

**DSI Institut for Sundhedsvæsen**

---

DSI rapport 2004.08

## **Takststyring af sygehuse**

1. delrapport:  
Implementering af takststyringsmodeller  
i 4 amter

Anni Ankjær-Jensen  
Morten Bue Rath



# Takststyring af sygehuse

## **1. delrapport:**

Implementering af takststyringsmodeller i 4 amter

Anni Ankjær-Jensen

Morten Bue Rath

September 2004



**DSI Institut for Sundhedsvæsen**

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Institutets 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 2004

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](http://www.dsi.dk)  
E-mail: [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 87-7488-410-7 (Trykt version)  
ISBN 87-7488-412-3 (Elektronisk version)  
ISSN 0904-1737  
DSI rapport 2004.08

Grafisk design og tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S

# Forord

Som led i økonomiaftalen mellem amterne og regeringen for 2004 indførtes fra 1. januar takststyring af det somatiske sygehusvæsen. Takststyringen indebærer, at mindst 20% af sygehusenes bevillinger skal være baseret på den præsterede aktivitet.

Indførelse af takststyring kan ses som et led i indførelsen af gradvist mere markedsorienterede styreformer i sygehusvæsenet, ikke blot i Danmark, men i de fleste andre vestlige lande. Baggrunden for indførelsen af de markedsorienterede styreformer er bl.a. en forventning om, at man gennem økonomiske incitamenter i højere grad end under den traditionelle hierarkiske styring – herunder rammestyrelsen af sygehusene – vil kunne løse en række problemer i sygehusvæsenet. Det har således været antagelsen, at indførelse af aktivitetsbaseret finansiering vil medføre en forøgelse af såvel aktivitetsniveauet som produktiviteten. Spørgsmålet er imidlertid, om takststyring rent faktisk løser de problemer, de er tiltænkt at løse, og om dette sker på bekostning af andre målsætninger. Svaret på dette spørgsmål afhænger bl.a. af den konkrete udformning af takststyringen, og af hvordan systemet er blevet indført på sygehusene.

Denne rapport indeholder en afrapportering af 1. del af et projekt, der har til formål at evaluere indførelse af takststyring i det danske sygehusvæsen. Rapporten indeholder en analyse af incitamenterne i de takststyringsmodeller, der er indført i 4 amter, samt en analyse af implementeringsprocessen i de pågældende amter. Analyserne er baseret på interviews på forvaltnings-, sygehus-, og afdelingsniveau, samt eksisterende beskrivelser af de 4 amters takststyringsmodeller.

Analysen er gennemført af senior projektleder, cand.polit. Anni Ankjær-Jensen og stud.scient. pol. Morten Bue Rath. Rapporten er gennemlæst af økonomichef 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

<b>Sammenfatning og konklusion</b> . . . . .	7
Indledning og baggrund . . . . .	7
Resultater . . . . .	8
Takststyringsmodellernes incitamenter . . . . .	8
Politikformuleringsfasen . . . . .	9
Implementering . . . . .	9
Barrierer . . . . .	10
Initiativer og forventninger . . . . .	10
Konklusion vedrørende forventede konsekvenser . . . . .	10
Øget aktivitet . . . . .	10
Budgetsikkerhed . . . . .	11
Produktiviteten . . . . .	11
Lighed i adgangen til behandling . . . . .	12
Kvalitet . . . . .	12
Anden delrapport . . . . .	12
<b>1. Indledning</b> . . . . .	14
1.1 Indledning og formål . . . . .	14
1.2 Rapportens indhold . . . . .	15
1.3 Baggrund . . . . .	15
<b>2. Teoretisk referenceramme</b> . . . . .	18
2.1 Offentlige myndigheders målsætninger for sundhedsvæsenet . . . . .	18
2.2 Hvad bestemmer sygehusenes adfærd? . . . . .	19
2.2.1 Sygehusets målsætninger . . . . .	19
2.2.2 Hvis præferencer? . . . . .	20
2.2.3 Eksterne forhold . . . . .	21
2.3 Opnåelse af de overordnede målsætninger ved forskellige afregningsformer . . . . .	22
2.3.1 Klassifikation af afregningsformer . . . . .	22
2.3.2 Aktivitetsenheder . . . . .	24
2.3.3 Hvad sker der når man ændrer finansieringen? . . . . .	26
2.4 Afvejning imellem sygehusets forskellige målsætninger . . . . .	26
2.4.1 Afvejning mellem kvalitet og effektivitet . . . . .	26
2.4.2 Afvejning imellem lighed og effektivitet . . . . .	27
2.5 Sammenfatning af den økonomiske teori . . . . .	28
2.6 Implementering af aktivitetsbaseret finansiering i amterne . . . . .	29
2.6.1 Politikformulering (Politikdannelse) . . . . .	29
2.6.2 Implementering af modellen . . . . .	30
2.6.3 Barrierer . . . . .	30

<b>3. Erfaringer med indførelse af aktivitetsbaseret finansiering</b> . .	33
3.1 NORGE . . . . .	33
3.1.1 Stykpriserforsøget 1991 - 1994 . . . . .	33
3.1.2 Indsatsstyret finansiering 1997 - . . . . .	34
3.2 SVERIGE . . . . .	36
3.2.1 Positive resultater i de første år efter reformernes indførelse . . . . .	36
3.2.2 Effekten aftager . . . . .	38
3.3 AUSTRALIEN . . . . .	42
3.3.1 Victoria . . . . .	42
3.3.2 Andre stater i Australien . . . . .	43
3.4 DANMARK . . . . .	44
3.4.1 Frit sygehusvalg . . . . .	44
3.4.2 Ventelistepuljen . . . . .	45
3.5 Sammenfatning af erfaringer . . . . .	45
3.5.1 Aktivitetsniveau . . . . .	45
3.5.2 Produktivitet . . . . .	46
3.5.3 Udgiftsstyring . . . . .	46
3.5.4 Kvaliteten . . . . .	47
3.5.5 Lighed . . . . .	47
3.5.6 Andre resultater . . . . .	47
3.5.7 Konklusion . . . . .	48
<b>4. Analysemodel og metode</b> . . . . .	49
4.1 Analysemodel . . . . .	49
4.2 Metode og datagrundlag . . . . .	50
<b>5. Resultater fra før-analysen</b> . . . . .	53
5.1 Incitamenter indbygget i takststyringsmodellerne . . . . .	51
5.1.1 Vurdering af takststyringsmodellerne på baggrund af økonomisk teori . . . . .	51
5.1.2 De interviewedes vurderinger af modellernes incitamenter . . . . .	57
5.1.3 Konklusion vedrørende indbyggede incitamenter i modellerne . . . . .	60
5.2 Politikformuleringsfasen . . . . .	63
5.2.1 Hvordan blev takststyringsmodellerne udarbejdet? . . . .	63
5.2.2 Opbakning . . . . .	65
5.2.3 Konklusion vedrørende politikformuleringsfasen . . . . .	68
5.3 Implementering af takststyring på sygehusene . . . . .	69
5.3.1 Information om takststyringsmodeller . . . . .	69
5.3.2 Er modellen gennemskuelig? . . . . .	71
5.3.3 Konklusion vedrørende implementering . . . . .	71
5.4 Barrierer . . . . .	72

5.4.1	Konklusion vedrørende barrierer for implementering af takststyring . . . . .	74
5.5	Forventninger og initiativer . . . . .	76
5.5.1	Foreløbige initiativer . . . . .	76
5.5.2	Forventede konsekvenser . . . . .	78
5.5.3	Konklusion vedrørende initiativer og forventninger . . . . .	78
	<b>Referencer</b> . . . . .	80
	<b>Bilag</b>	
	Interview af repræsentant på afdelingsniveau . . . . .	83
	Interview af repræsentant på sygehusniveau . . . . .	86
	Interview af repræsentant på forvaltningsniveau . . . . .	89

# Sammenfatning og konklusion

## Indledning og baggrund

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

*Formålet* med projektet er at belyse konsekvenserne af indførelse af takststyring, set i lyset af hvordan amterne har udformet takststyringsmodellerne, og hvordan modellerne er blevet implementeret på sygehusene. Projektet har et prospektivt design, idet der gennemføres en interviewrunde umiddelbart efter at takststyringen er blevet indført, og igen et år efter.

Denne delrapport *indeholder* en gennemgang af relevant økonomisk teori om konsekvenserne af forskellige måder at finansiere sygehusvæsenet på, samt teori om implementering af politiske indgreb. Rapporten indeholder ligeledes en gennemgang af litteratur om erfaringerne med en ændring fra rammestyrt til aktivitetsbaseret finansiering.

Derudover indeholder delrapporten resultaterne fra første del af projektet, som er en analyse af incitamenterne i de modeller for takststyring, der er indført i 4 amter, samt en analyse af processen i forbindelse med implementeringen af modellerne i de 4 amter. Endelig indeholder rapporten nogle foreløbige vurderinger af konsekvenserne af indførelse af takststyring.

Datagrundlaget er interviews gennemført i 4 amter på henh. forvaltnings-, sygehus- og afdelingsniveau. I alt er der gennemført 15 interviews. Derudover er der indsamlet eksisterende skriftligt materiale om takststyringsmodellerne i de 4 amter. De 4 amter, der indgår i projektet, er Århus, Nordjylland, Roskilde og Frederiksborg (med hensyn til metodeforbehold henvises til kapitel 4.2).

Det overordnede formål med takststyringen var ifølge aftalen at få "mere aktivitet for de prioriterede ressourcer". Det vil sige øget aktivitet og øget produktivitet. Det antages dog derudover, at det er et mål, at takststyringen ikke forringer behandlingskvaliteten, samt at det fortsat er et mål, at der er fri og lige adgang til sundhedsydelse. Det vil sige, at det ikke bliver økonomiske hensyn, der bestemmer rækkefølgen af, hvilke patienter der behandles.



Aktivitetbaseret finansiering antages ifølge den økonomiske teori – i modsætning til rammestyring – at give sygehusene incitament til at øge aktiviteten (dog kun i det omfang taksterne overstiger sygehusenes behandlingsomkostninger). Til gengæld medfører ABF et pres på udgifterne til sygehjælp, ligesom ABF indebærer en risiko for ulighed i adgangen til behandling. Konsekvenserne for produktivitet og behandlingskvalitet er usikre.

De konkrete konsekvenser af indførelsen af takststyring afhænger imidlertid af, hvordan den udformes, fx hvilket niveau taksterne har, og om der er et loft for det beløb, sygehusene kan få udbetalt. Derudover antages konsekvenserne at afhænge af politikformuleringsfasen, dvs. processen i forbindelse med indførelse af takststyringen i de enkelte amter. Om der er opbakning til de modeller der anvendes og i det hele taget principperne bag ABF. Konsekvenserne antages også at afhænge af, hvordan takststyring er implementeret på sygehusene. Om aktørerne er tilstrækkeligt informeret om de regler der gælder, og om de forstår modellerne. Endelig afhænger konsekvenserne af, om der er barrierer, fx i form af manglende beslutningskompetence eller manglende ressourcer, som gør, at målsætningen med takststyring ikke kan realiseres.

## Resultater

### Takststyringsmodellernes incitamenter

De modeller, der er indført i de 4 amter, indebærer alle et vist incitament til at øge aktiviteten, fordi beslutningstagerne på sygehusene vurderer, at taksterne er større end sygehusenes marginalomkostninger. I de amter, hvor der er indført generelle takster, vil meraktiviteten som udgangspunkt omfatte alle patientkategorier, men i amter hvor man bevidst har opprioriteret visse behandlinger, vil meraktiviteten hovedsageligt omfatte de opprioriterede patientkategorier.

En anden årsag til at takststyringen vil medføre meraktivitet er, at sygehusene i modsætning til under rammestyringen bliver straffet med en budgetreduktion, hvis de ikke når deres normale aktivitetsniveau. En budgetreduktion der vurderes at være højere end driftsbesparelsen som følge af mindre aktivitet.

Omfanget af den samlede meraktivitet begrænses dog væsentligt af, at alle 4 amter har udbetalingslofter, som ikke blot indebærer, at sygehusene og afdelingerne ikke honoreres ved et for højt aktivitetsniveau, men ligefrem straffes i form af højere produktivetskrav i de efterfølgende år.

Modellerne indebærer derudover incitamenter til utilsigtet opprioritering af visse patientkategorier, idet fortjenesten vil variere imellem patientkategorier.

Dette skyldes, dels at der inden for samme DRG-takst vil være variationer i patienternes ressourceforbrug, således at der vil være større gevinst ved nogle patientgrupper end andre, dels at dækningsbidraget vil variere fra DRG-gruppe til DRG-gruppe.

### Politikformuleringsfasen

Der har tilsyneladende ikke været de store konflikter i forbindelse med udformningen af amternes takststyringsmodeller. Sygehusene har været inddraget i udformningen af takststyringsmodellerne, og er i det store og hele tilfredse med de modeller, der er kommet ud af det, selv om man mener, at incitamenterne er for små. Der er også bred opbakning til ABF som princip. Opbakningen er dog størst på sygehusene, som ser ABF som et middel til at opnå mere retfærdige budgetter, men som også er opmærksomme på, at ABF stiller krav om bedre aktivitetsstyring. På forvaltningsniveau er man mere skeptisk over for ABF, som kan indebære tab af udgiftskontrol, og her pointeres det, at ABF ikke kan stå alene, når det gælder opfyldelsen af alle myndighedernes mål med sundhedsvæsenet.

Der er også en generel positiv holdning til DRG-systemet, som er vigtigt værktøj i forbindelse med takststyring. Der peges dog på en række fejl og mangler ved systemet, men der er tillid til at disse fejl vil blive korigeret hen ad vejen.

Samlet set må det konkluderes, at der ikke er forhold omkring selve tilblivelsen af de amtslige takststyringsmodeller, der vil være til hinder for en positiv effekt ved indførelsen af takststyringen. Ligeledes konkluderes det, at der er en positiv opbakning til selve konceptet og den praktiske udformning af takststyringen.

### Implementering

Mange af afdelingsledelserne har ikke helt gennemskuet, hvordan takststyringen i praksis kommer til at virke. Dette skyldes, at administrationspersonalet, som er ansvarlige for at sætte afdelingsledelserne ind i modellerne, kan have svært ved at forklare de økonomiske termer, så klinikerne forstår dem.

Kendskabet til modellerne og deres konsekvenser hindres desuden af, at de økonomiske rammer – baseline for udbetalinger fra regeringens venteliste-pulje – på det tidspunkt, hvor interviewene finder sted, endnu ikke er endeligt fastlagte.

Samlet set trækker flere forhold omkring selve implementeringsprocessen i retning af, at effekten af takststyringen kan forventes at blive begrænset.

## Barrierer

Sygehusene og afdelingerne giver udtryk for, at de har den tilstrækkelige dispositionsfrihed til at tilrettelægge deres produktion, som de finder det mest hensigtsmæssigt. Hertil kommer en vis mulighed for at overføre overskud og underskud til efterfølgende budgetår, hvilket giver mulighed for at planlægge over en flerårig horisont.

Der forventes ikke at ville opstå de store ressourcemæssige barrierer for at kunne gennemføre den produktion, der planlægges. I et enkelt amt forventes der dog at kunne opstå problemer med at tiltrække det fornødne personale.

Der forventes heller ikke barrierer i form af manglende efterspørgsel efter sygehusydelse.

Sammenfattende konkluderes det, at der ikke blandt aktørerne på sygehusene forventes at ville være barrierer for at realisere målene med indførelse af takststyring.

## Initiativer og forventninger

Indførelse af takststyring har på det tidspunkt, hvor interviewene finder sted, endnu ikke givet sig udslag i de store initiativer med henblik på at øge aktiviteten. Dette skyldes dels, at udgiftslofterne af mange vurderes at være så snævre, at der ikke er plads til den store aktivitetsudvidelse, dels at de endelige lofter på interviewtidspunktet endnu ikke er kendte.

Generelt er der en afventende stemning, og det forventes ikke, at takststyringen vil få de store konsekvenser. Dog peges der på, at økonomiske hensyn vil komme til at spille en rolle for, hvilke patienter der behandles.

## Konklusion vedrørende forventede konsekvenser

Dette afsnit indeholder nogle vurderinger af konsekvenserne af indførelse af takststyring. Da analysen er baseret på data indhentet blot en måned efter ordningens indførelse, er der naturligvis alene tale om meget foreløbige vurderinger. En mere velunderbygget vurdering vil kunne gennemføres efter afslutningen af projektets anden del, som vil blive gennemført et år efter indførelsen af ABF.

## Øget aktivitet

En række forhold omkring indførelsen af takststyringen i de fire amter indikerer, at målsætningen om en øget aktivitet vil blive realiseret. Takstniveauet ligger tilsyneladende over marginalomkostningerne, hvorfor sygehusene har et incitament til at producere udover deres normale aktivitetsniveau. Hvertil

kommer straffen i form af budgetreduktioner, hvis sygehusene ikke når det normale aktivitetsniveau.

Flere forhold ved processen i forbindelse med indførelse af takststyringen understøtter forventningen om en aktivitetsforøgelse. Sygehusene har været rimeligt inddraget i udformningen af takststyringsmodellerne, og der er en bred accept af såvel princippet om en aktivitetsafhængig finansiering såvel som DRG-systemet – der er et centralt element i den praktiske udmøntning af ABF. De modeller, der er indført i de enkelte amter, er almindeligt accepterede, og der forventes ikke at opstå forhindringer for at kunne gennemføre en planlagt aktivitet. Sygehusenes føler, at de har den nødvendige beslutningskompetence og forventer ikke at komme til at mangle de nødvendige ressourcer.

Andre forhold trækker imidlertid i retning af, at meraktiviteten må forventes at blive begrænset. Først og fremmest har alle 4 amter indført et loft for, hvor stor meraktivitet der vil kunne honoreres, lofter som i flere amter betragtes som særdeles snævre. Sygehusene kender endnu ikke den nøjagtige maksimumsgrænse, men foreløbige udmeldinger indikerer, at det på flere sygehuse vil være så snævert, at det vil være vanskeligt at starte en egentlig meraktivitet op.

Dette, sammen med det faktum at flere af afdelingsledelserne tilsyneladende ikke helt har gennemskuet den model, de vil blive afregnet efter, kan medføre, at afdelingerne for en sikkerheds skyld vil planlægge en produktion, som ligger under loftet, altså at den samlede meraktivitet vil komme til at ligge under amtets samlede maksimum.

Der er da heller ikke på interviewtidspunktet iværksat initiativer for at øge aktiviteten. Det er "business as usual". Situationen ligner de foregående år med mulighed for at få andel i regeringens ventelistepulje.

### **Budgetsikkerhed**

Rammestyringens budgetsikkerhed videreføres på amtsniveau gennem eksistensen af udgiftslofterne. Derimod betyder ABF indførelse af budgetusikkerhed på sygehusniveau. I de fleste af amterne er man dog fortrøstningsfulde, og forventer at nå aktivitetsniveauet (både det "normale" og loftet), så der forventes ingen økonomiske problemer. På et enkelt sygehus forudser man dog problemer med at nå det sædvanlige aktivitetsniveau, og forventer dermed at få budgetproblemer. Afdelinger, der traditionelt har haft budgetoverskridelse, kan forvente at gå en usikker fremtid i møde.

### **Produktiviteten**

Konsekvenserne for produktiviteten vil bl.a. afhænge af niveauet for taksterne sammenholdt med sygehusenes marginalomkostninger. Et højt takstni-

veau vil alt andet lige indebære en risiko for et produktivetsfald, mens et lavt takstniveau vil medføre en produktivetsforbedring. Da vi ikke kender forholdet mellem taksterne og sygehusenes omkostningsstruktur er det ikke muligt at forudsige taksternes konsekvenser for sygehusenes produktivitet.

Tre af de fire amter har automatisk adgang til overførsel af budgetover-/underskud mellem budgetårene, dog inden for visse grænser. I flere af amterne har man i forbindelse med indførelse af ABF øget overførselsadgangen. I disse amter vil indførelsen af takststyringen – kombineret med muligheden for at beholde et evt. overskud/truslen om at skulle indhente et underskud – give et incitament til at forbedre produktiviteten.

Et redskab til at øge produktiviteten med, er sammenligninger af egne produktionsomkostninger med DRG-taksterne, for på den måde at finde patientgrupper hvor afdelingens produktionsomkostninger ligger højt. Der er imidlertid ikke store bestræbelser i gang på dette område.

### Lighed i adgangen til behandling

Flere forhold tyder på, at en konsekvens af takststyringen kan blive en ikke tilsigtet forskelsbehandling mellem patientgrupper. Dette kan dels skyldes forskelle i fortjenesten mellem patientgrupper (DRG-grupper), dels forskelle i fortjenesten inden for samme DRG-gruppe.

### Kvalitet

En forøgelse af produktiviteten, bl.a. som følge af en udvidet adgang til at overføre budget mellem budgetårene, kan have negative konsekvenser for behandlingskvaliteten, fx i form af uhensigtsmæssig reduktion i liggetid, undersøgelser og behandlinger. Der er ikke resultater fra denne delrapport, som kan anvendes til at forudsige, hvorvidt indførelsen af takststyring vil få negative konsekvenser for behandlingskvaliteten.

Konsekvenserne af indførelse af ABF vil dog i sidste ende afhænge af, hvordan de økonomiske målsætninger vægter i forhold til andre målsætninger blandt beslutningstagerne på sygehusene, fx målsætninger som kvalitet og faglig prestige. Samtidig vil resultatet være påvirket af, at ABF ikke står alene som styringsinstrument i sygehusvæsenet, og at andre udefra kommende forhold vil præge udviklingen af de udvalgte effektparametre.

## Anden delrapport

Denne første del af projektet om takststyring på sygehuse har, gennem en analyse af takststyringsmodellerne og processen i forbindelse med implementeringen af modellerne på sygehusene i fire amter, forsøgt at *forudsige* konsekvenserne af indførelsen af ABF. Anden del af projektet vil forsøge at afdække de *faktiske* konsekvenser, bl.a. i relation til målsætningerne om

meraktivitet, produktivitet, kvalitet og lighed og udgiftsstyring opgjort et år efter indførelsen af ABF. Projektet vil ligeledes forsøge at afdække årsagerne til de konstaterede konsekvenser – herunder eventuelle barrierer for realisering af målsætningerne med ABF.

Som i første delrapport vil analysegrundlaget være interviews med personer på forvaltnings-, sygehus- og afdelingsniveau (med de samme personer, som har deltaget i første interviewrunde), suppleret med aktivitets- og budgetopfølgingsrapporter for de sygehuse og afdelinger der indgår.

# 1. Indledning

## 1.1 Indledning og formål

I aftalen mellem amterne og regeringen om amternes økonomi 2004 indgik, at der fra 2004 gradvist skal indføres takststyring af det somatiske sygehusvæsen. Det fremgår af aftaleteksten (1), at baggrunden for indførelse af takstfinansieringen er, at *"en øget anvendelse af takststyring kan bidrage til at få mere aktivitet for de prioriterede ressourcer til sygehusvæsenet, ved at øge fokus på aktivitet og omkostninger"*.

Der er ikke aftalt en fast model for, hvordan takststyringen skal foregå. I stedet er det op til amterne selv at foretage den konkrete udformning af takststyringen. Dog er det et krav, at minimum 20% af sygehusenes bevillinger skal være baseret på den præsterede aktivitet.

I et bilag til aftalen (2) præciseres det, at taksterne bør fastlægges med udgangspunkt i en konkret vurdering af sygehusenes omkostningsstruktur og overordnede aktivitetsprioriteringer. Taksterne bør dog som minimum dække de direkte behandlingsomkostninger. Videre fremgår det, at takstmodellerne bør være gennemskuelige og på forhånd kendte for sygehuse. Sygehuse skal i rimeligt omfang kanalisere takstindtægterne videre til de udførende afdelinger, og afregning til de enkelte sygehuse skal være uafhængig af patientens bopæl, hvilket vil sige, at der skal være ensartede regler for afregningen af henholdsvis indenamts- og udenamtspatienter.

Det indgik derudover i økonomiaftalen, at den aktivitetsafhængige pulje til meraktivitet (ventelistepuljen) videreføres. Beløbet i 2004 vil udgøre 1.107 mio. kr. på landsplan. Også for meraktivitetspuljen gælder, at amternes indtægter i relevant omfang skal kanaliseres videre ud til sygehuse og producerende afdelinger.

Samlet set indebærer takstfinansieringen, meraktivitetspuljen og muligheden for indtægter fra frit-valgspatienter således et betydeligt element af aktivitetsbaseret finansiering (ABF) af det offentlige sygehusvæsen.

Det er formålet med dette projekt 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.
- Hvordan takststyringen er blevet implementeret i amterne, herunder hvilke barrierer der er for realisering af takststyringens målsætninger.

## 1.2 Rapportens indhold

Denne rapport består af et litteraturstudie og en afrapportering af første del af projektet om konsekvenser af indførelse af takststyring.

Litteraturstudiet indeholder en gennemgang af økonomisk teori om mulige konsekvenser af en ændring fra rammestyring til ABF, samt en gennemgang af erfaringerne i en række lande, der har indført ABF.

Rapporten indeholder derudover resultatet af en "før-undersøgelse", gennemført umiddelbart efter at takststyring er blevet indført – dvs. i januar og februar 2004. "Før-undersøgelsen" omfatter en analyse af udformningen af takststyringsmodellerne samt implementeringsprocessen i 4 amter. Derudover indeholder rapporten nogle vurderinger af forventede konsekvenser af indførelse af takststyring.

## 1.3 Baggrund

En offentlig myndighed med ansvaret for tilvejebringelse af sundhedsydelser antages at have en række overordnede målsætninger for udformningen af sundhedsvæsenet (3). En målsætning kan være, at der skal være et relevant udbud af sygehusydelser, hvilket fx kan oversættes til den rigtige behandling til den rigtige patient med en passende ventetid. Andre målsætninger kan være optimal behandlingskvalitet, høj produktivitet<sup>1</sup> samt fri og lige adgang til behandling. I det omfang sygehusbehandling er skattefinansieret, vil et andet mål være kontrol med udgiftsudviklingen.

En måde at styre sundhedsvæsenet og dermed nå de opstillede mål på, kan være den traditionelle hierarkiske styreform, hvor der opstilles administrative

---

<sup>1</sup> Definitionen af begreberne produktivitet og effektivitet er ikke entydig i den økonomiske litteratur - hverken den danske eller engelsksprogede. I den traditionelle velfærdsteori defineres produktivitet som forholdet mellem produceret mængde (output) og ressourceforbrug, mens effektivitet defineres som forholdet mellem effekt (outcome) og ressourceforbrug. Men fx i (21) defineres effektivitet som forholdet mellem faktisk produktion og højest opnåelig produktion for givet ressourceforbrug - altså et slags produktivetsmål. Det fremgår ikke altid af litteraturen, hvilken definition der lægges i begrebet effektivitet. I denne rapport anvendes den terminologi, som er anvendt i den gennemgåede litteratur, uanset at det ikke klart fremgår, hvad der menes med begrebet.



retningslinier for sygehusets adfærd (regelstyring). Det er imidlertid ikke i praksis muligt på forhånd at udarbejde regler, som i alle detaljer specificerer den mest effektive produktionsform eller den rette kvalitet for hver enkelt patient. En anden mulighed er derfor at få sygehuset til at agere som ønsket gennem incitamenter - fx økonomiske (3).

En række lande, som traditionelt har haft et rammestyret sygehusvæsen, har inden for de seneste 10 - 20 år indført finansieringsformer, som er baseret på sygehusenes præsterede aktivitet. Det gælder fx Norge og visse regioner i Sverige. Fra 2005 vil det engelske sundhedsvæsen blive finansieret alene på basis af præsteret aktivitet. I Danmark er der gradvist blevet indført et øget element af takststyring i sygehusvæsenet (4). Først i forbindelse med frit sygehusvalg, dernæst den såkaldte 90/10 ordning, senere i forbindelse med regeringens ventelistepulje og endelig nu med økonomiaftalen for 2004.

Fælles for ovennævnte lande er, at man gennem de økonomiske incitamenter, der er knyttet til ABF, forventer at kunne bidrage til opnåelse af mål som forøget aktivitet (kortere ventelister) og forøget produktivitet. Spørgsmålet er imidlertid, i hvilket omfang den nye finansieringsform løser de problemer, den er tiltænkt at løse, og i hvilket omfang dette vil ske på bekostning af andre målsætninger for sygehusvæsenet, som fx udgiftskontrol, kvalitet og lighed i adgangen til sundhedsydelse.

Incitamenterne knyttet til ABF, afhænger imidlertid af den måde modellen er udformet på. Gennem taksternes størrelse kan man fx styre omfanget af meraktivitet: jo højere takster, jo større incitament til at øge aktiviteten (5). Gennem varierende takstniveauer kan man desuden foretage en bevidst prioritering mellem patientkategorier, ligesom en ubevidst forskel i takstniveauet<sup>2</sup> kan føre til en utilsigtet prioritering. Bortset fra de overordnede krav i økonomiaftalen, er det op til de enkelte amter selv at udforme takststyringen af amtets sygehuse og afdelinger, hvorfor det kan forventes, at konsekvenserne af at indføre ABF vil variere fra amt til amt.

Et forhold, som kan have betydning for opnåelsen af målsætningerne med ABF, er processen i forbindelse med indførelse af ABF i de enkelte amter, på de enkelte sygehuse og i de enkelte afdelinger. Først og fremmest selve processen omkring udformningen af den amtslige model. Hvem har været involveret i udarbejdelsen af den lokale model? Var der enighed om den udformning modellen fik? Og var der opbakning til den nye måde at blive finansieret på?

---

<sup>2</sup> Dækningsbidraget.

Et andet forhold, der kan have betydning for resultatet er, hvordan ABF er blevet implementeret. Er der informeret tilstrækkeligt om modellen. Er den tilstrækkelig gennemskuelig til at aktørerne, dvs. personalet på afdelingerne, kan forstå, og dermed agere på modellen.

Opnåelse af målsætningerne med ABF kan blive forhindret af en række barrierer, som fx at de aktører på sygehusene, som skal føre takststyringen ud i livet, ikke har den tilstrækkelige dispositionsfrihed til at agere på den nye situation, at aktørerne mangler de nødvendige styringsredskaber, fx relevante aktivitetsstatistikker og relevant økonomirapportering. Endelig kan en barriere være manglende ressourcer, fx vakante stillinger eller manglende fysisk kapacitet.

## 2. Teoretisk referenceramme

Dette kapitel indeholder en gennemgang af den teori, der ligger til grund for analysen. Teorigrundlaget omfatter dels økonomisk teori, der kan anvendes til at forudsige forskellige finansieringsformers konsekvenser i relation til opnåelse af de overordnede målsætninger for sygehusvæsenet, dels teori om implementeringen af politiske indgreb (implementeringsteori).

Da det har været et af formålene med denne rapport at gennemgå relevant økonomisk teori om konsekvenserne af indførelse af takststyring, er der hovedsageligt lagt vægt på den økonomiske teori.

Gennemgangen af implementeringsteorien er afgrænset til at omfatte dele, der understøtter analysens formål, nemlig teori for hvilke forhold i forbindelse med politikformuleringsfasen, og selve implementeringen, der påvirker resultatet af indførelse af en ny politik. Samt teori for hvilke barrierer, der kan være for opnåelse af de tilsigtede resultater.

### 2.1 Offentlige myndigheders målsætninger for sundhedsvæsenet

En offentlig myndighed med ansvaret for at finansiere og tilvejebringe sundhedsydelser, vil have som målsætning at maksimere den sociale velfærd (3). Dette giver sig udtryk i en interesse for hvem, der modtager sundhedsydelserne, dvs. lige og fri adgang til sundhedsydelser. Desuden vil det give sig udtryk i en interesse for, at de sundhedsydelser, der ydes, dels er passende til patienternes tilstand, dvs. at patienterne får den rigtige medicinske behandling givet deres medicinske tilstand, dels at patienterne behandles på en sympatisk og forstående måde. Endelig er den offentlige myndighed, da der er tale om skattefinansierede ydelser, interesseret i at minimere omkostningerne ved at levere sundhedsydelserne.

Bech (7) oplister følgende målsætninger for sundhedsvæsenet:

- Forbedring og vedligeholdelse af befolkningens sundhedstilstand
- Tilfredsstillende efterspørgslen efter sundhedsydelser
- Høj kvalitet i ydelserne
- Lige og fri adgang til sundhedsydelser
- Kontrol med væksten i sundhedsudgifterne
- Effektiv produktion.

Målsætningerne for sundhedsvæsenet vil imidlertid ofte være konkurrerende. Målsætningen om kvalitet og lighed i adgangen til sygehusvæsenet (fx lille geografisk spredning af udbuddet) vil således ofte være i konflikt med

ønsket om effektivitet og kontrol med væksten i udgifterne. Den offentlige myndighed vil derfor have behov for at afveje de enkelte målsætninger over for hinanden. Spørgsmålet er derfor, om nye finansieringsformer rent faktisk løser de problemer, de er tiltænkt at løse, og i hvilket omfang dette sker på bekostning af andre målsætninger.

## 2.2 Hvad bestemmer sygehusenes adfærd?

De overordnede politiske målsætninger forsøges opnået via de styringsværktøjer, der anvendes over for sygehusvæsenet. Én styreform er den traditionelle hierarkiske, hvor styringen foregår gennem opstilling af detaljerede administrative regler, som fx bevillingsregler og regler vedrørende personale-normeringer (regelstyring). Da det imidlertid i praksis er uoverkommeligt at opstille regler og mål, der i alle detaljer beskriver det ønskede kvalitetetsniveau og det dertil hørende nødvendige ressourceforbrug, er et alternativ at styre gennem incitamenter.

Når man skal forudsige, hvordan forskellige måder at finansiere sygehuse på motiverer aktørers handlinger, kan man tage udgangspunkt i den økonomiske teori om sygehusenes adfærd. Ifølge McGuire (8) er der flere teorier, som alle er udviklet med udgangspunkt i teorier for virksomheders adfærd. I den traditionelle neoklassiske teori betragtes sygehuset som en profitmaksimerende virksomhed, der opererer på et marked med fuldkommen konkurrence. Da ejerskab og ledelse imidlertid ofte er adskilt, og da ledelsen ofte ikke har samme målsætninger som sygehusets ejere (og da sygehuset som oftest er et non-profit foretagende) er disse teorier ikke fuldt dækkende. I stedet har der udviklet sig en anden teoriform, nemlig Managerial Theories (ledelsesteorier), som accepterer adskillelse af ledelse og ejerskab. I disse teorier opstilles der flere målsætninger (fx profit, kvalitet, prestige) for sygehuset. Disse målsætninger indgår i en såkaldt nyttefunktion. Sygehuset, som antages at være nyttemaksimerende, vil agere med henblik på at maksimere de målsætninger, der indgår i nyttefunktionen.

En række økonomer har opstillet modeller for sygehusenes nyttefunktion. En gennemgang af disse modeller findes i oversigtsartikler af fx (7-9).

### 2.2.1 Sygehusets målsætninger

Sygehusets målsætninger afspejler ikke nødvendigvis de offentlige myndigheders målsætninger. En gennemgang af en række af de opstillede modeller viser, at der er stor variation mht. hvilke faktorer, der antages at indgå i sygehusets nyttefunktion. Newhouse (10) opstiller således en model, hvori han antager, at sygehuset vil maksimere output (aktivitet) og kvalitet. I en model udarbejdet af Lee (11) antages det, at sygehusets målsætning er at maksimere administratorens (ledelsens) status, og at status bestemmes af sygehusets produktionsfaktorer, dvs. sygehusets rådighed over teknisk

udstyr, specialister, personale m.v. Af andre eksempler på faktorer, der indgår i modellerne for sygehusenes adfærd, kan nævnes budgetoverholdelse, slack<sup>3</sup> (der fx kan anvendes til at forbedre personalets arbejdsforhold eller til indkøb af avanceret apparatur) samt patienternes sundhedsstilstand (3;12). Bech (7) konkluderer dog, at forskellene i nyttefunktioner kun er tilsyneladende, og at modellerne i virkeligheden dækker de samme fænomener. Han sammenfatter elementerne i fire kategorier:

- Profit<sup>4</sup>
- Antal behandlede patienter
- Slack
- Kvalitet.

Økonomiske incitamenter påvirker sygehusets adfærd *direkte* i form af målet om profitmaksimering. Økonomiske incitamenter påvirker desuden sygehusenes adfærd *indirekte*, idet et økonomisk overskud kan finansiere slack og kvalitetsforbedringer. Målsætningerne er dog samtidig modsatrettede, idet profitmaksimering (budgetoverholdelse) forudsætter høj produktivitet, herunder minimering af slack. Målet om budgetoverholdelse kan desuden medføre, at der spares på behandlinger og undersøgelser, hvilket kan påvirke behandlingskvaliteten negativt.

### 2.2.2 Hvis præferencer?

Sygehuset består af mange delvirksomheder og beskæftiger mange forskellige faggrupper, så spørgsmålet er, om man kan tale om én nyttefunktion for sygehuset som sådan (8). Denne problemstilling giver sig udtryk i, at forskellige modeller for sygehusenes adfærd varierer med hensyn til hvem, der antages at være beslutningstager, og dermed hvis præferencer der bestemmer sygehusets adfærd. Mens nogle modeller (11) tager udgangspunkt i, at det er administratoren der nyttemaksimerer, tager andre fx Pauly (13) udgangspunkt i, at det er lægerne der er bestemmende for sygehusets adfærd. Atter andre modeller tager hensyn til, at der er flere personalegrupper på sygehuset, og at beslutningerne træffes gennem en afvejning af de forskellige målsætninger (10).

Harris (14) går så vidt som til at antage, at sygehuset i virkeligheden består af 2 virksomheder, hvor den ene drives af lægerne, og den anden af administratorerne og af sygehusets servicefunktioner. Disse to virksomheder har forskellige målsætninger, og den daglige drift af sygehuset er et spørgsmål om forhandling imellem de to parter. Harris' model tager dog udgangspunkt i sundhedsvæsenet i USA, hvor lægerne ikke er hospitalsansatte men tilknyttet sygehusene, hvis faciliteter de benytter ved behandlingen af deres

<sup>3</sup> Slack er et mål for forskellen mellem virksomhedens faktiske ressourceforbrug og det ressourceforbrug der var nødvendigt, hvis virksomheden producerede med mest mulig effektivitet

<sup>4</sup> For non-profit sygehuse kan målsætning om profitmaksimering evt. erstattes med en målsætning om budgetoverholdelse.

patienter. I lande hvor lægerne er sygehusansatte (fx de nordiske lande og Storbritannien), indebærer strukturen på sygehusene dog, at beslutninger træffes på forskellige niveauer, nemlig sygehusniveauet, hvor administrator ofte er den dominerende part, og afdelingsniveauet hvor det er det sundhedsfaglige personale, der præger beslutningerne.

Spørgsmålet om hvis præferencer, der er bestemmende for sygehusets beslutninger, er dog kun relevant, såfremt der er forskel i nyttefunktionen imellem det sundhedsfaglige personale og administrator. Litteraturen giver ikke noget entydigt svar på dette spørgsmål. Bech (7) konkluderer således i sin analyse, at den samme type model kan anvendes, uanset hvilken beslutningstager der er forudsat i modellen. Newhouse (10) derimod antager, at de samme faktorer indgår i nyttefunktionerne for de forskellige beslutningstagere (bestyrelsen, lægerne og ledelsen), men med forskellig vægtning.

Der er ikke fundet litteratur, der forsøger at opstille nyttefunktioner for beslutningstagere på afdelingsniveau. Antagelsen om at de samme elementer indgår i målfunktionen for forskellige beslutningstagere, blot med forskellig vægtning, bekræftes af en dansk undersøgelse af konsekvenser af frit sygehusvalg (15). Undersøgelsen viser, at både sygehusledelserne og afdelingsledelserne var interesserede i at tiltrække udenamtpatienter, for de sidstnævnte var det dog mere af prestigemæssige end af økonomiske grunde. Undersøgelsen viser også, at afdelingsledelser prioriterer mål som faglig kvalitet væsentligt højere end økonomiske mål.

### 2.2.3 Eksterne forhold

Forrige afsnit indeholdt en gennemgang af en række interne strukturelle forhold, der kan påvirke sygehusets adfærd under forskellige finansieringsformer. Der vil imidlertid også være en række eksterne forhold, der påvirker sygehusets adfærd. Blandt disse forhold kan nævnes offentligt eller privat ejerskab, herunder "for-profit" eller "non-profit".<sup>5</sup> For et for-profit sygehus, må det alt andet lige antages, at målet om profitmaksimering vægtes højere end tilfældet er for et non-profit sygehus. En anden vigtig ekstern parameter er, om sygehuset har monopol, eller om det er i konkurrence (7), herunder om der er tale om priskonkurrence, eller konkurrence på kvalitet alene.

Også sygehusets forhold til finansieringsparten vil præge adfærden, fx sygehusledelsens dispositionsfrihed og mulighed for at beholde evt. overskud/underskud. Tilsvarende vil afdelingsledelsens forhold til sygehusledelsen præge adfærden hos beslutningstagere på afdelingsniveau, fx graden af økonomisk ansvar, dispositionsfrihed, muligheden for at beholde evt. overskud/underskud m.m.

<sup>5</sup> Forskellen mellem for-profit og non-profit er bl.a., at ejeren af for-profit sygehuset kan disponere over et eventuelt overskud. Private sygehuse kan godt være non-profit (og er det som oftest (16)).

## 2.3 Opnåelse af de overordnede målsætninger ved forskellige afregningsformer

Forrige afsnit indeholdt en gennemgang af nogle eksempler på mål, der kan indgå i sygehusets nyttefunktion. Dette kapitel gennemgår nogle teorier, som med udgangspunkt i antagelser om sygehusets nyttefunktion, forudsiger sygehusenes adfærd ved forskellige finansieringsformer.

Jegers artikel "A typology for provider systems in health care" (17) indeholder dels et forsøg på at opstille en klassifikation af finansieringsformer i sundhedsvæsenet, dels en gennemgang af hvorledes forskellige finansieringsformer kan antages at bidrage til opnåelse af generelle målsætninger for sundhedsvæsenet som effektivitet, kvalitet og lighed. Artiklen er baseret på den antagelse, at udbyderens målsætning alene er profitmaksimering, samtidig gør artiklen opmærksom på, at andre målsætninger, som fx kvalitet, kan modificere, opveje eller endda have større vægt end de rent finansielle incitamentter.

### 2.3.1 Klassifikation af afregningsformer

I Jegers artikel klassificeres forskellige betalingssystemer ud fra 2 dimensioner:

#### 2.3.1.1 Fast eller variabel

Rammebelagte finansieringsformer er karakteriserede ved, at afregningen ikke påvirkes af, om aktiviteten øges eller formindskes. Variable finansieringsformer er derimod karakteriseret ved, at sygehusets indkomst øges, i takt med at aktiviteten øges (ABF).

I de rammebelagte finansieringssystemer vil sygehuset ikke blive belønnet for produktionen af en ekstra enhed. I stedet for afregnes med en ramme, der er fastlagt på forhånd. Da der ikke ydes betaling for meraktivitet, vil der ikke være incitament til at øge aktiviteten. Tværtimod vil der være incitament til at mindske aktiviteten og dermed de marginale omkostninger, fx ved at reducere liggetiden, reducere antal undersøgelser m.m. Tiltag der kan have negative konsekvenser for behandlingskvaliteten.

I de variable finansieringsformer vil sygehuset derimod have et stærkt incitament til at øge aktiviteten (dog afhængigt af takstens størrelse). Systemet kan derfor føre til overproduktion i form af, at patienterne får en inefficent høj mængde sundhedsydelser.<sup>6</sup> Som det senere gennemgås i afsnit 2.3.2, vil incitamentterne i forbindelse med variable finansieringsformer dog helt afhænge af hvilken afregningsform, der anvendes (sengedagstakster, betaling pr. leveret ydelse, betaling pr. indlæggelse etc).

<sup>6</sup> Således at de marginale omkostninger overstiger de marginale benefits

På makroniveau vil de rammebelagte – i modsætning til de variable finansieringssystemer - have høj budgetsikkerhed for de finansierende myndigheder. De rammebelagte systemer er derfor anvendelige, når der lægges vægt på udgiftsstyring – dog forudsat at sygehusene opfatter budgetrammerne som ufravigelige. Omvendt har de variable finansieringssystemer ingen budgetsikkerhed for de finansierende myndigheder og kan medføre en kraftig vækst i sundhedsudgifterne.

En måde, at kombinere det variable systems incitament med det faste systems budgetsikkerhed, er at supplere de variable finansieringssystemer med overordnede budgetrammer. De overordnede rammer kan opstilles såvel på makroniveau (fx loft over amtets samlede udgifter) som på mikroniveau (loft over sygehusets eller afdelingens samlede indtægter). Lofter på makroniveau kombineres ofte med lofter på mikroniveau – det vil sige at amtets overordnede ramme er fordelt på sygehuse og afdelinger. Lofter på makroniveau kan dog kombineres med variable systemer på mikroniveau, dvs. at det enkelte sygehus/afdeling har en variabel finansiering, mens der er en ramme for de samlede udgifter på makroniveau. Et sådant system har dog den ulempe, at det enkelte sygehus/afdeling ikke på forhånd kender sin indtjening, da den vil afhænge af de andre sygehuses/afdelingers aktivitetsniveau.

### *2.3.1.2 Perspektiv eller retrospektiv*

Afregningssystemerne kan ifølge Jegers desuden karakteriseres med hensyn til, om de er retrospektive eller prospektive. Denne karakteristik vedrører forholdet mellem sygehusets betaling og sygehusets faktiske produktionsomkostninger.

I et retrospektivt afregningssystem dækkes sygehusets faktiske produktionsomkostninger. Da producenten antages at have som mål at øge indkomsten, vil et sådant system næppe tilskynde sygehuset til at reducere omkostningerne, eller at forbedre produktiviteten – snarere tværtimod.

I et prospektivt afregningssystem er sygehusets afregning derimod bestemt forud, og uden hensyn til sygehusets faktiske behandlingsomkostninger. Afregningen kan fx være i form af på forhånd fastlagt rammebudget eller i form af på forhånd bestemte takster for nærmere specificerede aktivitetsenheder (fx sengedage eller udskrivinger (DRG takster)). Da sygehusets omkostninger skal finansieres ud fra på forhånd fastlagte takster, vil der i modsætning til under det retrospektive system, være et incitament til at forbedre produktiviteten (ikke mindst hvis sygehuset har lov til at beholde et evt. overskud). Der er dog en risiko for, at produktivetsbestrebelsene går ud over kvaliteten, eksempelvis ved at undersøgelser og behandlinger spares væk. Konkret vil konsekvenserne dog bl.a. afhænge af størrelsen af den betaling sygehuset får pr. aktivitetsenhed.



2.3.1.3 *Sammenhængen mellem retrospektiv/prospektiv og fast/variabel*  
 Sammenfattende refererer dimensionen retrospektiv/prospektiv til sammenhængen imellem afregningens størrelse og sygehusets omkostninger, mens dimensionen fast/variabel refererer til sammenhængen imellem afregningens størrelse og sygehusets aktivitet. Skønt der er en sammenhæng imellem aktiviteter og omkostninger, er denne sammenhæng ikke entydig.

Et fuldt ud retrospektivt system er altid variabelt, hvorimod et variabelt system ikke altid er retrospektivt. Sammenhængen imellem de to dimensioner er illustreret i nedenstående figur 2.1.

Figur 2.1: Karakteristika ved afregningssystemer der er variable/faste og retrospektive/prospektive. Jegers et al.

		Variabel	
Retrospektiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekstra aktivitet medfører ekstra indkomst</li> <li>- Omkostninger dækkes fuldt ud</li> <li>Medfører bl.a.:</li> <li>- Stærk tilskyndelse til at øge omkostninger da disse dækkes fuldt ud</li> <li>- Høj produktion – evt. overproduktion</li> <li>Makroniveau:</li> <li>- Finansiell risiko bæres af 3. part</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekstra aktivitet medfører ekstra indkomst</li> <li>- Ikke garanti for fuld omkostningsdækning</li> <li>Medfører bl.a.:</li> <li>- Produktion indtil marginalomsætning = marginale omkostninger</li> <li>Makroniveau:</li> <li>- Finansiell risiko deles af 3. part og udbyder</li> </ul>	Prospektiv
	Ikke mulig	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekstra aktivitet medfører ikke ekstra indkomst</li> <li>- Ikke garanti for fuld omkostningsdækning</li> <li>Medfører bl.a.:</li> <li>- Incitament til omkostningsreduktion</li> <li>Makroniveau:</li> <li>- Finansiell risiko bæres af udbyder</li> </ul>	
		Fast	

### 2.3.2 Aktivitetsenheder

Jegers artikel indeholder desuden en gennemgang af incitamenter knyttet til forskellige aktivitetsenheder, der kan benyttes ved finansieringen i forbindelse med prospektive/variable finansieringsystemer. Generelt vil prospektive finansieringssystemer indebære incitamenter til at reducere omkostningerne. De konkrete konsekvenser vil dog afhænge af den valgte refusionsenhed.

#### 2.3.2.1 *Fee for service (afregning pr. serviceydelse)*

Ved denne afregningsform betales sygehuset for de konkrete medicinske serviceydelser patienten har modtaget, dvs. prøver, undersøgelser, behand-

ling og sengedage (hotelomkostninger). Systemet indebærer et incitament til at øge antallet af serviceydelser til den enkelte patient. Hvis prisen pr. ydelse er bestemt på forhånd, vil der dog være et incitament til at effektivisere produktionen af de enkelte serviceydelser. Denne finansieringsform var fremherskende i USA indtil 1983, hvor den, for visse patientgrupper, blev afløst af afregning pr. indlæggelse (ved hjælp af DRG).<sup>7</sup>

Systemet har den fordel, at patienten altid vil få den bedste behandling (dog forudsat at betalingen pr. ydelse dækker sygehusets omkostninger). Systemet kan dog også medføre overbehandling, dvs. at patienten modtager behandling, som ikke indebærer nogen nytte for patienten - eller endda skader patienten.

### 2.3.2.2 *Per diem (betaling pr. sengedag)*

Denne finansieringsform, hvor sygehuset betales pr. dag, patienten har været indlagt, er og har været meget udbredt. Prospektive sengedagstakster indebærer et incitament til at reducere omkostningerne pr. sengedag, men til gengæld et incitament til at forlænge indlæggelsestiden.

### 2.3.2.3 *Per case (betaling pr. udskrivning)*

I denne finansieringsform betales sygehuset pr. udskrivning, men betalingen afhænger af typen af udskrivning. Betalingen er som oftest fastlagt på forhånd, og er dermed uafhængig af sygehusets faktiske omkostninger. Den mest kendte afregningsform inden for denne kategori er afregning via DRG (Diagnose Relaterede Grupper), hvor patienter grupperes i ressourcehomogene og klinisk meningsfulde grupper. Finansieringsmåden indebærer et incitament til at reducere omkostningerne per indlæggelsesforløb, fx gennem produktivitetsforbedringer. Såfremt omkostningsreduktionen alene sker gennem reduktion i undersøgelses- og behandlingsindsatsen over for den enkelte patient ("skimping"), kan finansieringsmåden have negative konsekvenser for behandlingskvaliteten. Derudover kan systemet indebære en risiko for at sygehusene forsøger at tiltrække de "letteste" patienter ("cream-skimming") og undgå de "tungeste" patienter inden for en given DRG-gruppe ("dumping"), (se fx (18)). Set i et dansk perspektiv synes faren for cream-skimming og dumping mindre indlysende, da sygehusene har pligt til at behandle alle henviste patienter. I realiteten foreligger muligheden dog, eksempelvis ved behandling af udenamts patienter og gennem prioritering af patienter på venteliste.

Endelig kan finansieringsmåden indebære et incitament til at man opdeler et behandlingsforløb over flere indlæggelser, eller at diagnoseregistreringen tilpasses med henblik på at opnå en så høj DRG-værdi som muligt ("DRG-creep").

<sup>7</sup> Mange private forsikringsselskaber i USA afregner dog fortsat sygehusene ved hjælp af FFS.

#### 2.3.2.4 *Betaling pr. periode (årsbudget)*

Ved denne betalingsform får sygehuset et fast beløb (budget) for at behandle alle patienter i et givet geografisk område i en given periode (typisk et år). Beløbet kan være fastlagt forud ud fra sygehusets kapacitet, fx antal senge (beløb pr. seng) eller ud fra forventet aktivitet (beløb pr. udskrivning). Sådanne systemer er pr. definition faste, både på mikro- og makroniveau.<sup>8</sup>

### 2.3.3 **Hvad sker der når man ændrer finansieringen?**

Konsekvenserne af en ændring i finansieringsformen afhænger naturligvis af hvilken ændring, der er tale om: Hvad var incitamenterne under den hidtidige finansiering, og hvad er incitamenterne under den nye? Konsekvenserne af en ændring fra betaling pr. ydet service til patienten til prospektive takster pr. indlæggelse (DRG-afregning) – svarende til den ændring, man gennemførte i starten af 80'erne i USA<sup>9</sup> – vil således være anderledes end konsekvenserne af en ændring fra rammestyring til aktivitetsbaseret afregning – svarende til fx Norge og Danmark.

Flere artikler opstiller, med udgangspunkt i indførelsen af ABF i Norge, hypoteser for konsekvenserne af en ændring fra rammestyring til ABF (20-22). Forventningerne er at aktivitetsniveauet vil stige. Konsekvenserne for produktiviteten er derimod mindre indlysende (21), idet Bjørn et. al. antager, at sygehusene såvel under rammestyring som under ABF får lov til at beholde resultatet af en evt. besparelse. Forfatterne antager at indførelse af ABF vil medføre et fald i behandlingskvaliteten.

## 2.4 **Afvejning imellem sygehusets forskellige målsætninger**

Gennemgangen af forskellige modeller for sygehusenes målfunktioner (kap. 2.2) viste, at sygehusene udover at maksimere overskuddet, antages at have et ønske om at maksimere fx behandlingskvalitet og slack. Disse målsætninger kan imidlertid ofte være i modstrid med hinanden. Ønsket om at maksimere kvaliteten, medfører således et stærkt incitament til at øge behandlingsomkostningerne, hvilket reducerer sygehusets profit. Tilsvarende vil ønsket om at maksimere slack i organisationen være omkostningsdrivende og dermed i modstrid med ønsket om at maksimere det økonomiske overskud. Maksimering af sygehusets nyttefunktion vil derfor indebære en afvejning af flere målsætninger.

### 2.4.1 **Afvejning mellem kvalitet og effektivitet**

Bech (7) gennemgår en række modeller, der forsøger at forudsige sygehusenes reaktion på indførelse af ABF. Det fremgår, at et væsentligt tema i litteraturen om indførelsen af ABF er, hvordan sygehusene vil afveje incitamen-

<sup>8</sup> Dette finansieringssystem har store ligheder med principperne bag den mål- og rammestyring, som indtil for nylig har været den fremherskende finansieringsmodel i Danmark.

<sup>9</sup> Konsekvenserne er sammenfattet i en oversigtsartikel af Robert F. Coulam m.fl. (19).

tet til at effektivisere, overfor incitamentet til at maksimere kvaliteten. Bech konkluderer, at modellerne ikke giver noget entydigt svar på dette spørgsmål.

Med hensyn til konsekvenserne for offentligt integrerede sundhedssystemer forudsiger Magnussen (23), at under forudsætning af, at sygehusets nyttefunktion indeholder: antal behandlede patienter, kvalitet og slack, vil en ændring fra rammebudget til ABF (med DRG-takster) medføre, at antallet af behandlede patienter vil stige, mens kvaliteten vil blive reduceret. Hagen et. al. (20) forudsiger, at antal behandlede patienter vil stige, mens kvalitet og slack vil blive reduceret. Med andre ord synes modeller, der tager udgangspunkt i sundhedssystemer, der er organiseret som det danske, at forudsige, at en ændring fra rammefinansiering til ABF vil have negative konsekvenser for kvaliteten, men positive konsekvenser for produktiviteten. Konsekvenserne vil dog afhænge af, hvorledes beslutningstagerne sygehuse afvejer målet om kvalitet i forhold til målet om overskud (profit).

En mulighed for at undgå de negative konsekvenser for kvaliteten ved indførelse af ABF, er at anvende såkaldt cost-sharing mellem finansieringsparten og hospitalet (3). Cost-sharing indebærer, at den økonomiske risiko ikke længere alene bæres af sygehuset, men i visse tilfælde deles mellem sygehuset og finansieringsparten, fx ved at finansieringsparten betaler for visse særligt dyre behandlinger (særydelser) eller betaler ekstra for særligt dyre patienter (outliers). Andre måder at undgå negative konsekvenser for kvaliteten på, er at inddrage kvalitetsaspektet i taksterne.

Utsigtede konsekvenser for kvaliteten kan desuden undgås ved at fjerne eller reducere betalingen for unødvendige behandlinger, såsom unødvendige hysterectomier, eller at forhøje taksterne for behandlinger man ønsker opprioriteret. Man kan endvidere gennem taksterne forsøge at give incitament til at omlægge fra stationær til ambulant behandling.

#### 2.4.2 Afvejning imellem lighed og effektivitet

En anden problemstilling er, hvordan sygehuset afvejer målsætningen om effektivitet (og dermed målet om profitmaksimering) overfor målsætningen om at behandle alle patienter lige.

Selv om DRG-systemet er udviklet med den forudsætning, at patienter inden for samme gruppe har et nogenlunde ensartet ressourceforbrug, vil der i praksis være forskelle i patienternes ressourceforbrug. Hertil kommer at det enkelte sygehus/den enkelte afdeling kan opleve at der kan være forskel i dækningsbidraget fra DRG-gruppe til DRG-gruppe. Målet om profitmaksimering vil bevirke, at sygehuset vil have et incitament til at opprioritere patienterne med den største fortjeneste, fx gennem "cream-scimming" eller "dumping" (24;25).

Bech (7) konkluderer i sin gennemgang af forskellige modeller for sygehusadfærd, at modellerne ikke giver noget entydigt svar på spørgsmålet om, hvordan sygehusene vil afveje hensynet til fortjeneste over for ønsket om lighed. Han anfører dog, at problemet næppe er stort i et offentligt integreret system, hvor sygehusene er forpligtede til at behandle alle patienter, der henvises. I realiteten har sygehusene dog en mulighed for en vis prioritering mellem patienterne på en venteliste og udenamtpatienter. Dog kan der være et selektionsproblem i relation til overførsel af patienter imellem sygehuse med forskellige specialiseringsgrader, idet sygehuse med lavere specialiseringsgrad kan overføre de tungeste patienter i en DRG-gruppe til mere specialiserede sygehuse.

## 2.5 Sammenfatning af den økonomiske teori

Offentlige myndigheder med ansvaret for sundhedsvæsenet har en række overordnede målsætninger for sundhedsvæsenet, som fx tilstrækkeligt udbud, lige og fri adgang, maksimal kvalitet, maksimal produktivitet og/eller kontrol med udgiftsudviklingen. Disse målsætninger er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med de målsætninger som beslutningstagerne i sundhedsvæsenets forskellige institutioner har. En måde hvorpå myndighederne kan opnå sine målsætninger på, er at motivere gennem beslutningstagernes nyttefunktion.

En række målsætninger er imidlertid konkurrerende, og spørgsmålet er i hvilket omfang en ændret finansiering af sundhedsvæsenet rent faktisk løser de problemer de er tiltænkt at løse, og i hvilket omfang dette sker på bekostning af andre målsætninger for sundhedsvæsenet.

**Tabel 2.1: Konsekvenser af ændring fra rammestyring (fast prospektiv finansiering) til ABF ved anvendelse af DRG-takster (variabel prospektiv finansiering)**

Målsætning	Konsekvens	Begrundelse/forudsætning
Aktivitetsniveau	Øget aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afhænger dog af takstniveau, samt evt. udgiftsloft</li> </ul>
Produktivitet	Usikker	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forudsat at sygehuset kan beholde overskud/skal dække underskud under både rammestyring og ABF</li> </ul>
Udgiftsstyring	Øgede udgifter på makroniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afhænger dog af eksistensen af udgiftsloft</li> </ul>
Kvalitet	Usikker	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sygehuset har både under rammestyring og ABF incitament til at reducere omkostningerne fx gennem sparede behandlinger.</li> <li>Afhænger af hvordan mål om kvalitet indgår i nyttefunktionen.</li> </ul>
Lighed	Øget ulighed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variation i ressourceforbruget inden for samme patientgruppe.</li> <li>Variation i dækningsbidraget mellem patientgrupper.</li> <li>Afhænger af hvordan målet om lighed indgår i nyttefunktionen.</li> </ul>

Tabel 2.1 sammenfatter den gennemgåede teori om konsekvenserne af ændring fra rammestyring (fast prospektiv finansiering) til ABF ved anvendelse af DRG-takster (variabel prospektiv finansiering).

## 2.6 Implementering af aktivitetsbaseret finansiering i amterne

Der er andre forhold end de økonomiske incitamenter, knyttet til de modeller amterne benytter ved takststyring af deres sygehuse, der vil have indflydelse på om målsætningerne med finansieringsændringen nås. Disse forhold vedrører processen omkring implementeringen af ABF i amterne og på sygehuse.<sup>10</sup> Mens økonomisk teori bygger på en forudsætning om at aktørerne handler rationelt (nyttmaksimerer) handler den teori der vil blive gennemgået i dette afsnit om nogle mulige forklaringer på hvorfor aktørerne ikke altid handler i overensstemmelse med økonomisk rationel tankegang.

En række studier har beskæftiget sig med implementeringen af politiske indgreb, bl.a. Sabatier & Mazmanian, der erklærer deres implementeringsteoretiske ramme i stand til at analysere "(A)ttempts to change the behaviour of local (and state) officials through attaching conditions to the disbursements of funds." (27). Grundlæggende har både denne artikel og andre (26-28) som mål at analysere hvilke forhold i forbindelse med implementeringsprocessen, der har indflydelse på hvorvidt indgreb opnår de tilsigtede (eller evt. ikke tilsigtede) effekter.

### 2.6.1 Politikformulering (Politikdannelse)

Søren Winter (26) identificerer fire grupper af faktorer, som har indflydelse på resultatet af en implementeringsproces. To af disse grupper kan med fordel fremhæves her til belysning af processen ved udformning af modellerne (baseret på ABF) i amter og på sygehuse.

*Politikformuleringsfasen* som hovedsageligt omhandler, hvorvidt der er enighed eller konflikt blandt beslutningstagerne om indgrebets målsætning, indhold og udformning. I denne rapport kigges på, hvem der er involveret i udformning af model i amter og på sygehuse, hvordan udformningen foregår, og om der er enighed mellem parterne. Succesfuld implementering er altså omvendt proportional med graden af konflikt i politikdannelsen, men herudover afhænger den også af, om indgrebet (modellen) er baseret på en valid kausal teori - en faktor der også har betydning for accept lokalt (se næste afsnit).

<sup>10</sup> Antallet af betydende faktorer er i implementeringslitteraturen som helhed noget større (6;26), men dette afsnits implementeringsteoretiske ramme er tilpasset denne rapports kontekst.

*Organisationers respons på indgrebet*, dvs. hvordan der reageres på indgrebet blandt de organisationer der står for implementeringen, og om det er i konflikt med andre mål for organisationerne. Her kigges på, om der er opbakning lokalt til ABF, model og DRG. Altså er det et spørgsmål om, hvorvidt der er overensstemmelse mellem lokale beslutningstageres<sup>11</sup> mål, og de overordnede mål og interesser disse lokale beslutningstagere er underlagt.<sup>12</sup> En situation der kan føre til koordinationsproblemer, implementeringsfejl og målforskydning ved manglende overensstemmelse. Således kan organisationers respons på indgrebet opfattes som en forlængelse af politikformuleringsfasen, bare i en anden arena og involverende og til en hvis grad, andre aktører.

Således hænger dette afsnits to (udvalgte) grupper af faktorer tæt sammen. Både aktører og beslutninger er her tæt sammenkoblede, således at en handling på et niveau til stadighed vil have indflydelse på andre niveauer.

## 2.6.2 Implementering af modellen

Ifølge Sabatier & Mazmanian (27) vil resultatet af en implementeringsproces afhænge af tre hovedgrupper af forhold. Centralt i denne sammenhæng er den hovedgruppe, som omhandler *selve udformningen og tilrettelæggelsen af organisationsændringen*. De afgørende faktorer i denne hovedgruppe kan bl.a. formuleres ved følgende spørgsmål:

- Er målsætningen klart formuleret, og er der en prioritering af målene.
- Er den ansvarlige organisation tilstrækkeligt motiveret.
- Har den organisation, som er ansvarlig for at implementere indgrebet, de fornødne ressourcer, fx økonomiske og administrative.
- Accepteres (den instrumentelle) logik, der ligger bag modellen lokalt.
- Hvilken grad af hierarki er der imellem de implementerende organisationer.

Søren Winter (26) supplerer med spørgsmålet om embedsmænds/mellemleders respons på indgrebet. Fx kan utilstrækkelige ressourcer eller en følelse af at være overbebyrdet indebære, at de vægrer sig imod at opfylde målsætningerne, og dermed nedprioriterer implementeringen. I øvrigt jf. nedenstående.

## 2.6.3 Barrierer

I en implementeringsproces vil der potentielt kunne identificeres barrierer i og imellem hvert led i implementeringskæden. Denne rapport koncentrerer sig dog om barrierer imellem det amtslige niveau og sygehusene og i selve

<sup>11</sup> Administrerende overlæger på afdelinger, økonomi-/sygehusdirektører på sygehuse eller forvaltningschefer i amterne.

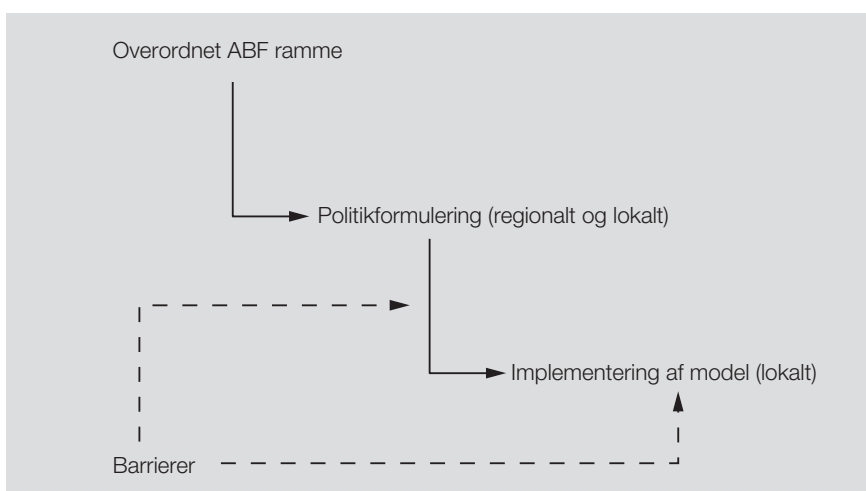
<sup>12</sup> Fra sygehusledelser, amtslige forvaltninger og statslige styrelser/ministerier.

den lokale setting, dvs. på sygehusene og i disses afdelinger (se nedenstående figur).

Sabatier & Mazmanian arbejder med en form for barrierer kaldet *nonstatutory variables affecting implementation*, dvs. udefra kommende og ikke policy tilknyttede forhold, der har indflydelse på implementeringsprocessen. Hermed menes "...major nonlegal variables affecting the policy outputs of implementing agencies, target-group compliance with those decisions, and ultimately the achievement of statutory objectives." (27). Sådanne eksogent givne barriere, der ikke er knyttet direkte til politikændringen (indførelse af ABF), men som alligevel får indflydelse på processen, output og i sidste ende outcome, findes i mange afskygninger og former. Et eksempel på en ikke policy tilknyttet barriere for aktivitetsudvidelse kunne være manglende patienter på venteliste. Ikke alle eksogent givne barrierer er dog så umiddelbart identificerbare.

Der kan også være tale om barrierer, der knytter sig direkte til modellen. Et eksempel på sådanne indbyggede barrierer kunne være manglende implementeringsressourcer. Der kan også være tale om barrierer, der stikker dybere end de barrierer, der typisk knyttes til forskellige former for mangel på ressourcer (fx inerti på mikroniveau). Sådanne barrierer vil dog typisk være sammenfaldende med de faktorer, som betinger en vellykket implementering, dvs. de faktorer der er beskrevet i afsnittet ovenfor.

Figur 2.2 Implementering af ABF



Figur 2.1 skitserer delrapportens måde at betragte indførelsen af ABF i amterne/på sygehusene. Det er kendetegnet ved, at indførelsen opfattes som en kausal proces, hvor amterne og til dels sygehusene udarbejder en



model ud fra regeringens aftalegrundlag med amterne angående rammen for ABF. Denne regionale/lokale model implementeres herefter lokalt på sygehusene. Amterne og sygehusene, som de to nederste led, har naturligvis stor indflydelse på, hvordan aktørerne på afdelingerne agerer. Herudover eksisterer en række barrierer for indførelsen - barrierer eksisterer både imellem ledene (amt/sygehus, sygehus/afdeling) og i selve ledene (sygehus, afdeling). Modellen er naturligvis en forsimplet måde at betragte en implementeringsproces på,<sup>13</sup> men den er designet i overensstemmelse med denne delrapports formål og kontekst.

Mange parter har været involveret i implementeringen af ABF i det danske sygehusvæsen. Politikformuleringsfasen har fundet sted på flere niveauer. Først og fremmest i økonomiforhandlingerne mellem amterne og regeringen, dernæst i de enkelte amter, der har skullet fastlægge den amtslige model, og endelig på det enkelte sygehus der har skullet fastlægge den model, der gjaldt for sygehusets afdelinger. De organisationer og aktører, der er ansvarlige for implementeringen af modellen, vil være sygehuse og afdelinger, samt personale ansat i såvel administration og på sygehusafdelinger. Barriererne vil, som ovenstående figur viser, identificeres imellem ledene (amt/sygehus, sygehus/afdeling) og i selve ledene (sygehus, afdeling). Der vil hovedsageligt være tale om barrierer, som er uafhængige af modellen, men som har indflydelse på implementeringen af denne.

Det antages, at jo flere af de igennem afsnittet præsenterede faktorer, der kan svares henholdsvis af- og bekræftende på, jo større er sandsynligheden for, at målsætningen med indførelse af ABF bliver indfriet.

---

<sup>13</sup> implementeringslitteraturen eksisterer langt flere overordnede niveauer og hertil hørende underkategorier. Desuden spiller barriererne ikke kun ind som i ovenstående figur, men kan identificeres i og imellem de fleste led.

### 3. Erfaringer med indførelse af aktivitetsbaseret finansiering

Dette kapitel indeholder en gennemgang af offentliggjorte undersøgelser af erfaringer ved indførelse af ABF. Hovedvægten er lagt på konsekvenserne af en ændring fra rammestyring til ABF, dvs. en ændring svarende til indførelsen af takststyring i Danmark.

Litteraturgennemgangen er baseret på litteratur fremfundet ved en søgning i Medline.<sup>14</sup> Der er desuden søgt i DSI's litteraturdatabaser. Der er endvidere fremfundet litteratur ved en gennemgang af referencelister.

Gennemgangen af udenlandsk litteratur om erfaringerne ved indførelse af ABF, er afgrænset til Sverige, Norge og Australien. De pågældende lande er udvalgt, fordi erfaringerne er af relevans for danske forhold, idet deres sundhedssystem er offentligt ejet og finansieret, og alle tre lande har gennemført en ændring fra rammestyring til ABF.

Gennemgangen af de enkelte lande er struktureret således, at der indledningsvist er en beskrivelse af udformningen af den aktivitetsbaserede finansiering. Dernæst en gennemgang af erfaringerne, idet der er lagt vægt på at belyse erfaringerne med hensyn til udvikling i aktivitetsniveau, produktivitet, udgiftsstyring (såvel på makro- som på mikroniveau, dvs. amts- og sygehusniveau), kvalitet og lighed. Samtidig er der lagt vægt på at belyse "langtidsvirkningerne" af ABF, altså om den konstaterede udvikling er vedvarende eller aftagende, efter at ABF har været indført en årrække. Eventuelle årsagsforklaringer til den konstaterede udvikling er ligeledes gennemgået.

Litteraturgennemgangen omfatter resultater fra såvel kvantitative, som kvalitative undersøgelser.

#### 3.1 Norge

##### 3.1.1 Stykpriserforsøget 1991-1994

I perioden 1991-1994 gennemførtes i Norge et forsøg med ABF af sygehuse. Forsøget indebar, at sygehusenes rammebudget blev erstattet af en kombination af rammebudget og DRG afregning pr. indlæggelse. DRG afregningen omfattede 40% af sygehusenes budget. I første omgang omfat-

<sup>14</sup> Der er søgt i perioden 1992-2003 med anvendelse af følgende Mesh-termer: explode "Reimbursement-Mechanishms"/all subheadings kombineret med hver af termene "Waiting.Lists"/all subheadings, Quality-Assurance-Health-Care"/all subheadings, "Efficiency-Organisational"/all subheadings og Power Psychology"/all subheadings.

tede forsøget 4 sygehuse, men fra 1993 blev forsøget udvidet til at omfatte 9 sygehuse. I forsøgets andet år reduceredes taksten, idet der indbyggedes et produktivitetskrav over for de deltagende sygehuse.

I en evaluering af forsøget (23;29) konkluderes det, at stykprisfinansieringen ikke som ventet havde fungeret som et incitament til at effektivisere driften af de somatiske sygehuse. Som årsag hertil anførtes, at sygehusene i starten af forsøget først og fremmest så stykprisforsøget som en mulighed for at få finansieret en øget aktivitet, og at de i mindre omfang fokuserede på omkostningssiden. Dette betød, at både aktiviteten og omkostningerne steg. Erfaringerne fra forsøgets første år, samt indførelsen af produktivitetskravet i forsøgets andet år, dæmpede imidlertid sygehusenes ekspansive adfærd, og resultatet blev en reduceret eller meget begrænset aktivitetsstigning i forsøgets andet år. De gennemsnitlige liggetider på de 4 forsøgssygehuse fulgte samme udvikling som en række udvalgte referencesygehuse.

I undersøgelser peges der på, at en medvirkende forklaring på forsøgssygehusenes relativt lave produktivitetsudvikling kan være, at de 4 pilotsygehuse alle havde et lavt omkostningsindex før forsøget startede. En anden årsag kan være, at sygehusene ikke opfatter, at de har et reelt budgetansvar, idet der har været en let adgang til tillægsbevillinger. Sygehusene har alene opfattet den ændrede finansieringsmåde som en mulig indtægtskilde.

Undersøgelsesresultaterne (23) tydede dog på, at forsøgssygehusene reagerede strategisk på, at taksten for visse DRG grupper var højere for ambulante end for indlagt behandling, idet der var en tendens til, at ambulantin-dexet (forholdet mellem ambulante besøg og antal indlæggelser) gennemgående steg mere på pilotsygehusene end på referencesygehusene.

Med henblik på at undersøge stykprisforsøgets konsekvenser for behandlingskvaliteten, gennemførte Pettersen (30) en undersøgelse af forekomsten af sygehusopståede infektioner i stykprisforsøgets to første år. Undersøgelsen viste, at der ikke var nogen ændring i forekomsten af sygehusopståede infektioner i forsøgsperioden. I en anden undersøgelse (31) blev andelen af akutte hjertepatienter, der modtog trombolyselbehandling, og tiden fra ankomst til behandlingsstart sammenlignet i de to første år af stykprisforsøget. Analysen viste, at der ikke var signifikant ændring i de to parametre i de to år.

### 3.1.2 Indsatsstyret finansiering 1997 -

I 1997 indførtes den såkaldte "Indsatsstyrede finansiering" af det norske sygehusvæsen. Ordningen indebærer, at staten refunderer amterne – eller fra 2002 de regionale helsefortak (RHF) – med en procentsats af DRG taksten. Denne procentsats er øget i løbet af perioden: fra 30% i 1997 til 55% i

2002 (32;33). Der er ingen øvre grænse for udbetalingerne, dog er der sat en øvre grænse for stigningen i den gennemsnitlige DRG-værdi, der refunderes.

Det er op til amterne/RHF selv at fastlægge, hvilken afregningsform de vil anvende overfor sygehusene. Fra starten (32) besluttede et flertal af amterne dog at anvende ABF overfor sygehusene, og siden 2000 har alle amter anvendt ABF over for sygehusene.

Efter indførelse af indsatsstyret finansiering er der sket en stigning i behandlingsaktiviteten målt såvel i antal udskrivninger som i antal DRG-point (34). Væksten var størst i det første år. I det efterfølgende år var væksten i antal udskrivninger på niveau med årene før finansieringsreformen. Væksten var dog højere end forudsat, idet amterne havde planlagt en stigning på 0,6% fra 1998 til 1999, mens den realiserede stigning blev på 2,64% (32). Den årlige stigning i antal DRG-point i årene før indførelse af ISF var på gennemsnitligt 2%, i årene efter var stigningen på 3,2% (32).

Fra 1996 til 1999 har der været en realvækst på 17,3% i driftsudgifterne målt pr. indbygger til de somatiske sygehuse (34). Dette svarer til en gennemsnitlig årlig realvækst på 5,8%. Denne udgiftsvækst medførte betydelige økonomiske problemer for sygehusene (og dermed ofte amterne), som jo skulle afholde den del af sygehusenes merudgifter, som ikke blev dækket af statens DRG-refusion. En følge af aktivitetsstigningen var, at staten gav tillægsbevillinger til amterne på 1,8 mia. kr. i 2000, og tillægsbevillinger til RHF på 2,1 mia. kr. i 2002 (34).

Erik Biørn m.fl. (21) har gennemført en analyse af udviklingen i produktiviteten på 48 somatiske sygehuse i perioden 1992 - 2000, dvs. fra 5 år før til 4 år efter indførelse af finansieringsreformen. Analysen viste, at sygehusenes tekniske produktivitet (ressourceenheder pr output) er steget i hele perioden, især har der været en stærk stigning i det første år efter indførelsen af ISF.

Produktiviteten (omkostninger per output) har været stigende indtil 1996, hvorefter der kan observeres et fald. Dette formodes bl.a. at skyldes store stigninger i lønomkostninger. På grund af mangel på læger og sygeplejersker har en produktivitetssøgning kun været muligt ved hjælp af udbredt anvendelse af overarbejde.

Biørn (21) går videre, idet han undersøger om de sygehuse, som i perioden har været finansieret ved hjælp af ABF, i stedet for rammestyring har haft en højere effektivitet. Analysen viser, at indførelsen af ABF medfører en forbedring af sygehusenes tekniske effektivitet, men ikke i omkostningseffektiviteten.

Om betydningen af indførelse af ABF på *afdelingsniveau* viser en undersøgelse (20), at der er en svag positiv effekt på omkostningseffektiviteten.

Der er ikke offentliggjort undersøgelser om konsekvenser for kvaliteten. Rigsrevisionens rapport konkluderer dog, at ISF ikke har haft væsentlige negative effekter for kvaliteten i sygehusenes patientbehandling, hverken i form af unødvendige indlæggelser, ringe stabilitet ved udskrivning, reduktion i udrednings- og behandlingsintensitet, genindlæggelser, dødelighed eller patienttilfredshed.

## 3.2 Sverige

I starten af 1990'erne skete der store omvæltninger i økonomistyringen af sygehusvæsenet i en række af de svenske amter (35;36). Ændringerne var et led i indførelse af de såkaldte "køber-sælger-modeller" (beståller-utfører-modeller), hvis hovedprincip er, at politikerne skal koncentrere sig om opgaven som borgernes repræsentant og sørge for tilvejebringelse af de nødvendige sundhedsydelse til borgerne. Tilrettelæggelsen af hospitalsdriften skal så i højere grad overlades til sygehusene selv (37).

Som et led i denne adskillelse mellem køber og sælger indførtes i nogle amter nye præstationsbaserede finansieringsformer, som erstatning for de tidligere rammebudgetter.<sup>15</sup> Udformningen varierede fra amt til amt fx med hensyn til hvilken del af aktiviteten, der var omfattet af præstationsfinansieringen. Selv inden for samme landsting kunne der være variationer i præstationsfinansieringen fra sygehus til sygehus (38). Fem amter (de såkaldte "modellandsting") var dog karakteriseret ved at have indført præstationsstyret finansiering for hele den somatiske sygehusbetjening i løbet af den første halvdel af 1990'erne. Det drejede sig om Dalarne, Stockholm, Bohus, Sörmland og Örebro län.

### 3.2.1 Positive resultater i de første år efter reformernes indførelse

SPRI (39) gennemførte en analyse af aktivitetsudviklingen på kirurgiske og urologiske afdelinger på sygehusene i Stockholm i de to første år efter reformens gennemførelse. For de kirurgiske afdelinger blev der desuden foretaget sammenligning med en række kirurgiske referenceklinikker. Analysen viser, at antallet af indlæggelser på de kirurgiske klinikker i det første år efter reformen steg med otte procent, mens antallet af indlæggelser på de urologiske klinikker steg med ni procent. De kirurgiske referenceklinikker havde også en aktivitetsøgning, dog af et lidt mindre omfang. I reformens andet år skete der en afmatning ved såvel de kirurgiske som de urologiske klinikker,

<sup>15</sup> Etablering af køber/sælger modeller er ikke nødvendigvis ensbetydende med indførelse af aktivitetsbaseret finansiering.

idet aktiviteten reduceredes til et niveau på henh. syv og to procent over 1991 niveauet. Analysen viser desuden, at den gennemsnitlige liggetid faldt - dog ikke mere end faldet ved referenceklinikkerne.

I en undersøgelse (40) foretages der en sammenligning af produktivitetsudviklingen i de fem såkaldte "modellandsting" og en kontrolgruppe bestående af 14 landsting med traditionel rammestyring. Produktiviteten blev beregnet som forholdet imellem omkostninger opgjort i faste priser, og produktionen opgjort ved at sammenveje såvel indlæggelser som ambulante besøg ved hjælp af deres relative ressourcebehov. Hovedresultaterne af analysen, der omfattede perioden 1990-93, fremgår af nedenstående tabel 4.1.

**Tabel 3.1: Procentvis ændring i produktion, omkostninger og produktivitet i perioden 1990-93. Somatiske sygehuse i 5 landsting med ABF og en kontrolgruppe bestående af 14 landsting med traditionel rammestyring.**

	Kontrolgruppe	Sörmland	Stockholm	Dalarna	Bohuslän	Örebro
Produktion	-1,1	+9,2	+11,0	-0,8	+7,2	+7,7
Omkostninger	-3,4	-4,3	-4,0	-11,4	-8,7	+7,0
Produktivitet	+2,4	+14,1	+16,0	+12,1	+17,4	+0,7

Kilde: Jonsson

Det ses, at fire af de 5 "modellandsting" i perioden 1990 til 1993 havde en større produktivitsfremgang end kontrolgruppen. Ifølge Johnson kan årsagen til den manglende produktivitsudvikling i Örebro skyldes de relativt høje takster. Den høje aktivitsstigning i modellandstingene medførte problemer med udgiftsstyringen, især i Stockholm og Bohuslän. Et problem, der ifølge Johnson, bl.a. skyldtes, at man ikke tilpassede sygehusudbuddet til efterspørgslen gennem nedlæggelse af afdelinger og sygehuse.

Som årsag til produktivitsforbedringen i modellandstingene anfører Johnson indførelse af præstationsstyret finansiering, som – modsat rammefinansiering – indebærer at sygehuset vil få budgetproblemer, såfremt der ikke opnås en nærmere specificeret aktivitet. Sygehuset kan forventes at agere på en sådan måde, at dets omkostninger dækkes. Sygehuset kan evt. forventes at forsøge at skabe sig et overskud, der kan anvendes som en buffer mod evt. fremtidige underskud. Sygehuset vil af disse to grunde forsøge enten at øge sine indtægter (gennem at behandle flere patienter) eller at reducere sine udgifter. Denne effekt vil forstærkes, såfremt taksterne reduceres (hvad der skete i flere landsting). Sammenfattende konkluderes det derfor, at det snarere er pisken end guleroden, der er den bagvedliggende årsag til den forbedrede produktivitet.

I begge ovenfor refererede studier sammenlignes amter, der har indført ABF med kontrolamter. Der gøres dog i begge studier udtrykkeligt opmærksom

på, at der ikke er tale om en i statistisk forstand matchet kontrolgruppe, og at der derfor kan være andre forhold end finansieringsmåden, der adskiller landstingene fra hinanden, og dermed påvirker udviklingen forskelligt. I et studie af Gerdtham m.fl (41) forsøges der at tage højde for sådanne forskelle ved at inddrage andre faktorer som forklarende variable til produktivitetsskelle. I studiet sammenlignes den tekniske effektivitet (målt ved en DEA-analyse) omfattende årene 1993 og 1994 i de landsting der har indført ABF, med de landsting der har traditionel rammestyring, idet der kontrolleres for andre forklarende faktorer som fx befolkningens alderssammensætning, sygehusstørrelser (stordriftsfordele) og landstingets generelle finansielle situation. Analysen viste, at det ikke kan afvises, at der er en forskel i produktiviteten imellem de to grupper af landsting. Videre viser analyseresultaterne ifølge forfatterne, at man ved at indføre ABF vil kunne producere samme mængde sundhedsydelser med 13% lavere omkostninger.

Disse resultater bekræftes af en anden analyse af Gerdtham et al (42). I denne analyse, der omfatter en længere årrække, nemlig 1989 - 1995, konkluderes det, at de nye finansieringsformer reducerer den tekniske ineffektivitet, og forfatterne vurderer, at indførelse af nye aktivitetsbaserede finansieringsformer vil kunne reducere omkostningerne for den samme aktivitet med 9,7%.

Törnquist (36) er dog kritisk overfor de analyser der har opgjort produktivetsforbedringer i landsting med præstationsstyring. Hun mener ikke, at der er taget tilstrækkelig højde for Ädelreformen,<sup>16</sup> der har haft betydelige konsekvenser for sygehusvæsenet. Hun mener, at problemet med færdigbehandlede patienter ikke har været det samme over hele landet. Samtidig nævner hun potentielle problemer med datakvaliteten i de gennemførte studier. Resultaterne i tidsseriestudierne kan således være påvirkede af, at registreringspraksis er forbedret over tid, mens resultaterne i studier baseret på sammenligning med kontrolgrupper vil være præget af, at de amter, der har præstationsfinansiering, har incitament til en mere nøjagtig patientregistrering, end de amter der har rammestyring.

### 3.2.2 Effekten aftager

Efter en tilsyneladende vellykket start synes effekterne af de nye finansieringsformer at aftage. Charpentier og Samuleson (44) har fulgt resultaterne af Stockholm-modellen fra starten i 1991 frem til 1997. I nedenstående tabel 3.2 vises resultaterne for så vidt angår den årlige procentvise ændring i produktion og produktivitet. Der er anvendt to forskellige metoder til opgørelse af produktionen; dels en simpel optælling af indlæggelser og

<sup>16</sup> En reform der bl.a. indebar, at kommunerne skulle betale for færdigbehandlede patienter, der var indlagt på sygehusene (43).

sengedage, dels en opgørelse baseret på DRG og et case-mix system for ambulante (dvs. en opgørelsesmetode der tager højde for patientsammensætningen).

**Tabel 3.2: Årlig ændring i produktion<sup>1</sup> og produktivitet. Somatiske akutsygehuse. Stockholm i %**

År	Produktion		Produktivitet	
	Antal indlæggelser + antal amb. besøg	DRG og ambulante case-mix	Antal indlæggelser + antal amb. besøg	DRG og ambulante case-mix
1992	+7	-	+8	-
1993	+0	-	+11	-
1994	+3	-	-8	-
1995	-7	-4	-3	-4
1996	-4	-2	-8	-1

Kilde: Charpentier & Samuelson

<sup>1</sup> Produktion er opgjort ved to forskellige metoder, dels som simpel optælling af antal udskrevne og ambulante besøg (1 indlæggelse = 20 ambulante besøg), dels ved anvendelse af DRG og ambulante case-mix

Tabellen viser, at den kraftige produktions- og produktivetsstigning i de første år efter reformens indførelse senere blev erstattet af et fald. En medvirkende årsag til den faldende produktion var, at bestillerne efter de første år så sig nødsaget til at indføre produktionslofter og knæktakster (såkaldte "rabatter").

Udviklingen i bestillernes samlede indkøb af ydelser fra sygehusene fremgår af tabel 3.3. Beløbet har stort set været uændret målt i løbende priser, hvorfor der reelt har været tale om en reduktion. Det ses, at denne reduktion ikke er modsvaret af en reduktion i sygehusenes omkostninger med det resultat, at sygehusene efter de første år fik negative resultater.

**Tabel 3.3: Sygehusenes samlede indtægter fra salg til bestillere og sygehusenes resultater 1992-1997. Stockholm. Mia. kr.**

År	Akutsygehusenes samlede indtægter fra bestillere	Akutsygehusenes samlede resultat
1992 <sup>1</sup>	3,3	+0,124
1993	6,4	+0,041
1994	6,4	-0,618
1995	6,2	0,226
1996	6,7	-0,499
1997	6,5	-0,076

Kilde: Charpentier & Samuelson

<sup>1</sup> akvitetetsbaseret finansiering kun delvist indført

Samlet set var udgifterne til sundhedsområdet i Stockholms landsting, målt i faste priser, uændrede i perioden. Når man på trods heraf oplevede økonomiske styringsproblemer, var det fordi udgifterne ikke faldt i det omfang det var ønsket (35;36)



### 3.2.2.1 Hvorfor gik det som det gik?

Charpentier og Samuelson (44) forsøger at give nogle forklaringer på, hvorfor den positive udvikling efter de første år ændredes til en negativ udvikling. Rapporten peger bl.a. på, at der i sygehusvæsenet generelt var stor utilfredshed med rammestyringen, og at alle ændringer ville medføre en produktivitetsforbedring. Endvidere peges der på, at man i Stockholms landsting undlod at udmønte den opnåede produktivitetsstigning i en kapacitetsreduktion pga. manglende incitamenter på afdelingsniveau. Endelig peges der på, at der i starten af 90'erne blev gennemført flere reformer i det svenske sundhedsvæsen, som ligeledes har haft indvirkning på produktiviteten i disse år, dels den såkaldte Ädelreform, dels en ventetidsgaranti på 3 måneder for visse patientgrupper.

Bo Hallin og Sven Siverbo (35) peger desuden på, at de økonomiske incitamenter reduceres eller forsvinder i takt med, at der indføres knæktakster og produktionslofter. *"I de tilfælde, hvor præstationsfinansieringen belægges med et absolut produktionsloft, er der ikke meget der skiller præstationsfinansiering fra rammefinansiering...delvis kan præstationsfinansiering med loft betegnes som et spil for galleriet"* (35).

### 3.2.2.2 Konsekvenser og holdninger på sygehus- og afdelingsniveau

Flere svenske undersøgelser har beskæftiget sig med konsekvenserne på sygehus- og afdelingsniveau af indførelse af ABF. I 1993 – i Stockholm-modellens andet år – gennemførtes en spørgeskemaundersøgelse (39) blandt samtlige læger ansat ved kirurgiske og urologiske klinikker på sygehuse i Stockholm. Flertallet af lægerne (70%) var af den opfattelse, at præstationsbaseret finansiering var et godt princip, men at DRG-systemet ikke var tilfredsstillende. Flertallet af lægerne oplyste, at de – ofte eller ganske ofte - diskuterede, hvilke patienter der var fortjeneste ved henh. ikke fortjeneste ved at behandle. Det var opfattelsen blandt en tredjedel af lægerne, at der forekom tilfælde, hvor patienter – af økonomiske grunde – blev behandlet i mindre omfang, end det var ønskværdigt ud fra et medicinsk synspunkt. Langt hovedparten (90%) oplyste, at omkostningsbevidstheden var blevet bedre efter indførelse af Stockholmmodellen. Til gengæld mente hver tredje, at behandlingskvaliteten var blevet forringet, og ca. 70% mente, at arbejdsmiljøet var blevet ringere efter indførelse af modellen.

En uddybende interviewundersøgelse blandt et antal klinikchefer, afdelingslæger og oversygeplejersker bekræftede, at præstationsbaseret finansiering af de fleste blev betragtet som positivt. De interviewede mente ikke, at der forekom underbehandling af økonomiske grunde, men at man nok i højere grad overvejede, om der var medicinske grunde til at påbegynde virkelig dyre behandlinger. De mente, at behandlingskvaliteten blev påvirket i negativ retning, bl.a. som følge af reduktionen i liggetiderne.

Ewa Forsberg, Runo Axelson og Bengt Arnetz har i en række artikler (45-47) offentliggjort resultater af undersøgelser af holdninger til og reaktioner på indførelse af ABF blandt læger ansat ved hospitaler i Stockholm. Undersøgelserne, der er baseret på spørgeskemaer, er gennemført i perioden 1991 – 1998, og indeholder desuden en sammenligning med en kontrolgruppe af læger ansat ved 11 andre amter, som ikke havde ABF.

Den første undersøgelse, der omfattede udviklingen i perioden 1991-1994 (45), viste, at andelen af læger, der havde en positiv holdning til ABF, faldt fra 67% til 47% i perioden. Lægerne i begge grupper var af den opfattelse, at effektiviteten var forbedret i perioden. Der var ikke forskel i gruppernes opfattelse af graden af effektivitetsforbedring, på trods af at hospitalerne i Stockholm havde reduceret den gennemsnitlige liggetid signifikant mere end hospitalerne i de 11 kontrolamter. Omvendt følte signifikant flere læger i Stockholm end i kontrolgruppen, at behandlingskvaliteten var forringet i den undersøgte periode, på trods af at objektive data om kvaliteten – fx genindlæggelser – ikke kan bekræfte dette. Forfatterne mener, at dette misforhold mellem lægernes opfattelse og den faktiske udvikling kan skyldes irritation over finansieringssystemet.

I en anden artikel (46) fremgår det, at lægerne i Stockholm i højere grad føler sig styrede af finansielle overvejelser end deres kolleger i kontrolamterne, og at lægerne i Stockholm er af den opfattelse, at deres professionelle autonomi som følge heraf er blevet indskrænket. Dog er lægerne i Stockholm (47) mere positive over for ABF end lægerne i kontrolamterne, ligesom lægerne er mere omkostningsbevidste, og hyppigere inddrager økonomiske overvejelser end deres kolleger. Forskelle der efter forfatternes opfattelse skyldes forskelle i finansieringsformen, nemlig ABF i Stockholm og rammestyring i kontrolamterne. Forfatterne konkluderer derfor, at ABF er et stærkt værktøj, der anvendt på den rigtige måde, kan forbedre effektiviteten i sundhedsvæsenet.

Med henblik på at undersøge holdningerne til reformerne i Stockholm 7 år efter introduktionen, gennemførtes interviews med 4 ledende overlæger på sygehuse i Stockholm om bl.a. holdningen til DRG-afregning af sygehuse (48). De interviewede overlæger tilkendegav at DRG-afregning efter deres opfattelse havde medført forbedring i produktiviteten og effektiviteten. Ligeledes var det de interviewedes opfattelse, at DRG, var det bedste eksisterende afregningssystem, og at aktivitetsbaseret afregning var at foretrække frem for rammebudgetter.

Västra Götaland region,<sup>17</sup> bliver finansieret gennem en 50/50 model, idet der

<sup>17</sup> Västra Götaland region, der består af de gamle landsting Bohus, Ävisborg, Sakarborg og Göteborg sygehusvæsen, blev dannet i 1999.

dog er fastlagt et loft for aktiviteten. I et interview med 4 sygehusdirektører om fordele og ulemper ved finansieringsmodellen fremgår det, at de generelt er positive overfor ABF som princip (49), men at eksistensen af produktionsloftet betragtes som en væsentlig begrænsning i incitamenterne. Loftet indebærer, at finansieringen blot er en ny måde at fordele ressourcerne på, og den adskiller sig ikke væsentligt fra rammefinansieringen. Om den interne ressourcefordeling fremgik det af interviewene, at sygehusecheferne fandt det vanskeligt at finde en model, der afspejlede faktisk ressourceforbrug i de forskellige afdelinger. Såfremt hver afdeling fik de indtægter, de reelt genererede i finansieringsmodellen, ville nogle afdelinger få overskud, mens andre ville få underskud. Så det der i realiteten sker, er at det der skulle være en præstationsfinansieringsmodel, internt på sygehuse bliver til en rammefinansieringsmodel. Såfremt en præstationsfinansiering skal have en reel betydning, skal koblingen imellem præstationer og ressourcer være synlig – også på afdelingsniveau.

### 3.3 Australien

#### 3.3.1 Victoria

De fleste stater i Australien anvender i dag ABF (50). Den første stat, der indførte systemet, var Victoria, som i 1993-94 indførte et program, som indebærer, at sygehuses tidligere rammebudgetter blev afløst af en aktivitetsbaseret afregning. Sygehuse fik et fast budget til dækning af de faste omkostninger suppleret med en aktivitetsbaseret afregning ved hjælp af DRG. Den variable del blev fastsat til 50% af budgettet (51). Sygehuse blev afregnet op til et aktivitetsloft, og aktivitet herover blev som udgangspunkt ikke afregnet. Dog afsatte regeringen en pulje på 7% af det samlede sygehusbudget til afregning af meraktivitet. Trækningsretten til meraktivitetspuljen blev fordelt på sygehuse efter på forhånd fastlagte kriterier, fx dokumenteret reduktion i ventelisten (51).

De første resultater af det nye finansieringssystem var positive. De samlede udgifter til sygehusvæsenet i Victoria faldt det første år med 5%, samtidig med at antallet af behandlede patienter steg med 5-10% (51,52), og der skete en signifikant reduktion i ventelisten (53). Udviklingen i ventelisten skal dog ses på baggrund af, at ventelister i Australien ikke opgøres på grundlag af henvisningsregistreringer, men på grundlag af blanketter indberettet fra sygehuse. Før indførelsen af den nye finansieringsform havde sygehuse et incitament til at overvurdere ventelisterne med det formål at opnå ekstra bevillinger. Men efter indførelsen af det nye system, hvor reduktion i ventelisten var en forudsætning for at få adgang til meraktivitetspuljen, havde sygehuse tværtimod et incitament til at undervurdere ventelisterne. Forfatterne konkluderer, at det via politiske initiativer faktisk er muligt at påvirke ventelisterne, enten ved at vurdere af hvornår en patient skal henvises til operation ændres, eller ved at arbejdsgangene ændres.

Rigsrevisionen for staten Victoria (Victorian Auditors-Generals office) offentliggjorde i 1998 en rapport om konsekvenserne af case-mix finansieringen af statens sygehusvæsen (54). Rapporten er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt læger og administratorer. Rapporten konkluderer, at indførelsen af ABF har betydet en signifikant forbedring af produktiviteten målt på samlede udgifter til sygehusvæsenet, antal behandlede patienter og gennemsnitlige liggetider. Forbedringen har dog hovedsageligt fundet sted i de første 2 år efter reformen, herefter er der sket en stagnation. Det konstateres dog, at det er svært at adskille konsekvenserne af det nye finansieringssystem fra konsekvenserne af de samtidig gennemførte budgetreduktioner.

Rapporten konstaterer endvidere, at den nye finansieringsreform har medført økonomiske problemer for en række små lokale sygehuse, bl.a. fordi disse sygehuse ikke i samme omfang som de store sygehuse har mulighed for at anskaffe informationssystemer, der kan monitorere sygehusets faktiske omkostninger. Administratorerne på de store sygehuse er da også mere positive overfor ABF end administratorerne på de små sygehuse.

Der er forskel i mellem adspurgte lægers og administratorers opfattelse af konsekvensen for behandlingskvaliteten. Flertallet af lægerne var af den opfattelse, at der var sket en reduktion i behandlingskvaliteten efter indførelsen af ABF. Det gik især gik ud over meget sårbare patientgrupper, som fx kronisk syge patienter. Administratorerne havde et mere positivt syn på udviklingen i behandlingskvaliteten end lægerne.

Det fremhæves i rapporten som en betydelig mangel ved case-mix finansieringen, at der ikke er etableret systemer til monitorering af behandlingskvaliteten. Rapportens forfattere er dog af den opfattelse, at ABF er et mere gennemskueligt og retfærdigt finansieringssystem, end det historiske baserede rammestyringssystem, som det erstattede.

### 3.3.2 Andre stater i Australien

Udformningen af ABF har visse fælles træk i de 5 australske stater, der anvender systemet (50). Alle anvender således det australsk udviklede DRG-system (AN-DRG), og alle har indført et produktionsloft (i nogle stater dog med mulighed for at få finansieret meraktivitet til en marginaltakst). Der er imidlertid også væsentlige forskelle. Mens nogle stater yder højere takster (for samme DRG) til store sygehuse end til små (stordriftsulemper), yder andre stater omvendt lavere takster til store end til små (stordriftsfordele). Ligeledes kan der være store variationer i taksten for samme DRG. Fx varierer taksten for en ukompliceret fødsel med op til 40% (selv om behandlingsomkostningerne må forventes at være lige store i alle stater). Endelig varierer finansieringen af intensiv funktion fra stat til stat. I nogle stater er den således en del af taksten, mens den i andre stater finansieres som en del af

det aktivitetsuafhængige budget. På baggrund af disse forskelle mellem de enkelte staters finansieringsmodeller konkluderes det i artiklen, at der er en række problemer i relation til udformningen af modellerne i Australien, og der efterlyses et nationalt samarbejde om videreudviklingen af systemet.

At problemerne endnu ikke er løst, fremgår af en rapport om finansiering af hele det australske sundhedsvæsen (55). Det konkluderes her, at case-mix baseret finansiering er et nyttigt middel til at få sygehusene til at fokusere på deres omkostninger, men at sygehusene reelt ikke har opnået den tilstrækkelige viden. Der peges desuden på, at systemet har alvorlige begrænsninger, fx i relation til finansiering af sygehuses intensiv funktion, og at systemet har alvorlige bivirkninger i form af incitament til at udskrive patienter for hurtigt.

### **3.4 Danmark**

Det danske sygehusvæsen har traditionelt været rammestyret. Men i de senere år er der sket en gradvis indførelse af et aktivitetsbaseret element i finansiering af sygehusene. Således blev der med finanslovsaftalen for 2000, indgået aftale om alle amter skulle indføre aktivitetsbestemt finansiering (90/10 modellen). Udmøntningen af regeringens ventelistepulje i årene 2002, 2003 og 2004 har været baseret på ABF, og senest er det i forbindelse med økonomiaftalen mellem regeringen og amterne for 2004 aftalt, at minimum 20% af sygehusenes bevillinger skal baseres på baggrund af den præsterede aktivitet. Derudover afregnes frit-valgs patienter og højt specialiserede patienter (lands- og landsdelspatienter) på grundlag af præsteret aktivitet.

#### **3.4.1 Frit sygehusvalg**

I forbindelse med det frie sygehusvalg sker der en aktivitetsbaseret afregning af den del af sygehusenes aktivitet, som vedrører patienter fra andre amter. Den aktivitetsbaserede finansiering går dog i første omgang kun til sundhedsforvaltningen, som kan beslutte, hvorvidt de vil videreføre fritvalgsindtægterne/-udgifterne til sygehusene. Patienters ret til frit at vælge sygehus er gradvist blevet styrket i de senere år, senest med indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg, hvorefter patienter har ret til også at vælge at blive behandlet på et privathospital, såfremt hjemamtet ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder. Hertil kommer, at sygehusenes incitamenter til at modtage fritvalgspatienter er øget, efter at man i 2000 indførte betaling med 100 pct. af DRG-taksten.

En undersøgelse fra 2002 (15) evaluerer konsekvenserne af indførelse af DRG-afregning af frit-valgs patienter. Undersøgelsen bygger på en spørgeskema- og interviewundersøgelse gennemført i anden halvdel af 2001, dvs. halvandet år efter indførelse af DRG-afregning. Rapporten viser, at frit sygehusvalg – og ikke mindst det høje takstniveau – indebærer et incitament for

sygehusene til at forsøge at tiltrække udenamtpatienter. Således havde ca. 70% af de adspurgte sygehusledelser iværksat initiativer med henblik på at tiltrække udenamtpatienter eller holde på egne patienter, og endnu flere havde planer om at iværksætte initiativer. Med hensyn til de aktivitetsmæssige konsekvenser fremgår det af rapporten, at fritvalgspatienterne i 2000 udgjorde ca. 6% af samtlige ikke akutte udskrivelser fra basisafdelinger, og at andelen af udenamtpatienter på basisafdelinger var steget med 32% fra 1996 til 2000. Med hensyn til konsekvenserne for udgiftsstyringen fremgår det, at de mellemamtslige betalinger i 2000 udgjorde ca. 700 mio. kr. svarende til ca. 15% af de samlede udgifter til sygehusvæsenet. Det er dog ikke muligt at vurdere i hvilket omfang der er tale om en netto forøgelse i aktiviteten og netto forøgelse i udgifterne, da dette afhænger af, om amternes forbrug udenamts modsvares af en tilsvarende reduktion i aktivitet og udgifter indenamts.

#### 3.4.2 Ventelistepuljen

I 2002 bevilgede regeringen 1,5 mia. kr. til nedbringelse af ventelisterne.<sup>18</sup> Bevillingen blev udmøntet i takt med en dokumenteret meraktivitet, dvs. i form af ABF. Meraktivitet blev opgjort i form af DRG-point, ligesom afregningen blev baseret på 100 pct. af DRG-taksten. Det var et krav fra regeringen, at tilskuddene til de enkelte amter ikke skulle forblive i de enkelte amters kasser, men videreformidles ud til de enheder på sygehusene, som havde præsteret meraktiviteten. I en opgørelse af konsekvenserne (56), baseret på erfaringerne fra de første 11 måneder efter at ordningen var trådt i kraft, fremgår det, at antallet af udførte operationer inden for en gruppe af 18 udvalgte operationer udviste en stigning svarende til 10% på årsbasis. Det fremgik ligeledes, at de maksimale ventetider (opgjort på grundlag af sygehusenes egne indberetninger om forventede ventetider) for de 18 udvalgte operationer faldt fra 26 til 19 uger.

### 3.5 Sammenfatning af erfaringer

På grundlag af den gennemgåede litteratur om erfaringerne i forbindelse med indførelse af takststyring kan der sammenfattes følgende om konsekvenserne - sammenlignet med de teoretiske forudsigelser (kapitel 2) - af at ændre fra rammestyring til ABF.

#### 3.5.1 Aktivitetsniveau

Teorien forudsiger, at indførelse af ABF vil medføre et øget aktivitetsniveau. Et fællestræk ved alle de gennemgåede undersøgelser af erfaringerne med indførelse af ABF synes at bekræfte denne forudsigelse. Aktivitetsstigningen synes dog at være størst umiddelbart efter indførelsen af ABF, hvorefter niveauet stabiliseres eller afløses af et egentligt fald. Årsagerne til denne

<sup>18</sup> Der er ligeledes afsat puljer til meraktivitet i årene 2003 og 2004.

udvikling kan enten være sygehusenes erfaringer, fx at det viser sig, at deres behandlingsomkostninger overstiger taksterne. En anden årsag kan være ændringer i takstniveauet, fx takstreduktioner, indførelse af knæktakster eller indførelse af produktionsloft. I Norge, hvor man ikke har indført produktionsloft, har der tilsyneladende ikke været stagnation i aktivitetsstigningen.

### 3.5.2 Produktivitet

Ifølge teorien er konsekvensen for sygehusenes produktivitet usikker. De praktiske erfaringer tyder på en umiddelbar positiv effekt, som senere aftager eller endog bliver negativ. Samtidig peger undersøgelser på, at en høj teknisk produktivitet, i tilfælde af mangel læger og sygeplejersker, kan modsvares af en lavere produktivitet, eksempelvis på grund af øget overarbejde. Endvidere er der peget på manglende tilpasning af sygehuskapaciteten i takt med den øgede produktivitet. Endelig er der peget på faldende engagementet blandt det kliniske personale, bl.a. fordi de økonomiske incitamenter ikke i tilstrækkelig grad er formidlet ud på afdelingsniveau.

Spørgeskemaundersøgelser viser dog, at læger på sygehuse med ABF i højere grad inddrager økonomiske hensyn i deres beslutninger, end læger ansat på sygehuse uden ABF.

### 3.5.3 Udgiftsstyring

Ifølge teorien vil indførelse af ABF medføre stigning i de samlede udgifter til sygehusvæsenet. Erfaringerne er imidlertid forskelligartede og især afhængige af om der er indført et loft for de samlede udbetalinger eller ej. I Norge, hvor der ikke har været udgiftsloft, oplevede man fra 1996 - 1999 en gennemsnitlig årlig realvækst på 5,8% i sygehusudgifterne.<sup>19</sup> I Sverige (Stockholm) var der derimod en uændret eller faldende udgift til sygehusvæsenet i perioden 1993-1997, bl.a. som følge af en reduktion i takstniveauet og indførelse af udbetalingslofter.<sup>20</sup> I Australien (Victoria) faldt udgifterne til sygehusvæsenet i det første år efter indførelse af ABF med 5% (indførelsen skete dog samtidig med store budgetreduktioner).

På sygehusniveau medfører ABF budgetusikkerhed, da sygehusene nu ikke længere på forhånd kender deres indtægter. Erfaringerne fra flere lande tyder på, at dette kan medføre økonomiske problemer for sygehusene.<sup>21</sup> I Sverige (Stockholm), var der således et negativt resultat for sygehusene set under ét i årene 1994 - 1997. En årsag hertil var, at sygehusene ikke formåede at realisere den produktivitetsforbedring, som var forudsat i takstudviklingen. I Norge oplevede man, at aktivitetsøgningen medførte økonomi-

<sup>19</sup> Målsætningen med indførelse af ABF i Norge har først og fremmest været at reducere ventelisterne og at forbedre produktiviteten. Der har ikke været meget fokus på behovet for udgiftsstyring.

<sup>20</sup> ABF blev indført i Sverige på et tidspunkt, hvor landet befandt sig i en recession, og hvor der blev gennemført for store besparelser i de offentlige udgifter.

<sup>21</sup> Også ved rammestyring kan der opstå økonomiske problemer for sygehusene, nemlig hvis deres udgifter overstiger budgettet.

ske problemer for sygehusene, idet taksten ikke dækkede sygehusenes meromkostninger.

Også i Australien har erfaringen været, at ABF har medført økonomiske problemer for nogle sygehuse. Det drejer sig om små lokale sygehuse, og skyldes, at disse ikke i samme omfang som de store sygehuse har mulighed for at skaffe informationssystemer, der kan monitorere deres faktiske omkostninger.

### 3.5.4 Kvaliteten

Teorien forudsiger, at konsekvenserne for behandlingskvaliteten er usikker. Der er kun fundet få empiriske studier af konsekvenserne for behandlingskvaliteten ved indførelse af ABF. Undersøgelser gennemført i Norge under stykpriserforsøget kunne ikke påvise nogen reduktion i behandlingskvaliteten målt på sygehusopståede infektioner og den akutte indsats over for hjertepatienter i de to første år af stykpriserforsøget. Interview med læger ansat i afdelinger med ABF i Australien og Sverige viser dog, at lægerne har en opfattelse af, at behandlingskvaliteten er faldet efter indførelse af ABF.

### 3.5.5 Lighed

Ifølge de teoretiske forudsigelser kan indførelse af ABF med anvendelse af DRG-takster medføre negative konsekvenser for ligheden. Der er kun fundet få undersøgelser af konsekvenser for lighed. I en spørgeskemaundersøgelse fra Stockholm svarede flertallet af lægerne dog, at de ganske ofte diskuterede, hvilke patienter der var fortjeneste henh. ingen fortjeneste ved at behandle.

### 3.5.6 Andre resultater

#### 3.5.6.1 Holdningerne til ABF

Generelt viser undersøgelserne, at der på de sygehuse, der er omfattet af ABF, er en positiv holdning til ABF som princip, såvel blandt administrationen som blandt læger og sygeplejersker. En undersøgelse tyder dog på, at den positive holdning blandt lægerne aftager efter nogle år med ABF. Lægerne på sygehuse med ABF er mere positive end læger ansat på sygehuse uden ABF.

#### 3.5.6.2 Svært at måle effekten

Det er forbundet med usikkerhed at analysere effekten af indførelse af ABF. De fleste af de gennemførte analyser, er baseret på en før/efter måling. Sådanne analyser har imidlertid den svaghed, at udviklingen i de parametre der undersøges, vil være påvirket af andre forhold end indførelse af ABF, fx andre samtidige indgreb i sygehusvæsenet, indførelse af ny medicinsk teknologi eller lignende. Undersøgelser, der er baseret på en sammenligning med en kontrolgruppe, har den svaghed, at det kan være svært at kontrollere for alle forskelle imellem de sygehuse der sammenlignes, hvortil kommer



at de sygehuse, der er omfattet af ABF, må forventes at have en forbedret registreringspraksis (fx registrering af flere bidiagnoser).

### 3.5.7 Konklusion

Gennemgangen af erfaringerne med at ændre fra rammestyring til ABF bekræfter langt hen ad vejen de teoretiske forudsigelser om, at aktiviteten og udgifterne vil stige, at konsekvenserne for produktiviteten er usikker, og at der kan opstå problemer i relation til behandlingskvalitet og lighed i patienternes adgang til sygehusbehandling. Erfaringerne bekræfter dog også, at de faktiske konsekvenser i hvert enkelt tilfælde vil afhænge af en række omstændigheder omkring selve udformningen og implementeringen af afregningen, samt af en række ydre vilkår for sygehusene. Konsekvenserne vil fx afhænge af niveauet for taksterne, eksistensen af knæktakster og produktionsloft. Enkelte undersøgelser tyder også på, at det har betydning, hvordan ABF er implementeret, fx om de økonomiske incitament er når ud til afdelingsniveauet. Med hensyn til ydre vilkår er det bl.a. af betydning, om sygehusene er underlagt en "blød" eller "hård" rammestyring, dvs. om det opleves som relativt let at opnå tillægsbevillinger (eller tilgivelse for budgetoverskridelser), ligesom det er af betydning, at sygehuset har mulighed for at anvende relevante økonomistyringsværktøjer.

## 4. Analysemodel og metode

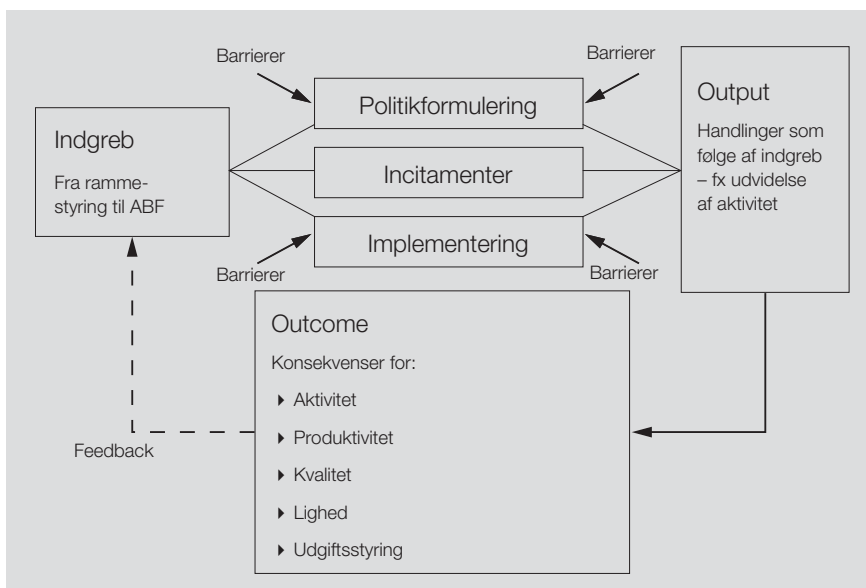
### 4.1 Analysemodel

Analysen er 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 nedenstående model (figur 4.1).

Figur 4.1 Analysemodel



Projektet indeholder en analyse af incitamenterne i de modeller, der er blevet indført i 4 amter, der indgår i projektet. Incitamenterne vil bl.a. blive vurderet med udgangspunkt i en analyse af takststrukturer og eksistensen af udbetalingslofter.

Projektet vil derudover indeholde en analyse af politikformuleringsfasen i de 4 amter. Politikformuleringsfasen vil blive belyst gennem hvem der var invol-

veret i udarbejdelsen af takststyringsmodellerne, om der var enighed om de udarbejdede modeller, samt om der var opbakning til de vedtagne modeller, ABF generelt samt DRG-systemet.

Implementeringen af takststyringen på sygehusene vil blive analyseret med udgangspunkt i, hvordan der er informeret om takststyringsmodellerne, og om modellerne er overskuelige for aktørerne.

Endelig vil der blive gennemført en analyse af barriererne for implementering af takststyringen. Det vil blive analyseret om der har været eksterne barrierer i form af manglende dispositionsfrihed, eller interne barrierer i form af manglende administrative eller økonomiske ressourcer.

Resultatet af indførelse af takststyringen vil blive belyst ud fra, hvilke handlinger indførelse af takststyring har givet anledning til (output).

Derudover vil resultatet blive analyseret i form af opfyldelse af en række overordnede målsætninger (outcome) for sundhedsvæsenet, nemlig:

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

Projektet er splittet op i to delanalyser, hvor første delanalyse, der præsenteres i denne delrapport, indeholder en analyse af incitamenterne i de modeller, der er vedtaget i amterne, samt en analyse af politikformuleringsfasen, implementeringsprocessen og eventuelle forventede barrierer. Anden del af projektet vil indeholde en analyse af konsekvenserne af takststyringen (baseret på erfaringerne efter et år), samt en analyse af de barrierer der har været for at realisere takststyringens målsætninger.

## 4.2 Metode og datagrundlag

Analysen er designet som en prospektiv analyse. Der gennemføres en "før-analyse" umiddelbart efter, at ABF er indført i amterne, efterfulgt af en analyse et år efter at takststyringen er indført. Projektet omfatter 4 amter, der er udvalgt ud fra det hensyn, at de skulle repræsentere forskellige typer af takststyringsmodeller og forskellige amtsstørrelser. De 4 amter er: Århus Amt, Nordjyllands Amt, Roskilde Amt og Frederiksborg Amt.

Denne delrapport indeholder en afrapportering af "før-analysen". Datagrundlaget er interview suppleret med tilgængeligt skriftligt materiale. Interview er gennemført på henholdsvis forvaltningsniveau, sygehusniveau og afdelingsniveau. I hvert amt er gennemført interview med en repræsentant fra sund-

hedsforvaltningen (økonomi-/planlægningschef). Fra et af amtets sygehuse er desuden gennemført interview med en repræsentant for administrationen (økonomichef/sygehusdirektør) og en administrerende overlæge fra henh. en medicinsk og en kirurgisk afdeling. Frederiksborg Amt adskiller sig fra de 3 øvrige amter ved ikke at have et egentligt sygehusniveau, men i stedet for funktionsenheder. I dette amt er der derfor kun foretaget interview med repræsentanter fra sundhedsforvaltningen og funktionsledelserne. I alt er der gennemført 15 interview.

De 4 amter er som nævnt udvalgt, så de dækker forskellige typer af takststyringsmodeller samt forskellige amtsstørrelser. Sygehusene er udvalgt, så de dækker forskellige specialiseringsgrader. De interviewede administrerende/ledende overlæger på det enkelte sygehus er udvalgt i samarbejde med sygehusadministrationen. De interviewede personer er anonyme. Det skriftlige materiale omfatter notater m.v. der beskriver de takststyringsmodeller der anvendes i hvert af de 4 amter.

I relation til udvælgelsen af amter, sygehuse og respondenter skal man være opmærksom på at man ikke ukritisk kan generalisere rapportens analyse bredere ud. Dette skyldes at faktorer som 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.

Interviewene er blevet gennemført som semistrukturerede interviews med en primærspørger og en sekundærspørger. På den måde har primærspørgeren kunne opretholde interviewet som en samtaleform, mens sekundærspørgeren har noteret og tjekket, om samtalen har involveret alle de emner, der på forhånd er blevet udvalgt. Der er således udarbejdet en spørgeramme inkluderende emner, der skulle berøres ved alle interview, men den har samtidig været så løs, at den har givet mulighed for, at samtalen har kunnet tage en drejning efter respondentens ønske (Kvale, 1997: 133ff). De anvendte spørgerammer er vedlagt som bilag 1.

Valget af den semistrukturerede interviewform hænger sammen med det forholdsvist afgrænsede emne, der ønskedes belyst. En mere eksplorativ tilgang til interviewene ville have givet respondenterne mulighed for i højere grad selv at forme interviewet, hvilket i rette situation kan være en fordel. Men med ønsket om fokus på rapportens emne i interviewene opfattedes det semistrukturerede interview som værende mest fordelagtigt. Her har respondenterne i mindre grad mulighed for at forme interviewet, dog er ikke alle spørgsmål lukkede. I det semistrukturerede interview gives der stadig mulighed for åbne spørgsmål, hvorved respondenterne får mulighed for at belyse emnet fra en eventuel anderledes vinkel end den interviewer via spørgerammen har forestillet sig og planlagt.

Interviewene blev optaget på bånd, og der er på grundlag af båndoptagelsen udarbejdet et referat. På baggrund af de forskellige teoretiske indfaldsvinkler 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.

Der er tale om en analyse, der overvejende er baseret på kvalitativ metode og data. Rapporten bygger hovedsageligt på de meninger og holdninger, der er kommet til udtryk i de gennemførte interview. Det er vanskeligt i en kvalitativ undersøgelse præcist at vurdere, om ABF har den tilsigtede effekt, da analysen er baseret på respondenternes opfattelse, oplevelse af og til tider forventning om, hvilken betydning indførelse af ABF vil have.

Rapporten indeholder en generel vurdering af implementeringen og de forventede konsekvenser af indførelse af takststyring i Danmark, idet de fire amter, der indgår i analysen, ikke vil blive sat overfor hinanden. Analysens datagrundlag muliggør ikke en påvisning af sammenhængen mellem på den ene side takststyringsmodel og implementeringsproces og på den anden side de forventede konsekvenser i de 4 amter.

## 5. Resultater fra før-analysen

Dette kapitel indeholder resultaterne fra før-analysen, som dels er en analyse af de incitamenter, der er indbygget i de fire amters takststyringsmodeller, dels en analyse af hvordan takststyringen er blevet indført i de fire amter. Afslutningsvist indeholder kapitlet en analyse af hvilke initiativer indførelse af ABF har givet anledning til på det tidspunkt hvor interviewet finder sted (ca. 1 måned efter at ABF er trådt i kraft), samt de interviewedes forventninger til konsekvenserne af ABF.

### 5.1 Incitamenter indbygget i takststyringsmodellerne

Forskellige måder at udforme takststyring på, vil have forskellige konsekvenser – tilsigtede såvel som utilsigtede – for opnåelse af de overordnede politiske mål for sygehusvæsenet. Ud fra en økonomisk synsvinkel vil en af de parametre, der har størst betydning være forholdet mellem taksterne og sygehusenes omkostningsstruktur.<sup>22</sup> Én ting er imidlertid modellernes incitamenter set ud fra rationelle økonomiske overvejelser, en anden ting er hvordan modellerne opfattes blandt beslutningstagerne ude på sygehuse. En forudsætning for at en ledende overlæge på et sygehus kan fastlægge det økonomisk mest rationelle produktionsniveau for afdelingen er bl.a. at han kender afdelingens omkostningsstruktur, og at taksten efter hans opfattelse dækker behandlingsomkostningerne.

Dette kapitel indeholder to analyser: Først en beskrivelse og vurdering af incitamenterne i de 4 amters takststyringsmodeller med udgangspunkt i økonomisk teori, og på basis af amternes egne beskrivelser af takststyringsmodellerne. Dernæst vurderes modellernes incitamenter med udgangspunkt i de interviewedes vurderinger af disse. Afslutningsvist drages der en samlet konklusion på baggrund af begge analyser.

#### 5.1.1 Vurdering af takststyringsmodellerne på baggrund af økonomisk teori

Figur 5.1 viser en model for analyser af sammenhængen mellem sygehuse-nes aktivitet og deres bevilling. Amternes takststyringsmodeller kan, som det fremgår af figur 5.1, karakteriseres ud fra:<sup>23</sup>

*Normalbudgettet:* som er det aktivitets- og bevillingsniveau som sygehuse- ne/afdelingerne ville have haft under normal ramme-/kontraktstyring.

*Grundbudgettet:* som er det aktivitetsniveau med tilhørende grundbevilling hvor takstfinansieringen starter.

*Loft:* der betegner den maksimale bevilling, der udbetales.

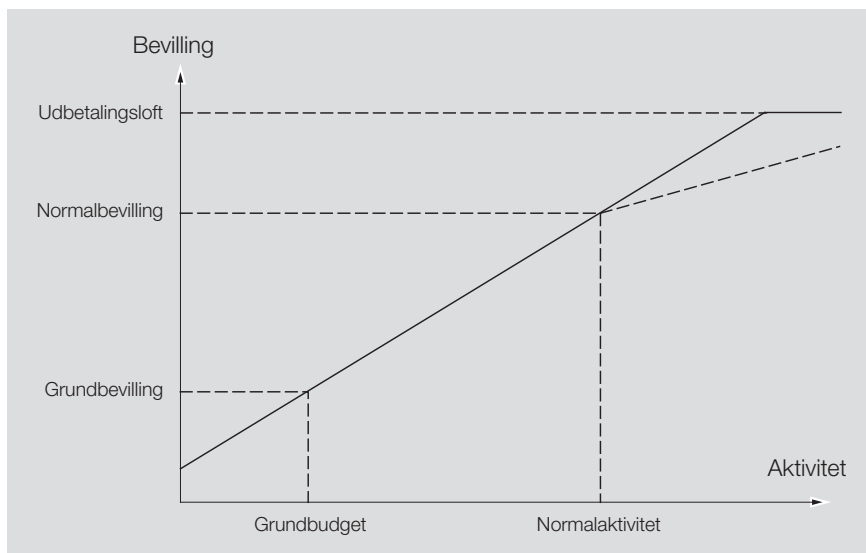
<sup>22</sup> Rapporten Taksstyring på sygehusområdet (5) indeholder en gennemgang af forskellige takstnivea-ers konsekvenser for de overordnede målsætninger

<sup>23</sup> Amterne anvender i deres beskrivelser forskellig terminologi, fx anvendes betegnelserne basisbudget, grundbudget og baseline med forskellig betydning. Ved denne gennemgang er det valgt at anvende en fælles terminologi.

Aktivitetsbaseret afregning kan udformes på flere måder:

- der afregnes for mer-/mindre aktivitet i forhold til det normale budget (grundbudget = normalbudget),
- den aktivitetsbaserede afregning starter når aktiviteten overstiger et vist niveau (grundbudget mindre end normalbudget)
- afregningen starter ved første patient sygehuset behandler (grundbudget = 0). Sygehuset får dog som oftest et grundbevilling til dækning af faste omkostninger)

Figur 5.1 Sammenhæng mellem aktivitet og bevilling



Derudover kan takststyringsmodellerne karakteriseres ud fra *taksternes størrelse* (fx %-andel af DRG-værdien), og om der er *takstdifferentiering*, dvs. om der er forskellige takstniveauer for forskellige patientkategorier. Endelig kan modellerne karakteriseres ud fra, om der er såkaldte knæktakster, dvs. om taksterne reduceres, når aktiviteten overstiger et vist niveau.

Både knæktakster og udgiftslofter har til formål at sikre udgiftsstyringen, idet sygehusenes incitament til at producere falder, når taksten reduceres eller bliver nul. Takstdifferentiering medfører, at incitamentet til at øge aktiviteten vil være forskellig fra patientgruppe til patientgruppe, og har dermed til formål at understøtte en bevidst overordnet prioritering imellem forskellige patientgrupper.

Tabel 5.1 og 5.2 beskriver modellerne både på sygehusniveau og på afdelingsniveau for hvert af de 4 amter. Frederiksborg amt adskiller sig fra de øvrige amter ved ikke at have et egentligt sygehusniveau, men i stedet for at have funktionsenheder. Amtet har derfor kun én takststyringsmodel.

**Tabel 5.1 Modeller på sygehusniveau**

	Grundbudget/ Normalbudget	Takster	Takst- differentiering	Knæk- takst	Loft
Århus	Grundbudget = normalbudget Budgettet reguleres opad	60% af DRG	Nej, dog forlods bevilling til visse projekter	Nej	Ja
Nord- jylland	Grundbudget = 70% af normal aktivitet	70% af DRG op til normalbudget, derefter 10%. Særlig takst 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

Blandt de 4 amter er *budgetsikkerheden* størst i Roskilde Amt og Århus Amt, idet der principielt ikke er fastsat nogen nedre grænse for takststyringen. I Århus afregnes der ved afvigelse i forhold til normalbudgettet, og modellen indeholder ingen nedre grænse for takstafregningen. I Roskilde Amt starter afregningen ved 1. patient, men sygehuset er garanteret en minimumsbevilling på 30% af normalbudgettet. I Nordjyllands Amt er den nedre grænse for takststyringen 70% af normalaktiviteten. I Frederiksborg Amt er den nedre grænse for afregning af funktionsenhederne på 83% af aktiviteten.

**Tabel 5.2 Modeller på afdelingsniveau**

	Grundbudget/ Normalbudget	Takster	Takst- differentiering	Knæk- takst	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% af nedad – 10% opad Særlig takst for positivliste	Ja	Ja	Ja for positivliste Nej for øv- rig aktivitet
Roskilde	Grundbudget ved 0% af aktiviteten Grundbevilling 30% af normalbevilling	Variierende andele af DRG	Nej	Nej	Ja
Fr.borg amt	Grundbudget ved 83% af aktiviteten	Variierende andele af DRG	Nej	Nej	Ja



Til gengæld har alle 4 amter et *loft* for den maksimale udbetaling til sygehusene. I 3 af amterne består loftet af normalbudgettet plus amtets andel af regeringens ventelistepulje, mens man i Århus forlods har anvendt ca. halvdelen af ventelistepuljen til særlige projekter, således at loftet består af normalbudgettet plus den resterende halvdel af ventelistepuljen. Som resultat heraf har man i Århus Amt et relativt lavt udgiftsloft for aktivitet, der ikke er omfattet af de særlige projekter.

Alle 4 amter har i normalbudgettet indregnet diverse *besparelkeskrav*, typisk i form af krav om 1,5% produktivetsforbedring. Der kan derudover være tale om ekstraordinære besparelser. I Frederiksborg Amt har man således i normalbevillingen indregnet en besparelse svarende til amtets forventede andel af ventelistepuljen. Funktionsenhederne skal således opnå en produktion, svarende til "normal" produktion plus den produktion der svarer til amtets andel af ventelistepuljen, for at få en "normal" bevilling.

*Taksterne* siger noget om, hvor meget sygehusenes bevilling stiger ved en merproduktion, men også hvor meget sygehusenes budgetter reduceres ved en mindreproduktion. Alle fire amter tager udgangspunkt i DRG-takster. Takstniveauet på sygehusniveau svinger imellem 60% og 70% af DRG-taksten. Der forligger ikke i det skriftlige materiale fra amterne oplysninger, der kan bruges til at vurdere i hvilket omfang de vedtagne takster dækker sygehusenes marginalomkostninger.

To af amterne har foretaget en politisk prioritering af visse behandlinger, enten gennem differentierede takster, eller gennem forlods finansiering af visse udvidelsesprojekter. I Nordjyllands Amt har man således vedtaget en positivliste, indeholdende behandlinger hvor der gives særlig omkostningsbestemt takst (man har tilstræbt at den udgør 70% af DRG-taksten). Al øvrig meraktivitet afregnes med 10% af DRG-taksten. Bevillingerne udløses dog først, når aktiviteten har nået normalbudgettet. Dvs. at taksterne i Nordjyllands Amt "knækker", når aktiviteten overstiger det "normale" niveau. I Århus har man som nævnt forlods afsat ressourcer til særlige projekter, som således er garanteret en bevilling.

De modeller som de 4 sygehuse, der indgår i undersøgelsen, anvender på *afdelingsniveau*, er i vidt omfang en videreførelse af de modeller, der foreligger på sygehusniveau. Dog afviger de takster, der anvendes overfor afdelingerne fra de takster, der anvendes over for sygehusene. Dette skyldes bl.a., at DRG-taksterne dækker hele indlæggelsesforløbet, og at afdelingerne kun dækker en del af de samlede indlæggelsesomkostninger. I to af amterne har man derfor beregnet særskilte afdelingstakster, som skal afspejle afdelingernes andel af de samlede omkostninger. Det viser sig ved, at taksten på afdelingsniveau udgør procentandele af DRG-taksten, der varierer fra afdeling til afdeling, afhængigt af hvor stor andel af de samlede behandlingsom-

kostninger der påhviler den pågældende afdeling. De pågældende amter har desuden aftalt faste retningslinier for aktivitetsbaseret honorering af tværgående afdelinger. I de to øvrige amter afregnes med samme faste andel af DRG-taksten overfor alle afdelinger og der foreligger ikke faste aftaler om takstafregning af tværgående afdelinger.

Sammenfattende synes incitamentet til merproduktion at være højest i Roskilde Amt, hvor taksterne er højest; men da vi ikke kender omkostningsstrukturen på de berørte sygehuse er det ikke muligt at vurdere den forventede merproduktion i de 4 amter. I Nordjyllands og Århus amter vil merproduktionen især omfatte de politisk prioriterede områder/projekter, mens den på øvrige områder må forventes at blive beskedent: i Århus på grund af lavt udbetalingsloft og i Nordjyllands amt på grund af en lav takst. I Roskilde og Frederiksborg amter forventes meraktiviteten at fordele sig mere bredt. Budgetsikkerheden vil være stor i alle 4 amter på grund af udgiftsloftet.

Det er ikke muligt på grundlag af de beskrevne modeller at vurdere forventede konsekvenser for produktiviteten. Dog vil den relative høje takst i Roskilde Amt alt andet lige medføre et relativt lavere pres på produktiviteten end i de øvrige amter. Til gengæld har alle amter forlods sikret produktivtetsforbedringer gennem de allerede indregnede besparelseskra.

Med hensyn til utilsigtede prioriteringer mellem patienter, har man i Roskilde og Frederiksborg amter gennem varierende DRG-takster på afdelingsniveau, gjort en indsats for at undgå for store forskelle i dækningsbidraget mellem forskellige patientkategorier. De ensartede DRG-takster på afdelingsniveau i henh. Århus og Nordjyllands amter, er dog af mindre betydning, da det drejer sig om et begrænset samlet beløb og dermed en begrænset meraktivitet.

### 5.1.2 De interviewedes vurderinger af modellernes incitamenter

Dette afsnit indeholder en gennemgang af udtalelser fra de interviewede, som belyser deres vurderinger af de indbyggede incitamenter i takststyringsmodellerne.

#### 5.1.2.1 Dækker taksterne sygehusenes marginalomkostninger?

På forvaltnings- og sygehusniveau er det generelt opfattelsen, at taksterne samlet set dækker sygehusenes marginalomkostninger, men at der vil være tab på nogle patienter og gevinst på andre. En repræsentant for forvaltningsniveauet erkender, at det er problematisk at fastlægge de rigtige marginaltakster, da disse ikke blot varierer fra sygehus til sygehus, men også fra patient til patient. Hertil kommer, at marginaltaksterne for 60 ekstra patienter er forskellige fra marginaltaksterne for én ekstra patient. En anden repræsentant er af den opfattelse, at en mulig løsning på problemet er at differentiere taksterne, men at dette vil komplicere takststyringen.

Også repræsentanterne for afdelingerne er opmærksomme på, at det er forskelligt fra patientgruppe til patientgruppe, hvorvidt taksterne dækker omkostningerne: *"Det er lidt med gynger og karruseller"*. Enkelte repræsentanter, er at den opfattelse, at taksterne gennemgående er alt for lave. Flere fremkommer således med eksempler på patientgrupper, hvor selv den fulde DRG-takst er lavere end behandlingsomkostningerne.

Flere bemærker dog også, at det er svært at vide om taksterne dækker marginalomkostningerne, da man rent faktisk ikke har de fornødne omkostningsinformationer. En repræsentant fra afdelingerne har ikke nogen ide om, hvorvidt taksterne dækker meromkostningerne. Vedkommende regner med at få ville kunne sige noget om det på nuværende tidspunkt: *"Det må tiden vise"*.

Repræsentanter på alle tre niveauer udtrykker betænkelighed ved konsekvenserne af en budgetreduktion, i tilfælde af at afdelingernes aktivitet ikke når normalbudgettet. En repræsentant fra forvaltningsniveauet er af den opfattelse, at det, der skal tilbagebetales, hvis sygehuset ikke når deres produktionskrav (i dette tilfælde 70% af DRG-taksten), ikke svarer til, hvad sygehuse rent faktisk sparer ved den lavere aktivitet. En repræsentant fra en medicinsk afdeling mener endvidere ikke, at der automatisk vil være en besparelse, såfremt afdelingen ikke når sit normale aktivitetsniveau, højst lidt besparelser på medicinkontoen. Større besparelser kræver justeringer i normeringen, og denne justering må foretages løbende over året for at give en effekt. Derfor er det også vigtigt at monitorere DRG-produktionen måned for måned. En repræsentant fra en kirurgisk afdeling mener derimod, at taksten (på 70%) svarer meget godt til besparelsen ved en lavere produktion.

I Nordjyllands Amt, hvor taksten for aktivitet udover normalbudgettet for nogle patientgrupper er på 10% af DRG-taksten, er man fra forvaltningens side opmærksom på, at de 10% nok er i underkanten af sygehusenes meromkostninger. Repræsentanten fra sygehusniveauet udtaler, at motivationsfaktoren ved denne takst ikke er særlig høj, og at amtet sikkert godt ved, at man ikke får fjernet mange ventelister med denne takst. På den anden side fik man tidligere ingen kompensation for meraktivitet, så man er ikke ringere stillet end før. De interviewede på afdelingsniveau mener heller ikke, at der er noget incitament til merproduktion ved en afregning på 10%: *"Den sats er ud fra en overbevisning om, at når der er tale om meraktivitet, er der også tale om minimale omkostninger. Men det er vores erfaring, at når der er overbelægning, er det maksimale omkostninger – det er det der får læsset til at tippe – det kræver vikarpersonale, afløsning og generelt dyrt ekstra personale"*. Den anden afdelingsrepræsentant udtalte, at han ikke havde tænkt sig at øge produktionen inden for de områder, hvor de afregnes med 10%: *"det får vi ikke noget ud af"*.

### 5.1.2.2 *Hvad synes du om at der er et udgiftsloft?*

I alle fire amter er der af hensyn til amtets budgetsikkerhed lofter for sygehusenes meraktivitet, og det bekræftes i interviewene, at budgetsikkerhed har været et vigtigt hensyn ved udformningen af de amtslige modeller. Der er generel opbakning til dette hensyn, såvel på sygehus- som på afdelingsniveau. En repræsentant fra afdelingsniveau udtrykker det således: *"Et eller andet sted kan jeg godt tro, at efterspørgslen er ubegrænset, og dermed er det nok meget godt med en bremse (produktionsloft red.). Jeg køber ikke den der med, at det er efterspørgslen, der skal styre det her - så ville det gå helt amok"*.

Men et er, at man har forståelse for det nødvendige med et loft, et andet er, om man er enig i loftets placering (størrelse). Flere kommer ind på, at de gerne ser at grænsen for hvornår afregningen bliver nul, er højere. I et amt, hvor loftet på grund af besparelser svarer til normalbudgettet, udtaler en repræsentant for afdelingsniveauet således: *"Jeg synes der skulle være en gulerod, og jeg synes ikke rigtigt, at der er nogen gulerod, der er kun en trussel. Man kan kun tabe penge, man kan ikke vinde noget... Derfor siger jeg, at man intet har at vinde og alt at tabe"*.

I Århus Amt, hvor man forlods har afsat en del af meraktivitetspuljen til særlige områder, hvorfor loftet for den resterende aktivitet er relativt lavt, udtaler en repræsentant på sygehusniveau, at "produktionsrummet" er så lavt, at der reelt ikke er mulighed for at starte noget nyt op uden at støde mod loftet. En adm. overlæge, som endnu ikke kendte sit produktionsloft, udtaler, at hvis det ender med, at han kun kan producere for 400.000 kr., er det nærmest uinteressant, da han kan skrive en fondsansøgning på det dobbelte beløb på en aften.

Andre kommer ind på, at det er svært at styre aktiviteten, så man netop når loftet og ikke overskrider: *"man kan jo komme i den frygtelige situation, at man har nået loftet i oktober - skal man så sige til klinikerne, at de skal sætte sig på deres hænder, for nu skal der ikke laves mere i år"*. Der bliver desuden givet udtryk for et behov for styringsredskaber på afdelingerne: *"ikke så meget for at se om de når det de skal, men mere for at de ikke når for langt"*.

De fleste sygehuse har foretaget en fordeling af deres produktionsloft på de kliniske afdelinger i forhold til afdelingernes produktionsværdi. På sygehuset i Nordjyllands Amt har man dog ikke fordelt loftet, da sygehusets samlede beløb er meget begrænset, og da taksten kun er på 10 % af DRG-værdien (På amtsniveau er der tale om i alt 5 mio. kr.).<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Resten af amtets meraktivitetspulje er forlods fordelt på projekter.

En fordeling af loftet på afdelingerne indebærer imidlertid risiko for, at sygehuset som helhed ikke når sit loft, nemlig hvis nogle afdelinger ikke når loftet. For at imødegå den situation har man i et af amterne åbnet mulighed for, at afdelingerne kan handle om lofterne indbyrdes. Repræsentanterne fra afdelingerne udtrykte betænkelighed ved dette. Betænkelighederne går dels på, at der skal betales for de ledige produktionsmuligheder, dels på at det er for bureaukratisk. I stedet ønsker man, at der fastlægges mere individualiserede lofter, der tager hensyn til hvilke afdelinger, der er pres på.

I et andet amt, hvor der ikke er taget stilling til, hvad man vil gøre, hvis enkelte afdelinger ikke udnytter deres produktionsmulighed, giver de interviewede afdelingsrepræsentanter udtryk for, at man håber, at de tiloversblevne midler vil blive fordelt på de andre afdelinger, men at man er usikker på, om der er økonomi til det i amtet.

De fleste af de interviewede giver udtryk for, at det vil være et problem, såfremt de overskrider produktionsloftet. I et enkelt amt er alle de interviewede meget opmærksomme på, at produktionsloftet ikke må overskrides, fordi amtets baseline, og dermed afdelingernes aktivitetsbudget, det efterfølgende år vil blive baseret på den højere aktivitet. Repræsentanten fra forvaltningen udtrykker således at: *"modellen er designet sådan, at alle afdelinger har incitament til at ramme ét specifikt punkt... hvis alle afdelinger rammer det punkt, så klarer amtet sig optimalt - de får flest mulige penge, og de laver mindst muligt"*.

I de øvrige amter går bekymringen mere på, at man ikke vil få honoreret meraktiviteten, såfremt man overskrider produktionsloftet. En repræsentant for en medicinsk afdeling udtaler, at han hvert år overskrider loftet, og at det ikke umiddelbart er noget problem. Det nye er, at der nu er mulighed for at dokumentere hvordan tingene hænger sammen.

På grund af reglerne om at man i forbindelse med takstafregningen ikke må skelne mellem udenamts- og indenamtspatienter, indebærer takststyringen, at et produktionsloft skal gælde både for udenamts- og for indenamtspatienter. En afdeling, som når sit produktionsloft i oktober, må således ikke fortsætte med kun at behandle udenamtspatienter, selv om denne behandling vil blive betalt af andre amter. Flere af de interviewede gav udtryk for, at det var hæmmende for dem, at de nu ikke længere kunne iværksætte en ny behandling for at tiltrække udenamtspatienter.

### 5.1.3 Konklusion vedrørende indbyggede incitamenter i modellerne

#### *Alt at tabe – intet at vinde*

Ud fra en økonomisk rationel betragtning vil sygehusene og afdelingerne producere til det aktivitetsniveau, hvor deres marginalomkostninger svarer til

taksten (5: Appendiks 4.1). Hvis deres marginalomkostninger<sup>25</sup> er lavere end taksterne, vil sygehusene og afdelingerne opnå en fortjeneste ved at øge produktionen, dog kun ind til deres marginalomkostninger overstiger taksterne. Marginalomkostningerne stiger fx, hvis afdelingen når en kapacitetsgrænse og skal ansætte mere personale eller have øget deres fysiske kapacitet (5: Afsnit 4.3). Omvendt kunne man forestille sig, at sygehusene, hvis deres marginalomkostninger er større end taksten, vil reducere produktionen, såfremt besparelsen ved en aktivitetsreduktion vil være større end indtægstabt.

De økonomiske incitamentet i takststyringsmodellerne afhænger således af, hvorledes taksterne forholder sig til meromkostningerne ved en produktionsforøgelse, eller besparelsen ved en mindreaktivitet.<sup>26</sup>

En forudsætning for at man kan foretage en rationel beslutning vedrørende det optimale produktionsniveau, er imidlertid, at man kender sine marginale omkostninger, og det er der flere af de interviewede, der giver udtryk for, at de ikke gør. Det er dog en generel opfattelse, at takster på 60-70% af DRG-værdien – svarende til den takst der anvendes i flere af amterne – dækker de marginale omkostninger, mens fx en takst på 10% af DRG-værdien ikke dækker marginalomkostningerne. I flere af amterne indebærer takstniveauet i sig selv således et incitament til at øge produktionen.

I de amter, hvor man har opprioriteret særlige områder, enten gennem en højere takst eller gennem forlods bevillinger, vil meraktiviteten hovedsageligt komme på de prioriterede områder, mens meraktiviteten derudover formentlig vil blive begrænset. I de amter, hvor der er en generel DRG-takst, må det forventes, at meraktiviteten vil dække mere bredt.

Udbetalingslofterne sætter dog en grænse for, hvor stor meraktiviteten vil blive, og da lofterne generelt vurderes at være for lave, er det begrænset, hvor megen meraktivitet der sættes i gang. Dette skyldes ikke blot, at en overskridelse af loftet ikke honoreres, men også at sygehusene og afdelingerne flere steder oplever, at en overskridelse vil blive straffet i form af øgede produktivitetsskrav i efterfølgende budgetår.

Udgiftsloftet, og konsekvenserne såfremt udgiftsloftet overskrides, medfører at afdelingerne vil udfolde store bestræbelser for at styre en eventuel meraktivitet, så den lige nøjagtigt rammer loftet. Denne styring er vanskeligere jo tættere udgiftsloftet ligger på det normale budget, og dermed jo lavere "produktionsrum" afdelingerne har.

<sup>25</sup> Omkostningen ved at øge produktionen med 1 enhed.

<sup>26</sup> Der tages her udgangspunkt i sygehusenes normale bevilling med tilhørende normale aktivitetsbudget, idet det antages, at disse to svarer til hinanden.

Takststyringen medfører på den anden side et stærkt incitament til at nå det "normale" aktivitetsniveau, idet afdelingerne/sygehusene, i modsætning til under den hidtidige rammestyring, ikke har mulighed for at undgå en truede budgetoverskridelse ved at reducere aktiviteten, idet en mindre aktivitet også vil betyde en budgetreduktion. En budgetreduktion, der af de fleste vurderes til at være større end den besparelse der evt. opnås ved den lavere aktivitet.

Samlet set indebærer takststyringen således et incitament til at nå det normale produktionsniveau, og et incitament til at nå loftet – et loft der i vidt omfang er bestemt af regeringens ventelistepulje. Men samtidig videreføres rammestyrens ulemper i form af manglende incitament til at øge aktiviteten udover et nærmere bestemt niveau, på grund af frygten for at blive straffet økonomisk som følge af en eventuel meraktivitet.

#### *Fare for ulighed*

Flere kommer i interviewene ind på det vanskelige i entydigt at afgøre, hvordan taksterne forholder sig til marginalomkostningerne. For nogle afdelinger og patientgrupper vil taksterne indebære et tab, mens de for andre vil indebære en gevinst. Dette skyldes flere forhold. For det første vil marginalomkostningerne variere fra patientkategori til patientkategori, afhængig af hvor stor andel af behandlingsomkostningerne der er variable. For det andet vil kapacitetsudnyttelsen variere fra afdeling til afdeling, hvor nogle afdelinger vil kunne øge produktionen inden for den eksisterende kapacitet, mens andre ikke har den mulighed.

En særlig problemstilling vedrører DRG-systemet, idet grupperne selv om de tilstræbes at være ressourcehomogene, altid dækker over en variation i ressourceforbruget for de patienter, der placeres i samme gruppe. Der vil derfor inden for samme DRG-takst være patientgrupper med tab og patientgrupper med gevinst.

DRG-taksten dækker alle sygehusets behandlingsomkostninger i forbindelse med en indlæggelse. DRG-takster er derfor ideelle til afregning på sygehusniveau, men mindre ideelle til afregning af afdelinger, der jo kun dækker en del af de samlede omkostninger ved et indlæggelsesforløb. På trods heraf har man på alle sygehusene anvendt DRG-takster til afregning af afdelingerne.

Omkostningernes fordeling på sygehusets forskellige funktioner vil variere fra patientkategori til patientkategori (fx mellem medicinske og kirurgiske patienter). Dette har man på nogle sygehuse forsøgt at tage højde for, ved at de takster der anvendes udgør varierende andele af DRG-taksten, mens man på andre sygehuse anvender samme andel af DRG-taksten overfor alle afdelinger. På de sidstnævnte sygehuse medfører dette, at forholdet mellem

marginalomkostninger og takster vil være forskelligt fra afdeling til afdeling, hvilket igen indebærer forskelle i incitament til meraktivitet fra afdeling til afdeling.

Samlet set vil takststyringsmodellerne, dels på grund af forskelle i omkostningsstrukturene, dels på grund af DRG-gruppernes indbyggede inhomogenitet, indebære, at incitamentet til merproduktion vil variere fra patientkategori til patientkategori, fra afdeling til afdeling og fra sygehus til sygehus. Samlet set er en risiko for at økonomiske overvejelser skal afgøre hvilke patienter, der behandles og dermed indebære en trussel for målsætningen om lighed i adgangen til sygehusbehandling.

## 5.2 Politikformuleringsfasen

Ved politikformuleringsfasen forstås den proces, der har ført til tilblivelsen af den aktuelle politik- i dette tilfælde takststyring. Udformningen af takststyringen er foregået på flere niveauer. Først og fremmest er takststyringen blevet til i en forhandling mellem regeringen og Amtsrådsforeningen. Denne forhandling resulterede i en aftale om den overordnede udformning af ordningen. Den konkrete udformning af takststyringen af sygehusene, inden for de givne rammer, er imidlertid overladt til de enkelte amter, hvor der igen har været en forhandlingsproces, dels mellem de politiske partier i amtsrådet, dels mellem forskellige interessenter i amtets sygehusvæsen. I det omfang amterne har overladt det til sygehusene selv at udforme takststyringen af afdelingerne, har der desuden været en tilblivelsesproces på sygehusniveau.

Dette afsnit indeholder en analyse af, hvordan takststyringsmodellerne er blevet udarbejdet i de fire amter. Hvem der har været involveret, og om der har været enighed om modellerne blandt de involverede parter. Kapitlet vil ligeledes analysere, hvorvidt der er opbakning til de modeller, der er blevet vedtaget i amterne, samt om der er opbakning til ABF generelt. Det er hypotesen, at jo mere de berørte parter har været involveret, jo mindre konfliktfyldt processen har været og jo større opbakning, der er til de modeller, der er blevet resultatet, desto større chancer vil der være for, at takststyringens målsætninger vil blive nået.

DRG-systemet er et centralt element i takststyringen, idet alle amter anvender DRG-takster ved afregningen. Det er derfor også en vigtig forudsætning for takststyringens succes, at der er accept af DRG-systemet. Kapitlet indeholder derfor også en analyse af holdningen til DRG-systemet.

### 5.2.1 Hvordan blev takststyringsmodellerne udarbejdet?

#### 5.2.1.1 Modellen på sygehusniveau

Det er sundhedsforvaltningerne, der har initiativet i forbindelse med konkretisering af en model for takststyring af amternes sygehuse. Modellerne god-



kendes herefter af amtspolitikkerne. Det fremgår, at forslagene til takststyringsmodeller ikke altid er "efterretningssager" på sundhedsforvaltningens dagsorden. Fx afviste politikkerne i et af amterne forvaltningens første modelforslag, der indebar, at al aktivitet blev belønnet med samme procentsats (af DRG-værdien). I stedet ønskede politikkerne en mulighed for at kunne prioritere gennem anvendelse af differentierede takster.

Sygehusene er i større eller mindre grad involveret i udarbejdelsen af modellen. I et amt siger sygehusrepræsentanten, at: *"I ... Amt er det ikke sådan, at forvaltningen bare stikker sådan en model ud, den slags sager diskuteres"*. I et andet amt var indtrykket derimod, at sygehusene ikke havde været involveret i udformning af amtets model: *"Modellen blev udarbejdet af en snæver kreds i forvaltningen"*. Sygehusene er dog efterfølgende blevet informeret og har kunnet komme med kommentarer.

Flere af sygehusene ser helst, at politikkerne og forvaltningen blander sig så lidt i takststyringen som muligt. Frem for differentierede takster ser de hellere et mekanisk system med ensartede takster, ligesom der stilles spørgsmål ved det rimelige i, at forvaltningen – i nogle amter – tilbageholder en del af det beløb, amtet får udbetalt fra regeringens ventelistepulje. En forvaltningsrepræsentant udtrykker det således: *"Det afspejler nok en konflikt, hvor sygehuset helst ser pengene flyde direkte fra Slotsholmen til dem, hvorimod at amterne, hvis de skal have en politisk berettigelse, skal have nogle knapper at skrue på"*.

#### 5.2.1.2 Modellen på afdelingsniveau

Modellerne for aktivitetsbaseret finansiering af afdelingerne er i to af amterne udviklet af sygehusene selv, mens det i de to øvrige amter er forvaltningen, som har udviklet modellen.

Afdelingsrepræsentanterne oplyser samstemmende, at de ikke har været involveret i udarbejdelsen af modellerne. En administrerende overlæge udtrykker således, at han ikke har haft nogen indflydelse på modellen, der har ikke været dialog eller høring – det har været: *"take it or leave it"*. Men ervedover er der ingen kommentarer til den manglende involvering.

I ét af amterne, hvor sygehusstrukturen er indrettet således, at der ikke findes nogen sygehusledelse, men et antal funktionsenheder, har funktionsenhederne dog haft mulighed for at tilmelde sig den arbejdsgruppe i forvaltningsregi, der stod for udarbejdelsen af den amtslige model.

Da det hovedsageligt er sygehusledelsen, der alene har stået for udarbejdelsen af modellerne for afdelingerne, har der ikke været de store konflikter. Som et eksempel på et konfliktpunkt er dog nævnt diskussion om indtægtsfordelingen imellem afdelinger og tværgående afdelinger.

## 5.2.2 Opbakning

### 5.2.2.1 Holdning til ABF

Amtspolitikerne er ikke blevet interviewet, men der er tilsyneladende delte meninger om ABF blandt dem. En administrerende overlæge mener således, at der ikke i hans amt er den store entusiasme omkring aftalen med regeringen om ABF, og at man derfor har udviklet en minimal udgave.

De interviewede repræsentanter på *forvaltningsniveauet* er som udgangspunkt positivt indstillet overfor ABF, men giver dog også udtryk for nogen betænkelighed. Først og fremmest nævnes risikoen for, at amtet mister den overordnede økonomiske styring af sundhedsområdet. En af de interviewede nævner desuden, at systemet indebærer en fare for, at man tror, at man kan styre sundhedsvæsenet alene gennem økonomiske incitamenter. Personen understreger, at ABF kun indgår som ét af flere styringsredskaber. En anden beklager sig over, at ABF vil blive administrativt tungt, og undrer sig over, at hvert amt skal udvikle sin egen model.

På *sygehus- og afdelingsniveau* er man derimod mere uforbeholdne overfor ABF, og de problemer man ser, er mest af teknisk karakter. Sygehusene og afdelingerne har i mange år efterlyst et system, hvor pengene følger patienten. ABF er en god måde at få: "*mere gang i møllehjulene på*".

Flere afdelingsrepræsentanter fremhæver dog, at ABF nødvendiggør en strammere aktivitetsstyring. En for lav aktivitet indebærer, at afdelingen får for få indtægter, mens en for høj aktivitet indebærer, at afdelingerne ikke får penge for produktionen. Det er derfor afgørende, at afdelingerne får de fornødne værktøjer, der fortæller hvornår de skal holde op med at producere: "*afdelingerne er ikke vant til at arbejde på den måde, og det er vigtigt, at værktøjet er i orden, så de kan få nogle ordentlige informationer rettidigt*". Repræsentanterne for de medicinske afdelinger udtrykker i den sammenhæng betænkelighed ved ABF, fordi det er svært for dem at styre aktiviteten.

Flere ser ABF som et redskab til at opnå mere retfærdige afdelingsbudgetter på. En økonomichef på et sygehus ser ABF som en chance til at få lavet nogle omfordelinger afdelingsbudgetterne imellem. Langt de fleste afdelingsbudgetter er udarbejdet i starten af 90'erne, og er efter hans mening ikke siden blevet reguleret, hverken i op- eller nedadgående retning. Hertil kommer, at det aldrig er vurderet, om udgangspunktet var korrekt. Det er derfor hans håb, at dette styringsværktøj (ABF) vil give et bedre billede af de reelle omkostninger på afdelingsniveau. Tilsvarende mener en afdelingsrepræsentant, at man skal bruge ABF endnu mere radikalt end der er lagt op til, da det vil give en mulighed for at få afdelingens budget rettet op.

Der gives dog også udtryk for bekymring for den budgetusikkerhed, der føl-

ger med ABF: *"takststyring er kun god i positive tider, hvor man er inde i en positiv spiral. Ryger man ud i en negativ spiral, hvor man bliver nødt til at fyre medarbejdere, og dermed ikke når målet og så måske må fyre flere medarbejdere, så er takststyring noget lort"*.

#### 5.2.2.2 Holdning til model

Når det gælder de modeller, der er blevet resultatet i de fire amter, er den generelle holdning, at modellerne er acceptable ud fra de givne vilkår.

Et alment kritikpunkt er, at modellerne ikke giver de incitamenter de burde, hvilket hovedsageligt skyldes, at produktionslofterne er for lave til, at der er plads til meraktivitet. En forvaltningsrepræsentant mener ikke, der er tale om egentlig takststyring: *"i virkeligheden er det jo bare rammestyring med et lidt højere loft"*. En repræsentant på sygehusniveau, i et amt med et relativt lavt produktionsloft, udtalte således: *"Den typiske afdeling har et budget på 50-60 mio. kr. og 2% (som loftet ligger over normalbudgettet red.) er dermed 1 mio. kr. Det kan man ikke starte noget nyt op for, så støder man lynhurtigt mod loftet... Altså når det går op for afdelingerne, hvad denne kæmpe mekanik er sat i verden for, så bliver de lidt skuffede"*.

Flere af de interviewede forvaltningsrepræsentanter gav dog udtryk for, at de modeller sygehusene havde udarbejdet er så komplicerede, at det måtte være vanskeligt for afdelingerne at agere, og flere forventede, at det ville blive ressourcekrævende at administrere og følge op på modellerne. Omvendt mente en sygehusrepræsentant, i et amt hvor modellen over for sygehusene både indeholder takstdifferentiering og knæktakster, at det ville blive besværligt at administrere amtets model.

Klinikernes kritik går på, at ikke hele afdelingens aktivitet er omfattet af takststyringen, og at dele af aktiviteten derfor ikke honoreres. Det drejer sig fx om assistancer til andre afdelinger (hvor stamafdelingen får DRG-værdien) samt skadestuebesøg.

Der rejses desuden spørgsmål ved om den DRG-værdi, der er lagt til grund for afdelingernes budgetter, er beregnet korrekt, og om det er reelle mål, der måles på.

Der er forskellig holdning til, om modellerne er vidtgående nok. Nogle afdelingsrepræsentanter, ønsker en større grad af takststyring ud fra en holdning om, at deres nuværende afdelingsbudgetter er for lave, og at DRG-afregning er vejen frem til mere retfærdige budgetter: *"Medicinsk afdeling er ikke tilfreds, før hele produktionen er DRG-styret"*. Andre giver udtryk for undren over, at andelen er så stor som den er. En administrerende overlæge husker, at vedkommende undrede sig over, hvorfor modellen skulle hedde 30/70, når regeringen har sagt 80/20.

### 5.2.2.3 Holdning til DRG

De interviewede giver generelt udtryk for en positiv holdning til DRG-systemet. Systemet er ikke perfekt, men bedre end de systemer man tidligere havde til at beskrive sygehusenes produktion med. Der udtrykkes tilfredshed med, at systemet løbende er blevet forbedret, og flere udtrykker tillid til, at systemet nok skal blive endnu bedre.

Blandt kritikpunkterne nævnes, at taksterne ikke er differentierede nok, men omvendt erkendes det, at mere differentierede takster ville bevirke, at systemet blev for uoverskueligt.

Et andet kritikpunkt er, at systemet tilsyneladende ikke er egnet til afregning på universitetshospitaler, dels fordi taksterne ikke indregner forskning, udvikling og uddannelse, dels fordi de patienter, der behandles på universitetshospitalerne, ikke er udskilt i særlige grupper med en særlig omkostningsvægt.

En enkelt af de interviewede er af den opfattelse, at systemet er blevet for komplekst, fordi det både skal kunne anvendes til afregning, analyser og produktivitetssammenligninger. Der efterlyses derfor en diskussion på landsplan af, hvad man vil med systemet, og hvor man vil bevæge sig hen med det.

Flere påpeger risikoen for, at DRG-systemet skal påvirke kodningspraksis. En af de interviewede forvaltningsrepræsentanter udtrykte frygt for, at man vil kode sig ud af sine problemer: "spekulere i koder". En af de interviewede læger udtalte at: *"der kan være en forskel på 100% for tæt relaterede diagnoser. Det er uheldigt, det kan inspirere til kreativ bogføring, det er der ingen tvivl om. Vi vil sikkert se, at medicinalstatistikken ændrer sig, fordi folk bogfører tingene på en anden måde, end de normalt har gjort"*.

Også på afdelingsniveauet er der en udbredt accept af DRG-systemet som princip. Alle interviewede havde sat sig grundigt ind i systemet, og kender DRG-taksten på mange af de behandlinger der udføres i afdelingen. Alle havde desuden eksempler på DRG-grupper netop inden for deres speciale, hvor gruppeinddelingen og størrelse af taksterne for enkelte af grupperne efter deres opfattelse ikke var god nok.

Der er fokus på registreringen, og man ved tilsyneladende, hvordan man skal kode for at få den rigtige DRG-takst. Det fremgår desuden, at flere af de interviewede har sikret sig, at der er personer i afdelingen, som er ansvarlige for, at der kodes rigtigt: *"Holdningen er, at de skal leve op til ånden i DRG – altså at diagnosen bestemmes af det, som patientens forløb har været mest præget af. Men det kan godt glippe, og det kan blive dyrt for afdelingen"*.

Men DRG-systemet har efter fleres opfattelse også medført mere bureaukrati og administrativt arbejde for afdelingerne.

### 5.2.3 Konklusion vedrørende politikformuleringsfasen

Ifølge implementeringsteorien afhænger effekten af et indgreb (lovændring el. lign.) bl.a. af processen i forbindelse med selve tilblivelsen og udformningen af indgrebet (politikformuleringsfasen). Jo større involvering, enighed og opbakning blandt de parter som skal stå for realiseringen af politikken, jo større er chancerne for at indgrebets målsætning nås.

I relation til indførelse af takststyring vil opnåelsen af de overordnede mål om øget aktivitet og produktivitet ifølge denne teori afhænge af, i hvilket omfang de parter, der er berørt af takststyringen, har været inddraget i udformningen af takststyringsmodellerne, og i hvilket omfang processen har været præget af konflikter i mellem parterne. Effekten vil desuden afhænge af, om der er opbakning til principperne bag takststyringen, nemlig aktivitetsbaseret finansiering og de takststyringsmodeller der er blevet resultatet i de enkelte amter. Endelig afhænger effekten af, om der er accept af det redskab, der i de fleste amter er et centralt element i takststyringsmodellen – nemlig DRG-systemet.

Analysen viser, at sygehusene i rimeligt omfang har været inddraget i den lokale udformning af takststyringsmodellerne. Et konfliktpunkt i forbindelse med udarbejdelse af modellerne for sygehusenes takststyring har i nogle amter været, hvor stor kompetence sygehusene skal have, og hvor meget amtet og politikerne skal blande sig i sygehusenes aktivitet. Fx om politikerne gennem takstdifferentiering skal prioritere hvilke patienter midlerne fra regeringens ventelistepulje skal gå til. Afdelingerne derimod har stort set ikke været involveret i udarbejdelse af modellen for takststyring af afdelingerne, men har tilsyneladende heller ikke forventet det - måske fordi man er vant til, at den slags administrative retningslinier altid bliver bestemt ovenfra.

Der er en positiv holdning til ABF generelt. Holdningen er mest positiv på sygehus- og afdelingsniveau, idet det er forventningen, at ABF vil føre til mere retfærdige (større!?) budgetter. Der er dog også afdelingsrepræsentanter, der er bekymrede for den budgetusikkerhed, der vil følge med ABF. Som noget nyt er det blevet vigtigt at kunne styre aktiviteten, og fra de medicinske afdelinger gives der udtryk for, at disse kun vanskeligt kan styre aktiviteten. På forvaltningsniveau er der en mere skeptisk holdning til ABF. Der peges på risikoen for manglende udgiftsstyring, og på at man ikke kan styre sygehusvæsenet alene ved hjælp af økonomiske incitament.

Der er en generel accept af de modeller der er udarbejdet, idet man mener, at de er de bedste ud fra de givne vilkår. Det er dog en udbredt holdning, at incitamenterne er for små, idet udgiftsloftet lægger en stor begrænsning på, hvor stor meraktivitet der kan gennemføres. Flere afdelingsledelser giver

endda udtryk for, at de gerne ser en endnu mere vidtgående model, hvor en større del af aktiviteten bliver takststyret. Der er ligeledes en bred accept af DRG-systemet, selv om der peges på mangler ved systemet, bl.a. at ikke alle grupper er ressourcehomogene, og at taksterne ikke i alle tilfælde er dækkende for omkostningerne. DRG-systemet har betydet, at der er kommet fokus på patientregistreringen, og der udtrykkes bekymring for, om DRG kan påvirke kodepraksis (creep).

### 5.3 Implementering af takststyring på sygehusene

Dette kapitel indeholder en analyse af, hvordan der er informeret om de takststyringsmodeller, der er indført på henh. sygehus- og afdelingsniveau. Kapitlet indeholder endvidere en analyse af, om afdelingsrepræsentanterne forstår modellerne, og om de synes, at modellen er gennemskuelig. Det er hypotesen, at jo bedre der er informeret om modellen og jo bedre de berørte på sygehusene forstår modellerne desto større er sandsynligheden for at takststyringens målsætninger vil blive nået.

#### 5.3.1 Information om takststyringsmodeller

Direkte adspurgt om de kender den model for takststyring, der gælder for afdelingerne på sygehuset, svarer de fleste administrerende overlæger, at det gør de. Når de herefter skal forklare modellens indhold, viser det sig imidlertid, at flere ikke kender modellen i detaljer:

*"Modellen siger så, af afdelingerne får 50% af DRG-taksten, hvor sygehuset får 60%. Ja, det vil sige, at vi ender med at få 30%"*

*"Hvorfor det?"*

*"50% af 60%"*

*"Nej 50% af DRG-taksten!"*

*"Nå, ok – så havde jeg ikke helt forstået den".*

Der er ellers udfoldet store bestræbelser på at informere sygehusene om takststyringsmodellerne. Forvaltningsrepræsentanterne oplyser, at forvaltningen beredvilligt har stillet op til orienteringsmøder på sygehusene. Tilsvarende oplyser repræsentanterne for sygehusadministrationen, at de ved gentagne lejligheder har informeret afdelingsledelserne, både ved fællesmøder og ved individuelle møder.

Udover den mundtlige information er der sendt skriftlig information ud til afdelingerne. Et enkelt amt har decideret udarbejdet en kagebog.

Når afdelingsledelserne så alligevel ikke er helt inde i modellerne, kan det skyldes kommunikationsproblemer mellem administrationerne og klinikerne ude på afdelingerne. En administrerende overlæge udtrykker det således: *"Jeg vil bare sige, at jeg er chokeret over, hvor lidt jeg strengt taget ved om det... Jeg tror man tænker indforstået inden for forvaltningen, og vi andre*

*tænker indforstået i vores dagligdag. Jeg tror ikke helt, at man ved, hvor lidt man indbyrdes ved om det modsatte. Jeg tror, at noget af det man (klinikerne red.) ikke ved, betragter vores økonomer som en selvfølge".*

En anden repræsentant forstod ikke modellen første gang den blev gennemgået: "*Han lavede for mange kasser til, at jeg kunne følge med*". Men da interviewpersonen efterfølgende gik hjem og læste det skriftlige materiale, forstod han modellen.

En repræsentant fra sygehusniveauet mener da også, at informationen fra forvaltning til sygehus kunne have været bedre. Forvaltningens repræsentanter var nok blevet overraskede over processen, og de praktiske og kritiske spørgsmål sygehuset kunne stille: "*Kunsten er jo at få teori ført ud i praktisk anvendelse*".

Forvaltningsrepræsentanten udtrykker da også i interviewet tvivl om, hvorvidt der var lagt den rigtige informationsstrategi, men at den korte tidsfrist man har haft (til at indføre ABF) ikke har gjort det muligt at gøre det bedre.

Alle de interviewede afdelingsledere har informeret afdelingens personale om indførelse af takststyring, men nogle har dog gjort mere ud af det end andre. Et typisk informationsforum er afdelingens samarbejdsudvalg, men flere afdelingsrepræsentanter udtaler, at de ikke har informeret meget, da det ikke medførte den store ændring. Siden indførelsen af regeringens ventelistepulje, har afdelingen været vant til at skulle producere noget mere for at få en bid af kagen. En anden begrundet det med, at ABF ikke har den store betydning for medicinske afdelinger: "*det handler blot om optimal registrering*".

Både sygeplejersker og læger i afdelingerne er informeret. I én afdeling er det taget op på en morgenkonference, mens den administrerende overlæge i en anden afdeling ikke mener, at de yngre læger er målgruppen, da de efter hans opfattelse har rigeligt at se til.

I flere af amterne var modellen først lagt endeligt fast, efter at takststyringen rent faktisk var trådt i kraft, og i et enkelt amt kendte afdelingerne endnu ikke taksterne på det tidspunkt, hvor interviewet fandt sted. Kun i det ene amt var takststyringsmodellen på både sygehus og afdelingsniveau på plads, inden takststyringen trådte i kraft.

Ingen af sygehusene – og dermed ingen af afdelingerne - kendte deres endelige produktionsloft på interviewtidspunktet, hvilket skyldtes, at udmeldingen om baseline for udbetaling fra regeringens ventelistepulje endnu ikke var meldt ud til amterne.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> Produktionsloft er alle steder fastlagt i relation til amtets andel af ventelistepuljen.

Flere af de interviewede udtrykker stor frustration over, at de endnu ikke kender de økonomiske rammer. En økonomichef udtaler således, at han ikke kan svare på mange af de spørgsmål, som afdelingerne stiller, fordi han ikke kender deres baseline: *"I realiteten står vi som rådgivere for sygehusledelse og afdelinger med bind for øjnene, og aner ikke hvad vi siger ja til"*.

En forvaltningsrepræsentant er ligeledes bekymret: *"Det er noget med at vide, hvor man befinder sig... økonomisk. Hvis incitamenterne skal virke, er det vigtigt, at afdelingerne og sygehusene ved, hvor de befinder sig. Derfor er der lagt vægt på at prøve at få fastlagt en baseline så hurtigt som muligt"*.

### 5.3.2 Er modellen gennemskuelig?

De fleste af afdelingsrepræsentanterne synes ikke, at modellerne er specielt gennemskuelige. Modellerne kræver nogen forklaring, før de bliver forstået: *"Modellen skal lige forklares nogle gange, så vi havde den oppe på møderne nogle gange, men den grafiske fremstilling hjalp på forståelsen"*.

Flere af repræsentanterne fra sygehusadministrationerne mener da også, at modellerne er mindre gennemskuelige. Én udtaler således, at modellen er nogenlunde forståelig og gennemskuelig, selv om den selvfølgelig er kompliceret, mens en anden rent ud siger, at amtets model ikke er gennemskuelig – hverken for sygehuset eller for afdelingerne.

### 5.3.3 Konklusion vedrørende implementering

Effekten af indførelse af en ny politik antages udover selve politikformuleringsfasen, at afhænge af en række forhold omkring selve implementeringen af reformen. I relation til indførelse af takststyring antages opfyldelse af målene således at afhænge af, om de institutioner, der har ansvaret for realisering af reformen, dvs. de ansatte på sygehusene, er tilstrækkeligt orienteret om den takststyringsmodel, der anvendes over for sygehuset, og om de synes modellen er forståelig og gennemskuelig.

Analysen viser, at på trods af at såvel forvaltning som sygehusledelse har gjort sig store anstrengelser for at informere om de nye finansieringsregler, er der flere af afdelingsledelserne, som er usikre på, hvad reglerne egentlig går ud på. Og de afdelingsledelser, der har forstået modellerne, synes at de er komplicerede. Dette forhold kan skyldes en kommunikationsbrist imellem det administrative personale i sundhedsforvaltningen og sygehusadministrationen på den ene side, og det sundhedsfaglige personale i afdelingerne på den anden side. Takststyring er en økonomisk "disciplin", som kan være vanskelig at gennemskue for det sundhedsfaglige personale, hvoraf mange synes, at modellerne er uoverskuelige og vanskelige at forstå.

Afdelingsledelserne har som hovedregel ikke lagt stor vægt på at informere om takststyringen til det "menige" personale i afdelingen, informationen er hovedsageligt kun blevet til "pligtinformationen" i samarbejdsudvalgsregi.



Kendskab til taksstyringsmodellerne og deres mulige konsekvenser hindres yderligere af, at modellerne, endnu en måned efter at det nye finansierings-system er trådt i kraft, ikke er endeligt fastlagte. På grund af manglende udmelding fra regeringen om amternes baseline, kan sygehusene og afdelingerne heller ikke få oplyst et endeligt loft for deres indtægt, og kan derfor heller ikke planlægge deres produktion for det kommende år. I et enkelt amt var den amtslige model ikke færdigudviklet, således at afdelingerne end ikke kendte deres takster.

## 5.4 Barrierer

Dette kapitel indeholder en analyse af, om der kan forventes forhindringer, fx i form af manglende dispositionsfrihed eller manglende ressourcer, som kan bevirke at målsætningerne for takststyring ikke nås.

Det er opfattelsen, både blandt forvaltningsrepræsentanterne, og blandt repræsentanterne fra sygehus- og afdelingsniveau, at amtets sygehusvæsen er præget af en høj grad af decentralisering og dispositionsfrihed.

Det er ikke svært at få ting godkendt: *"Så længe man har et godt forhold til det politiske system, og de synes at sygehuset foretager sig noget fornuftigt, så er der store frihedsgrader"*.

En afdelingsleder siger: *"Men jeg synes nogle af de signaler vi har fået er, at nu har I jo fået et større budget, og så kan I prøve at investere, og går det dårligt, så må vi snakke om det. På den måde opfatter jeg nok, at der er kommet nogle frihedsgrader til at forsøge sig, men man skal jo stå til ansvar bagefter alligevel. Men jeg opfatter i hvert fald, at den forvaltning vi har nu godt kan lide at man prøver"*.

Inden for personaleområdet er der stor frihed til at ansætte og i øvrigt sammensætte personalet efter eget ønske inden for den økonomiske ramme. Som et eksempel på frihedsgraderne inden for personaleansættelserne nævnte en administrerende overlæge, at han netop havde fyret 4 sekretærer og ansat 2 IT-ingeniører for at implementere EPJ.

De uddybende spørgsmål om dispositionsfriheden på forskellige områder viser dog, at der er visse begrænsninger. En almindelig begrænsning vedrører ansættelser af overlæger, specialeansvarlige og tjenestemænd, som skal godkendes på amtsgården. Et andet eksempel er forholdet mellem antal sygeplejersker og antal sygehjælpere, hvor man i et af amterne havde en politisk beslutning om at tilstræbe en landsgennemsnitlig normering.

Selvom der er stor frihed i personaleansættelsen, eksisterer personale-normeringerne alligevel i de fleste amter. Normeringerne er dog tilsynela-

dende kun vejledende. Og skulle normeringen indebære en begrænsning, opfatter de fleste afdelingsledelser, at det vil være nemt at få accept af ændringer.

I tre af amterne har sygehusene mulighed for at overføre overskud og underskud mellem budgetårene – dog inden for en nærmere fastlagt grænse. Et af amterne har ubegrænset overførsel af overskud, men principielt ingen adgang til overførsel af underskud; budgettet skal holdes: "*men er der et underskud, ryger det med over*", og når det sker, skal sygehuset fremlægge en plan for, hvordan underskuddet ville blive dækket.

I et af amterne er der, på grund af amtets økonomiske situation, ingen automatisk adgang til at overføre et overskud. Til gengæld sker der heller ikke en automatisk overførsel af underskud.

Principperne om overførsel af overskud og underskud har sygehusene i et vist omfang videreført til afdelingsbudgetterne. En sygehusdirektør udtrykte i den forbindelse at: "*hidtil har der været et solidaritetsprincip mellem afdelingerne, hvor sygehusledelsen godt har kunnet flytte penge fra en afdeling til en anden. Men det kan man alligevel kun gøre et vist antal år, fordi de afdelinger der har det godt føler, at de bliver nedprioriteret, hvis deres overskud igen og igen bliver taget fra dem*". Ikke alle sygehusene har helt faste retningslinier for, hvor meget der kan overføres, idet det tilsyneladende vil afhænge af sygehusets generelle økonomiske situation. Flere af de interviewede overlæger har erfaret, at et overskud ikke er blevet overført, fordi sygehuset havde haft økonomiske problemer.

Afdelingsledelserne har forskellige holdninger til solidaritetsprincippet. En overlæge mente således at: "*hvis man tror, at det er nemmere at få tilgivelse for mindreforbrug end for merforbrug, er der måske nogen der vil se, at det er profitabelt at gøre sådan*". Og en anden overlæge udtalte at: "*hvis man har det som principiel holdning, at det overskud man oparbejder, det skal komme afdelingen til gode, så synes jeg, at det er et problem, at man kommer og siger, at der ikke er balance på bundlinien, så derfor får man dem ikke alligevel*". Han mener ikke, at det er hans skyld, at nogle afdelinger har haft underskud. Hvis man er i stand til at holde afdelingens budget, skal man ikke straffes. En overlæge som altid har haft underskud udtalte derimod: "*tidligere ved underskud har man fået en løftet pegefinger, men pengene er alligevel blevet betalt et eller andet sted fra. Nu er det sådan, at hvis man overskrider budgettet, så får man overført et minus til næste år. Hvis det bliver ført ud i livet, er der en medicinsk afdeling der får et problem*".

Sygehusene og afdelingerne har kun i meget begrænset omfang frihed til at ændre på deres kapacitet uden godkendelse af amtet. Denne begrænsning erkendte en repræsentant på forvaltningsniveau, der udtalte: "*det de i virke-*

*ligheden skulle have mulighed for, er jo at lukke skadestuen, hvis det ikke kan betale sig at drive den. Men det har de ikke – det er en illusion at tro, at de kan få den dispositionsfrihed, der skal til for at kunne virke fuldstændig som en privat virksomhed".*

Der synes at være en bred accept af begrænsningerne i dispositionsfriheden. Som en repræsentant på sygehusniveau udtaler: *"vi er jo også en del af amtet".* Begrænsningerne er begrundet i, at politikerne vil bevare en vis styring.

Ingen af de interviewede kunne på forhånd pege på forhold som de forventer, vil blive en alvorlig forhindring for, at de vil kunne nå den planlagte aktivitet. Flere kommer ind på, at en mulig barriere vil kunne være personalemangel - herunder mangel på speciallæger. I et amt, hvor man på forhånd har indgået aftale om projekter, er forudsætningen for flere af projekterne, at man er i stand til at skaffe de rette specialister. Kan man ikke det, må man se i øjnene, at den planlagte aktivitet ikke bliver nået. Men den generelle udmelding er, at vakante stillinger ikke er et stort problem.

En anden mulig barriere, der bliver nævnt, er manglende patienter. Denne forhindring ville fx opstå, hvis udenamtspatienterne bliver væk, bl.a. fordi det lykkedes hjemamterne, gennem øget kapacitet og dermed forkortede ventetider, at holde på sine egne patienter. En anden årsag vil kunne være, at behandlingsbehovet er dækket. En af de interviewede oplyser således, at de senere års indsats (i forbindelse med ventelistepuljen) på enkelte områder har fjernet ventelisten, men at der på andre områder er sket det modsatte: *"Da er det jo, at man begynder at fornemme, at det ikke nødvendigvis er de nyhenviste, der nyder godt af bevillingspenge, men at de så laver nogle flere efter- og/eller kontrolundersøgelser".* Generelt er der således ikke blandt de interviewede en forventning om mangel på patienter.

Nogle nævner, at en mulig barriere vil kunne være manglende kapacitet i form af flaskehalse andre steder på sygehuset, fx manglende operationslejekapacitet eller anæstesikapacitet. En anden mulig barriere, som bliver nævnt, er manglende kapacitet i afdelingerne. En af de interviewede repræsentanter på forvaltningsniveau erkendte således, at der: *"besparelsesmæssigt er skåret ind til benet. De kører på pumperne, der er det personale der skal være og ikke mere".*

#### 5.4.1 Konklusion vedrørende barrierer for implementering af takststyring

En forudsætning for at målsætningen for indførelse af takststyring vil blive nået er, at der ikke er forhindringer der gør, at aktørerne i sygehusvæsenet ikke har mulighed for at handle i overensstemmelse med de økonomiske incitamenter, der er indbygget i takststyringen.

En mulig barriere kunne være, at sygehusledelserne eller afdelingsledelserne ikke har den fornødne beslutningskompetence, fx til at foretage udvidelser i aktiviteten, eller til at omlægge produktionen med henblik på at opnå større omkostningseffektivitet. Sygehusene og afdelingerne giver i interviewene udtryk for, at de har tilstrækkelig dispositionsfrihed til at tilrettelægge deres produktion, som de finder den mest hensigtsmæssig. Der er dog visse begrænsninger i sygehusenes dispositionsfrihed. Fx skal visse ansættelser godkendes, og væsentlige ændringer i kapaciteten skal godkendes i amtet. Disse begrænsninger accepteres dog – måske fordi man ikke har været vant til andet.

Der er desuden på sygehusniveau en vis adgang til at overføre underskud og overskud til næste budgetår, hvilket giver mulighed for at planlægge flere år frem i tiden. Muligheden for at kunne "beholde" en produktivtetsgevinst, og truslen om at et underskud ikke vil blive "tilgivet", giver desuden sygehusene et incitament til at øge produktiviteten. For at dette incitament skal virke, kræver det dog, at der ikke fraviges fra reglerne. Dette sker tilsyneladende ofte på sygehusene, hvor afdelingerne ikke altid kan være sikre på, at de får lov til at beholde et overskud.

Selv om sygehusene ved indførelse af takststyring er blevet "resultatenheder", er der ikke lagt op til de store udsving i udgifter og indtægter. Det er begrænset, hvor meget der kan overføres af overskud til næste år. Ligeledes accepteres det ikke, at sygehusene oparbejder store underskud og går "fallet". Hertil kommer, at der fortsat er visse begrænsninger i dispositionsfriheden. Der er med andre ord ikke lagt op til en egentlig adskillelse af "køber" og "sælger". Årsagen til de fortsatte begrænsninger i sygehusenes dispositionsfrihed kan dels være ønsket om at bevare den politiske styring, dels en manglende tillid til at sygehusene/afdelingerne kan styre fornuftigt.

En anden barriere for opnåelse af målsætningen med ABF kunne være, at der ikke er de fornødne ressourcer, fx i form af personale eller fysisk behandlingskapacitet (operationslejer eller sengekapaцитet). Det forventes imidlertid ikke, at der vil opstå ressourcemæssige forhindringer for at sygehusene kan realisere deres aktivitetsmål. Eneste alvorlige trussel vil tilsyneladende kunne være mangel på personale, eller i enkelte tilfælde manglende fysisk kapacitet.

Muligheden for, at der skulle mangle efterspørgsel efter den øgede behandlingsaktivitet, er tilsyneladende heller ikke realistisk. Det kommer frem, at den aktivitetsbaserede finansiering kan føre til ændringer i indikationerne, fx for hvor hyppigt patienter skal til kontrolbesøg – behandler-systemet kan tilsyneladende selv skabe den fornødne efterspørgsel.

## 5.5 Forventninger og initiativer

Dette kapitel indeholder en belysning af, om indførelsen af takststyring på interviewtidspunktet – ca. en måned efter indførelsen – har givet anledning til nye initiativer. Endvidere indeholder kapitlet de interviewedes foreløbige vurderinger af konsekvenserne af indførelse af takststyring.

### 5.5.1 Foreløbige initiativer

#### 5.5.1.1 Aktivitetsudvidelser

En forudsætning for opnåelse af regeringens mål om mere aktivitet for de prioriterede ressourcer er, at sygehusene og afdelingerne går i gang med projekter, der enten øger aktiviteten og/eller øger produktiviteten.

Direkte adspurgt oplyser forvaltningsrepræsentanterne, at de overlader eventuelle initiativer til sygehusene. Repræsentanterne på sygehusniveau oplyser, at de overlader initiativet til afdelingerne, og de fleste af afdelingsrepræsentanterne oplyser, at de ikke har iværksat særlige initiativer i forbindelse med indførelse af takststyring, men at de forholder sig afventende og kører videre som hidtil.

Det vigtigste er tilsyneladende at følge DRG-produktionen måned for måned. Enkelte mener desuden, at det er vigtigt at holde øje med registreringspraksis og at undgå efterslæb i diagnoseregistreringen.

I stedet for en øget aktivitet går planlægningen snarere imod at sikre sig imod en for høj aktivitet, så afdelingen ikke kommer over produktionsloftet. En administrerende overlæge udtaler således, at ABF har givet anledning til, at han har set på, hvad der skal nås, inden året er omme – hvad der er finansiering til, og derefter tilpasset sin aktivitet, så han ikke skal lukke ned til efteråret. Rent faktisk forventer han, at aktiviteten i 2004 bliver lavere end i 2003.

En medvirkende årsag til at afdelingerne ikke har lagt konkrete planer på det tidspunkt, hvor de blev interviewet, er, at de endnu ikke kender deres nøjagtige aktivitetsrammer.

Flere af de administrerende overlæger fortæller om planlagte omlægninger i afdelingerne, som vil medføre både effektiviseringer og aktivitetsudvidelser, men ingen af disse er egentlige følger af takststyring. Flere af planerne har i stedet sigte på frit-valgs området: enten i form af hjemtagning af egne patienter, der tidligere er blevet behandlet i andre amter, eller egentlige forsøg på at tiltrække patienter fra andre amter.

#### 5.5.1.2 Beregning af egne DRG-omkostninger

En betingelse for at sygehusene kan vurdere, hvordan deres marginalomkostninger ligger i forhold til taksterne, er, at sygehusene rent faktisk kender

deres marginalomkostninger til forskellige DRG-grupper. Hertil kommer, at en sammenligning af sygehusets omkostninger med DRG-taksten kan give et fingerpeg om sygehusets produktivitet. Der blev derfor spurgt ind til, om der var gennemført beregninger af sygehusenes/afdelingernes egne omkostninger for relevante DRG-grupper.

Beregning af egne omkostninger for DRG-grupper forekommer sporadisk. Ingen af de interviewede forvaltninger, sygehuse eller afdelinger har lavet systematiske DRG-beregninger, bortset fra en enkelt afdeling som har lavet DRG-beregninger for alle de store grupper i afdelingen, og i øvrigt har fundet ud af, at afdelingen producerer meget effektivt. Andre nævner dog eksempler på enkeltområder, hvor man har gennemført beregninger, fx områder hvor man mener, at sundhedsstyrelsens takst er helt forkert. Lokale DRG-takstberegninger bliver også anvendt i forbindelse med konkrete aktivitetsudvidelses projekter, fx ventelisteprojekter.

Som begrundelse for ikke at beregne egne DRG-takster angiver de fleste, at sådanne beregninger er særdeles ressourcerævende. En administrerende overlæge oplyser således, at de har beregnet DRG-værdier inden for dialyseområdet, og at det har taget en økonom en måned. Flere giver dog ikke desto mindre udtryk for, at der er planer om at beregne egne DRG-takster.

### 5.5.2 Forventede konsekvenser

Undervejs i interviewene kommer der flere udtalelser om hvilke konsekvenser, man forventer at takststyringen vil få.

#### 5.5.2.1 Aktivitetsniveau og økonomistyring

Ingen af de interviewede afdelingsledelser udtrykker de store bekymringer for, om de vil nå deres normale aktivitet, eller nå op til aktivitetsloftet - problemet er snarere at sikre, at aktiviteten ikke overstiger loftet. Dette gælder dog ikke økonomichefen på det ene af sygehusene, som er i tvivl om hvorvidt alle afdelingerne på sygehuset vil nå normalbudgettet: *"Lige nu har amtet meget store problemer med at opfylde baseline. Det er også derfor loftet ikke interesserer mig så meget lige nu – de har rigeligt med at nå op på kontraktmålet. Der skal gøres en målrettet indsats for at nå dette"*.

#### 5.5.2.2 Lighed i adgangen til behandling

Flere af de interviewede kommer ind på, at en mulig konsekvens af indførelse af takststyring kan blive en skævvridning med hensyn til hvilke patienter, der behandles, idet der vil være gevinst på nogle patienter og tab på andre. En økonomichef udtrykker det således: *"Det vil enhver ordentlig kliniker sige, at det gør de ikke, de tager hensyn til patienterne og den rækkefølge, der er lægelig fornuftig. Men hvilken kliniker vil kunne tillade sig at lade være? Hvis afdelingernes økonomi er presset, og det er alle afdelingers økonomi"*.

En administrerende overlæge udtrykker helt konkret: *"Det lyder banalt, men sådan noget som at behandle mandler og polypper og den slags - det er det, man tjener mest på. DRG-værdien er jo ikke mere end 12.000, men du kan jo have 6 stk. igennem på en operationsstue på en dag, så det er 72.000. Du kan sætte en reservelæge til det, og du kan bruge en social- og sundhedshjælper til at hjælpe lægen. Det er begrænset, hvad du skal bruge af afdeling og medicin. Hvis du laver avanceret ørekirurgi, kan du have 2 operationer på en dag til en DRG-værdi på 14.000 kr. pr stk., hvortil du skal bruge en højt specialiseret læge, og du skal bruge et apparat til 1 mio. kr. og så videre... At lave det mest avancerede... det giver mindst i kassen. Det irriterer mig".* På spørgsmålet om, hvorvidt det påvirkede hvilke aktiviteter han satte i værk, svarede han: *"Det kan da gøre, at man siger, at den type man kan tjene mest på, ikke er dem man lader venteliste vokse på, hvis man ikke kan lave det hele".*

#### 5.5.2.3 Andre konsekvenser

En af de interviewede repræsentanter fra forvaltningsniveauet gjorde opmærksom på, at indførelsen af takststyring, og hele debatten i forbindelse hermed, havde fjernet opmærksomheden fra andre vigtige emner i sygehusvæsenet. Forvaltningen og sygehusene havde tidligere beskæftiget sig fx med kvalitetssikring og optimale produktionsgange (patientforløb), men denne dialog var blevet fortrængt til fordel for debatten om takststyringsmodeller.

Flere giver udtryk for en generel usikkerhed for, hvordan systemet vil komme til at virke i praksis. I en af sundhedsforvaltningerne har man forsøgt at forudsige, hvilke konsekvenser det vil have for sygehusene i det daglige, men regner ikke med at have identificeret dem alle. I en anden udtrykkes betænkelighed ved, om man fra centralt hold (Sundhedsministeriet) kan overskue konsekvenserne af det, man har sat i værk.

#### 5.5.3 Konklusion vedrørende initiativer og forventninger

Det generelle billede fra interviewrunden, som fandt sted en måned efter at ordningen var trådt i kraft, var, at takststyring endnu ikke havde givet anledning til de store initiativer. Indtrykket er, at situationen på sygehusene er business as usual. Der er ikke store initiativer i gang med henblik på at øge aktiviteten, planlægningen går snarere i retning af at sikre, at aktiviteten ikke bliver for høj. De manglende initiativer kan skyldes, at sygehusene endnu ikke på interviewtidspunktet kendte deres endelige rammer.

Med hensyn til de forventede konsekvenser udtrykkes der fra administrativ side betænkelighed ved, om de centrale myndigheder egentlig ved, hvad det er, der er sat i gang. De fleste afdelingsrepræsentanter tager det dog roligt, og forventer ikke de store omvæltninger – man skal nok nå det planlagte aktivitetsniveau, så der bliver ikke de store økonomiske udsving.

Flere peger dog på, at en mulig uheldig konsekvens af takststyringen kan blive, at det vil være økonomiske hensyn der bestemmer, hvilke patienter der behandles først.



# Referencer

- (1) Amternes økonomi 2004. Finansministeriet, 2004.
- (2) Bilag til Amternes økonomi 2004. Finansministeriet, 2004.
- (3) Chalkley M, Malcomson JM. Government purchasing of health services. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of health economics. Amsterdam: Elsevier Science, 2000: 847-890.
- (4) Aktivitetsbestemt finansiering i Danmark - Foreløbig erfaringer. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (5) Takststyring på sygehusområdet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
- (6) Milgrom, Roberts. Economics, Organization & Management. Prentice-Hall Inc., 1992.
- (7) Beck 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) McGuire A. The theory of the hospital: a review of the models. Soc Sci Med 1985; 20(11):1177-1184.
- (9) Hodgkin D, McGuire TG. Payment levels and hospital response to prospective payment. J Health Econ 1994; 13(1):1-29.
- (10) Newhouse JP. Toward a theory of nonprofit institutions. An economic model of a hospital. American Economic Review 1970; 60(1):64-74.
- (11) Lee ML. A conspicuous production theory of hospital behavior. Southern Economic Journal 1971; 38:48-58.
- (12) Enemark U. Frit sygehusvalg. Nationaløkonomisk Tidsskrift 1992; 130:235-244.
- (13) Pauly M, Redisch M. The not-for-profit hospital as a physician's cooperative. American Economic Review 1973; 63(1):87-99.
- (14) Harris JE. The internal organization of hospitals: some economic implications. Bell J of Economics 1977; 8:467-482.
- (15) Ankjær-Jensen A. DRG - afregning af frit valgs-patienter - konsekvenser for udbydelse af sygehjælper. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2002.
- (16) Sloan FA. Not-for-profit ownership and hospital behavior. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of health economics, Volume 1. Amsterdam: Elsevier Science B.V., 2000: 1141-1174.
- (17) 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.
- (18) Ellis RP. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. J Health Econ 1998; 17(5):537-555.
- (19) Coulam RF, Gaumer GL. Medicare's prospective payment system: a critical appraisal. Health Care Financ Rev Annu Suppl 1991;45-77.
- (20) Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. ISF og sykehusenes effektivitet. Erfaringer fra 1997 og 1998. Oslo: Helseøkonomisk Forskningsprogram, Universitetet i Oslo, 2004.
- (21) Biørn E, Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. The effect of activity-based financing on hospital efficiency. A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000. Oslo: Health Economics Research Programme at the University of Oslo, 2002.
- (22) Kjerstad E. Prospective funding of somatic hospitals in Norway. Incentives for higher production? Arbeidsnotat. Bergen: HEB Program for helseøkonomi i Bergen, 2000.
- (23) Magnussen J, Solstad K. Case-based hospital financing: the case of Norway. Health Policy 1994; 28(1):23-36.
- (24) Newhouse JP. Two prospective difficulties with prospective payment of hospitals, or, it's better to be a resident than a patient with a complex problem. J Health Econ 1983; 2(3):269-274.
- (25) Newhouse JP. Reimbursing health plans and health providers. Efficiency in production versus selection. J of Economic Literature 1996; 34(3):1236-1263.
- (26) 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.

- (27) 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.
- (28) Sabatier PA. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy* 1986; 6(1):21-48.
- (29) Opedal S. Erfaringer med ISF og bruk av kostnadsinformasjon. Intervjudata fra fire fylkeskommuner. Oslo: Health Economics Research Programme at the University of Oslo, 2000.
- (30) Pettersen KI. Sykehusoppst tte infeksjoner som kvalitetsindikator. DRG-basert stykkprisfinansiering, endret behandlingskvalitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115(23):2923-2927.
- (31) Pettersen KI. Hjersteinfarkt som mark rtilstand i en tidsstudie. DRG-basert stykkprisfinansiering, endret behandlingskvalitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115(23):2927-2930.
- (32) Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002. Avgitt til Helsedepartementet 17. desember 2002. Oslo: Helsedepartementet, 2002.
- (33) Kalseth J. ISF-refusjon vs rammefinansiering 1999-2000. Trondheim: SINTEF Unimed, NIS Helsetjenesteforskning, 2001.
- (34) Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av innsattsstyrt finansiering i somatiske sykehus. Oslo: Riksrevisjonen, 2002.
- (35) Hallin B, Siverbo S. *Styrning och organisering*. Lund: Studentlitteratur, 2003.
- (36) Socialdepartementet. De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården - vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati? Bilaga 1. Slutbetänkande från kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisarion. Stockholm: Socialdepartementet, 1999.
- (37) Engberg L. Erfaringer med bestiller-udf rer modeller i sygehusv esenerne i Sverige og England. København: DSI Institut for Sundhedsv esen, 2003.
- (38) Bergmann SE, Dahlbäck U. Ersättningsmodeller - en kartläggning inom hälso-och sjukvården. Göteborg: Centrum för Hälso- och sjukv rdsanalys, 2001.
- (39) Svensson H, Garelus L. Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? Utvärdering av Stockholmsmodellen. Stockholm: Spri, 1994.
- (40) Jonsson E. Har betaling per patient givit mer v rd for pengarna - en jämförande utvärdering för perioden 1986-1993. Stockholm: Spri, 1996.
- (41) Gerdtham UG, Rehnberg C, & Tambour M, 1999, "The impact of internal markets on health care efficiency: Evidence from health care reforms in Sweden", *applied economics*, vol. 31, pp 935-945.
- (42) Gerdtham UG, Lothgren M, Tambour M, Rehnberg C. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Econ* 1999; 8(2):151-164.
- (43) Hjortsberg C, Ghatnekar O. Health care systems in transition. Sweden. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Care Systems, 2001.
- (44) Charpentier C, Samuelson LA. Effekter av en sjukv rdsreform. En analys av Stockholmsmodellen. Stockholm: Nerenius & Sant erus F rlag, 1999.
- (45) Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. Effects of performance-based reimbursement in health-care. *Scand J Public Health* 2000; 28(2):102-110.
- (46) Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care. *Int J Health Plann Manage* 2001; 16(4):297-310.
- (47) Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement. *Health Policy* 2001; 58(3):243-262.
- (48) Quaye RK. Internal market systems in Sweden: seven years after the Stockholm model. *Eur J Public Health* 2001; 11(4):380-385.
- (49) Siverbo S, Falkman P. Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götaland - konstruktion, motiv och f rv ntade effekter. Göteborg: F rvaltningsh gskolan, 2001.
- (50) Duckett SJ. Casemix funding for acute hospital inpatient services in Australia. *Medical J of Australia* 1998; 169(8 Suppl.):S17-S21.
- (51) Duckett SJ. Hospital payment arrangements to encourage efficiency: the case of Victoria, Australia. *Health Policy* 1995; 34(2):113-134.
- (52) Duckett SJ. Casemix funding in Victoria: the first year. What worked - what didn't? *Medical J of Australia* 1995; 162:650-654.

- (53) Street A, Duckett S. Are waiting lists inevitable? *Health Policy* 1996; 36(1):1-15.
- (54) Victorian Auditor-General's Office. Acute health services under casemix. A case of mixed priorities. Part 1 executive summary. Melbourne: Victorian Auditor-General's Office, 1998.
- (55) Parliament of Australia, Senate Community Affairs References Committee. The adequacy of funding for public hospitals. First report. Public hospital funding and options for reform. Canberra: The Parliament of the Commonwealth of Australia, The Senate, 2000: 29-66.
- (56) Clemmesen F, Hansen M. Erfaringerne med meraktivitetsfinansiering af sygehusene. *Samfundøkonomen* 2003;(3):11-16.

## Interview af repræsentant på afdelingsniveau

Tema	Interviewspørgsmål
Holdning til ABF	Hvad synes du om ABF af afdelinger?
Model på amts/sygehusniveau	<p>Er du bekendt med den model, der anvendes på sygehusniveau?</p> <p>Hvorfor fik modellen den udformning den fik</p> <p>Hvilke overvejelser lå der til grund for modellens udformning?</p> <p>Hvordan blev den nuværende model udarbejdet?</p> <p>Var afdelingen involveret?</p> <p>Var der enighed mellem parterne?</p>
Spørgsmål til modellen	<p>Dækker taksterne sygehusets marginalomkostninger?</p> <p>Er der et produktionsloft for sygehusets samlede meraktivitet?</p> <p>Synes du, at det er en god ide med et produktionsloft?</p> <p>Vil det være et problem for sygehuset, hvis det kommer til at overskride produktionsloftet?</p>
Holdning til modellen	<p>Er du tilfreds med modellen?</p> <p>Hvorfor/ hvorfor ikke?</p> <p>Synes du, at modellen er gennemskuelig?</p> <p>Skal andelen af sygehusets budget, der er baseret på præsteret aktivitet forøges/formindskes?</p>
Udarbejdelse af model for udmøntning af ABF på afdelingsniveau	<p>Er du bekendt med modellen for fordeling af indtægter på afdelingsniveau?</p> <p>Ved du, hvordan reglerne for fordeling af indtægter på afdelingsniveau blev udarbejdet?</p> <p>Var afdelingen involveret i udarbejdelsen?</p> <p>Var der enighed mellem parterne?</p>

Tema	Interviewspørgsmål
Holdning til modellen	<p>Er du tilfreds med modellen?  Hvorfor/ hvorfor ikke?  Synes du, at modellen er gennemskuelig?</p>
Spørgsmål til modellen	<p>Dækker taksterne afdelingens  behandlingsomkostninger?  Er der fastsat et loft for den udbetaling  afdelingen kan få?  Inkluderer dette loft en andel af  ventelistepuljen?  Ved du, hvordan dette loft er beregnet?  Synes du, at det er en god ide med et loft?  Vil det være et problem, hvis afdelingen  kommer til at overskride  udbetalingsloftet?</p>
Ventelistepuljen	<p>Hvad er afdelingens erfaringerne fra  de tidligere år med ventelistepulje?  Har afdelingen fået udbetalt en andel  af puljen i 2002 og 2003?  Hvis fald, hvorfor?</p>
Planer	<p>Hvilke initiativer har du iværksat som  følge af indførelse af ABF?  Hvilke planer har afdelingen for at  realisere den nødvendige aktivitet med  henblik på at opnå sit grundbudget?  Ændringer i forhold til tidligere år?  Har afdelingen planer om at tiltrække  udenamtspatienter?  Ændringer i forhold til tidligere år?</p>
Barrierer	<p>Hvilke barrierer kan der være for at  realisere planerne?  Var der barrierer for at realisere evt.  planlagte aktivitetsudvidelser i de  foregående år?  (vacante stillinger, ingen ppt. på  venteliste, økonomi, kapacitet).</p>

Tema	Interviewspørgsmål
<p><b>Dispositionsfrihed</b></p>	<p>Synes du, at afdelingen har de nødvendige frihedsgrader til at indrette sig på ABF?</p> <p>Er der begrænsninger i afdelingens dispositionsfrihed, som hindrer ændringer-/effektiviseringer i arbejdstilrettelæggelsen?</p> <p>Må afdelingen overføre evt. overskud/underskud til efterfølgende budgetår?</p> <p>Har afdelingen frihed til at ansætte mere personale uden godkendelse i forvaltningen/amtsrådet?</p>
<p><b>Implementering</b></p>	<p>Hvordan og hvornår blev du informeret om modellen?</p> <p>Synes du at i er blevet informeret godt nok?</p> <p>Hvad har du gjort for at informere afdelingens personale om ABF, og hvordan det er udformet?</p> <p>Hvem i afdelingen er blevet informeret?</p>
<p><b>Holdning til DRG</b></p>	<p>Hvad er dit kendskab til DRG-systemet?</p> <p>Hvad er din holdning til DRG-systemet?</p> <p>Har du forsøgt at beregne afdelingens omkostninger for nogle af de DRG-grupper, der behandles i afdelingen?</p>
<p><b>Andre kommentarer?</b></p>	

## Interview af repræsentant på sygehusniveau

Tema	Interviewspørgsmål
Holdning til ABF	Hvad synes du om ABF?
Holdning til model for udmøntning af ABF på amtsniveau	<p>Hvorfor fik modellen den udformning den fik?</p> <p>Hvilke overvejelser lå der til grund for modellens udformning?</p> <p>I hvilket omfang spillede erfaringer fra fordeling af indtægter fra regeringens ventelistepulje ind i udformningen af modellen?</p> <p>Hvordan blev den nuværende model udarbejdet?</p> <p>Var sygehuset involveret?</p> <p>Var der enighed mellem parterne?</p>
Holdning til selve modellen	<p>Er du tilfreds med den vedtagne model?</p> <p>Hvis nej, hvorfor ?</p> <p>Er modellen gennemskuelig?</p>
Spørgsmål til modellen	<p>Dækker taksterne sygehusets marginalomkostninger?</p> <p>Er der et produktionsloft for sygehusets samlede meraktivitet?</p> <p>Hvem har fastlagt/ hvordan?</p> <p>Synes du, at det er en god ide med et produktionsloft?</p> <p>Vil det være et problem for sygehuset, hvis det kommer til at overskride produktionsloftet?</p>
Model for intern fordeling af indtægter	<p>Hvem har været involveret i udarbejdelse af modellen for intern fordeling af indtægter?</p> <p>Var der enighed mellem parterne?</p> <p>Hvad med de tværgående afdelinger?</p> <p>Hvad synes du om modellen?</p>

Tema	Interviewspørgsmål
Ventelistepuljen	<p>Hvad er sygehusets erfaringerne fra de tidligere år med ventelistepulje?</p> <p>Har sygehuset fået udbetalt en andel af puljen i 2002 og 2003?</p> <p>Hvis fald, Hvorfor?</p> <p>Indgår der en andel af ventelistepuljen for 2004 i sygehusets produktionslofterne?</p>
Planer	<p>Har sygehusledelsen/administrationen taget initiativer m.h.b. til realisering af det nødvendige aktivitetsniveau og dermed opnå sit grundbudget?</p> <p>Har sygehusledelsen taget initiativer til aktivitetsudvidelser med henblik på at opnå del i regeringens ventelistepulje for 2004 ?</p> <p>Ændringer i forhold til tidligere år?</p> <p>Hvorfor?</p> <p>Har sygehusledelsen taget andre initiativer som følge af indførelse af ABF?</p> <p>Har sygehuset planer om at tiltrække flere udenamtspatienter?</p> <p>Hvilke planer?</p>
Barrierer	<p>Hvilke barrierer kan der være for at realisere planerne?</p> <p>Var der barrierer for at realisere evt. planlagte aktivitetsudvidelser i de foregående år?</p> <p>(vacante stillinger, ingen ppt. på venteliste, økonomi, kapacitet)</p>
Dispositionsfrihed	<p>Synes du, at sygehuset har de nødvendige frihedsgrader til at indrette sig på ABF?</p> <p>Er der begrænsninger i sygehusets dispositionsfrihed, som hindrer evt. planer om at ændringer i driften?</p> <p>Må sygehusene overføre evt. overskud/underskud til efterfølgende budgetår?</p> <p>Har sygehuset frihed til at ansætte mere personale uden godkendelse i forvaltningen/amtsrådet ?</p> <p>Andre begrænsninger?</p>



Tema	Interviewspørgsmål
Implementering	<p>Hvordan og hvornår blev sygehuset informeret om modellen?</p> <p>Synes du, at sygehuset er blevet godt nok informeret?</p> <p>Hvem har sygehusledelsen/ administrationen informeret om ABF?</p> <p>Hvordan og hvornår informerede sygehuset afdelingerne om modellen?</p>
Holdning til DRG	<p>Hvad er din holdning til DRG-systemet?</p> <p>Har sygehuset forsøgt at beregne egne omkostninger for forskellige DRG-grupper?</p>
Andre kommentarer ?	

## Interview af repræsentant på forvaltningsniveau

Tema	Interviewspørgsmål
Holdning til ABF	Hvad synes du om ABF?
Baggrunden for den valgte model for udmøntning af ABF	<p>Hvilke overvejelser lå til grund for modellens udformning?</p> <p>I hvilket omfang spillede erfaringer fra regeringens ventelistepulje ind i udformningen af modellen?</p> <p>Hvordan blev modellen udarbejdet?</p> <p>Hvem var involveret?</p> <p>Var der enighed mellem parterne?</p>
Holdning til selve modellen	<p>Er du tilfreds med den vedtagne model?</p> <p>Hvorfor/hvorfor ikke?</p>
Spørgsmål til modellen	<p>Dækker taksterne sygehusenes marginalomkostninger?</p> <p>Er der et loft for den samlede meraktivitet?</p> <p>Hvorfor?</p> <p>Er dette loft på forhånd fordelt på sygehuse/afdelinger?</p> <p>Hvordan?</p> <p>Hvorfor?</p> <p>Hvordan indgår regeringens ventelistepulje i produktionsloftet?</p>
Model på afdelingsniveau	<p>Har forvaltningen været involveret i modellen for fordeling af sygehusets indtægter på afdelingsniveau?</p> <p>Hvad synes du om den måde indtægterne fordeles på afdelingerne?</p> <p>Hvad med de tværgående afdelinger?</p>
Ventelistepuljen	<p>Hvad er amtets erfaringer fra de tidligere år med regeringens ventelistepulje?</p> <p>Har amtet fået udbetalt hele sin andel af puljen i 2002 og 2003?</p> <p>Hvis fald, hvorfor?</p> <p>Er amtets andel af ventelistepuljen for 2004 indregnet i sygehusenes produktionslofter?</p>

Tema	Interviewspørgsmål
Planer	<p>Har forvaltningen planer om aktivitetsudvidelser med henblik på at opnå del i regeringens ventelistepulje for 2004?</p> <p>Hvilke planer?</p> <p>Hvordan afviger disse planer fra tidligere års planer?</p> <p>Hvis større/mindre hvorfor?</p> <p>Har forvaltningen planer til aktiviteter med henblik på at tiltrække udenamtspatienter?</p> <p>Ændringer i forhold til tidligere år?</p>
Barrierer	<p>Hvilke barrierer kan der være for at realisere planerne?</p> <p>Har der været barrierer for at realisere evt. planlagte aktivitetsudvidelser i de foregående år?</p> <p>(Personale, manglende venteliste, økonomi, kapacitet)</p>
Dispositionsfrihed	<p>Må sygehusene/afdelingerne overføre evt. overskud/underskud til efterfølgende budgetår?</p> <p>Har sygehusene/afdelingerne frihed til at ansætte mere personale uden godkendelse i forvaltningen/amtsrådet?</p>
Implementering	<p>Hvad har forvaltningen gjort for at implementere ABF på sygehusene?</p> <p>Hvordan og hvornår er der blevet informeret om modellen på sygehusene?</p> <p>Er der informeret godt nok?</p>
Holdning til DRG	<p>Hvad er din holdning til DRG-systemet?</p> <p>Har forvaltningen foretaget beregning af sygehusenes omkostninger for DRG-grupper?</p> <p>Hvorfor ikke?</p>
Andre kommentarer?	

## Takststyring af sygehuse

### 1. delrapport: Implementering af takststyringsmodeller i 4 amter

Vil indførelse af takststyring føre til øget aktivitet og øget produktivitet i sygehusvæsenet? Kan det til gengæld gå ud over kvaliteten og amternes kontrol med de samlede udgifter? Svaret på disse spørgsmål afhænger af hvilke økonomiske incitamenter, der er indbygget i takststyringsmodellerne og af hvordan takststyringen er blevet implementeret på sygehusene.

Vi forsøger i denne rapport gennem interviews på forvaltnings-sygehus- og afdelingsniveau at belyse incitamenterne i takststyringsmodellerne i 4 amter, samt at belyse implementeringsprocessen i de 4 amter. På baggrund af disse analyser forudsiges nogle konsekvenser ved indførelse af takststyringen i det danske sygehusvæsen.

Rapporten viser, at taksterne tilsyneladende dækker sygehusenes behandlingsomkostninger, hvorfor der må forventes at takststyringen vil medføre nogen meraktivitet. På grund af forskelle i dækningsbidraget inden for samme DRG-gruppe og mellem forskellige DRG-grupper kan det forventes, at økonomien kommer til at spille en rolle for hvilke patienter, der behandles.

Eksistensen af lofter for hvor meget sygehusene kan få udbetalt, sætter dog en stærk begrænsning på hvor stor meraktiviteten vil blive. Til gengæld sikrer lofterne at amterne bevarer styringen med sygehusudgifterne. En måned efter at takststyringen reelt er startet, er der da heller ikke sat de store initiativer i gang med henblik på at øge aktiviteten.

Der er bred accept af såvel princippet om en aktivitetsbaseret afregning, som af DRG-systemet, der ligger til grund for afregningen. Men på trods af, at der er udfoldet store bestræbelser for at informere om de nye styresystemer, er der alligevel afdelingsledelser, der synes at takststyringsmodellerne er uoverskuelige og vanskelige at forstå.

Rapportens vurderinger bygger på interviews gennemført ca. 1 måned efter ordningens indførelse. En senere interviewrunde, der vil have til formål at afdække de faktiske konsekvenser af takststyringen, vil blive gennemført, når denne har eksisteret i et år.