

Takster i faste rammer

En analyse af takst- og økonomistyringen
på sygehusområdet

Rasmus Dørken, Simon Feilberg, Torben Buse (KREVI)

Mads Leth Felsager Jakobsen, Thomas Pallesen (Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet)

Xenia Brun Hansen, Søren Rud Kristensen, Mickael Bech (COHERE - Centre of Health Economics Research, Syddansk Universitet)



KREVI.



AARHUS
UNIVERSITET



SYDDANSK UNIVERSITET



Forord

Takststyring præger i høj grad sygehussektoren. Den samlede finansiering for et dansk sygehus skal være afhængig af sygehusets aktivitet. Men skærpede krav om budgetoverholdelse præger også i høj grad den danske sygehussektor. Regionerne skal sikre, at der ikke bruges flere penge på sygehusområdet, end der er aftalt med regeringen. Det er denne dobbelthed, der er udgangspunktet for denne undersøgelse. Hvordan håndterer regionerne, at de både skal overholde et samlet budget og samtidig finansiere sygehuse på baggrund af deres aktivitet?

Undersøgelsens grundige kortlægning af regionernes takst- og økonomistyring viser, at der er væsentlige forskelle på tværs af regionerne. Både på de formelle modeller og på den praktiske, daglige styring. Samtidig er der også i undersøgelsen tegn på, at den konkrete indretning af modeller og styring kan gøre en forskel for udviklingen i aktiviteten - eller måske rettere: fordelingen af aktiviteten på eksempelvis stationær og akut aktivitet. Også på sygehusniveau kortlægger undersøgelsen væsentlige forskelle i indretningen af takst- og økonomistyringen - forskelle der også ser ud til at gøre en forskel for resultaterne af styringen.

Undersøgelsen viser også, at generelt set er regionernes takst- og økonomistyring præget af, at der i perioden er kommet lavere aktivitetsafhængighed i regionernes takststyring og samtidigt et større fokus på, hvad der skal til for, at budgetterne overholdes. Det har tilsyneladende været nødvendigt for at balancere de to overordnede hensyn i styringen på sygehusområdet.

Undersøgelsen er gennemført som et samarbejdsprojekt mellem KREVI, Institut for Statskundskab ved Aarhus Universitet, samt COHERE - Centre of Health Economics Research ved Syddansk Universitet. Rasmus Dørken, KREVI, har været hovedforfatter på denne rapport, med alle øvrige projektdeltagere som medforfattere.

Vi vil gerne sige en stor tak til regionerne og de medvirkende sygehuse for positiv medvirken i dataindsamling og interview. Vi håber vores undersøgelse kan bidrage til fortsat udvikling af både den overordnede og den konkrete styring på sygehusområdet.

Januar 2012
Torben Buse
Direktør, KREVI



Indholdsfortegnelse

SAMMENFATNING OG PERSPEKTIVER	1
BAGGRUND	6
2.1 Statslige krav og aftaler om takststyring.....	8
FORMÅL, ANALYSERAMME OG METODE	14
3.1 Undersøgelsens formål.....	14
3.2 Analyseramme	14
3.3 Metode	17
TAKSTSTYRING - BEGREBER OG MODELLER	19
4.1 Introduktion til takststyring.....	19
4.2 Baseline.....	20
4.3 Undersøgelsesparametre	24
REGIONERNES TAKST- OG ØKONOMISTYRING 2007-2010.....	25
5.1 Region Hovedstaden	25
5.2 Region Sjælland	30
5.3 Region Nordjylland	34
5.4 Region Midtjylland	39
5.5 Region Syddanmark	44
SAMMENLIGNING OG TENDENSER I UDVIKLINGEN	50
6.1 Sammenhæng mellem finansiering og aktivitet.....	50
6.2 Fokus på budgetoverholdelse.....	57
6.3 En på forhånd fastlagt økonomi- og takststyring?	59
6.4 Takststyringsmodeller, tilskyndelser og sammenhænge	62
TAKST- OG ØKONOMISTYRING PÅ SYGEHUSNIVEAU.....	73
7.1 Takststyring	74
7.2 Økonomistyring	80
7.3 Takst- og økonomistyring på sygehusniveau - mønstre i data.	84
LITTERATUR.....	88

Takster i faste rammer

ISBN-nr.: 978-87-92258-84-7 (elektronisk version)

Udgivet Januar 2012 af: KREVI - Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut, Olof Palmes Allé 19, 8200 Århus N, Tlf. 72 26 99 70, post@krevi.dk.

Rapporten kan downloades gratis på www.krevi.dk

Grafisk design: Weltklasse A/S



Sammenfatning og perspektiver

DET GRUNDLÆGGENDE DILEMMA

Regionerne står på sygehusområdet i et dilemma. På den ene side skal regionerne overholde en udgiftsramme, og på den anden side skal de håndtere, at der på sygehusområdet er indført takststyring. Det betyder, at regionernes finansiering af sygehusene skal afhænge af sygehusenes aktivitet (dvs. antallet af diagnosticeringer, operationer, behandlinger mv.), men på samme tid - og ikke mindst - skal regionerne sikre, at det samlede udgiftsbudget til sygehusområdet overholdes - også selvom der er høj vækst i sygehusenes aktivitet. Dilemmaet bliver endvidere skærpet af, at der på sygehusområdet er indført et "udvidet, frit sygehusvalg", hvor regionerne skal betale for behandling af patienter på andre sygehuse, hvis regionernes egne sygehuse ikke selv kan gennemføre behandlingen inden for en måneds ventetid. Sygehusområdet er underlagt både rammestyring og takststyring, der kan være vanskelig at forene.

Denne rapport handler om, hvordan regionerne har valgt at løse dette dilemma, og hvilke konsekvenser det har haft for økonomistyringen, udgiftsudviklingen og aktivitetsudviklingen. For at få indblik i, hvordan regionerne håndterer problemet, lægger vi vægt på at kortlægge og sammenligne både regionernes formelle takststyringsmodeller og økonomistyringsregler, samt den praktiske, daglige takst- og økonomistyring i regionerne og på udvalgte sygehuse. Rapporten giver en systematisk kortlægning af regionernes administration af modellerne og økonomistyringspraksis og analyserer de indbyggede incitamenter i modellerne.

OVERORDNEDE KONKLUSIONER

Takststyring på sygehusområdet har været omdiskuteret. Tidligere undersøgelser har konstateret, at takststyringen har medført en stigende opmærksomhed på aktivitet og produktion, men det har samtidig været uklart, hvad denne stigende opmærksomhed så reelt har betydet for aktiviteten og produktiviteten. I denne undersøgelse viser vi, at aktivitetsbaseret styring ser ud til at kunne gøre en forskel. Regionernes takststyringsmodeller virker til at have betydning for, hvordan aktiviteten udvikler sig. Særligt relevant er at sammenligne aktivitetsudviklingen på de behandlingsområder, som regionerne på forskellig vis har valgt at inkludere eller holde uden for deres takststyringsmodeller. Det ser ud til at præge aktivitetsudviklingen, hvis regionerne bruger takststyringsmodeller til at understøtte en ønsket aktivitetsudvikling.

Det er dog vigtigt at bemærke, at der langt fra går en lige linje fra statens meraktivitetsafregning til finansieringen af aktiviteten på en sygehusafdeling. På sygehusniveau er der i vores undersøgelse fem ud af ni sygehuse, hvor afdelingernes finansiering ikke er afhængig af deres aktivitet, og på de øvrige er der mange forhold, der kan dispensere fra takststyringsmodellen. Det betyder ikke, at takststyring er irrelevant, men den praktiske styring på sygehusniveau af både omkostninger og aktivitet er i høj grad knyttet op på andre ledelsesinstrumenter.

Samtidig er det væsentligt, at takststyring foregår i et samspil med regionerne øvrige økonomistyring, der samlet set har til formål, at den ønskede aktivitet leveres indenfor en givet udgiftsramme. I forhold til forventningen om, at budgetterne overholdes, havde regionerne i deres første leveår generelt set store problemer med budgetoverholdelse, men regionerne har formået at justere deres økonomistyring. Særligt er der kommet et langt større fokus på budgetoverholdelse i regionerne og på sygehusene, mens graden af aktivitetsafhængighed i finansieringen af sygehusene i de fleste regioner er blevet sænket.

TAKST- OG ØKONOMISTYRING MELLEM REGION OG SYGEHUS

Centralt i vores analyser står altså regionernes takststyringsmodeller og den supplerende økonomistyring, der skal sikre fokus på budgetoverholdelse. Vi vurderer, at der særligt er tre forhold, der er centrale for regionernes takst- og økonomistyring.

- 1. Graden af aktivitetsafhængighed i finansieringen af sygehusene*
- 2. Betydningen af det enkelte sygehus' omkostninger for sygehusets finansiering*
- 3. Regionens fokus på budgetoverholdelse i perioden fra regionernes oprettelse til nu*

Det første forhold vedrører den grundlæggende idé i takststyring: at sygehusenes finansiering skal afhænge af deres aktivitetsniveau. Det er imidlertid ikke altid givet i de regionale takststyringsmodeller. For at sikre hensyn til de samlede udgifter er der i flere af modellerne indført et loft, hvor der ikke længere afregnes for yderligere aktivitet, når et bestemt aktivitetsniveau er nået. Disse lofter når sygehusene imidlertid ofte, og derfor konkluderer vi, at der i Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Nordjylland er en svag sammenhæng mellem aktivitet og finansiering, når man fokuserer på den sidstproducerede aktivitet. I Region Hovedstaden og Region Syddanmark er der en stærkere sammenhæng - dog med store forskelle på, hvilke områder der afregnes for. I Region Hovedstaden er det fra 2010 primært for patienter, der indlægges akut, at højere aktivitet fører til yderligere finansiering, mens behandlingen af disse patienter i Region Syddanmarks model slet ikke er med i modellen. Det er behandlingen af ambulante og planlagte, kirurgiske patienter til gengæld.

Det er i øvrigt centralt at bemærke, at sammenhængen mellem sygehusenes finansiering og aktivitet var anderledes i regionernes udgangspunkt i 2007. Alle regioner - bortset fra Region Syddanmark - har på den ene eller anden måde reduceret sammenhængen mellem sygehusenes aktivitet og finansiering.

Det andet forhold vedrører om regionernes finansiering er *prospektiv*. Mere mundret er det et spørgsmål, om sygehusenes finansieringsvilkår er givne på forhånd og uafhængige af det enkelte sygehus' omkostninger. Hvis regionerne for eksempel dispenserer fra deres krav om overførsel af eventuelle regnskabsmæssige underskud, eller på anden vis giver plads til, at den samlede finansiering er "til forhandling", er der en lav prospektivitet i økonomistyringen. Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Sjælland har den højeste prospektivitet, mens man i Region Midtjylland og Region Nordjylland i højere grad har brugt muligheden for at dispensere fra økonomistyringsreglerne, når der har været behov for det.

For det tredje har der samlet set i regionerne været et stigende fokus på, at budgetterne skal overholdes. For nogle af regionerne hænger dette ændrede fokus sammen med, at det fra statslig side har været en ændret understregning af vigtigheden af budgetoverholdelse, mens Region Syddanmark i modsætning hertil fra begyndelsen af perioden har understreget vigtigheden af samlet budgetoverholdelse som forudsætning for regionens takststyring. Det ændrede fokus på budgetoverholdelse har også fået regionerne til at stramme op på deres opfølgingsprocedurer. Det ser også ud til, at det ændrede fokus har haft effekt: fra 2009 til 2010 lykkedes det regionerne at forbedre deres regnskabsresultater betragteligt - og samtidigt forbedre produktiviteten.

TAKST- OG ØKONOMISTYRING PÅ SYGEHUSNIVEAU

En væsentlig del af nærværende projekt har også været at undersøge, hvordan takst- og økonomistyringen foregår på sygehusniveau. Sygehusene er underlagt regionernes takststyring, men det står dem i de fleste tilfælde frit for, hvordan de vil videreføre denne styring til afdelingerne.

Undersøgelsen viser, at takststyring er væsentlig mindre i spil på sygehusniveau. På fem af de undersøgte ni sygehuse er sygehusafdelingernes finansiering ikke direkte afhængig af deres aktivitet. Enkelte sygehuse har dog i høj grad videreført takststyring på afdelingsniveau. Det er imidlertid centralt at bemærke, at selvom sygehusledelserne ikke viderefører takststyring, betyder aktivitetsbudgetterne for de enkelte afdelinger meget i dialogen og ledelsesopfølgningen i forhold til afdelingerne. Lokale hensyn for de enkelte sygehuse ændrer altså takststyringen på sygehusniveau, og gør den typisk mindre teknisk og mere bundet op på ledelsens fokusområder.

I forhold til sygehusenes økonomistyringsregler med hensyn til adgang til at overføre underskud og overskud mellem budgetår, er det værd at bemærke, at fem ud af ni ikke overfører afdelingernes underskud fra det ene år til det andet, og på de øvrige er der ofte forhold, der kan dispensere fra reglerne. Sygehusene vælger med andre ord andre ledelsesmidler til at sikre hensigtsmæssig økonomistyring på afdelingerne, og blandt andet derfor er der typisk en tæt opfølgning på afdelingsniveau. De sygehuse, der i 2009 overholdt deres budgetter, benytter dog i højere grad overførsel af afdelingernes budgetunderskud, foruden at de typisk har haft stort ledelsesmæssigt fokus på budgetoverholdelse i længere tid, og har udarbejdet fast praksis for opfølgning og ledelsesinformation.

Det er også bemærkelsesværdigt, at sygehusledelserne og deres stabe i høj grad er involveret i meget konkret og detaljeret styring og planlægning på afdelingsniveau. Tiltag, der skal sikre budgetoverholdelse på afdelingerne, som for eksempel detaljeret fremmødeplanlægning, foregår på nogle sygehuse på direktørniveau, og tiltag, der skal forbedre den daglige produktionsplanlægning, er også i høj grad centralt initieret. Særligt på sygehuse, der har haft økonomiske problemer, kan der konstateres en øget tendens til brug af produktionsnær planlægning med høj grad af involvering af sygehusledelsen. Mange afdelingsledelser skal altså ikke kun stå til regnskab for mål og resultater - men også for, hvordan man når disse resultater.

VALG AF TAKSTSTYRINGSMODEL

En væsentlig forskel i både regionernes og sygehusenes begrundelser for deres valg af takststyringsmodel overfor henholdsvis sygehuse og afdelinger vedrører, hvilken funktion en takststyringsmodel skal have. I flere regioner og på flere sygehuse lægges der vægt på takststyringsmodellens funktion som fordeler af midler til de områder, hvor aktiviteten er afholdt. Meraktivitet vil - alt andet lige - også føre til meromkostninger, og derfor betragtes det som rimeligt, at takststyringsmodellen giver yderligere afregning til de områder, hvor aktiviteten er. Denne begrundelse for takststyring kan findes på de fleste sygehuse på tværs af regioner, og begrundelsen er også til stede på regionsniveau. Region Sjælland ønsker eksempelvis ikke af lighedshensyn at gøre forskel på behandlingsområder, så kun nogle typer meraktivitet giver meraktivitetsafregning. Region Hovedstadens model godkender hovedsagelig ansøgninger om afregning for meraktivitet til akutte indlæggelser, hvilket begrundes med, at sygehusene ikke på samme måde som for planlagt aktivitet selv kan styre omfanget af den akutte aktivitet.

På den anden side har Region Syddanmark valgt at indrette sin takststyringsmodel således, at bl.a. akutte indlæggelser *ikke* er med i modellen. Begrundelsen er, at regionen ønsker så lav akut aktivitet som muligt, og derfor egner området sig ikke til at blive takststyret. For såfremt formålet om lavere akut aktivitet blev opnået og samtidig afregnet for, ville det jo føre til at sygehusene skulle fratrækkes finansiering. Tilsvarende ønsker regionen, at så meget som muligt af sygehusenes aktivitet omlægges til ambulante behandling, og at regionen selv behandler så mange som muligt af de planlagte kirurgiske behandlinger. Disse ønsker understøttes derfor af takststyringsmodellen ved, at disse områder finansieres afhængigt af den leverede aktivitet. Region Midtjylland og Region Nordjylland kan på mange måder siges at være placeret midt imellem disse to hovedbegrundelser. Det er de til dels af nød: fokuset på budgetoverholdelse i regionerne har i høj grad reduceret afregning for meraktivitet undtaget særligt konkurrenceudsatte områder, hvor der er risiko for, at behandlingsgarantien ikke kan holdes, og borgerne derfor vil blive behandlet i andre regioner eller på private sygehuse.

Når man ser på aktivitetsudviklingen fordelt på netop akut og planlagt stationær aktivitet og på ambulante aktivitet overfor stationær aktivitet er der et bemærkelsesværdigt sammenfald mellem de forventninger, som regionernes valg af afregningsområder giver til aktivitetsudviklingen, og den faktiske udvikling i aktiviteten. Således har Region Syddan-

mark eksempelvis en vækst i ambulante besøg, der er mere end dobbelt så høj som gennemsnittet for alle regionerne, ligesom regionens vækst i antallet af akutte indlæggelser er den laveste, men den højeste for planlagte indlæggelser på regionens sygehuse. Region Sjælland og Region Hovedstaden har - i overensstemmelse med forventningerne - de højeste vækstrater for indlæggelser på regionens sygehuse, herunder akutte indlæggelser.

På baggrund heraf konkluderer vi, at regionernes takststyringsmodeller præger udviklingen af aktiviteten. Denne udvikling er også bestemt af en række andre forhold, ledelsesmæssige og politiske ønsker og lægefaglige anbefalinger. Imidlertid har takststyringsmodellerne tilsyneladende en effekt. Måske ikke på den samlede efterspørgsel, men på hvordan efterspørgslen håndteres af sygehusene. Det er dog naturligvis ikke takststyringsmodellerne, der i sig selv sikrer en omlægning af aktiviteten. Hertil kræves en række faglige valg og beslutninger om ændrede behandlingsprocedurer på sygehusafdelingerne og i samarbejdet med andre sektorer. Takststyringsmodellerne kan tilsyneladende give et bidrag ved at understøtte en ønsket udvikling. Udviklingen i aktiviteten eller fordelingen af aktiviteten er tilsyneladende ikke upåvirket af regionernes indsats.

Regionerne arbejder også med at øge andelen af egne borgere, der behandles på regionernes egne sygehuse. Det er kun i ret begrænset omfang lykkedes. Men det er værd at bemærke, at hvor der i mange regioner tidligere blev brugt kræfter på at reducere antallet af borgere på private sygehuse, er der nu størst fokus på at reducere antallet af borgere på andre regioners sygehuse. Ganske enkelt fordi de patienter er de dyreste for regionen. Størrelsen af den økonomiske gevinst ved hjemtrækning er så stor, at det isoleret betragtet er økonomisk nødvendigt, selvom det formentlig ikke optimerer den samlede sygehussektor.

Sidst, er det tydeligt, at regionernes stigende fokus på budgetoverholdelse også er slået igennem i regnskabsresultaterne. Fra 2009 til 2010 er det samlet set lykkedes regionerne at forbedre regnskabsresultaterne markant, ligesom der har været en stor vækst i produktiviteten særligt i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Det tyder på, at regionerne nu i højere grad lykkedes med samtidig ramme- og efterspørgselsstyring. Det ser ud til at være sket gennem primært stram økonomistyring og - til en hvis grad - aktivitetsafhængighed i finansieringen af sygehusene.



Baggrund

Gennem en lang årrække har rammestyring været det primære økonomiske styringsredskab i den offentlige sektor. Institutioner, sygehuse og hele forvaltninger har skullet leve op til fastsatte faglige og servicemæssige mål, men er i økonomisk henseende næsten udelukkende blevet målt på deres evne til at overholde budgettet. Denne tendens er i opbrud. På flere og flere offentlige serviceområder kombineres rammestyring med mere efterspørgselsorienteret styring i form af takststyring på baggrund af aktivitet. På sygehusområdet er rammestyring også det seneste årti blevet kombineret med aktivitetsbaseret finansiering på baggrund af værdien af sygehusenes aktivitet. Begrundelsen for brugen af takststyring har været, at det fremmer fokus på produktionen og blandt andet derfor kan resultere i højere produktivitet. Imidlertid har man fra statens side samtidig fastholdt en overordnet rammestyring for at holde styr på den samlede udgiftsramme. Regionerne skal altså håndtere det potentielle dilemma ved at overholde en udgiftsramme, og samtidig finansiere sygehusene på baggrund af sygehusenes aktivitet. Presset på balancen mellem udgiftskontrol og aktivitetsstyring er endvidere øget ved indførelsen af ”det udvidede, frie sygehusvalg”, hvor patienter efter en måneds ventetid har ret til betalt behandling på et andet sygehus. Det betyder, at regioner, der ikke lever op til efterspørgslen, kommer til at betale for, at andre behandler patienten.

På sygehusområdet er der altså væsentlige elementer af både rammestyring og takststyring. I en tidligere KREVI-undersøgelse af udfordringer for økonomistyring på sygehusområdet giver ledere i regionerne netop udtryk for, at dilemmaet med samtidig takst- og rammestyring er den vigtigste udfordring for deres økonomistyring (KREVI 2009).

Regionerne har stor valgfrihed med hensyn til indretningen af deres takststyringsmodeller overfor sygehusene, og regionerne har valgt fem forskelligt udseende takststyringsmodeller. Takststyringsmodellerne giver et godt udgangspunkt for at sammenligne hensyn og forudsætninger i håndteringen af dilemmaet. Imidlertid er det ikke tilstrækkeligt udelukkende at fokusere på de formelle takststyringsmodeller. Det er også nødvendigt at analysere, hvordan regionerne styrer i praksis, dvs. hvordan de konkret afvejer hensyn til både budgetoverholdelse og tilfredsstillelse af efterspørgsel.

Det betyder, at de eksisterende undersøgelser af regionernes takststyringsmodeller kun delvist giver et indblik i håndteringen af dilemmaet, da de hovedsageligt fokuserer på de formelle elementer i regionernes økonomistyring. Hvis vi vil kende den faktiske håndtering af det modsætningsfulde ønske om både at motivere til øget produktion og samtidig

overholde et udgiftsbudget, er det nødvendigt at gå væsentligt videre end de eksisterende undersøgelser på området. Samtidigt har takststyringsmodellerne nu fungeret i længere tid, hvorfor man kan forvente, at takststyring i højere grad er blevet en del af hverdagen på sygehuse og i regionerne.

Denne rapport afdækker derfor, hvordan regionerne både formelt og uformelt udmønter takststyringen i forhold de enkelte sygehuse og samtidigt fastholder en samlet rammestyring af sygehusområdet.

Begrebsafklaring

I denne rapport anvendes en række ord og begreber, der beskriver regionernes finansiering af sygehuse. De er kort defineret nedenfor:

Finansiering anvendes som udtryk for regionernes samlede finansiering af sygehuse (og om statens finansiering af regionerne). Ordet refererer i denne undersøgelse altså ikke til, at sygehussektoren er *skattefinansieret*. Begrebet *Finansiering* dækker her både over finansiering, der er afhængig af aktivitet og finansiering, der ikke er det.

Afregning anvendes primært som udtryk for den del af sygehusenes finansiering, der reguleres ved hjælp af regionernes takststyringsmodeller. Begrebet anvendes altså til at beskrive, at der kan gives *mer- eller mindrefregning* for aktivitet.

Takststyringsmodel beskriver regionernes konkrete regler, der gør en del af sygehusenes finansiering afhængig af deres aktivitet. I kapitel 4 gennemgås elementerne i en takststyringsmodel.

Økonomistyring dækker over regionernes økonomiske styring af sygehuse - særligt med fokus på at sikre budgetoverholdelse. Heri indgår altså både formelle regler og styringsprincipper, samt den konkrete styringspraksis.

Takst- og økonomistyring bruges til at beskrive regionernes styring af sygehuse, som skal afveje balancen mellem aktivitetsafhængighed i finansieringen og hensynet til den samlede udgiftsramme.

TIDLIGERE UNDERSØGELSER AF TAKSTSTYRING PÅ SYGEHUSOMRÅDET

Takststyringen på sygehusområdet har tidligere været genstand for analyser og evalueringer. I bogen *Incitamentsstyring i sygehusvæsenet* analyserede forfatterne sammenhængen mellem amternes "grad af takststyring" og produktivitet- og aktivitetsudviklingen i amterne fra 1996 til 2004 og interviewede centrale og decentrale ledere i fem amter om virkningen af takststyring (Pedersen, Bech & Hansen 2006). Forfatterne fandt ikke, at indførelsen af takststyring havde øget produktiviteten i sygehussektoren men vurderede,

at takststyringen havde vigtig betydning for tænkemåden i sektoren, og at rammer og supplerende incitamentter var vigtige for hensigtsmæssig brug af takststyring.

I to rapporter fra DSI analyseres introduktionen af takststyring bl.a. ved at interviewe de samme centrale og decentrale aktører i fire amter ved introduktionen og et år efter (Ankjær-Jensen & Rath 2004, 2005). Forfatterne finder ikke, at produktiviteten eller omkostningsbevidstheden er steget med introduktion af takststyring, men finder at redskabet potentielt set kan få stor betydning.

H:S, Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen og Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennemførte i 2005 en evaluering af de hidtidige erfaringer med takststyring på sygehusområdet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et.al 2005). Ved hjælp af blandt andet en spørgeskemaundersøgelse af amterne samt interviews i tre udvalgte amter undersøgte man, hvilke takstmodeller amterne anvendte samt modellernes mulige betydning for aktivitet, økonomistyring mm. Man fandt, at amterne havde relativt forskellige takststyringsmodeller, og at der var visse problemer med implementeringen af principperne for takststyring. Det fremhævedes dog også i rapporten, at man mente, at takststyringen havde bidraget både til en større aktivitet og en større omkostningsbevidsthed i sygehussektoren.

I budgetsamarbejdet mellem Danske Regioner og regeringen er der også opmærksomhed på takststyringens muligheder for at understøtte effektiv styring på sygehusområdet. I en rapport om *Effektiv styring på sundhedsområdet* fremlægges en række anbefalinger til et forbedret DRG-system (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009). Endvidere diskuteres DRG-systemets anvendelighed som regionalt styringsinstrument, idet systemet primært er et finansieringssystem, der blandt andet har som formål at have et overskueligt antal grupperinger. Rapporten anbefaler regionerne ikke at anvende DRG-taksterne ukritisk i den regionale styring.

Endeligt har Rigsrevision også gennemført undersøgelser af aktivitetsstyringen på området, hvor de primært påpegede, at sygehusafdelingerne havde brug for bedre rammer for aktivitetsstyringen. Det vil sige bedre it-understøttelse, bedre ledelsesinformationer, bedre planlægning på tværs af afdelingerne og et mere robust budgetgrundlag (Rigsrevisionen 2010).

Nærværende undersøgelse vil trække på indsigterne fra de foregående analyser på området og ønsker at bidrage til viden om området, med en systematisk kortlægning af både den formelle og praktiske takst- og økonomistyring i regionerne og på sygehusene.

2.1 Statslige krav og aftaler om takststyring

Takststyringen på sygehusområdet udspringer direkte af budgetsamarbejdet mellem Danske Regioner/Amtsrådsforeningen og regeringen. I de årlige økonomiaftaler er der to forhold, der er vigtige for takststyringen; dels at regionerne er forpligtet på at anvende

takststyring overfor egne sygehuse, dels at staten også anvender takstafregning overfor regionerne.

KRAV OM TAKSTSTYRING AF SYGEHUSENE

For det første har man i økonomiaftalerne aftalt, at regionerne skal anvende takststyring til at finansiere regionens sygehuse. Igennem 90'erne kom der i økonomiaftalerne større og større fokus på arbejdet med at udarbejde takster for somatisk sygehusbehandling, og i starten af 00'erne kom de første forpligtende aftaler om, at amterne skulle sikre, at en del af sygehusenes finansiering var afhængig af aktivitet. I aftalen for 2004 fremgår det eksempelvis, at amterne forpligtiger sig på, at 20 % af de somatiske sygehuses bevillinger blev givet på baggrund af præsteret aktivitet.¹ Fra og med 2007 var de nye regioner forpligtet på, at 50 % af sygehusenes bevillinger var aktivitetsafhængige. Man skal dog ikke nødvendigvis tillægge kravene om en bestemt andel aktivitetsbaseret finansiering den helt store vægt.

Somatisk sygehusaktivitet

Der er indført krav om takststyring på det *somatiske sygehusområde*. Somatisk betyder "tilhører kroppen", og i denne definition ligger også den historiske afgrænsning til det *psykiatriske sygehusområde*. De somatiske sygehuse står for afholdelsen af størstedelen af udgifterne på det samlede sygehusområde og er genstand for vores analyse i denne rapport.

På det somatiske sygehusområde er det vigtigt at kende de typiske skel mellem hovedområderne af sygehusaktivitet:

Stationær vs. ambulant. Stationær aktivitet er den type aktivitet, hvor patienter behandles under en indlæggelse af kortere eller længere varighed. Ved ambulant aktivitet møder patienterne op på sygehuset eller i en klinik til konsultation eller behandling uden indlæggelse.

Akut vs. elektiv. Akut aktivitet er, når patienter modtager behandling med det samme, der er behov for behandling, mens elektiv aktivitet er, når sygehuset indkalder en patient til behandling. Elektiv aktivitet omtales ofte som *planlagt aktivitet*.

Som vi vil se, er denne skelnen mellem sygehusenes hovedaktivitetsområder betydningsfuld for regionernes takststyringsmodeller.

Som det vil fremgå af beskrivelsen af regionernes modeller, begynder regionernes takststyringsmodeller fra den første patient, men i praksis er det ikke en mulig situation, at

¹ Se i øvrigt *Incitamentstyring i sygehusvæsenet* (Pedersen et.al 2006) for en nærmere gennemgang af den historiske udvikling.

der ikke kommer nogen patienter. Derfor er det kun for alvor interessant at se på, hvordan takstafregningen er i det *mulige udfaldsrum* for sygehusenes aktivitet, det vil sige for den del af sygehusenes aktivitet, som sygehusene kan påvirke. Det vil vi vende tilbage til.

Når det er sagt, er det værd at tillægge selve beslutningen om, at regionerne skal anvende takststyring stor betydning. En takststyringsmodel kræver, at man har styr på og følger sygehusenes aktivitet, sørger for at aktiviteten bliver registreret korrekt, beslutter hvilke takster aktiviteten skal afregnes med, beslutter hvilket krav man vil stille til udviklingen i aktiviteten, og hvordan man vil løse en helt række konkrete spørgsmål, som er vigtige, fordi de er koblet til sygehusenes budget og finansiering. Regionerne skal derfor bruge stor energi på at indrette og vedligeholde deres takststyringsmodeller overfor sygehusene. Det er værd at fremhæve, at aftalen med regeringen om takstafregning ikke stiller krav til indretningen af takststyringsmodellerne, ud over at minimum 50 % af sygehusenes bevilling afregnes på baggrund af præsteret aktivitet. Regionerne skal altså selv træffe de præcise valg om den konkrete indretning af takststyringsmodellerne.

DEN STATSLIGE MERAKTIVITETSPULJE

Det andet centrale forhold i regionernes aftaler med regeringen er, at en mindre del af statens finansiering af regionerne er aktivitetsafhængig. Staten gav i 2010 knap 77 mia. kr. i bloktilskud til regionernes drift af sundhedsområdet, samt ca. tre mia. kr. som regionerne får del i, såfremt de leverer en aktivitet over et aftalt niveau. ”Meraktivitetspuljen” er på forhånd fordelt mellem regionerne, og over det aktivitetsniveau, hvor hver region har fået sin andel af puljen, gives der ikke yderligere statslig finansiering. Sammen med midlerne fra den kommunale medfinansiering, med en aktivitetsbestemt del og en aktivitetsuafhængig del, så er ca. 85 pct. af regionernes finansiering til sundhedsområdet aktivitetsuafhængige midler (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008).

Regionerne har i hele perioden fra 2007 til 2010 fået udbetalt hele meraktivitetspuljen og har i en række af årene også leveret en aktivitet væsentligt over meraktivitetspuljens loft.² Det understreger altså projektets udgangspunkt, at sygehusområdet er underlagt både aktivitets- og rammestyring. Den samlede finansiering af sygehusområdet er i praksis fast, da der er en øvre ramme for finansieringen. Men der er samtidig krav til styringen og patientrettigheder, der betyder, at der er væsentlige elementer af efterspørgselsstyring. I sig selv er det også centralt, at man på sygehusområdet har en finansieringsmodel, hvor regionerne måles direkte på deres samlede aktivitet, og at staten følger med i aktivitetsudviklingen. En væsentlig forudsætning for dette har naturligvis været, at aktiviteten kan måles - her har man valgt at benytte det såkaldte DRG-system (se boks).

² Kilde: gennemgang af udmøntning af meraktivitetspuljer på eSundhed.

DRG/DAGS-systemet

Det er en forudsætning for en finansieringsmodel, hvor regionerne måles direkte på deres samlede aktivitet, at aktiviteten på sygehusområdet kan opgøres på en rimelig måde. Til dette formål anvendes det såkaldte DRG-system.

DRG står for *diagnoserelaterede grupper*, og DRG-systemet er et takstkatalog, der anvendes til at fastlægge værdien af behandlingerne på det stationære somatiske område. Hver behandling af en patient på et somatisk sygehus havner - på baggrund af klinikernes registreringer af, hvad der er sket med den pågældende patient - i en af systemets *grupper*. Grupperne har fået fastlagt en DRG-værdi på baggrund af regnskabsindberetninger og en række processuelle oplysninger fra regionerne og sygehusene. En DRG-takst er således udtryk for den gennemsnitlige omkostning af de behandlinger, der indgår i gruppen. På det ambulante, somatiske område anvendes et tilsvarende DAGS-system (dansk ambulante grupperings-system). I denne rapport dækker udtrykket "DRG-takst" over taksterne efter begge systemer.

DRG-systemet anvendes i hovedtræk til to formål. For det første er det som nævnt en mulighed for at måle regionernes aktivitet og tage hensyn til patienters tyngde. Således tæller en ressourcekrævende patient, der er indlagt i et længere forløb, mere end en patient, der kun er indlagt kortvarigt til observation. For det andet anvendes DRG-systemet som grundlag for aktivitetsbaserede finansiering. Staten opgør regionernes aktivitet efter DRG-systemet, og regionerne anvender det også som grundlag for deres forskellige takststyringsmodeller.

Meraktivitetsafregning byggende på DRG-systemet har været udsat for kritik. Blandt andet kritiseres det, at systemet lægger mere vægt på produktion og produktivitet end på effektivitet. Forstået på den måde, at det langt fra er givet, at den ressourcemæssigt mest krævende behandling også er den mest effektive behandling. DRG-systemet måler de gennemsnitlige omkostninger og derfor vil en mindre ressourcekrævende behandling typisk udløse en lavere DRG-værdi - og dermed potentielt en lavere meraktivitetsafregning. Som vi vil se, er denne kritik også repræsenteret i regionerne.

BEGRUNDELSER FOR TAKSTSTYRING

Formålet med at indføre takststyring har primært været, at dette skulle give et større fokus på den aktivitet sygehusene leverede. Udgangspunktet i starten af 00'erne var, at ventelisterne på mange behandlinger var lange, og at man derfor fra regeringens side øn-

skede at skabe tilskyndelser til, at amternes sygehuse havde en så høj aktivitet som muligt. Bærende for indførelsen af takststyring var, at ”*pengene skal derhen, hvor patienterne behandles*” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003). Væsentligt i begrundelsen for takststyring var altså, at aktiviteten på sygehusområdet skulle øges. Ikke nødvendigvis ved at skabe produktivitetsvækst men ganske enkelt ved at sikre, at yderligere midler til området medførte flere gennemførte behandlinger. For samtidig med indførelsen af takststyring er de samlede bevillinger til sygehusdrift vokset betydeligt i løbet af 00’erne.

I de tidlige rapporter om takststyring på det danske sygehusområde er der også overvejelser, om takststyring kan give et mere *produktivt* sygehusvæsen. Altså hvordan man kan få relativt mere aktivitet for pengene. I rapporterne lægges der vægt på, at modellerne skal anvendes sammen med anden styring, der samlet set får sygehusene til at være mere produktive (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et.al. 2003). Takststyringen havde altså ved sin indførelse i det danske sygehusvæsen primært fokus på aktivitetssiden af regionernes dilemma. Fokus på udgiftssiden er inkluderet, når det overvejes, om takststyring kan medvirke til at øge produktivitet, i og med at det er en forudsætning for øget produktivitet at have fokus på de forbrugte udgifter.

I dette projekt undersøger vi regionernes afvejning af hensyn til både aktivitet og udgiftskontrol, og derfor analyserer vi regionernes *samtidige* takst- og økonomistyring. Samtidig takst- og økonomistyring må være en forudsætning for, at takststyringsmodeller kan medvirke til øget produktivitet.

TAKSTSTYRING I INTERNATIONALT PERSPEKTIV

Takststyring på sygehusområdet er ikke et afgrænset dansk fænomen. Internationalt har der i de fleste vestlige lande været en bevægelse med indførelse af takststyring. Takststyringssystemer baseret på diagnoserelaterede grupper (DRG), blev introduceret i USA i 1980’erne til afregning af hospitalerne og anvendes stadig (Kimberly et al. 2008). Systemet - eller varianter af systemet - blev derefter indført i flere europæiske lande og anvendes i dag i de fleste europæiske lande.

Det danske afregningssystem sammenlignes ofte med de norske og svenske finansieringssystemer (Street et al. 2007). Norge har ligesom Danmark introduceret den aktivitetsbaserede afregning af hospitaler i kombination med et rammebudget. I dag udgør den aktivitetsbaserede finansiering 40 % af hospitalernes samlede finansiering, men de resterende 60 % gives som basisbevilling. I Sverige er der en stor variation i implementeringen af takststyringsmodeller mellem landets len, da ca. halvdelen af lenene stadig anvender rammebudgetter. For de len, der har implementeret takststyring, er der stor variation i andelen af stationære og ambulante omkostninger, der finansieres via DRG-takster.

Som i de nordiske lande er man også i Frankrig og England gået fra rammebudget til blandede afregningssystemer, hvor takststyring indgår. I Frankrig anvender man i dag T2A (tarification à l’activity), et system der kombinerer takstafregning med andre finansie-

ringstyper, bl.a. per diem, fee-for-service, engangsbeløb og omkostningsdækning afhængig af aktiviteten (Kimberly et al. 2008). England har ligeledes tidligere anvendt rammebudgetter, men har introduceret takststyring, som har fokus på performance, "Payment by Results". I de senere år har England endvidere indført en "no-pay" politik for hospitalbaserede utilsigtede hændelser.

I de fleste europæiske lande har der altså været en tro på, at en variant af takststyring kan medvirke til at sikre en velfungerende sygehussektor - præcis ligesom det har været tilfældet i Danmark. Det gælder endvidere ikke bare på sygehusområdet. En lang række offentlige institutioner, særligt på uddannelsesområdet, finansieres også på baggrund af aktivitet (Buse & Smith 1999).



Formål, analyseramme og metode

3.1 Undersøgelsens formål

Takststyring har gennem en årrække været et væsentligt element i finansieringen på sygehusområdet. Det ønsker vi at analysere ved at kortlægge og sammenligne regionernes takst- og økonomistyring på området.

Projektets formål er at kortlægge og analysere regionernes takst- og økonomistyring på sygehusområdet, herunder levere viden om:

- Ligheder og forskelle ved takststyringsmodellerne på tværs af regionerne og på tværs af sygehusene.
- Regionernes økonomistyring med hensyn til både udgiftsstyring, aktivitetsstyring og produktivitet.
- Sammenhænge mellem eventuelle tilskyndelser i modellerne og aktivitetsdata.

3.2 Analyseramme

Regionernes takst- og økonomistyring rummer naturligvis en række konkrete hensyn og afvejninger, hvoraf nogle af dem er begrundet i geografiske og lokale forhold for de enkelte regioner. Derfor vil vi i dette afsnit redegøre for den tilgang, vi har haft til vores analyse og sammenligning af regionernes takst- og økonomistyring. Centralt for denne undersøgelses tilgang til regionernes takst- og økonomistyring er en række teoretiske og begrebsmæssige overvejelser om, hvad takststyring grundlæggende er kendetegnet ved, og hvordan takststyring kombineres med andre afregningsformer. Dette teoretiske arbejde offentliggøres som en del af denne undersøgelse.³ I det følgende vil vi imidlertid ikke gå langt ind i de teoretiske overvejelser omkring definitionen af takststyring, men her lægge vægt på at beskrive den analyseramme, som det teoretiske arbejde har klarlagt for os.

Vores teoretiske analyser af begrebet takststyring lægger vægt på at undersøge tre grundlæggende spørgsmål til regionernes takst- og økonomistyring:

1. *I hvor høj grad er sygehusenes finansiering reelt afhængig af deres aktivitet?*

³ Se appendiks: *Takstafregning af sygehuse: Definition, specificering og målingsudfordringer* (Jakobsen & Kristensen 2012) til denne rapport.

2. I hvor høj grad er sygehusenes samlede finansiering prospektiv, dvs. uafhængig af det enkelte sygehus' omkostninger?
3. Hvilket fokus har regionen haft på budgetoverholdelse i perioden fra regionernes oprettelse til nu?

3.2.1 Variabilitet - sammenhæng mellem finansiering og aktivitet

Det første overordnede spørgsmål knytter sig til et grundlæggende forhold ved takststyring, at der gives en "takst" for en ydelse. På sygehusområdet er finansieringen afhængig af aktivitet målt som DRG-værdi, som udløser en "betaling", der typisk er en procentdel af aktivitetens DRG-værdi. Men der kan være forskelle på, hvor stærk sammenhængen er, og teoretisk betegnes dette som et spørgsmål om styringsmodellens *variabilitet*. Der kan altså være forskel mellem regionerne i forhold til variabiliteten, men lige så væsentligt er det, at der i den enkelte regions model kan være forskelle i variabiliteten på forskellige tidspunkter. Regionerne kan som nævnt indføre en række virkemidler i takststyringsmodellerne, som for eksempel en nedsat afregningstakst eller et loft, hvorefter der ikke længere afregnes for meraktivitet. Den nedsatte takstafregning vil så træde i kraft, når aktiviteten har nået et vist niveau. Sådanne virkemidler vil altså nedsætte graden af sammenhæng mellem sygehusenes finansiering og aktivitet. Tilsvarende kan regionerne vælge, at nogle områder ikke skal være med i takststyringsmodellen.

I denne undersøgelse lægger vi vægt på at vurdere sammenhængen mellem sygehusenes finansiering og deres aktivitet i aktivitetens *mulige udfaldsrum*. Det skal forstås sådan, at vi vurderer, at det ikke er relevant, hvad afregningen er for den første patient - for den første patient vil helt sikkert komme og blive behandlet uanset hvad. Det er væsentligt mere relevant at vurdere, hvad afregningen er for den *sidste patient*. Derfor vurderer vi konkret graden af variabilitet i de fem regioners modeller på baggrund af, hvad sygehusenes afregningstakst er for den sidst-producerede aktivitet.

Endeligt, er det relevant at nævne, at principielt er både en lav og en høj afregningstakst i lige høj grad "en sammenhæng". Vi ønsker imidlertid at vurdere, i hvor høj grad sammenhængen mellem finansiering og aktivitet er *betydende* og dækker sygehusenes omkostninger. Derfor betragter vi en lav afregningstakst som en svag sammenhæng, og en høj afregningstakst for en stærk sammenhæng.

3.2.2 Prospektivitet - uafhængighed af det enkelte sygehus' omkostninger

Det andet overordnede spørgsmål vi stiller til regionernes takststyring vedrører de økonomistyringsprincipper, der ligger bag takststyringen. Vi spørger - med et teoretisk begreb - om, i hvor høj grad takststyringsmodellerne er *prospektive* (Jegers et.al 2002). Med dette begreb forstås spørgsmålet om, i hvor høj grad det enkelte sygehus' finansieringsvilkår er givet på forhånd og derfor uafhængig af sygehusets reelle omkostninger. Udgør modellernes takstafregning i praksis den finansiering, der gives sygehusene, eller indeholder styringsmodellerne forhold, der giver mulighed for at gradbøje takstafregningen, så sygehusenes finansiering i stedet svarer mere til de økonomiske og aktivitetsmæssige resultater, det enkelte sygehus opnår? Det er altså et spørgsmål, om regioner-

nes formelle og praktiske økonomistyring resulterer i, at den finansiering, som takststyringsmodellen *på forhånd* (prospektivt) bestemmer, er den, der gælder, eller om der er regler og praksis, som giver mulighed for, at finansieringen gives til sygehusene *bagudrettet* (retrospektivt).

Konkret undersøger vi prospektiviteten i regionernes takststyring ved at se på to temaer i regionernes økonomistyring på området.

1. *Er der forhold i regionernes formelle økonomistyringsprincipper, der svækker prospektiviteten?* Et sådant forhold kunne være, hvis regionernes regler for overførsel af sygehusenes underskud resulterer i, at underskud bliver eftergivet. I så fald kan man sige, at finansieringen gives ”bagud”, fordi den kan afhænge af det enkelte sygehus’ regnskabsmæssige resultater.
2. *Er der forhold i regionernes praktiske takst- og økonomistyring, der svækker prospektiviteten?* Disse forhold handler i høj grad, om man følger den formelle takststyringsmodel automatisk, eller om der er plads til dialog og forhandling i slutningen af året. Dispenserer man på administrativt eller politisk niveau fra sin formelle styringsmodel, hvis et sygehus måske har haft vanskelige vilkår i et år, eller ønsker man ikke at gøre forskel på finansieringsvilkårene for sygehusene på baggrund af deres regnskabsresultat (eller aktivitetsregnskab)?

Det andet tema beskriver, at regionerne kan vælge at afvige fra de formelle finansieringsregler og lade finansieringen af sygehusene i højere grad følge de udgifter, som det viser sig, at sygehusene har. En region kan mene, at den med andre styrings- og ledelsesmæssige midler kan sikre, at sygehusenes samlede udgifter er acceptable og i tilstrækkeligt omfang søgt minimeret. Imidlertid bliver de formelle regler og vilkår for takststyring mindre vigtige, da de ikke er fuldt ud gældende, når den endelige finansiering fastlægges.

I en fuldstændig idealtypisk takststyringsmodel vil svarene vedrørende modellernes variabilitet og prospektivitet være klare. Finansieringen vil i meget høj grad afhænge af aktiviteten, og finansieringsreglerne vil være fastlagt på forhånd og uafhængig af det enkelte sygehus’ faktiske omkostninger. På tilsvarende vis kan de to begreber bruges til at kendetegne andre kendte finansieringsformer. Rammestyring er eksempelvis kendetegnet ved, at også her er reglerne og vilkårene for finansieringen kendte på forhånd (dvs. høj prospektivitet). Men modsat takststyring er finansieringen ikke variabel, men en på forhånd fastlagt finansieringsramme uafhængig af aktivitet. Eftersom regionerne både skal sikre samlet budgetoverholdelse og skal levere den efterspurgte aktivitet, er det interessant at vurdere, i hvor høj grad de tillader finansieringen af sygehusene at variere.

3.2.3 Fokus på budgetoverholdelse

Regionernes takststyring er en delmængde af regionernes samlede økonomistyring. Imidlertid rummer takststyringsmodellerne overfor sygehusene ikke automatisk en hensynstagen til regionernes samlede økonomiske ramme for hele sygehusområdet. Det er derfor centralt at belyse, hvordan regionerne ledelsesmæssigt fokuserer på at overholde den samlede økonomiske ramme. Som nævnt må det være en forudsætning for øget produk-

tivitet, at styringen varetager både hensyn til aktivitet og til budgetoverholdelse. Derfor undersøger vi med det tredje overordnede spørgsmål til regionernes takst- og økonomistyring, hvilket fokus regionerne har haft på budgetoverholdelse fra starten af regionernes levetid og fremad. Det er i høj grad relevant at vurdere, i hvor høj grad budgetoverholdelse har været et bærende hensyn i regionens indretning af takststyringsmodellen og øvrig ledelsesmæssig og administrativ opfølgning, og om regionerne har ændret dette fokus i løbet af perioden?

3.2.4 Undersøgelingsdesign

I denne rapport vil vi lægge vægt på at sammenligne regionernes takst- og økonomistyring i forhold til deres variabilitet, prospektivitet og fokus på budgetoverholdelse. Det gælder naturligvis både i forhold til de formelle regler om eksempelvis afregningstakster og overførsel af underskud, men ikke mindst også i forhold til, hvordan reglerne administreres i praksis.

Endvidere vil vi i kapitel 7 gennemgå, hvordan takst- og økonomistyringen foregår internt på sygehusene. De tre overordnede spørgsmål vil også her indgå i analysen på hospitalsniveau, dog mindre eksplicit. På sygehusniveau vil vi også have fokus på at fremhæve ligheder og forskelle mellem sygehusene.

3.3 Metode

Bag analyserne i dette notat ligger et omfattende datamateriale. Rapporten bygger derfor på følgende datakilder:

- *Indsamlede dokumenter fra regionerne.* I regionerne har vi indsamlet budgetter, beskrivelser af politisk vedtagne takststyringsmodeller, samt administrative vejledninger, korrektioner og beslutninger om takststyring.
- *Interview på regionsniveau.* Vi har i hver region interviewet økonomidirektører, ledere af takst- og budgetkontorer for sundhedsområdet, samt i muligt omfang direktører med særligt ansvar for sundhedsområdet, om regionens takst- og økonomistyring af sygehusene. Interviewene blev hovedsageligt foretaget i november og december 2010.
- *Interview på sygehuse.* I hver region har vi udvalgt to sygehuse, hvor vi har foretaget interview dels om regionens økonomi- og takststyring overfor sygehusene, dels om sygehusets takst- og økonomistyring af sygehusafdelingerne. I interviewene har der typisk deltaget en økonomichef, samt specialkonsulenter/fuldmægtige på området. Interviewene blev hovedsageligt foretaget i maj og juni 2011.
- *Regnskabsdata og aktivitetsdata.* Vi har indhentet data fra regionernes regnskaber og fra eSundhed, der blandt andet gør det muligt at vurdere mønstre ift., hvordan regionerne formår at overholde budgetterne og levere aktivitet.

Tilsammen gør disse datakilder det muligt at analysere og vurdere ikke bare de formelle træk ved regionernes takst- og økonomistyring, men de giver også et indblik i den praksis for takst- og økonomistyring, der har været på regions- og sygehusniveau.

Interviewmaterialet udgør et helt centralt grundlag for notatets analyser. Arbejdet med dette materiale er foregået i følgende skridt:

1. De transskriberede interview er i sin helhed blevet kodet med koder for de forskellige faktorer nævnt i analyserammen. Kodningen er foretaget af to projektmedarbejdere, der løbende har diskuteret og forholdt sig hinandens kodning.
2. Med udgangspunkt i kodningen er der foretaget vurderinger af, hvordan økonomi- og taktstyringen i regionerne og på sygehusene kan kategoriseres i forhold til de teoretisk relevante faktorer. Disse vurderinger er baseret på alle relevante udsagn fra alle interviewpersoner, således at både udsagn fra region og sygehuse bruges til f.eks. at vurdere praksissen for overførsel af underskud i regionen. Er der forskellige syn på et givet forhold blandt interviewpersonerne, vil dette også komme til udtryk i rapporten.
3. Afslutningsvis har interviewpersonerne haft mulighed for at gennemlæse relevante afsnit af rapporten med henblik på at kunne korrigere eventuelle misforståelser.

Der foretages i rapporten generelt ikke direkte referencer til konkrete interviewpersoner. Dette skyldes både et ønske om ikke at fokusere konkret på den enkelte interviewperson og et ønske om at gøre teksten mere tilgængelig og levende.

I rapporten analyseres også mønstre mellem takst- og økonomistyring og andre forhold som aktivitet og budgetoverholdelse. Her vil der i hvert enkelt tilfælde være en vurdering af, hvorvidt et eventuelt mønster kan være et direkte resultat af takst- og økonomistyringen (dvs. at der er tale om en egentlig effekt), eller om der blot er tale om et interessant mønster, hvis årsag ikke umiddelbart kan fastlægges.

Aktivitetsdata er trukket fra eSundhed og opgjort som antal udskrivninger og antal ambulante besøg. Vi har ikke haft mulighed for at lave en sammenlignelig opgørelse af aktiviteten over tid målt i produktionsværdi.

- For stationær aktivitet opgøres nøgletallene som antal registrerede udskrivninger på offentlige sygehuse. For antallet af udskrivninger indgår kun udskrivninger, hvortil der er knyttet en DRG-takst. Opgørelsen fordeles på sygehusregion, samt på akutte og elektive behandlinger.
- Den ambulante aktivitet er opgjort som antal ambulante besøg på offentlige somatiske sygehuse. Ambulant aktivitet som telefonkonsultationer, skadestuebesøg og MG90-grupper indgår ikke i opgørelsen. Endvidere indgår ambulante aktiviteter uden besøg heller ikke i opgørelserne.

Disse aktivitetsdata suppleres af enkelte yderligere analyser, hvor metoden fremgår dels af tabellerne, dels af det metodiske appendiks til denne undersøgelse.



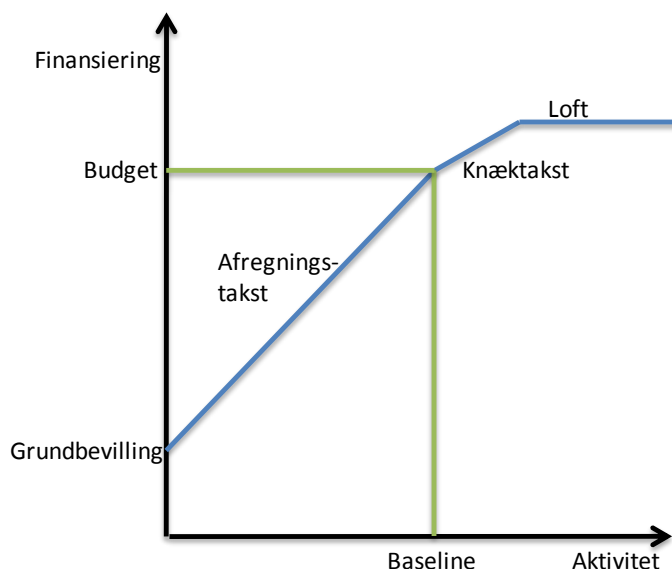
Takststyring - begreber og modeller

I det ovenstående er flere gange brugt begrebet *takststyringsmodel*. I denne undersøgelse forstår vi en takststyringsmodel som den finansieringsmodel, regionerne anvender overfor sygehusene, som gør finansieringen afhængig af sygehusenes aktivitet, dvs. afhængig af en opgjort værdi for alle sygehusets behandlinger, operationer, konsultationer osv. Vi vil her introducere nogle af de begreber, der er centrale i en takststyringsmodel.

4.1 Introduktion til takststyring

Det centrale princip i en takststyringsmodel er grundlæggende at fastlægge, hvilken pris der skal betales for leveret aktivitet, og hvilke forbehold der skal lægges ind i finansieringsmodellen. I praksis opererer alle regionerne med, at der er et fastlagt udgangspunkt: altså initialt en forventet aktivitet, kaldet baseline, og et indtægtsbudget svarende til den aktivitet. Forskydninger i aktiviteten afregnes så efter takststyringsmodellen, som en merindtægt eller tilbagebetaling. Man kan altså sige, at i praksis får sygehusene et a conto budget, som ved årets udgang sammenholdes med den finansiering, takststyringsmodellen anviser. Endvidere er det udbredt praksis at indføre loft og knæktakster, der indfører rammestyringselementer til takststyringen. Figur 1 viser for en typisk takststyringsmodel, hvordan centrale begreber kan illustreres:

Figur 1. En illustration af begreber i en takststyringsmodel



Figuren har aktiviteten ud af x-aksen, og finansieringen op af y-aksen. Den blå linje illustrerer, hvordan sygehusets finansiering følger aktiviteten. Ved ingen aktivitet modtager sygehuset en *grundbevilling*, og op til et bestemt niveau øges sygehusets finansiering med den givne *afregningstakst*. Over et bestemt aktivitetsniveau kan man indføre en *knæktakst*, der er en reduceret afregningstakst. Endeligt er der i illustrationen indført et *loft*, hvorefter yderligere aktivitet ikke medfører yderligere finansiering. Over et bestemt aktivitetsniveau er det altså en rammestyringslogik, der er gældende. Samlet set kan man konstatere, at afregningstaksten og de forskellige knæk og lofter samlet set udtrykker *variabiliteten* i takstafregningen (jf. afsnit 3.2.1). Endvidere er der med de grønne linjer indtegnet en *baseline*, der er den aktivitet, der skal leveres, så det svarer til det *budget*, der er givet sygehuset. Det forhold vil vi beskrive nærmere.

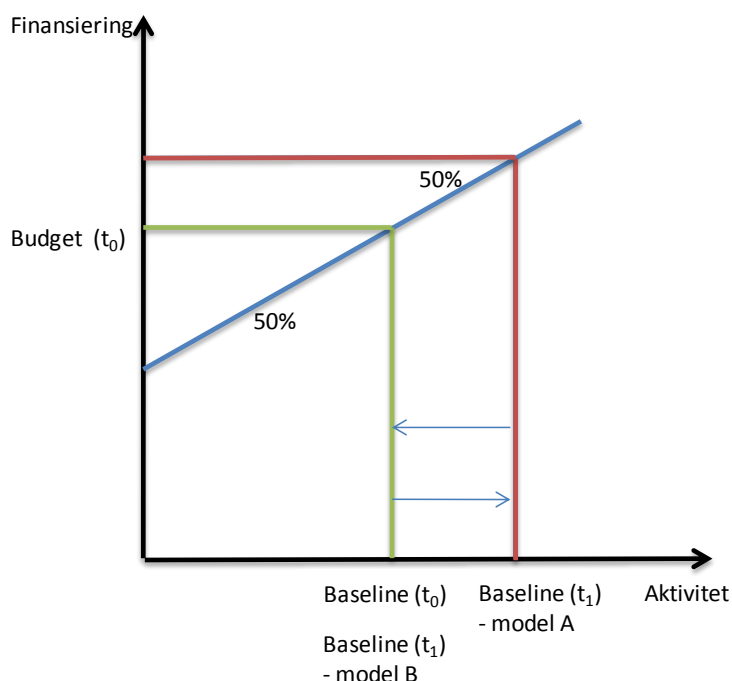
4.2 Baseline

Begrebet *baseline* er centralt for regionernes brug af takststyring på sygehusområdet, idet baseline udtrykker den forventede aktivitet, der er knyttet til et givet budget på indtægtssiden. Sygehusene skal altså nå en aktivitet svarende til baseline for at fastholde det givne budget. De grundlæggende elementer ved en baseline fremgår af ovenstående figur 1. Ved en aktivitet *svarende til baseline*, vil sygehuset bibeholde *indeværende års budget*. Ved aktivitet *under baseline* følger den samlede finansiering med ned langs den blå linje, der illustrerer modellens sammenhæng mellem aktivitet og finansiering, mens sygehuset ved en aktivitet *over baseline* vil få tilført yderligere budgetmidler. Baseline er således det vippepunkt, hvor et sygehus enten vil få yderligere indtægt ved meraktivitet eller skal aflevere midler ved mindre aktivitet. Den praktiske betydning kan eksemplificeres på følgende vis:

I en situation hvor et sygehus har en afregningstakst på 50 % over og under baseline, vil en (mer-)aktivitet over baseline med en DRG-værdi på 1 mio. kr. betyde, at sygehuset får en yderligere indtægt på 500.000 kr. Hvis sygehuset derimod har en aktivitet, der ligger 1 mio. kr. under baseline (mindreaktivitet) skal sygehuset aflevere 500.000 kr.

Fastsættelsen af baseline er således central. Der er imidlertid variation mellem regionernes fastsættelse af baseline. Der er grundlæggende to metoder til baselineberegning: enten tages der udgangspunkt i sidste års *aktivitet*, eller også tages der udgangspunkt i sidste års *baseline* som eventuelt justeres med aftalte aktivitetsstigninger. For at illustrere dette nærmere, vil vi i figur 2 vise et stiliseret eksempel på, hvordan baselineberegning kan foregå. I gennemgangen ser vi bort fra andre ændringer af baseline, som eksempelvis produktivitetskrav eller andre aftalte ændringer af baseline.

Figur 2. Illustration af baselineberegning



Et givet sygehus har baseline på tidspunktet t_0 , udtrykt ved den grønne streg i figuren. Baseline modsvarer af et budget. Sygehuset når dog en aktivitet svarende til den røde streg i figuren, hvilket for det pågældende år giver en højere samlet merindtægt i forhold det budgetterede.

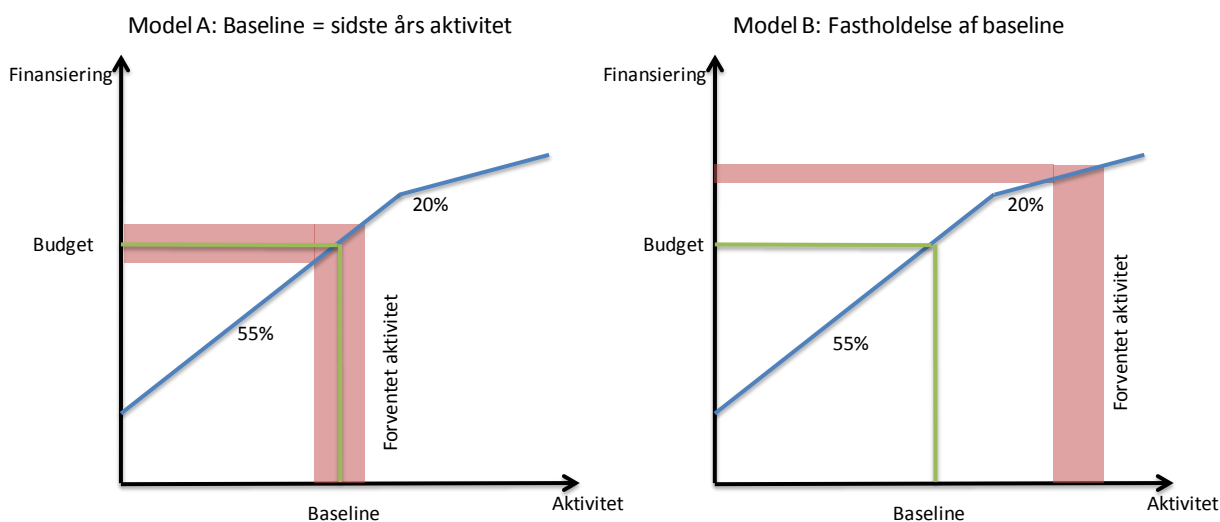
Spørgsmålet er så, hvordan baseline i dette eksempel fastsættes for det efterfølgende år. Dette kan overordnet set gøres på to måder:

- A. I den ene model for fastsættelse af baseline, vil sygehusets nye baseline være lig sidste års aktivitet og tilsvarende vil sygehusets nye budget stige til sidste års samlede indtægtsniveau. Ved denne beregningsmetode får sygehuset således løbende fremskrevet deres baseline og budget, afhængig af sygehuset aktivitet i det år, der er gået.
- B. I den anden model for fastsættelse af baseline fastholdes sidste års baseline også i det nye år, så denne er uforandret. Ved denne beregningsmetode vil baseline altså konstant "returnere" til det initiale niveau, med mindre der foretages aftalte justeringer.

De enkelte regioner anvender (med forskellige variationer) de to modeller for fastsættelse af baseline, og det er med til at vanskeliggøre en sammenligning af regionernes takststyringsmodeller. Dette skyldes, at man i modeller, hvor baseline fastsættes løbende, kan være forholdsvis sikker på, at *det forventede aktivitetsniveau* ligger i omegnen af baseline - da denne jo er fastsat af sidste års aktivitetsniveau. Anderledes forholder det sig med modeller, hvor baseline er fastsat med udgangspunkt i sidste års baseline. Her vil baseline ikke nødvendigvis være lig med det forventede aktivitetsniveau, da sygehusets aktivitetsniveau i den mellemliggende periode kan have fjernet sig fra det aktivitetsni-

veau, som baseline udtrykker. Dette kan illustreres i nedenstående figur 3. Eksemplet antager, at der har været en generel vækst i aktiviteten.

Figur 3. Illustration af betydningen af baselineberegningmetode for modelsammenligning



Figuren illustrer, at hvis man umiddelbart sammenligner afregningstaksten ved baseline, er der umiddelbart betragtet en ens sammenhæng mellem finansiering og aktivitet i de to modeller. Imidlertid betyder metoden til fastsættelse af baseline, at der i praksis er lavere afregning for den sidst-producerede aktivitet i Model B. I en situation med stigende aktivitetsudvikling vil en beregningsmetode, der bygger på sidste års aktivitet, som model A, betyde, at baseline løbende stiger med den stigende aktivitet. Dermed må baseline også forventes at være omkring det nye års forventede aktivitetsniveau - da denne jo bygger på sidste års aktivitet. I model B, hvor baseline ikke beregnes ud fra den leverede aktivitet, kan den forventede aktivitet fjerne sig fra baseline, og i vores illustration ligger den forventede aktivitet derfor et stykke over baseline.

Så på trods af at de to modeller har ens afregningstakster ved baseline, betyder metoden til fastsættelse af baseline, at de alligevel har forskellige afregningstakster for den sidst-producerede aktivitet. Man kan altså ikke bare sammenligne afregningstaksten over baseline på tværs af regionerne og konstatere, at regionen med den højeste takst i størst grad tilskynder til aktivitetsvækst. Sammenligning af takstmodeller må således tage højde for, i hvilket område den forventede aktivitet vil falde.

BASELINEBEREGNING OG PRODUKTIVITET

Metoden til fastsættelse af baseline kan også have betydning for udviklingen i produktivitet. I perioden siden dannelsen af regionerne har der været en opadgående vækst i aktiviteten på sygehusområdet. Det indebærer, at sygehusenes baseline i gennemsnit automatisk er blevet forøget, såfremt en region benytter beregningsmetoden, hvor sygehusets baseline fremskrives til sidste års aktivitet. Imidlertid øges baseline med 100 % af

DRG-værdien, mens sygehusets budget forøges med en andel af DRG-værdien, typisk omkring 50 %. I en situation med vækst i aktiviteten ligger der altså i beregningsmetoden en indbygget produktivetsgevinst. Tabel 1 nedenfor giver et taleksempel til illustration:

Tabel 1. Konsekvenser for produktivetsudvikling ved baselineberegningmetoder - et taleksempel

	Aktivitet/ baseline	Indtægtsbud- get	Baseline/ budget-ratio
<i>Udgangspunkt</i>			
Baseline og budget (t ₀)	1000	1000	1
Meraktivitet (t ₀)	50	25	
<i>To baselineberegningmetoder</i>			
A. Baseline og budget (t ₁)	1050	1025	1,025
B. Baseline og budget (t ₁)	1000	1000	1

Tabellen illustrerer det tænkte eksempel, at et sygehus i et år har en meraktivitet på 5 % over baseline, som afregnes til en takst på 50 % af DRG-værdien. Året efter skal baseline beregnes for det nye år, og her viser tabellen de to muligheder for beregning. Den ene beregningsmetode beslutter, at sidste års aktivitet er den nye baseline, men på indtægtsiden vokser budgettet kun med 2,5 %, og det svarer til en produktivetsvækst på 2,5 %, foruden sygehusets øvrige produktivetskrav. Den anden beregningsmetode resulterer ikke i dette produktivetskrav, da baseline og budget i det nye år ”returnerer” til det første års baseline. Metoden til beregning af baseline kan altså have betydning for produktivetsudviklingen i regionerne og illustrerer, at man heller ikke uden videre meningsfuldt kan sammenligne de særskilte produktivetskrav i regionerne. Forskellene kan naturligvis indhentes på anden vis, med andre produktivetskrav, tildelingskriterier ved nye bevillinger, eller sparekrav med forventning om samme aktivitetsniveau.

PRODUKTIVITETSKRAV OG CREEPKORREKTIONER

Ovenstående har vi set på baseline som et centralt element til forståelse af takststyringen. I gennemgangen har vi set bort fra andre slags justeringer af baseline. Det gælder eksempelvis konkrete beslutninger om aktivitetsudvidelser, samt nogle væsentlige begreber i en takststyringsmodel, nemlig *produktivetskrav* og *creepkorrektion*.

Takststyring i Danmark er blevet fulgt af årlige krav om øget produktivitet. I første omgang er kravene givet fra stat til region, men produktivetskravene bliver også i alle regioner ført videre til sygehusene. Krav om produktivetsvækst betyder, at sygehuse (og regioner) årligt får forhøjet deres baseline med en given procentvis vækst opgjort i DRG-værdi, uden de får tilført yderligere midler. Produktivetskravet betyder således, at der skal produceres mere for de samme penge. Det skal endvidere bemærkes, at metoden til baselineberegning kan have betydning for produktivetskravets størrelse. Således vil et produktivetskrav typisk være større, hvis det beregnes på baggrund af en årligt frem-

skrevet baseline, sammenlignet med et produktivetskrav der beregnes på baggrund af en baseline, der ”returneres” til det oprindelige niveau.

Et andet væsentligt begreb i forbindelse med takststyring er reglerne for *korrektio*n af *creep*. Disse regler skal forhindre, at sygehuse kan ændre registreringspraksis og således registrere sig til en højere aktivitetsværdi. Konkret består reglerne i, at den gennemsnitlige værdistigning pr. kontakt på en afdeling (både stationær og ambulans) ikke må stige med mere end en vis procentdel. Hvis en afdeling eksempelvis i et år har en gennemsnitlig DRG-værdi pr. kontakt på 1000 kr., og den gennemsnitlige værdi pr. kontakt det efterfølgende år stiger til 1100 kr. per kontakt, så vil der være tale om stigning i værdiindekset på 10 %. I Danmark er den typiske creepgrænse på 1,5 %, og derfor vil 8,5 % af stigningen i værdiindekset på 10 % blive betragtet som ændring i kodepraksis snarere end reel produktionsstigning. Derfor vil der ske en creepkorrektio

n på 8,5 %, som der ikke afregnes for i det indeværende år men bruges til korrektion af baseline.

Det skal bemærkes, at værdistigninger over 1,5 % pr. kontakt ikke behøver at være udtryk for registreringsændringer og dermed creep. Hvis en sygehusafdeling eksempelvis får mere behandlingskrævende patienter, vil det typisk medføre en stigende værdi pr. kontakt. Ligeledes kan omlægninger til ambulans aktivitet og nye behandlingsformer også føre til værdistigninger pr. kontakt. I sådanne tilfælde kan en region vælge at dispensere fra reglerne for creep-korrektio

n, typisk efter ansøgning fra sygehusene.

4.3 Undersøgelsesparametre

De ovenstående to afsnit har gennemgået de centrale parametre i regionernes takststyring, herunder lagt stor vægt på at gennemgå betydningen af baseline i modellerne. Kort opsummeret er det følgende elementer, vi lægger vægt på i kortlægningen af regionernes modeller:

- Afregningstakst for mer- og mindreaktivitet, herunder om der er knæktakster og/eller loft i modellerne.
- Aktivitet i takststyringsmodel. Gælder takststyringsmodellen på samme måde for al somatisk aktivitet?
- Baselineberegning.
- Produktivetskrav og regler for creepkorrektion.
- Overførselsadgang af mer- og mindreforbrug.



Regionernes takst- og økonomistyring 2007-2010

Dette kapitel indeholder en gennemgang af hver af de fem regioners takst- og økonomistyring. Gennemgangen af regionernes modeller bygger på det indsamlede materiale, på præciseringer og begrundelser fra interview med regionerne, samt på interview på sygehusniveau om oplevelsen af regionernes finansiering og styring. Som nævnt lægger vi vægt på særligt tre forhold ved regioners takst- og økonomistyring: graden af aktivitetsafhængighed i finansieringen af sygehusene, betydningen af det enkelte sygehus' omkostninger for sygehusets finansiering, samt regionens fokus på budgetoverholdelse i perioden fra regionernes oprettelse til nu. Efter gennemgangen af takst- og økonomistyringen i hver region, vil vi i rapportens næste kapitel sammenligne udvalgte elementer i modellerne på tværs af regionerne.

5.1 Region Hovedstaden

Region Hovedstadens takststyringsmodel havde i udgangspunktet til hensigt at sikre ”sammenhæng mellem præsterede aktiviteter og bevillinger”. Tabel 2 viser et overblik over udvalgte elementer i regionens takststyringsmodel fra 2007 til 2010:

Tabel 2. Oversigt over Region Hovedstadens takststyringsmodel 2007-2010

År	Afregningsprocent for mindreaktivitet	Afregningsprocent for meraktivitet	Aktivitet i takststyringsmodel	Baseline beregning	Produktivtetskrav	Creepkorrektion	Overførselsadgang
2007	50 % (af DRG-værdi)	50 %	Al somatik, med få undtagelser	Sidste års aktivitet og finansiering	2,0 %	>1,5 %	Fuld overførsel af merforbrug. Betinget overførsel af mindreforbrug.
2008	50 %	50 %	Al somatik, med få undtagelser	Sidste års aktivitet og finansiering	2,0 %	>1,5 %	Fuld overførsel af merforbrug. Betinget overførsel af mindreforbrug.
2009	50 %	50 %	Al somatik, med få undtagelser	Aktivitet i 2007 og finansiering	2,4 %	>3,0 % (ift. 2007-aktivitet)	Fuld overførsel af merforbrug. Betinget overførsel af mindreforbrug.
2010	50 %	50 % eller 0 % (Afregning for meraktivitet skal godkendes administrativt)	Al somatik, med få undtagelser	Sidste års aktivitet og finansiering	3,6 %	>1,5 %	Fuld overførsel af merforbrug. Betinget overførsel af mindreforbrug.

Region Hovedstaden afregningstakst er på 50 % af den producerede DRG-værdi og er som udgangspunkt uafhængig af, hvor stor den samlede aktivitet er. Dvs. modellen er symmetrisk, så både mer- og mindreaktivitet i forhold til baseline afregnes ens. Modellen rummer i udgangspunktet intet loft, da det ifølge regionen altid vil ramme meget tilfældigt og gå ud over sygehuse, der ikke selv bestemmer om aktiviteten stiger. I 2010 indføres dog en "administrativ godkendelse" af al meraktivitet.

Takststyringsmodellen indeholder en mulighed for sygehusene for at forhandle om afregningstaksten på 50 %, hvis man kan vise, at de marginale udgifter ved nogle type behandlinger overstiger 50 % af DRG-taksten for behandlingen. Regionen fortæller dog, at der er relativt få af denne slags sager. Holdningen er, at i gennemsnit er en afregningsprocent på 50 % rimelig. Ligesom der er tilfælde, hvor den er for høj, er der tilfælde, hvor den er for lav. Det er dog muligt at hæve den på udvalgte operationer, men her lægges der dog vægt på, at afregningen stadig skal være symmetrisk, altså skal der også trækkes mere fra, hvis aktiviteten er faldende.

Det er som udgangspunkt al somatisk aktivitet, der er med i Region Hovedstadens takststyringsmodel. Regionen har ikke fundet anledning til at skelne mellem typer af behandlinger og mellem stationær og ambulans aktivitet. Denne beslutning begrundes af regionen med, at typisk vil meraktivitet medføre meromkostninger, uanset hvilken type afdeling, der er tale om, og derfor skal alle sygehusafdelinger behandles ens. Regionen betragter ikke takststyringsmodellen som betydningsfuld i forhold til, hvordan aktiviteten udvikler sig:

"er det fordi vi har modellen, som vi har, at aktiviteten stiger, eller er det fordi patienterne kommer? [...] Jeg tror ikke, at der er den der meget tætte sammenhæng mellem den måde, man agerer på i klinikken og takststyringsmodellen. Den er et finansieringssystem, i stedet for en adfærdsregulering"

Takststyringsmodellen betragtes grundlæggende ikke som afgørende for den overordnede aktivitetsudvikling, men den er ifølge regionen et nyttigt redskab til at flytte pengene derhen, hvor ændret aktivitet medfører ændrede omkostninger - uden skelnen til behandlingsområde. Regionen og sygehusene redegør i forlængelse heraf for, at i 2011 sker den administrative godkendelse af meraktivitet hovedsageligt for akut aktivitet, som man i udgangspunktet ikke anser det for muligt for sygehusene at påvirke. På elektive områder, hvor sygehusene i højere grad selv kan planlægge, hvor mange patienter man behandler, kan sygehusene altså ikke forvente at få godkendelse for afregning af meraktivitet.

Regionens regler for creepkorrektioner følger de statslige regler, således er den maksimalt tilladte stigning i gennemsnitlig DRG-værdi pr. kontakt på 1,5 %. Regionens regler for overførsel af mer-/mindreforbrug beskriver umiddelbart kun adgangen til at overføre mindreforbrug. I interviewene har vi dog fået præciseret, at merforbrug altid overføres

til det efterfølgende budgetår. Regionens sygehuse fortæller dog, at de i regionens første leveår var usikre på, om merforbrug skulle overføres eller ej.

ÆNDRINGER I PERIODEN

Som det fremgår af tabel 2 er Region Hovedstadens takststyringsmodel relativt stabil i perioden, hvilket regionen - sammen med modellens enkelthed - fremhæver som en styrke. Der er dog sket ændringer i perioden.

For det første indførte regionen i 2010 en praksis om, at aktivitet over baseline, som forventes afregnet til 50 % af DRG-taksten, skal godkendes administrativt i regionen. Meraktivitet, som ikke er godkendt, udløser således ikke ekstra finansiering. Den administrative regel blev ifølge regionens forvaltning bl.a. indført som reaktion på nogle sygehuses mislykkede forsøg på at skabe meraktivitet i 2009, hvor resultatet (og merafregningen) på ingen måde kunne udligne omkostningerne ved forsøgene. Undersøgelsens sygehuse fortæller som nævnt, at principperne for tilladelse af meraktivitet lægger vægt på, at aktiviteten skal være "ustyrbar", altså ikke vedrøre aktivitet, som sygehuset i vid udstrækning selv kan bestemme omfanget af. Reglen udgør altså en reel begrænsning på sygehusenes mulighed for at øge aktiviteten med øget finansiering via takststyringsmodellen. Dog har sygehusene mulighed for at få godkendt meraktivitetsafregning for planlagt aktivitet, der har til hensigt at "hjemtrække" patienter fra private sygehuse eller andre regioner eller som er knyttet til livstruende behandling.

Den anden væsentlige ændring i løbet af perioden er, at produktivitetskravet er steget. Produktivitetskravet i 2010 var i udgangspunktet 2 %, men der blev i løbet af året tillagt 1,6 % yderligere. Sygehusene skulle altså i alt i 2010 levere 3,6 % mere DRG-aktivitet for i udgangspunktet det samme indtægtsbudget. I 2009 blev der på tilsvarende vis tillagt 0,4 % yderligere i produktivitetskrav. Regionen betegner selv forøgelsen som en spareøvelse, hvor sygehusene også kunne reducere indtægtsbudgettet i stedet for at øge aktiviteten. Spareøvelsen blev begrundet ved en stor forventet meraktivitet, der ville resultere i stor merudgift, jf. regionens afregningstakst for meraktivitet. Det øgede produktivitetskrav påført baselineaktiviteten er således en måde at udøve udgiftskontrol.

VURDERING AF SAMMENHÆNG MELLEM FINANSIERING OG AKTIVITET

Region Hovedstadens beskriver som nævnt, at et væsentligt formål med takststyringsmodellen er at skabe sammenhæng mellem aktivitet og bevilling, og samlet set er der efter vores vurdering en relativ stærk grad af sammenhæng. Regionen benytter ikke loft eller knæktakster, men fastholder en fast procentdel af DRG-taksten, ligeledes indgår alt somatisk aktivitet i takststyringsmodellen.

I løbet af perioden bliver sammenhængen mellem aktivitet og finansiering dog svagere, som følge af proceduren omkring administrativ godkendelse af meraktivitet. Ifølge de deltagende sygehuse har den administrative godkendelsesprocedure en loftfunktion - dog kun for behandlinger, hvor sygehuset har størst mulighed for at planlægge aktiviteten. Den anden væsentlige ændring i perioden, det højere produktivitetskrav, har imidlertid

ikke som udgangspunkt betydning for sammenhængen mellem aktivitet og finansiering. Betydningen af en højere aktivitet er i princippet den samme, uanset om det drejer sig om muligheden for en større merindtægt, eller en mindre tilbagebetaling.

5.1.1 Takststyringsmodel og prospektivitet

I interviewene er vi gået tæt på den politiske og administrative praksis i regionerne med henblik på at vurdere, i hvor høj grad reglerne i takststyringsmodellen er fastlagt på forhånd, og hvor meget plads der er til efterfølgende forhandling og dialog. Vurderingen er ikke værdimæssig - som nævnt kan regionerne have et ønske om, at andre ledelseskana-ler skal overtrumfe takstfinansieringen af sygehusene.

Region Hovedstaden har i indretningen af takststyringsmodellen lagt vægt på, at den skulle være simpel og til at forstå for både administrativt og fagligt personale på sygehu-sene - blandt andet fordi, den skal følges i praksis. Tabel 3 viser et overblik:

Tabel 3. Styringspraksis i Region Hovedstaden

Emne	Praksis
Overførselsadgang	Lidt uklarhed om reglerne. Men automatik i overførselssagerne.
Afregning for mer-/mindreaktivitet i følge takststyringsmodel	Automatik i afregning efter model
Generelle baselinedkorrektioner og tilpasninger	Ingen sammenhæng med budgetproblemer Regel om administrativ godkendelse af merforbrug gør model mindre gennemskuelig
Creepkorrektioner	Stram administration af regel

Interviewene på sygehusniveau indikerer, at der indtil 2009 ikke alle steder i systemet var en klar opfattelse af, at merforbrug altid skulle tilbagebetales, tilsvarende fandt vi også de formelle regler uklare. Ifølge regionens forvaltning har alle sygehuse fået overført merforbrug i regionens levetid - også de sygehuse der i 2009 havde store merforbrug. Det samme gælder eventuelle mindreforbrug. På sygehusniveau er der heller ikke længe-re tvivl om reglerne. Regionens takststyringsmodel følges altid, når det gælder afregning for mer- og mindreaktivitet. Der er således ikke forskel på, om et sygehus har et udgiftsmæssigt underskud i forhold til budgettet eller ikke har nået baseline på aktivitetssi-den. Sygehusene har samme opfattelse af takststyringsmodellen.

I 2010 indførte regionen som nævnt en "administrativ godkendelse" af meraktivitet-safregning. Den administrative regel gør potentielt set vilkårene for de enkelte sygehuse mindre gennemskuelige på forhånd. Regionen har dog fastlagt regler for, hvornår der til-lades meraktivitetsafregning. Sygehusene har en ens opfattelse af disse regler.

Endeligt, korrigeres der i udgangspunktet altid for værdistigninger pr. kontakt på over 1,5 %. Hvis et sygehus ikke ønsker at blive creepkorrigeret, skal der være en klar doku-mentation for ændret patientsammensætning. Et af argumenterne for, at regionen admi-nistrerer reglen stramt er, at "1,5 % er jo i forvejen udtryk for et kompromis". Admini-

strationen af denne regel opleves fra sygehusenes side også som relativt hård, idet det er svært men ikke umuligt at komme igennem med argumenter om, at en højere værdistigning bør udløse finansiering.

VURDERING AF PROSPEKTIVITET

Tabel 3 viser, at der er høj overensstemmelse mellem Region Hovedstadens formelt nedskrevne takststyringsmodel og styringen af sygehusene i praksis. Sygehusenes finansiering er altså i relativ høj grad fastlagt på forhånd uden hensyn til sygehusenes faktiske resultater, og regionens styring er kendetegnet ved høj prospektivitet.

5.1.2 Fokus på budgetoverholdelse

Region Hovedstaden beskriver, at man altid har taget for givet, at sygehusene selv sørger for at sikre budgetoverholdelse. Da det særligt i 2009-regnskabet viste sig ikke at være tilfældet for en række sygehuse, skærpede regionen sit fokus på budgetoverholdelse overfor sygehusene. Regionens sygehuse giver også udtryk for i høj grad at have oplevet dette forstærkede fokus på budgetoverholdelse. Det medførte som nævnt nogle justeringer af takststyringsmodellen i form af en regel om administrativ godkendelse af meraktivitet, og det medførte et skærpet politisk og administrativt fokus på budgetoverholdelse. Eksempelvis har regionens direktion involveret sig i at sætte fokus på vigtigheden af budgetoverholdelse på jævnlige møder med sygehusene.

Region Hovedstaden har haft en fast økonomiopfølgingspraksis, hvor sygehusene tre gange årligt har meldt forventede regnskabsresultater ind. Imidlertid viste det sig i flere tilfælde stor diskrepans mellem nogle sygehuses indberettede, forventede regnskabsresultater og det endelige regnskabsresultat. Blandt andet som konsekvens af dette har regionen oprettet et ”opfølgningsteam”, der har til opgave at følge op på økonomistyringen på regionens sygehuse. Det er stadig entydigt sygehusenes ansvar at sikre overholdelse af budgetterne, men de forventede regnskabsresultater bygger nu i mindre grad alene på sygehusenes egen indberetning. Opfølgningsteamet går tæt på sygehusenes økonomistyring og spørger typisk ind til tal og afvigelser, der undrer, ligesom teamet følger med i udmøntningen af handleplanerne for sygehuse med budgetproblemer.

Regionens centrale økonomiafdeling følger også tæt med i aktiviteten, og dermed også den forventede merbetaling som følge af takststyringsmodellen. I 2010 havde regionen en stor vækst i aktiviteten, der ville medføre en stor budgetoverskridelse på regionens budget til finansiering af sygehusenes meraktivitet. Regionen handlede imidlertid på dette og indførte et forøget produktivitetskrav på yderligere 1,6 % for at sikre budgetoverholdelse centralt.

Samlet set kan man sige, at økonomiopfølgningen i Region Hovedstaden i løbet af perioden er blevet væsentlig mere proaktiv, og regionen følger i højere grad med i økonomistyringen på sygehusene.

5.2 Region Sjælland

Den overordnede målsætning for takststyringsmodel i Region Sjælland er, at ”den understøtter en udvikling med fokus på enhedsomkostningerne og produktivitet samt en politisk målsætning om, at 95 % af regionens borgere behandles på egne sygehuse”. Flere af de væsentlige elementer i regionens takststyringsmodel mellem 2007 og 2010 kan sammenfattes nedenfor i tabel 4:

Tabel 4. Oversigt over Region Sjællands takststyringsmodel 2007-2010

År	Afregningsprocent for mindreaktivitet	Afregningsprocent for meraktivitet	Aktivitet i takststyringsmodel	Baseline beregning	Produktivtetskrav	Creep-korrektion	Overførselsadgang
2007	70 %	70 %/55 %	Al somatisk aktivitet	Sidste års aktivitet - fratrukket aktivitet over baseline	2,0 %	>1,5 %	Overførsel af mer-/mindreforbrug svarende til 1 % af bevillingen
2008	70 %	70 %/55 % 70 %/10 %	Al somatisk aktivitet	Sidste års aktivitet - fratrukket aktivitet over baseline	2,65 % (differentieret)	>1,5 %	Overførsel af mer-/mindreforbrug svarende til 1 % af bevillingen
2009	70 %	70 %/10 % 70 %/55 %/10 %	Al somatisk aktivitet	Sidste års aktivitet - fratrukket aktivitet over baseline	2,65 % (differentieret)	>1,5 %	Overførsel af mer-/mindreforbrug svarende til 1 % af bevillingen
2010	70 %	70 %/55 %/10 % 70 %/55 %/0 %	Al somatisk aktivitet	Justering af forrige års baseline	3,5 % (ikke differentieret)	>1,5 %	Overførsel af mer-/mindreforbrug svarende til 1 % af bevillingen

Regionen har bestræbt sig på at indrette en takststyringsmodel, der ”*afspejler statens takststyring af regionen*”, og det er bl.a. på den baggrund, man skal forstå regionens afregningsprocenter og metode til baselineberegning. Sygehusenes baseline afspejler i udgangspunktet regionens baseline over for staten, og puljen til at afregne med 70 % af DRG-taksten for den første aktivitet over baseline afspejler statens meraktivitetsafregning over for regionen (også overvejende 70 %). Hvor statens meraktivitetsafregning slutter, har regionen valgt forskellige former for afregning i løbet af regionens levetid. I begyndelsen afregnede regionen med 55 % af DRG-taksten. Dette blev under suspenderingen af det udvidede frie sygehusvalg (juli 2008-juni 2009) erstattet med en afregningsprocent på kun 10 %, hvorefter afregningsprocenten på 55 % blev genindført - dog kun til og med forbruget af en bestemt pulje til meraktivitet (kaldet ”det sekundære takstloft”). En pulje, der blev reduceret fra juli 2010 og frem, ligesom afregningen over denne pulje på 10 % helt bortfaldt. Regioner giver udtryk for, at hensigten med sidstnævnte ændring var et signal om at holde igen med aktivitet, og - via sparede takstpuljemidler - skabe muligheder for at støtte effektiviseringsprojekter på sygehusene. Der er altså særligt et forhold, der varierer i perioden; afregningstaksterne over sygehusenes ”primære takstloft”. De øvrige forhold i modellen er tæt på uforandrede gennem perioden.

Takststyringsmodellen er også kendetegnet ved, at al somatisk aktivitet indgår på samme måde i modellen. Regionen understreger, at netop "lighed" mellem behandlingstyper har været et vigtigt hensyn i indretningen af modellen - og derfor skal der ikke være forskel på sygehusafdelingens adgang til meraktivitetsafregning.

Regionen benytter en metode til beregning af baseline, der adskiller sig fra de øvrige regioner. Sygehusenes baseline afspejler som nævnt sygehusenes andel af regionens baseline overfor staten, og denne er efterfølgende blevet justeret. Det forhold, at sygehusenes baseline i udgangspunktet afspejler tidligere års baseline medfører, at der ikke i regionens levetid har været eksempler på, at sygehuse har haft mindreaktivitet, eller eksempler på, at sygehuse ikke har nået det "primære takstloft", hvorefter afregningstaksterne for meraktivitet falder til mindre end 70 % af DRG-taksten. Derfor er det centralt ikke at betragte sygehusenes baseline som et udtryk, der svarer til den *forventede* aktivitet (jf. afsnit 4.2). I den periode vi undersøger, har aktiviteten på Region Sjællands sygehuse altså været på et niveau, hvor aktivitetsafregningen er mellem 55 og 0 %. Regionens to sygehuse har hvert år været væsentligt over sygehusenes baseline og - bortset fra Sygehus Syd i et enkelt år - ligget over det "sekundære takstloft", hvor afregningen er begrænset.

Selvom Region Sjællands baseline afspejler den statslige baseline, har regionen ofte valgt et højere produktivitetskrav, der også i enkelte år har været differentieret mellem sygehusene. Regionens regler for creepkorrektion svarer til de statslige - og til de andre regioners - med fradrag for gennemsnitlige værdistigninger pr. patient på over 1,5 %.

Regionens regler for overførsel af mer- og mindreforbrug er, at sygehusene kan overføre 1 % af sygehusets grundbevilling - både hvad angår merforbrug og mindreforbrug, foruden overførsel af midler til konkrete projekter. Regionen er ikke bekymret for, at det kan medføre en uhensigtsmæssig adfærd, men er overbevist om, at de supplerende ledelsesværktøjer og dialogen med sygehusene vil sikre hensigtsmæssig drift på sygehusene. På sygehusniveau bliver der dog givet udtryk for, at man i høj grad holder øje med 1 %-grænserne.

ÆNDRINGER I PERIODEN

Som nævnt gennemgår Region Sjællands takststyringsmodel nogle ændringer i løbet af perioden. De vedrører hovedsageligt den eller de afregningstakster, der gælder for den aktivitet, der ligger over "det primære takstloft", dvs. der hvor afregningstaksten falder fra 70 % af DRG-taksten. Det er imidlertid ikke ubetydelige ændringer, idet sygehusenes aktivitet i praksis har ligget og været forventet i dette område. Som det fremgår af tabel 4 har afregningen i dette område været gennem en del forandringer - nogle begrundet i eksterne forhold, andre pga. politisk prioritering. I begyndelsen af perioden var der en afregning på 55 % af DRG-taksten for al meraktivitet. Efter ophøret af suspensionen af "det udvidede frie sygehusvalg" blev der indført et "sekundært takstloft", som sidst i 2010 blev sænket en anelse.

VURDERING AF SAMMENHÆNG MELLEM FINANSIERING OG AKTIVITET

Det er ikke en helt enkel sag at vurdere, i hvor høj grad sygehusene i Region Sjællands finansiering følger deres aktivitet. Umiddelbart betragtet har Region Sjælland en høj afregningstakst - både over og under baseline. Men på grund af regionens metode til baselineberegning er den forventede aktivitet på regionens sygehuse i praksis langt over baseline, og i det afregningsområde er der i perioden nogen begrænset eller ingen afregning for meraktivitet. I begyndelsen af perioden var der altså en stærk sammenhæng mellem finansiering og aktivitet, og senere er sammenhængen væsentligt svagere. Modsat må man sige, at hvis et sygehus pludselig ikke længere kan levere aktivitet til et niveau omkring det sekundære takstloft, vil der være en stærk sammenhæng mellem finansiering og aktivitet, omkring baseline er den på hele 70 % af DRG-taksten. Imidlertid er det en overvejende hypotetisk situation, og sygehusene har i de fleste tilfælde opnået en afregning for den sidste aktivitet på 10 eller 0 %. Man kan altså sige, at formelt set er der en stærk sammenhæng mellem finansiering og aktivitet, men i praksis er den aktuelt ret svag.

5.2.1 Takststyringsmodel og prospektivitet

Region Sjællands formelle takststyringsmodel svarer i høj grad til den fulgte praksis. Nogle forhold vedrørende økonomistyringsreglerne sænker dog finansieringens uafhængighed af de faktiske omkostninger på sygehusene. Tabel 5 viser regionens praksis på udvalgte områder:

Tabel 5. Styringspraksis i Region Sjælland

Emne	Praksis
Overførselsadgang	Formel regel: overførsel af maksimalt +/- 1 % af sygehusenes grundbevilling Automatisk administration af regel
Afregning for mer-/mindreaktivitet ifølge takststyringsmodel	Følger takststyringsmodel automatisk
Generelle baselinekorrektioner og tilpasninger	Regionen benytter afregningstaksterne i takststyringsmodellen ved ændringer i regi af sygehusplan
Creepkorrektioner	Umiddelbart stram, men regionen har haft begrænset mulighed for selv at lave creep-beregninger før 2010.

Region Sjælland overfører som nævnt maksimalt 1 % af sygehusenes grundbevilling fra det ene budgetår til det andet. I 2009 betød det, at et sygehus ikke fik overført en relativ stor andel af merforbruget. I 2010 fik et sygehus ikke overført en relativ stor andel af et mindreforbrug på over 1 %. Reglerne for overførselsadgang sænker prospektiviteten i Region Sjællands takst- og økonomistyring: regionens finansiering (inkl. reduceret overførsel) af sygehusene kan i nogle tilfælde afhænge af sygehusenes økonomiske resultat. Regionerne vurderer dog, at det ikke svækker økonomistyringen - kun i et tilfælde har et sygehus ikke overholdt dets budget. Interviewene på sygehusniveau viser, at der er stor bevidsthed om grænserne - både i forhold til at få inddraget et overskud, og at man ikke nødvendigvis fuldt ud skal bære ansvaret for et stort underskud. Der er i den forbindelse

også på sygehusniveau bevidsthed om risikoen for at få reduceret grundbevillingen ved for store overskud, hvilket indikerer, at overførselsreglerne ikke opfattes som helt faste.

I regionens takststyringsmodel er der ikke forskel på, om et sygehus har et udgiftsmæssigt underskud i forhold til budgettet eller ikke har nået baseline på aktivitetssiden. Regionen og sygehusene er generelt undrende overfor spørgsmålet om, det kunne være anderledes, og understreger, at regionens udfordring netop er at nå en høj aktivitet og overholde budgettet. Regionens korrektioner af baseline hænger ret klart sammen med ændringer i opgaver og indtægtsbudget, men i forhold til creepberegninger er det ikke muligt fuldt at vurdere regionens praksis. Umiddelbart er regionens praksis stram: der bliver kun dispenseret fra creepberegningerne, hvis Sundhedsministeriet også dispenserer. Men før 2010 har regionen ikke selv lavet creepberegninger på grund af opgørelsesproblemer knyttet til strukturelle ændringer - og da regionerne selv har mulighed for at lave meget mere detaljerede creepberegninger, reducerer det i høj grad antallet af årlige creepkorrektioner. Regionen følger også løbende med i tegn på ændret registreringspraksis.

VURDERING AF PROSPEKTIVITET

Tabel 5 viser, at der i forhold til brugen af takststyringsmodellen er høj overensstemmelse mellem de formelle regler og regionens praksis. Dog sænker regionens regler for overførsel af mer- og mindreforbrug graden af, hvorvidt sygehusenes finansiering er fastlagt på forhånd. Modellen indeholder dog mulighed for at overføre dele af regnskabsresultatet. Den samlede vurdering er, at finansieringen overvejende er bestemt på forhånd, men at sygehusenes resultater også påvirker finansieringen og hjælper økonomisk trængte sygehusene til bedre regnskabsmæssig.

5.2.2 Fokus på budgetoverholdelse

Økonomistyringen i Region Sjælland bærer præg af, at det overordnet set ikke har været på selve sygehusene, at der har været de største budgetmæssige udfordringer og overskridelser. I stedet har regionen været meget udfordret af andre udgifter på sygehusområdet - særligt i forhold til udgifter til patienters behandling i andre regioner. Region Sjælland har derfor et særligt fokus på dette område - mens sygehusene i rimelig høj grad selv er ansvarlige for at sikre budgetoverholdelse.

Helt fra begyndelsen af perioden har Region Sjælland lagt vægt på et ønske om at øge andelen af patienter, der behandles i eget sygehusvæsen. Det skyldes primært, at patienter i andre regioner i udgangspunktet afregnes til 100 % af DRG-taksterne. Typisk vil den marginale omkostning ved én ekstra patient i eget system være lavere, jf. at alle regioner har afregningstakster på mindre end 100 % af DRG-værdien. Det betragtes derfor som stor tilsætning for Region Sjælland, at en stor andel af aktiviteten (ca. 20 %) foregår i andre regioner. Derfor har regionen som mål, at 95 % af aktiviteten skal foregå indenfor eget system. Dette har regionen forsøgt at styrke ved:

- *Hjemtrækningsprojekter på egne sygehuse.* Som nævnt har regionen valgt at indrette regionens takststyringsmodel på en måde, hvor den ikke er særligt orienteret mod patientgrupper, der er mere mobile end andre. Det forhindrer regionens "lighedshensyn" i indretningen af takststyringsmodellen. Men regionen har dog forsøgt sig med en række hjemtrækningsprojekter, hvor sygehuse får budget til at varetage et antal patienter, der indtil nu har været behandlet i andre regioner. Disse sager håndteres uden for takststyringsmodellen, men indarbejdes naturligvis i sygehuses budget og baseline.
- *Udbud af behandlinger til private sygehuse.* Regionen beskriver, at den har opnået store besparelser ved at udbyde behandlinger til private sygehuse.
- *Tilpasning af sygehusstruktur.* Region Sjælland forventer, at de strukturelle tilpasninger, der er besluttet, vil medvirke til at dels dæmme op for patientvandringer ud af regionen, dels frigøre ressourcer og skabe mere effektive sygehuse.

Som nævnt er budgetstyringen på sygehusniveau stadig en sygehusopgave. Regionen har ikke et fælles ledelsesinformationssystem, så sygehuses forventede regnskabsresultater til det politiske og forvaltningsmæssige niveau bygger næsten udelukkende på sygehuses egne indberetninger. I takt med at budgetoverholdelse er blevet et stadigt vigtigere fokus har regionen dog øget frekvensen af indberetninger af forventede regnskabsresultater - også for at kunne iværksætte en øget indsats overfor enkeltsygehuse, såfremt det er påkrævet. Der er i regionen kommet et stigende fokus på budgetoverholdelse i løbet af perioden, hvilket også er oplevelsen på sygehusniveau.

Samlet set er økonomistyringen i Region Sjælland præget af stort fokus på de mest ukontrollerbare udgifter - som i Region Sjællands tilfælde er udgifter til behandling af patienter udenfor regionen. Det har medført forskellige initiativer for at imødegå dette. Sygehuses økonomistyring og løbende opfølgning og overvågning er til gengæld hovedsageligt et sygehusanliggende. Bortset fra et enkelt tilfælde i et enkelt år, fungerer det ifølge regionen godt.

5.3 Region Nordjylland

Region Nordjyllands takststyringsmodel skal "*understøtte en overordnet incitamentstankegang, hvor ekstra indsats og aktivitet afregnes*". Udvalgte dele af regionens takststyringsmodel er opsummeret nedenfor i tabel 6.

Tabel 6. Oversigt over Region Nordjyllands takststyringsmodel 2007-2010

År	Afregningsprocent for mindreaktivitet	Afregningsprocent for meraktivitet	Aktivitet i takststyringsmodel	Baselineberegning	Produktivtetskrav	Creepkorrektur	Overførselsadgang
2007	70 %	20 % Pulje til særlige indsatser: 70 % Hjemtrækningsprojekter: 80 %	Al somatisk aktivitet.	Justering af klassiske aktivitetsmål, ganget med gennemsnitlig DRG-værdi	2,0 %	>1,5 %	Overførsel af mindreforbrug på max 1 % af bevilling. Fuld overførsel af merforbrug
2008	70 %	20 % Pulje til særlige indsatser: 70 % Hjemtrækningsprojekter: 70 %	Al somatisk aktivitet.	Justering af klassiske aktivitetsmål, ganget med gennemsnitlig DRG-værdi	2,0 %	>1,5 %	Overførsel af mindreforbrug på max 1 % af bevilling. Fuld overførsel af merforbrug
2009	70 %	20 % Pulje til særlige indsatser: 70 % Hjemtrækningsprojekter: 60 %	Al somatisk aktivitet	Justering af klassiske aktivitetsmål, ganget med gennemsnitlig DRG-værdi	2,0 %	>1,5 %	Overførsel af mindreforbrug på max 1 % af bevilling. Fuld overførsel af merforbrug
2010	70 %	20 % Pulje til særlige indsatser: 70 % Hjemtrækningsprojekter: 60 %	Al somatisk aktivitet	Justering af klassiske aktivitetsmål, ganget med gennemsnitlig DRG-værdi	2,0 %	>1,5 %	Overførsel af mindreforbrug på max 1 % af bevilling. Fuld overførsel af merforbrug

Hvis vi i første omgang ser bort fra et af særtrækkene ved Region Nordjyllands takststyringsmodel: muligheden for at søge en pulje om midler til "særlige indsatser", er regionens takststyringsmodel enkel. Ved aktivitet under baseline fratrækkes 70 % af DRG-værdien - ved aktivitet over tildeles 20 % af DRG-værdien. Hensigten med denne indretning har ifølge regionen været dels at sikre overholdelse af statens krav til regionens takststyring, dels at styre udgifterne til meraktivitet. Regionen siger selv om finansieringen på 20 % af DRG-taksten, at den meget sjældent vil være tilstrækkelig til at finansiere meraktivitet. Der er altså ikke i selve finansieringsmodellen en stærk tilskyndelse til at øge aktiviteten, selvom en mindre del af udgifterne herved dækkes af modellen. I modsætning til de øvrige regioner opgøres mer- og mindreaktivitet på afdelingsniveau, ligesom der afregnes for denne afdelingsvist. Asymmetrien i afregningen over og under baseline kan altså give det resultat, at selvom et sygehus samlet set ligger over baseline, kan den samlede beregning i takststyringsmodellen resultere i et tilbagebetalingskrav, pga. skæv aktivitet mellem afdelingerne. Dette forhold har i høj grad været kritiseret af sygehusene - og det er blevet ændret fra og med 2011.

Vigtigt for forståelsen af Region Nordjylland model er, at takststyringsmodellen suppleres af puljeansøgninger om meraktivitet eller om hjemtrækning fra andre regioner. Region Nordjylland har altså valgt at lade beslutninger om, hvad og hvilke områder, der tildeles yderligere finansiering, foregå udenfor selve regionens takststyringsmodel. Regionen opererer med to puljer: dels til særlige indsatsområder, hvilket hovedsageligt er udtryk for områder, der er udsat for konkurrence fra den private sektor, dels til hjemtrækning fra

andre regioner. Ansøgningsrunderne foregår ved, at sygehusene indsender mulige projekter, som - efter indstilling fra forvaltningen - udvælges politisk. I begyndelsen af perioden var der stor vægt på de aftalte afregningsprocenter, mens det de seneste år i højere grad ifølge regionen har været praksis, at sygehusene har budt ind med, hvilke operationer de kan foretage til hvilken pris, og at man har truffet afgørelse på den baggrund. Antallet af hjemtrækningsprojekter er faldet lidt i løbet af perioden, hvilket primært skyldes, at man ikke altid har været overbevist om, at projekterne var succesfulde.

Et andet væsentligt forhold i Region Nordjyllands takststyringsmodel er reglerne for beregning af baseline. Hvor andre regioner har en baseline opgjort som DRG-værdi, er det væsentligste aktivitetskrav i Region Nordjylland udtrykt i klassiske aktivitetsmål: antal ambulante besøg og antal udskrivinger. Derudover beregner regionen også en baseline opgjort i DRG-værdi ved at gange aktivitetskravet med den gennemsnitlige DRG-værdi pr. besøg eller udskriving. På denne måde er produktivitetskrav eksempelvis både udtrykt som en forventning om at nå en højere baseline i DRG-værdi og som en forventning om flere ambulante besøg og udskrivinger. Regionen har benyttet et produktivitetskrav på 2 % - svarende til statens krav til regionerne. Også regionens formelle regler for creep-korrektioner svarer til de statslige regler.

ÆNDRINGER I PERIODEN

Der er relativt få ændringer i Region Nordjyllands formelle takststyringsmodel i løbet af perioden fra 2007 til 2010. Der bliver ændret på afregningsprocenterne for hjemtrækningsprojekter, ligesom der generelt også bliver afsat færre midler til disse projekter.

Som vi vil vende tilbage til, sker der nogle væsentlige ændringer i regionens prioritering og fokus på økonomistyring. Disse sker dog næsten uden ændringer i den formelle takststyringsmodel.

VURDERING AF SAMMENHÆNG MELLEM FINANSIERING OG AKTIVITET

Sammenhængen mellem finansiering og aktivitet er i Region Nordjylland asymmetrisk. Ved aktivitet under baseline afregnes der med 70 % af DRG-taksten, mens der afregnes med 20 % ved aktivitet over baseline. Overordnet set rummer modellen i sig selv ikke tilskyndelser og muligheder for at øge aktiviteten, og regionen vurderer selv, at sammenlignet med andre regioner har de valgt en model, der ikke motiverer så meget til højere aktivitet. I en periode, hvor den samlede aktivitet har været stigende, og hvor sygehuse som hovedregel har nået deres baseline, er den samlede vurdering af Region Nordjyllands takststyringsmodel, at der er en forholdsvis svag sammenhæng mellem finansiering og aktivitet.

5.3.1 Takststyringsmodel og prospektivitet

Region Nordjyllands takststyringsmodel har som nævnt været relativ uforandret gennem den undersøgte periode. Imidlertid er der i forhold til regionens anvendelse af takststyringsmodellen sket nogle ændringer undervejs. Tabel 7 redegør for regionens modelanvendelse:

Tabel 7. Styringspraksis i Region Nordjylland

Emne	Praksis
Overførselsadgang	Konkret forhandling, givet sygehusets situation og vilkår
Afregning for mer-/mindreaktivitet ifølge takststyringsmodel	Konkret forhandling - primært fokus på budgetoverholdelse
Generelle baselinekorrektioner og tilpasninger	Regionens meraktivitet- og hjemtrækningspuljer afregnes efter konkrete tilbud. Væsentligt hensyn, at alle sygehuse får del i puljen
Creepkorrektioner	Begrænset betydning - fokus på klassiske aktivitetsmål Sager fra Sundhedsministeriet indgår i forhandlinger

Regionens formelle regler beskriver fuld overførsel af merforbrug. Imidlertid er det fast praksis i Region Nordjylland at lade regnskabsresultatet "være udgangspunkt for en dialog". Der er flere eksempler på, at det er blevet besluttet at eftergive sygehuse deres merforbrug eller dele af det, eller at gæld er blevet "parkeret" på ubestemt tid. Det kan være begrundet i specifikke forhold, som man har fundet det rimeligt at kompensere sygehusene for, eller det kan have været begrundet i behovet for, at det er væsentligt at have realistiske budgetter. Som argument nævner regionen konkrete sygehuse i andre regioner og spørger, om det er realistisk, at de nogensinde vil kunne betale deres overførte merforbrug tilbage. På sygehusniveau er der en stærkere forventning om, at underskud skal videreføres, end der var tidligere.

Som vi vil vende tilbage til i næste afsnit har Region Nordjyllands generelle fokus skiftet markant i løbet af perioden. I begyndelsen var der stort fokus på aktivitet og på at øge aktiviteten mest effektivt. Efter regionens store underskud i 2009 har regionen imidlertid haft et stramt fokus på budgetoverholdelse. Dette budskab formidles også klart til sygehusene: det vigtigste er budgetoverholdelse, og derfor er afregning for mer-/mindreaktivitet ikke automatisk. Dette er også den klare oplevelse på sygehusene, jf. opfattelsen af de skærpede forventninger til kravet om saldooverførsel

"fokus i år det hedder, at de skal overholde budgettet, og aktiviteten: det må vi snakke om."

Vedrørende overførselsadgang er opgørelsen af og afregningen for slutresultatet på aktivitetssiden også resultatet af en dialogbaseret forhandling mellem region og sygehus på baggrund af de økonomiske forhold. Dermed er der også mindre automatik i afregningen efter takststyringsmodellen, end hvad der synes at være tilfældet i de fleste øvrige regioner. Der har eksempelvis i regionen været forståelse for, at reglen om afregning af afdelingernes aktivitet særskilt med 70 % af DRG-værdien i nedadgående retning og 20 % i opadgående retning kan give nogle skævheder, som man må kompensere for ved årsafslutningen.

Creepkorrektioner har som selvstændig disciplin en relativ begrænset betydning i Region Nordjyllands takststyringsmodel. Det skyldes det forhold, at regionens aktivitetsmål også bygger på klassiske aktivitetsmål. På den måde bliver konkrete creepberegninger mindre vigtige, da de klassiske aktivitetskrav sikrer mod højere aktivitet som følge af ændret registreringspraksis - og dermed indirekte er en skrap regel for creepkorrektion. Kun såfremt Sundhedsministeriet har creepsager overfor regionen følges der op på de konkrete årsager til dette. Det er oplevelsen på sygehusniveau, at regionen er lydhør i forhold til disse korrektioner. Således indgår disse i den dialogbaserede slutopgørelse sidst på året.

VURDERING AF PROSPEKTIVITET

I Region Nordjylland er sygehusenes finansiering i nogen grad afhængig af de budget- og aktivitetsmæssige resultater på sygehusene. Der er eksempler på, at sygehuse har fået eftergivet dele af merforbrug, og regionen er generelt åben overfor, at der er mange forhold, som sygehusene ikke selv kan styre, og som gør økonomistyring på sygehusene vanskelig. Det betyder ikke - som vi vil se - at budgetoverholdelse ikke er vigtig - men det vurderes fra regionens side ikke hensigtsmæssigt på forhånd at fastholde, at eksempelvis alle tænkelige forhold skal dækkes inden for egen budgetramme.

Endvidere er der i regionen en opdeling af det regnskabsmæssige (udgifts)resultat og det aktivitetsmæssige resultat. Særligt efter der er kommet skarpt fokus på budgetoverholdelse, er det ikke længere på forhånd givet, at takststyringsmodellen kommer i spil i forhold til at afregne for eksempelvis mindre aktivitet end forudsat. Takststyringsmodellen er bevidst nedprioriteret for at sikre den mest hensigtsmæssige styring af regionens sygehuse.

”det er ikke ligefrem en, vi tager frem hver dag og kigger på”.

5.3.2 Fokus på budgetoverholdelse

Region Nordjylland valgte fra starten af regionens levetid at indrette en takststyringsmodel, der med regionens egne ord, sammenlignet med andre regioner havde en mere ”defensiv tilgang”. Det vil sige, at den ikke i lige så høj grad tilskyndede til aktivitetsstigninger - uanset om det medførte budgetoverskridelser. Regionen beskriver, at regionerne generelt i høj grad var præget af de landspolitiske udmeldinger vedrørende aktiviteten i sygehussektoren og af de indførte patientrettigheder til behandling. Derfor var det efter regionens opfattelse det vigtigste formål for alle regioner at øge aktiviteten i sygehussektoren. Det medførte også en retning i forhold til vægtning af aktivitets- og udgiftshensyn. Region Nordjylland beskriver regionernes opfattelse af udmeldingerne landspolitisk:

”I [skal] sådan set bare producere noget mere... Og så regnede vi med, at vi fik tilgivelse ved de kommende års økonomiforhandlinger, hvis vi overskred budgettet”.

Region Nordjylland beskriver dog sin strategi sådan, at man i mindre grad end andre regioner ”turde udfordre sundhedsministeren” i forhold til konsekvenserne af de udvidede patientrettigheder.

Men denne tankegang blev imidlertid ændret markant. I 2009 havde regionen store underskud både på sygehusene og på centrale konti, men allerede fra 2009 og frem var fokuset begyndt at skifte over mod budgetoverholdelse - blandt andet fordi væksten i bevillingerne fra statslig side faldt. Fra og med 2010 blev budgetoverholdelse imidlertid det vigtigste ledelsesmæssige og politiske fokus i det nydannede regionsråd. Regionen har i dag fortsat meget stort fokus på budgetoverholdelse - og som nævnt betyder det også, at regionen i nogle tilfælde accepterer mindreaktivitet, hvis prisen ellers havde været et merforbrug på udgiftssiden. Dette fokusskift er også klart blevet opfattet på sygehusniveau. Det er bemærkelsesværdigt, at selvom der i Region Nordjylland har været et så stort skifte i fokus på økonomistyring, er den formelle takststyringsmodel stort set uændret. Regionen bemærker selv, at de grundlæggende betragter takststyringsmodellen som brugbar til fintuning. Når der er kursskifter, skal der andre ledelsesværktøjer i brug. I øvrigt har regionen ændret takststyringsmodellen fra 2011 og frem.

Grundet det stærke fokus på at begrænse udgifterne, har regionen også fokus på, at lægefagligt er mere aktivitet langt fra altid at foretrække - bekymringen er imidlertid, at det vil betyde, at det bliver vanskeligere at nå en aktivitet, der sikrer udbetaling af den statslige meraktivitetspulje.

I forhold til opfølgningen på sygehusniveau bærer denne ifølge regionen selv præg af, at Region Nordjylland er den mindste region. Derfor har forvaltningen en tæt dialog med alle sygehusene, og følger også op på baseline ned på afdelingsniveau, hvor de andre regioner typisk stopper ved sygehusniveauet. Det er dog stadig sygehusledelsen, der entydigt er ansvarlig for konkrete tiltag og initiativer på afdelingsniveau.

Samlet set er regionens fokus på udgiftsmæssig budgetoverholdelse altså steget meget, og det er aktuelt det altafgørende fokusområde i styringen af sygehusene. Så stort, at takststyringsmodellen i praksis er underordnet dette fokus.

5.4 Region Midtjylland

Region Midtjyllands takststyringsmodel har i regionens levetid gennemgået en række ændringer. Tabel 8 viser en oversigt over sygehusenes finansiering via modellen:

Tabel 8. Oversigt over Region Midtjyllands takststyringsmodel 2007-2010

År	Afregningsprocent for mindreaktivitet	Afregningsprocent for meraktivitet	Aktivitet i takststyringsmodel	Baseline beregning	Produktivtetskrav	Creep-korrektion	Overførselsadgang
2007	55 %	55 %	Al somatisk aktivitet, undtaget en række kroniske patientgrupper	Forrige års aktivitet og finansiering	1,8 % - 2,3 %	>1,5 %	Fuld overførsel af mer- og mindreforbrug
	50 %	0 %		Forrige års finansierede aktivitet, dvs. baseline	2,3 % - 2,7 %		
2008*	50 %*	50 %* 0 % (stationær medicinsk aktivitet) 0 %	Al somatisk aktivitet, undtaget en række kroniske patientgrupper	Forrige års finansierede aktivitet, dvs. baseline	2,3 % - 2,7 %	>1,5 %	Fuld overførsel af mer- og mindreforbrug
2009	50 %	0 % 0 % 50 % (Pulje til udvalgte områder)		Forrige års finansierede aktivitet, dvs. baseline	2,3 % - 2,7 %		
2010	50 %	0 % 50 % (Pulje til udvalgte)	Al somatisk aktivitet, undtaget en række kroniske patientgrupper	Forrige års finansierede aktivitet, dvs. baseline	2,3 % - 2,7 %	>1,5 %	Fuld overførsel af mer- og mindreforbrug

*Region Midtjylland suspendede takststyringsmodellen under konfliktperioden i foråret 2008.

Region Midtjylland havde i begyndelsen en takststyringsmodel med klar sammenhæng mellem finansieringen via modellen og sygehusenes aktivitet. Modellen afregnede med 55 % af DRG-taksten både under og over baseline. Imidlertid valgte regionen allerede i midten af 2007 at ændre modellen således, at der kom loft for afregning for aktivitet ved baseline for den stationære medicinske aktivitet. Hensigten var at begrænse udgifterne til meraktivitet og forsøge at målrette aktivitetsvæksten til konkurrenceudsatte områder og motivere til at omlægge til ambulans behandling. Efter overenskomstkonflikten på sygehusområdet valgte regionen at lægge loft over alt meraktivitetsafregning og sådan så modellen så ud i et år, indtil regionen i midten af 2009 afsatte en pulje til meraktivitet på særlige områder - primært konkurrenceudsatte områder og områder med obligatoriske pakkeforløb. Denne pulje blev derefter forhøjet i 2010. Puljen er på forhånd fordelt, så der er reserveret beløb til hver af regionens sygehuse.

Helt fra starten af perioden valgte Region Midtjylland at udelade nogle kroniske patientgrupper fra takststyringsmodellen. Det drejede sig om bl.a. patienter med diabetes, KOL eller kredsløbsslidelse. Logikken er, at på disse områder skal sygehusene ikke have en tilskyndelse til at få større aktivitet, snarere tværtimod. Det er hensigtsmæssigt for både patient og region, hvis kroniske patienter i så lav grad som mulig benytter sygehuse. Derfor valgte regionen rammestyrt på dette område, så sygehusene hverken fik

afregnet for mer- eller mindreaktivitet på disse specifikke patientgrupper. Dette til forskel fra aktiviteten på det stationære medicinske område, hvor regionen efter introduktionen af loftet fastholdt afregning for mindreaktivitet.

Regionens metode til baselineberegning var i begyndelsen, at sidste års aktivitet og finansiering, opgjort i de nye DRG-takster og tillagt produktivitetsskrav, blev det nye års baseline. Imidlertid medførte regionens loft over meraktivitetsafregningen, at det nye års baseline beregnes ud fra sidste års aktivitet, fratrukket den ikke-finansierede aktivitet. Med et loft netop ved baseline kan denne metode derfor sammenlignes med beregningsmetoden, hvor baseline fra året før justeres uafhængig af aktivitet.

Takststyringsmodellen i Region Midtjylland rummer også mulighed for differentierede takster, såfremt det kan vises, at de marginale udgifter ved en behandling overstiger afregningstaksterne. Problemstillingen har dog været mindre relevant efter regionen indførte loft over meraktivitetsfinansieringen.

Regionen benytter sig af differentierede produktivitetsskrav fordelt med udgangspunkt i de årlige produktivitetsmålninger, som regionen selv justerer yderligere. Flere sygehuse har været utilfredse med denne praksis, primært pga. tvivl om opgørelsesmetoderne. Sidst, har regionen en creepgrænse ved værdistigninger på over 1,5 % pr. kontakt, og har i budgetreglerne fuld overførselsadgang for både mer- og mindreforbrug.

ÆNDRINGER I LØBET AF PERIODEN

Som nævnt ændrer Region Midtjyllands takststyringsmodel sig meget i løbet af perioden. Fra i begyndelsen at have afregning for alt meraktivitet indfører regionen loft ved baseline - først for den stationære medicinske aktivitet og siden for alt aktivitet. Regionen reducerer altså sammenhængen mellem finansiering og aktivitet ved aktivitet over baseline. Afregningsprincippet fastholdes dog ved mindreaktivitet. Fra 2009 og frem indføres afregningen for meraktivitet igen - dog på klart definerede områder.

SAMMENHÆNG MELLEM FINANSIERING OG AKTIVITET

Region Midtjyllands takststyringsmodel ændrer sig fra en stærk sammenhæng mellem sygehusenes finansiering og aktivitet til en svag sammenhæng med loft ved baseline. Der blødes lidt op for loftet fra 2009 og frem med begrænsede puljer til takststyring. Puljer der imidlertid i nogen grad allerede har været fordelt på sygehuse og patientgrupper på forhånd. Sammenhængen mellem finansiering og aktivitet er altså gået fra stærk til svag.

5.4.1 Takststyringsmodel og prospektivitet

Region Midtjylland lægger i sin beskrivelse af takststyringsmodellen i regionen vægt på, at ” *at takststyringsmodellen anvendes i overensstemmelse med de almindelige principper for dialogbaseret ledelse. Der vil således i konkrete tilfælde og fra strategiske overvejelser kunne ske aftalte afvigelser fra de mekaniske principper*”. Regionen har altså valgt på forhånd at give plads til en anden finansiering af sygehusene end det, takststy-

ringsmodellen når frem til. Tabel 9 viser, hvordan regionens praksis har været på udvalgte områder:

Tabel 9. Styringspraksis i Region Midtjylland

Emne	Praksis
Overførselsadgang	Har delvist været til forhandling Automatik skærpet siden 2010
Afregning for mer-/mindreaktivitet ifølge takststyringsmodel	Få tilfælde grundet loftet over aktivitetsafregning. Eksempler på forhandling i forhold til mindreaktivitet
Generelle baselinekorrektioner og tilpasninger	Vigtigt med plads til dialog og forhandling af baseline
Creepkorrektioner	Bygger delvist på "selvangivelse"

Regionens regler for overførsel er umiddelbart klare - al mer- og mindreforbrug overføres. I praksis har regionen dog i nogle tilfælde valgt at lave særlige ordninger for sygehuse med problemer med at overholde budgettet. Der er eksempler på, at mindreaktivitet ikke er blevet afregnet med direkte tilbageførsel af midler, men i form af levering af fremtidig meraktivitet. Der har også på sygehusniveau været en opfattelse af, at tidligere kunne sygehuse med underskud undgå at få dette overført. I begyndelsen af perioden var således tilsyneladende ikke helt klarhed om overførselsreglerne i praksis, men dette er strammet op i løbet af særligt 2010. Et sygehus havde således i 2010 en forventning om, at underskuddet i 2009 ville blive delvist eftergivet. Dette skete imidlertid ikke. Regionen har altså skærpet sin praksis på dette område, hvilket også er blevet opfattet på sygehusniveau.

Bortset fra helt i starten af perioden har regionen som nævnt haft loft over afregningen for en stor del af aktiviteten. Samtidig har regionen haft en relativ høj aktivitet, så der er få tilfælde, hvor et sygehus ikke har nået baseline. Generelt er opfattelsen dog hos både sygehuse og i forvaltningen, at i Region Midtjyllands nuværende økonomiske situation er det vigtigere at have balance i udgiftsregnskabet end i aktivitetsregnskabet.

Region Midtjylland lægger generelt stor vægt på, at man løbende kan lave tilpasninger og korrektioner af takststyringen, da der vil være lokale forhold og lignende, som ikke kan være rummet i en takststyringsmodel byggende på landsgennemsnitlige takster. Derfor beskriver regionen, at der vil være en række tilfælde, hvor man bevæger sig i en gråzone i forhold til, om der skal korrigeres for bestemte omstændigheder. Regionen beskriver, at det derfor kan være tilfældet, at man på nogle områder imødekommer sygehusene og på andre ikke, og at der skal være plads til forhandling på disse områder. Samlet set vil det derfor balancere nogenlunde. I sygehusenes optik beskrives regionen også som ganske lydør overfor deres ønsker, særligt i forhold til korrektioner af baseline.

Regionens formelle regel for creepkorrektion er, at der skal korrigeres for gennemsnitlige værdistigninger på over 1,5 % pr. kontakt. Regionen beregner selv afvigelser, og såfremt

der er afdelinger, som har værdistigning på mere end 1,5 % pr. kontakt rettes der henvendelse til det pågældende sygehus, som bedes udrede denne værdistigning. I praksis bygger den endelige afgørelse af sagerne i høj grad på sygehusenes ”selvangivelse” af årsagerne til værdistigningerne. Både sygehusene og forvaltningen har en oplevelse af, at denne praksis fungerer godt.

VURDERING AF PROSPEKTIVITET

Som det fremgår af tabel 9, har Region Midtjylland i den praktiske anvendelse af regionens takststyringsmodel indarbejdet plads til dialog, forhandling og mere pragmatiske afgørelser af de endelige resultater og afregning. Modellen rummer plads til, at der træffes afgørelser, der tager hensyn til faktiske forhold og derfor reducerer forudsigeligheden i modellen. Endvidere er der i regionens historie eksempler på, at der er dispenseret fra overførselskravet. Derfor er der i Region Midtjylland - sammenlignet med de øvrige regioner - en lavere prospektivitet. Finansieringen af regionens sygehuse kan afhænge af sygehusenes økonomiske og aktivitetsmæssige resultater.

Regionen har dog i forhold til overførselsadgang skærpet forudsigeligheden i slutningen af perioden, særligt i forhold til forventningen om overholdelse af udgiftsbudgettet.

5.4.2 Fokus på budgetoverholdelse

Interviewene i Region Midtjylland om vægtningen af hensynet til budgetoverholdelse beskriver en udvikling i løbet af regionens levetid i retning af større og større fokus på budgetoverholdelse. Det gælder både for indretningen af takststyringsmodellen og generelt:

”[I] starten var [rationalet] jo simpelthen, at al den aktivitet, der kunne bankes igennem, den skulle bankes igennem og det var til 55 procents afregning [...] nu er det så - efterhånden som økonomien strammer til - loft over. Ting skal styres. Så det er vel det der har været den primære udvikling: mod strammere og strammere økonomistyring.”

Dette fokusskift er også blevet bemærket på sygehusniveau. Regionen beskriver, at det har taget tid at gøre sygehusene bevidste om, at det nu er helt afgørende, at udgiftsbudgetterne først og fremmest overholdes. Tænkningen på sygehusene har været, at højere aktivitet gav yderligere finansiering - og om ikke andet: en god undskyldning for merforbrug på udgiftssiden. Regionens budgetopfølgninger har derfor i højere og højere grad haft fokus på, at budgetterne skal overholdes. Det indebærer også, at regionen som nævnt har skærpet sin praksis vedrørende regler for overførsel af eventuelle merforbrug. På sygehusniveau opleves aktivitetssiden ikke nedprioriteret, og det er stadig vigtigt at kunne vise aktivitetsfremgang. Undersøgelsens sygehuse er dog klar over, at budgetoverholdelse er blevet meget vigtig.

En del af Region Midtjyllands forklaring på regionens initiale holdning om, at ”mere er godt, og jo mere mere, jo bedre” er, at regionen oplevede et stort pres fra de private sygehuse og patientrettighederne, der lovede behandling ved ventetid over en måned.

Det var medvirkende til, at regionen ønskede at fremme mest mulig aktivitet i eget system. Styringsmulighederne er imidlertid ifølge regionen blevet forbedret væsentligt ved, at de generelle takster til behandling i privat regi er blevet sænket. Det har ifølge regionen muliggjort, at man kan fokusere skarpere på hensyn til budgetoverholdelse. Regionen har ikke længere en oplevelse af, at pengene så bare vil forsvinde ud af regionens kasse på en konto til betaling for behandling i privat regi. Det er altså ifølge regionen blandt andet den justerede prispolitik, der har gjort det muligt at stramme økonomistyringen af sygehusene.

”det, at man har fundet en anden prispolitik ift. privathospitalerne, har været redningen”

Region Midtjylland har i hele regionens levetid endvidere haft budgetterede underskud på den samlede drift af sundhedsområdet. Det skærpede politiske og administrative fokus på budgetoverholdelse har resulteret i, at regionen har gennemført store omstillingsplaner med strukturelle tilpasninger for at sikre balance i regnskaberne. Det indebærer blandt andet omstilling fra stationær til ambulans behandling på en række områder. I det hele taget har regionen stadigt mere fokus på, at *produktiv og effektiv* ikke er det samme. Men i forhold til regionens indtægter fra staten er regionen nervøs for, at omstillingerne bringer regionens andel af den statslige meraktivitetspulje i fare.

I forhold til opfølgningen på sygehusniveau bygger regionens overblik over de økonomiske resultater i høj grad på sygehusenes egne indberetninger. Regionen har gennem hele perioden haft en fast, formel opfølgningspraksis med tre årlige kvartalsrapporter. Herudover har regionens administrative ledelse en fast mødepraksis med alle regionens sygehuse. På disse møder er økonomi en væsentlig parameter - særligt for sygehuse med økonomiske vanskeligheder. Det indebærer, at handleplaner og status for økonomisk opretning også diskuteres her - herunder hvilke typer besparelser, der er politisk mulige. Regionen understreger, at denne dialog er helt central for styringen og for tilliden til økonomistyringen på sygehusene. I et tilfælde på et sygehus, hvor tilliden ikke var til stede, valgte regionen at gå tættere på den konkrete økonomifølgning på sygehuset.

Samlet set er det tydeligt, at Region Midtjylland fra 2007 til 2010 har skiftet fra et klart fokus på at fremme aktivitetsvækst til at fokusere på budgetoverholdelse og økonomistyring. Regionens takststyringsmodel afspejler denne udvikling, men også det politiske og administrative, ledelsesmæssige fokus er skiftet i perioden.

5.5 Region Syddanmark

Region Syddanmarks takststyringsmodel er ret uforandret igennem perioden. Det fremgår af tabel 10 nedenfor:

Tabel 10. Oversigt over Region Syddanmarks takststyringsmodel 2007-2010

År	Afregningsprocent for mindreaktivitet	Afregningsprocent for meraktivitet	Aktivitet i takststyringsmodel	Baseline beregning	Produktivtetskrav	Creepkorrektion	Overførselsadgang
2007	55 % 14 %*	55 % 14 %*	55 %: Planlagt kirurgisk og ambulans aktivitet 14 %: Akut og stationær medicinsk aktivitet	Permanentgørelse af forrige års aktivitet og finansiering	Akut aktivitet: 1 % Elektiv aktivitet: 2,0 % - 4,0 %	>1,5 %	Fuld overførsel af mer- og mindreforbrug
2008	55 % 14 %	55 % 14 %	55 %: Planlagt kirurgisk og ambulans aktivitet 14 %: Akut og stationær medicinsk aktivitet	Permanentgørelse af forrige års aktivitet og finansiering	Akut aktivitet: 1 % Elektiv aktivitet: 2,0 % - 4,0 %	>1,5 %	Fuld overførsel af mer- og mindreforbrug
2009	55 % 0 %	55 % 0 %	55 %: Planlagt kirurgisk og ambulans aktivitet 0 %: Akut og stationær medicinsk aktivitet	Permanentgørelse af forrige års aktivitet og finansiering	Akut aktivitet: 1 % Elektiv aktivitet: 2,0 % - 4,0 %	>1,5 %	Fuld overførsel af mer- og mindreforbrug
2010	55 % 0 %	55 % 0 %	55 %: Planlagt kirurgisk og ambulans aktivitet 0 %: Akut og stationær medicinsk aktivitet	Permanentgørelse af forrige års aktivitet og finansiering	Akut aktivitet: 1 % Elektiv aktivitet: 2,0 % - 4,0 %	>1,5 %	Fuld overførsel af mer- og mindreforbrug

*Pga. store forskydninger i patientstrømmene mellem regionens sygehuse valgte man i løbet af 2007 at håndtere forskydningerne ved at ændre finansieringen også på det akutte område med 55 % af DRG-værdien i både op- og nedadgående retning.

Region Syddanmarks takststyringsmodel er som det fremgår, delt i to dele. Regionen har en finansieringsmodel for planlagt, kirurgisk aktivitet og ambulans aktivitet og en anden finansieringsmodel for akut aktivitet og stationær, medicinsk aktivitet. Regionen beskriver det selv sådan, at det ene område er takststyret og det andet område rammestyret. Dette afspejles af regionens afregningstakster, der for den planlagte aktivitet er på 55 % af DRG-taksten på begge sider af baseline. For den akutte aktivitet er den i begyndelsen af perioden 14 % og fra 2009 og frem 0 % - dvs. rammestyret, hvor sygehusene hverken korrigeres for mer- eller mindreaktivitet. Ændringen fra 14 % til 0 % har i høj grad været et ønske fra sygehusene for at få klare linjer mellem de to afregningsområder.

Regionens begrundelse for modellen er, at man ikke ønsker at give tilskyndelser til at øge den akutte aktivitet. Denne er bedst styret med rammestyret, hvor man politisk beslutter et *beredskab* og ikke en *aktivitet*. Derudover skal regionens takststyringsmodel understøtte en politisk målsætning om at omlægge så meget aktivitet som muligt fra stationær til ambulans aktivitet. Takststyringsmodellen skaber således mulighed for at få finansieret meraktivitet, hvis sygehusene kan omlægge akutte eller medicinske forløb til ambulante forløb. Regionen lægger stor vægt på, at takststyringsmodellen skal virke *understøttende* for de fremadrettede beslutninger, der tages i regionen. Det er derfor centralt, at der ikke i takststyringsmodellen er forhold og økonomiske tilskyndelser, der er modstridende med de politiske og ledelsesmæssige ønsker i regionen. Lav vækst i aktivi-

teten på det akutte område og omlægning til ambulans aktivitet er således politiske ønsker.

Man kan naturligvis også tolke regionens model således, at takststyringen er rettet mod de områder, hvor patientmobiliteten er størst, og hvor regionen kunne komme til at betale for patientbehandling i andet regi end indenfor regionen. Regionen beskriver, at det også er hensigten med modellen at sikre, at mest muligt af den konkurrenceudsatte aktivitet sker i eget regi, men regionen understreger, at det ikke handler om nedprioritering af de øvrige områder. Det vurderes ganske enkelt ikke hensigtsmæssigt for udviklingen at finansiere disse områder med takstafregning.

Baseline fastlægges i udgangspunktet som sidste års aktivitet omregnet til årets DRG-priser og tillagt produktivitetskrav. Meraktivitetsafregningen på 55 % af DRG-værdien permanentgøres i de fremtidige budgetter. Det svarer til den praksis, vi så i Region Hovedstaden. Produktivitetskravet i regionen er differentieret. Det akutte område skal levere produktivitetsvækst for 1 % årligt, mens den øvrige aktivitet pålægges et produktivitetskrav på mellem 2 % og 4 %, fordelt med størst produktivitetskrav til de mindst produktive sygehuse. Opgørelsen af produktivetsniveau bygger på de årlige produktivetsopgørelser.

Regionens creepregler ligner de øvrige regioners, og regionen har formuleret klare regler om, at al mer- eller mindreforbrug overføres fra det ene budgetår til det næste. Endeligt, er der i regionen mulighed for at få højere afregning, såfremt det kan påvises, at de marginale udgifter er større end 55 % af DRG-taksten. Behandlinger med højere afregning gælder på samme måde for alle regionens sygehuse.

ÆNDRINGER I LØBET AF PERIODEN

Som det fremgår, er der en høj grad af stabilitet i regionens takststyringsmodel i hele perioden - også under suspensionen af "det udvidede, frie sygehusvalg". Eneste ændring er afregningstaksterne over og under baseline for den akutte og stationære medicinske aktivitet, der sænkes fra 14 % til 0 %. Ændringen har begrænset betydning.

VURDERING AF SAMMENHÆNG MELLEM FINANSIERING OG AKTIVITET

Sammenhængen mellem finansiering og aktivitet i Region Syddanmark afhænger af, hvilken type aktivitet man ser på. Vedrørende ambulans og elektiv, kirurgisk aktivitet er der en stærk sammenhæng, men på det akutte og det stationære medicinske område er der ingen sammenhæng. Samlet set er der altså en middel sammenhæng mellem finansieringen og aktiviteten.

5.5.1 Takststyringsmodel og prospektivitet

Som nævnt lægger regionen stor vægt på, at der ikke skal være forhold i takststyringsmodellen, hvor finansieringen af sygehuse ikke stemmer overens med regionens hensigter og ønsker. Det fokus skyldes bl.a. at de formelle takststyringsregler i Region Syddanmark i høj grad følges. Det fremgår af tabel 11:

Tabel 11. Styringspraksis i Region Syddanmark

Emne	Praksis
Overførselsadgang	Automatisk efter reglerne
Afregning for mer-/mindreaktivitet ifølge takststyringsmodel	Automatisk efter reglerne Dog undtagelse i 2007, hvor man pga. patientforskydninger valgte at udvide aktivitetsafregningen på 55 % til det akutte område.
Generelle baselinekorrektioner og tilpasninger	Nødvendigt at tilpasse til ændrede forudsætninger Regler for hvad der kan tilpasses.
Creepkorrektioner	Automatisk korrektion - med mulighed for indsigelser

Der er klar overensstemmelse mellem regionens formelle regler for overførselsadgang og regionens praksis. I regionens levetid har alle sygehusene overført deres balance ved udgangen af året - positiv og negativ. Der har dog været en proces, hvor nogle af regionens sygehuse har skullet vænne sig til dette princip, idet man tidligere havde været vant til en anderledes praksis. Et af regionens store sygehuse har en samlet gæld på over 400 mio. kr. Imidlertid er der både i forvaltningen og på sygehuset en klar forventning om, at gælden over tid skal tilbagebetales. Regionen giver i klare vendinger udtryk for, at økonomistyringen fremadrettet vil forværres meget, såfremt der gives køb på dette princip.

Sygehusenes udgiftsbudget og aktivitetsbudget er i Region Syddanmark to sider af samme sag. Både i forvaltningen og på sygehusene er der en klar forventning om, at mindreaktivitet vil føre til et indtægtstab, og at man modsat kan planlægge med afregning for merreaktivitet. Det har været en vigtig forudsætning i indretningen af modellen: at sygehusene kunne regne med de principper, der er fastlagt. I 2007 var der imidlertid et brud på denne forudsætning, idet man i løbet af året besluttede at udvide afregningstaksten på 55 % til også at gælde det akutte område. Dette var begrundet i, at der efter samlingen i den nye region skete forskydninger i patientstrømme for den akutte aktivitet, og at man derfor ønskede at korrigere sygehusenes rammer til at dække den akutte behandling.

Region Syddanmark har i løbet af året en række sager, hvor der ansøges om og til tider aftales at regulere det enkelte sygehus' baseline. Ifølge regionen er dette en forudsætning for at have en troværdig takststyringsmodel, og regionen arbejder løbende på at sikre en model, der svarer til de forudsætninger, der er aftalt. Således består tilpasningerne eksempelvis af sager, hvor ændrede nationale registreringsvejledninger e.l. får uønsket effekt på regionens finansiering af sygehusene. På sygehusniveau opleves dette som et system med stor lydhørhed fra regionen, men også som et system med meget klare og snævre grænser for, hvad der kan korrigeres for.

Region Syddanmarks praksis vedr. creepkorrektioner er, at efter en systematisk analyse af de gennemsnitlige værdistigninger pr. kontakt korrigeres alle sygehusenes baselines i udgangspunktet. Det er så sygehusenes opgave at komme med indvendinger mod disse

korrektioner. Evt. dispensation fra korrektionerne kræver ifølge sygehusene klar og tydelig dokumentation.

VURDERING AF PROSPEKTIVITET

Der er i Region Syddanmark en meget høj grad af sammenhæng mellem de formelle regler for finansieringen af sygehusene og regionens praksis, hvilket sikrer en høj prospektivitet i modellen. I forhold til både overførsel af årets resultat og afregning for meraktivitet følges regionens regler altid. Vedrørende creepkorrektioner er regionens praksis også udtryk for en stram overholdelse af regionens regler.

5.5.2 Fokus på budgetoverholdelse

Interviewene i Region Syddanmark beskriver samstemmende en grundholdning om, at økonomisk balance er den grundlæggende forudsætning for styringen af sygehusene og sygehusområdet generelt:

”hvis økonomien ikke er i orden, så er det ikke til at snakke om resten. Og det er skide ærgerligt, hvis man ikke kan snakke om resten, fordi det er det om kvalitet og udvikling”

Regionen beskriver, hvordan det fra starten af regionens levetid var et væsentligt tema, at de økonomiske spilleregler var klare. Derefter har regionen fastholdt en med egne ord: ”benhård økonomistyring”, som blandt andet indeholder den nævnte praksis omkring overførselsregler, og at der ikke gives ”særlige fordelagtige afregningstakster” e.l. til sygehuse, der er økonomisk presset.

”der bliver ikke givet ved dørene nogen steder, det er jo forudsætningen. Altså det der med at være flink, det hævner sig altid”

Regionen har stor opmærksomhed på sygehuse med dårlige økonomiske resultater, og både på ledelsesniveau, og i forhold til administrativ støtte går regionen tæt på sygehusenes planer for økonomisk genopretning. Ansvar for beslutninger og opfølgning på afdelingerne er entydigt sygehusledelsens, men regionens ledelse og forvaltning har klare krav til indholdet og resultaterne af forskellige handleplaner og går aktivt ind og analyserer planerne og besparelsesberegningerne i dem. Regionen beskriver, hvordan denne tilgang har givet succes på flere sygehuse, mens regionen stadig er i gang med tæt opfølgning på et af regionens sygehuse. Sygehuse med gode økonomiske resultater bliver ikke fulgt lige så tæt.

Vigtig i regionens opfølgning er de kvartalsvise økonomirapporter til politisk niveau. Arbejdet med økonomirapporterne og indberetninger af forventede regnskabsresultater foregår i et tæt samarbejde mellem region og forvaltning. Udgangspunktet for dialogen om det forventede regnskabsresultat er både sygehusets egen prognose for den økonomiske udvikling og regionsforvaltningens bud på forventet regnskabsresultat, teknisk fremskrevet på baggrund af regionens fælles ledelsesinformationssystem. Sygehusenes prognoser

er typisk meget mere præcise, idet de kan tage højde for specifik viden om afdelingerne, mens de beregnede fremskrivninger er med til at fremhæve, hvilke forudsætninger der er bygget ind i sygehusenes prognoser.

Sygehusenes økonomiske resultater er endvidere forbundet med sygehusledelsernes resultatløse. Således er det en forudsætning for at komme i betragtning til resultatløse, at sygehuset ikke har et stort merforbrug. Manglende succes med at sikre budgetoverholdelse kan også have ledelses- og personalemæssige konsekvenser for de relevante sygehuse.

Regionen er også opmærksom på at følge den samlede økonomi på hele sygehusområdet tæt. Det gælder særligt i lyset af, at der ikke er loft over afregningen for meraktivitet på en stor andel af regionens behandlinger, og det gælder udgifter til behandling på andre sygehuse som følge af patienternes rettigheder. Regionen beskriver, at der har været og kan komme "*mørke skyer i horisonten*", forstået som en situation med forventede underskud ved uændret styring. Regionen giver udtryk for, at såfremt økonomien bliver mere presset, vil man formentlig først overveje strukturelle ændringer, eller lave helt specifikke ændringer, der kan dæmme op for aktivitetsvæksten. Imidlertid har det ifølge regionen stor selvstændig værdi og betydning for den samlede produktivitet, at man fastholder de overordnede principper i styringen af sygehusene, herunder principperne for finansiering i takststyringsmodellen. Såfremt der ændres i modellerne er det vigtigt for regionen, at dette i god tid er et kendt vilkår for sygehusene.

Samme overvejelser om at holde omkostningsniveauet så lavt som muligt har også medført, at Region Syddanmark har arbejdet meget med udbud af behandlinger. Ifølge regionen har det helt fra starten af perioden været med til at nedbringe udgifterne til behandling i privat regi væsentligt.

Som beskrevet kan man konkludere, at Region Syddanmark i hele regionens levetid har haft et meget stort fokus på økonomistyring og budgetoverholdelse. Dette fokus er uændret i løbet af perioden. Regionen lægger endvidere generelt stor vægt på, at rammer og forudsætninger er kendte på forhånd for sygehusene og overholdes fra regionens side.



Sammenligning og tendenser i udviklingen

Efter den grundige gennemgang af regionernes takst- og økonomistyring af deres sygehuse vil vi i dette kapitel lægge vægt på at analysere og sammenligne regionernes takst- og økonomistyring. Der er en række relevante sammenligningsparametre, både hvad angår indretningen af de konkrete takststyringsmodeller, i forhold til den praktiske takst- og økonomistyring i regionerne og i forhold til afvejning af hensyn til budgetoverholdelse. Men det er også relevant at sammenholde modellerne og deres kendetegn med udviklingen i aktivitets- og regnskabsdata. Man vil langt fra altid kunne konkludere entydigt fra modellerne til udviklingen, men i nogle tilfælde er der bemærkelsesværdige sammenhænge mellem modellerne og udviklingen i aktivitetsdata.

Kapitlet er bygget op således, at i kapitlets første hoveddel sammenligner vi regionernes modeller med udgangspunkt i den analyseramme, vi har beskrevet. Det vil sige, at vi sammenligner regionerne i forhold til graden af sammenhæng mellem finansiering og aktivitet, fokus på økonomistyring, samt i hvilken grad regionernes finansiering af sygehuse er uafhængig af det enkelte sygehus' faktiske omkostninger (graden af prospektivitet). Dernæst følger den anden hoveddel i kapitlet, hvor vi ser nærmere på konkrete forskelle mellem modellerne, som man kunne forvente kunne gøre en forskel i forhold til udviklingen på området.

6.1 Sammenhæng mellem finansiering og aktivitet

I dette afsnit sammenlignes graden af sammenhæng mellem regionernes finansiering af sygehuse og sygehuses aktivitet, samt udviklingen i denne i løbet af undersøgelsesperioden. En vis grad af variabilitet - dvs. sammenhæng mellem finansiering og aktivitet - må i udgangspunktet siges at være en forudsætning for at kunne kalde en finansieringsmodel for *takststyring*.

Som det fremgår af beskrivelserne af de fem regionernes takststyringsmodeller er der nogle centrale forhold at være opmærksom på, hvis man vil vurdere variabiliteten i regionernes modeller. Følgende to forhold er centrale:

- *Afregningsområder*. Gælder modellen kun for noget aktivitet eller for al aktivitet?
- *Baselineberegning*. Hvordan beregnes baseline?

Afregningsområderne er centrale at inddrage, fordi dele af sygehusenes aktivitet kan være holdt uden for takststyringsmodellerne, mens baselineberegningemetoden er relevant at inddrage, fordi den påvirker, hvor den *forventede aktivitet* må forventes at ligge (jf. afsnit 4.2). Derfor vil vi først beskrive regionernes valg vedrørende afregningsområder og baselineberegningemetode.

6.1.1 Afregningsområder

Tabel 12 giver et overblik over de inkluderede områder i regionernes takststyringsmodeller.

Tabel 12. Oversigt over inkluderede områder i takststyringsmodellerne

Region	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Inkluderede områder	Al somatik	Al somatik	Elektiv, kirurgisk Ambulant	Hovedparten af somatisk aktivitet	Al somatik
Ikke-inkluderede områder			Stationær medicinsk Akut	Kroniske patientgrupper	
Bemærkninger	Meraktivitetsafregning godkendes hovedsagelig ift. akut aktivitet fra 2010			Meraktivitetsafregning målrettet elektiv, kirurgisk	Meraktivitetsafregning målrettet elektiv, kirurgisk

Tabellen viser, at der er væsentlige forskelle i de inkluderede afregningsområder. Region Syddanmark skiller sig mest ud ved at have valgt, at det akutte område og det stationært, medicinske område ikke er med i takststyringsmodellen. Det betyder konkret, at sygehusene på disse områder ikke fratrækkes finansiering, hvis aktiviteten er lavere end baseline, eller tildes yderligere finansiering, hvis aktivitet er højere. Til gengæld ønsker regionen, at så meget som muligt af den elektive aktivitet foregår på regionens egne sygehuse, og at så meget som mulig stationær aktivitet omlægges til ambulant aktivitet, og derfor understøtter takststyringsmodellen denne udvikling ved, at der på disse områder er en sammenhæng mellem finansiering og aktivitet. Region Midtjylland har også elementer af denne tankegang. Kronikerområdet er i regionen udskilt fra takststyringsmodellen med de samme begrundelser: regionen har kun interesse i, at der er så lav aktivitet som muligt på dette område og ønsker derfor ikke, at det får negativ betydning for sygehusene, hvis de kan sænke denne type aktivitet.

Overfor disse valg af inkluderede områder står de øvrige regioners beslutninger om, at takststyringsmodellen gælder på alle de somatiske områder. Begrundelserne for dette er typisk en lighedstankegang: der skal ikke være forskel på, hvor højt de forskellige områder er prioriteret, og derfor er takststyringen ikke reserveret til bestemte behandlingstyper. Samtidig er der også en pragmatisk begrundelse, der lægger vægt på takststyringsmodellens rolle som finansieringsmodel: takststyringsmodellen kan lede ressourcer til de

områder, hvor der er størst aktivitetsvækst, og dermed - alt andet lige - også den største udgiftsvækst. Det vurderes derfor urimeligt at ekskludere bestemte områder fra modellen.

Det er også værd at bemærke, at Region Midtjylland og Region Nordjylland har valgt modeller, der kun afregner for meraktivitet på udvalgte områder, der er særligt konkurrenceudsatte, mens der ikke er forskel i nedadgående retning. Region Hovedstaden har den omvendte tilgang vedrørende de fra 2010 gældende regler for at få administrativ godkendelse af meraktivitet: det er muligt i forhold til akutte områder, hvor patienterne er uafviselige, men ikke på elektive områder (med mindre det er aftalte hjemtrækningsprojekter), hvor sygehusene selv har mulighed for at styre patientoptaget.

Vi vil senere vende tilbage til, om valgene af afregningsområder gør en forskel for aktivitetsudviklingen og her konstatere, at der er forskel på de områder, der er indeholdt i takstafregningsmodellen.

6.1.2 Metode til baselineberegning

Vi har i afsnit 4.2 vist, at metoden til baselineberegning har betydning for flere sammenligningsparametre, fx produktivitetsudviklingen. I denne sammenhæng er det relevant at se på, hvad beregningsmetoden betyder for sammenhængen mellem finansiering og aktivitet. Her er den vigtigste pointe, at forskellige metoder til at beregne baseline betyder, at man ikke uden videre kan sammenligne variabiliteten i regionernes modeller ved eksempelvis at sammenligne "afregningstakst over baseline" (jf. figur 3). Benyttes beregningsmetoden, hvor baseline videreføres, vil den "forventede aktivitet" typisk ikke være lig baseline. For at få det bedste billede af, hvad sammenhængen mellem finansiering og aktivitet er, er det mest relevant at se på, hvad afregningen er i det sandsynlige udfaldsrum for aktiviteten. Tabellen nedenfor viser regionernes metoder til baselineberegning:⁴

Tabel 13. Regioners baselineberegningmetoder

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark
Forrige års aktivitet og finansiering	Justering af forrige års baseline	Justering af klassiske aktivitetsmål, ganget med gennemsnitlig DRG-værdi	Forrige års finansierede aktivitet, dvs. omtrent baseline	Forrige års aktivitet og finansiering

Region Hovedstaden og Region Syddanmark benytter en beregningsmetode, der permanentgør sidste års aktivitet og finansiering. Det gør Region Midtjylland i princippet også, imidlertid har den økonomiske situation i regionen medført, at der er loft over store dele af meraktivitetsafregningen. Den ufinansierede meraktivitet permanentgøres ikke i sygehusenes nye baseline, så i praksis svarer sygehusenes nye baseline til sidste års baseline (foruden konkrete aftaler om justering). Dermed ligner Region Midtjyllands baselineberegning i praksis i højere grad Region Sjællands, for Region Sjælland justerer netop base-

⁴ Her ses bort fra produktivetskrav og beslutninger om aktivitetsudvidelser mv., der ændrer baseline.

line fra det ene år til det næste. Region Nordjylland adskiller sig ved også at opgøre baseline i klassiske aktivitetsmål. Umiddelbart ligner metoden mest Region Sjællands metode.

Hvis man antager, at aktiviteten det ene år i udgangspunktet svarer til året før, vil den *forventede aktivitet* i Region Hovedstaden og Region Syddanmark cirka svare til baseline, mens det i de andre regioner må baseres på en konkret vurdering.

6.1.3 Graden af variabilitet

Som nævnt er det vigtigst at se på sammenhængen mellem finansiering og aktivitet i aktivitetens *forventede udfaldsrum*. Det er naturligvis vanskeligt at sige helt præcist, hvor det vil ligge, men vi mener det er afgørende at gøre forsøget, hvis man vil sammenligne sammenhængen mellem finansiering og aktivitet på tværs af regionerne. I det følgende vil vi derfor beskrive, hvad afregningen for den "sidste aktivitet" er i regionernes takststyringsmodeller, dvs. hvilken afregningstakst giver regionen for sygehusenes sidstproducerede aktivitet. Det er det mest rimelige mål for sammenhængen mellem finansiering og sygehusenes aktivitet, særligt fordi aktiviteten i gennem lang tid har været i vækst. Her tages dog ikke højde for, at takststyringsmodellerne typisk er i fuld funktion i nedadgående retning - altså hvis man af forskellige årsager i de kommende år ikke når en tilsvarende aktivitet. Tabel 14 viser, hvad den forventede afregningstakst er for den sidstproducerede aktivitet i regionernes takststyringsmodeller, tabellen er opdelt efter akut og elektiv (planlagt) aktivitet.

Tabel 14. Afregningsprocenterne for den sidst-producerede aktivitet for hhv. akut og elektiv aktivitet

Region	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Akut aktivitet	50 % *	0 % (eller 55 %)*	0 %*	0 %	20 %
Elektiv aktivitet	0 % (eller 50 %)*	0 % (eller 55 %)*	55 %*	0 %*	20 %*
(*) Regionspecifikke bemærkninger	Der godkendes typisk afregning for meraktivitet på det akutte område	Begge regionens sygehuse nåede i 2010 op over "det sekundære takstloft"	Forsimplet. Akut ambulant aktivitet afregnes der for, mens det ikke gælder medicinsk, stationær aktivitet	På udvalgte elektive områder gives en højere meraktivitetsafregning	På udvalgte elektive områder gives en højere meraktivitetsafregning

Tabellen viser, at der er store forskelle på sammenhængen mellem finansiering og aktivitet for sygehusenes sidst producerede aktivitet på tværs af regionerne. Det er som nævnt umiddelbart lettest at se afregningstaksten i Region Hovedstaden og Region Syddanmark pga. deres baselineberegning metode. I Region Midtjylland og Region Nordjylland når sygehusene i praksis typisk over baseline, hvis vi ser på resultatet i 2010, og derfor er deres afregningstakst for den sidste aktivitet også givet. Region Sjælland er imidlertid vanskeligt, da der her er flere afregningstakster og et loft efter baseline er passeret. Imidlertid nåede begge sygehuse i 2010 det "sekundære takstloft" og en afregningstakst på 0 %, og

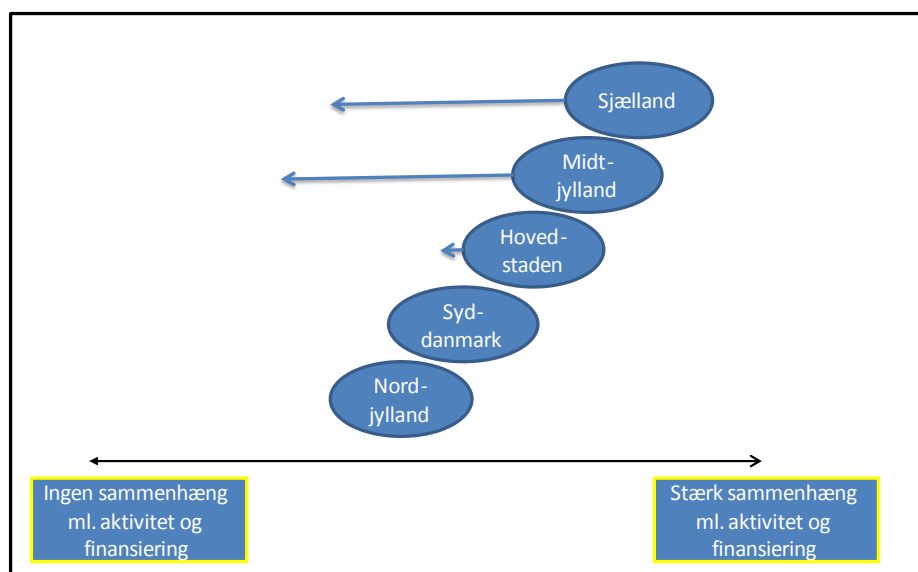
der var således ingen finansiering af den sidst producerede aktivitet. Hertil er det dog værd at bemærke, at såfremt sygehusene *ikke* når den aktivitet, man umiddelbart må forvente, får det hurtigt finansieringsmæssige konsekvenser, og det er jo naturligtvis også en form for tilskyndelse til sygehusene. Det gælder særligt i Region Sjælland, men også i de øvrige regioner, og det understreger, at det er kompliceret præcist at afdække de incitament og tilskyndelser modellerne giver, da modellerne skal ses i lyset af baselineberegningemetode og forventet aktivitet.

Hvis vi dog antager, at aktiviteten på sygehusområdet fortsat vil stige, kan tabel 14 dog læses som den finansiering regionernes modeller vil tildele sygehusene for aktivitetsstigningerne. Denne svinger altså mellem 0 % og 55 % for elektiv aktivitet og mellem 0 % og 50 % for akut aktivitet.

6.1.4 Udviklingen i løbet af perioden

Vi har med en tilsvarende metode forsøgt at vurdere den udvikling, der har været i løbet af regionernes levetid. Figur 4 nedenfor giver et billede af sammenhængene og udviklingen i sammenhængene for de fem regioner:

Figur 4. Udviklingen i sammenhængen mellem aktivitet og finansiering i regionerne 2007-2010



Note: regionerne er rangordnet relativt

De blå bobler i figur 4 illustrerer regionernes relative placering i det initiale udgangspunkt i 2007. Vi vurderer, at Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Hovedstaden i udgangspunktet havde den største grad af sammenhæng mellem sygehusenes aktivitet og finansiering, mens Region Nordjylland i udgangspunktet havde den laveste sammenhæng. De blå pile i figuren illustrerer den bevægelse der er sket i regionerne frem til og med 2010. Der er efter vores opfattelse en tydelig bevægelse mod en mindre sammenhæng mellem aktivitet og finansiering, størst har ændringerne været i Region Midtjylland og Sjælland, der er gået fra en afregning af (næsten) al meraktivitet med 55 % til modeller, hvor sygehusene ofte rammer et loft for meraktivitetsafregning. Bevægelsen for Re-

gion Hovedstaden kan være lidt svær at vurdere, eftersom regionen indfører en procedure for administrativ godkendelse af meraktivetsafregning. Bevægelsen er dog entydig i retningen af en mindre sammenhæng mellem aktivitet og finansiering. Region Syddanmark og Region Nordjylland ændrer ikke deres modeller i perioden, omend Region Nordjylland i høj grad ændrer fokus i retningen af større fokus på budgetoverholdelse, evt. på trods af takststyringsmodel. Som vi har set foregår en væsentlig del af Region Nordjylland styring på området udenfor den egentlige takststyringsmodel, og derfor har det ændrede fokus kunnet foregå uden tydelige ændringer i den formelle takststyringsmodel.

Samlet set kan vi altså konstatere, at en vigtig del af takststyringen i regionerne, aktivitetsafregningen, har været faldende i perioden. Det gælder primært afregningen i opadgående retning, mens de fleste regioner stadig har modeller, hvor finansieringen falder med lavere aktivitet. Imidlertid sker det forholdsvist sjældent, hvorfor vi kan konstatere, at der generelt set har været en svækkelse af sammenhængen mellem sygehusenes finansiering og deres aktivitet i løbet af regionernes levetid. Endvidere ville en ændring af afregningen i nedadgående retning bryde med regionernes formelle aftale med regeringen om, at 50 % af finansieringen af sygehusene skal være aktivitetsbaseret.

6.1.5 Udviklingen i den samlede aktivitet

Det er relevant at vurdere, om der er en sammenhæng mellem variabiliteten i regionernes takststyringsmodeller og udviklingen i den samlede aktivitet. Det har imidlertid ikke været muligt for os at opgøre udviklingen i regionernes aktivitet målt i produktionsværdi, og derfor er det ikke muligt for os at give en klar vurdering af denne sammenhæng. Der er dog andre aktivitetsindikatorer, som kan være værd at betragte. Tabel 15 viser forskellige aktivitetsmål i regionerne i perioden fra 2007-2010. Det gælder antallet af udskrivninger, antal ambulante besøg, samt antal personer i alt med kontakt til regionens sygehus. Bemærk at opgørelserne kun gælder regionernes egne sygehuse, da vi har fokus på den aktivitet, der finansieres af takststyringsmodellerne.

Tabel 15. Oversigt over antal udskrivinger, antal ambulante besøg og antal behandlede personer på egne sygehuse 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	Vækst 2007-2010
Antal udskrivinger					
Region Hovedstaden	389.507	401.939	412.522	431.334	10,7 %
Region Midtjylland	249.817	260.733	253.661	264.405	5,8 %
Region Nordjylland	110.135	114.463	114.639	113.137	2,7 %
Region Sjælland	164.006	171.774	185.207	205.079	25,0 %
Region Syddanmark	235.378	250.780	245.165	246.339	4,7 %
Hele landet	1.148.843	1.199.689	1.211.194	1.260.294	9,7 %
Antal ambulante besøg					
Region Hovedstaden	2.046.919	1.994.565	2.130.568	2.178.642	6,4 %
Region Midtjylland	1.285.343	1.231.599	1.355.742	1.370.032	6,6 %
Region Nordjylland	471.345	471.042	533.407	535.833	13,7 %
Region Sjælland	709.935	699.280	748.391	736.083	3,7 %
Region Syddanmark	1.366.411	1.373.526	1.533.748	1.590.725	16,4 %
Hele landet	5.879.953	5.770.012	6.301.856	6.411.315	9,0 %
Antal personer i behandling i alt (unikke cpr-numre)					
Region Hovedstaden	521.251	521.315	538.275	556.207	6,7 %
Region Midtjylland	386.892	381.153	406.556	410.171	6,0 %
Region Nordjylland	156.881	159.814	168.194	172.593	10,0 %
Region Sjælland	218.129	217.850	228.078	232.641	6,7 %
Region Syddanmark	388.310	391.672	409.920	423.281	9,0 %
Hele landet	1.671.463	1.671.804	1.751.023	1.794.893	7,4 %

Kilde: Tilvirkning på baggrund af data fra eSundhed

Som det kan aflæses i tabellen har alle regioner haft en stigende aktivitet i alle tre opgørelser af aktivitet. Der er dog betydelig forskel på regionernes aktivitetsstigninger. Region Sjælland har den klart højeste vækst i antallet af udskrivinger. Væksten på 25 % ligger således væsentligt over landsgennemsnittet, og Region Hovedstadens vækst på 10,7 % er også væsentligt højere end de øvrige regioner. Region Nordjylland har den laveste vækst i antallet af udskrivinger.

Region Syddanmark og Region Nordjylland har klart den højeste vækst i antallet af ambulante besøg med en vækst på henholdsvis 16,4 % og 13,7 %. Denne vækst ligger væsentligt over væksten i de øvrige regioner. Region Sjælland har den laveste vækst i antallet af ambulante besøg på i alt 3,7 %.

Ser vi endeligt på væksten i antal personer i behandling, skiller Region Nordjylland og Region Syddanmark sig ud som de regioner, der har den højeste vækst i antallet af behandlede personer med en vækst på henholdsvis 10 % og 9 %. Dette er i nogen grad overraskende, da disse regioner har den laveste vækst i antallet af udskrivinger - og dermed formentlig også er blandt de regioner med lavest vækst i den samlede produktionsværdi. Region Sjælland og Region Hovedstaden, der havde den højeste vækst i antallet af udskrivinger, har begge en vækst i antallet af behandlede personer på 6,7 %.

Som nævnt er det ikke muligt på baggrund af tabel 15 at sige noget entydigt om den samlede aktivitetsvækst, da tyngden i væksten i behandlinger ikke er sammenlignelig. Tabellen afslører imidlertid også interessante forskelle i udviklingen mellem regionerne. Disse vil vi vende tilbage til.

6.2 Fokus på budgetoverholdelse

I gennemgangen af regionernes takst- og økonomistyring har vi også lagt vægt på at beskrive, hvordan regionernes fokus på budgetoverholdelse har udviklet sig.

Vedrørende sammenhængen mellem finansiering og aktivitet så vi i Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden en bevægelse mod mindre aktivitetsafhængighed i finansieringen, ligesom Region Nordjylland ad andre veje har reduceret sit fokus på den aktivitetsbaseret finansiering. Begrundelsen for denne bevægelse er ret samstemme med, at regionerne har ønsket at kontrollere de samlede udgifter til sygehusområdet i højere grad. Regionerne beskriver, at et centralt mål med den initiale model var at øge aktiviteten. Det skyldtes blandt andet, at regeringen og folketinget havde fokus på at nedbringe ventetiden, og at der generelt fra regeringens side også blev tilført midler til en stor vækst i aktiviteten. I takt med at regionerne oplevede nogle store underskud, og at økonomiaftalerne med regeringen i højere og højere grad lagde vægt på budgetoverholdelse og gav mindre plads til aktivitetsudvidelser, skiftede regionernes fokus også til et større fokus på budgetoverholdelse. En sådan beskrivelse af udviklingen kan genfindes i Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Sjælland. Væsentligt for muligheden for dette skifte fremhæves også lavere afregningstakster til private sygehuse, samt de første kliniske retningslinjer på udvalgte områder. Altså ændringer, som ifølge regionerne hjælper til at kunne prioritere mellem vigtigt og mindre vigtigt. Region Hovedstadens begrundelse er mere intern. Regionen har også haft et behov for at kunne overskue de samlede udgifter bedre og ønsker med ændringerne af takststyringsmodellen og skærpet opfølgingspraksis at få bedre indsigt i og kontrol over udvidelser af aktiviteten på regionens sygehuse.

Det betyder ikke, at regionerne ikke tidligere har fokuseret på budgetoverholdelse og har fulgt løbende op på sygehusenes regnskaber. Alle regioner understreger dog, at budgetoverholdelse nu er blevet det altoverskyggende mål i styringen af sygehusene, modsat tidligere hvor man oplevede, at presset til at øge aktiviteten var større - bl.a. for at forebygge at patienterne forsvandt til de private sygehuse. Det stigende fokus på budgetoverholdelse har, som vi har beskrevet, forskellige konkrete udmøntninger. Tabel 16 nedenfor giver et overblik over de tiltag, regionerne har gennemført:

Tabel 16. Regionernes konkrete ændringer i takststyringsmodellerne for at sikre budgetoverholdelse

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
<ul style="list-style-type: none"> • Forøgelse af baseline med ekstra produktivitetsskrav i løbet af året • Administrativ godkendelse af meraktivitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducerer pulje til takststyring • Ændrer afregning for den øverste aktivitet fra 55 % til 0 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Ændrer intet 	<ul style="list-style-type: none"> • Indfører loft for al meraktivitet, bortset fra udvalgte områder 	<ul style="list-style-type: none"> • Foretager ikke formelle ændringer i modellen, men ændrer ledelsesmæssigt fokus til budgetoverholdelse som klart vigtigst parameter

Region Syddanmark adskiller sig fra de øvrige regioner ved fra starten af perioden at have et meget stærkt fokus på budgetoverholdelse, som fastholdes uændret i hele perioden. Det er kendetegnende for interviewene i regionen, at hverken på forvaltningsniveau eller på sygehusniveau skelnes der mellem et budgetfokus og et aktivitetsfokus. Sygehuse med økonomiske problemer regnes ikke for at have nået målet om budgetoverholdelse, hvis det eksempelvis kun er på udgiftssiden, at der er balance. Regionens afregning via takststyringsmodellen regnes for så troværdig, at de to forskellige hensyn er to sider af samme sag, og derfor meningsløst at prioritere imellem. For et sygehus med ubalance er den eneste mulighed derfor at satse på tiltag, der kan øge sygehusets produktivitet.

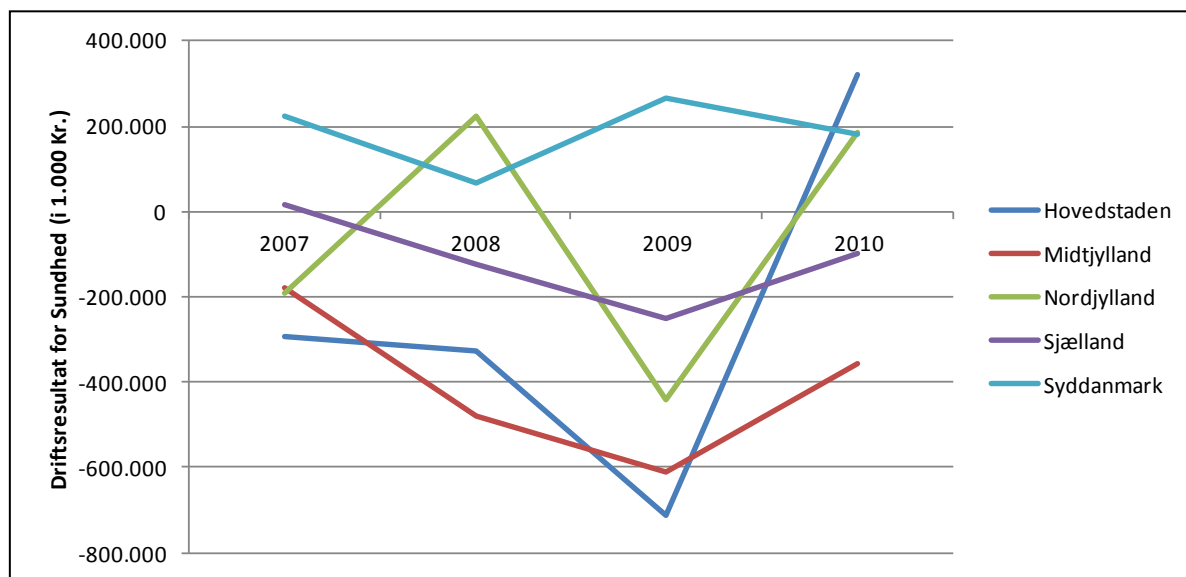
Region Syddanmark er sammen med Region Hovedstaden de eneste regioner, der taler om, at det er vigtigt at fastholde en stabil takststyringsmodel på trods af skiftende overordnede statslige vilkår for regionernes drift på området. De øvrige regioner lægger i højere grad vægt på, at ændrede statslige vilkår nødvendigvis må indarbejdes i takststyringsmodellerne overfor sygehusene - og oplever ofte, at de ikke har andre valg end at følge de ændrede vilkår.

I forhold til aktivitetsfokus overfor budgetfokus er det også værd at bemærke, at der i de fleste regioner er et stigende fokus på statens meraktivitetspulje og på den regionale aktivitet, der skal leveres for at få del i denne. Det skyldes formentlig delvist, at det er begyndt at være sandsynligt, at nogle af regionerne kan havne i en situation, hvor man ikke leverer tilstrækkelig aktivitet til at få del i puljen. Men det skyldes også, at fokus på budgetoverholdelse giver et fokus på mere effektiv behandling og arbejdsgange. Imidlertid vil en række af disse ændringer føre til lavere registreret aktivitet - og i en situation hvor det ikke er 100 % givet, at regionen når en aktivitet svarende til hele den statslige meraktivitetspulje, opleves det problematisk og skævt incitamentsmæssigt.

6.2.1 Udviklingen i regnskabsresultaterne

Det er interessant at vurdere, om det stigende fokus på budgetoverholdelse er afspejlet i regionernes regnskabsresultater. Figur 5 nedenfor viser regionernes regnskabsresultater på sundhedsområdet i perioden:

Figur 5: Regionernes regnskabsresultater (omkostningsbaserede) på sundhedsområdet 2007-2010



Figuren viser flere interessante forhold. Generelt set blev regionernes regnskabsresultater væsentligt forværret i perioden fra 2007 til 2009. Det er skete samtidig med, at der også var et fald i statens tilførsel af midler til vækst på sundhedsområdet. Der sker så en bemærkelsesværdig generel forbedring af regnskabsresultaterne for 2010, hvor særligt Region Hovedstaden formår at forbedre sit regnskabsresultat markant. Også Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland har forbedrede resultater. Det er værd at bemærke, at Region Syddanmark adskiller sig ved i hele perioden at have et positivt driftsresultat.

En regions regnskabsresultat har naturligvis en række forklarende faktorer, som vi ikke vil komme ind på her. Vi vil i stedet nøjes med at konstatere, at de generelt set forbedrede regnskabsresultater i 2010 hænger godt sammen med det stigende fokus på budgetoverholdelse, som regionerne beskriver, de har gennemgået siden starten af regionernes levetid. Samtidigt er det også værd at bemærke, at Region Syddanmark, der i hele perioden har lagt størst vægt på budgetoverholdelse, har positive driftsresultater og derfor har de økonomiske forudsætninger for at fastholde deres takststyringsmodel uændret.

Som nævnt kan der være en række grunde til regionernes specifikke regnskabsresultater. Imidlertid kan vi konstatere, at det voksende fokus på budgetoverholdelse i regionerne generelt set er lykkedes at få afspejlet i de regnskabsmæssige resultater.

6.3 En på forhånd fastlagt økonomi- og takststyring?

I vores analyser af regionernes takst- og økonomistyring har vi også haft fokus på, om sygehusenes finansieringsvilkår er givne på forhånd og uafhængige af sygehusenes faktiske omkostninger. Vi har betegnet det som et spørgsmål om *prospektiviteten* i finansieringsmodellerne, altså om finansieringsprincipperne er fuldt ud fastlagt *på forhånd*. Det vil vi se nærmere på i dette afsnit.

6.3.1 Grad af uafhængighed af faktiske forhold

Vi har vurderet prospektiviteten i regionernes takst- og økonomistyring ved at analysere de områder, hvor regionerne skal træffe valg om, hvorvidt de ønsker at fastlægge vilkårene på forhånd, eller om der skal være plads til efterfølgende forhandling om de konkrete beslutninger. De områder, vi har vurderet finansieringsmodellernes prospektivitet ud fra, er:

- Regler for overførsel af mer- og mindreforbrug - formel og i praksis
- Graden af automatik i afregningen for mer-/mindreaktivitet
- Mulighederne for at forhandle om creepkorrektio n.

I forhold til om overførselsreglerne eller takststyringsmodellen følges *i praksis*, ser vi på, om reglerne følges automatisk eller er til forhandling. *Forhandling* er ikke udtryk for, at alt er et åbent spil, mere om der i praksis er plads til dialog om, hvad den konkrete beslutning skal være, og hvilke faktorer der skal tages højde for og dispenseres på grund af. Tabel 17 nedenfor viser regionernes styring i forhold til i alt fire kriterier, som også er beskrevet i gennemgangen af hver region i kapitel 5.

Tabel 17. Graden af prospektivitet i regionernes styringspraksis

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark
Overførsel formelt	Fuld	Begrænset	Fuld	Fuld	Fuld
Overførsel i praksis	Automatisk	Automatisk	Forhandling - men stigende grad af automatik	Forhandling - men stigende grad af automatik	Automatisk
Afregning for mer-/mindreaktivitet i praksis	Automatisk - men administrativ godkendelse	Automatisk	Forhandling	Forhandling	Automatisk
Creepregler i praksis	Stram	Overvejende stram	Ikke afgørende	Mindre stram	Meget stram
Samlet prospektivitet	Høj	Moderat høj	Lav (men stigende)	Lav (men stigende)	Meget høj

Det overordnede billede af prospektiviteten i regionerne er som det fremgår at tabel 17 meget varieret. I Region Syddanmark er styringen præget af en meget høj prospektivitet. Regionens økonomi- og takststyringsvilkår er i høj grad fastlagt og kendt på forhånd - og følges også i praksis. Region Syddanmark er blandt andet den region, der har den klareste (negative) holdning til at afvige fra fuld overførsel af budgetunderskud (og -overskud) fra det ene år til det næste.

I den anden ende af skalaen ligger Region Midtjylland og Region Nordjylland, hvor man i langt højere grad har besluttet, at takststyringsmodellens resultater og den endelige afgørelse om evt. overførsel af regnskabsresultat foregår i en dialog, hvor man drøfter og forklarer vilkår og begrundelser, der i mere eller mindre grad ikke kan regnes for selvfor skyldte. I begge regioner har man dog særligt i forhold til overførsel af regnskabsresultater valgt at skærpe automatikken i overførselsreglerne, begrundet i at der nu er primært

fokus på, at budgetterne skal overholdes. Særligt i Region Nordjylland er styringen dog stadig kendetegnet ved, at man i høj grad vælger andre ledelsesværktøjer til at afgøre det endelige resultat for regionens sygehuse. Det hænger ifølge regionen selv bl.a. sammen med regionens størrelse, og at man har haft et stort fokus på budgetoverholdelse - som evt. kan medføre, at man afviger fra takststyringsmodellens resultater.

Region Hovedstaden har en høj grad af prospektivitet. Regionen har dog valgt at lægge et administrativt lag ind i modellen, som umiddelbart sænker prospektiviteten i modellen. Regionen har dog meldt ganske klare regler ud for, hvilke typer meraktivitet der godkendes, og det fastholder umiddelbart en høj prospektivitet. Region Sjælland ligger prospektivitetsmæssigt også over midten af skalaen. I de formelle regler er der nogle forhold, der svækker finansieringens uafhængighed af sygehusenes regnskabsresultater, til gengæld er der en høj grad af overensstemmelse mellem de formelle regler og regionens praksis.

I tabellen opsummeres som nævnt de forskellige vurderingskriterier, som vi har fremhævet i gennemgangen af regionernes takst- og økonomistyring. Som illustration af forskellen på formelle regler og styringspraksis, er det værd at se nærmere på et konkret eksempel. Det er, hvordan regionerne administrerer regler for creepkorrektioner. I tabel 18 nedenfor beskrives regionernes formelle regler for creepkorrektion, samt deres administrative praksis.

Tabel 18. Oversigt over regler og administration af regler for creepkorrektion

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark
Regel for Creepkorrektion	> 1,5 %	> 1,5 %	> 1,5 %	> 1,5 %	> 1,5 %
Administration af regel	Stram. Undtagelser kræver gode argumenter og dokumentation	Rimelig stram. Undtagelser kræver gode argumenter, men regionen har haft begrænset mulighed for egne creep-beregninger	Ikke afgørende. Baseline/aktivitetskrav bygger også på klassiske måltal. Kun fokus på de sager, der kommer fra staten	Mindre stram. Creep-beregninger er udgangspunkt for dialog, og endelig afgørelse bygger til dels på "selvangivelse"	Meget stram. Gennemføres som udgangspunkt - kun klar dokumentation kan tilbageføre den

Tabellen illustrerer, at på trods af, at alle regionerne har den samme formelle regel for creepkorrektion, varierer deres administrative praksis betydeligt. Region Syddanmark og Region Hovedstaden har den strammeste administrative praksis, og gennemfører som udgangspunkt alle beregnede creepkorrektioner, hvorimod Region Midtjylland i højere grad stoler på sygehusenes indberetninger - og i øvrigt ikke oplever, at der er grund til andet end at tro på disse. Region Sjælland har umiddelbart en mindre stram praksis, men har haft begrænset mulighed for at gennemføre egne creepberegninger og derfor i en periode kun videreført statens creepkorrektioner overfor regionen. Region Nordjylland viser sig at være et særligt tilfælde, idet regionens baseline overfor sygehusene tager udgangspunkt i klassiske aktivitetsmål, altså at sygehusene også måles på antal udskrivnin-

ger o.l. Man kunne argumentere for, at det er den mest stramme praksis for creepkorrektioner: aktivitetsvækst skal komme fra flere behandlede patienter og ikke andet.

Som vist, kan regionerne altså have helt enslydende formelle regler, men i virkeligheden have vidt forskellige tilgange til at anvende den samme regel. Det gør en forskel for prospektiviteten og dermed de vilkår, regionernes sygehuse er underlagt.

6.4 Takststyringsmodeller, tilskyndelser og sammenhænge

Som afslutning på sammenligningen af udviklingen i regionernes takst- og økonomistyring vil vi analysere regionernes og sygehusenes forventninger til og brug af takststyringsmodellerne som led i styringen og ledelsen på sygehusområdet. Vi vil sammenholde kendetegn ved de enkelte modeller med aktivitetsudviklingen på somatiske delområder for at få et billede af, om der er sammenhæng mellem de forventninger, som modellerne kan siges at være med til at påvirke udviklingen på området. Som vi har beskrevet ved tidligere præsentationer af data i dette kapitel, er der en række andre forhold, der også påvirker udviklingen i aktivitet og økonomi i regionerne, derfor vil vi primært have fokus på at sammenligne forskellighederne i modellerne og derudfra se, om der er en sammenhæng mellem dem og aktivitetsudviklingen.

6.4.1 Aktivitetsudvikling og styrbarhed

I regionernes budgetmateriale er der naturligt nok et stort fokus på aktivitet - den budgetterede aktivitet og den aktivitetsvækst, der er indregnet i budgetterne. Aktivitet og hensyn til aktivitet har også været et væsentligt fokus i interviewene i regionerne. Et væsentligt spørgsmål i den forbindelse er i hvor høj grad, det er muligt at påvirke aktivitetsudviklingen på sygehusområdet. Regionerne svarer relativt samstemmende, at en stor del af aktivitetsudviklingen overordnet set er påvirket af teknologisk udvikling (herunder at patienter bliver ældre og får sygdomme, der kræver nye typer behandling) og patientrettigheder. Altså forhold som ikke er i regionernes egne hænder. Der er imidlertid væsentlig variation i holdningerne til, hvad en takststyringsmodel kan gøre i forhold til at skabe rammer for aktivitetsudviklingen, der både fremmer en hensigtsmæssig udvikling og øger produktiviteten.

I vores materiale er Region Hovedstaden den region, der giver udtryk for størst tvivl, om takststyringsmodeller kan gøre en forskel for aktivitetsudviklingen, mens de øvrige regioner har en større tro på, at takststyringsmodellerne - om ikke andet så indirekte - kan have en betydning for udviklingen i sygehusenes aktivitet. I Region Sjælland siges det om en indførelsen af loft for aktivitetsafregningen i regionen:

”Det har edderbrodere mig signalværdi: [...] det er hertil venner og ikke mere, I skal producere”

Citatet illustrerer en pointe, vi finder i flere regioner: at det er *signalværdien*, der fremhæves og ikke en forventning om, at de økonomiske (ændrede) afregningstakster automatisk vil få den tilsigtede virkning. Med andre ord, er eventuelle tilskyndelser og inci-

tamenter i takststyringsmodellen afhængige af andre former for styrings- og ledelsesinstrumenter. Samme pointe er central i Region Syddanmarks takststyringsmodel. Regionen understreger, at takststyringsmodellen primært skal forstås som *understøttende* for direktionens og regionsrådets ledelse: takststyringsmodellen skal afspejle den vej og de mål, der er besluttet og lagt ud. I den forstand er det altså ikke meningsfuldt at skelne mellem betydningen af takststyringsmodellen og betydningen af de ledelsesmæssige beslutninger, den understøtter. I vores analyser af, hvordan mulige tilskyndelser i modellerne hænger sammen med aktivitetsudviklingen, skelner vi derfor heller ikke mellem modellernes eventuelle tilskyndelser og de ledelsesmæssige beslutninger, modellen skal understøtte.

På sygehusniveau er der blandede holdninger. Takststyring skærper på den ene side det kliniske personales fokus på produktionen og på, hvad der kan betale sig. På den anden side kritiserer flere interviewpersoner på sygehusene indførelse af lofter og lave afregningstakster. Hvad gør man, når patienter fortsætter med at komme - nu uden afregning for aktiviteten? På sygehusniveau er der tvivl om, hvorvidt man kan påvirke aktivitetsudviklingen. Der er dog mange steder en holdning om, at en bevidst satsning kan gøre en forskel for, hvordan aktiviteten håndteres lokalt, og her kan takststyringsmodeller virke understøttende.

I forhold til at understøtte en bestemt udvikling er en af de mest slående forskelle på regionernes takststyringsmodeller, at der - som vi har set - er væsentlige forskelle på, hvilke behandlingsområder, der er inkluderet i takstafregningen. Nedenfor er tabel 12, der giver et overblik over de inkluderede områder i regionernes takststyringsmodeller, gengivet:

Tabel 12. Oversigt over inkluderede områder i takststyringsmodellerne

Region	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark
Inkluderede områder	Al somatik	Al somatik	Al somatik	Hovedparten af somatisk aktivitet	Elektiv, kirurgisk Ambulant
Ikke-inkluderede områder				Kroniske patientgrupper	Stationær medicinsk Akut
Bemærkninger	Meraktivitetsafregning godkendes hovedsagelig ift. akut aktivitet		Meraktivitetsafregning målrettet elektiv, kirurgisk aktivitet	Meraktivitetsafregning målrettet elektiv, kirurgisk aktivitet	

Mest markant er forskellen mellem Region Syddanmarks valg og de øvrige regioners valg. Regionen har valgt ikke at have det akutte område og det stationært medicinske område med i takstafregningsmodellen. Det betyder, at sygehusene på disse områder ikke fratrækkes finansiering, hvis aktiviteten er lavere end baseline, eller tildeles yderligere finansiering, hvis aktivitet er højere. Regionens begrundelse er, at det hensigtsmæssige for regionen på disse områder er at have så lav aktivitet som muligt - og en takststy-

ringsmodel understøtter ikke denne hensigt, der må bruges andre værktøjer. Til gengæld ønsker regionen, at så meget som muligt af den elektive aktivitet foregår på regionens egne sygehuse, og at så meget som mulig stationær aktivitet omlægges til ambulans aktivitet, og derfor understøtter takststyringsmodellen denne udvikling ved at øge sygehuse- nes finansiering, hvis aktiviteten på disse områder stiger. Region Midtjylland har også elementer af denne tankegang. Kronikerområdet er i regionen udskilt fra takststyrings- modellen med de samme begrundelser: regionen har kun interesse i, at der er så lav ak- tivitet som muligt på dette område og ønsker derfor ikke, at det får negativ finansie- ringsmæssig betydning for sygehuse, hvis de kan sænke denne type aktivitet. Region Midtjylland og Region Nordjylland har derudover valgt modeller, der kun afregner for me- raktivitet på udvalgte delområder, der er særligt konkurrenceudsatte.

Overfor denne indretning af inkluderede områder står særligt Region Sjællands og Region Hovedstadens beslutninger om, at takststyringsmodellen gælder på alle de somatiske om- råder.⁵ Begrundelserne for dette er en lighedstankegang: der skal ikke være forskel på, hvor højt de forskellige områder er prioriteret, og derfor er takststyringen ikke reserve- ret til bestemte behandlingstyper. Samtidig er der også en pragmatisk begrundelse: takststyringsmodellen kan lede ressourcer til de områder, hvor der er størst aktivitets- vækst, og dermed - alt andet lige - også den største udgiftsvækst. Det betragtes derfor som urimeligt at ekskludere bestemte områder fra modellen. Region Hovedstadens til- gang understreges endvidere af de fra 2010 gældende regler for at få administrativ god- kendelse af meraktivitet: det er muligt i forhold til akutte områder, hvor patienterne er uafviselige, men ikke på elektive områder (bortset fra hjemtrækningsprojekter), hvor sygehuse selv har mulighed for at styre patientoptaget. Begrundelserne er altså stik modsat dem, vi ser i Region Syddanmark.

De forskellige holdninger er for os at se et resultat af en indbygget dobbelthed i takstaf- regningssystemerne. Skal takststyringsmodeller bestemme *finansiering* bagud, dvs. dæk- ke udgifter sådan som de er nu engang er blevet fordelt med aktiviteten, eller skal de skabe *incitament* fremadrettet, så de understøtter en udvikling i en bestemt retning? Der er væsentlige forskelle på, hvor vægten ligger i begrundelserne for regionernes mo- dellers. Region Syddanmarks begrundelser har overvejende et fremadrettet fokus på sær- ligt uhensigtsmæssige tilskyndelser, mens Region Hovedstadens og Region Sjællands be- grundelser lægger mere vægt på, at takststyringsmodellen finansierer aktiviteten, som den er faldet. Region Midtjylland og Region Nordjyllands modeller ligger mere midt imel- lem de to overordnede begrundelser. Som tabel 12 viser, giver de forskellige begrundel- ser sig specifikt udtryk i de behandlingsområder, der afregnes for i takststyringsmodel- len.

⁵ Ligesom det gør i nedadgående retning for aktivitet i Region Nordjylland og størstedelen i Region Midtjyl- land.

6.4.2 Tilskyndelser og aktivitetsudvikling

Gør de forskellige modeller og inkluderede områder så en forskel for aktivitetsudviklingen på udvalgte delområder? Vi vil i det følgende se nærmere på den regionsvise udvikling på følgende delområder af den samlede somatiske aktivitet:

- Udviklingen i aktiviteten på det akutte og det elektive, stationære område
- Udviklingen i aktiviteten på det ambulante og det stationære område

Formålet med at se på den overordnede udvikling på disse to områder er at vurdere, om de konkrete, indbyggede tilskyndelser i modellerne gør en forskel for udviklingen i aktiviteten i regionerne. Som udtryk for aktiviteten anvender vi "klassiske aktivitetsmål", dvs. antallet af ambulante besøg og antal udskrivinger fra 2007 til 2010. Det har ikke været muligt for os at opgøre aktiviteten for 2007 til 2010 i det samme takstkatalog, og dermed få et udtryk for aktiviteten målt efter samme beregningsskala for DRG-værdi. Vi vurderer ikke, det er meningsfuldt at opgøre og sammenligne DRG-værdien i de forskellige års takstkataloger. Der sker spring i værdien af taksterne, som betyder, at den opgjorte værdi skifter mellem årene, hvilket kun kunne være løst ved at anvende det samme takstkatalog for alle årene. Derfor nøjes vi med "klassiske aktivitetsmål". Det er imidlertid også tilstrækkeligt, så længe vi ser på den overordnede udvikling og de overordnede mønstre - og særligt fordi vi ikke analyserer snævre aktivitetsområder. Opgørelsen af DRG-værdien i skiftende takstkataloger har vi dog brugt som en slags "følsomhedsanalyse", som har givet os mulighed for at vurdere om udviklingen er afspejlet i meget forskellige udviklinger i DRG-værdien pr. udskrivning eller pr. ambulante besøg. Det er ikke tilfældet.

UDVIKLING I AKTIVITET PÅ DET AKUTTE OG DET ELEKTIVE, STATIONÆRE OMRÅDE

Som vi har set, adskiller Region Syddanmarks takststyringsmodel sig fra de øvrige regioner ved ikke at afregne for akut aktivitet, hverken ved aktivitetsstigninger eller -fald. De øvrige regioner skelner ikke mellem akut og elektiv aktivitet i deres takststyringsmodeller, om end målrettede puljer i Region Midtjylland og Region Nordjylland typisk ikke er afsat til akut aktivitet men til elektiv, kirurgisk aktivitet. I Region Sjælland skelnes der ikke mellem områderne, dog når sygehusene, ligesom i Region Nordjylland og Region Midtjylland, på et tidspunkt et loft, hvorefter der ikke længere afregnes for højere aktivitet. I Region Hovedstaden er der ikke sådan et loft, så hvis modellerne påvirker aktivitetsudviklingen, må man forvente, at den akutte aktivitet vil stige mest i Region Hovedstaden, næstmest i Region Sjælland og mindst i Region Syddanmark. Tabel 19 viser udviklingen i aktiviteten for henholdsvis den akutte og den elektive stationære aktivitet:

Tabel 19. Antal udskrivninger på egne sygehuse fordelt på akutte og elektive, stationære patienter 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	Vækst 2007-2010
Akutte patienter					
Region Hovedstaden	280.169	305.148	303.242	317.092	13,2 %
Region Midtjylland	167.502	185.255	173.883	184.355	10,1 %
Region Nordjylland	74.999	80.021	76.386	77.340	3,1 %
Region Sjælland	126.093	134.772	149.791	170.655	35,3 %
Region Syddanmark	172.881	190.369	176.275	175.299	1,4 %
Hele landet	821.644	895.565	879.577	924.741	12,5 %
Elektive patienter					
Region Hovedstaden	109.338	96.791	109.280	114.242	4,5 %
Region Midtjylland	82.315	75.478	79.778	80.050	-2,8 %
Region Nordjylland	35.136	34.442	38.253	35.797	1,9 %
Region Sjælland	37.913	37.002	35.416	34.424	-9,2 %
Region Syddanmark	62.497	60.411	68.890	71.040	13,7 %
Hele landet	327.199	304.124	331.617	335.553	2,6 %

Kilde: Tilvirkning på baggrund af data fra eSundhed

Det fremgår af tabellerne, at Region Sjælland har den største vækst i akutte indlæggelser, og det største fald i elektive indlæggelser. Udviklingen i Region Midtjylland ligner - dog med noget mindre procentuelle udsving. Region Hovedstaden har også en stor stigning i antallet af akutte indlæggelser - men samtidig vækst i antallet af planlagte indlæggelser. Region Nordjylland har en relativ lav vækst indenfor begge grupper. Region Syddanmark er den eneste region, hvor der er høj vækst i antallet af planlagte indlæggelser og samtidig kun en mindre stigning i antallet af akutte indlæggelser (faldende fra 2008 og frem).

Det er bemærkelsesværdigt, at aktivitetsudviklingen for akut og planlagt, stationære aktivitet i rimelig høj grad svarer til det, man kunne forvente på baggrund af de tilskyndelser, man kan identificere i modellerne. Region Syddanmark, der ikke afregner for akut aktivitet i hverken op- eller nedgående retning, har den laveste vækst i akut aktivitet og samtidig den højeste vækst i planlagte indlæggelser, som regionen netop (delvist) afregner for. Samtidig har de øvrige regioner hovedsagelig vækst i akutte indlæggelser - med Region Sjælland og Region Hovedstaden som regionerne med størst vækst.

Der kan naturligvis være flere forklaringer på dette: at der er forskel på, hvilken type aktivitet man har søgt at omlægge til ambulat behandling, eller at man har gennemført udbud af planlagte indlæggelser e.l. Det ændrer imidlertid ikke på, at udviklingen svarer godt til de forventninger, som en vurdering af tilskyndelserne i modellerne giver. Som sagt, kan man ikke skelne takststyringsmodellernes effekter fra effekten af andre overlappende ledelsesmæssige ønsker. Men hvor flere regioner primært begrunder den konkrete indretning af modellerne med, at de netop skal finansiere de områder, hvor aktivi-

teten er, må man konstatere, at der er et bemærkelsesværdigt sammenfald mellem modellernes mulige incitament og den aktivitetsudvikling på det akutte, stationære område, som vi kan observere.

En del af forklaringen på de markante forskelle kan naturligvis være, at modellerne også tilskynder til en ændret registreringspraksis. Hvis man i Region Syddanmark med nogle små procedureændringer kan gøre et akut kirurgisk forløb til et planlagt eller ambulante forløb, eller hvis man i Region Hovedstaden (fra 2010 og frem) kan gøre et planlagt forløb akut, er der nogle tilskyndelser til det i modellerne. Det har vi ikke mulighed for at kontrollere for, men det kan næppe forklare de store forskelle i aktivitetsudviklingen fuldt ud.

UDVIKLINGEN I AKTIVITETEN PÅ DET AMBULANTE OG DET STATIONÆRE OMRÅDE

En anden væsentlig forskel i modellerne er, i hvor høj grad der er tilskyndelser til at omlægge stationær behandling til ambulante behandling. Igen skiller Region Syddanmark sig ud ved, at regionen har valgt at afregne for meraktivitet på ambulante behandlinger, som man ikke ville have afregnet for, hvis behandlingen havde foregået i stationært regi. Formålet med dette er at understøtte en omlægning fra stationær til ambulante behandling, og derfor kunne man forvente, at Region Syddanmark ville have - alt andet lige - størst vækst i den ambulante aktivitet og mindst vækst i den stationære aktivitet. På den anden side, giver alle regionerne udtryk for, at de har fokus på at omlægge til ambulante behandling - dog uden at sammenkæde dette ønske med økonomiske tilskyndelser via takststyringsmodellen. Men det kunne dog tale for en ensartet udvikling. Tabel 20 viser udviklingen i den ambulante og den stationære aktivitet i regionerne:

Tabel 20. Antal ambulante besøg og antal udskrivinger på egne sygehuse 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	Vækst 2007-2010
Antal ambulante besøg					
Region Hovedstaden	2.046.919	1.994.565	2.130.568	2.178.642	6,4 %
Region Midtjylland	1.285.343	1.231.599	1.355.742	1.370.032	6,6 %
Region Nordjylland	471.345	471.042	533.407	535.833	13,7 %
Region Sjælland	709.935	699.280	748.391	736.083	3,7 %
Region Syddanmark	1.366.411	1.373.526	1.533.748	1.590.725	16,4 %
Hele landet	5.879.953	5.770.012	6.301.856	6.411.315	9,0 %
Antal udskrivinger					
Region Hovedstaden	389.507	401.939	412.522	431.334	10,7 %
Region Midtjylland	249.817	260.733	253.661	264.405	5,8 %
Region Nordjylland	110.135	114.463	114.639	113.137	2,7 %
Region Sjælland	164.006	171.774	185.207	205.079	25,0 %
Region Syddanmark	235.378	250.780	245.165	246.339	4,7 %
Hele landet	1.148.843	1.199.689	1.211.194	1.260.294	9,7 %

Kilde: Tilvirkning på baggrund af data fra eSundhed

Tabellerne viser en udvikling, der i høj grad svarer til den, man kunne forvente ved at betragte modellerne alene. Region Syddanmark har en markant højere vækst i antallet af ambulante besøg, sammenlignet med den generelle udvikling. Samtidig har regionen en relativ begrænset vækst i antallet af stationære indlæggelser. En tilsvarende udvikling ses i Region Nordjylland. Region Sjælland har klart størst vækst i antal udskrivinger, og lavest vækst i antallet af ambulante besøg. Region Hovedstaden har også en vækst i antallet af ambulante besøg en del under gennemsnittet og en relativ høj vækst i antallet af indlæggelser.

Regionen med en takststyringsmodel, der tilskynder til - eller understøtter - en udvikling med omlægning til ambulante aktiviteter har altså en vækst i antallet af ambulante besøg, der er mere end dobbelt så høj som gennemsnittet. Igen må man altså konstatere, at der er et klart sammenfald mellem tilskyndelserne i modellerne og den aktivitetsudvikling, vi observerer. Takststyringsmodellen er næppe den eneste forklaring på dette; omlægning af behandling kræver en række lægefaglige og procesmæssige valg, som Region Syddanmark altså i størst omfang er lykkedes med at gennemføre. I den sammenhæng er det relevant at fremhæve udviklingen i Region Nordjylland. Udover et stort fokus på budgetoverholdelse er der ikke i regionens takst- og økonomistyring klare tilskyndelser til at omlægge til ambulante behandling (Et fokus på budgetoverholdelse kan dog forventes at fremme et fokus på mere effektive behandlingsforløb). Men på baggrund af udviklingen i Region Syddanmark, sammenholdt med udviklingen i de øvrige regioner, kan vi alligevel konstatere, at takststyringsmodellerne kan gøre en forskel for udviklingen i aktiviteten. De ser ud til at være gode at have med på vognen i forhold til at understøtte en ønsket udvikling.

6.4.3 Takststyring, prospektivitet og produktivitsudvikling

Som nævnt i indledningen og baggrunden for denne rapport, blev takststyring indført blandt andet med henblik på at øge produktiviteten. I forlængelse af gennemgangen af regionernes modeller, er det nærliggende at spørge, om man på den baggrund kan forvente, at modellerne er produktivitsfremmende, eller rettere: øger produktiviteten med mere, end man ad andre veje ville være nået?

Det er naturligvis ikke muligt at svare klart på det spørgsmål, der har en kontrafaktisk karakter. Men man kan konstatere, at en stor del af vores datamateriale ikke handler om produktivitsudvikling, men i stedet om afvejningen mellem hensyn til aktivitet og hensyn til udgifterne. I disse drøftelser har det ligget implicit, at det ene hensyn har betydning for det andet. Det vil naturligvis også ofte være tilfældet - med mindre produktivitet stiger. Det er alligevel markant, at der i flere af interviewene overvejende tænkes i enten aktivitets- eller økonomifokus. Som det udtrykkes i en region:

”når man har sin økonomi- og aktivitetsstyring, [...] så bliver man nødt til at have en ventil, hvor man prøver at hjælpe nogen, der har nogle vanskelige vilkår. Om det så er i aktivitetsmodellen, eller om det er på økonomisiden ift. den enkelte sag, kan jo i virkeligheden være sådan lidt hip som hap”

Citatet illustrerer det forhold, vi har forsøgt at belyse ved at vurdere *prospektiviteten* i regionernes modeller. Hvis man ønsker at bruge takststyringsmodeller til at øge produktivitet, er det for os at se en forudsætning, at modellerne ikke ændres pga. ”vanskelige vilkår”. Der skal være en væsentlig del af takst- og økonomistyringen, der ikke varierer med de faktiske omkostninger på sygehusene. Der er nødt til at være en insisteren på, at både økonomi- og aktivitetshensyn kan tilgodeses, og i det lys har det været afgørende for dette projekt, at se takststyring og økonomistyring som to sider af samme sag.

Det er ikke givet, at takststyring virker mere produktivitsfremmende end andre ledelses- og styringsværktøjer. Dog er der nogle gode muligheder for at lægge et krav om produktivitsvækst ind i modellerne, ligesom der som nævnt kan være en implicit produktivitsudvikling indbygget i regionernes baselineberegningemetoder. På den anden side kan vi se, at sygehusenes økonomistyring er præget af centrale initiativer, der med konkrete initiativer og værktøjer forsøger at hæve produktiviteten.

Pointen her er imidlertid, at hvis man skal have en forhåbning om, at takststyring i sig selv virker særligt produktivitsfremmende, er det afgørende, at ”ventilerne” (jf. ovenstående citat) i økonomistyringen er tilstrækkeligt små. En af de regioner, der i højest grad insisterer på at have en høj grad af prospektivitet i økonomistyringen er Region Syddanmark. I interviewene i regionen gives der enslydende udtryk for, at man ikke kommer trængte sygehuse til hjælp økonomisk, for ”*det vil gå ud over deres produktivitet*”. I Region Hovedstaden - og i lidt mindre omfang i Region Sjælland - er der en tilsvarende holdning, og derfor kunne man umiddelbart forvente, at det var i disse regioner, man ville se den største vækst i sygehusenes produktivitet. Tabel 21 viser udviklingen i regionernes produktivitet, byggende på de årlige produktivitsopgørelser.

Tabel 21. Oversigt over udviklingen i produktivitet 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	Gennemsnitlig vækst pr. år*	Relativ produktivitet 2010 (100 = gennemsnit)
Region Hovedstaden	0,1 %	-2,7 %	4,7 %	8,3 %	2,6 %	100
Region Sjælland	1,5 %	-2,7 %	5,2 %	7,5 %	2,9 %	100
Region Syddanmark	1,0 %	-2,0 %	5,0 %	3,6 %	1,9 %	104
Region Midtjylland	2,4 %	-5,6 %	2,4 %	4,4 %	0,9 %	100
Region Nordjylland	4,2 %	-2,7 %	4,1 %	0,6 %	1,6 %	96

Kilde: De årlige produktivitsopgørelser (www.sum.dk)

Note: *Simpelt gennemsnit af de fire årlige vækstrater

Det er ikke en enkelt sag at opgøre udviklingen i produktiviteten, og som udtryk for regionernes gennemsnitlige produktivitsvækst bruger vi et simpelt gennemsnit af de grundigt udregnede produktivitsvækstrater mellem to år. Tabellen viser, at Region Sjælland har haft den største produktivitsvækst, efterfulgt af Region Hovedstaden. Begge

regioner havde dog sammenlignet med de øvrige regioner en relativt lav produktivitet i udgangspunktet, som nu i vid udstrækning er indhentet. Region Syddanmark har haft en cirka gennemsnitlig produktivitetsvækst. Der er altså umiddelbart nogle tegn på, at der kunne være en grad af sammenhæng mellem udviklingen i produktiviteten og prospektiviteten i regionernes takststyringsmodeller. Man skal dog være varsom med at konkludere for skarpt om denne sammenhæng - som nævnt er produktivitetsudviklingen også afhængig af en række andre forhold.

Det er imidlertid interessant, at i år 2010, hvor der har været størst fokus på budgetoverholdelse i landets regioner (jf. afsnit 6.2), også er det år, hvor der samlet set har været størst vækst i produktiviteten. Måske fordi sygehusene - som vi også vil se tegn på i næste kapitel - for alvor er blevet presset til at optimere produktionen og arbejdsgangene. Introduktionen af faste økonomiske rammer kunne se ud til at fremme produktiviteten i et system med variabel afregning.

6.4.4 Køb af ydelser i andre regioner og hjemtrækning

I regionernes beskrivelser af deres styring er der et forhold, som i mere eller mindre grad er en del af regionernes takststyringsmodeller. For alle regioner er det et erklæret mål for styringen på området, at flere patienter skal behandles på regionens egne sygehuse. Det er primært et økonomisk begrundet ønske, da det ofte er væsentligt dyrere at betale for behandling i andre regioner og på private sygehuse. Særligt Region Sjælland og Region Nordjylland har et eksplicit ønske om at behandle flere patienter selv, og de har også den største andel af patienter, der behandles uden for regionen. Når man ser på, hvordan regionerne har indrettet deres takststyringsmodeller er det imidlertid kun i relativt begrænset omfang et hensyn, der direkte er taget med i modellerne. Region Syddanmarks model har netop takstafregning på de områder, hvor patientmobiliteten er størst: det elektivt, kirurgiske område og det ambulante område. Som vi har set, fremhæver Region Hovedstaden og Region Sjælland "lighed" som et vigtigt hensyn i modellerne, altså at man ikke ønsker at rette takststyringsmodellen mod særlige konkurrenceudsatte områder, hvor patientmobiliteten er høj og der derfor er mange køb af ydelser i andre regioner. Det gør Region Midtjylland og Region Nordjylland i højere grad ved at have afgrænsede meraktivitetspuljer til netop de behandlingsområder, hvor der er størst patientmobilitet og behandlingsalternativer.

Det er dog også vigtigt at være opmærksom på, at der ud over takststyringsmodellerne er en række *hjemtrækningsprojekter*, som regionerne etablerer for at sikre, at så mange som muligt af regionens egne borgere behandles på regionens egne sygehuse. Hjemtrækningsprojekter er særlige målrettede kapacitetsudvidelser på regionens sygehuse, der skal sikre, at regionens egne patienter ikke søger behandling i en anden region eller på et privat sygehus. Rationalet er, at det er billigere at købe den ekstra kapacitet på regionens egne sygehuse. Hjemtrækningsprojekterne ligger altså i en forstand uden for takststyringsmodellerne ved, at finansieringen af projekterne typisk er, at man reducerer budgettet til køb af ydelser hos andre regionale eller private sygehuse. Projekterne bliver dog naturligvis indregnet i sygehusenes nye indtægtsbudget og aktivitetsbaseline.

Tabel 22 viser, hvor stor en andel af regionernes ambulante og stationært behandlede borgere, der behandles på regionens egne sygehuse i 2010. Endvidere viser tabellen udviklingen i denne andel mellem 2007 og 2010.

Tabel 22. Andel borgere behandlet på henholdsvis egne sygehuse, andre regioners sygehuse, samt private sygehuse

Behandlingsregi	Andel af behandlede borgere 2010		Vækst i procentpoint 2007-2010	
	Stationær	Ambulant	Stationær	Ambulant
Egne sygehuse				
Region Hovedstaden	96,8 %	95,3 %	-0,3 %	-1,5 %
Region Midtjylland	94,6 %	92,1 %	1,4 %	-0,1 %
Region Nordjylland	91,0 %	87,6 %	1,3 %	0,7 %
Region Sjælland	85,7 %	77,7 %	1,5 %	-2,1 %
Region Syddanmark	94,8 %	95,5 %	0,8 %	0,0 %
Andre regioner				
Region Hovedstaden	2,0 %	0,9 %	0,1 %	-0,1 %
Region Midtjylland	4,3 %	5,4 %	-1,8 %	-1,1 %
Region Nordjylland	7,4 %	6,9 %	-1,9 %	-3,1 %
Region Sjælland	12,1 %	18,0 %	-2,2 %	0,1 %
Region Syddanmark	4,3 %	3,0 %	-1,0 %	-0,8 %
Private sygehuse				
Region Hovedstaden	1,1 %	3,7 %	0,2 %	1,5 %
Region Midtjylland	1,1 %	2,5 %	0,4 %	1,3 %
Region Nordjylland	1,6 %	5,5 %	0,6 %	2,4 %
Region Sjælland	2,1 %	4,3 %	0,7 %	2,0 %
Region Syddanmark	0,9 %	1,5 %	0,2 %	0,8 %

Kilde: Tilvirkning på baggrund af data fra eSundhed

Tabellen viser, at der ikke er væsentlig forskel på i hvor høj grad, det er lykkedes regionerne at øge andelen af egne borgere, der behandles på regionens egne sygehuse. Region Nordjylland har umiddelbart forøget andelen mest, mens andelen er faldet i Region Hovedstaden. Generelt er det i forhold til stationær aktivitet, at det er lykkedes at øge andelen af borgere i eget regi. Ændringerne i andel behandlede borgere dækker over, at der generelt set har været en vækst i andelen af borgere behandlet på private sygehuse, særligt i forhold til ambulante aktiviteter. På landsplan er andelen af borgere på private sygehuse vokset fra 0,7 % til 0,9 % for stationær aktivitet, og fra 0,7 % til 1,5 % for ambulante aktiviteter. Der er samtidigt et fald i andelen af borgere, der behandles på andre regioners sygehuse. Den tendens er måske ikke så overraskende.

HJEMTRÆKNING OG KONSEKVENSER

I begyndelsen af den periode, vi undersøger, var det i de fleste regioner ikke afgørende, om hjemtrækningen af patienter foregik fra et privat eller et sygehus i en anden region.

Det fokus har imidlertid ændret sig. De gennemsnitlige private afregningstakster er faldet i løbet af perioden, og det er som nævnt blevet mere udbredt, at regionerne udbyder behandlinger i offentligt udbud, og dermed sikrer endnu lavere afregningstakster for behandling i privat regi. Det forklarer en del af væksten i behandlinger i privat regi i tabel 22. Region Syddanmark var den første region, der indførte udbud af behandlinger efterfulgt af Region Sjælland, og siden er alle regioner fulgt med. Fokuset på hjemtrækning fra den private sektor i regionerne er derfor mindsket markant, eftersom gevinsten ved hjemtrækning herfra er blevet væsentligt mindre. Et forhold som flere regioner i øvrigt betragter som en del af årsagen til, at man har kunnet fokusere skarpere på at sikre budgetoverholdelse på sygehusene.

Konsekvensen er imidlertid i forhold til hjemtrækningen, at de for den enkelte region klart dyreste behandlinger vedrører de patienter, der behandles i andre regioner. De afregnes i udgangspunktet til 100 % af DRG-taksten, hvilket betyder, at potentialet for den enkelte region i at hjemtrække patienterne er meget tydeligt.⁶ Derfor har alle regionerne fokus på at hjemtrække så mange patienter som muligt fra de andre regioners sygehuse.

Økonomistyringsmæssigt er det ikke en enkel opgave, og flere regioner og sygehuse beskriver, at der kan være uklarhed om, hvordan hjemtrækningen opgøres. Eksempelvis om det skal være en forudsætning, at man kan observere et fald i købet af behandlinger i andre regioner, eller om det er tilstrækkeligt, at et sygehus kan påvise, at de selv gennemfører flere behandlinger. Tendensen i de regioner, der i størst grad gennemfører hjemtrækningsprojekter (Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Midtjylland) er, at kravene til sygehusene er blevet skærpet, bl.a. fordi projekterne ikke i tilstrækkeligt grad har medført et fald i udgifterne til køb i andre regioner. Tabel 22 viser også kun en begrænset stigning i andelen af egne borgere, der behandles på egne sygehuse.

De vanskeligt observerbare gevinster kan også skyldes, at de øvrige regioner også har hjemtrækningsprojekter, og på tilsvarende vis søger at reducere antallet af egne patienter, der behandles i en anden region. Effekten ved et hjemtrækningsprojekt, kan altså meget vel udlignes af naboregionens hjemtrækningsprojekt. Et citat fra Region Nordjylland illustrerer, at regionerne også er bevidste om, at der er noget modsætningsfuldt ved hjemtrækning:

”Fordi alle regioner arbejder med hjemtagelsesprojekter, så er det en utilsigtet hændelse, at vi gør sygehuskapaciteten større i Danmark.”

Imidlertid forekommer de mulige økonomiske gevinster så attraktive, at hjemtrækning i høj grad stadig er på dagsordenen i de fleste regioner. Udefra betragtet ser det imidlertid ud til, at afregningen mellem regionerne og regionernes hjemtrækningsprojekter kan have nogle uhensigtsmæssige konsekvenser for optimeringen af det samlede sygehusområde.

⁶ Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Syddanmark har dog lavet en aftale om at afregne på tværs af de tre regioner til 90 % af DRG-taksterne.



Takst- og økonomistyring på sygehusniveau

Som beskrevet indledningsvist har vi gennemført interviews med udvalgte sygehuse for at få indblik i takst- og økonomistyringen på sygehusniveau. I sidste ende er det sygehuspersonalets adfærd på afdelingerne, der er det afgørende for aktiviteten, produktiviteten og det finansielle resultat på sygehuse. Derfor er det centralt at sammenligne, hvilke rammer disse afdelinger er givet, og i hvilket omfang regionernes takststyringsmodeller bliver videreført i sygehusledelsens styring af afdelingerne. I aftalerne om takststyring er beskrevet en hensigt om, at takstmidlerne *"i hensigtsmæssigt omfang kanaliseres ud til de udførende afdelinger"* (Økonomaftalen 2004). Selvom hensigten er, at man i et eller andet omfang skal videreføre takststyringen, har sygehusledelserne generelt stor frihed til at træffe valg om videreførelsen af takststyringen.

Også i forhold til økonomistyringen er det afgørende at analysere og sammenligne sygehuse. Som det fremgår af kapitel 4 er ansvaret for budgetopfølgning og budgetoverholdelse et ansvar, der er placeret på sygehusniveau, og hovedparten af regionerne har ikke en tæt opfølgning og kontrol af selve budgetstyringen på sygehusniveau. Udover en typisk mere koncentreret forvaltningsmæssig indsats overfor sygehuse med budgetproblemer, bygger den samlede vurdering af sygehuses forventede årsregnskab i vid udstrækning på sygehuses egne indberetninger og vurderinger. Derfor er det relevant at gå tæt på økonomistyringen på sygehusniveau: hvilke økonomistyringsmæssige værktøjer tager sygehuse i brug for at sikre budgetoverholdelse? Er der forskel på økonomistyringen på sygehuse med gode og dårlige regnskabsresultater?

For at få indblik i takst- og økonomistyringen på sygehusniveau udvalgte vi to sygehuse fra hver af landets regioner til undersøgelsen. Landets sygehuse er forskellige med hensyn til størrelse og grad af specialisering. Vi ville gerne sikre repræsentation af både højt specialiserede sygehuse og mindre specialiserede sygehuse, og valgte derfor - hvis muligt - at medtage et sygehus med lands-/landsdelsfunktion og et uden fra hver region. Endvidere ønskede vi variation i forhold til de økonomiske resultater på sygehuse, således søgte vi også sygehuse med henholdsvis merforbrug og mindreforbrug/balance i regnskabet for 2009. De valgte sygehuse fremgår af tabel 23:

Tabel 23. Oversigt over de sygehuse, der indgår i undersøgelsen

Sygehus	Region Hovedstaden		Region Sjælland		Region Nordjylland		Region Midtjylland		Region Syddanmark	
	Gentofte Hospital	Hvidovre Hospital	Sygehus Nord	Sygehus Syd	Aalborg Universitetshospital	Sygehus Vendsyssel	Aarhus Universitetshospital, Skejby Sygehus.	Hospitalsenheden Vest	Odense Universitetshospital	Sygehus Lillebælt
Lands-/landsdelsfunktion	NEJ	JA	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ
Merforbrug - regnskab 2009	NEJ	JA	NEJ	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA	NEJ

Sygehus Syd i Region Sjælland ønskede ikke at medvirke i undersøgelsen, og derfor har vi i alt besøgt ni sygehuse.

7.1 Takststyring

Sygehusene er underlagt fem forskellige takststyringsmodeller, der sætter rammerne for sygehusenes muligheder for at gøre finansieringen af afdelingerne aktivitetsafhængig. Besøgene på sygehusene gav et godt indblik i sygehusenes takststyring, og vi har valgt at sammenligne sygehusene på baggrund af primært tre kriterier:

- Brug af baseline overfor afdelingerne
- Afregning for mer- og mindreaktivitet
- Adgang og praksis i forhold til overførsel af mer- og mindreforbrug til efterfølgende budgetår

Derudover er der en række andre interessante forhold i sygehusenes takststyring, dem har vi også forsøgt beskrevet i nedenstående tabel 24, der giver et overblik over sygehusenes valg vedrørende takststyring i 2010. Vi vil efterfølgende beskrive sygehusenes valg og begrundelser nærmere.

Tabel 24. Takststyring på sygehusene 2010 - oversigtstabel

Sygehus	Baseline på afdelinger	Afregning for mer-/mindreaktivitet	Overførsel af mer-/mindreforbrug	Krav fra regionen	Begrundelser for valg af model	Andet
Gentofte Hospital	Ja	Nej Dog ved særlige aftalte indsatser.	Nej	Nej	Svært at adskille aktivitet mellem afdelinger. Bekymret for u hensigtsmæssige incitamenter og økonomiske konsekvenser for afdelingerne	Udvidelser og reduktion af budget og baseline sker efter konkrete beregninger
Hvidovre Hospital	Ja	Nej	Nej Dog kan forhold begrunde det.	Nej	Økonomistyringsfokus har nødvendiggjort en stram styring af afdelingerne med udgangspunkt i nødvendigt fremmøde	Ved stigende aktivitet tilføres (evt.) øget finansiering på baggrund af genforhandlet fremmødeplan

Sygehus	Baseline på afdelinger	Afregning for mer-/mindre-aktivitet	Overførsel af mer-/mindre-forbrug	Krav fra regionen	Begrundelser for valg af model	Andet
Sygehus Nord	Ja	Ja Med knæk-takster og loft, der følger regionens	Ja Overførsel af +/- 2 % af grundbevilling	Nej	Detaljeret afregningsmodel, hvor afregningstakst afhænger af afdelingsspecifik omkostningsstruktur. Medfører stort fokus på produktion og udgifter	Takstmodel for både direkte og ikke-direkte producerende afdelinger – skaber incitament til samarbejde
Aalborg Universitetshospital	Ja	Nej	Ikke fast praksis. Afhængig af flere forhold	Sygehuset afregnes for aktivitet på afdelingsniveau	Få takststyringsmidler i regionen giver lille mulighed for sygehusets takststyring	Afdelingerne har et driftsbudget – uden indtægter. Men meraktivitet kan være en rimelig begrundelse for merforbrug
Vendsyssel Sygehus	Ja	Nej	Ikke fast praksis. Afhængig af flere forhold	Sygehuset afregnes for aktivitet på afdelingsniveau	Sygehusenes skal i høj grad nå deres baseline, men uden økonomiske sanktioner/belønninger	Sygehusets størrelse giver mulighed for at følge aktivitet og økonomi på afdelingsniveau tæt – og se problemstillinger, der kræver handling
Skejby Sygehus	Ja	Ja 37,5 % af DRG-takst over baseline, 50 % under baseline.	Ja 75 % af mindreforbrug, 100 % af merforbrug	Nej	Meraktivitet medfører typisk større udgifter. Derfor takstmodel gældende på samme måde for alle afdelinger – modsat regionens model	Accept af 'tilpasningstid' ved store aktivitetsfald, dvs. frihold fra aktivitetsstyring og samtidig krav om kapacitetstilpasning. Fra 2011: meraktivitetsafregning afhængig af budgetoverholdelse
Hospitalsenheden Vest	Ja	Nej Dog meraktivitetsaftaler på udvalgte område	Ikke fast praksis. Forventning om overførsel i 2011	Nej	Svært at reducere meraktivitetsmidler, når "pengene er givet ud på forhånd". Sygehuset har været underlagt en række omstillinger.	Vanskeligt at vurdere det præcise forhold mellem budget og baseline. Hvis afdelinger har overholdt budget og været over baseline i flere år skrues op for baseline.
Odense Universitetshospital	Ja	Ja På de områder der er takststyret i regionens model	Ja Overførsel af +/- 50 % af regnskabsresultat	Forventning om videreførelse af model til afdelinger	Ønske om at skabe incitamenter ude på afdelingerne. Men usikkert om det er dem, der medvirker til fx faldende liggetid	Takstafregning baseret på omkostningsberegninger. Fokus på klinisk korrekt og teknisk korrekt registrering. Der kan fritages fra overførselskrav ved eksempelvis uhensigtsmæssigheder i takstmodel
Sygehus Lillebælt	Ja	Ja "Dryp"-model sikrer fordeling af midler mellem afdelinger	Ja	Nej	Incitamenter skal være understøttet af værdier og målsætninger for at opnå resultater. Ledelsesmæssig fokus på samarbejde mellem afdelinger og "dryp"-model, der sikrer afregning til ikke-producerende afdelinger	Afspejler regionens styring af sygehuset i høj grad, fx ved baselinejustering. Også fokus på incitamenter på det rammestyrede område

BASELINE PÅ AFDELINGER

Det fremgår af tabel 24, at alle sygehuse anvender en baseline overfor afdelingerne, som udtrykker en budgetteret aktivitet, der hænger sammen med afdelingens udgiftsbudget. En baseline er i udgangspunktet en praktisk forudsætning for de sygehuse, der afregner for mer- og mindreaktivitet, og den er i udgangspunkt beregnet afdelingsvist, som en del af regionens samlede beregning af hele sygehusets baseline. Som det også fremgår af tabel 24, sker der på flere sygehuse imidlertid ikke afregning for mer- og mindreaktivitet. Umiddelbart kunne man argumentere for, at sygehuse derfor også kunne have undladt at videreføre en baseline. Det er imidlertid ikke tilfældet, og det er værd at bemærke.

På alle undersøgelsens sygehuse regnes aktiviteten målt i DRG-værdi som et brugbart mål for afdelingernes produktion, og afdelingerne holdes op på dette måltal. Selvom der ikke afregnes for mer-/mindreaktivitet forventes det, at afdelingerne når denne aktivitet, og sygehusledelsen reagerer ledelsesmæssigt på, når måltallene ikke nås. Baseline kan på disse sygehuse betragtes som et håndfast *resultatmål* for afdelingen. Fra afdelingernes synspunkt er baseline også vigtig i forhold til at kunne påvise en høj aktivitet, hvilket typisk er et godt argument ved forhandlinger om udvidede budgetrammer: på Hvidovre Hospital, Gentofte Hospital, Aalborg Sygehus og Hospitalsenheden Vest er højere aktivitet (forstået som aktivitet over baseline) en forudsætning for tildeling af flere midler - eller en god forklaring på et udgiftsmæssigt merforbrug. Så selvom man næppe kan betegne disse sygehuses finansiering af afdelingerne som takststyring, er det et vigtigt element i styringen af afdelingerne, at aktiviteten opgøres. Selvom klinikerne ifølge en økonomichef opfatter systemet som *"den mindst dårlige måde at opgøre aktiviteten på"*, værdsætter de også et system, der kan tydeliggøre afdelingens aktivitet. At kunne påvise en aktivitetsfremgang har både for afdelingsledelsen og for sygehusledelsen en selvstændig værdi - også selvom den ikke nødvendigvis giver flere midler. En økonomichef siger om indførelse af DRG-systemet - generelt og for sygehuset:

"Det er rigtig rigtig smart. [...] Man skal altså ikke underkende den betydning, det har haft. Det at man pris- og værdisætter: hvad fanden er det, vi laver? Det er centralt, og det er sådan set også med til, at vi kan styre vores system på en helt anden måde, og at lægerne tænker på en helt anden måde, end de ellers ville have gjort".

Citatet illustrerer, at opgørelsen af aktiviteten opleves at have ændret afdelingsledernes fokus på aktivitet og baseline på et sygehus, der ellers umiddelbart ikke afregner for meraktivitet på afdelingsniveau. Sygehuse giver udtryk for, at flere afdelingsledere har fokus på, om sygehusets investeringer kan betale sig i forhold til forventet aktivitet. Det illustrerer et andet tema i interviewene om takststyring internt på et sygehus: at sygehuse er en samlet enhed. Det forhold, at der ikke er afregning på afdelingsniveau på sygehuset, er ikke det samme som, at sygehusets afdelinger ikke er påvirket af aktivitetsafregning. For sygehuset er underlagt regionernes styringsmodeller, og selvom de ikke videreføres, beretter flere sygehuse, særligt Sygehus Vendsyssel, Hvidovre Hospital og Gentofte Hospital om et stort fokus på *fællesskabet* og sygehuset som en samlet

enhed i forhold til regionens takststyring - blandt andet fordi det er svært at skabe en fuldt retfærdig model for de mange behandlinger, der går på tværs af afdelinger. Fremhævnningen af fællesskabet har også det vigtige formål at tydeliggøre, at eventuelle problemer med at overholde sygehusets samlede baseline også er et potentielt problem for alle afdelinger pga. de virkninger, det får på regionens finansiering af sygehuset. Nogle af de mulige fordele ved takststyring: et større fokus på aktivitet og produktion kan ifølge flere sygehuse sagtens slå igennem på afdelingsniveau, selvom der ikke er egentlig afregning for aktivitet på afdelingsniveau.

AFREGNING FOR MER- / MINDREAKTIVITET

Tabel 24 viser, at det kun er fire ud af ni sygehuse, der afregner sygehusafdelingerne for mindre eller mere aktivitet end forudsat. På de øvrige sygehuse i undersøgelsen er der som nævnt et andet ledelsesmæssigt fokus på aktivitet, men kun fire sygehuse knytter den leverede aktivitet direkte sammen med afdelingernes finansiering, hvilket teoretisk set må siges at være helt grundlæggende for princippet ved takststyring. De to af sygehuse - Odense Universitetshospital og Sygehus Lillebælt - ligger i Region Syddanmark, der ifølge det ene sygehus også har en forventning om, at regionens takststyringsmodel føres ned på afdelingsniveau. Sygehus Nord i Region Sjælland har den mest komplekse model, hvor hver afdeling har en præcis afregningstakst med en DRG-andel, der afspejler afdelingens omkostningsstruktur og træk på andre afdelinger. Skejby Sygehus har - selvom der er loft på sygehusets takstafregning over regionen - haft en model uden loft over for afdelingerne. Fra 2011 og frem er det dog på det fusionerede Aarhus Universitetshospital en forudsætning for meraktivitetsafregningen, at der er balance i udgiftsbudgettet. Sygehuset beskriver også, at for afdelinger, der rammes af store aktivitetsfald, kan det være nødvendigt at dispensere fra takststyringen og i stedet lægge vægt på at understøtte en fremadrettet tilpasning af afdelingens kapacitet.

Det er altså værd at bemærke, at der langt fra går en lige linje fra statens meraktivitetsafregning til vilkårene for sygehusafdelingerne. Lokale forhold på de enkelte sygehuse betyder, at få sygehuse vælger en regelret takststyring af afdelingerne.

Det er interessant at betragte sygehusenes begrundelser for henholdsvis fra- og tilvalg af afregning for mer- og mindreaktivitet. De sygehuse, der ikke har valgt at lade finansieringen følge aktiviteten, begrunder det hovedsageligt med, at der har været vigtigere forhold i sygehusets styring end at sikre en takstafregning. Det være sig hensyn til at styre økonomien (Hvidovre Hospital, Gentofte Hospital) eller hensyn til, at sygehuset har været underlagt en række omstillinger, der har øget behovet for budgetsikkerhed for afdelingerne (Hospitalsenheden Vest). Sygehuse i Region Nordjylland begrunder den manglende takststyring af afdelinger med, at regionens takststyringsmodel rummer meget få midler - udover de midler der er afsat til aftalte og målrettede initiativer på afdelingsniveau (og hvor afregningen aftales uden for modellen). Sygehus Vendsyssel lægger endvidere vægt på, at med sygehusets størrelse er det hensigtsmæssigt at fremme en samlet styring og forpligtelse på tværs af afdelingerne. I øvrigt er det værd at bemærke, at ingen af de fem sygehuse har en fast praksis for at overføre mer- og mindreforbrug på

udgiftssiden. Dermed bliver spørgsmålet om afregning for mer-/mindreaktivitet også i praksis mindre betydningsfuldt.

Begrundelserne for at indføre aktivitetsafregning på afdelingsniveau er overlappende i den forstand, at repræsentanterne for de fire sygehuse alle fortæller, at takststyringen medfører et stærkere fokus på aktivitet og finansiering på afdelingerne. Af den simple grund, at der er etableret en direkte kobling mellem afdelingens aktivitetsniveau og afdelingens udgiftsbudget. Der er dog forskel på, hvordan begrundelserne for det rimelige i at takststyre afdelingerne vender. På tre af de fire sygehuse med takststyring er den primære begrundelse, at det er rimeligt at takststyre afdelingerne, fordi udgifterne på afdelingerne - alt andet lige - vil være højere ved større aktivitet. Afregning af mer- og mindreaktivitet kan medvirke til at dække de rimelige udgifter, afdelingerne har. Det begrundes, at Odense Universitetshospital og Sygehus Nord har afregningstakster, der bygger på den enkelte afdelings konkrete omkostningsstruktur, og det begrundes, at Skejby Sygehus har valgt, at takstafregningen skal gælde alle sygehusets afdelinger - selvom regionen skelner mellem behandlingstyper i regionens takststyringsmodel overfor sygehuset.

Modsat dette rationale ligger et andet primært rationale: at takststyringsmodellen repræsenterer en finansieringsstruktur, og med denne viden, kan man overveje, om aktiviteten fremadrettet kan udvides eller omlægges - set i lyset af de omkostninger, der er forbundet med højere eller ændret aktivitet. I vores undersøgelse af sygehusene er dette rationale i størst grad repræsenteret ved Sygehus Lillebælt, som gerne beskriver *incitamenterne* i takststyringsmodellen. Incitamenterne på det elektive område til enten at øge aktiviteten med det samme omkostningsniveau eller fastholde aktivitet med færre omkostninger, incitamenterne til at lave så effektive patientforløb som muligt på det akutte område (hvor der ikke afregnes for mindreaktivitet), og incitamenterne til at omlægge akut og medicinsk aktivitet til ambulante forløb. Det er dog vigtigt for sygehuset at påpege, at incitamenterne ikke står alene, men understøtter sygehusets (og regionens) målsætninger og værdier. På undersøgelsens øvrige sygehuse, særligt Sygehus Nord og Odense Universitetshospital, er der også elementer af dette rationale, men efter vores vurdering hovedvægt på det førstnævnte.

Sat på spidsen handler forskellen i rationalerne om, hvorvidt en takststyringsmodel skal dække og finansiere afholdte omkostninger ved en høj eller lav aktivitet, eller om takststyringsmodellen skal medvirke retningsgivende, fordi den skaber incitament og tilskyndelser, der medvirker til at bevæge sygehusafdelingerne i en bestemt retning og understøtter nogle ledelsesmæssige mål. Som vi har set i det foregående kapitel, er det imidlertid noget i aktivitetsudviklingen i regionerne, der tyder på at uanset, hvad der er begrundelsen for modellen, er der sammenhæng mellem tilskyndelserne i modellerne og den aktivitetsudvikling, der foregår. Begrundelser bagudrettet har det tilsyneladende med at blive til incitament fremadrettet. I vores undersøgelse på sygehusene virker det til, at begrundelserne for takststyring hovedsageligt lægger vægt på takststyringsmodellens rolle som en model, der finansierer afdelingerne svarende til, hvordan udgifterne

er faldet. Det fylder væsentligt mindre, at der kan indbygges tilskyndelser til en ønsket adfærd i modellerne.

OVERFØRSEL AF MER-/MINDREFORBRUG

Som det fremgår af tabel 24 har fire af undersøgelsens ni sygehuse faste regler om afdelingernes saldooverførsel. Af disse fire sygehuse har to af sygehusene (Sygehus Nord og Odense Universitetshospital) regler, der typisk reducerer overførslerne fra det ene budgetår til det andet, mens de to øvrige (Aarhus Universitetshospital, Skejby og Sygehus Lillebælt) som hovedregel overfører alt merforbrug og næsten alt mindreforbrug. Af de øvrige sygehuse har de tre af sygehusene ikke en fast praksis for saldooverførsel, mens de sidste to som hovedregel ikke overfører underskud og overskud.

I lyset af et af vores overordnede spørgsmål til regionernes takststyringsmodeller, om i hvor høj grad sygehusenes finansiering er uafhængigt af faktiske udgifter, må man konstatere, at det på afdelingsniveau kun er to ud af ni sygehuse, hvor finansieringen i udgangspunktet er uafhængig. De andre sygehuse lader i mere eller mindre grad finansieringen af afdelingerne være afhængig af de økonomiske resultater, afdelingerne opnår, og har derfor en lavere *prospektivitet* i deres styring af afdelingerne. Som vi vil se i næste afsnit om sygehusenes økonomistyring er det ikke det samme som, at økonomistyringen kan betegnes som slap. Økonomistyringen kan ifølge sygehusene imidlertid godt være stram, selvom reglerne for overførselsadgang ikke fuldt ud overfører mer-/mindreforbrug.

Sygehusenes begrundelser for deres valg af overførselspraksis kan opsummeres i tabel 25 nedenfor:

Tabel 25. *Begrundelser for valg af regler for overførsel og mer-/mindreforbrug*

Begrundelser for at overføre mer-/mindreforbrug	Begrundelser for ikke at overføre mer-/mindreforbrug
<ul style="list-style-type: none">• Afdelingerne har selv skabt deres resultater - både gode og dårlige.• Uden overførselsadgang skabes incitament til "benzinafbrænding" for at fastholde eller øge budgettet.• Det er klart kommunikeret, at budgetterne skal overholdes.	<ul style="list-style-type: none">• Det er vigtigt for økonomistyringen på afdelingerne, at årets budget er realistisk at overholde.• Sygehuset er et "fællesskab", derfor bæres underskud af alle.• Ændringer i regi af regionens sygehusplan har vanskeliggjort økonomistyring.• Underskud på afdelinger er ikke nødvendigvis selvforskyldt.• Økonomistyring sikres med andre ledelsesinstrumenter.

Tabellen viser argumenterne, vi stødte på, og på flere af sygehusene kender interviewpersonerne godt til argumenterne imod sygehusets praksis. På tre af sygehusene overvejes det at indføre regler, der øger afdelingernes grad af saldooverførsel, blandt andet for at understøtte sygehusledelsens skærpede fokus på budgetoverholdelse og tre af de fem sygehuse mener, at forhold kan begrunde, at man vælger at overføre merforbrug. Her skelnes der typisk mellem selvforskyldte og ikke-selvforskyldte merforbrug.

På de sygehuse, der har faste regler om, at årets resultat overføres, er der endvidere ofte i praksis mulighed for at dispensere fra reglerne. To af de fire sygehuse med regler om overførsel giver således udtryk for, at der relativt ofte er forhold, der begrundes dispensation fra kravet om overførsel.

7.2 Økonomistyring

Interviewene på de ni sygehuse gav et detaljeret indblik i, hvordan sygehusene arbejder med at sikre, at sygehusenes budgetter overholdes. Som nævnt er det væsentligt at få indblik i, eftersom sygehusene i høj grad selv varetager økonomistyringen uafhængigt af regionens forvaltning. De ni sygehuse har forskellige former for opfølgning og forskellige fokusområder, men der er også overlap og tendenser, som er væsentlige at fremhæve. Først vil vi dog i tabel 26 nedenfor gennemgå de karakteristika ved økonomistyringen på de ni sygehuse. Tabellen er opdelt efter tre temaer i økonomistyringen; den løbende opfølgning, centrale tiltag og initiativer, samt sygehusledelsens opbakning til økonomistyring:

Tabel 26. Økonomistyring på sygehusene 2010/2011 - oversigtstabel

Sygehus	Opfølgning og ledelsesinformation	Centrale initiativer og styring	Sygehusledelse
Gentofte Hospital	Afdelingerne med overskridelser indkaldes til dialog om at få nedbragt forbrug. Fast rapportering af status for økonomi og aktivitet. Stort fokus på relevant ledelsesinformation (økonomi, aktivitet og kapacitetsudnyttelse)	Stort fokus på afdelingernes sengekapacitet - genvurderes af direktion årligt - sammen med nødvendig bemanning. Administration kender og hjælper med at lægge fremmødeplaner for afdelinger	Stort økonomistyringsfokus - ved omstillinger afsættes ekstra ressourcer til økonomistyring
Hvidovre Hospital	Ved overskridelser på afdelinger: grundig analyse og genforhandling af budget (fokus på fremmødeplan) Fremadrettet fokus: forbedre ledelsesinformationssystem	Stort fokus på afdelingers fremmødeplaner - styrer afdelingerne og budgettildelingen med disse. Kasseopdelt styring og budgetopdeling: evt. flere midler gives som specifik bevilling til ekstra normering (e.l)	Direktion kender og drøfter hver afdelings fremmødeplan. Ny direktør ansvarlig for genopretning af økonomi
Sygehus Nord	Veludbygget ledelsesinformation - faste skabeloner, fast udsendelse (månedligt og ugentligt). Tæt opfølgning på afdelinger med økonomiproblemer: handleplaner og opfølgning på dem. Fokus på, at alle besparelser skal udmøntes på specifikke konti	Måltrettet indsats overfor afdelinger med problemer: gennemgang af fremmødeplaner. Beslutning om kvalificeret ansættelsesstop	Meget stort ledelsesfokus: <i>"budgetoverholdelse er hovedfokus 1, 2 og 3"</i>
Aalborg Universitetshospital	Afdelinger med overskridelser, skal udarbejde handleplan - som efterfølgende følges løbende	Fra centralt hold er der initieret: ansættelsesstop, sengelukninger og omlægning af aktivitet. Initiativ med <i>patientinventeringsproces</i>	Voksende fokus på budgetoverholdelse. Fra 2010: vigtigste opgave

Sygehus	Opfølgning og ledelsesinformation	Centrale initiativer og styring	Sygehusledelse
Vendsyssel Sygehus	Hver måned gennemgås afdelingers regnskab og aktivitet. Krav vedrørende afvigelser om, at <i>"alt skal kunne forklares"</i>	Sygehusets størrelse betyder, at ledelse og administration er tæt på styringen på afdelingsniveau. Særligt ved problemer ift. budgetoverholdelse går man tæt på for at analysere årsager og løsningsmuligheder	Har haft et uændret stort fokus på økonomistyring - signalerne centralt fra er dog blevet ændret
Skejby Sygehus	Tretrinsraket i opfølgningen overfor afdelingerne med budgetproblemer: 1. opmærksomhed, 2. handleplan, 3. under administration Primært opfølgingsfokus på lønsiden: sværest at tilpasse	Budgetoverholdelse forudsætning for tildeling af nye midler fra udviklingspuljer osv. Støtte fra lønkonsulenter til udarbejdelse af handleplan: hvad koster vagtdækningen, hvad hentes ved at skære ned på en vagt?	Direktør med meget stort fokus på økonomi. Budgetoverholdelse er altoverskyggende styringsparameter
Hospitalet Vest	Månedlig økonomiopfølgning - særligt fokus på afdelinger med presset økonomi Indsats: afdelinger med overskridelser skal udarbejde handleplaner, der løbende følges	Seks afdelinger med problemer: under skærpet fokus administrativt og ledelsesmæssigt Lønafdeling støtter udarbejdelse af handleplaner med indsigt i vagtplan	Voksende fokus på budgetoverholdelse.
Odense Universitets-hospital	Kvartalsopfølgning. Handleplaner ved forventet underskud, der skal godkendes af direktionen. Løbende opfølgning på virkningen af handleplan Velfungerende og veludbygget ledelsesinformationssystem	Centralt initiativ med <i>produktionsplanlægning</i> : Planlægning af operationer, operationsstuetid, personaleforbrug. Fordelt på ugedage og uger. Konsekvent brug af fremmødeplaner i styringen af dialogen med afdelingerne. Centralt besluttet vikarstop	Ny direktør med skarpt økonomistyringsfokus: <i>"Vi styrer meget længere nede i afdelingerne i dag"</i>
Sygehus Lillebælt	Tæt opfølgning på økonomi og aktivitet, samt resultater: fastlagte målsætninger om udvikling. Fast rapporteringsskabelon Tretrinsmodel ved merforbrug på afdelinger: 1. ledelsesmæssig og kompetencemæssig understøtning. 2. Hjælp til fremmødeplaner. 3. Sætte under administration	Central styring af lønftaler og afdelingernes normering. Krav om midler afsat til IT, forskning og personalepleje	Stort ledelsesmæssigt fokus på økonomi: <i>"så holder vi budgettet, og det mener vi altså alvorligt"</i>

OPFØLGNING OG LEDELSESINFORMATION

Som det fremgår af tabel 26 kan der tegnes et meget typisk billede af, hvordan sygehuse følger op på afdelingernes økonomi. Der er en generel overvågning, der fremhæver de afdelinger, hvor der er problemer med at overholde budgetterne. Det fører til, at disse afdelinger følges i højere grad fra centralt hold og opfølgningen intensiveres alt efter, om afdelingernes økonomi forbedres eller ej. Administrationen tilbyder forskellig hjælp til at udarbejde planer for at genoprette økonomien, og følger løbende med i, hvordan det så går med dette. De fleste sygehuses opfølgning på afdelingsniveau er en variation over denne generelle model. Det varierer imidlertid, hvor formelt modellen er formuleret og administreres. Sygehus Nord, Aarhus Universitetshospital, Skejby, og Sygehus Lil-

lebælt har meget præcise modeller for opfølgningen i forhold til afdelingerne, som understøttes af et ledelsesinformationssystem, som afdelingsledelserne kender og bruger. Det er på disse sygehuse tydeligst, hvad sygehusledelsen og administrationen vil gøre ved problemer på afdelinger, og truslen om, at økonomimæssige overskridelser kan have konsekvenser for afdelingsledelsernes handlerum er også mere eksplicit udtalte. En økonomichef siger:

”Det [den centrale styring overfor afdelinger med økonomiske problemer] er jo egentlig ud fra en filosofi om at gøre det så træls som om overhovedet muligt, og dermed give det største incitament til at have styr på det”.

Væsentligt i sygehusenes opfølgning står brugen af *handleplaner*. Handleplanerne er afdelingernes bud på, hvilke konkrete initiativer der skal sikre fremtidig sammenhæng mellem budget og regnskab, og kravet om en handleplan er sygehusledelsernes måde at bede afdelingsledelserne om at vise, hvordan økonomien skal genoprettes. Typisk er sygehusets centrale administration involveret i udarbejdelsen af handleplanerne, herunder beregning af hvilke økonomiske konsekvenser de konkrete initiativer vil få. På de fleste af de ni sygehuse er der således adskillige aktive handleplaner på afdelingsniveau. Flere af sygehusene beskriver dog, at handleplanerne langt fra altid resulterer i de ønskede besparelser, og at der så efterfølgende skal strammes yderligere op. Det får dog også flere sygehuse til at tage andre centrale initiativer, som vi vil gennemgå i det følgende afsnit.

CENTRALE INITIATIVER OG STYRING

På flere af undersøgelsens sygehuse er der taget en række initiativer for at styrke sygehusets samlede økonomi. Fælles for initiativerne er, at sygehusets ledelse har initieret tiltagene, og at de begrænser sygehusafdelingernes selvstændige styring. Rammestyring i traditionel forstand af afdelingerne er altså i mindre høj kurs.

”har du en institution, hvor du er i gang med at lave reformer, [...] så er rammestyring et rigtigt dårligt redskab.[...] Der er du nødt til at have nogle bedre håndtag”

Centralt initiativ og styring er måske mest udtalt på Hvidovre Hospital, hvor afdelingernes bevilling følger den *fremmødeplan*, som de har aftalt med sygehusledelsen, gælder for afdelingen. Det vil sige, at det er aftalt og forhandlet med sygehusledelsen, præcist hvor mange læger og sygeplejersker mv., der har dag-, aften- og nattevagt på hverdage og weekender. Sygehusdirektøren kender de enkelte afdelingers fremmødeplaner, og fremmødeplanen anvendes aktivt, fx hvis afdelingen får nye opgaver og skal tildeles yderligere midler. Her er fremmødeplanen udgangspunkt for dialogen, og den konkrete aftale udmøntes i budgetmidler ved at vurdere, hvad den nye fremmødeplan koster, sammenlignet med den forrige. Odense Universitetshospital har også indført konsekvent brug af fremmødeplaner som redskab i dialogen med afdelingerne, og fremmødeplaner er også væsentlig i opfølgningen på adskillige af undersøgelsens øvrige sygehuse. Det er dog i et mindre omfang end på Hvidovre Hospital, typisk bruges gennemgangen af fremmøde-

planen til centralt at beregne, om den hænger sammen med den tildelte økonomi - eller hvad der eventuelt skal gøres for at sikre balance.

Endvidere kan nævnes, at Gentofte Hospital årligt genvurderer og søger at optimere sygehusets sengekapacitet og fordelingen af senge, samt den påkrævede bemanning af sengeafsnittene. Sygehus Lillebælt har også valgt at "normeringsstyre" afdelingerne, og initiativerne minder om Hvidovre Hospitals tilgang: det er nødvendigt med en aktiv central styring af sygehusets samlede ressourcer. Derudover rummer Hvidovre Hospitals ledelsesinformation blandt andet nøgletal om afdelingernes kapacitetsudnyttelse.

Af andre centrale initiativer kan fremhæves Odense Universitetshospitals brug af *produktionsplaner*. Det er et centralt initiativ fra sygehusledelsen, der har til hensigt at sikre optimal udnyttelse af operationsstuer og andre faciliteter ved at lægge konkrete planer om alt fra bemanning på bestemte klokkeslæt til valg af operationstype på bestemte tidspunkter. Initiativet har ifølge sygehuset været en succes på Sygehus Sønderjylland og vurderes også at have et stort potentiale i Odense. I lighed med denne metode anvender Aalborg Universitetshospital en *patientinventeringsproces*, der også har til hensigt at pege på forbedringer i de interne arbejdsgange på alle sygehusets afdelinger.

Fælles for de initiativer er igen, at de er initieret centralt, og at de er udtryk for en tendens til, at sygehusafdelingerne i mindre og mindre grad udelukkende får udstukket rammer. Det er bemærkelsesværdigt, at sygehusledelserne i stigende grad er involveret i den konkrete styring på afdelingsniveau. Det gælder særligt på sygehuse, hvor det har været nødvendigt at forbedre økonomistyringen. Som en økonomichef siger om, hvordan økonomien på en sygehusafdeling kan genoprettes:

"den erkendelse vi altid kommer frem til er, at vi skal ned. Vi skal ned og lave fremmødeplaner, vi skal sige: jamen det er to i nattevagt, fordi tilsvarende afdelinger også har to. Det er meget langt vi skal ned, helt ned, og når der er en afdeling, der sådan er kommet i uføre, så skal de virkelig have støtte til at komme på plads igen.

LEDELSESFOKUS

I forlængelse af ovenstående er det også i interviewene tydeligt, at sygehusledelserne har stor betydning for økonomistyringen på sygehuse. På nogle af sygehuse fremhæver økonomicheferne, at - typisk den ledende direktør - lægger altafgørende vægt på, at budgetterne holdes, og at det har stor betydning for den vægt afdelingsledelserne til lægger økonomistyringen. En økonomichef siger, om ændringen i fokus med ankomsten af en ny direktør:

"Det må man sige, altså det betyder overraskende meget, at der er en, der står i spidsen og, havde jeg nær sagt, fungerer som det dumme svin."

I forhold til de sygehuse, der i 2009 havde underskud på driften, og de, der ikke havde det, er det også på denne parameter, vi ser de største forskelle. På interviewtidspunktet virker der ikke til at være markant forskel på ledelsernes fokus på økonomistyring, men forskellen er, at budgetoverholdelse på sygehusene med budgetbalance i 2009 har været det væsentligste fokus i hele regionernes levetid, mens det ikke har været et lige så stort fokus på de øvrige sygehuse i starten af perioden. Det er i hvert fald på Gentofte Hospital, Sygehus Nord, Aarhus Universitetshospital og Sygehus Lillebælt, at vi finder de kraftigste understregninger af, at sygehusledelsen altid har prioriteret budgetoverholdelse øverst. Hvilket bl.a. har resulteret i beslutninger om, at kun afdelinger med budgetbalance kan tildeles midler til nye projekter, at gentaget budgetubalance kan føre til afskedigelser, og at resultatløse er afhængig af budgetbalance, og at der fortløbende er udbygget ledelsesinformation, der kan understøtte økonomistyringsfokusset. Som nævnt er budgetoverholdelse i dag et fokus på alle sygehusene, men flere sygehuse giver dog udtryk for, at det tager tid at få dette fokus bredt ud og accepteret på alle afdelinger.

7.3 Takst- og økonomistyring på sygehusniveau - mønstre i data

Ovenstående detaljerede gennemgang af økonomi- og takststyringen på undersøgelsens sygehuse viser betydelig variation i forhold til, hvordan takst- og økonomistyringen foregår eller har foregået. I dette afsnit vil vi vurdere, om vores data tyder på, at der er kendetegn ved sygehuse med positive regnskabsresultater i 2009, sammenlignet med sygehuse, med negative regnskabsresultater. Endvidere vil vi også mere generelt sammenfatte vigtige forhold i denne delanalyse.

7.3.1 Kendetegn ved god økonomistyring på sygehusniveau

Som nævnt udvalgte vi sygehusene bl.a. på baggrund af deres regnskabsresultater i 2009, og det er derfor væsentligt at vurdere om, der er kendetegn ved den måde, sygehusene med positive regnskabsresultater takst- og økonomistyrer deres afdelinger. En sådan vurdering skal naturligvis læses med det forbehold, at vi ser bort fra eventuelle forskelligartede vilkår for de undersøgte sygehuse. Der kan være en række historiske og strukturelle forhold, der gør økonomien relativ let eller relativ vanskelig at få til at hænge sammen. Her regner vi budgettet for den norm, som hospitalerne måles efter - ligesom regionerne også må antages at gøre. Der er dog nogle væsentlige mønstre, som også går igen, hvis man forsøger at holde region og specialiseringsgrad konstant. Tabel 27 nedenfor viser mønsteret i vores data.

Tabel 27. Oversigt over mønstre i data på sygehusniveau

	Gentofte Hospital	Sygehus Nord	Vendsyssel Sygehus	Hospitalsenheden Vest	Sygehus Lillebælt	Hvidovre Hospital	Aalborg Universitetshospital	Skejby Sygehus	Odense Universitetshospital
Underskud 2009	-	-	+	+	-	+	+	-	+
Lands-/ landsdelsfunktion	-	-	-	-	-	+	+	+	+
Afregning for mer-/mindreaktivitet	-	+	-	-	+	-	-	+	+
Overførsel af mer-/mindreforbrug	-	+	-	-	+	-	-	+	+
Ledelsesfokus på budgetoverholdelse i en årrække	+	+	+	-	+	-	-	+	-
Formaliseret budgetopfølgning og ledelsesinformation	+	+	-	-	+	-	-	+	+
Centrale initiativer og styring	+	-	+	+	+	+	+	-	+

De første to rækker viser udvælgelseskriterierne, mens de to efterfølgende rækker afspejler tabel 24, hvor vi gennemgik takststyringen på sygehusniveau. De tre nederste rækker afspejler tabel 26 og økonomistyringen på sygehusniveau. I tabellen er der markeret "+" ud for de enkelte takst- og økonomistyringsfaktorer, såfremt det i høj grad er et kendetegn ved det enkelte sygehus' takst- og økonomistyring. Dermed også sagt, at et "-" ikke er ensbetydende med, at den enkelte faktor ikke er repræsenteret på sygehuset, dog ikke i samme omfang som på de sygehuse, hvor der er markeret et "+". Det er i de nederste tre rækker, at der er den højeste grad af vurdering i kendetegnene ved sygehuse. Således er der på alle sygehuse centrale initiativer, men efter vores vurdering i mere eller mindre grad.

Tabellen giver mulighed for at sammenligne sygehuse samlet set og opdelt på sygehuse med og uden lands-/landdelsfunktion. Eksempelvis fremgår det, at tre ud af de fire sygehuse, der har positive regnskabsresultater i 2009 har regler for overførsel af mer-/mindreforbrug, mens det kun gælder ét af de sygehuse, der havde underskud i 2009. Samme tendens genfindes ved at se på sygehuse med og uden lands-/landdelsfunktion hver for sig. På samme måde er der for de øvrige faktorer nogle mønstre både for sygehuse med og uden lands-/landdelsfunktion, der går igen for sygehuse med positive regnskabsresultater.

Samlet set er der på sygehuse med positive regnskabsresultater en tendens til, at de:

1. har haft et større ledelsesfokus på budgetoverholdelse
2. overfører mer- og mindreforbrug i højere grad
3. anvender afregning for mer- og mindreaktivitet i højere grad
4. har en mere formaliseret budgetopfølgning og ledelsesinformation.

Vi har allerede nævnt det første punkt: større fokus på budgetoverholdelse. Der er en klar tendens til, at de sygehuse, der har de bedste økonomiske resultater, i hele regionernes levetid har haft en klar prioritering af budgetoverholdelse som det vigtigste sty-

ringsmål. Styringen er foregået på lidt forskellig vis, men den ledelsesmæssige understregning af vigtigheden af budgetoverholdelse har været den samme. På de øvrige sygehuse er der også aktuelt et stort fokus på budgetoverholdelse, men det er kendetegnende, at på de fleste sygehuse er denne vokset frem de seneste år på grund af ændret prioritering, vigtige omstillinger og/eller på grund af ændret ledelse. Der er på alle sygehuse en opmærksomhed på, at det kan tage tid at få opbygget en stærk økonomistyringskultur og udvikle og oplære afdelingsledelserne i de relevante værktøjer - og blandt andet derfor ser vi på sygehuse med nyt skærpet fokus på økonomistyring en større tendens til at bevæge sig ned i den konkrete planlægning på de konkrete afdelinger.

For det andet, er der på vores undersøgelses sygehuse tendens til, at de sygehuse, der opnår positive regnskabsresultater, i højere grad opererer med, at sygehusafdelingerne overfører mer- og mindreforbrug fra det ene budgetår til det næste. Ingen sygehuse overfører al mer- og mindreforbrug, men der er i højere grad faste regler på de sygehuse, der opnår positive regnskabsresultater. Undtagelsen fra dette er Gentofte Hospital, hvor sygehusledelsen til gengæld er meget opmærksom på at prøve at imødegå de uhenigtsmæssige konsekvenser af den manglende saldooverførsel, som den er klar over er til stede.

For det tredje, er der på tre af de fire sygehuse med positive regnskabsresultater en praksis, hvor afdelingerne afregnes for mer- og mindreaktivitet. Det er kun tilfældet på et af undersøgelsens øvrige sygehuse. Valget heraf er delvist et spørgsmål om, man ønsker, at afdelingernes økonomiske og aktivitetsmæssige performance skal have direkte økonomiske konsekvenser for afdelingen, eller om man mener at kunne løse eventuelle aktivitetsmæssige problemer med andre ledelsesværktøjer. Der er overlap mellem sygehuse, der har regler for saldooverførsel og sygehuse, der afregner for mer- og mindreaktivitet, så det er ikke muligt at se klart, hvilket forhold der er mest afgørende.

Endeligt, ser det ud til at sygehusets budgetopfølgning kan gøre en forskel. Sygehuse med positive regnskabsresultater fremhæver i højere grad, at de har faste skabeloner for opfølgningen, som drøftes efter faste skabeloner med afdelingerne. Samtidig har de i højere grad fastlagte procedurer for, hvad der stilles op, når afdelinger kommer i vanskeligheder og har prioriterede ressourcer centralt i administrationen til at bakke op og hjælpe afdelingerne. Flere af sygehuse med positive regnskabsresultater prioriterer også veludbygget ledelsesinformation højt.

Samlet set giver vores data altså anledning til en forventning om, at et stort ledelsesfokus på budgetoverholdelse, overførsel af mer- og mindreforbrug, afregning for mer- og mindreaktivitet på afdelingsniveau, samt en mere formaliseret budgetopfølgning og ledelsesinformation fremmer positive regnskabsresultater på sygehuse.

7.3.2 Hverken takststyring eller rammestyring?

Sammenfattende for takst- og økonomistyringen på sygehusniveau kunne man stille spørgsmålet, om der overhovedet er takststyring på afdelingsniveau. I vores undersøgelse

af ni danske sygehuse er enkeltafdelingernes finansiering på fem af sygehusene ikke direkte afhængig af deres aktivitet. Imidlertid er det værd at fremhæve, at regionens takststyring af sygehuset også af andre veje kan få betydning på afdelingsniveau. Således fremhæver sygehuse, der ikke afregner afdelingerne direkte, at takststyringen og sygehusenes samlede baseline er et vigtigt element i dialogen og ledelsen mellem afdelingerne og sygehusledelse, og at de fleste afdelinger er klar over, at det har værdi at kunne vise aktivitetsfremgang.

Flere sygehuse fremhæver også, at man ledelsesmæssigt understreger vigtigheden af ”fællesskabet” eller ”hele sygehuset”. Altså at en afdelings performance har betydning for hele sygehuset - og dermed også de andre afdelinger. Derfor opfattes regionens takststyring af sygehusene indirekte også som takststyring på afdelingsniveau - om end takststyringsmodellens incitament er ikke kan være lige så klare for hver afdeling.

Incitament er imidlertid måske for meget sagt. Gennemgangen af afdelingernes begrundelser for takststyring viser, at sygehusene hovedsageligt har fokus på at skabe en model, der dækker meromkostninger ved meraktivitet. Altså en model, der på sin vis er bagudskuende og bidrager til at finansiere aktivitet, der er gennemført. Kun på et sygehus finder vi et eksempel på, at hovedfokus er på de fremadrettede tilskyndelser, som takstafregningen giver - og som man kan sætte i forhold til udgifterne ved at gå den vej. Takststyringen på sygehusene bliver altså i praksis på sygehusniveau typisk ikke brugt til at understøtte en udvikling i en ønsket retning.

Man kunne så konstatere, at sygehusene i stedet anvender rammestyring overfor afdelingerne. Imidlertid må man hertil indvende, at på hovedparten af sygehusene er relationen mellem afdeling og sygehusledelse ikke præget af traditionel mål- og rammestyring i den forstand, at afdelingerne tildeles en pose penge, og derefter selv varetager den konkrete planlægning for at nå de fastlagte mål. På flere af undersøgelsens sygehuse er sygehusledelse og administration i høj grad indblandet i og beslutningsdygtig i forhold både til normering og vagtplaner og til den helt konkrete planlægning og optimering af afdelingens behandlinger. Gennemgangen af sygehusenes økonomistyring viser, at der fra centralt hold gøres meget både i forhold til den løbende opfølgning og i forhold til at initiere og gennemføre nye initiativer.



Litteratur

- Ankjær-Jensen, A., & Rath, M. (2004). *Takststyring af sygehuse - 1. delrapport: Implementering af takststyringsmodeller i 4 amter* (No. 8). DSI-Institut for Sundhedsvæsen.
- Ankjær-Jensen, A., & Rath, M. (2005). *Takststyring af sygehuse. 2. delrapport. Erfaringer efter et år med takststyring*. DSI-Institut for Sundhedsvæsen.
- Buse, T & Smith, M. S. (1999). "Taxameterstyring som budgetmodel - incitament og fristelser". *Politica*. 31(3), 272-285.
- Det Økonomiske Råd (2009). *Dansk Økonomi, Efterår 2009*. København.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet, & Økonomi- og Erhvervsministeriet. (2003). *Takststyring på sygehusområdet*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, & Finansministeriet. (2005). *Evaluering af takststyring af sygehusområdet*. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., & Gilles, W. (2002). "A Typology for Provider Payment Systems in Health Care" *Health policy*, 60(3), 255-273.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen (2008). *Rapport vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne*.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009). *Effektiv styring på sygehusområdet*.
- Kimberly, J.R., De Pouvourville, G. and D'anno, T.A. (2008) *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*, Cambridge University Press London.
- KREVI (2009). *Udfordringer for økonomistyringen på sygehusområdet*. Tilgængelig på www.krevi.dk
- Pedersen, K., Bech, M., & Hansen, M. (2006). *Incitamentsstyring i sygehusvæsenet. Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitament*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Rigsrevisionen (2010). *Beretning til Statsrevisorerne om sygehusenes økonomi i 2009*. Tilgængelig på www.rigsrevisionen.dk
- Street, A., Vitikainen, K., Bjorvatn, A. and Hvenegaard, A. (2007). *Introducing Activity-based Financing: a Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*. Working Papers.