



Økonomi og styring i sygehusvæsenet

Notat udarbejdet for Foreningen af Speciallæger,
FOA – Fag og Arbejde, HK/Kommunal, Sundhedskartellet
og Foreningen af Yngre Læger

Lone Bilde

Anne Rytter Hansen

Jes Søgaard

Dansk Sundhedsinstitut

19. maj 2010

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010

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

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-653-2 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 3022

Design: DSI

Forord

Dette notat tager udgangspunkt i den økonomiske situation i det danske sygehusvæsen her i første halvår af 2010.

Projektet er udført af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) og finansieret af Partssamarbejdet på Sundhedsområdet, som omfatter Foreningen af Speciallæger, FOA – Fag og Arbejde, HK/Kommunal, Sundhedskartellet og Foreningen af Yngre Læger.

DSI takker Malene H. Christensen, Anne Marie Lei og Andreas G. Stefansen fra Sundhedsøkonomi og Analyse i Danske Regioner, Søren Helsted fra Koncernøkonomi i Region Hovedstaden, Jakob Kjellberg og Anne Hvenegaard fra DSI, og Jens L. Knudsen og Kell Andersen fra Sundhedsøkonomisk Center i Indenrigs- og Sundhedsministeriet (før 1. maj: Sundhedsstyrelsens DRG kontor). Alle har sat tid af til at svare på opklarende spørgsmål, og det har været en stor hjælp i forståelsen af udfordringerne for økonomistyring i sygehusvæsenet. I notatet anvendes dog ikke citater fra de adspurgte, men udelukkende referencer fra publiceret litteratur. Konklusioner er draget på basis af de citerede referencer og forfatterens baggrundsviden og er DSI's.

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Forord | 3 |
| Sammenfatning og konklusion | 7 |
| Indledning | 11 |
| 1. Sygehusvæsenets økonomi år 2010..... | 13 |
| Indledning | 13 |
| Udviklingen i offentlige sundhedsudgifter og aktivitet | 14 |
| 2. Økonomi og styring i sygehusvæsenet | 19 |
| Styring af økonomien i sygehusvæsenet: en model..... | 19 |
| Målsætninger for sygehusvæsenet | 22 |
| Udviklingen i efterspørgslen efter sygehusydelser | 23 |
| Frit sygehusvalg | 24 |
| Udvikling i ressourcer | 25 |
| Lovgivning | 25 |
| Styringsvilkår..... | 25 |
| 3. Redskaber for styring af økonomi og aktivitet i sygehusvæsenet | 27 |
| Indledning | 27 |
| Finansiering af sygehusydelser..... | 28 |
| Finansiering af offentlige sygehuse..... | 30 |
| Takst- og rammestyring..... | 31 |
| Rammestyring | 31 |
| Takststyring..... | 32 |
| Anvendelse af takst- og rammestyring i det danske sygehusvæsen | 34 |
| DRG-systemet | 36 |
| Ulemper ved DRG systemet | 39 |
| Produktivitet..... | 40 |
| 4. Sygehusvæsenet år 2020 | 43 |
| Styr på udgifter gennem styr på aktiviteten..... | 43 |
| Den nye sygehusstruktur | 44 |
| Det fremtidige afregnings- og benchmarkingsystem..... | 45 |
| Den lokale sygehusorganisation | 45 |
| Litteratur | 47 |

Sammenfatning og konklusion

Dette notat er foranlediget af den nuværende økonomiske situation i det danske sygehusvæsen. Ved indgangen til 2010 skete der som følge af et forventet underskud for 2009 mange fyringer og omplaceringer af medarbejdere på en række sygehuse i landet. Det har vakt frustration og undren hos mange, især fordi man året før var i en situation med stor personalemangel på sygehusområdet.

Notatet tager udgangspunkt i sygehusvæsenets nuværende økonomiske situation og vender såvel nuværende som fremtidige vilkår for økonomiudvikling og -styring af danske offentlige sygehuse. Vi har set på de afregnings- og benchmarkingprincipper, der anvendes i finansieringen af sygehusene, og diskuteret deres virkning i forhold til sundhedsvæsenets nuværende og fremtidige målsætninger, og hvilke styringsredskaber der foreslås udviklet og implementeret indenfor de næste ti år.

Stærk vækst i aktiviteten... – men der er sygdomssymptomer

Det foreløbige regnskab for sundhedsområdet hos regionerne viser et underskud på 1,1 mia. kr., svarende til 1,1 % af det samlede budget, eller 1,7 mia. kr. når en besparelse på 700 mio. kr. på medicin-tilskudsområdet tages ud af regnestykket. Underskuddet skal ses i lyset af, at der samtidig ifølge Danske Regioner er sket en væsentlig aktivitetsfremgang på 10 % flere behandlinger på sygehuse og i primærsektoren end i 2008 – en aktivitetsfremgang, der var større end budgetteret.

Selvom underskuddets størrelse måske ikke er alarmerende for økonomistyringen, er det ikke foreneligt med den planlagte maksimale vækst i sundhedsudgifterne i en tid med samlet nulvækst i den offentlige sektor og med de bevillingsrestriktioner, der er i Økonomiaftalen mellem Regeringen og Danske Regioner, som pålægger regionerne og i sidste ende sygehusene at indhente underskuddet i 2010. Det nuværende underskud kan derfor ses som et symptom på, at det er blevet sværere at styre sygehusøkonomien, og at det fremover kan blive endnu sværere, med mindre man vælger at modificere nogle af de rammevilkår, sygehusene er underlagt. Ligeledes har underskuddet ifølge mediedebatten stor indflydelse på sundhedspersonalet på de sygehuse, der er ramt af nedskæringer, og har skabt frustration, hvilket også kan ses som et symptom på, at det er blevet sværere at styre.

Vi har fået stadig mere output for pengene, men kan citronen presses mere?

Set i international sammenligning har de danske sygehuse over i en lang periode klaret sig ret godt og formået at følge med en øget efterspørgsel efter sygehusbehandling og øget aktiviteten væsentligt, samtidig med at stigningen i udgifterne er holdt på niveau med stigningen i økonomien som helhed.

Siden 1970 har vi haft lavere vækst i sundhedsudgifterne end de øvrige lande, vi sammenligner os med. I perioden 1999-2008 har vi dog haft en noget højere vækst i udgifterne end årene før på i alt 27,3 % eller gennemsnitligt 2,7 % om året målt i 2008-priser. Denne seneste vækst skal ses i sammenhæng med en vækst på aktivitetssiden med flere behandlede borgere, operationer og ambulante besøg, en forkortelse af ventetiderne for de kirurgiske patienter og en effektivisering af produktionen med omlægninger fra stationær aktivitet til ambulante.

Samtidig har produktivitetudviklingen været god, idet vi får stadig mere aktivitet pr. krone, vi producerer sygehusydelse for, og vi har bundrekord i indlæggelsestid blandt OECD-landene.

Imidlertid er situationen den, at produktionen af sygehusydelse for visse typer af patienter, f.eks. medicinske patienter, længe har været under stærkt efterspørgselspres med flere og mere komplekse

patienter og har de sidste ti år ikke i samme grad som den kirurgiske produktion fået tilført ekstra ressourcer.

Spørgsmålet er, om citronen kan presses yderligere? Nogle mener, at der er mere at hente. Vi mener, at vi kan blive ved med at effektivisere enkelte typer af sygehusedydelser og producere et større output pr. input-krone, men vi mener også, at dette langt fra gælder for alle sygehusedydelser. Nogle ydelser er karakteriseret ved så stor uforudsigelighed og uensartethed i den kliniske problemstilling og i hvornår ydelserne skal produceres, at det vil være vanskeligt at producere stadigt billigere i den enkelte sygehusorganisation.

Hvad der sættes til på karrusellerne, koster på gyngerne

Den grundlæggende målsætning for et sundhedsvæsen er at skabe mest mulig sundhed for de ressourcer, der anvendes. Mest mulig sundhed opnås ved at levere en tilstrækkelig mængde ydelser af passende kvalitet. Samtidig er det et mål, at der skal være lige adgang til sundhedsydelser for borgerne. De valgte styringsinstrumenter skal ideelt set bruges til at fremme disse overordnede mål ved at påvirke aktører og relationer mellem aktører i sundhedsvæsenet.

I de seneste ti år har de valgte styrings- og afregningsinstrumenter for sygehuse understøttet effektivitets- og aktivitetsforbedringer, og der er kommet stort fokus på økonomi- og driftssiden af sygehusenes produktion. Styringsinstrumenterne har imidlertid ikke i samme grad understøttet kvalitetsforbedringer og de sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne. En udfordring bliver at få disse aspekter med i fremtidige afregningsprincipper og øvrige incitamenter.

Den enkelte sygehusorganisation har mange lov- og aftalemæssige bindinger og dermed ikke de samme muligheder for omstilling, som f.eks. private virksomheder har. Men ligesom i andre virksomheder koster organisatoriske omstruktureringer, fusioner og fyringer i tabt motivation på kort sigt og kan formentlig aflæses i de årlige regnskaber.

Ved hvert nyt styringstiltag iværksat fra centralt hold er der alternativomkostninger, dvs. at de ressourcer, sygehuset bruger på at efterleve et krav, ikke kan bruges andetsteds. Eksplicitte, lovbestemte patientrettigheder er eksempler på bindinger, der lægges på sygehusets ressourcer, uanset om rettighederne måtte have klinisk begrundelse eller ej. Resultatet er, at det "koster på gyngerne".

Det udvidede frie sygehusvalg giver patienterne en valgfrihed, men har vanskeliggjort planlægningen af produktionen på sygehusene. Ligeledes har de penge, der er fulgt med de kirurgiske patienter omkring valgfrihed, været med til at nedbringe ventelisterne, men til gengæld har andre patienter – de medicinske – fået mindre, og de er under pres.

Med en forventet stadig stigende efterspørgsel efter sygehusedydelser begrundet i demografi og øget forbrugerisme sammen med et ønske om udgiftstilbageholdenhed er der behov for, at fremtidige styringstiltag er med til at opbremse efterspørgslen og dermed aktiviteten.

Differentierede ventetidsgarantier og øget brugerbetaling er eksempler på tiltag, der kunne afprøves. Ligeledes kunne diskussionen omkring metoder til eksplicit prioritering i sundhedsvæsenet af, hvilke ydelser vi skal finansiere i det offentlige sundhedsvæsen, og hvilke vi ikke skal, med rette tages op igen.

Regeringen har ambitiøse målsætninger for sygehusvæsenet fremover. Den vil have fortsat skærpet fokus på udgiftstilbageholdenhed, øget aktivitet, produktivitet og effektivitet, men vil samtidig også levere flere leveår til danskerne. Det bliver en stor udfordring for såvel de centrale lovgivende aktører (Regering og Folketing) som lovforvaltende aktører (regioner og kommuner) at få tilrettelagt og implementeret styringsredskaber, så de understøtter en lokal sygehusproduktion, som leverer endnu

flere behandlinger og endnu flere leveår til endnu flere og mere komplekse patienter, samtidig med at leverancen koster stadig færre ressourcer pr. produceret enhed.

Balancen på en knivsæg

De offentlige sygehuse i Danmark har siden 1970 været rammestyrede og er de facto stadig underlagt rammestyrelse, selvom der ofte tales om en kombination af takst- og rammestyrelse. Der er stadig tale om fast budget, men under det budget ligger elementer af takststyring.

I modsætning til tidligere er der hårde restriktioner på bevillingerne og indført sanktioner, hvis ikke udgiftsbudgettet holder eller aktivitetsbudgettet nås. Betaling for meraktivitet i medfør af meraktivitetspuljerne fås kun, hvis den aftalte basisaktivitet nås. Den aftalte basisaktivitet indeholder et krav om ufinansieret produktivitetsstigning. Der trækkes i budgettet for de sygehuse, der ikke når produktivetskravet på en stigning på 2 %, og hvis der produceres over basisaktiviteten, kan regionen eller sygehuset få del i meraktivitetspuljen, men mødes til gengæld med endnu højere basisaktivitetskrav i efterfølgende år. Så det er en balance på en knivsæg at ramme så tæt på basisaktiviteten som muligt.

Produktivetskravet er svært at blive ved med at nå. Ekstra svært er det for de sygehuse, hvis omkostningsstrukturer af forskellige årsager gør, at de producerer dyrere end gennemsnitssygehuse. Akutområdet er for eksempel præget af en stor uforudsigelighed i sygdomskompleksitet, behandlingsbehov samt i, hvornår patienterne ankommer til sygehuset, og sygehuset skal have sit akutberedskab, uanset om der er patienter eller ej. Det gør det vanskeligt at rette såvel aktivitet som omkostninger ind efter et produktivetskrav. Selv de kirurgiske patienter har forskellige risici for, at der tilstøder komplikationer under eller efter operationen, samt forskellige risici for at komme til at ligge længere på sygehuset og dermed for at koste sygehuset mere.

Endelig er der i sygehusøkonomien en række udgifter, der følger antallet af patienter eller behandlinger og ikke kan ændres på kort sigt, f.eks. til medicin og proteser, der følger antallet af patienter. I tilfælde af øget behandlingsaktivitet forøges disse udgifter også og skal jo betales, uanset om der er budget til dem eller ej. Så for at opfylde produktivetskravet inden for en budgetperiode, er det således andre budgetposter, der må holde for og reguleres, hvis udgiftsbudgettet er ved at løbe løbsk.

Hvorfor underskud i 2009?

Ifølge de foreløbige opgørelser fra Danske Regioner har sygehuse i 2009 samlet set produceret mere, end de skulle, uden at der for alle sygehuses vedkommende er fulgt tilstrækkeligt med penge med til de sidste patienter på grund af loft på finansieringen. Det betyder, at noget af produktionen har været ufinansieret, og udgifterne har jo været der alligevel, og det giver underskud. Nogle sygehuse har budgetteret med, at der kom flere patienter, end der så faktisk kom og planlagt bemandingen herefter, og det giver også underskud. Udgifterne er der jo stadig, uanset om der er patienter eller ej.

Uanset om regionerne og i sidste ende sygehuset har produceret over eller under den forudsatte basisproduktion, så "straffes" de for begge scenarier i den nuværende finansieringsmodel. Har de produceret under, straffes de med, at budgettet for det indeværende år bliver mindre i form af en reduktion af takstafregningen for de sidste patienter eller pålægges at indhente det året efter. Har de produceret over, indregnes det i forventningerne til aktivitetskravet i efterfølgende år.

På basis af Økonomaftalen vælger de enkelte regioner selv deres takststyringsmodeller i forhold til sygehuse. De modeller, der starter med takststyring fra første patient, gør alt andet lige sygehuse mere udsatte overfor efterspørgselsudsving, end de sygehuse der starter med et basisudgiftsbudget.

Til gengæld giver takststyringen fra første patient incitament til at øge aktiviteten, forudsat at taksten afspejler meromkostningerne ved at producere mere.

God økonomistyring fordrer god ledelse og information og kendskab til udgifter, produktionsomkostninger og patienttilgang. Kun med information til rette tid har sygehuset og sygehusafdelingen mulighed for at rette ind og sætte ind der, hvor effektiviseringsmulighederne er.

Flere peger på, at det går for langsomt med at udveksle data mellem de forskellige aktører, og at sygehusene først alt for sent har kendskab til, hvordan de ligger omkostnings- og produktivtetsmæssigt.

DRG eller ikke DRG: det er ikke det, der er spørgsmålet

Indførelsen af den omkostningsbaserede DRG-afregning har gjort det lettere end tidligere at få et retvisende tal for, hvad det koster at producere en given sygehusydelse under hensyn til sygdommens sværhedsgrad og patientens karakteristika.

Systemet med omkostningsberegninger er blevet gradvist forbedret, efterhånden som sygehusene er blevet bedre til at indberette til Sundhedsstyrelsen, og systemet er blevet afprøvet – og fulgt op – i praksis. DRG-afregning er formentlig den mest anvendte – og hidtil bedste – afregningsform, hvis pengene skal følge sygehuspatienten. Så kritik af DRG-systemet skal ses i lyset af, at der formentlig ikke endnu findes noget bedre, afprøvet alternativ.

Imidlertid er der en række uhensigtsmæssigheder ved den meget vidtgående anvendelse af DRG-systemet for styring af sygehusøkonomien. DRG-systemet anvendes dels til afregning af patienter mellem sygehuse og til afregning af patienter under meraktivitetspuljerne, dels til benchmarking af produktivitet og aktivitet. Endelig anvendes det også til at dokumentere, hvorvidt sygehuset har nået de mål, der blev sat. Anvendelsen af gennemsnitsværdier for alle sygehuse til afregning samt dokumentation og benchmarking af produktivitet og aktivitet kan give styringsproblemer for de sygehuse, hvis omkostninger ligger under gennemsnittet. Ligeledes kan arbitrært satte knæktakster også give styringsproblemer i det omfang, de ikke afspejler den marginale produktionsomkostning.

Indledning

Sundhedsvæsenets økonomi er ved indgangen til det nye årti genstand for mere diskussion i medierne end tidligere. Allerede inden det endelige økonomiske resultat for 2009 var gjort op og offentliggjort, meldtes der om uventede budgetoverskridelser på flere sygehuse i landet, og de seneste avisoverskrifter tyder på, at 2009 er gået værre end først antaget i begyndelsen af år 2010.

Som konsekvens af underskud og for at reducere omkostningsniveauet i 2010, har sygehuse i nogle regioner gennemført fyringer og genplaceringer af personale i et omfang, sygehusvæsenet ikke har set før. Dette har ført til mange spørgsmål og en undren over, hvorfor en sådan situation pludselig opstår, når der er generel mangel på sundhedspersonale i det offentlige sundhedsvæsen, og når der var stor personalemangel før strejken i 2008. Nogle eksperter mener, det giver dystre udsigter for økonomien i 2010 og fremover (1), mens andre er mere optimistiske og kalder den nuværende situation for et midlertidigt udsving som dem, der ofte opleves i private virksomheder (2). Andre igen mener, at den økonomiske situation bunder i indførelse af mere takststyring med DRG-takster, fastsatte produktivitetskrav og anvendelse af styringsredskaber, som er i modstrid med hinanden og dermed indskrænker det økonomiske råderum og muligheden for at handle på økonomien lokalt (3).

Med udgangspunkt i den nuværende økonomiske situation tager vi med dette notat økonomi og styring i sygehusvæsenet under lup. Vi vil give nogle bud på, hvordan økonomisituationen og muligheden for at handle på den er nu og fremover for de forskellige aktører eller organisatoriske niveauer i sundhedsvæsenet, og vi diskuterer, hvordan vi er havnet i denne situation. Vi beskriver de forskellige styringsredskaber, der iværksættes fra centralt hold og implementeres lokalt og diskuterer deres anvendelse og virkninger for økonomi og aktivitet. Endelige giver vi nogle perspektiver på den fremtidige økonomiske situation og styring af sundhedsvæsenet.

Notatet er baseret på et studie af rapporter, artikler, hjemmesider, præsentationer og presseklip fra aktører i sundhedsvæsenet med indflydelse på og/eller viden om emnet, forfatternes baggrundsviden, samt uddybende interviews med relevante eksperter. Der er talt med eksperter fra Danske Regioner, Region Hovedstaden, Sundhedsstyrelsen, Syddansk Universitet og kolleger fra Dansk Sundhedsinstitut.

Nogle af problemstillingerne, der bliver opridset i dette notat, er relevante for sundhedsvæsenet som helhed. Imidlertid tegner sygehusvæsenet sig for langt størsteparten af den danske sundhedsøkonomi. Da det også er i sygehusvæsenet, man i henhold til mediedebatten oplever de største styringsudfordringer i 2010, vil det være **sygehusvæsenet som organisation**, vi vil fokusere på. Og da samarbejdet med såvel primærsektor som kommunal genoptræning og plejesektor er en del af sygehusvæsenets omverden og vilkår for styring, vil disse områder blive inddraget som sådan.

Notatet indledes med at beskrive den nuværende situation, som forskellige aktører ser den.

Vi opstiller dernæst en model for produktionen af sundhedsydelse og de vilkår, styring af sundhedsvæsenets og sundhedsorganisationers økonomi, produktion og økonomistyring er underlagt i 2010. De principper, der anvendes til finansiering, afregning og økonomistyring af danske sygehuse og deres mulige konsekvenser for det ledelsesmæssige råderum set i lyset af de øvrige styringsvilkår bliver derpå genstand for en nærmere granskning og diskussion. Endelig diskuteres i sidste kapitel perspektiver for styring af sygehusøkonomien det næste årti.

1. Sygehusvæsenets økonomi år 2010

Regionernes samlede budgetoverskridelse for 2009 er blevet opgjort til 1,0-1,7 mia. kr., svarende til 1-2 % af budgettet. Nogle sygehuse har som følge af underskud i 2009 måttet afskedige og omplacere personale i et hidtil uset omfang, og forklaringerne på, hvorfor der er underskud, er mange og debatten skarp.

Siden 1970 er Danmarks sundhedsudgifter vokset mere end bruttonationalproduktet, dog mindre end de øvrige OECD-landes, og det er i en lang periode lykkedes os at bremse væksten i sundhedsudgifterne. Det sidste årti har væksten i sundhedsudgifterne dog været stigende, og vi er ved at indhente de andre landes vækst. Noget af væksten i sundhedsudgifter kan relateres til udgifter, der følger væksten i aktiviteten, f.eks. medicin, og kan derfor ikke umiddelbart reguleres uden en tilsvarende regulering af aktiviteten.

I det seneste årti er der sket en vækst i aktiviteten i form af et øget antal udskrivinger fra sygehuse og flere ambulante besøg. Imidlertid er væksten i sundhedsudgifterne, der skete efter indførelsen af meraktivitetspujlerne, især faldet ud til fordel for de kirurgiske patienter. I 2009 specielt har væksten i regionernes indtægter været mindre end væksten i aktiviteten i forhold til året før.

Indledning

Allerede inden sygehusvæsenets regnskab for 2009 var gjort op, skete der fyringer og omplaceringer af sundhedspersonale på en række sygehuse i landet. Denne situation skabte en del frustration og undren, idet sygehusvæsenet i årene før havde klaget over personalemangel og rekrutteringsvanskeligheder. Avisernes overskrifter vidnede om, at det var en alvorlig situation: "Et sundhedsvæsen på katastrofekurs" (4), "Nye massefyringer i vente på hospitalerne" (1), "De gratis sundhedsydelse står for fald" (5), og en i pressemeddelelse fra Kommunernes Landsforening lød det f.eks., at der var "dystre fremtidsudsigter for sundhedsudgifterne" (6).

Men hvor slemt er det egentlig? Med hensyn til 2009 kan vi endnu ikke sige det helt præcist, idet det endelige aktivitetsregnskab ikke foreligger, da data til økonomiberegninger fra Sundhedsstyrelsen først blev tilgængelige her i midten af april 2010 på grund af tekniske problemer efter skift af IT-leverandør ved årsskiftet (Nyheder fra Sundhedsstyrelsen, 16. april 2010: Sygehuse har data til økonomiberegninger). Ifølge Danske Regioners seneste udmelding blev regionernes samlede budgetoverskridelse på sundhedsområdet på i alt 1 mia. kr. eller 1,1 % af det samlede budget, og når man ser bort fra medicintilskudsområdet, hvor der er sparet 700 mio. kr. i forhold til 2008, er overskridelsen for 2009 samlet set på 1,7 mia. kr. Denne overskridelse skal ses i sammenhæng med, at regionerne har leveret væsentligt flere behandlinger end året før: ca. 10 % flere, og væksten er netop sket inden for de områder, der har højest prioritet fra landspolitisk side, og hvor borgerne har fået behandlingsgarantier: kræftområdet og det kirurgiske område (7).

Regeringen mener, at ansvaret for den nuværende situation med fyringer ligger hos regioner og sygehuse, og at sygehusvæsenet aldrig har fået så mange penge som nu: "Når man i nogle regioner diskuterer fyringer på sygehuse, hører det med til historien, at regionerne aldrig har fået så mange penge til sundhed, som de får nu. Hvordan de bruger dem, og hvordan de prioriterer, er de nyvalgte regionsråds ansvar. Sådan er arbejdsfordelingen altså i sundhedsvæsenet ..." (8). Eller som vores nyudnævnte minister Bertel Haarder udtaler: "I lyset af den seneste tids ophedede debat om regionernes fyringer på sygehuse hæfter jeg mig også ved, at der siden 2001 er ansat omkring 5.000 ekstra læger og sygeplejersker på de danske sygehuse. Region Hovedstadens egne tal viser desuden, at der sidste år blev ansat knap 2.500 flere medarbejdere på hovedstadssygehuse. At nogle sygehuse så

er begyndt at fyre igen, virker jo barokt, men skylden kan i hvert fald ikke lægges på statslige besparelser. Snarere på dårlig ledelse. Kort og godt: der er ikke sparet på sundheden ..." (9).

Ifølge Kommunernes Landsforening kan mervæksten i sundhedsudgifterne siden år 2000 – og at de i 2009 udgør hele ca. 7 % af BNP – tolkes som et udtryk for serviceforbedringer, der skyldes udviklingen hen imod et mere efterspørgselsstyret sundhedsvæsen (6).

Meldingerne fra de enkelte regioner lyder på bod og bedring her i år 2010: "Alle sejl sættes til for at styre økonomien i 2010" (Nordjylland) (10), og "Plan skal genoprette økonomisk balance på hospitaler" (Hovedstaden) (11). I hovedstaden forklarer sygehusenes direktorer i en artikel i Frederiksborg Amts Avis (12) underskuddet i 2009 med en forventning om en meraktivitet i budget 2009, der medførte en opbemanding af personale i starten af året. Meraktiviteten blev så enten ikke slet realiseret, eller også blev den realiseret, men var ikke "lønsom" på grund af for høje omkostninger pr. produceret ydelse i forhold til indtjeningen. Imidlertid var udgifterne der stadig, og så blev der underskud.

Spørger man sundhedsøkonomerne, svarer f.eks. Kjeld Møller Pedersen, at budgetoverskridelsen i 2009 ikke er alarmerende for økonomistyring (2). Han peger dog samtidig på, at det, at en budgetoverskridelse i modsætning til tidligere skal tilbagebetales det efterfølgende år, har gjort fyringer nødvendige på nogle sygehuse. Dette budgetforhold vanskeliggøres yderligere af de øgede patientrettigheder, der følger af frit sygehusvalg og behandlingsgarantier samt to modstridende økonomimodeller. På den ene side gives en fast økonomisk ramme, der på den anden side i betydeligt omfang fyldes med indtægter, som svinger med behandlingsaktiviteten og giver incitament til at øge produktionen. Disse faktorer gør, at det er blevet betydeligt sværere at styre et sygehus' økonomi. Han peger på, at der på den baggrund i fremtiden skal findes frem til bedre økonomistyringsmodeller.

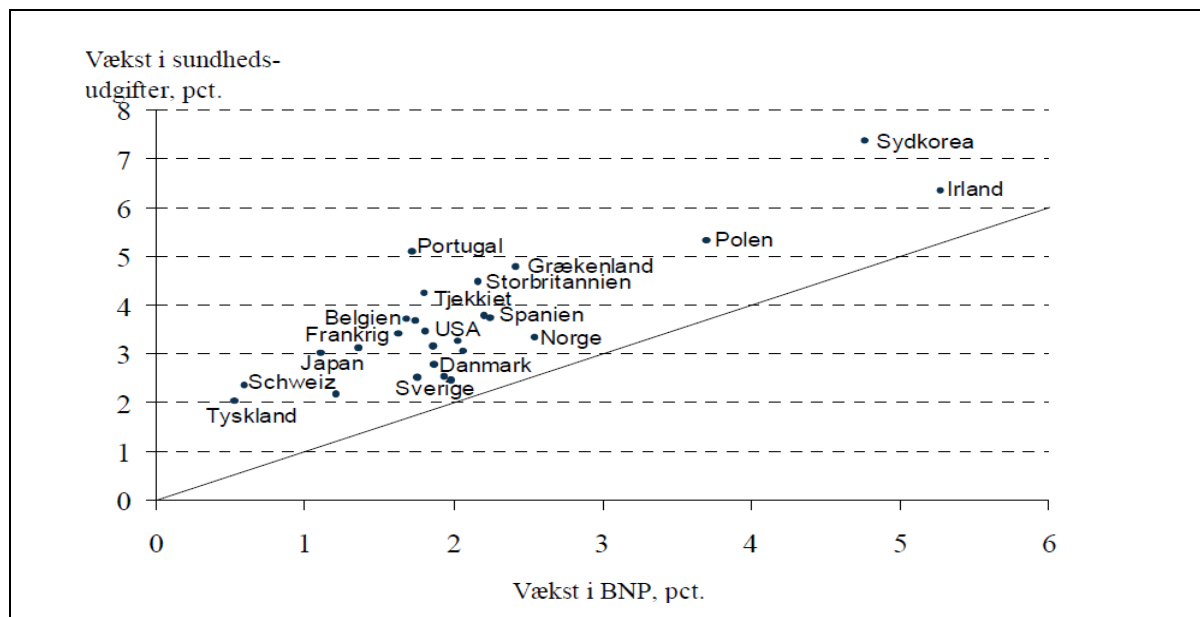
Flere andre sundhedsøkonomer er enige i disse synspunkter og fremfører, at der skal styr på aktiviteten i fremtiden, hvis flere og værre underskud skal forhindres (1) og tilføjer, at de aktuelle underskud skyldes behandlingsgarantier sammen med krav om produktivitetstigninger, anvendelse af takstfinansiering, der øger antallet af behandlede patienter, men presser udgifterne op, udgifts- og forventningspres fra et stigende antal ældre og nye og bedre behandlingsmetoder. Der er tale om en kronisk økonomisk udfordring, og der efterlyses bedre styring. Blandt sundhedsøkonomer er der enighed om, at man for at "stoppe sundhedsudgifternes himmelflugt er nødt til at gøre op med de nuværende styringsinstrumenter" (13).

I det følgende ser vi på udviklingen i de danske sundhedsudgifter i historisk perspektiv og i sammenligning med andre lande.

Udviklingen i offentlige sundhedsudgifter og aktivitet

Ifølge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er de offentlige sundhedsudgifter inklusive udgifter til plejehjem og hjemmesygepleje over en tiårig periode steget med 27,5 % fra 97,8 mia. kr. i 1999 til 124,5 mia. kr. i 2008. Dette svarer til en gennemsnitlig stigning på 2,7 % pr. år (målt i 2008-priser). I 2008 udgjorde regionernes udgifter 95,5 mia. kr. Der er tale om en løntung branche med en arbejdsstyrke, der også er øget i de sidste ti år, hvilket stemmer overens med Bertel Haarders udmelding. F.eks. er ca. 70 % af driftsudgifterne i sygehusvæsenet løn i 2008, og udviklingen på personaleområdet anses af regeringen for at være medbestemmende for de fremtidige udviklingsmuligheder. Samtidig er aktiviteten i sundhedsvæsenet også øget, specielt siden 2002, siger Regeringen, hvor meraktivitetspuljen til nedbringelse af ventetiderne blev indført (14).

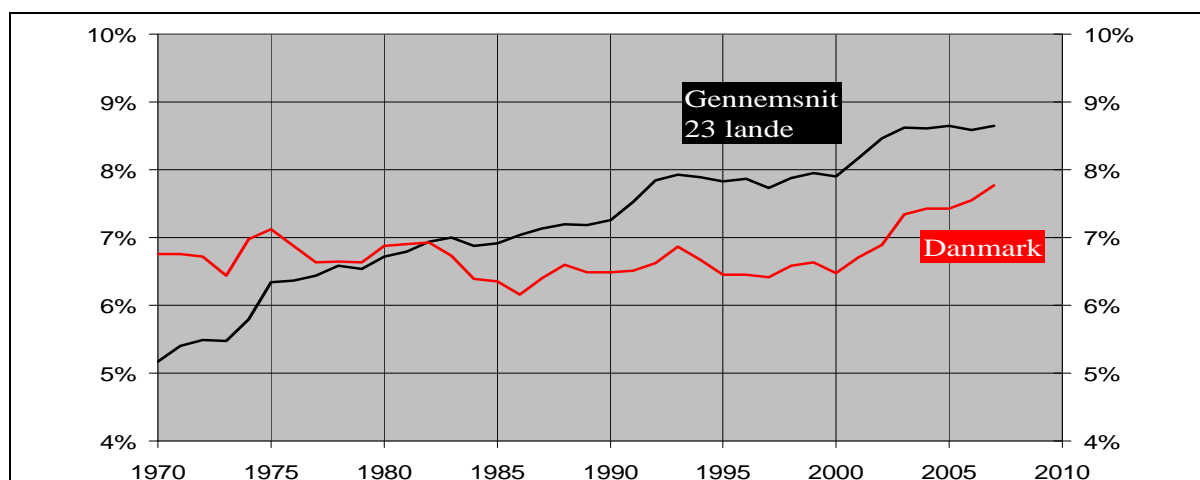
Figur 1: Gennemsnitlig årlig realvækst i sundhedsudgifter pr. capita og BNP pr. capita fra 1970 til 2006



Kilde: Hansen og Pedersen 2010 (15).

I figur 1 fra Det Økonomiske Råd er den årlige realvækst i sundhedsudgifter pr. capita sammenlignet med væksten i BNP. Den rette linje indikerer en situation, hvor væksten i sundhedsudgifter vokser i takt med væksten i BNP. Det ses således, at alle de viste landes sundhedsudgifter er vokset mere end BNP i perioden 1970-2006. Danmark ligger dog lavt i forhold til de øvrige lande, idet de danske sundhedsudgifter "kun" er vokset 0,5-1,0 % over væksten i BNP. I 1970 udgjorde de danske sundhedsudgifter 8 % af BNP – et niveau de fleste lande i dag har passeret, i det gennemsnittet for 2006 var 9 % af BNP (15).

Figur 2: Sundhedsudgifter som procent af BNP i Danmark og gennemsnit for 23 OECD lande



Kilde: Egen beregning baseret på OECD Health Data 2009, medtager ikke plejeudgifter.¹

¹ I OECD's sundhedsklassifikation: "Long-Term Nursing Care".

I ovenstående figur 2 er tallene for udgifter til plejehjem og hjemmepleje taget ud, og den danske vækst i sundhedsudgifternes andel af BNP er sammenlignet med gennemsnittet for de 23 (gamle) OECD-lande. Udviklingen er meget forskellig. Frem til årtusindeskiftet kunne Danmark – som et af de ganske få lande – holde sundhedsudgiftsvæksten på samme niveau som den samlede økonomiske vækst i landet, således at udgifts-/BNP-proportionen var rimelig konstant. I den sidste del af perioden, 2000-2007, stiger væksten også for Danmarks vedkommende, så vi igen nærmer os de øvrige lande. Selvom der er forskel i, hvordan udgifterne er gjort op, og dermed i hvor stor forskel der ses mellem Danmark og de øvrige lande, svarer dette billede til Det Økonomiske Råds analyse. Den peger på, at udgiftsvæksten særligt i det seneste årti har været betydelig (15), og hvis den fortsætter, udgør den et finanspolitisk holdbarhedsproblem.

I figur 3 fremgår forbruget af sundhedsydelser i henholdsvis 1999 og 2008 på de enkelte udgiftsposter eller sektorer. I den sammenligning er det især udgifter til sygehus, sygesikring og medicin, der er steget siden 1999, i modsætning til de kommunale plejeudgifter der har haft en mindre realvækst. Væksten i sundhedsudgifter skal selvfølgelig ses i sammenhæng med, hvad der er lavet for pengene, dvs. med væksten i aktiviteten, som også har været betydelig. Ifølge Kilsmarks (2009) analyse af data fra Landspatientregisteret og Omkostningsdatabasen fra Sundhedsstyrelsen er der f.eks. på sygehusområdet sket en vækst i antallet af udskrivinger på 9 % mellem 2001 og 2008, og i samme periode er antallet af ambulante besøg øget med 24 % (16). Det bemærkes, at nogle udgiftsposter er sværere regulerbare end andre, når aktiviteten stiger. F.eks. følger udgifter til medicin og materiale i høj grad antallet af patienter.

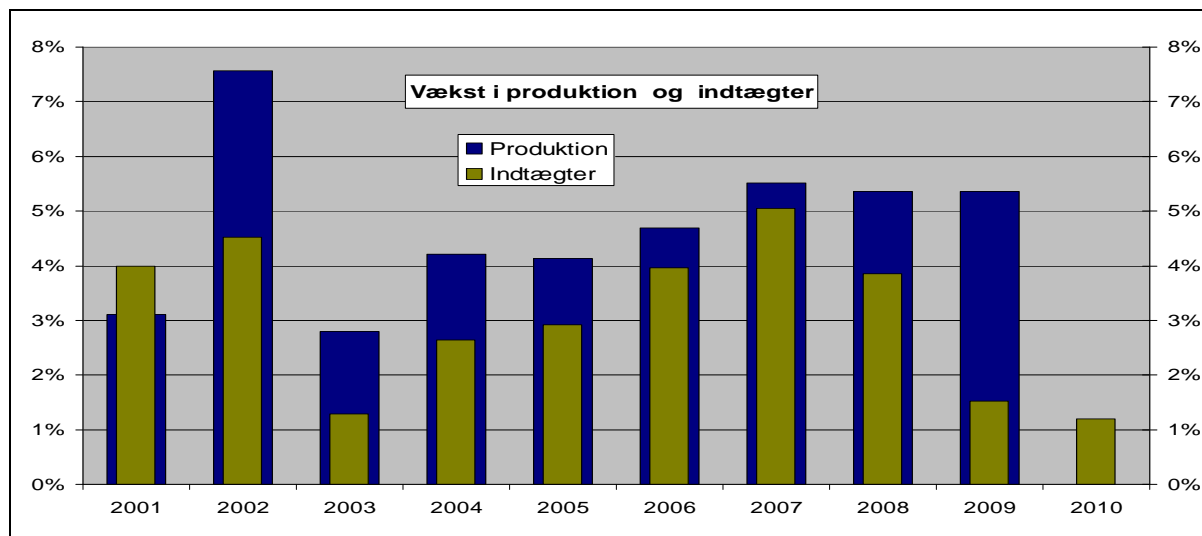
Figur 3: Forbrug af sundhedsydelser i 1999-2008

| | 1999 | 2008 | 2008 | Årlig real vækst |
|--|-----------------|---------------|----------------|------------------------|
| | Mia. priser) | kr. (2008- | ----- ----- | Pct. ----- |
| Regioner, i alt | 69,0 | 95,5 | 65,3 | 3,7 |
| Heraf: Sygehusudgifter | 53,5 | 71,7 | 49,0 | 3,3 |
| Sygesikring (ekskl. medicin) | 9,3 | 13,3 | 9,1 | 4,1 |
| Medicin | 5,1 | 8,0 | 5,5 | 5,1 |
| Kommuner, i alt | 27,8 | 28,9 | 19,8 | 0,4 |
| Heraf: Plejehjem og ældrepleje ^{a)} | 20,4 | 20,5 | 14,0 | 0,1 |
| Ambulant behandling | 6,2 | 7,5 | 5,1 | 2,1 |
| Off. forbrug af sundhedsydelser, i alt | 96,8 | 124,5 | 85,1 | 2,8 |
| Privat forbrug af sundhedsydelser, i alt | 17,5 | 21,8 | 14,9 | 2,5 |
| Heraf: Medicin | 4,5 | 6,2 | 4,2 | 3,6 |
| Briller, høreapparater mv. | 2,6 | 3,5 | 2,4 | 3,4 |
| Læge, tandlæge mv. | 8,3 | 8,7 | 6,0 | 0,5 |
| Forbrug af sundhedsydelser, i alt | 114,3 | 146,2 | 100,0 | 2,8 |

Kilde: Hansen og Pedersen, Det Økonomiske Råd, 2010 (15).

Nedenstående figur 4 er baseret på data fra Danske Regioner og viser udviklingen i forholdet mellem væksten i produktion af sygehuseydelser målt i DRG-værdi (se kapitel 3) og væksten i indtægter fra stat og kommune. I de foreløbige tal for 2009 ses, at væksten i produktionen har været langt større end væksten i indtægter i forhold til året før, og dvs. at der er produceret mere for en mindre merfinansiering i 2009.

Figur 4: forholdet mellem regionernes vækst i produktion og vækst i indtægter i procent



Kilde: Beregnet på basis af data fra Økonomi- og Sundhedsanalyse, Danske Regioner. 2009-tal for produktion er foreløbige.

Kilsmark (2009) konkluderer desuden, at væksten i udgifter er faldet ud til fordel for de planlagte kirurgiske patienter på grund af de årlige meraktivitetspuljer, der har tilført sygehusene 14 mia. kr. mere i perioden til nedbringelse af ventelister for kirurgiske patienter, mens der på det medicinske område er sket en væsentlig aktivitetsvækst uden samme øgede tilførsel af midler² (16). Udskrivninger fra medicinske afdelinger er steget med 17 % og fra de ambulante medicinske afdelinger med 43 %. Væksten i aktiviteten skal ses i lyset af en reduceret indlæggelsestid på afdelingerne fra 7,7 dage i 2001 til 5,9 dage i 2008. Mange medicinske afdelinger lider under en høj belægningsprocent, en høj andel af akutte indlæggelser og en stigende andel af patienter med komplekse diagnoser, hvilket gør planlægningen vanskelig og øger presset på afdelingerne.

² Idet det bemærkes, at meraktivitetspuljerne fra 2007 er en del af grundbevillingssystemet. Med dem afregnes for meraktivitet over baseline, uanset om der er tale om en medicinsk eller en kirurgisk patient.

2. Økonomi og styring i sygehusvæsenet

Den grundlæggende målsætning for et sundhedsvæsen er at skabe mest mulig sundhed af en passende kvalitet for de ressourcer, som anvendes. Styringen af sundhedsvæsenet skal understøtte denne grundlæggende målsætning. Styringsinstrumenters udformning og virkning vil være afhængig af den kontekst, de implementeres i. Der er fordele og ulemper ved alle styringsinstrumenter alt efter, hvordan de anvendes. Produktionen af sygehusedydelser er underlagt en række vilkår, bl.a. adgangen til ressourcer, f.eks. personale, efterspørgselsudviklingen og sammenhængen med den øvrige sundhedssektor. Internt i organisationen foregår økonomistyringen, som er en vigtig forudsætning for sammenhængen mellem målene for produktionen af sundhedsydelser, opfølgning på og overholdelse af aktivitets- og udgiftsbudgetter og tildeling af ressourcer til de enkelte sygehuse eller fra sygehusledelse til sygehusafdelinger. Det er vigtigt, at økonomistyringsprincipperne understøtter – og ikke modarbejder – de mål, man har med produktionen af sundhedsydelserne.

Et samlet bud er, at vilkårene for styring af en sygehusproduktion og dermed økonomi er blevet vanskeligere. Dels er der en voksende efterspørgsel kombineret med sværere tilgængelige ressourcer på inputsiden, f.eks. på personaleområdet, dels er der en række styringsmekanismer udstukket fra centralt hold, der samlet set påvirker råderummet for organisationen. Nogle mekanismer indebærer en stigende konkurrence om patienter og midler fra såvel private som offentlige sygehuse. På finansieringssiden sætter afregningsprincipper og bevillingsbetingelser begrænsninger i form af dokumentationskrav og sanktioner, hvis budgetmålene ikke overholdes. Igen andre styringsmekanismer indebærer øgede bindinger på grund af eksplicite, erhvervede patientrettigheder eller på grund af faste aftaler, f.eks. omkring fordeling af produktionen mellem sygehuse.

Styring af økonomien i sygehusvæsenet: en model

Noget af debatten er præget af, at der tales om **"sygehusvæsenet"** som én organisation. Imidlertid tyder de forskellige syn på økonomien, vi hørte om i sidste kapitel, på, at der i virkeligheden er tale om noget ret komplekst. Vallgård (17) foreslår, at vi, "for at forstå udfordringerne i sundhedsvæsenet for styring og økonomi, først må forstå, at sundhedsvæsenet ikke er en organisation med klar arbejdsdeling og ét administrativt apparat, som på basis af regler søger at sikre koordinering, kontinuitet og målopfyldelse, men i virkeligheden en kompleks struktur med mange organisationer med et vist fællesskab i opgavernes karakter. Således er der ikke kun ét mål, men flere forskellige målsætninger, agendaer og selvstændige interesser ...". Skal denne pointe overføres til sygehusvæsenet, må vi altså se det som en kompleks størrelse af flere forskellige økonomier og organisationer, som hver især styrer økonomi og opgaver ud fra de forudsætninger, de har, og gensidigt påvirker hinanden gennem aftaler, lovmæssige krav og andre bindinger.

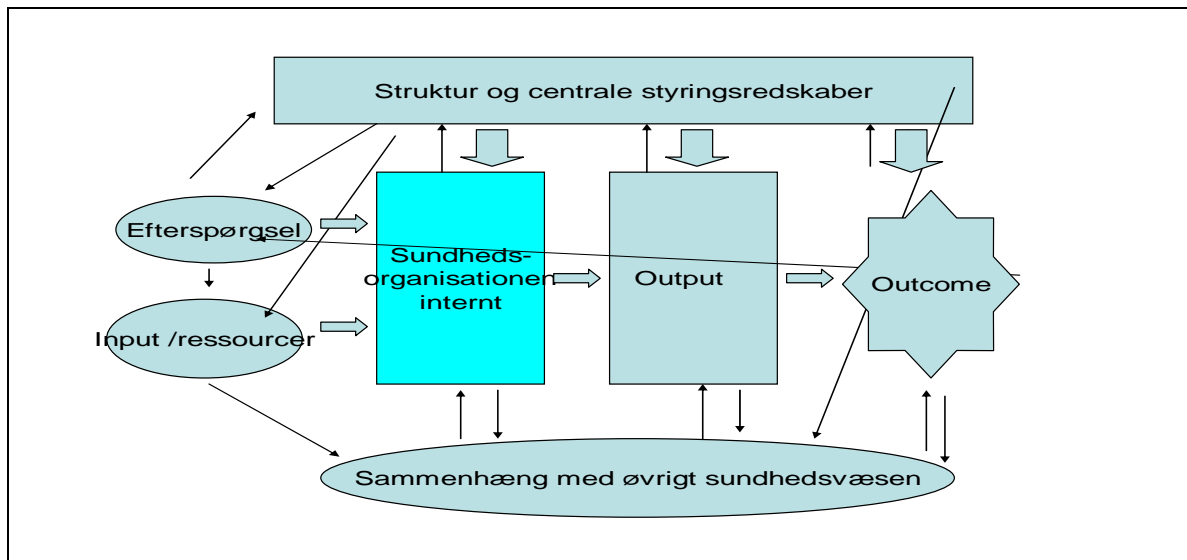
Den grundlæggende målsætning for et sundhedsvæsen er "at skabe mest mulig sundhed for de ressourcer, som anvendes". Og desuden, at "mest mulig sundhed opnås ved at levere en tilstrækkelig mængde ydelser af en passende kvalitet". I tillæg til disse målsætninger om effektivitet og kvalitet kommer en række sociale målsætninger, bl.a. at der skal være lige adgang til sundhedsydelser. Vrangbæk og Vallgård (17; 18) peger på, at de valgte styringsinstrumenter ideelt set bruges til at fremme disse overordnede mål ved at påvirke aktører og relationer mellem aktører i sundhedsvæsenet.

Eksempler på styringsinstrumenter er: mål- og rammestyring, politisk planlægning, incitamentsstyring, regler, koordination, netværk, normer, kultur, omfordeling via skatter, evaluerings- og processtyring, information og økonomistyring, og økonomiske incitament relaterer sig formentlig til alle de nævnte (19).

Styringsinstrumenters udformning og virkning vil være afhængig af den kontekst, de implementeres i, eller de vilkår de er underlagt. Der er fordele og ulemper ved alle styringsinstrumenter, alt efter hvordan de anvendes.

Oftentimes kan modeller være med til at simplificere virkeligheden og dermed fremme forståelsen for meget komplekse problemstillinger. Derfor vil vi i det følgende anvende en model for at forklare udfordringerne for økonomi og styring i sygehusvæsenet og som overordnet struktur på det, der følger på de næste sider.

Figur 5: Model for vilkårene for produktionen af sygehusedelser



Kilde: Egen tilvirkning inspireret af Bilde 2006 (20), Vallgård 2007 (17) og KREVI 2009 (21; 22).

Modellen viser, at produktionen af et output, en "sundhedsydelse" målt som aktivitet, antal behandlede patienter, antal producerede sengedage eller DRG-point osv., i en "sundhedsorganisation" kræver et "input". F.eks. skal der være penge til stede for at betale for de personale- og materialemæssige ressourcer, sygehusets øvrige udgifter og teknologier, der skal være indgået kontrakter omkring ansættelser og indkøb osv.

Pengene bevilliges i form af et budget, der så igen baseres på en afregning eller betaling for sundhedsydelser. I Danmark anvender vi en kombination af forskellige budgetterings- og afregningsprincipper, som vi nærmere ind på i kapitel 3. Ligeledes skal de nødvendige personalemæssige ressourcer og den rette teknologi være til stede for at kunne producere ydelserne. Samtidig fordrer produktionen af sundhedsydelser jo, at der er patienter, som efterspørger dem.

Den overordnede organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet, "struktur og styringsredskaber", og de lovgivningsmæssige og organisatoriske tiltag, der udstikkes fra centralt hold, har indflydelse på efterspørgslen, på inputfaktorerne og det interne råderum i sundhedsorganisationen. Sidstnævnte påvirkes også af de krav, der stilles til den udførte aktivitet (output) og kvaliteten (outcome). Kravene kan enten komme fra centralt hold eller internt i organisationen, f.eks. på grund af normer og kliniske retningslinjer.

"Sundhedsorganisationen" som angivet i modellen kunne være f.eks. hele den danske sygesektor, som den ses fra statens eller de danske regioners side. Én region, det enkelte sygehus og den enkelte sygehusafdeling kunne i denne sammenhæng også være en "sundhedsorganisation".

Internt i organisationen foregår økonomistyringen som en vigtig forudsætning for sammenhængen mellem målene for produktionen af sundhedsydelser, opfølgning på og overholdelse af aktivitets- og udgiftsbudgetter og tildeling af ressourcer til de enkelte sygehuse eller fra sygehusledelse til sygehusafdelinger. Det er vigtigt, at økonomistyringsprincipperne understøtter – og ikke modarbejder – de mål, man har med produktionen af sundhedsydelserne.

De enkelte sundhedsorganisationer har deres egne forudsætninger for at styre økonomien. De offentlige sygehuse har f.eks. en række opgaver, hvor den vigtigste er at producere sygehuseydelser, men de skal også uddanne sundhedspersonale og bedrive forskningsvirksomhed. Selvom en privat, profitmaksimerende virksomhed ofte også bedriver forskning og uddannelse, så vil den tænke den form for opgave med ind i sin samlede indtjening, de markeder, den opererer på, de produkter, den vil satse på, og den pris den så tager for sine ydelser. Der skal være en forretning i det. I sammenligning kan den offentlige not-for-profit sygehusvirksomhed ikke agere på samme måde og f.eks. undlade at udføre de opgaver, der "ikke er" forretning i". Den er underlagt en række aftalebindinger, en forsyningspligt overfor borgerne og andre eksterne faktorer, den ikke kan påvirke, sammen med interne organisatoriske og økonomiske forhold, den muligvis heller ikke så let kan ændre på kort sigt. Her tænkes bl.a. på ansættelser af personale.

I modellen er efterspørgslen efter sygehuseydelser en vigtig ekstern faktor. Der kunne tænkes at være en sammenhæng mellem den outcome eller kvalitet, som sygehusorganisationen præsterer, og efterspørgslen efter sygehusets ydelser.³ Det sygehus, hvis patienter hyppigt må genindlægges på grund af tilstødende komplikationer, kan blive påvirket, enten fordi lægen ikke henviser bestemte patienter derhen, fordi patienten ikke vil derhen, eller fordi regionen vælger at lade den type af opgave udføre af andre sygehuse.

Input og ressourcer er faktorer, som skal indgå i produktionen af sygehuseydelser, men som ligeledes er underlagt eksterne forhold. Samtidig kan vi ikke udelade det øvrige sundhedsvæsen af diskussionen, idet sygehusorganisationer spiller sammen med det øvrige sundhedsvæsen. Hvis de praktiserende læger f.eks. henviser rigtig mange patienter af en bestemt type til det lokale sygehus, vil det få indflydelse på sygehusets råderum. Eller hvis kommunerne ikke har plads på plejehjemmene til de ældre medicinske patienter, kan det få konsekvenser på sygehusenes muligheder for at udskrive patienterne.

Desuden er der i en organisation nogle interne faktorer, som nye tiltag skal passe ind i. Effekten af styringsredskaberne afhænger af samspillet med disse eksterne og interne faktorer, som vi nu kalder "vilkår" for styring. Styringsredskaberne som nævnt iværksættes for at understøtte en række målsætninger og for at imødegå eller tilpasse sig vilkårene. Hvad der imidlertid er vilkår, og hvad der er redskaber for styring, afhænger af den organisatoriske sammenhæng, man befinder sig i. Samtidig er der også internt i organisationer incitaments- eller belønningssystemer, f.eks. bonusordninger, muligheder for karriereudvikling og forfremmelse samt kultur, der sammen med de udefra kommende styringsystemer har indflydelse på organisationens adfærd (23; 24).

Set fra *national* side er f.eks. befolkningsudviklingen og befolkningens opfattelse af deres ret til sundhedsydelser vigtige styringsvilkår. For *regionerne* er befolkningsudviklingen stadig et eksternt styringsvilkår, men samtidig bliver de tiltag, der er iværksat fra nationalt hold, også et vilkår for regionerne. Her kan vi nævne det udvidede frie sygehusvalg, der tillader de kirurgiske patienter at vælge at blive behandlet på et andet sygehus, hvis ventetiden på det lokale sygehus overskrider 1 måned.

³ Patienterne har andre kriterier for kvalitet end de henvisende læger. F.eks. er "god behandling" af sygehuspersonale, oplevelse af god kommunikation med sygehuspersonalet og kontinuitet i behandlingen formentlig blandt patientens kriterier, mens læger bl.a. kigger på forekomsten af utilsigtede hændelser.

I en nylig udkommet rapport (21), som er baseret på interviews med en række afdelingsledere, økonomidirektører og økonomichefer fra danske sygehuse, fremgår det, at der er forskellige opfattelser af, hvad økonomistyring er, hvilke udfordringer der er ved økonomistyring på de danske sygehuse, og hvad der skal til for at forbedre sygehusernes muligheder for at styre økonomien. Disse forskellige perspektiver afhænger formentlig bl.a. af, hvilke roller og ansvarsområder de adspurgte har. Nogle peger på de nuværende og planlagte organisatoriske omstruktureringer med sammenlægninger og nye stor-sygehuse som en vigtig udfordring for økonomistyringen; nogle på personalerekruttering, procesoptimering og nogle på nødvendigheden af at forbedre ledelsesinformation og datagrundlaget. Andre mener, at der må styr på vikarforbruget, og andre igen at der er for mange mål på én gang. De fleste er dog enige om, at en af de største udfordringer for økonomistyringen er udviklingen i efterspørgsel, og dette aspekt kommer vi ind på lige om lidt.

Vi bliver nu lidt mere konkrete omkring det danske sygehusvæsen og de vilkår, som styringen af det er underlagt.

Målsætninger for sygehusvæsenet

I Økonomiaftalen for 2010 mellem Danske Regioner og Regeringen fremgår, at der fortsat skal ske fornyelse i det gode og velfungerende sundhedsvæsen, men at indsatsen skal tilpasses den globale afmatning og finanskrisen, således at udviklingen i sundhedsvæsenets udgifter flugter med de rammer, Regeringen har fastlagt i 2015-planen med planer for nulvækst i de offentlige udgifter. Dette indebærer et fortsat fokus på bedre ressourceanvendelse, øget produktivitet og effektivitet (25). Der skal samtidig med kvalitetsreformen iværksættes en række kvalitetsfremmende initiativer. Det er regionernes ansvar at sikre, at regnskaberne for 2010 stemmer overens med budgettet.

Skal man se på disse kortsigtede målsætninger i forhold til vores produktionsmodel, er der altså tale om, at der fortsat i 2010 skal skrues på alle ovennævnte "knapper" på én gang. I en hurtig optælling af antallet af forskellige begreber i økonomiaftalen finder vi dog, at der er større fokus på "udgiftstilbageholdenhed", "produktivitet", "bedre ressourceanvendelse" og "aktivitet", end der er på "kvalitet". Så mens ressourcerne på inputsiden godt nok øges svagt, bevilliges de i sammenhæng med et krav om øget produktivitet og aktivitet, og det er så op til sundhedsorganisationen at tilrettelægge produktionen således, at dens omkostninger pr. produceret output-enhed bliver stadig mindre.

Denne målsætning, og den måde den udmøntes på sygehuset i form af krav til produktivitetsforbedringer, skal ses i lyset af, at sygehuserne allerede har øget deres produktivitet væsentligt gennem en længere periode (14), og spørgsmålet er, hvor store effektiviseringsmuligheder der rester. Vores påstand er, at der langt fra er reelle muligheder for omkostningsbesparende effektivisering inden for alle typer af "sygehusydelser". Dette skyldes bl.a. et begrænset råderum for planlægning af produktionen og valg af, hvilke sygehusydelser det enkelte sygehus skal producere, samt en høj grad af uforudsigelighed i kompleksitet i sygdomme, og i hvornår ydelserne skal produceres. I hvilket omfang er det muligt stadig at producere et større output med et forholdsmæssigt mindre input, dvs. falder marginalomkostningerne ved en større produktion? Denne diskussion vender vi tilbage til i kapitel 3.

Udover at sygehuserne til stadighed skal blive mere effektive og blive ved med at forbedre deres produktivitet, så skal det danske sundhedsvæsen ifølge Regeringens langsigtede handlingsplan "Sundhedspakke 2009" (26) samtidig også kunne levere store præstationer på outcome-siden. Ambitionen i planen er nemlig, at "danskerne om ti år skal kunne påregne tre års ekstra levetid i forhold til i dag". Det fremhæves, at den enkelte patient er omdrejningspunktet, og at regeringen med handlingsplanen tegner "et nyt Danmarkskort af topmoderne sygehuse. Vi sikrer danskerne behandling af høj international standard. Vi sætter ind med en forebyggelseshandlingsplan. Og vi styrker patienternes rettigheder." I handlingsplanen gøres også status over udviklingen siden 2001, og det fremgår bl.a., at "vi er

godt på vej til at nå regeringens mål om et dansk sundhedssystem i verdensklasse", og "at konkurrencen om patienterne har skabt en positiv spiral, der har ført til en ændret tankegang og en højere produktivitet i det danske sundhedsvæsen".

Der opstilles otte tiltag:

1. Et nyt Danmarkskort af moderne sygehuse med samling af specialiseret behandling på færre sygehuse.
2. Fokus på de gode resultater.
3. Kommunerne skal forebygge unødvendige indlæggelser.
4. En samlet handlingsplan for psykiatrien.
5. Livstruende kræft- og hjertesygdomme – pakkeforløb og ny kræftplan.
6. Udvidet frit sygehusvalg og fair konkurrence sætter patienten i centrum.
7. National handlingsplan for forebyggelse.
8. Ny patientombudsmand skal give patienterne nem og hurtig klagegang.

Det første tiltag omhandler de planlagte nye storsygehuse og sammenlægninger af afdelinger med henblik på større, specialiserede sygehusenheder. Selvom der kan være mange fordele ved sygehus-sammenlægninger, vil der vil være tale om et styringsvilkår, som medfører forandringsomkostninger for det enkelte sygehus og den enkelte medarbejder og dermed for den kortsigtede produktion af sygehusydelse og økonomistyringen.

Ses der på punkt 2: "Fokus på de gode resultater", handler det ikke, som det måske kunne forventes, om bedre resultater af behandlinger (outcome), men om produktivetsforbedringer og effektiviseringer. Det foreslås, at der i højere grad fokuseres på benchmarking i forhold til de sygehuse, der er mest produktive, dvs. fortsat fokus på input- og output-siden.

Der er overordnet set tale om meget ambitiøse målsætninger, som formentlig vil betyde skærpede krav til sygehusenes præstation på såvel udgifts- som produktivets-, effektivitets- og kvalitetssiden. Det bliver en stor udfordring for de centrale lovgivende aktører (Regering og Folketing) og lovforvaltende aktører (regioner og kommuner) at få tilrettelagt og implementeret styringsredskaber, så de understøtter en lokal sygehusproduktion, der leverer endnu bedre resultater på såvel output- (mere aktivitet) som på outcome-siden (flere leveår), samtidig med at leverancen koster færre ressourcer pr. produceret enhed.

Udviklingen i efterspørgslen efter sygehusydelse

Ifølge de økonomiansvarlige på de danske sygehuse er efterspørgslen efter sygehusydelse og den måde, de håndteres på i det nuværende system, den største udfordring for styring af sygehusøkonomien (21). Der tales om, at vi i de seneste ti år har haft en udvikling fra et **udbudsstyret** til et **efterspørgselsstyret** sundhedsvæsen, og det giver nogle helt nye udfordringer for planlægningen af sygehusproduktion og økonomistyringen af et sygehus (24) (27).

En forklaring er, at der bliver flere ældre. Den stigende ældreandel er dels et udslag af, at store årgange når pensionsalderen, dels af at de ældre lever længere end tidligere. Samtidig med at der bliver flere ældre, som typisk er syge oftere og har mere komplekse sygdomme, sker der en stigning i efterspørgslen på sygehusydelse (28). Ifølge Kilsmark (16) har såvel det medicinske som det kirurgiske område i de sidste ti år oplevet en stærk stigning i antallet af patienter, der behandles, antallet af indlæggelser pr. patient og – for de medicinske patienters vedkommende især – også i kompleksiteten

af indlæggelserne. Om det er et resultat af den demografiske udvikling, ændrede økonomiske incitamenter som følge af nye afregningsprincipper for sygehuse eller en kombination af begge dele, siger tallene ikke noget om, men en stigende efterspørgsel efter sygehusedydelser har der i hvert fald været det seneste tiår. Kjeld Møller Pedersen (2009) peger dog på, at længere levetid ikke nødvendigvis vil betyde en stigning i efterspørgslen på grund af alder alene. Han taler om en "healthy ageing effect". Hvis de ekstra år, som de ældre lever længere, er sunde leveår, vil de år, hvor man er behandlingskrævende, ikke være afhængige af hvor gammel man bliver (29).

En anden udvikling er, at patienterne i stigende grad er blevet forbrugere, der forventer et højt serviceniveau, søger information på internettet og bliver mere vidende om deres sygdom og behandlingsmuligheder. De forventer en høj faglig kvalitet. Imødekommes disse forventninger ikke i fremtiden, vil patienter, der har råd til det, i endnu højere grad end nu fristes til at købe sig til ydelserne i det private sundhedsvæsen (28; 27). En tredje forklaring er, at der de seneste ti år været en sundhedspolitisk udvikling, der har understøttet disse forventninger: patienterne har fået flere rettigheder, f.eks. udvidet frit sygehusvalg og forskellige behandlingsgarantier (30), og det har ifølge flere aktører gjort sundhedsvæsenet mere følsomt for efterspørgsel end tidligere, hvor ventelister var et redskab til at overholde aftalte udgifter i sundhedsvæsenet (27) (2).

Hansen og Pedersen (2010) fra Det Økonomiske Råd (15) vurderer i deres analyse, at den demografiske faktor (alderen) er langt mindre betydende for væksten i sundhedsudgifter og dermed for den fremtidige finanspolitiske holdbarhed end ikke-demografiske faktorer. De peger på, at det seneste årtis mervækst i sundhedsudgifterne på grund af ikke-demografiske faktorer med et større politisk fokus på sundhedssektoren og understøttelsen af et mere efterspørgselsstyret sundhedsvæsen med frit sygehusvalg ikke kan fortsætte, uden at der bliver et fremtidigt finanspolitisk holdbarhedsproblem.

Frit sygehusvalg

De danske patienter har haft frit sygehusvalg siden 1993, men benyttede sig stort set ikke af muligheden i begyndelsen (31; 32). I 2002 blev det udvidede frie sygehusvalg indført og gav patienterne ret til at blive behandlet på et andet sygehus, hvis ventetiden på det lokale sygehus var mere end to måneder. I 2007 blev denne ret udvidet, så patienterne allerede kunne vælge andet sygehus, hvis ventetiden på det lokale sygehus overskred én måned.

Efter indførelsen af denne rettighed har mange flere patienter imidlertid valgt at blive behandlet et andet sted end på det lokale sygehus. F.eks. er andelen af den offentligt finansierede sygehusaktivitet, som er udført på de private sygehuse, steget fra ca. 0,25 % i 2002 til ca. 2,5 % i 2008. På det ortopedkirurgiske område alene udgør den private aktivitet 7 % (33). I 2009 har ca. 100.000 patienter valgt at lade sig behandle på privatsygehuse (2).

Regeringens idé bag det udvidede frie sygehusvalg var at søge at nedbringe ventelisterne til planlagt kirurgi og lade patientens udvidede ret ledsage af et økonomisk incitament til sygehuse i form af konkret afregning pr. opereret patient udover det aftalte budget.

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet har det medført en nedbringelse af ventelisterne for visse kirurgiske procedurer i forhold til år 2001. Det er da også inden for det kirurgiske område, at størstedelen af væksten i sygehusbevillingerne er sket, i det omfang væksten i aktiviteten målt i DRG-værdi afspejler bevillingerne (16). At patienterne i højere grad har mulighed for at blive henvist til operation på andet sygehus end det, de normalt ville komme på, gør imidlertid – alt andet lige, at det lokale sygehus har fået sværere ved at forudsige det antal patienter, de kan regne med at modtage inden for et budgetår. Der er simpelthen kommet flere parametre med i aktivitetsforecastet end tidligere.

Endelig spiller den teknologiske udvikling formentlig også ind på efterspørgslen efter sundhedsydelse. De sundhedsprofessionelle har ved valg af uddannelse gjort det til deres kald at blive bedre til at behandle sygdomme. Ny teknologi, ny medicin og nye behandlingsformer udvikles stadigt hurtigere. Udviklingen medfører et pres fra såvel de sundhedsprofessionelle som patienterne selv om at bruge de nye og mere effektive teknologier, så snart de er udviklet og/eller markedsføringsgodkendt, og det giver dermed stigende efterspørgsel. (28). Et andet aspekt, der nævnes, er, at der – også som følge af forskning og teknologiske landvindinger – opstår nye diagnoser og dermed nye sygdomsgrupper, der skal behandles (34).

Udvikling i ressourcer

På inputsiden spiller ny teknologi ind. Den nye teknologi kan muligvis være arbejdskraftbesparende og medføre højere effektivitet, men den kan også medføre større udgifter i form af investeringer i nyt apparatur mv. En udfordring er dog rent faktisk at implementere ny teknologi. For selvom ny teknologi er udviklet og dens fordele dokumenteret, sker det ofte, at den ikke tages i anvendelse (28). Det nuværende afregnings- og økonomistyringsprincip med DRG-systemet anklages ofte for ikke i tilstrækkelig grad at understøtte investeringen i ny teknologi (27). Dette aspekt vender vi tilbage til i kapitel 3.

Begrænsninger i muligheden for at rekruttere personale på grund af personaleknaphed er et grundigt debatteret emne. Når efterspørgslen stiger, skal der også flere hænder til. Disse skal findes på et tidspunkt, hvor der generelt i samfundet bliver færre i den arbejdsdygtige alder. Det stiller krav til, at det personale, der er, skal arbejde mere og/eller mere effektivt. Fremover vil der ikke blive færre læger, men mange vil være yngre læger under uddannelse, mens mange speciallæger vil gå på pension. Man forventer derfor, at der bliver mangel på speciallæger. Øges antallet af sygeplejerskernes opgaver, forventer man ligeledes, at der bliver mangel på sygeplejersker. Også blandt social- og sundhedsassistenter og lægesekretærer forventer man mangel på personale (16; 27).

Lovgivning

Lovgivningen eller "quasi-lovgivningen" angiver de rammer, inden for hvilke sundhedsorganisationen kan og skal agere. Jo mere eksplicit f.eks. patientens rettigheder eller sygehusenes forsyningspligt er defineret fra centralt hold, jo mindre råderum er der i sygehusets planlægning og i den lægelige vurdering af, hvorvidt der reelt er tale om et behandlingsbehov. Samtidig kan man ikke anvende de ressourcer, man bruger til at producere den ydelse, patienten har ret til i medfør af loven, uanset om den er klinisk begrundet eller ej, på at producere andre ydelser (Anne Mason 2006, Bilde 2006). Et eksempel på dette er anvendelsen af røntgenudstyr til et lovbestemt tilbud om screening. Den lovbestemte ret gør, at røntgenudstyret og personalet skal prioritere screeningen først og ikke kan anvende udstyret til at diagnosticere andre sygdomme på samme tidspunkt. Andre, nye eksempler på eksplicite rettigheder er kræftpakkerne og det udvidede frie sygehusvalg. Begge indebærer behandlingsgaranti og indskrænker i den tankegang, vi angiver her, i et vist omfang sygehusenes styringsmæssige råderum.

Styringsvilkår

Et samlet bud er, at vilkårene for styring af en sygehusproduktion og dermed økonomi er blevet vanskeligere. Dels er der voksende efterspørgsel kombineret med sværere tilgængelige ressourcer på input-siden, f.eks. på personaleområdet, dels er der en række styringsmekanismer udstukket fra centralt hold, som samlet set påvirker råderummet for organisationen. Nogle indebærer en stigende konkurrence om patienter og midler fra såvel private sygehuse og andre offentlige sygehuse. På finansieringssiden, der beskrives i næste kapitel, sætter afregningsprincipper og bevillingsbetingelser be-

grænsninger i form af dokumentationskrav og sanktioner, hvis budgetmålene ikke overholdes. Andre styringsmekanismer igen indebærer øgede bindinger på grund af eksplicite, erhvervede patientrettigheder eller på grund af faste aftaler, f.eks. omkring fordeling af produktionen mellem sygehuse.

I en organisation vil der som regel altid være flere styringsmekanismer på spil samtidig, og forskellige normer og interessegrupper har indflydelse på styringen. Uformelle mekanismer kan have lige så stor betydning som centralt udstukkede styringsredskaber. Men virkningen af et styringsredskab bragt i spil fra centralt hold afhænger af dets samspil mellem organisationens interne faktorer. Så et styringsredskab har ikke altid den tilsigtede effekt, men måske mange flere eller helt andre (17).

En vigtig forudsætning for god økonomistyring er information og kommunikation, herunder ledelseskommunikation, og centralt udstukne styringsredskaber skal indlejres i den lokale sygehusorganisation, før de kan have den tilsigtede effekt. Flere økonomiansvarlige på sygehusniveau peger på, at der er behov for bedre overblik over processer, resultater og økonomi ned på den enkelte sygehusafdeling for at kunne møde fremtidens økonomistyringsudfordringer (21).

3. Redskaber for styring af økonomi og aktivitet i sygehusvæsenet

Et vigtigt aspekt af styring er de redskaber, der anvendes til at tildele ressourcer til de enkelte sundhedsorganisationer.

I det danske sygehusvæsen anvendes rammestyling som overordnet styringsprincip kombineret med elementer af takststyring. Dels finansieres en afgrænset produktion ud over det aftalte aktivitetsniveau med takster, dels anvendes DRG-systemet, som udgør datagrundlaget for beregning af takster og sygehusomkostninger til at dokumentere og sammenligne såvel sygehusenes produktivitet som aktivitet. Endelig anvendes DRG-takster i stigende grad til afregning af patienter mellem sygehuse og regioner på grund af øget patientmobilitet. Rammestyrimodellen er underlagt hårdere budgetrestriktioner end tidligere: der er krav om årlige produktivets- og aktivitetsforbedringer samt videreførelse af eventuelle budgetoverskridelser i næste års budget.

I den nuværende finansieringsmodel er det en udfordring for regionerne og dermed sygehusene at ligge så tæt på den aftalte aktivitet som muligt, idet manglende opnåelse medfører mindre bevilling, og højere aktivitet medfører en opskrivning af den forventede aktivitet og dermed produktivitet i efterfølgende år.

Produktivetskravet på 2 % forbedring pr. år skal ses i sammenhæng med, at de danske sygehuse allerede har øget deres produktivitet over flere år. Kravet er svært at opnå for de sygehuse med en omkostningsstruktur, patient- eller ydelseskaraktistika, der gør, at de producerer dyrere end gennemsnittet. En af forudsætningerne for produktivetsforbedringer er desuden, at der er muligt at reducere marginalomkostningerne ved øget produktion. Dette gælder ikke altid for produktion af sygehusydelse, f.eks. for mange akutte ydelser, der kan være præget af heterogenitet og uforudsigelighed.

Indledning

Et meget vigtigt aspekt af styring er de redskaber, der anvendes til at tildele ressourcer til de enkelte sundhedsorganisationer: Hvor kommer pengene fra til at finansiere sygehusene, og hvilke mekanismer sikrer, at de fordeles fra stat til region, fra region til sygehus, fra sygehusledelse til afdeling osv.? Hvilke incitamenter giver forskellige måder at fordele ressourcerne på? Vi ser her på processen med ressourcefordeling fra nationalt hold og ned til den enkelte sygehusafdeling og diskutere de redskaber og modeller, der anvendes i Danmark.

Der indledes med en beskrivelse af, hvordan sygehusydelse finansieres i Danmark, og hvordan der mellem sygehuse og regioner afregnes for den enkelte patient. Dernæst forklares, hvad ramme- og takststyring er, og hvordan de to aspekter indgår i den finansierings- og økonomistyringsmodel, der i dag anvendes for de danske sygehuse. Vi ser nærmere på produktivetskravet og DRG-systemet. I forbindelse med gennemgangen af DRG-systemet beskrives nærmere, hvordan taksterne beregnes. Denne beskrivelse er teknisk, men vigtig for forståelsen af hvordan produktivitet og aktivitet gøres op, og hvilke problemstillinger der er at ved at anvende opgørelsen i benchmarking af aktivitet og økonomi samt i afregning af patienter mellem sygehusene.

Finansiering af sygehusydelse

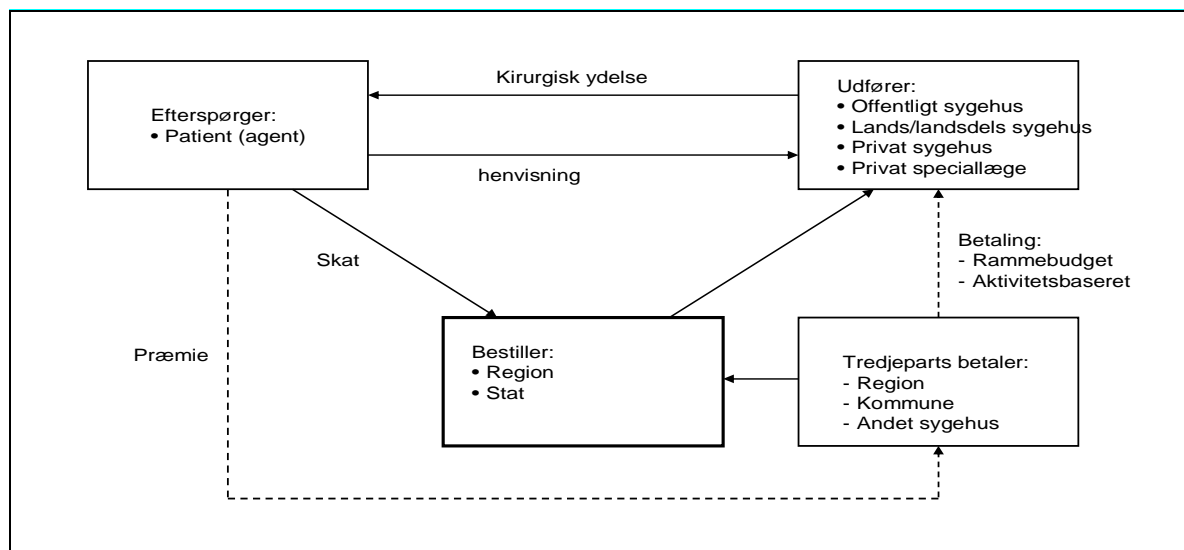
I Danmark finansierer sygehusydelse via skattebetaling, der opkræves af staten og kommunerne. Staten aftaler hvert år et budget for udbetaling af budgettet til regionerne, som så fordeler midlerne videre til sygehuse. Kommunerne finansierer i alt ca. 20 % af regionernes udgifter til sygehuse. Finansieringen fra staten til regionen og derfra til de offentlige sygehuse er underlagt en række budgetrestriktioner og krav. Der skal nås et aktivitetsmål, produktiviteten skal øges hvert år, udgiftsbudgettet skal overholdes og eventuelle underskud skal indarbejdes i næste års budget. En mindre del af finansieringen af sygehuse kommer fra statens meraktivitetspulje, der giver ekstra betaling for en vis, men begrænset produktion over det aftalte.

Når vi i det følgende taler om **udgifter**, f.eks. årlige sundhedsudgifter, afdelingens medicinudgifter eller lignende, er det de kroner, vi betaler pr. regnskabsperiode (f.eks. et år) for at drive en sundhedsorganisation. Vi betaler dels for ressourcer – det input – der medgår til produktion af sundhedsydelse, og dels til de ansatte eller lignende, som ikke direkte kan anvendes i produktionen af sundhedsydelse, f.eks. sygehusadministration. Udgifterne er ofte bundet i en aftale, der ikke umiddelbart kan laves om inden for en kortere tidshorisont, f.eks. hvis patienterne af en eller anden grund alligevel ikke bliver indlagt på sygehuset som forventet eller f.eks. en ansættelseskontrakt, og udgifterne skal således alt andet lige betales, uanset om der er produktion eller ej.

Omkostninger defineres i det følgende som den pengemæssige værdi, som de ressourcer, der medgår til at producere sundhedsydelse, udgør. Eller sagt på en lidt mere simpel måde: hvad koster det at producere ydelsen i kroner? Når patienten i forbindelse med diagnosticering sendes til røntgen, udgør forbruget af røntgenudstyret en omkostning i produktionen af sundhedsydelsen. Udfordringen i forbindelse med opgørelse af omkostninger er at sikre, at alt relevant ressourceforbrug i forbindelse med produktionen af sygehusydelse er talt med. Det er f.eks. rimeligt også at medtage nogle af udgifterne til administration af sygehuset, i forbindelse med patientens indlæggelse, energiforbrug på sygehuset og andet ressourceforbrug, der ikke direkte synes at indgå i behandlingen af patienten.

Med **betaling eller takster** mener vi de pengebeløb, en "bestiller" af ydelse betaler til den sundhedsorganisation, der udfører sundhedsydelsen. De danske regioner betaler med takster for ydelse i almen praksis samt sygehusydelse på offentlige og private sygehuse. Kommunerne betaler et grundbidrag pr. sygehusbehandlet patient til regionerne osv. samt en andel af hver udskrivningstakst.

Figur 6: Model for finansiering af kirurgisk ydelse



Kilde: egen tilvirkning, efter Reinhardts model for sundhedsvæsenets finansiering

Ovenstående figur viser, at der i forbindelse med finansiering – herunder betaling – for sygehusydelser er flere aktører involveret. I modellen henvises en patient ("efterspørgeren") via sin praktiserende læge til en kirurgisk ydelse, f.eks. operation for grå stær, til et sygehus, offentlig eller privat eller en klinik, der så udfører operationen og får en betaling for den via "bestilleren" og tredjepartsbetaleren.

Den overordnede **finansiering af sygehusydelser** i Danmark kommer fra skattebetaling opkrævet af staten (og kommunerne). Regeringen forhandler hvert år i juni en **økonomiaftale** med Danske Regioner. Af den fremgår overordnet budget og betingelser for udbetaling af budgettet til regionerne.

Danske Regioner fordeler budgettet videre til de enkelte regioner, der er "bestillere" i modellen med ansvar for at planlægge, hvor de forskellige sygehusydelser skal produceres i regionen, lave aftaler med offentlige og private sygehuse omkring økonomi og aktivitet samt sikre, at regionens borgere får den nødvendige sygehusbehandling. En mindre, men stigende del af sygehusfinansieringen kommer fra private sundhedsforsikringer, der sikrer de forsikrede hurtig adgang til behandling på et sygehus.

Mellem regionen og sygehuse sker en afregning, der afhænger af, hvilken udfører der afregnes med:

Når regionen afregner for behandlingen af en patient med et privatsygehus eller med et sygehus i en anden region, sker det i dag med en såkaldt DRG-takst⁴, der tager hensyn til patientens diagnose og behandlingsintensitet. Tidligere anvendte de daværende amter en takst pr. sengedag til at betale for behandlingen af hinandens patienter, og den handel tog jo ikke som DRG-taksten hensyn til, hvilken type patient der var tale om.

Figur 7: Eksempel på afregning af en patient

| Patient vælger | Hvem betaler |
|--|--|
| Patient på sit lokale sygehus, sygehus 1 | Regionen afregner patienten i henhold til egen takststyringsmodel (% af DRG-taksten) |
| Patient kommer på et andet sygehus i regionen | Regionen afregner patienten i henhold til egen takststyringsmodel (% af DRG-taksten) |
| Patient kommer på sygehus 3 udenfor regionen | Regionen betaler 100 % af DRG-taksten til anden region |
| Patient kommer på privat hospital i eller udenfor regionen | Regionen betaler DRG-andel til privathospital (80 % af taksten eller lokalt aftalte takster) |
| Patient kommer til speciallæge i regionen | Regionen afregner speciallægen med den sygesikringstakst (eller evt. med en lokalt forhandlet takst i tilfælde af mange patienter) |

I dag er det således, at hvis patienten sendes til et offentligt sygehus i en anden region, betaler hans hjemregion 100 % af taksten, og sendes han til et privatsygehus, afhænger taksten af den aftale, som vedkommende sygehus har med Danske Regioner. Endelig afregnes speciallægeklinikker med overenskomstfastsatte takster. Opereres patienten på et sygehus i sin hjemregion, følger afregningen regionens egen takststyringsmodel. Der er dog aldrig tale om, at hjemsygehuset, ligesom f.eks. sygehuset i den anden region, får godskrevet 100 % af DRG-taksten. Hvilke incitamenter det giver for regionerne, at der for nogle sygehuses vedkommende afregnes med hele taksten og for andre med mindre end taksten, har været genstand for diskussion, siden man begyndte at "handle" med patienter i større grad og giver anledning til megen debat omkring, hvilken takst der er den "mest retfærdige" til afregning mellem sygehuse og regioner.

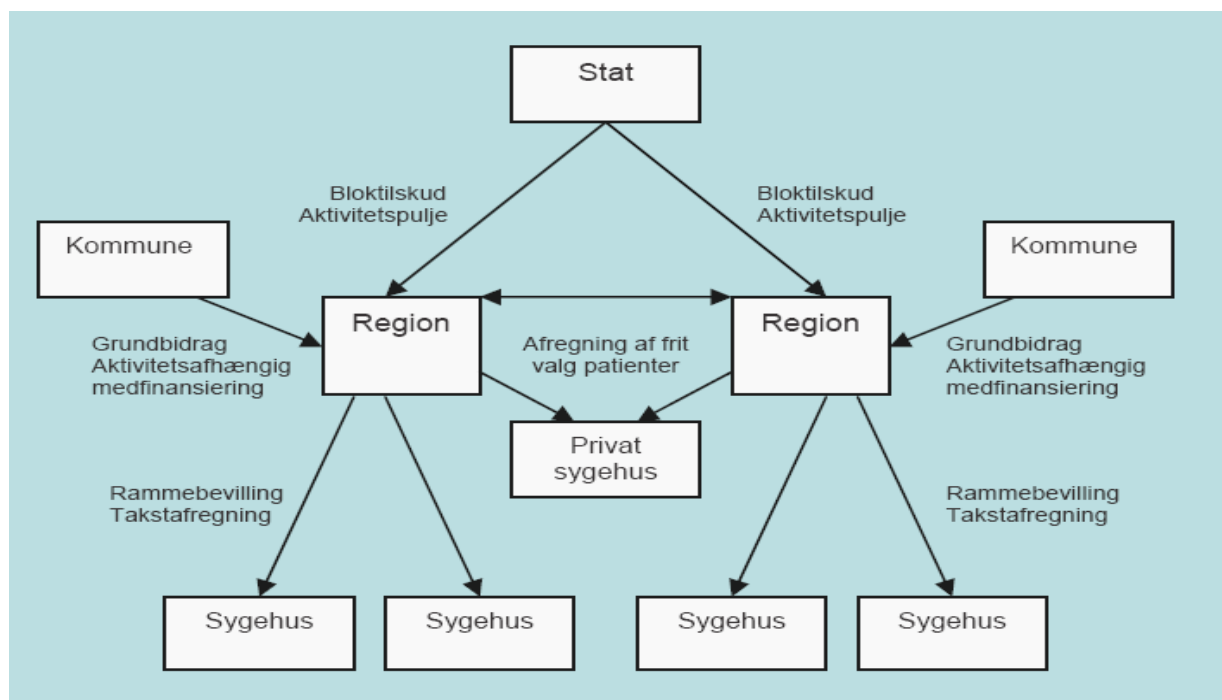
⁴ DRG står for Diagnose-Relaterede Grupper. Fra 2010 afregnes der med private sygehuse med 80 % af referencetaksten eller specifikke aftalte takster.

Finansiering af offentlige sygehuse

For de offentlige sygehuse aftales dels et **rammebudget** til dækning af udgifter, dels en **aktivitetsbaseret del**, der afregnes i forhold til det faktisk udførte arbejde – de behandlede patienter – målt i forventede omkostninger, "DRG-værdien". DRG-værdien er baseret på sygehusenes gennemsnitsomkostning ved at producere den pågældende ydelse.

Som det fremgår af modellen i figur 8, sker der også en betaling fra "tredjepartsbetalere", der ikke har umiddelbar indflydelse på planlægning af ydelserne. Her tænker vi dels på kommunerne, der siden 2007 har medfinansieret sygehusydelse, og dels på regionerne, som må afregne med andre sygehuse, når deres patienter bliver behandlet udenfor regionen eller landet.

Figur 8: Finansiering af sygehusydelse



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009) (33).

Ovenstående figur viser finansieringssystemet, som det er i dag (33). Staten forhandler hvert år i juni et bloktilskud fra stat til regioner med Danske Regioner og en eller flere aktivitetsafhængige puljer. Statens finansiering udgør i alt 80 % af den samlede finansiering (77 % bloktilskud, 3 % aktivitetsafhængig). Ændringer i det samlede bloktilskud hvert år fastsættes på basis af tidligere års **aktivitet** med tillæg af en forventet meraktivitet, hvoraf en del er ufinansieret i form af et krav om 2 % produktivitetforbedringer, og 1,5 % er en aktivitetsfinansieret stigning (med 70 % af DRG-taksten).

Bloktilskuddet fordeles mellem regionerne ud fra en fordelingsnøgle, der afhænger af objektive kriterier (33), bl.a. demografiske. Regionerne bestemmer selv, hvordan de vil fordele bloktilskuddet til sygehusene. Lige nu er der fem forskellige takststyringsmodeller i anvendelse. Kommunerne finansierer de resterende i alt ca. 20 % af regionernes udgifter på sygehusydelse ved et fast grundbidrag fordelt efter indbyggertal og et aktivitetsafhængigt beløb, der dækker ca. 12 % af regionernes udgifter (33). De begreber, der i dag anvendes om finansiering af sundhedsydelse i Danmark, er "takststyring" og "rammestyring".

Vi skal i det følgende se lidt nærmere på, hvad der menes med begreberne, hvad fordelene og ulemperne er ved de forskellige finansieringsformer, hvordan og med hvilke begrundelser de anvendes i det danske sygehusvæsen.

Takst- og rammestyring

I det danske sygehusvæsen anvendes rammestyring stadig som det overordnede princip for styring af sygehusøkonomien. Der er dog lagt forskellige elementer af takststyring ind i budgetaftalerne. Dels finansieres en afgrænset produktion udover det aftalte baselineniveau med takster. Dels anvendes DRG-systemet, der udgør datagrundlaget for beregning af takster og sygehusomkostninger, til at dokumentere og sammenligne sygehusenes produktivitet og aktivitet. Endelig anvendes DRG-takster i stigende grad til afregning af patienter mellem sygehuse og regioner på grund af øget patientmobilitet.

Rammestyringsmodellen er underlagt hårdere budgetrestriktioner end tidligere. Der er krav om årlige produktivets- og aktivitetsforbedringer samt videreførelse af eventuelle budgetoverskridelser i næste års budget. Ligeledes er det en svær balance for regionerne og dermed sygehusene at ligge så tæt på den aftale baseline-aktivitet som muligt, idet det manglende opnåelse medfører mindre bevilling, og højere aktivitet medfører en opskrivning af den forventede aktivitet og dermed produktivitet i følgende år.

Rammestyring

En af de store udfordringer i forbindelse med valget af afregningsform i en tid med øget efterspørgsel efter sundhedsydelser er dens medfølgende incitamenter til at øge aktiviteten og produktiviteten, samtidig med at såvel kvaliteten som udgiftsrammen overholdes. Kjeld Møller Pedersen kalder det "Cirkelns kvadratur med dens umulige matematiske udfordring" (24).

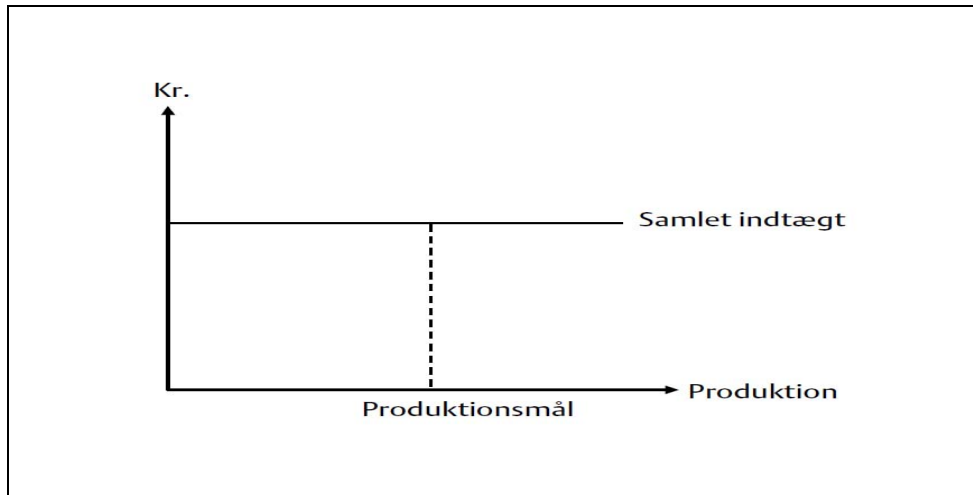
Budgetteringsmetoden med et budget, der forhandles årligt mellem parterne, har været anvendt i det danske sygehusvæsen siden begyndelsen af 1970'erne. I store træk anvendes modellen stadig, idet det stadig er historiske budgetter, der videreføres år efter år. Dog er der sket en række modifikationer, f.eks. med hensyn til hvordan de historiske aktiviteter/omkostninger, der lægges til grund for budgetaftalen, bliver opgjort. Der tales om, at vi er gået fra "bløde" til "hårde" budgetrestriktioner. Tidligere kunne sygehusene få eftergivelse eller ekstrabevilling til underskud, men i dag er der sanktioner samt en række krav (2; 24), bl.a. om en 2 % produktivetsstigning pr. år, der har givet økonomistyringen sværere kår.

I perioden 1970 til 2005 har afregningssystemerne bevæget sig kronologisk fra detail- og planstyring til takststyring. I nogle perioder fik sygehusene en ren overordnet udgiftsramme fra amterne, under hvilken de selv kunne planlægge, hvordan de kunne opfylde deres lokalbefolkningers behov eller lov-hjemlede rettigheder til sygehusydelser. I andre perioder var der mere detaljerede udgiftsbudgetter eller aktivitetsbudgetter, dvs. aftale om, hvor mange og hvilke patienter sygehuset skulle behandle i indeværende år. Endelig er man gået imod en øget anvendelse af økonomiske incitamenter, bl.a. som det kommer til udtryk ved takststyring (17; 23; 24). Der har været flere styringsmæssige "mellems-tationer" undervejs med brug af kontrakter mellem udfører og bestiller for en bestemt præstation, f.eks. et antal udskrivninger eller antal kirurgiske ydelser med et budget eller kontraktbetaling knyttet dertil.

Der har været en periode med høj grad af decentral planlægningsfrihed, således at sygehusene selv havde fuldstændig frihed til at planlægge sundhedsydelser inden for rammebudgettet. På grund af de "hårde" budgetrestriktioner nævnt ovenfor, øgede patientrettigheder omkring valg af sygehus og syn på retten til behandling, stramning omkring økonomistyringsprincipper, samtidig med et øget decentralt økonomistyringsansvar og hyppige omstruktureringer inden for hver enkelt region, vurderes den decentrale planlægningsfrihed at være indskrænket i forhold til tidligere.

Nedenstående figur 9 indikerer, at der – med en konstant indtægt, som budgettet giver – arbejdes til produktionsmålet nås og ikke mere (35). Der er ikke ifølge modellen incitament til at øge aktiviteten, idet budgettet jo er bevilliget, og nogle hævder, at der heller ikke er incitament til at øge kvaliteten (18). Til gengæld er det lettere at styre udgiftsudviklingen i den rene ramkestyringsmodel.

Figur 9: Produktion og indtægter under ren ramkestyring



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet: evaluering af takststyring 2003 (35).

Der tales om udbudsstyring, hvor sygehusene henviste patienterne til en venteliste, hvis de ikke havde behandlingskapacitet (ressourcer), og tog patienterne ind efterhånden, som deres kapacitet tillod det. Ifølge Møller Pedersen (2006) (24) er den gradvise indførelse af takststyring sket under antagelsen af, at ramkestyring ikke giver incitament til at øge aktiviteten uden væsentlige udgiftsførøgelser, og det er den antagelse, der præger al kommunikation og debat på området og implicit lægges til grund for alle diskussioner og legitimerer beslutningerne. Således blev vejen banet i løbet af 1990'erne for delvist aktivitetsbaseret finansiering med indførelsen af 90-10 ordningen, hvor man tillod 10 % af aktiviteten at være finansieret uden for rammeordningen (31; 32; 36).

Takststyring

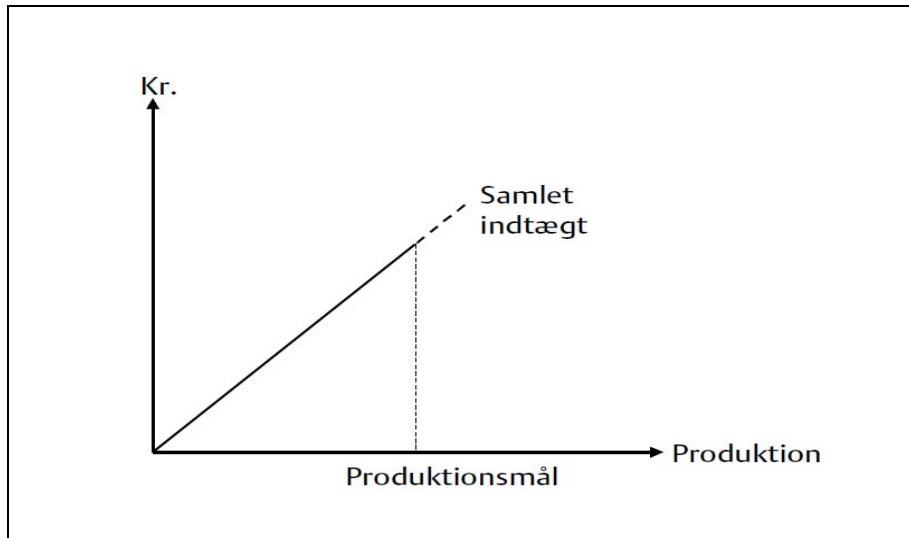
Afregning med takster i sygehusvæsenet er ikke nyt. Der er i årevis blevet "handlet" med patienter, der blev henvist fra et sygehus i et amt til behandling på et af lands-/landsdelssygehusene. Amtet betalte for denne behandling via en takst pr. patient (udskrivning) – i begyndelsen en sengedagstakst, og i 1990'erne indførtes DRG-taksterne (33). Med indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993 (24) og især efter indførelsen af ventetidsgarantier i 2002 er denne "handel" med patienter blevet øget. Dels fordi de private sygehuse i langt højere grad end tidligere er kommet på banen, dels fordi der er øget "handel" mellem offentlige sygehuse også.

Figur 9 viser sammenhængen mellem produktion og indtægt i en situation med fast takst, hvor sygehuset modtager 100 % af den aftalte takst for behandling af patienten.

Her øges indtægten så at sige i takt med produktionen, og sygehuset tilpasser selv sine udgifter i henhold til den forventede omsætning af ydelserne og f.eks. ansætter det personale, der er behov for til at producere den forventede mængde af ydelser. Så længe omkostningerne ved at producere sundhedsydelsen **ikke er højere** end taksten, er der et stærkt incitament for sygehuset til at producere mere. Og så længe sygehusafdelingen har ledig kapacitet, kan det producere løs, men hvis der skal investeres i nye sengepladser, operationsstuer eller afdelinger for at kunne producere mere, bliver det ikke nødvendigvis fordelagtigt på kort sigt at blive ved med at producere.

Fra år 2000 afregnedes frit valg-patienter med 100 % af taksten (24), og meraktivitetspuljen ("Løkkeposen") gav i perioden 2002-2005 også 100 % af DRG-taksten for produktion udover den aktivitet, der var aftalt i rammebudgettet. Det resulterede i, at ventelisterne blev nedsat, og at aktiviteten – men i høj grad også sygehusudgifterne – blev øget (16) (14).

Figur 10: Indtægter i takststyringsmodel med fast takst



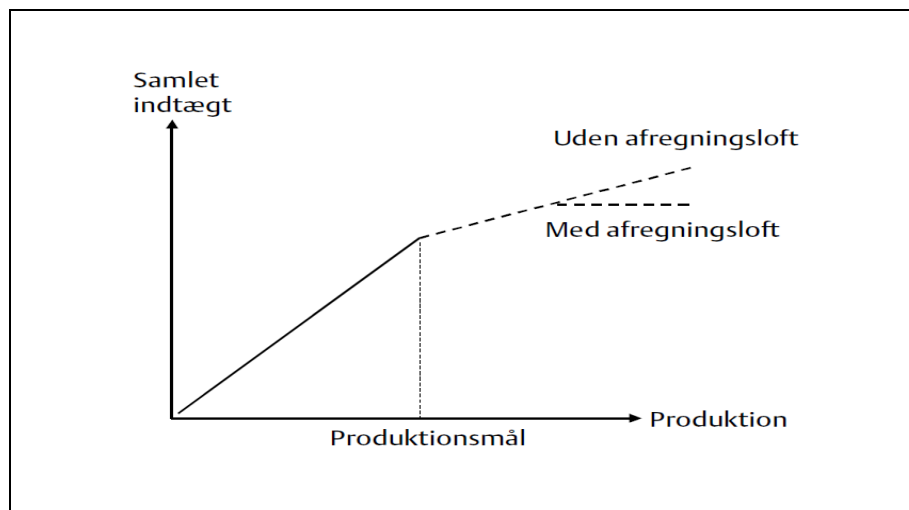
Kilde: Evaluering af takststyring 2005, H:S (37).

I modellen ses den rene takstfinansierede produktion, hvor takster udbetales med 100 %. Her øges såvel produktionen som indtægterne i samme takt, og så længe taksten dækker omkostningen ved at producere mere, har sygehuset et incitament til at øge produktionen.

Samtidig øges udgifterne også for de, der skal betale taksten pr. udført ydelse, og hvis de har et mål om udgiftstilbageholdenhed, må de forsøge at lægge en dæmper på produktionen, og det kan de gøre ved at modificere takststyringsmodellen.

En af metoderne til at holde aktiviteten og dermed udgifterne nede er at indføre et **loft for afregningen**, som det er afspejlet i figur 11. Her betales der ikke for flere patienter, når aktivitetsloftet er nået. En anden metode er at sænke taksterne, f.eks. ved ikke at udbetale hele taksten, men et beløb der er mindre end 100 % af taksten, enten allerede fra første patient eller ved en "knæktakst", hvor de sidste patienter afregnes med en mindre del af taksten end de første.

Figur 11: Indtægter i takststyringsmodel med og uden afregningsloft



Kilde: H:S. Evaluering af takststyring på sygehusområdet 2005(37).

Anvendelse af takst- og rammestyring i det danske sygehusvæsen

Takster har som tidligere nævnt været anvendt sammen med og rammestyring som afregningsprincip siden midten af 1990'erne. Den del af den samlede finansiering af sygehusene, der er aktivitetsafhængig, dvs. "følger patienten" og afregnes med DRG, er imidlertid stigende: Hvor det i 1990'erne kun var højest ca. 10 % af aktiviteten⁵, der blev finansieret ved takster, er det målet i 2010, at 50 % af aktiviteten, produktionen af sygehusydelser, skal være finansieret ved takstafregning.

Den aktivitetsforventning, der ligger til grund for budgetaftalerne mellem parterne, kaldes "baseline". Mellem stat og regioner aftales en baseline, og regionerne aftaler deres egne baseline-forventninger med sygehusene. Producerer regionerne over baseline, takstafregnes desuden i alt 2,975 mia. kr. fra statens meraktivetspulje. Hvis baseline ikke nås, trækkes i basisbudgettet, og eventuelle underskud fra året før skal hentes ind i det pågældende budgetår for at ramme baseline. En produktion over baseline, selvom noget af den vil være finansieret af meraktivetspuljen, vil få konsekvenser for budgettet om to år (24). Baseline vil blive opskrevet med en andel af overskridelsen, og det gør, at det bliver endnu sværere at nå det medfølgende produktivitetskrav. Derfor er det en balancegang på en knivsæg for regionerne at ramme så tæt på baseline som muligt. Vi kommer senere tilbage til, hvordan aktivitet og produktivitet gøres op.

Hvordan målet omkring aktivitetsbestemt finansiering/betaling opnås, er op til regionerne og i sidste ende sygehusene. I de fem forskellige "takststyringsmodeller", der anvendes i dag, er der stor forskel på, hvornår den aktivitetsbestemte afregning af sygehusene starter (38). Ligeledes anvender nogle loft på den aktivitetsbaserede de samt knæktakster.

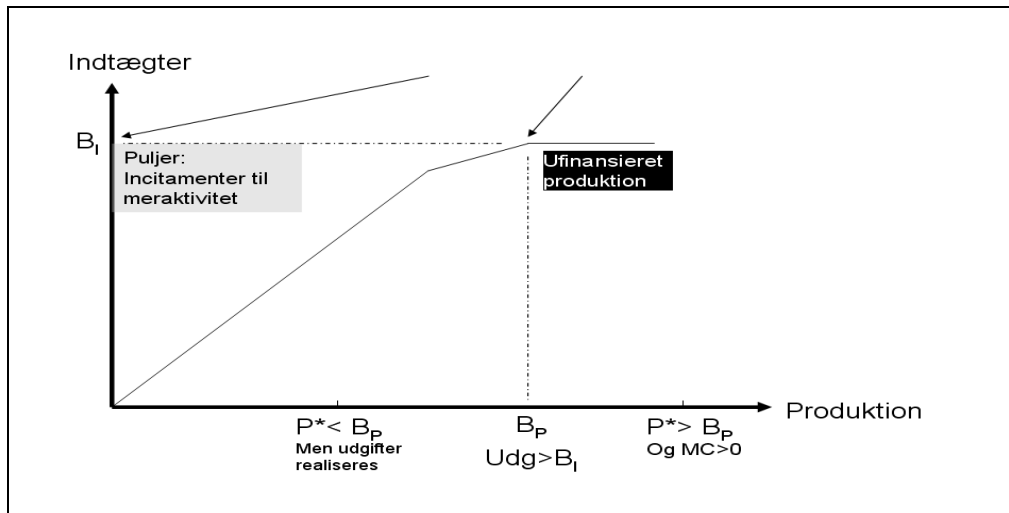
Hvilken model, der giver mest i indtægt for regionen og sygehuset, afhænger bl.a. af, hvor stor en andel af de faktiske omkostninger der dækkes ved taksten, jf. diskussionen ovenfor, samt hvordan styringsmodellen forvaltes og ressourcerne fordeles nedad i hierarkiet fra stat til region, til sygehus og til sygehusafdeling.

Fælles for modellerne er at, de forudsætter, at der konstant er tilstrækkeligt med patienter, der sendes til/vælger behandling på det pågældende sygehus eller i den pågældende region.

⁵ Og da 90-10 ordningen blev ikke implementeret på sygehusene i særlig høj grad (31; 32), så der er tale om langt mindre end 10 %.

Problemet er, at der skal ressourcer til, jf. forrige kapitel, f.eks. i form af tilstrækkeligt personale med den rigtige kompetence, før produktionen overhovedet kan iværksættes, dvs. udgifterne er der, uanset om der er patienter eller ej, i hvert fald på kort sigt, dvs. inden for det enkelte budgetår.

Figur 12: tre scenarier for produktion, indtægter og udgifter



Kilde: Jes Søgaard: Oplæg ved høring på Christiansborg, februar 2010.

Ovenstående figur viser tre scenarier: i det første ligger produktionen " p^* " **under** den produktion, der blev forudsat i budgetforhandlingerne B_p ("baseline"). Budgettet inkluderer en forudsætning om en meraktivitet i forhold til tidligere, finansieret med "knæktakst", dvs. en takst der ligger under taksten for den første del af basisproduktionen. Problemet her er, at personalet jo allerede er ansat, og udgifterne er der derfor alligevel. Det giver underskud for sygehuset/regionen, fordi "pengene" så ikke kommer hjem.

I det andet scenarie rammes produktionsmålet B_p præcist. Hvorvidt udgifterne er større eller mindre end den præcist ramte aktivitet/produktion B_p , afhænger af forholdet mellem sygehusets produktionsomkostninger og indtægterne, der enten afregnes eller monitoreres ved takster. Dette kommer vi nærmere ind på om lidt.

I det tredje scenarie ligger b^* **over** den forudsatte/aftalte produktion B_p , og der er loft på aktiviteten, dvs. der ydes ikke ekstra finansiering til aktivitet ud over den forventede. Uanset hvad man mener omkring muligheden for at effektivisere sygehusproduktion og øge produktiviteten pr. investeret krone, så vil de marginale omkostninger altid være større end 0. Og en produktion over produktionsloftet får konsekvenser for budgettet året efter.

Ovenstående forklaring svarer i høj grad til sygehusdirektionernes forklaring på deres økonomiske situation, som de gav i kapitel 1 (12).

Ligeledes er takststyring ifølge de økonomiansvarlige på landets sygehuse ikke nødvendigvis fordrende for meraktivitet, selvom det er begrundelse for modellen: f.eks. er der ikke motivation til at producere mere, hvis produktionen af sundhedsydelsen kræver særydelser som eksempelvis implantater, der til tider koster 75 % af DRG-taksten, og afdelingen kompenseres med mindre end 75 %. Så er det ren tilsætning at producere over baseline (21).

Efter indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg fik alle sygehuse under "Løkkeposen" – offentlige som private – 100 % af DRG-taksten for (ekstra) udført kirurgisk aktivitet. I de senere år har de offentlige sygehuse afregnet meraktivitet med mindre end 100 % af taksten, mens betalingen til private

sygehuse har været 100 % af en forhandlet takst, der lå i nærheden af gennemsnitstaksten for de offentlige sygehuse⁶. Ligeledes anvendes takststyringsystemet som budgetterings- og afregningsgrundlag helt ned på afdelingsniveau.

Virkningen af takststyringen for de enkelte sygehuse afhænger det enkelte sygehus' valg af økonomistyringsmodel under de rammevilkår, som regionen har givet, og de øvrige lokale incitamenter (24) – f.eks. afdelingsbudgetter, bonusordninger mv. samt konkurrencesituationen internt på sygehuset. F.eks. er det forskelligt, hvordan den delvise DRG-takst, der betales fra regionen, fordeles mellem de enkelte afdelinger, og incitamentet til at producere mere/mindre må derfor også afhænge af den lokale forvaltning.

En analyse af aktiviteten i det danske sygehusvæsen for perioden 1996-2004, dvs. både under rammestyringen og i den periode, hvor meraktivitet blev finansieret med hele DRG takster, viser, at den er steget positivt, men også at stigningstaksten har været uændret i 2002-2004 i forhold til tidligere perioder. Så man kan ikke konkludere, at det er takststyring, rammestyring eller kombinationen af begge, der giver aktivitetsstigningen (Pedersen 2006 i (18)). Disse resultater svarer til udviklingen i andre lande, f.eks. hvor afregningssystemet er blevet ændret (Hagen 2006 i (18)).

DRG-systemet

DRG-systemet har været anvendt til takstafregning af fritvalgspatienter i to årtier. I dag anvendes det vidtgående og udgør datagrundlaget for beregning af takster og sygehusomkostninger og til at dokumentere og sammenligne såvel sygehusenes produktivitet som aktivitet. Endelig anvendes DRG-takster i stigende grad til afregning af patienter mellem sygehuse og regioner på grund af øget patient mobilitet.

Omkostningsbaserede DRG-takster, som de anvendes i Danmark, har den fordel, at de i stor udstrækning afspejler patienternes relative ressourcetræk på sygehuset – altså hvad det koster at producere ydelsen. Imidlertid kan der være en række utilsigtede effekter ved at finansiere sygehusydelse gennem DRG-afregning og øget anvendelse af takststyring. Dels er der fare for overregistrering eller spekulation i at kode patienten med den diagnose inden for de enkelte diagnosegrupper, der giver den højeste takst, eller de patientgrupper, hvor sygehuset ved, at det producerer billigere end landsgennemsnittet, således at det fremstår mere produktivt. Disse fænomener er velkendte og omtales som "DRG creep".

Afregning med DRG-takster anvendes efterhånden i de fleste sundhedsvæsener i de vestlige lande og er for nylig blevet indført i langt mere vidtgående grad til sygehusafregning i Tyskland, Frankrig og England på finansieringssiden, end vi ser i Danmark. I forbindelse med takstafregning er det vigtigt, at der er en sammenhæng mellem sygehusets omkostninger og takster. Når man afregner med senge-dagstakster, hvor sygehusets – eller afdelingens – udgifter divideres med antallet af sengedage til rådighed, afspejler taksten sjældent den reelle omkostning for sygehuset, f.eks. er en senge-dag for en patient med komplicerede akutte hjerteproblemer dyrere end den senge-dag, der måtte være efter en overstået ukompliceret vaginal fødsel. Denne forskel i behandlingsintensitet afspejles i DRG-taksten. Ligeledes er der i afregning med senge-dagstakster ikke noget incitament til at nedsætte indlæggelses-tiden og dermed omkostningerne pr. behandlingsforløb.

Med DRG-systemet opdeles patienterne i diagnosespecifikke grupper, der skal være "klinisk meningsfulde" og så vidt muligt have ens ressourcetræk på sygehuset – være "ressource-homogene". Beregning af DRG-omkostninger foregår ved, at sygehuset fordeler sine udgifter ned på hver eneste patient efter specielle fordelingsnøgler (39; 40). Derved sikres, at såvel de direkte behandlingsomkostninger, laboratorieydelse, røntgen, personaleomkostninger mv. for den enkelte patient, som en vis, "retfær-

⁶ De takster, der anvendes til at afregne med private sygehuse, har været genstand for megen debat i 2009. For 2010 forhandles omkring 80 % af "reference"-taksten for de offentlige sygehuse.

dig" andel af sygehusets øvrige udgifter, f.eks. vaskeri- og energiudgifter samt administration⁷, også er med i omkostningsberegningen, dvs. man får et billede af, hvad det reelt har kostet sygehuset at producere ydelsen.

Derefter sendes tallene, "fordelingsregnskabet", ind til "Omkostningsdatabasen" i Sundhedsstyrelsens DRG-kontor, som grupperer patienterne i de ressourcehomogene grupper efter en "grupperingsnøgle", der er specielt udviklet til danske forhold. Tallene renses for fejlregistreringer og trimmes, dvs. at omkostninger for patienter, der i datasættet ligger ekstremt lang tid "langligere" og patienter, der ligger usandsynligt kort tid på sygehuset, fjernes fra datasættet efter en speciel procedure⁸. Herefter beregnes en gennemsnitsomkostning for patienterne i DRG-gruppen for alle landets sygehuse, og denne omkostning ligger til grund for DRG-taksten.

Imidlertid vil den kvikke læser nok spørge til, hvordan taksterne anvendes, når patienterne har flere diagnoser, hvilket jo ofte er tilfældet. Svaret er, at DRG-taksten følger den diagnose, der er dyrest. Sygehuset får ikke ekstra betaling, hvis det også behandler en anden diagnose, mens patienten alligevel er på sygehuset. Udskrives patienten imidlertid fra sygehuset og indlægges igen for den anden diagnose, afregnes sygehuset så for denne.

Processen med at beregne taksterne er langvarig, og datagrundlaget for årets takster stammer fra indberetninger fra to år tilbage, justeret for pris-/lønstigninger i de to år. Således er DRG-taksterne i 2010 baseret på sygehusenes produktionsomkostninger for 2008. Ligeledes er det et 0-sumspil: på sygehusniveau skal de omkostningstal, der indberettes for de udskrevne patienter, stemme overens med de faktiske regnskabstal for sygehuset, og det samme gælder taksterne på landsplan, den forventede aktivitet og de forventede regnskabs-/ (udgifts)tal.

DRG-takster har siden 1990'erne været anvendt til at afregne patienter mellem sygehuse og meraktivitet udover rammebudgettet, men dets anvendelse er gradvist blevet øget over tid. I dag anvendes DRG-systemet langt mere vidtgående:

1. Til afregning af patienter mellem sygehuse
2. Til sammenligninger af aktivitet og produktivitet mellem sygehuse
3. Til opgørelse af baseline-aktivitet i forbindelse med de årlige budgetforhandlinger
4. Som grundlag for opgørelsen af det aktivitetsafhængige statslige tilskud og til den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering af sygehusydelse (fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside, beskrivelse downloaded 20. april 2010).

Nedenstående tal er baseret på en beregning på tal fra Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase fra 2004, tal i en publikation fra 2006 og er medtaget udelukkende af illustrative formål.

Det må formodes, at DRG-systemet gradvis forbedres med hensyn til indberetninger fra sygehuse til Sundhedsstyrelsen, beregnings- og grupperingsmetoder efterhånden, som det er blevet taget anvendelse i langt højere grad end tidligere, og der er da også siden 2004, hvor tallene er fra, sket en række revisioner af systemet (33). Der er tale om en sammenligning af DRG-omkostninger baseret på tal fra omkostningsdatabasen sammenlignet med DRG-taksten for 2004 (der jo var baseret på tal for 2002) for patienter baserede på snævre inklusionskriterier, der muliggjorde en sammenligning mellem lande (41). Eksempelvis en vaginal, ukompliceret fødsel for en førstegangsfødende på 25-35 år og en ellers rask ung mand på 14-25 år, der indlægges med akut blindtarmsbetændelse osv. Disse patienter

⁷ Afskrivninger på anlægsaktiver er ikke med i det danske DRG-system.

⁸ Idet medtagning af disse "outliers" ville få afgørende indflydelse på det beregnede gennemsnit. Med trimningen bliver gennemsnittet tættere på medianen, hvilket er mere retvisende.

er absolut ikke dækkende for alle patienter i den pågældende DRG- eller DAGS⁹-gruppe, de måtte tilhøre, men kun for et udsnit.

Det fremgår af tabellen i tabel 13, hvor mange patienter der mødte inklusionskriterierne, hvad gennemsnitsomkostningen var for de sygehuse, der var med, og spredningen målt som standardafvigelsen og 25-75 % fraktiler. Endelig fremgår, hvad man ville have fået i betaling, hvis der havde været fuld takstfinansiering for den pågældende patient i 2004.

Såvel i eksemplet med blindtarmsbetændelsen som med fødslen er der stor spredning i de forskellige sygehuses produktionsomkostninger, og den beregnede takst ligger nogenlunde midt i. For nogle sygehuses vedkommende ligger den et stykke under produktionsomkostningen og for nogle et stykke over. Således "taber" nogle sygehuse og nogle "tjener". Sygehuse, der i blindtarmseksemplet ligger på 75 % fraktilen på 19.786 kr., "taber" næsten 2.000 kr., hver gang en sådan patient indlægges, mens de 25 % billigst producerende sygehuse mindst har en tilsvarende gevinst. Formålet med de omkostningsbaserede takster er selvfølgelig at tvinge sygehuse til at blive mere effektive, så omkostninger som minimum bliver lig med takster.

Men når DRG-systemet bruges mere vidtrækkende end bare afregning, f.eks. til at fastsætte rammen baseline samt at afregne produktivitetsforbedringer og produktivitetsopfyldelse, så bliver det meget svært for de dyrest producerende sygehuse, der ligesom alle sygehuse på kort sigt – f.eks. indenfor et budgetår – er bundet af aftaler, der medfører udgifter, f.eks. på personaleområdet.

Antag at et sygehus har opereret 100 af disse blindtarmspatienter i et år. Når aktiviteten for dette år skal måles (målt som takst x udskrivning), er det så $16.926 \text{ kr.} \times 100 = 1.692.600 \text{ kr.}$

Det koster dem ifølge deres indberetning til Sundhedsstyrelsen dermed $19.786 \times 100 = 1.978.600 \text{ kr.}$ at producere de 100 udskrivninger. Indtægt i året minus omkostninger medfører således under antagelse af 100 % takstfinansiering et tab på 286.000 kr.

For det enkelte sygehus vil der formentlig være nogle patienter, der afregnes med en takst, der ligger under produktionsomkostningerne, og nogle afregnes med en takst der ligger over, så konsekvenserne i det virkelige liv bliver ikke helt så store som her antydnet. Men på grund af sygehuses forsyningspligt (jf. kapitel 2) er det ikke muligt på kort sigt at sigte mod at behandle mere "lønsomme" patienter.

Tabel 13: DRG-omkostning og takst for behandling af blindtarmsbetændelse og vaginal ukompliceret fødsel i kr., 2004

| Beskrivelse | Antal sygehuse | Patienter inden for inklusionskriterierne | Omkostning, gennemsnit | SD | 25-75 % fraktiler | DRG takst |
|-----------------------------|----------------|---|------------------------|-------|-------------------|-----------------------------|
| Blindtarmsbetændelse | 29 | 312 | 17.810 | 7.184 | 13.352-19.786 | 16.926 |
| Vaginal ukompliceret fødsel | 18 | 8.905 | 12.958 | 7.891 | 6.449-18.129 | 11.138/17.074 ¹⁰ |

Kilde: Bilde et al 2006 (41)

Ligeledes kræver en effektivisering af de enkelte patientforløb et indgående kendskab til, hvilke patientforløb der er lønsomme, og hvilke der ikke er, til rette tid. De økonomisk ansvarlige på sygehuse peger netop på, at tidsefterslæb i informationsstrømme i hele hierarkiet fra sygehusafdeling op til Sundhedsstyrelsen og kendskab til egne omkostninger er en af de store udfordringer for økonomistyringen på sygehuse (21).

⁹ Der anvendes for ambulante patienter, som udskrives fra en ambulant sygehusafdeling (i modsætning til en stationær).

¹⁰ Den lave takst er "vaginal ukompliceret fødsel uden kompliceret graviditet" og den høje "vaginal ukompliceret fødsel med kompliceret graviditet".

Ulemper ved DRG systemet

DRG-systemer er som nævnt anvendt til afregning i mange sundhedsvæsener verden over. Der er forskel mellem landene på, hvordan taksterne fastsættes. I nogle lande forhandles de, i andre er de baseret på data fra årrækker tilbage og prisregulerede til dagens niveau, og endelig de er i nogle lande baseret på studier af omkostninger på enkeltsygehuse eller som i Danmark på indberetninger af omkostninger fra alle landets sygehuse (temanummer om Health Care Costs and Prices in Europe, Health Management Science 2006). I og med at sygehuse bliver bedre og bedre til at indberette retvisende og kender deres egen omkostningsstruktur må det formodes, at vores DRG-system efterhånden er af meget høj international kvalitet, og afregning med DRG er langt bedre end afregning med f.eks. sengedagstakster.

Imidlertid kan der være en række utilsigtede effekter ved at finansiere sygehusydelse gennem DRG-afregning og øget anvendelse af takststyring. Dels er der fare for overregistrering eller spekulation i at kode patienten med den diagnose inden for de enkelte diagnosegrupper, der giver den højeste takst, eller den de patientgrupper hvor sygehuset ved, at det producerer billigere end landsgennemsnittet, således at det fremstår mere produktivt. Disse fænomener er velkendte og omtales som "DRG creep".

Ligeledes kan DRG-afregning føre til hyppigere genindlæggelser, idet der alt andet lige er incitament til at sænke liggetiden og sende patienten hjem eller videre i systemet så tidligt som muligt, eller bede ham få en ny henvisning til sygehus hos sin praktiserende læge, hvis han også vil undersøges eller behandles for et andet sundhedsproblem end det, han p.t. er indlagt for. Der udløses jo kun en takst for den dyreste diagnose og ingen for ekstra diagnoser.

Omvendt kunne man også antage, at der før indførelsen af øget takststyring muligvis har været en underregistrering, der med dagens takststyring bliver forbedret eller bliver mere retvisende. I henhold til anbefalingerne fra en arbejdsgruppe bestående af eksperter fra en række offentlige organisationer, der arbejder med DRG, skyldes en del af aktivitetsøgningen de seneste år, at antallet af udskrivelser pr. patient er steget mere end antallet af patienter.

Om dette fænomen skyldes, at sygdommene er blevet mere komplekse at behandle eller DRG creep, kan vi ikke vide, men arbejdsgruppen anbefaler at undersøge årsagerne til dette samt at sætte ind mod DRG creep (33).

Af Økonomaftalen 2010 fremgår, at antallet af behandlinger pr. patient er steget mere end antallet af behandlede patienter. Om det skyldes creep, andre negative effekter ved takststyring, eller at sygdommene er blevet mere komplekse, ved vi dog ikke. Men i hvert fald arbejder Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner på at monitorere sygehuses registreringer for at modvirke creep, og sygehuse bliver bedt om at forklare en eventuel stor aktivitetsøgning (33).

En anden mulig utilsigtet effekt ved DRG-afregning er, at sygehuse vælger at behandle de patienter inden for hver DRG-gruppe med den mindste risiko for komplikationer. Dette fænomen kaldes "cream skimming" og er velkendt fra f.eks. forsikringsbranchen, der ikke forsikrer højrisiko-personer. Forfatterne vurderer, at cream skimming er vanskelig i det nuværende system, da det snarere er aftalebindinger omkring henvisninger af højrisiko-patienter mellem sygehuse samt patientens eget valg, der styrer, hvilket sygehus patienten sendes til.

DRG-systemet kan kritiseres for mangt og meget, og kritikken skal ses i lyset af, at det er meget anvendt afregningssystem for sygehuse, og at der p.t. formentlig ikke findes noget bedre afprøvet alternativ.

Produktivitet

Produktivetskravet på 2 % forbedring pr. år skal ses i sammenhæng med, at de danske sygehuse allerede har øget deres produktivitet gennem flere år. Kravet er svært at opnå for de sygehuse med en omkostningsstruktur, patient- eller ydelseskarakteristika, der gør, at de producerer dyrere end gennemsnittet. En af forudsætningerne for produktivetsforbedringer er desuden, at der er muligt at reducere marginalomkostningerne ved øget produktion. Dette gælder ikke altid for produktion af sygehuseydelse, f.eks. mange akutte ydelser, der kan være præget af heterogenitet og uforudsigelighed.

I det følgende ser vi på de produktivetskrav, som ligger i de årlige økonomiaftaler mellem Regeringen og Regionerne: Hvordan gøres de op, og hvad er sygehusets muligheder for at forbedre produktiviteten? Hvordan hænger produktiviteten og sygehusets omkostningsstruktur sammen?

Produktivitet i det danske sygehusvæsen opgøres ved en simpel brøk (42):

$$\text{Produktivitet} = \frac{\text{Aktivitet målt i gennemsnitlig produktionsværdi ("takster")}}{\text{Egen produktionsværdi mål i DRG omkostninger /point}}$$

I brøken sættes det enkelte sygehus' omkostninger i forhold til taksten, der afspejler, hvad det i gennemsnit kostede alle sygehuse at producere ydelsen for to år siden.

I eksemplet fra før svarer produktiviteten for de 100 blindtarmspatienter til 1.692.600 kr. divideret med 1.978.609 kr. eller 0,85, hvor sygehuset, der omkostningsmæssigt rammer taksten, ligger på 1. Sygehuset i eksemplet er altså mindre produktiv end gennemsnittet, og jo flere patienter, det forholder sig således for for det enkelte sygehus, desto sværere bliver det at nå produktivetskravet.

Hvis man skal se bort fra, at der sker en pris- og lønjustering af taksten, så er det faktisk det gennemsnitlige "omkostningsbillede" fra to år før, der sættes i forhold til sygehusets nuværende situation. Det er godt for sygehuset, hvis omkostninger ligger under taksten, men ikke for det sygehus, hvis omkostninger ligger over taksten. Pedersens sammenligning af produktivetsudviklingen mellem fem af de daværende amter i perioden 1996-2004 viser, at amter med et stort (universitets)sygehus klarer sig markant dårligere end amter med sygehuse i mellemstørrelse og konkluderer på den baggrund, at det først og fremmest er sygehusstrukturen (24), der spiller ind på produktivetsudviklingen: et resultat, der ligesom vores eksempel ovenfor illustrer problematikken ved at anvende gennemsnitsomkostninger ("takster") til benchmarking af produktivitet.

Da vi før diskuterede takstafregning og betaling for meraktivitet, var det vigtigt, at taksten som minimum afspejlede de meromkostninger, sygehuset havde ved at producere den pågældende ydelse. Antagelsen bag de budgetterede produktivetsstigninger hvert år er, at man kan blive ved med at sænke såvel gennemsnitsomkostningerne som de marginale omkostninger ved at producere en ydelse, eller man kan øge aktiviteten af ydelser, der er "lønsomme", jf. diskussionen om produktivitet ovenfor.

Man taler i den mikroøkonomiske teori om, at de marginale omkostninger – de ekstra omkostninger pr. produceret ydelse, hvis der er ledig kapacitet – i begyndelsen vil falde. Men efterhånden som man nærmer sig fuld kapacitetsudnyttelse, vil de marginale omkostninger stige igen, idet der f.eks. skal investeres i nyt produktionsudstyr. Dette gælder i teorien for en almindelig produktionsvirksomhed med ensartethed i produkterne og forudsigelighed i ordretilgang og -størrelse (efterspørgslen). Der er imidlertid nogle karakteristika ved sygehusproduktion, der gør, at modellen ikke helt virker (24). F.eks. er der en stærk uforudsigelighed omkring, hvornår ydelsen skal produceres, og for mange patienters vedkommende en stor kompleksitet i deres sundhedsproblem og dermed meget forskellig risiko for at

komme til at ligge længere på sygehuset og dermed medføre flere omkostninger, f.eks. på grund af samsygdomme (comorbiditet) og heterogenitet i den ydelse, der skal produceres. De fleste akutte patienter er eksempler på dette. Sygehuset har som et grundvilkår en forsyningsmæssig pligt til at kunne behandle akutte patienter og må have et akutberedskab, der medfører udgifter uanset, om der er "kunder" i butikken eller ej, og uanset hvornår de måtte blive indlagt.

Tabel 14: Produktivitetskrav i økonomiaftaler mellem regering, amter og regioner 2001-2010

| | 2000 -01 | 2001 -02 | 2002 -03 | 2003 -04 | 2004 -05 | 2005 -06 | 2006 -07 | 2007 -08 | 2008 -09 | 2009 -10 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Produktivitetskrav | 2 | 2 | 2 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 2 | 2 | 2 |

Kilde: Finansministeriet og årlige økonomiaftaler 2001-2010.

I ovenstående tabel 14 er afbilledet de årlige aftaler mellem regioner/amter og Regeringen med hensyn til produktivitetstigninger. Figuren viser forventningerne alene og altså ikke den faktiske produktivitet udvikling. Antager man, at den forventede produktivitet faktisk også blev opnået i de enkelte år, er der tale om et akkumuleret produktivetsforbedringskrav på 19,5 % for hele perioden. Vi har ikke alle tal for den faktisk opnåede produktivitet, idet den ser forskellig ud, alt efter hvordan den periodiseres (24), og den er desuden svær at gøre nøjagtigt op for den tiårige periode på grund af ændringer i takst- og DRG-system undervejs. Ifølge opgørelse om produktivitet i sygehussektoren fra 2009 har produktivetsudviklingen vist en forbedring på 1,4 % fra 2006-2007, en vækst der er mindre end i de foregående år (42), og ifølge den seneste opgørelse fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses "Tal på Sundhed" er der sket en produktivetsforbedring på sygehuse på i alt 10 % i perioden 2001-2007. Antagelsen omkring overholdelsen af kravene har formentlig så ikke holdt helt, og tallene for 2006-2007 vidner om, at det f.eks. i det år ikke lykkedes i det pågældende år. Pointen er imidlertid, at det årlige produktivetskrav, der som budgetrestriktion i økonomiaftalerne, skal ses i sammenhæng med, at der i flere år har været krav om en forbedring i produktiviteten.

4. Sygehusvæsenet år 2020

Det fremtidige offentlige sundhedsvæsen skal kunne håndtere en stigende efterspørgsel på behandling fra flere ældre og kronikere, endnu mere bevidste patienter, der forventer at blive inddraget i beslutninger omkring deres forløb og modtage behandling hurtigt og af høj kvalitet. Samtidig vil der være færre hænder til at tage sig af dem og et fortsat krav om tilbageholdenhed i væksten af offentlige udgifter. Endelig udvikles ny teknologi og behandlingsformer stadigt hurtigere. En del af den nyere teknologi vil medføre landvindinger i form af muligheder for at behandle sygdomme, man ikke før kunne behandle, men vil også betyde øgede udgifter på kort sigt.

Den vækst, vi har set i udgifterne i det seneste årti, skal ses i sammenhæng med en stærkt øget aktivitet. For at holde udgiftsvæksten i ave, vil det være nødvendigt at forsøge at få styr på aktiviteten i sygehusvæsenet fremover, f.eks. gennem en mere eksplicit prioritering af sundhedsydelse til de patienter, der har det største behov. Et forslag er at indføre differentierede ventetidsgarantier.

Det fremtidige afregnings- og benchmarkingsystem skal fortsat kunne give incitamenter til at sikre aktiviteten og produktiviteten på sygehusene, men skal også i højere grad end det nuværende kunne understøtte kvaliteten i behandlingen og sikre kontinuitet i patientforløbene på tværs af sektorerne.

Ligeledes vil en forbedret ledelseskommunikation og information være forudsætninger for god økonomistyring lokalt på det enkelte sygehus – det skal give mening for den enkelte medarbejder.

I dette kapitel diskuterer vi sygehusvæsenets visioner og målsætninger, igen i lyset af det fremtidige forventede offentlige økonomiske råderum. Herunder vil der være en opsummering og diskussion af målsætninger, udfordringer og muligheder for det offentlige sygehusvæsen. Vi vender de styringsredskaber, der anvendes nu, og de der foreslås for det fremtidige sygehusvæsen.

Den grundlæggende målsætning for et sundhedsvæsen er "at skabe mest mulig sundhed for de resourcer, som anvendes". Og desuden at "mest mulig sundhed opnås ved at levere en tilstrækkelig mængde ydelser af en passende kvalitet". De valgte styringsinstrumenter skal ideelt set bruges til at fremme disse overordnede mål ved at påvirke aktører og relationer mellem aktører i sundhedsvæsenet (17; 18).

Styringsinstrumenters udformning og virkning vil være afhængig af den kontekst, de implementeres i, eller de vilkår de er underlagt. Der er fordele og ulemper ved alle styringsinstrumenter, alt efter hvordan de anvendes.

Skal vi se på fremtidens vilkår, vil udfordringerne for det offentlige sundhedsvæsen være, at det skal kunne håndtere en stigende efterspørgsel på behandling fra flere ældre og kronikere; endnu mere bevidste patienter, der forventer at blive inddraget i beslutninger omkring deres forløb og modtage behandling hurtigt og af høj kvalitet. Samtidig vil der være færre hænder til at tage sig af dem og et fortsat krav om tilbageholdenhed i væksten af offentlige udgifter. Endelig udvikles ny teknologi og behandlingsformer stadigt hurtigere. En del af den nyere teknologi vil medføre landvindinger i form af muligheder for at behandle sygdomme, man ikke før kunne behandle, men vil også betyde øgede udgifter på kort sigt.

Styr på udgifter gennem styr på aktiviteten

Ifølge regionernes økonomidirektører og sygehusenes økonomichefer og afdelingsledere er håndteringen af en stigende efterspørgsel inden for en fast økonomisk ramme en af de største udfordringer for økonomistyring på sygehusene (21), og sundhedsøkonomerne er enige om, at der for at undgå en

økonomisk situation som den nuværende skal "styr på aktiviteten". Dvs. at der må ændres på styringsprincipper, herunder afregning, der understøtter, at aktiviteten stiger så voldsomt, idet vi i lyset af målsætningen om nulvækst i de offentlige finanser ikke kan betale for den stadigt stigende aktivitet.

De målsætninger og sundhedspolitiske tiltag, herunder valg af finansiering og afregningsprincipper samt incitamentsstyringstiltag, der planlægges fra centralt hold fremover, og som skal indlejres i den lokale sygehuskontekst, skal altså især kunne understøtte en håndtering af en stigende efterspørgsel.

Med den høje vækst i sundhedsvæsenets efterspørgsel og deraf høj vækst i aktivitet – og at der nødvendigvis må følge penge med, bevirker, at der vil være et stadigt pres på udgifterne.

Spørgsmålet er, om det overhovedet er muligt for den enkelte sundhedsorganisation at blive ved med at forbedre produktiviteten og producere stadigt større output for færre ressourcer pr. outputenhed, uden det går ud over kvaliteten og sammenhængskraften i sundhedsvæsenet. Derfor nævner flere, at det er nødvendigt med en eksplicit politisk **prioritering** i sundhedsvæsenet (29; 30; 43; 13).

Prioritering foregår allerede i sundhedsvæsenet, men på forskellige niveauer. Implicit prioriterer politikere, ledere, læger og sygeplejersker allerede, hvilke behandlinger der tilbydes, og hvilke der ikke tilbydes. Vi talte om før, at de kirurgiske patienter i en årrække har fået en langt større andel af de flere penge, der er tilført sygehusvæsenet de seneste år end de medicinske. Læger foretager en prioritering på klinisk niveau ud fra den lægelige vurdering. Ved eksplicit prioritering træffes der formel – og rationelt begrundet – beslutning om, hvilke behandlinger der skal tilbydes på baggrund af dokumentation for effekt (28).

Nogle vurderer, at eksplicit prioritering, hvor behandlinger eller hele behandlingsområder vælges til og fra, ikke kan eller må foregå i særlig stort omfang. Dette har flere årsager. Det er politisk uholdbart at sige nej til behandlinger, der tilbydes i andre EU-lande. Desuden bygger sundhedsvæsenets troværdighed på, at systemet opleves som fuldt dækkende. Alternativet, hvor hele områder vælges fra, er parallelle private systemer. Dette vurderes kun at kunne lade sig gøre ved områder som f.eks. kosmetisk kirurgi. Det vil dog stadig være muligt med den implicite prioritering, hvor fagpersoner måske endda i stigende grad vil have fokus på den individuelle vurdering af, om en given patient vil have nytte af en given behandling.

Ulempen er den sociale slagside. Socialt stærke kan argumentere for behandlinger, efterleve påkrævede behandlingsforskrifter, opsøge diagnostiske muligheder i privat regi og efterfølgende kræve behandling i offentligt sundhedsvæsen. Det nævnes som en væsentlig politisk opgave, at sundhedsvæsenet målrettes dem, der har størst behov, og ikke dem der ringer mest (28).

Andre forslag til at få bedre styr på efterspørgslen efter sygehusydelse er brugerbetaling eller differentieret ventetidsgaranti, hvor man accepterer længere ventetid til behandling af mindre helbredstruende sygdomme end andre (29). Endelig argumenteres der for øget brug af etiske kriterier, referenceprogrammer, koncepter til et forbedret beslutningsgrundlag, f.eks. medicinsk teknologivurdering indlejret i institutioner, der anbefaler behandlinger og teknologier som f.eks. NICE i England, fokus på forebyggelse og sundhedsfremme og bedre udnyttelse af ressourcer via samarbejde mellem kommuner, læger og sygehuse samt indenfor teknologi, logistik og kompetence (30).

Den nye sygehusstruktur

Et af Regeringens otte tiltag til at nå målene for fremtidens sygehusvæsen er "et nyt Danmarkskort af moderne sygehuse med samling af specialiseret behandling på færre sygehuse". Det er planlagt at investere i alt 40 mia. kr. (25 fra staten, 15 fra Regionerne) i en ny sygehusstruktur med en række nye supersygehuse. Der er formentlig mange fordele ved højt specialiserede sygehuse og sygehussam-

menlægninger og en "fremtidssikring" i form af nye højteknologiske sygehuse, men der vil samtidig være tale om et styringsvilkår, der de nærmeste år fremover kan medføre forandringsomkostninger for det enkelte sygehus og den enkelte medarbejder og dermed for den kortsigtede produktion af sygehusydelse og økonomistyringen. De kortsigtede styringsredskaber, der anvendes i de næste år fremover, f.eks. budgetter, dokumentationskrav og lokale takststyringsmodeller, kunne muligvis med rette tage hensyn til, at der bliver store forandringer i organisationsstrukturerne som følge af planerne for ny sygehusstruktur.

Det fremtidige afregnings- og benchmarkingsystem

DRG-systemet og især den måde, det anvendes på til såvel afregning, benchmarking og som grundlag for monitorering af overholdelse af budgetaftaler, medfører en række svagheder, f.eks. risiko for creep, hyppige genindlæggelser og strategisk kodning af patienter.

Regeringen foreslår en ændring i systemet, så det fokuserer på "gode resultater". Gode resultater skal imidlertid i oplægget forstås som flere patienter, der behandles for færre penge, og den bedste produktionspraksis skal belønnes (26).

DRG-taksten giver heller ikke i sig selv incitament til at forbedre outcome eller kvaliteten af sygehusydelse, fokus på "den hele patient" frem for på en specifik diagnose, forbedre samarbejde med andre aktører for at sikre bedre samlede patientforløb, og optimal udnyttelse af de samlede samfundsøkonomiske omkostninger for patientforløbene på tværs af sundhedssektoren. Danske Regioner peger på, at takstsystemet grundlæggende ikke formår at prissætte alle aktiviteter i sundhedsvæsenet, selvom ikke-målelige aktiviteter er ønskværdige, fordi de afspejler grundlæggende værdier om at gøre en positiv forskel for patienterne (27).

Hvilke muligheder er der for styring fremover? Danske Regioner taler om, at vi efter de to første generationer af styringsredskaber med fokus på rammestyring og udbud efterfulgt af fokus på aktivitet og efterspørgsel nu ser frem mod Generation III (27). Der skal der "arbejdes smartere og tænkes i helheder". De foreslår, at elementer som høj aktivitet og produktivitet skal bibeholdes, mens nye styringsredskaber skal udvikles, så det optimale patientforløb understøttes. Samtidig skal der tages højde for forskelle mellem regionerne, deres befolkningssammensætning, geografi, samarbejds mønstre med kommuner, antal læger og befolkningens adfærdsmønstre (27).

Vrangbæk (18) foreslår, at den decentraliserede, aktivitetsbaserede betaling skal suppleres med nye modeller for at tildele betalingen for hele vellykkede patientforløb frem for kun de enkelte afdelingers isolerede bidrag. Tværgående koordinerende funktioner, der skal koordinere forløb og også får del i en eventuel effektiviseringsgevinst. Der kan også arbejdes på at tilpasse taksterne hurtigere på områder, hvor der er en hastig teknologisk udvikling, f.eks. ved at kompensere afdelinger med øgede omkostninger på grund af ny teknologi, hvis de gør opmærksom herpå.

Tilskyndelse til opprioritering af forskning kan ske ved at lade aflønning af direktorer blive knyttet til dokumenteret høj kvalitet, altså knytte incitamenter til sygehusledelsesniveauet. Et andet tiltag kan være graduering af DRG-takster efter, om det er en forskningstung afdeling, således at koblingen mellem afdelingens indsats og betalingen, som den modtager, tydeliggøres.

Den lokale sygehusorganisation

Vi har tidligere nævnt, at der ved det nuværende finansieringssystem med kombinationen af en stram rammestyring med "hårde budgetrestriktioner", med elementer af takststyring skal sikre en vis budgetsikkerhed for sygehusene samt give incitament til at øge aktiviteten for at kunne imødekomme en stigende efterspørgsel. Hvorvidt systemet i sidste ende også fører til budgetoverholdelse og aktivitets-

stigninger på de enkelte sygehuse, afhænger af, hvordan det udmøntes i form af regionale, sygehus-specifikke og sygehusafdelingsspecifikke styringsmodeller og tilpasses lokale forhold. De økonomiansvarlige peger desuden på, at der fremover bør fokuseres lokalt på sygehusene på optimering af processer og arbejdsgange og forbedre datagrundlaget til den daglige planlægning, og på at sikre at økonomistyringsprincipper ikke står alene, men ledsages af god og brugbar ledelsesinformation (21).

De økonomiske konsekvenser af resultater skal være meningsgivende for medarbejderne. Dette kræver fleksibilitet, så det f.eks. bliver muligt at udvikle og investere. Vrangbæk (2007) foreslår, at dette tilskyndes ved at give afdelinger i udvikling mulighed for at afregne mindre ud fra aktiviteten i en tidsbegrænset periode. Omvendt kan afdelinger, der allerede har indført nye tiltag, få en større andel af finansieringen baseret på aktivitet. Det er også afgørende, at informationssystemer tilpasses den specifikke kontekst og de gældende styringsredskaber. Det foreslås også, at man tænker i sammenhæng mellem afregning og kvalitetsjusteret aktivitet, f.eks. ved at afregning kommer til at afhænge af både aktivitet og kvalitet. Endelig vil det være hensigtsmæssigt med stærkere ledelsesmæssigt fokus på resultater via opsamling af anvendelse af allerede tilgængelig information til en løbende dialog med afdelinger og fagpersonale (18).

Andre foreslåede løsninger på de udfordringer, som sundhedsvæsenet kommer til at møde fremover, er bl.a. at motivere på inputsiden ved have fokus på outcome. Idet mange personalegrupper arbejder deltid, forlader faget eller går tidligt på efterløn, er der et potentiale for fastholdelse af personale. Det kan ske ved at øge arbejdsglæden, fx gennem en ledelse, der opstiller og prioriterer mål, anerkender resultater og giver personalet større indflydelse. En tæt ledelseskontakt er optimal, men en udfordring med de kommende større enheder. En ledelse med fokus på mål vil også have større interesse i at implementere ny teknologi. Dette kan understøttes ved regionalt fokus på kvalitet og outcome i stedet for kun økonomi- og aktivitetstal. Der er også forslag om løbende opgørelser over, hvor enkelte sygehuse og afdelinger ligger i forhold til det nationale gennemsnit, gennemførelse af supplerende udviklingsaktiviteter (temadage, analyser af indlæggelser) – alt sammen for at ændre fokus i hospitalsorganisationerne (28).

Litteratur

- 1) Pedersen FS. Nye massefyringer i vente på hospitalerne. Berlingske Tidende 2010; 24. februar.
- 2) Møller Pedersen K. Overforbrug: Sygehuse på jagt efter syndere. Politiken 2010; 24. februar.
- 3) Økonomiske incitamenter gør det ikke alene - og under alle omstændigheder må de ikke skævvride som DRG, mente direktøren på Bispebjerg Hospital. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 2006; 82(5): 188.
- 4) Hagel Andersen S, Robins K. Et sundhedsvæsen på katastrofekurs. Politiken 2010; 10. feb.: 9.
- 5) Larsen T. De gratis sundhedsydelse står for fald (Kroniken). Politiken 2010; 19. april.
- 6) Kommunernes Landsforening. Dystre fremtidsudsigter for sundhedsudgifterne. Udskrevet 13-11-2009 fra Web/URL: <http://www.kl.dk/Dokumenter/Artikler/MMO/2009/11/Dystre-fremtidsudsigter-for-sundhedsudgifterne/>
- 7) Danske Regioner. Regionerne brugte 1,1 procent mere i 2009. [Udskrevet 14-4-2010 fra Web/URL: <http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2010/April/Regionerne%20brugte%201%20procent%20mere%20i%202009.aspx>
- 8) Nielsen JA. Kommentar: Regionerne har aldrig fået så mange penge til sundhed, som de får nu. [Udskrevet 11-1-2010 fra Web/URL: <http://sum.serv132.wannafind.dk.1508test.dk/Aktuelt/Nyheder/Artikler%20og%20indlaeg/2010/Januar/Kommentar.aspx>
- 9) Haarder B. Sygehuse: Der er tilført flere midler. [Udskrevet 14-3-2010 fra Web/URL: http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Artikler%20og%20indlaeg/2010/Marts/sygehuse_der_er_tilfoert_flere_midler.aspx
- 10) Tolbod B, Region Nordjylland. Alle sejl sættes til for at styre økonomien i 2010. [Udskrevet 23-2-2010 fra Web/URL: <http://www.rn.dk/Specialsektoren/Nyheder/AlleSejls%20A6ttesTilForAtStyre%20%98konomie%20i%202010.htm>
- 11) Region Hovedstaden. Plan skal genoprette økonomisk balance på hospitaler. [Udskrevet 17-12-2009 fra Web/URL: http://www.regionh.dk/topmenu/Nyt_Presse/Nyheder/Temanyheder/Plan+skal+genoprette+oekonomisk+balance+paa+hospitaler.htm
- 12) Sabroe J. Forklaring fra hospitalernes direktorer. Frederiksborg Amtsavis 2010; 8. februar.
- 13) Albret P. Nye styringsprincipper kan bremse sundhedsudgifterne. Mandag Morgen 2010; (12): 15-7.
- 14) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2009.
- 15) Frank Hansen M, Haagen Pedersen L. Sundhedsudgifter og finanspolitisk holdbarhed. København: De Økonomiske Råd; 2010. (Working Paper 2010:2).

- 16) Kilsmark J, Gjørup T, Lilja B, Mogensen T, Østergaard Lassen K, Drachmann Jørgensen B et al. Skammekrogen: Debatbog om medicinske patienter. København: Dagens Medicin Bøger; 2009.
- 17) Vallgård S, Krasnik A, Christiansen T og Høyer KL. Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. København: Munksgaard; 2007.
- 18) Vrangbæk K, Røpke I. Styringsredskaber for fremtidens sygehusvæsen. København: Danske Regioner; 2007.
- 19) Bech M. Hvad ved vi om økonomiske incitamenter? Ugeskrift for Læger 2008; 170(47): 3874-5.
- 20) Bilde L, Rasmussen SR. Europæiske erfaringer med systematisk mammografiscreening. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2006.
- 21) KREVI. Udfordringer for økonomistyring på sygehusområdet. Århus: KREVI; 2009.
- 22) Kjellberg J, Nyhus Andreasen M og Søgaard J. Private sundhedsforsikringer: Sammenfatning. Notat udarbejdet for LO. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 23) Bech M, Møller Pedersen K. Not just for the money. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 2006; 82(4): 147-50.
- 24) Møller Pedersen K, Bech M og Bork Hansen M. Incitamentsstyring i sygehusvæsenet: Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamenter. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2006.
- 25) Regeringen, Danske Regioner. Aftale om regionernes økonomi for 2010. København: Danske Regioner; 2009.
- 26) Regeringen. Sundhedspakke 2009. København: Regeringen; 2009.
- 27) Danske Regioner. Styringsredskaber for fremtidens sundhedsvæsen: Et debatoplæg til en prisopgave. København: Danske Regioner; 2007.
- 28) Kjellberg J, Kjellberg PK. Sundhedsvæsenet år 2030: Notat til Danske Regioner. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 29) Møller Pedersen K. Er der brug for fem milliarder mere i sundhedsvæsenet? Hvad kan de bruges til? Odense: Syddansk Universitet; 2009. (Health Economics Papers 2009:2).
- 30) Teknologirådet. Prioriteringer i sundhedssystemet. Et oplæg til debat om bedre beslutningsprocesser. København: Teknologirådet; 2007. (Teknologirådets Rapporter 2007/5).
- 31) Ankjær-Jensen A, Rath MB. Takststyring af sygehuse. 1. delrapport: Implementering af takststyringsmodeller i 4 amter. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004. (DSI rapport 2004.03).
- 32) Bech M, Lauridsen J og Møller Pedersen K. Giver øget brug af takststyring højere produktivitet? Odense: University of Southern Denmark; 2006. (Health Economics Papers 2006:4).
- 33) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Effektiv styring på sygehusområdet. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2009.
- 34) Tegl Rasmussen L, Tang K. Fremtidens sundhedsplanlægning - Vision 2012. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2003.
- 35) Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet. Takststyring på sygehusområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2003.
- 36) Ankjær-Jensen A. DRG-afregning af frit valgs-patienter: Konsekvenser for udbydere af sygehusedydelser. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2002. (DSI rapport 2002.04).

- 37) H:S, Amdsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Evaluering af takststyring på sygehusområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- 38) Danske Regioner. Styr på regionerne - regionernes økonomi i 2009. København: Danske Regioner; 2009.
- 39) Ankjær-Jensen A, Rosling P og Bilde L. Variable prospective financing in the Danish hospital sector and the development of a Danish case-mix system. Health Care Management Science 2006; 9: 259-68.
- 40) Sundhedsstyrelsen. Takstberegning for sygehusene. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- 41) Bilde L, Ankjær-Jensen A og Kilsmark J. The costs of ten case-vignettes in the Danish health sector. Part 1: National Cost Database figures and local estimates from 2004. København: DSI Danish Institute for Health Services Research; 2006.
- 42) Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren: Fjerde delrapport. København: Danske Regioner; 2009.
- 43) Danske Regioner. Lederne i sundhedsvæsenet er optaget af prioriteringer. Nyhedsbrevet Danske Regioner 2010; (17): 1-2.

