

TAKSTSTYRING I DE NYE REGIONER



**Finansministeriet
Sundhedsstyrelsen
Indenrigs- og Sundhedsministeriet**

Maj 2006

Takststyring i de nye regioner, maj 2006

Publikationen kan bestilles hos:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sundhedsdokumentation
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 96 90
Telefax: 72 26 96 93
E-post: sdok@im.dk

Publikationen er endvidere tilgængelig på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside: www.im.dk

Tryk: Schultz
Oplag: 500 stk.
Pris: Publikationen er gratis
ISBN-nr (trykt udgave): 87-7601-176-3
ISBN-nr (elektronisk udgave): 87-7601-177-1

Indholdsfortegnelse

1. Indledning og sammenfatning	3
2. Fremtidig finansieringsmodel på sygehusområdet.....	12
3. Krav til den fremtidige takststyring	19
4. En øget og mere effektiv takststyring.....	32
5. Et udvidet og forbedret styringsgrundlag	48
Bilag 1. Kommissorium og arbejdsgruppens sammensætning	57
Bilag 2. Internationale erfaringer.....	59

1. Indledning og sammenfatning

1.1. Formål og baggrund

Sygehusene vil de kommende år i stigende grad blive finansieret afhængig af deres præsterede aktiviteter. Fremfor at blive tildelt en samlet bevilling ved årets begyndelse kommer sygehusenes indtægter således i endnu højere grad end i dag til at afhænge af, hvor mange sundhedsydelse de faktisk leverer til borgerne.

Den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes bevillinger, der i dag minimum skal udgøre 20 pct., skal således i overensstemmelse med regeringsgrundlaget fra februar 2005 over en årrække udvides til minimum 50 pct. Indførelsen af øget takststyring skal ske i de fem nye regioner, der oprettes i forbindelse med kommunalreformen.

Formålet med en stigende anvendelse af aktivitetsafhængige bevillinger i sygehusvæsenet er, at der skabes mest mulig aktivitet for færrest mulige ressourcer inden for den givne udgiftspolitiske ramme.

En øget takststyring af sygehusene skal således medvirke til at fremme en større aktivitet og en øget omkostningsproduktivitet på sygehusområdet. Ved indførelsen af øget takststyring bør det dog samtidig sikres, at der fortsat opretholdes en effektiv udgiftskontrol og en hensigtsmæssig lægefaglig prioritering og behandlingskvalitet i sygehusvæsenet.

Indførelsen af øget takststyring på sygehusene skal ske i forlængelse af de aftaler, der i de seneste års økonomiaftaler er indgået mellem regeringen og de amtslige parter vedrørende de eksisterende takststyringsmodeller og det underliggende styringsgrundlag. En effektiv implementering af den øgede takstandel forudsætter således, at indretningen af den nuværende takststyring fortsat udvikles på en række centrale områder.

I maj 2005 udkom rapporten *Evaluering af takststyring på sygehusområdet*, som var udarbejdet af et udvalg bestående af repræsentanter for Amdsrådsforeningen, H:S, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.¹

Evalueringen viste, at indførelsen af takststyring af sygehuse har bidraget til øget aktivitet og faldende ventetider. Takststyring har derudover medvirket til at skabe større fokus på omkostningsproduktivitet i sygehusvæsenet. Samtidig er indførelsen af takststyring ikke blevet fulgt af stigende udgifter, ligesom der ikke er sket en ændret behandlingssammensætning på sygehusene efter indførelsen af den aktivitetssafhængige finansiering.

Evalueringen viste dog samtidig, at takststyring kan skabe en større budgetusikkerhed for amterne, ligesom incitamenterne i amternes takststyringsmodeller fortsat kan udbygges. Evalueringen opstillede derfor følgende seks anbefalinger til videreudviklingen af takststyring på sygehusområdet:

- Der bør skabes mere effektive økonomiske incitament
- Der bør skabes bedre kendskab til omkostningsstrukturer og marginale takster
- De produktive og effektive enheder bør identificeres og belønnes
- Der bør indbygges et større element af konkurrence i takststyringsmodellerne
- De eksisterende ledelsesinformationssystemer bør udbygges
- Taksterne bør forbedres og videreudvikles.

Regeringen godkendte i maj 2005 et kommissorium vedrørende implementeringen af øget takststyring i de nye regioner. Med kommissoriet blev nedsat en statslig arbejdsgruppe med repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand), jf. *bilag 1*.

Arbejdsgruppen har på baggrund af det eksisterende aftalegrundlag vedrørende takststyring og i lyset af evalueringens resultater fået til opgave at opstille en række anbefalinger til, hvordan den øgede takststyring i de nye regioner bør implementeres.

¹Rapporten kan findes på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside, www.im.dk.

Rapporten vurderer, dels hvordan de eksisterende takststyringsmodeller, dels hvordan det styringsgrundlag, der understøtter takststyringen, kan videreudvikles, så der skabes mest mulig aktivitet for færrest mulige ressourcer inden for den samlede økonomiske ramme på sygehusområdet.

I *kapitel 2* skitseres dog indledningsvis formålet og principperne bag den fremtidige finansieringsmodel på sundhedsområdet, herunder sammenhængen mellem aktivitetsafhængig finansiering og den nye regionsstruktur.

I *kapitel 3* gennemgås det eksisterende aftalegrundlag for takststyring, og de hidtidige erfaringer med aktivitetsafhængig finansiering beskrives. På denne baggrund skitseres de krav, der kan stilles til den fremtidige takststyring i sygehusvæsenet.

I *kapitel 4* belyses det, hvordan de eksisterende takststyringsmodeller konkret kan videreudvikles, så de indeholder mere effektive økonomiske incitamenter og i højere grad identificerer og belønner de produktive og effektive enheder.

I *kapitel 5* belyses det, hvordan det eksisterende styringsgrundlag kan videreudvikles med henblik på at skabe et bedre og mere retvisende indblik i sygehusenes omkostningsstrukturer.

Endelig er anvendelsen af takststyring i henholdsvis Norge, Sverige og Storbritannien belyst i rapportens *bilag 2*. Danmark er imidlertid allerede kommet langt i forhold til udviklingen af takststyring, og der vurderes ikke at være væsentlige elementer i de tre landes takststyringsmodeller at anbefale i forhold til indretningen af de fremtidige takststyringsmodeller i regionerne.

1.2. Fremtidig finansieringsmodel på sygehusområdet

Med kommunalreformen placeres ansvaret for løsningen af sygehusopgaven i fem nye regioner. Samtidig bliver finansieringssystemet på sundhedsområdet væsentlig forandret. Formålet er at understøtte kvalitet, effektivitet og sammenhæng på sundhedsområdet og give kommunerne et incitament til at påtage sig et ansvar for deres borgeres sundhed.

Det nye finansieringssystem på sundhedsområdet indebærer, at den amtskommunale skat afskaffes. Regionernes sundhedsopgaver vil i stedet blive finansieret af

fire former for tilskud: et statsligt bloktilskud, et statsligst aktivitetsafhængigt tilskud, et kommunalt grundbidrag og et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag.

Det statslige bloktilskud vil udgøre ca. 75 pct. af regionernes indtægter, mens det statslige aktivitetsafhængige tilskud vil skulle finansiere ca. 5 pct. af sundhedsudgifterne.

Det nye finansieringssystem betyder, at kommunerne tildeles et medansvar for finansieringen af regionernes sundhedsopgaver. Samlet set vil kommunerne skulle finansiere ca. 20 pct. af regionernes sundhedsudgifter, der dels udbetales som et grundbidrag pr. indbygger, og dels udbetales som et aktivitetsbestemt bidrag, der afhænger af, hvor meget kommunens borgere anvender sundhedsvæsenet. Kommunerne får hermed en tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, genoptrænings- og plejeindsats.

1.3. Krav til den fremtidige takststyring

Indførelsen af øget takststyring på sygehusene skal ske i forlængelse af de aftaler, der er indgået mellem regeringen og de amtslige parter. I de seneste års økonomiaftaler er der således blevet fastsat en række målsætninger og principper for udviklingen af amternes takststyringsmodeller, DRG-systemet og omkostningsdatabasen m.v., jf. *tabel 1.1*.

Tabel 1.1. Aftalegrundlag vedrørende takststyring	
2002	<ul style="list-style-type: none">• Oprettelsen af den statslige aktivitetspulje, herunder krav om, at takstmidlerne skal føres ud til de producerende sygehuse og sygehusafdelinger• Aftale om at forbedre aktualiteten og kvaliteten af aktivitetsregistreringerne og udvikle DRG-systemet
2003	<ul style="list-style-type: none">• Aftale om minimum at takstafregne 20 pct. af bevillingerne til egne sygehuse• Aftale om principper for takststyring, der skal lægges til grund ved indretningen af amternes takststyringsmodeller• Aftale om at sikre tidstro, ensartede og konsistente registreringer og videreudvikle DRG-systemet bl.a. med henblik på at udvikle marginale takster
2004	<ul style="list-style-type: none">• Aftale om at sikre præcis registrering og dokumentation af omkostninger og aktivitet samt udvikle marginale takster
2005	<ul style="list-style-type: none">• Aftale om at videreudvikle takststyring i sygehusvæsenet og udarbejde marginale takster
Kilde: <i>Aftale om meraktivitetspuljen af okt. 2002 og Aftaler om den kommunale økonomi for 2003-2006</i>	

Det er centralt, at implementeringen af den øgede takststyring i regionerne sker i overensstemmelse med disse målsætninger og principper, der retter sig mod såvel indretningen af de eksisterende takststyringsmodeller som udviklingen af det styringsgrundlag, der skal understøtte takststyringen. Dette er helt afgørende, hvis den øgede takstandel skal have en effektiv virkning.

1.4. En øget og mere effektiv takststyring

Samtlige amter takstafregner i dag minimum 20 pct. af deres bevillinger til egne sygehuse. En række amter lever derudover også allerede op til regeringens målsætning om at hæve takstandelen til 50 pct. Seks amter udmønter således over 50 pct. af deres bevillinger aktivitetsafhængigt, mens tre amter er tæt på at opfylde målsætningen om en takstandel på 50 pct.

Region Syddanmark ville i dag opfylde målsætningen om en takstandel på 50 pct., mens tre af de øvrige regioner er relativt tæt på med beregnede takststyringsandele på 42-47 pct., jf. *tabel 1.2*.

Tabel 1.2. Regionernes nuværende takstandele, 2005, pct.

Region Syddanmark	52
Region Midtjylland	47
Region Sjælland	46
Region Hovedstaden	42
Region Nordjylland	39

Kilde: Landspatientregistret pr. 19. april 2006

Note: Andelen er beregnet ved at summere den takstfinansierede værdi for hver enkelt sygehusejer og dividere denne med summen af deres produktionsværdi. For de amter, der bliver opdelt i flere regioner, beregnes den takstfinansierede værdi samt produktionsværdi på sygehusniveau. Andelen er dermed beregnet ved en blanding af forskellige modeller.

Med et fortsat arbejde med udvikling af marginaltakster og med udgangspunkt i udviklingen i sygehusejernes anvendelse af takststyring de senere år vurderes det muligt, at der inden for de nærmeste år kan ske gradvise forøgelser af takststyringsandelen hen imod et niveau på 50 pct. i samtlige regioner. Med udviklingen af marginaltakster kan en forøgelse af takststyringsandelen ske på en måde, der dels understøtter fortsatte forøgelser af omkostningsproduktiviteten og dermed sikrer større aktivitet for de afsatte ressourcer, dels sikrer, at der fremover fastholdes en effektiv styring af udgifterne i sygehusvæsenet.

Den stigende aktivitetsafhængige finansiering udgør en væsentlig styringsmæssig udfordring. Udformet på den rigtige måde kan takststyring bidrage til forbedret om-

kostningsproduktivitet og dermed højere aktivitet for givne ressourcer. Udviklingen af marginaltakster er af afgørende betydning i den forbindelse.

En større takstandel er således ikke i sig selv tilstrækkeligt til at realisere takststyringens fulde potentiale. For at sikre effektive incitamenter til at udvide aktiviteten og forbedre omkostningsproduktiviteten inden for den overordnede økonomiske ramme er det derimod helt centralt, at de nuværende takststyringsmodeller samtidig udvikles på en række områder.

De nuværende principper for takststyring vurderes i den forbindelse fortsat at være hensigtsmæssige, og det skal derfor sikres, at regionerne lægger principperne fuldt ud til grund ved indretningen af deres takststyringsmodeller.

I sammenhæng hermed bør henholdsvis de faste omkostninger og variable omkostninger synliggøres i de fremtidige takststyringsmodeller, så der kan ske en mere hensigtsmæssig allokering af midler. De faste omkostninger bør finansieres via en grundbevilling, mens de omkostninger, der varierer direkte med aktiviteten, skal finansieres via marginale takster, der i højere grad afspejler de faktiske omkostninger ved et givent produktionsniveau.

De fremtidige takststyringsmodeller vil dels kunne opbygges med en grundbevilling og gennemsnitlige marginale takster eller med en grundbevilling og sygehuspecifikke marginale takster.

Begge modeller vil gennem synliggørelsen af omkostninger og anvendelsen af marginale takster i højere grad end de nuværende takststyringsmodeller efterleve principperne for takststyring, ligesom de vil kunne skabe mere effektive økonomiske incitamenter og sikre, at de produktive enheder kan identificeres og belønnes. Ved at synliggøre forskelle i de enkelte sygehuses prioriterede opgaver og tilknyttede faste omkostninger vil modellerne endvidere skabe grundlag for en mere fair allokering af midler.

Modellerne bør derudover i øvrigt kunne håndtere implementeringen af omkostningsbevillinger i sygehusvæsenet, når dette bliver aktuelt.

1.5. Et udvidet og forbedret styringsgrundlag

I sammenhæng med at takstandelen øges, og de nuværende takststyringsmodeller videreudvikles, er det nødvendigt fortsat at forbedre det eksisterende styringsgrundlag, der er en forudsætning for en effektiv takststyring i sygehusvæsenet.

En lang række amter har allerede i dag udviklet avancerede ledelsesinformationssystemer, der indeholder oplysninger om udviklingen i aktivitet, udgifter, DRG-indtægter m.v. Ledelsesinformationssystemer bidrager med styringsrelevant information til såvel det administrative som sundhedsfaglige personale og medvirker dermed til en hensigtsmæssig balancering og styring i sygehusvæsenet. Ledelsesinformationssystemerne bør dog fortsat videreudbygges, så de i højere grad nyttiggør oplysningerne i de landsdækkende systemer og bl.a. også indeholder oplysninger om de enkelte sygehuses og sygehusafdelingers omkostninger.

Et forbedret indblik i sygehusenes og sygehusafdelingernes omkostningsstrukturer er en afgørende forudsætning for en effektiv takststyring, hvor der træffes optimale produktionsbeslutninger og sker en fair og produktivetsfremmende allokering af midler. Samtidig er et større omkostningskendskab helt centralt i forhold til at udarbejde marginale takster.

Der er allerede i dag igangsat en række initiativer på såvel centralt som decentralt plan, der har til formål at forbedre omkostningskendskabet. På decentralt niveau gennemfører amterne i stigende grad ABC-analyser, mens der fra centralt hold er taget en lang række tiltag i forhold til at forbedre omkostningsdatabasen. Det er vigtigt, at disse initiativer videreføres og udvides i de nye regioner.

1.6. Anbefalinger til fremtidig takststyring på sygehusområdet

Takststyring har vist sig at være et effektivt redskab i sygehusvæsenet, der har bidraget med øget aktivitet, faldende ventetider og større fokus på omkostningsproduktivitet. I lyset af regeringens målsætning om at hæve takstandelen til minimum 50 pct. af sygehusenes bevillinger er det imidlertid nødvendigt at videreudvikle de nuværende takststyringsmodeller og det eksisterende styringsgrundlag. Dette er en afgørende forudsætning for, at den øgede takstandel reelt vil kunne bidrage til at skabe mere effektive økonomiske incitament i sygehusvæsenet.

Målet med at øge og videreudvikle takststyringen på sygehusområdet er, at der skabes mest mulig aktivitet ved anvendelsen af færrest mulige ressourcer inden for den overordnede udgiftspolitiske ramme. Indførelsen af øget takststyring skal dog

ske i sammenhæng med en fortsat opretholdelse af en hensigtsmæssig lægefaglig prioritering og behandlingskvalitet i sygehusvæsenet.

Med henblik på at sikre en effektiv implementering af den øgede takststyring kan opstilles en række anbefalinger vedrørende henholdsvis indretningen af de fremtidige takststyringsmodeller og udviklingen af styringsgrundlaget.

Det vurderes, at det med udgangspunkt i disse anbefalinger vil være muligt gradvist at øge takststyringsandelen på sygehusområdet til 50 pct. i samtlige regioner i løbet af de nærmeste år.

Med hensyn til indretningen af de fremtidige takststyringsmodeller skal der ske en efterlevelse af de opstillede principper for takststyring. Derudover bør der ske en synliggørelse af de faste omkostninger og de variable omkostninger, som medgår til produktionen af ydelser. En synliggørelse vil skabe mulighed for at afregne sygehusene med henholdsvis en grundbevilling, som skal dække de faste omkostninger, og marginale takster, der skal dække de omkostninger, som varierer direkte med aktiviteten ved et givent produktionsniveau. En sådan takstafregning vil skabe bedre mulighed for at identificere og belønne de produktive enheder og skabe forudsætninger for en mere fair allokering af midler.

Med hensyn til udviklingen af styringsgrundlaget bør regionerne videreudvikle de eksisterende ledelsesinformationssystemer, så de i højere grad nyttiggør oplysningerne i de landsdækkende systemer og indeholder oplysninger om omkostningerne knyttet til sygehusproduktionen. Dette forudsætter imidlertid, at omkostningskendskabet i sygehusvæsenet bliver væsentligt forbedret. For at forbedre indblikket i sygehusenes og sygehusafdelingernes omkostningsstrukturer bør de nuværende initiativer på centralt plan bl.a. vedrørende omkostningsdatabasen gennemføres inden for en kort tidshorizont samtidig med, at de decentrale initiativer bl.a. vedrørende udførelsen af ABC-analyser fastholdes og videreudbygges.

Tabel 1.3. Krav og anbefalinger til fremtidig takststyring

Takstandel	<ul style="list-style-type: none">• Andelen af sygehusenes bevillinger, der afregnes aktivitetsbestemt, skal øges til minimum 50 pct. i samtlige regioner i løbet af de nærmeste år
Takststyringsmodeller	<ul style="list-style-type: none">• Principperne for takststyring skal efterleves fuldt ud• De fremtidige takststyringsmodeller bør være indrettet med en grundbevilling, der skal dække de faste omkostninger, og marginale takster, der skal dække de omkostninger, der varierer direkte med aktiviteten ved et givent produktionsniveau
Styringsgrundlag	<ul style="list-style-type: none">• Regionerne bør videreudvikle de nuværende ledelsesinformationssystemer, så de i højere grad nyttiggør oplysningerne i de landsdækkende systemer og indeholder informationer om de producerende enheders omkostninger• Omkostningskendskabet på såvel centralt som decentralt niveau bør forbedres bl.a. gennem udviklingen af omkostningsdatabasen og gennemførelsen af ABC-analyser m.v.

2. Fremtidig finansieringsmodel på sygehusområdet

2.1. Indledning og sammenfatning

Kommunalreformen betyder, at den generelle finansieringsmodel på sundhedsområdet indrettes på en ny måde. Samtidig skal anvendelsen af takststyring i sygehusvæsenet øges.

Dette kapitel beskriver kort, hvordan den nuværende finansieringsmodel på sundhedsområdet er indrettet, hvorefter formålet og de overordnede principper bag den fremtidige finansieringsmodel skitseres. Finansieringsmodellen vil alene blive beskrevet i relation til sygehusene.

Den nuværende finansieringsmodel er kendetegnet ved, at amterne varetager ansvaret for finansieringen af sygehusenes drift. Finansieringsgrundlaget i sygehusvæsenet tilvejebringes dels gennem amtslige skatteindtægter, et statsligt bloktilskud samt midler udmøntet fra den statslige aktivitetsafhængige pulje.

Den fremtidige finansieringsmodel er kendetegnet ved, at regionernes sundhedsopgaver finansieres gennem fire forskellige kilder. Gennem henholdsvis et bloktilskud og et aktivitetsafhængigt tilskud finansierer staten således ca. 80 pct. af regionernes sundhedsudgifter. Kommunerne finansierer de resterende ca. 20 pct. af sundhedsudgifterne, der udbetales som henholdsvis et grundbidrag pr. indbygger og et aktivitetsafhængigt bidrag.

2.2. Nuværende finansieringsmodel på sygehusområdet

I den nuværende struktur på sundhedsområdet varetager amterne både drifts- og finansieringsansvaret i forhold til sygehusene. Amterne er således ansvarlige for den løbende planlægning og produktion af ydelser i sygehusvæsenet og oppebæ-

rer samtidig de udgifter, der er forbundet hermed. Sygehusopgaven er langt den største og mest udgiftstunge opgave, amterne varetager.

Finansieringsgrundlaget på sundhedsområdet tilvejebringes dels via amternes generelle skatteindtægter og det bloktilskud fra staten, som udmøntes til amterne efter på forhånd fastlagte, objektive kriterier. Amternes egne skatteindtægter udgør over 80 pct. af deres samlede nettoindtægter og bidrager derfor til langt hovedparten af finansieringen på sundhedsområdet. Omkring tre-fjerdedele af amternes samlede sundhedsudgifter knytter sig til driften af sygehuse, jf. *tabel 2.1*.

	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Sygehuse</i>	54.433	57.137	59.366	59.660	61.354
<i>Offentlig sygesikring (ekskl. medicin)</i>	10.508	10.849	11.056	11.330	11.566
<i>Medicinudgifter</i>	4.584	5.110	5.835	6.072	6.256
Offentlige udgifter, i alt	69.525	73.096	76.258	77.062	79.177

Amternes finansieringsgrundlag på sygehusområdet er dog ud over skatteindtægter og det statslige bloktilskud de seneste år også blevet gjort afhængigt af deres præsterede aktivitet i sygehusvæsenet. Med indførelsen af den statslige aktivitetspulje i 2002 er 1-2 pct. af amternes indtægter på sygehusområdet således blevet tildelt afhængigt af, om de har realiseret en aktivitet, der har ligget ud over en på forhånd defineret baseline, jf. *boks 2.1*.

Boks 2.1. Den statslige aktivitetspulje

Den statslige aktivitetspulje blev indført med Finansloven for 2002, hvor der blev afsat 1,5 mia. kr. til meraktivitet på sygehusområdet. På finanslovene for 2003, 2004, 2005 og 2006 er der blevet afsat en tilsvarende aktivitetspulje på henholdsvis 1,0 mia. kr., 1,1 mia. kr., 1,2 mia. kr. og 1,4 mia.kr.

Aktivitetspuljen honorerer amternes produktion af sygehusedelser ud over et på forhånd aftalt aktivitetsniveau, der betegnes baseline. Hvert amt tildeles på forhånd en andel af den statslige aktivitetspulje a conto med udgangspunkt i amtets forventede forbrug og den dertilhørende produktion af sygehusedelser, der opgøres på baggrund af køn og alderssammensætningen i amtet.

Udgangspunktet for fastsættelsen af amtets baseline er det foregående års samlede aktivitetsniveau, hvori der indbygges et produktivitetskrav på 1,5 pct. Der kan herefter foretages justeringer i årets baseline som følge af tilpasninger til strukturelle ændringer i amternes sygehusstruktur.

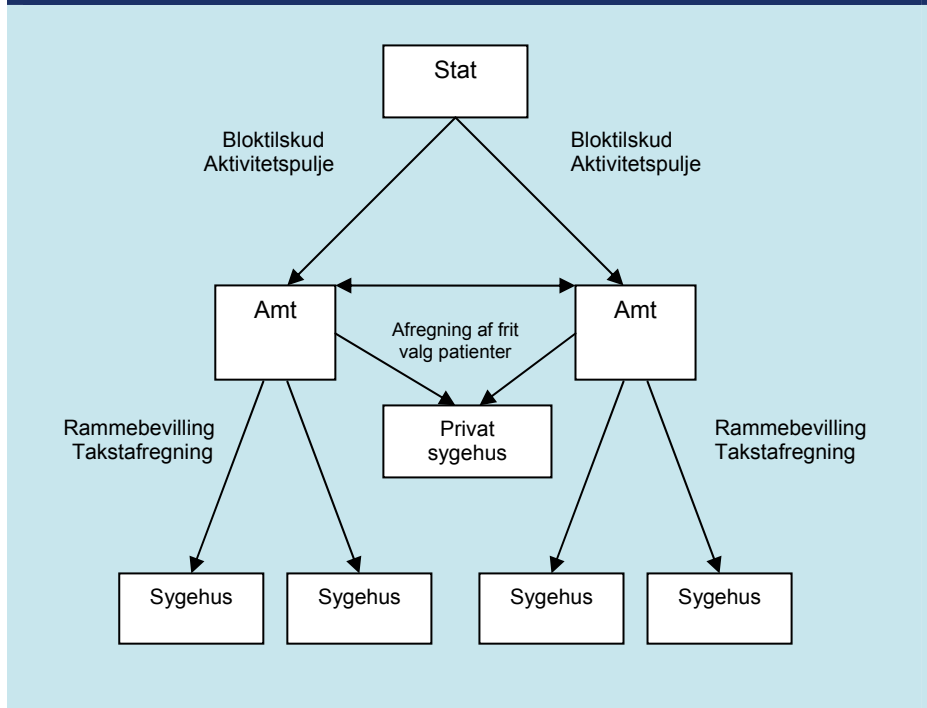
Al somatisk aktivitet bortset fra sterilisation og alkoholbehandling er omfattet af den statslige aktivitetspulje.

Indførelsen af frit sygehusvalg har derudover betydet, at amternes indtægter og udgifter til sygehusvæsenet er blevet gjort afhængige af patientvandring hen over amtsgrænser, idet patienternes bopælsamt skal kompensere det behandlende amt for den ydelse, det producerer.

Amterne fungerer som bevillingsgivere i forhold til sygehusene. Amterne har i en årrække finansieret sygehusenes drift gennem rammebevillinger, hvor sygehusene i hver budgetperiode tildeles en bevilling, inden for hvilken de skal tilvejebringe en nærmere defineret produktion af ydelser. De seneste år er der dog blevet indført en stigende grad af takststyring på sygehusområdet, der betyder, at sygehusenes bevillinger er blevet gjort afhængige af deres præsterede aktivitet. Takststyring indebærer som udgangspunkt en automatisk tilpasning mellem ændringer i aktiviteten og bevillingernes størrelse. Fra 2004 har minimum 20 pct. af amternes bevillinger til sygehusene skulle udmøntes aktivitetsafhængigt.

Den nuværende finansieringsmodel på sygehusområdet er illustreret i *figur 2.1*.

Figur 2.1. Nuværende finansieringsmodel på sygehusområdet



2.3. Fremtidig finansieringsmodel på sygehusområdet

Med kommunalreformen placeres ansvaret for løsningen af sygehusopgaven i fem nye regioner. Samtidig bliver finansieringssystemet på sundhedsområdet væsentlig forandret. Formålet er at understøtte kvalitet, effektivitet og sammenhæng på sundhedsområdet og give kommunerne et incitament til at påtage sig et ansvar for deres borgeres sundhed.

Den nye finansieringsmodel betyder, at den amtskommunale skat afskaffes. Regionernes sundhedsopgaver vil i det nye system blive finansieret af fire former for tilskud: et statsligt bloktilskud, et statsligst aktivitetsafhængigt tilskud, et kommunalt grundbidrag og et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag.

Det statslige bloktilskud vil udgøre ca. 75 pct. af regionernes indtægter. Bloktilskuddet til regionerne udbetales på baggrund af objektive kriterier for udgiftsbehov (f.eks. befolkningens alderssammensætning, socioøkonomiske forhold m.v.), således at regionerne tildeles ensartede økonomiske vilkår for at løse deres sundhedsopgaver.

Staten finansierer herudover ca. 5 pct. af regionernes sundhedsudgifter gennem et aktivitetsafhængigt tilskud, der udbetales til regionernes afhængig af deres realiserede aktivitet. Den eksisterende statslige aktivitetspulje udvides således til at udgøre omkring 5 pct. af regionernes finansieringsgrundlag på sygehusområdet.

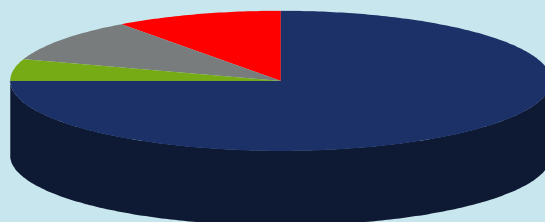
Det nye finansieringssystem betyder samtidig, at kommunerne tildeles et medansvar for finansieringen af regionernes sundhedsopgaver. Samlet set vil kommunerne skulle finansiere ca. 20 pct. af regionernes sundhedsudgifter, der dels udbetales som et grundbidrag pr. indbygger, og dels udbetales som et aktivitetsbestemt bidrag, der afhænger af, hvor meget kommunens borgere anvender sundhedsvæsenet.

Grundbidraget fastsættes af regionerne. Den maksimale grænse for grundbidragets størrelse er fastsat ved lov (1.500 kr. pr. indbygger i 2003 pris- og lønniveau). Kommunerne (minimum 2/3 af kommunerne i regionen) har mulighed for at nedlægge veto imod en regions ønske om at forhøje bidraget ud over pris- og lønudviklingen. Det kommunale grundbidrag fastsættes i udgangspunktet til 1.000 kr. pr. indbygger.

Med den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering får kommunerne en tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, genoptrænings- og plejeindsats. De kommuner, der gennem en effektiv pleje- og forebyggelsesindsats nedsætter behovet for sygehusindlæggelser m.v. bliver således belønnet. Finansieringssystemet understøtter dermed større sammenhæng og effektivitet samt en mere klar ansvarsdeling i løsningen af den samlede sundhedsopgave.

Sammensætningen af regionernes finansieringsgrundlag på sundhedsområdet er gengivet i *figur 2.2*

Figur 2.2 Sammensætning af regionernes indtægter på sundhedsområdet



- Statsligt bloktilskud (ca. 75%)
- Statsligt aktivitetsbestemt bidrag (ca. 5%)
- Kommunalt grundbidrag (ca. 10%)
- Kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag (ca. 10%)

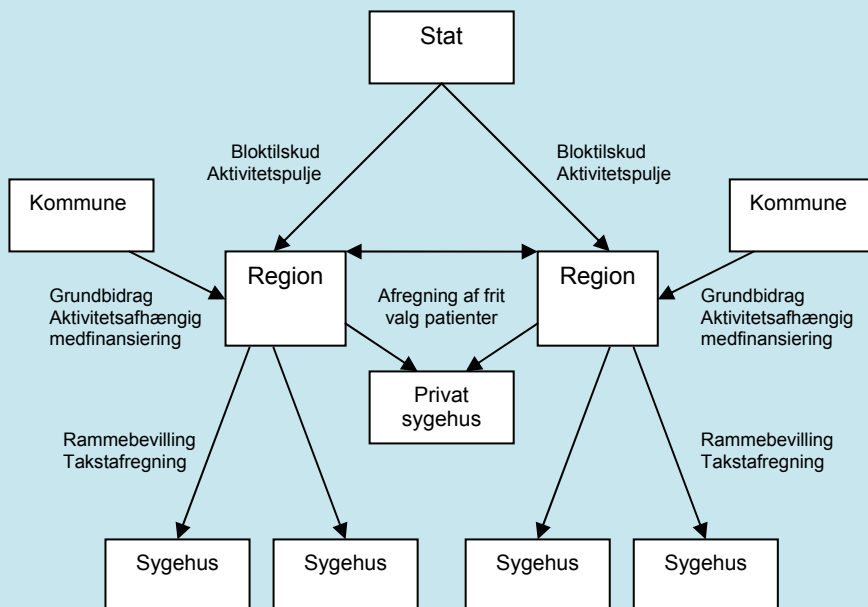
Kilde: Forslag til lov om regionernes finansiering

Ud over de ændringer der sker i forhold til regionernes finansiering som følge af kommunalreformen, vil sygehusene fremover i stigende grad skulle finansieres aktivitetsbestemt, idet takstandelen over en årrække skal øges fra de nuværende 20 pct. til 50 pct. i de nye regioner.

Samtidig vil borgernes maksimale ventetid til behandlinger på offentlige sygehuse blive nedsat fra de nuværende to måneder til én måned i 2007. Hvis offentlige sygehuse har mere end én måneds ventetid til behandlinger, kan borgerne gøre brug af det udvidede frie sygehusvalg og dermed vælge at modtage behandling på et privat eller udenlandsk hospital på regionens regning.

Den nye finansieringsmodel på sygehusområdet er illustreret i *figur 2.3*.

Figur 2.3. Fremtidig finansieringsmodel på sygehusområdet



3. Krav til den fremtidige takststyring

3.1. Indledning og sammenfatning

Takststyring er i stigende grad blevet indført som en central del af den økonomiske styring i sygehusvæsenet. Indførelsen af takststyring er sket i overensstemmelse med en række aftaler, der er blevet indgået mellem regeringen og de amtslige parter i de seneste års økonomiforhandlinger.

De hidtidige erfaringer med takststyring har været overvejende positive. Takststyring har således bidraget til øget aktivitet, faldende ventetider og større omkostningsbevidsthed på sygehusområdet. Der eksisterer dog fortsat et behov for at videreudvikle de eksisterende takststyringsmodeller ikke mindst i lyset af, at takstandelen skal hæves fra minimum 20 pct. til 50 pct. af sygehusenes bevillinger.

Formålet med dette kapitel er for det første at give en status over implementeringen af de politisk fastsatte målsætninger og anbefalinger vedrørende takststyring. I forlængelse heraf skal der for det andet opstilles krav til den videre udvikling af takststyring på sygehusene.

Ved indretningen af regionernes takststyringsmodeller bør det for det første sikres, at de fuldt ud efterlever de principper for takststyring, der blev opstillet i Økonomiaftalen for 2004 mellem regeringen og de amtslige parter. Herunder bør der især arbejdes hen imod anvendelsen af marginale takster. For det andet bør der ske en øget synliggørelse af henholdsvis de faste og variable omkostninger knyttet til sygehusenes produktion for hermed bedre at kunne understøtte udviklingen af effektive incitamenter og identificere de produktive enheder.

En effektiv takststyring forudsætter dog ikke kun en hensigtsmæssig indretning af de fremtidige takststyringsmodeller men også, at styringsgrundlaget udbygges, herunder i særlig grad at omkostningskendskabet i sygehusvæsenet forbedres.

3.2. Aftalegrundlag for takststyring

Takststyring blev indført i sygehusvæsenet med Finansloven for 1999, hvor det blev besluttet, at sygehusene skulle afregnes efter den såkaldte 90/10-model. 90/10-modellen indebar, at sygehusene skulle tildeles en rammebevilling svarende til 90 pct. af den forventede samlede bevilling. Herudover skulle sygehusene tildeles en takst pr. behandling, der svarede til 10 pct. af DRG-taksten.

Amterne havde selv ansvaret for at udforme deres konkrete 90/10-model. Mange amter valgte at målrette modellen mod afgrænsede behandlingsområder, og den andel af sygehusenes bevillinger, der blev afregnet aktivitetsafhængigt, var reelt begrænset.

Med oprettelsen af den statslige aktivitetspulje fra og med Finansloven for 2002 blev takststyringen af sygehusene øget. Midlerne fra den statslige aktivitetspulje bliver udmøntet fra stat til amter, men ved indførelsen af puljen blev det samtidig tilkendegivet, at takstmidlerne skulle føres ud til de producerende sygehuse og sygehusafdelinger. Den statslige aktivitetspulje medvirkede dermed til at øge den del af sygehusenes bevillinger, der udmøntes aktivitetsafhængigt.

For at sikre en øget aktivitet og fremme en større omkostningsproduktivitet i sygehusvæsenet indgik regeringen ved økonomiforhandlingerne i 2003 derudover en aftale med de amtslige parter om, at amterne fra 2004 som minimum skulle takstafregne 20 pct. af deres bevillinger til egne sygehuse. Amterne fik ansvaret for at udforme deres takststyringsmodeller, men der blev i Økonomiaftalen for 2004 opstillet en række principper, som skulle lægges til grund ved implementeringen af den konkrete model, jf. *boks 3.1*.

Boks 3.1. Nuværende principper for takststyring

- Somatiske behandlingsområder bør være omfattet
- Taksterne bør fastlægges diskretionært med udgangspunkt i en konkret vurdering af de underliggende omkostningsstrukturer og overordnede prioriteringer i forhold til aktiviteten m.v.
- Taksterne bør som minimum dække de direkte patientrelaterede omkostninger (f.eks. implantater, medicin, utensilier)
- Modellerne skal være gennemskuelige, robuste og fair, f.eks. i form af synlige konsekvenser for sygehuse, hvis produktivitet eller aktivitet afviger fra de fastlagte krav
- Mellemamtslig betaling afregnes mellem de enkelte amter, således at afregningen til de enkelte sygehuse er uafhængig af patienternes bopæl
- Takststyring skal understøttes af øgede frihedsgrader til sygehus- og afdelingsledelsen
- Sygehuse bør i hensigtsmæssigt omfang føre takstmidlerne og incitamenterne ud på de udførende afdelinger for at understøtte en effektiv arbejdstilrettelæggelse.

Kilde: *Aftaler om den kommunale økonomi for 2004*, Finansministeriet, juni 2003.

Ud over aftaler vedrørende udviklingen af amternes takststyringsmodeller har regeringen og de amtslige parter i de seneste års økonomiaftaler ligeledes aftalt, at det er nødvendigt at udarbejde marginale takster og videreudvikle det eksisterende styringsgrundlag for hermed at sikre en effektiv takststyring.

I Økonomiaftalen for 2003 blev det understreget, at der skal ske en forbedring af aktualiteten og kvaliteten af aktivitetsregistreringen, og at udviklingen af DRG-systemet skal tillægges høj prioritet. Dette blev fulgt op i Økonomiaftalen for 2004, der fastslog, at tidstro, ensartede og konsistente registreringer samt en videreudvikling af DRG-systemet er en vigtig forudsætning for fastsættelsen af marginale takster og takststyringen af sygehuse.

I Økonomiaftalen for 2005 aftalte regeringen og de amtslige parter, at det fortsat skal prioriteres at udvikle de redskaber, der skal understøtte takststyringen, herunder sikre en præcis registrering og dokumentation af omkostninger og aktivitet samt udvikle marginale takster. I Økonomiaftalen for 2006 blev det endelig

tilkendegivet, at regeringen og de amtslige parter er enige om at videreudvikle takststyring som styringsredskab i sygehusvæsenet og udvikle marginale takster. De eksisterende aftalegrundlag mellem regeringen og de amtslige parter vedrørende takststyring i sygehusvæsenet er gengivet i *tabel 3.1*.

Tabel 3.1. Aftalegrundlag vedrørende takststyring	
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Oprettelsen af den statslige aktivitetspulje, herunder krav om, at takstmidlerne skal føres ud til de producerende sygehuse og sygehusafdelinger • Aftale om at forbedre aktualiteten og kvaliteten af aktivitetsregistreringerne og udvikle DRG-systemet
2003	<ul style="list-style-type: none"> • Aftale om minimum at takstafregne 20 pct. af bevillingerne til egne sygehuse • Aftale om principper for takststyring, der skal lægges til grund ved indretningen af amternes takststyringsmodeller • Aftale om at sikre tidstro, ensartede og konsistente registreringer og videreudvikle DRG-systemet bl.a. med henblik på at udvikle marginale takster
2004	<ul style="list-style-type: none"> • Aftale om at sikre præcis registrering og dokumentation af omkostninger og aktivitet samt udvikle marginale takster
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Aftale om at videreudvikle takststyring i sygehusvæsenet og udarbejde marginale takster
Kilde: <i>Aftale om meraktivitetspuljen af okt. 2002 og Aftaler om den kommunale økonomi for 2003-2006</i>	

Såvel sygehusejerne som de centrale sundhedsmyndigheder har arbejdet for at udvikle metoderne og redskaberne med henblik på at implementere aftalerne. Der udestår imidlertid fortsat et arbejde, før aftalegrundlaget er implementeret fuldt ud, jf. *afsnit 3.5*.

3.3. Amternes nuværende takststyringsmodeller

Amterne har i dag indrettet deres takststyringsmodeller forskelligt. Der kan imidlertid grundlæggende sondres mellem to overordnede typer af modeller, som amternes nuværende takststyringsmodeller kan kategoriseres inden for. De to modeller adskiller sig fra hinanden ved, at takstafregningen enten sker efter realiseringen af en basisproduktion eller fra første behandlede patient.

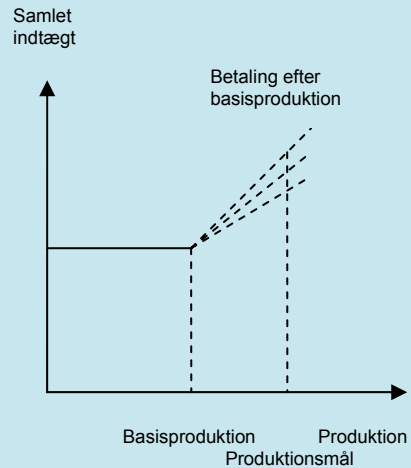
En model med takstafregning fra basisproduktion er kendetegnet ved, at sygehuse i hver budgetperiode tildeles et rammebudget eller en basisbevilling, der skal finansiere en nærmere aftalt basisproduktion. Basisproduktionen er ofte mindre end det forventede produktionsmål. Produktionen, der ligger mellem niveauet for

den aftalte basisproduktion og produktionsmålet, honoreres særskilt med en takst pr. produceret ydelse. Modellen med takstafregning fra basisproduktion er grundlæggende en overbygning på den eksisterende mål- og rammestyling, jf. figur 3.1.

Figur 3.1. Model med takstafregning fra basisproduktion

Kendetegn ved model med takstafregning fra basisproduktion:

- Sygehuset tildeles en rammebevilling, der skal finansiere en nærmere aftalt basisproduktion
- Produktion ud over basisproduktion honoreres med en takst pr. produceret ydelse. Taksterne kan variere, jf. de tre forskellige kurver
- Takstniveauet kan variere, men vil ofte være lavere end den stykpris, den producerende enhed tildeles inden for rammeproduktionen
- Modellen kan indeholde et afregningsloft, der evt. er sammenfaldende med produktionsmålet eller knæktakster.

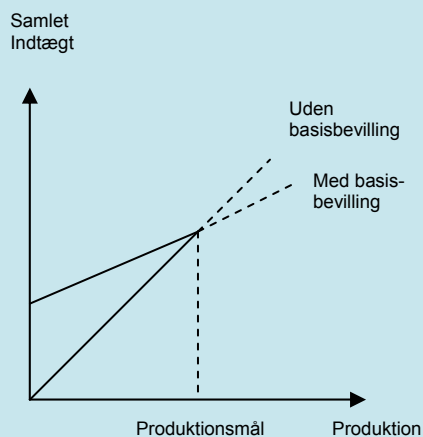


En model med takstafregning fra første patient er kendetegnet ved, at sygehusene honoreres med en fast takst fra den først producerede ydelse. I den mest enkle udgave af modellen opnår sygehuset først en indtjening, når det begynder at producere. Ofte vil sygehuset dog modtage en basisbevilling, der eksempelvis svarer til 70 pct. af de samlede indtægter ved produktion op til det fastsatte produktionsmål. Ved hver produceret ydelse modtager sygehuset derudover en takst svarende til 30 pct. af de gennemsnitlige enhedsomkostninger, jf. figur 3.2.

Figur 3.2. Model med takstafregning fra første patient

Kendetegn ved en model med takstafregning fra første patient:

- Sygehuset honoreres med en fast takst fra den først producerede ydelse
- Modellen kan indeholde en basisbevilling, således at sygehuset kun honoreres med en vis procentdel af de gennemsnitlige enhedsomkostninger for hver produceret ydelse, jf. figuren
- Modellen kan endvidere have indbygget et afregningsloft eller knæktakster.



Styrken af de økonomiske incitamenter, der er indbygget i de to typer af takststyringsmodeller, afhænger af flere faktorer. Der kan således peges på, at både niveauet for henholdsvis basisproduktionen og produktionsmålet, taksternes niveau samt anvendelsen af knæktakster og/eller et afregningsloft kan påvirke tilskyndelsen til at øge aktiviteten og forbedre omkostningsproduktiviteten.

Langt de fleste amter anvender i dag en model med takstafregning fra første patient, hvor sygehusene honoreres med en vis procentdel af DRG-taksten for hver produceret ydelse, jf. *tabel 3.2*.

Tabel 3.2. Amternes takststyringsmodeller for 2005

	Takstafregning fra basisbevilling	Takstafregning fra første patient
H:S		x
Københavns Amt		x
Frederiksborg Amt	x	
Roskilde Amt		x
Vestsjællands Amt	x	
Storstrøms Amt		x
Bornholms Regionskommune		x
Fyns Amt		x
Sønderjyllands Amt		x
Ribe Amt		x
Vejle Amt		x
Ringkjøbing Amt		x
Århus Amt		x
Viborg Amt		x
Nordjyllands Amt	x	

I lyset af at stort set samtlige amter i dag anvender en model takstafregning fra første patient, vil dette afregningsprincip blive lagt til grund ved opstillingen af modeller for indretningen af de fremtidige takststyringsmodeller, jf. *afsnit 4.4*.

3.4. Evaluering af takststyring på sygehusområdet

Amternes implementering af takststyring samt effekterne af en stigende anvendelse af aktivitetsafhængig finansiering på sygehusområdet blev evalueret i maj 2005.²

Evalueringen viser, at takststyring har bidraget til at gøre styringen i sygehusvæsenet mere effektiv. Efter indførelsen af takststyring er der således sket en stigning i aktiviteten, et fald i ventetiderne og en forbedring af omkostningsproduktiviteten på sygehusene, uden at det samtidig har ført til store udgiftsstigninger. Takststyring har derudover skabt øget omkostningsbevidsthed i økonomistyringen og har medvirket til at give det sundhedsfaglige personale en bedre indsigt i sammenhængen mellem aktivitet og finansiering.

Evalueringen viser imidlertid også, at amterne i dag kun i varierende grad lever op til principperne for takststyring, ligesom styringsgrundlaget endnu ikke er tilstrækkeligt udviklet til at kunne understøtte en effektiv takststyring.

² Rapporten kan findes på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside, www.im.dk.

Evalueringen peger derfor på, at der eksisterer et potentiale for at videreudvikle de eksisterende takststyringsmodeller, så de i endnu højere grad end i dag indeholder effektive incitamenter og sikrer, at de produktive og effektive enheder i højere grad identificeres og belønnes, jf. *boks 3.2*.

Boks 3.2. Evalueringens anbefalinger til udviklingen af takststyring

Evalueringen af takststyring på sygehusområdet opstiller seks anbefalinger til, hvordan takststyring i sygehusvæsenet bør videreudvikles:

- ***Mere effektive økonomiske incitamenter***
For at skabe mere effektive økonomiske incitamenter bør de økonomiske midler allokeres hen til de afdelinger, der enten er bedst og billigst, eller som fremviser klare produktivetsforbedringer.
- ***Bedre kendskab til omkostningsstrukturer og marginale takster***
Amterne bør opnå et bedre indblik i deres omkostningsstrukturer bl.a. med henblik på at kunne udvikle marginale takster.
- ***Identifikation og belønning af produktive og effektive enheder***
Takststyringsmodellerne bør kunne identificere og belønne de produktive og effektive enheder, så det sikres, at en udvidelse af aktiviteten sker til de lavest mulige omkostninger.
- ***Større element af konkurrence***
Det bør sikres, at takststyringsmodellerne indeholder et større element af konkurrence om de økonomiske midler med henblik på at skabe et pres for forbedringer og stigende effektivitet.
- ***Bedre ledelsesinformation og større fokus på ledelsesopgaven***
De eksisterende ledelsesinformationssystemer bør udbygges og nyttiggøre de oplysninger, der er tilgængelige i de landsdækkende systemer, så datagrundlaget for takststyring forbedres og baserer sig på ensartede og sammenlignelige informationer.
- ***Forbedrede takster***
Det bør undersøges, hvorvidt der på sigt kan udvikles DRG-takster, som understøtter sammenhængende behandlingsforløb.

Kilde: *Evaluering af takststyring på sygehusområdet*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl., maj 2005

3.5. Krav til den fremtidige takststyring

Det overordnede krav til den fremtidige takststyring er, at takstandelen over en år-række hæves fra de nuværende 20 pct. til 50 pct. af sygehusenes bevillinger. En øget takstandel er dog ikke i sig selv tilstrækkeligt til at sikre en effektiv takststyring i de nye regioner.

I lyset af det eksisterende aftalegrundlag og på baggrund af evalueringens anbefalinger kan der derfor stilles en række krav til den fremtidige takststyring, som knytter sig til såvel udformningen af regionernes takststyringsmodeller som til det styringsgrundlag, der skal understøtte den aktivitetsafhængige finansiering.

Krav til de fremtidige takststyringsmodeller

De principper for takststyring, som blev fastsat i Økonomiaftalen for 2004, udgør det centrale grundlag, som de hidtidige takststyringsmodeller har skullet bygges op omkring. Principperne har samlet set til formål at sikre effektive incitament i amternes takststyringsmodeller og understøtte en hensigtsmæssig balancering af de krav, der kan stilles til den økonomiske styring i sygehusvæsenet:

- *Alle somatiske behandlingsområder bør være omfattet*
Princippet om, at alle somatiske behandlingsområder bør være omfattet af takststyringsmodellerne, har til formål at sikre, at modellerne ikke giver anledning til uhensigtsmæssige prioriteringer eller skævvridninger i behandlings-sammensætningen.
- *Taksterne bør fastlægges diskretionært*
Princippet om, at taksterne bør fastlægges diskretionært med udgangspunkt i en konkret vurdering af de underliggende omkostningsstrukturer og de overordnede prioriteringer i forhold til aktiviteten m.v., har flere formål. For det første skal det således gennem en lokal tilpasning af takstniveauet sikres, at taksterne på den ene side er tilstrækkelig høje, så de reelt tilskynder til øget aktivitet, og på den anden side ikke er uhensigtsmæssigt høje, så de medfører en væsentlig fordyrelse af sygehusvæsenet. Taksterne bør således justeres i forhold til de enkelte sygehuses konkrete omkostningsstruktur. For det andet skal en tilpasning af takstniveauet sikre, at aktiviteten øges på de områder, som amtet prioriterer.

- *Takster skal dække de direkte patientrelaterede omkostninger*
Princippet om, at taksterne som minimum bør dække de direkte patientrelaterede omkostninger, har til formål at sikre, at takststyring reelt tilskynder til meraktivitet. Hvis der i takststyring skal være indbygget et incitament til øget aktivitet, er det således en forudsætning, at sygehusene og sygehusafdelingerne som minimum får dækket de direkte marginale omkostninger, der er forbundet med produktionen af en ekstra ydelse.
- *Takststyringsmodeller skal være gennemskuelige og fair*
Princippet om, at takststyringsmodellerne skal være gennemskuelige og fair, har til formål at sikre, at det er klart og synligt, hvilke konsekvenser det har for et sygehus, hvis aktiviteten eller omkostningsproduktiviteten afviger fra de fastlagte krav. Herved sikres det, at rammerne for styring og planlægning er kendte på de enkelte sygehuse.
- *Mellemamtslig afregning skal ske centralt*
Princippet om, at den mellemamtslige afregning skal ske centralt, har til formål at sikre, at sygehusene ved deres tilrettelæggelse af behandlinger ikke har tilskyndelse til at prioritere nogle befolkningsgrupper før andre, f.eks. ved en prioritering af fritvalgspatienter. Princippet sikrer dermed, at takststyring og det frie sygehusvalg ikke underminerer ligebehandlingen af patienter.
- *Øgede frihedsgrader til sygehuse og sygehusafdelinger*
Princippet om, at takststyring skal understøttes af øgede frihedsgrader til både sygehusledelsen og ledelsen på de udførende afdelinger, har til formål at ansvarliggøre den decentrale ledelse og give den tilstrækkelig frie rammer, så den har mulighed for og tilskyndelse til selv at prioritere sin indsats og tilrettelægge sin produktion mest effektivt. Uden frihedsgrader i form af eksempelvis overførselsadgang mellem budgetår svækkes incitamenterne ved takststyring.
- *Takstmidler og incitamenter skal føres ud på de udførende afdelinger*
Princippet om, at sygehusene i hensigtsmæssigt omfang bør føre de aktivitetsafhængige midler ud på de udførende afdelinger, har til formål at sikre, at der i takststyringsmodellerne reelt er indbygget et økonomisk incitament til øget aktivitet og produktivetsforbedringer for de afdelinger, der faktisk producerer ydelserne.

Principperne skal i sin helhed medvirke til, at takststyringsmodellerne sikrer øget aktivitet, forbedringer af omkostningsproduktiviteten, stor grad af udgiftskontrol og ikke skaber uhensigtsmæssige skævvridninger af den lægefaglige prioritering. Principperne vurderes fortsat at være centrale og relevante, og de bør derfor fuldt ud implementeres ved indretningen af regionernes takststyringsmodeller.

Evalueringen af takststyring afspejlede i særlig grad, at amterne ikke i dag fastlægger deres takster diskretionært med udgangspunkt i de underliggende omkostningsstrukturer. Det er dog helt centralt, at taksterne i regionerne i højere grad afspejler de faktiske omkostninger, der varierer direkte med aktiviteten ved et givent produktionsniveau, og der bør derfor anvendes marginale takster i de fremtidige takststyringsmodeller.

Ud over efterlevelsen af principperne for takststyring bør regionernes takststyringsmodeller endvidere udformes, så de mere klart synliggør, hvilke omkostninger der er faste, og hvilke omkostninger der er variable – og dermed varierer med aktivitetsniveauet. En sådan skelnen eksisterer ikke i tilstrækkelig grad i amternes nuværende takststyringsmodeller, hvor de omkostninger, den tildelte basisbevilling dækker, ikke er klart specificerede. Konsekvensen heraf er bl.a., at takststyringsmodellerne kommer til at fungere som en udvidet form for mål- og rammestyring. En synliggørelse af de faste og variable omkostninger kan imidlertid understøtte udviklingen af mere effektive incitamenter og medvirke til at identificere de produktive enheder.

Ved indretningen af takststyringsmodellerne bør der i øvrigt tages hensyn til, at disse kan håndtere implementeringen af omkostningsbevillinger i sygehusvæsenet, når dette bliver aktuelt.

Krav til det fremtidige styringsgrundlag

Det er helt centralt, at styringsgrundlaget forbedres, hvis takststyring skal udgøre et mere effektivt redskab til at øge aktiviteten og fremme omkostningsproduktiviteten. I de seneste års økonomiaftaler mellem regeringen og de amtslige parter har der således været enighed om, at der skal sikres en præcis dokumentation og registrering af omkostninger og aktiviteter i sygehusvæsenet. Evalueringen af takststyring pegede imidlertid på, at der fortsat udestår et arbejde med henblik på at udvikle et tilstrækkeligt styringsgrundlag.

Et forbedret styringsgrundlag indebærer for det første, at regionerne videreudvikler amternes nuværende ledelsesinformationssystemer. Veludbyggede ledelsesinformationssystemer skaber således bedre muligheder for at træffe omkostningsoptimale produktionsbeslutninger og kan sikre en hensigtsmæssig allokering af de aktivitetsafhængige midler. Derudover kan et udbygget informationsgrundlag medvirke til øget sammenligningskonkurrence og udbredelsen af bedste praksis.

For det andet forudsætter et hensigtsmæssigt styringsgrundlag, at kendskabet til de underliggende omkostningsstrukturer i sygehusvæsenet forbedres. Et præcist og veludbygget indblik i sygehusenes og sygehusafdelingernes omkostninger er således helt centralt i forhold til at kunne fastsætte præcise takster, identificere de produktive enheder og sikre en omkostningseffektiv allokering af midler.

De krav, der kan stilles til såvel de fremtidige takststyringsmodeller som til det fremtidige styringsgrundlag i sygehusvæsenet, er sammenfattet nedenfor, jf. *boks 3.3*.

Boks 3.3. Krav til den fremtidige takststyring i sygehusvæsenet

Det overordnede krav til den fremtidige takststyring er, at takstandelen over en årrække hæves fra de nuværende 20 pct. til 50 pct. af sygehusenes bevilninger. En øget takstandel er dog ikke i sig selv tilstrækkeligt til at sikre en effektiv takststyring.

En øget vægt på takststyring i sygehusvæsenet stiller således en række krav dels til den fremtidige indretning af regionernes takststyringsmodeller og dels til takststyringsgrundlaget, hvis der skal skabes mere aktivitet og øget omkostningsproduktivitet inden for den overordnede udgiftspolitiske ramme.

Krav til de fremtidige takststyringsmodeller:

- De opstillede principper for takststyring skal implementeres fuldt ud, så regionerne bl.a. bliver i stand til generelt og systematisk at afregne deres sygehuse på baggrund af marginale takster.
- Der bør ske en synliggørelse af henholdsvis de faste og variable omkostninger, som kan medvirke til at understøtte udviklingen af effektive incitamenter og skabe bedre mulighed for at identificere de produktive enheder.

Krav til det fremtidige styringsgrundlag:

- De eksisterende centrale og lokale informationssystemer bør videreudvikles, så de kan understøtte optimale produktionsbeslutninger og en effektiv allokering af ressourcer.
- Omkostningskendskabet skal forbedres med henblik på præcist at kunne fordele omkostningerne knyttet til sygehusdriften og fastsætte retvisende og effektive takster på såvel landsplan som sygehusniveau.

4. En øget og mere effektiv takststyring

4.1. Indledning og sammenfatning

Udvidelsen af takstandelen fra minimum 20 pct. til minimum 50 pct. af sygehuses bevillinger og indretningen af regionernes takststyringsmodeller skal ske i overensstemmelse med de aftaler, der allerede på nuværende tidspunkt er indgået mellem regeringen og de amtslige parter.

Dette kapitel belyser, hvordan regionernes takststyringsmodeller kan indrettes, så de lever op til det eksisterende aftalegrundlag vedrørende takststyring og i endnu højere grad end i dag indeholder effektive incitamenter til at øge aktiviteten og forbedre omkostningsproduktiviteten inden for den samlede økonomiske ramme på sygehusområdet.

Samtlige amter takstafregner i dag minimum 20 pct. af deres bevillinger til egne sygehuse. En række amter lever derudover også allerede op til regeringens målsætning om at hæve takstandelen til 50 pct. Seks amter udmønter således over 50 pct. af deres bevillinger aktivitetsafhængigt, mens tre amter næsten opfylder målsætningen om en takstandel på 50 pct.

Region Syddanmark ville i dag opfylde målsætningen om en takstandel på 50 pct., mens tre af de øvrige regioner er relativt tæt på med beregnede takststyringsandele på 42-47 pct. Det vurderes derfor som muligt, at der inden for de nærmeste år kan ske en gradvis forøgelse af takstandelen i samtlige regioner hen imod målet om en aktivitetsafhængig bevillingsandel på 50 pct. En øget takstandel er dog ikke i sig selv tilstrækkelig til at sikre en effektiv takststyring.

Regionernes takststyringsmodeller bør således derudover udformes, så de klart skelner mellem de faste omkostninger, som skal finansieres via en grundbevilling, og de variable omkostninger, som skal dækkes af den tildelte takst. Dette vil skabe

en øget synliggørelse af sygehusenes omkostninger og vil kunne skabe bedre forudsætninger for at anvende marginale takster. Når alle faste omkostninger knyttet til bl.a. forskning, efteruddannelse, vagtberedskab m.v. finansieres af en særskilt bevilling, vil taksten mere retvisende afspejle de omkostninger, der medgår til produktionen af ekstra enheder.

En takststyringsmodel med grundbevilling og marginale takster vil kunne medvirke til i højere grad at identificere og belønne de produktive enheder og hermed gøre takststyringen af sygehusene mere effektiv og fair.

Regionerne bør derfor sigte efter at implementere takststyringsmodeller med disse elementer, idet de ved den konkrete indretning af modellerne skal tage hensyn til, at der samtidig opretholdes en høj behandlingskvalitet og en hensigtsmæssig lægefaglig prioritering i sygehusvæsenet.

4.2. Styringsmæssige hensyn ved implementering af øget takststyring

Takststyring indebærer en automatisk kobling mellem ændringer i aktiviteten og størrelsen af de bevillinger, som sygehuset tildeles. Hvis den takst, som sygehuset tildeles for en given ydelse, er højere end de omkostninger, der er forbundet med at producere ydelsen, vil takststyring give sygehuset et økonomisk incitament til at øge aktiviteten.

Samtidig kan takststyring skabe tilskyndelse til, at sygehusene forbedrer deres omkostningsproduktivitet. Hvis sygehusene effektiviserer deres arbejdstilrettelæggelse og minimerer deres omkostninger, vil de således kunne opnå en større indtægt pr. ydelse, de producerer.

Indførelsen af øget takststyring kan bidrage til, at de økonomiske incitamentet til at udvide aktiviteten og forbedre omkostningsproduktiviteten i sygehusvæsenet forstærkes.

Udvidelsen af takstandelen på sygehusområdet skal imidlertid ske inden for rammerne af den overordnede udgiftspolitiske ramme. En øget takststyring kan potentielt set svække styringen med udgifterne i sygehusvæsenet og skabe en større budgetusikkerhed. Et væsentligt hensyn ved udformningen af fremtidige takststyringsmodeller er således, at de i sammenhæng med at styrke de økonomiske incitamentet fortsat opretholder en effektiv udgiftskontrol i sygehusvæsenet.

Derudover er det centralt, at en øget takststyring af sygehusene ikke modvirker en høj behandlingskvalitet og en hensigtsmæssig lægefaglig prioritering. Takststyring kan potentielt set have en negativ effekt på behandlingskvaliteten, hvis et stigende fokus på økonomisk indtjening sker på bekostning af mindre synlige opgaver som f.eks. forskning og uddannelse m.v. Samtidig kan takststyring principielt tilskynde til overbehandling eller udskrivning af patienter for tidligt, ligesom bl.a. skævheder i taksternes niveau og struktur kan medføre en utilsigtet skævvridning af den lægefaglige prioritering. Ved udformningen af de fremtidige takststyringsmodeller er det et væsentligt styringsmæssigt hensyn, at de ikke medvirker til at sænke behandlingskvaliteten og/eller skævvride den lægefaglige prioritering.

4.3. Takstandelen i amterne og de nye regioner

Amterne har siden 2004 skulle takstafregne minimum 20 pct. af deres bevillinger til egne sygehuse. Regeringen har sat som målsætning, at takstandelen over en år-række øges til minimum 50 pct. af sygehusenes bevillinger for hermed at styrke tilskyndelsen til fortsatte aktivitetsstigninger og forbedringer af omkostningsproduktiviteten.

Samtlige amter opfylder i dag kravet om at udmønte minimum 20 pct. af deres bevillinger til egne sygehuse aktivitetsafhængigt. En række amter lever dog også allerede på nuværende tidspunkt op til regeringens målsætning om, at takstandelen skal udgøre minimum 50 pct. Seks amter takstafregner således over 50 pct. af deres bevillinger, mens tre amter takstafregner over 40 pct. af deres bevillinger og er dermed tæt på at realisere regeringens målsætning, jf. *tabel 4.1*.

Tabel 4.1. Amternes takstandele, 2005, pct.

Roskilde Amt	68
Ribe Amt	64
Sønderjyllands Amt	63
Ringkjøbing Amt	62
Viborg Amt	60
Fyns Amt	57
Københavns Amt	47
H:S	44
Århus Amt	42
Storstrøms Amt	37
Vestsjællands Amt	34
Nordjyllands Amt	32
Vejle Amt	29
Bornholms Regionskommune	25
Frederiksborg Amt	22

Kilde: Landspatientregistret pr. 19. april 2006

Den høje takstandel, som allerede på nuværende tidspunkt kan identificeres i en lang række amter, understreger, at takststyring fungerer som en integreret del af den økonomiske styring på sygehusområdet.

Opgøres den takstandel, som de kommende regioner ville have haft på nuværende tidspunkt, fremgår det endvidere, at Region Syddanmark ville opfylde regeringens målsætning, mens tre af de øvrige regioner ville være relativt tæt på. Kun Region Nordjylland ville således samlet set have en takstandel på under 40 pct. af sygehusenes bevillinger, jf. *tabel 4.2*.

Tabel 4.2. Regionernes nuværende takstandele, 2005, pct.

Region Syddanmark	52
Region Midtjylland	47
Region Sjælland	46
Region Hovedstaden	42
Region Nordjylland	39

Kilde: Landspatientregistret pr. 19. april 2006
Note: Andelene er beregnet ved at summere den takstfinansierede værdi for hver enkelt sygehusejer og dividere denne med summen af deres produktionsværdi. For de amter, der bliver opdelt i flere regioner, beregnes den takstfinansierede værdi samt produktionsværdi på sygehusniveau. Andelene er dermed beregnet ved en blanding af forskellige modeller.

4.4. Synliggørelse af omkostninger i de fremtidige takststyringsmodeller

Ved at skabe en automatisk kobling mellem præsteret aktivitet og finansiering giver takststyring sygehusene og sygehusafdelingerne et incitament til at effektivisere

driften og øge aktiviteten indtil det punkt, hvor omkostningerne ved produktionen af én ekstra ydelse overstiger den indtægt, som kan opnås ved den tildelte takst.

For sygehusene og sygehusafdelingerne betyder takststyring, at indsigt i de underliggende omkostningsstrukturer bliver en væsentlig forudsætning i forhold til at kunne træffe optimale produktionsbeslutninger. For bevillingsgiverne bliver kendskabet til forskellige sygehuses omkostninger ligeledes centralt, dels i forhold til at kunne identificere de produktive enheder og dermed foretage en effektiv allokering af ressourcer, dels i forhold til at kunne fastsætte præcise takster.

Ved sygehusenes behandling af patienter medgår der en række forskellige omkostninger, som meget forenklet kan opdeles i fire hovedgrupper:

- *Faste kapitalomkostninger* vedrørende dyrt apparatur, bygninger og anlæg m.v., som ikke på kort sigt varierer med aktiviteten
- *Øvrige faste omkostninger*, der ikke på kort sigt varierer med aktiviteten, f.eks. omkostninger knyttet til forskning, uddannelse, vagtberedskab, konferenceaktiviteter m.v.
- *Personaleomkostninger*, der som udgangspunkt varierer med aktiviteten
- *Øvrige variable omkostninger*, der varierer direkte med aktiviteten, f.eks. omkostninger vedrørende medicin, implantater og utensilier m.v.

Faste omkostninger vedrører henholdsvis kapitalomkostninger knyttet til sygehusvæsenets kapitalapparat, dvs. dyrt apparatur, bygninger og anlæg m.v. og øvrige faste omkostninger, der bl.a. knytter sig til opretholdelsen af et vagtberedskab, forskning og (efter)uddannelse, konferenceaktiviteter m.v. Kendetegnen for de faste omkostninger er, at de ikke på kort sigt varierer direkte med aktiviteten.

Personaleomkostninger er sammenlignet med kapitalomkostninger mere variable, idet det som udgangspunkt er muligt løbende at afskedige og ansætte læger og sygeplejersker m.v., ligesom arbejdstiden på kort sigt kan tilpasses ændringer i produktionsniveauet. Muligheden for at variere antallet af læger og sygeplejersker begrænses imidlertid i mange tilfælde af, at der stort set er fuld beskæftigelse for disse personalegrupper. Omkostninger vedrørende bl.a. medicin, implantater, utensilier m.v. knytter sig dog direkte til patienterne og varierer fuldstændig med aktiviteten.

I amternes nuværende takststyringsmodeller afregnes sygehusene typisk med en vis andel af DRG-taksterne. DRG-taksterne fastlægges ud fra historiske gennemsnitsomkostninger og skal bl.a. dække en række omkostninger, som ikke varierer direkte med aktiviteten, herunder omkostninger knyttet til vagtberedskab samt forskning og uddannelse. Afregning af sygehuse med DRG-takster indebærer dermed, at sygehusene ikke blot får dækket de direkte produktionsomkostninger, der knytter sig til aktiviteten, men også får tildelt midler, som skal dække en række faste omkostninger.

Samtidig tildeles sygehusene omvendt en basisbevilling, som ikke særskilt skal finansiere de faste omkostninger. Basisbevillingen udgør således i dag en generel blok, som sygehusene anvender til både at finansiere de omkostninger, der varierer direkte med aktiviteten og de faste omkostninger, der ikke varierer direkte med aktiviteten.

Boks 4.1. Omkostninger dækket af hhv. takster og basisbevillinger

De nuværende DRG-takster dækker en række omkostninger, som ikke varierer direkte med aktiviteten. Det drejer sig bl.a. om omkostninger knyttet til vagtberedskab, forskning og uddannelse m.v. Taksterne er dermed højere end de gennemsnitlige variable omkostninger.

De nuværende basisbevillinger tildeles sygehusene som en samlet blok og dækker hermed omvendt en række omkostninger, som varierer med aktiviteten. Basisbevillingerne anvendes således bl.a. til at finansiere omkostninger knyttet til personaleforbrug, medicin m.v.

Det forhold, at sygehusene afregnes med takster og en basisbevilling, der ikke baserer sig på en klar skelnen mellem faste og variable omkostninger, skaber en række uhensigtsmæssigheder.

For det første skaber de nuværende DRG-takster risiko for en overnormal aflønning, da de dækker en række omkostninger, som ikke varierer direkte med aktiviteten og dermed er højere end de gennemsnitlige variable omkostninger. Sygehusene kan således opnå en overnormal aflønning, hvis de på marginalen, hvor de faktiske omkostninger ved at producere en ekstra ydelse er små, tildeles en forholdsvis høj andel af DRG-taksten.

For det andet indbygges eksisterende problemer med produktiviteten i DRG-taksterne på nuværende tidspunkt. Dette hænger sammen med, at DRG-taksterne fastlægges på baggrund af historiske gennemsnitsomkostninger, der betyder, at høje takster reelt kan afspejle en ineffektiv ressourceudnyttelse i den forudgående periode.

For det tredje betyder den manglende skelnen mellem henholdsvis faste og variable omkostninger ved afregningen af sygehusene i de nuværende takststyringsmodeller, at det er vanskeligt at identificere og dermed også belønne de produktive enheder. Når størrelsen af det enkelte sygehus' faste omkostninger ikke er klart synliggjort, er det således svært at afgøre, hvorvidt en høj produktivitet skyldes, at sygehuset reelt har tilrettelagt driften omkostningseffektivt, eller om produktivetsniveauet kan henføres til, at sygehuset f.eks. kun har en begrænset forskningsforpligtelse.

For det fjerde medfører indretningen af de nuværende takststyringsmodeller, at allokeringen af ressourcer ikke altid bliver fair. Når forskning og uddannelse samt vagtberedskab m.v. skal dækkes gennem taksterne, betyder det alt andet lige, at de sygehuse, der f.eks. har betydelige forskningsforpligtelser, ikke bliver tilgodeset i tilstrækkelig grad. Samtidig kan finansiering af mindre synlige opgaver som netop forskning og uddannelse gennem taksterne indebære en risiko for, at disse opgaver eventuelt bliver nedprioriteret.

For det femte skaber skæve takster en risiko for en uhensigtsmæssig prioritering af behandlingerne på sygehusene. Det kan således antages, at sygehusene vil forsøge at udvide aktiviteterne der, hvor der kan opnås det største dækningsbidrag. En synliggørelse af omkostninger og fastsættelsen af præcise marginale takster kan imidlertid modvirke denne risiko og understøtte en prioritering af behandlinger, der baserer sig på en hensigtsmæssig lægefaglig vurdering.

I de fremtidige takststyringsmodeller bør de forskellige typer af omkostninger synliggøres, så der kan ske en mere effektiv allokering af midler, hvor de faste omkostninger finansieres via en grundbevilling, mens de omkostninger, der varierer direkte med aktiviteten, finansieres via taksterne.

Fordelen ved en synliggørelse af og klar skelnen mellem typerne af omkostninger i de fremtidige takststyringsmodeller er, at der hermed skabes et bedre grundlag for, at principperne for takststyring kan efterleves fuldt ud, ligesom det kan understøtte

udviklingen af effektive incitamenter. En synliggørelse af omkostninger gør det således i højere grad muligt at afregne sygehusene med marginale takster, der fastsættes diskretionært med udgangspunkt i de regionale eller lokale omkostningsstrukturer. Derudover vil en synliggørelse af omkostninger sikre, at det bliver muligt at identificere og belønne de produktive enheder samt foretage en mere fair allokering af midler, ligesom det kan understøtte en mere hensigtsmæssig lægefaglig prioritering, jf. *boks 4.2*.

Boks 4.2. Fordele ved synliggørelse af omkostninger

- **Marginale takster**
En øget synliggørelse af de faste henholdsvis variable omkostninger skaber et bedre grundlag for, at de fremtidige takststyringsmodeller kan basere sig på marginale takster, som det er aftalt mellem regeringen og de amtslige parter.
- **Identifikation og belønning af produktive enheder**
Når forskelle i de enkelte sygehuses faste omkostninger bliver synliggjort, vil det i højere grad være muligt at identificere, hvilke sygehuse der er produktive henholdsvis mindre produktive.
- **Mere fair allokering af ressourcer**
En øget synliggørelse af de enkelte sygehuses forskellige forpligtelser i forhold til f.eks. at opretholde et vagtberedskab, uddanne yngre læger, varetage forskning m.v. skaber et bedre grundlag for, at regionen kan foretage en fair allokering af midler mellem sygehusene.
- **Understøtte en hensigtsmæssig lægefaglig prioritering**
En øget synliggørelse af omkostninger skaber mulighed for at fastsætte præcise marginale takster, som kan understøtte en hensigtsmæssig lægefaglig prioritering.

4.5. Modeller for takststyring med grundbevilling og marginale takster

Amternes nuværende takststyringsmodeller baserer sig i dag på en kombination af basisbevillinger og aktivitetsbaseret takstafregning, jf. *afsnit 3.3*. En sådan model, hvor en del af bevillingen ikke afhænger af den præsterede aktivitet, anses som hensigtsmæssig, da sygehusene skal varetage en række prioriterede opgaver, herunder forskning og uddannelse, vagtberedskab m.v., som skal tilvejebringes uanset, hvor meget aktivitet sygehuset i øvrigt realiserer.

I de nuværende takststyringsmodeller anvendes basisbevillingen imidlertid typisk ikke kun til at finansiere denne type af opgaver, men tildeles sygehuset som en blokbevilling, der skal dække såvel de aktivitetsafhængige som ikke-aktivitets-

afhængige omkostninger. Som beskrevet ovenfor skaber dette en række uhen-sigtsmæssigheder.

De fremtidige takststyringsmodeller bør derfor indrettes med en grundbevilling, som alene dækker de faste omkostninger knyttet til sygehusenes opgavevaretagelse. Forudsætningen for at tildele sygehusene en sådan grundbevilling er, at regionerne klart opgør og specificerer de faste omkostninger på de enkelte sygehuse og dermed for regionen som helhed.

Omkostninger knyttet til følgende områder bør som udgangspunkt synliggøres og dækkes af en grundbevilling:

- *Kapitalapparat*, som dækker over omkostninger knyttet til dyrt apparatur, anlæg, bygninger m.v.
- *Vagtberedskab*, som dækker over omkostninger knyttet til bagvagter m.v.
- *Uddannelse og forskning*, som dækker over omkostninger knyttet til uddannelse af yngre læger, efteruddannelse, intern forskning m.v.
- *Andre særlige opgaver*, som dækker over omkostninger knyttet til øvrige ikke-aktivitetsafhængige opgaver.

Grundbevillingerne vil variere mellem sygehuse og afspejle de specifikke opgaver og dermed forskellige faste omkostninger, der er knyttet til de enkelte sygehuse i regionen. Kravene til sygehusenes vagtberedskab afhænger typisk af, hvilke behandlinger de enkelte sygehuse varetager. Lands- og landsdels-sygehusene og større centralsygehuse kan således have et større behov for at anvende bagvagter m.v. end mindre lokale sygehuse. Det samme gælder i forhold til de øvrige områder som uddannelse og forskning, kapitalapparat, særlig dyre patienter m.v.

Anvendelsen af grundbevillinger vil hermed i overensstemmelse med principperne for takststyring sikre, at bevillingstildelingen i de fremtidige takststyringsmodeller i højere grad svarer til de opgaver, det enkelte sygehus er blevet tildelt og dermed bliver mere fair.

Ud over en grundbevilling skal sygehusene tildeles en aktivitetsbaseret bevilling, der udmøntes gennem takster. For at de fremtidige takststyringsmodeller kan leve op til det fastsatte aftalegrundlag for takststyring, herunder principperne for takststyring, skal sygehusene afregnes med takster, der fastlægges diskretionært med udgangspunkt i de underliggende omkostningsstrukturer. Konkret er det blevet af-

talt, at der skal anvendes marginale takster, som i højere grad afspejler, hvad det koster at behandle en ekstra patient ved et givent produktionsniveau, jf. boks 4.3.

Boks 4.3. Marginale takster

Marginale takster afspejler ideelt set, hvad det koster at behandle én ekstra patient ved et givent produktionsniveau. En marginal takst er dermed en omkostningsægte takst. Marginale takster bør dække de marginale omkostninger knyttet til produktionen af en ekstra ydelse samt en smule mere, så der er et økonomisk incitament til at udvide aktiviteten. Styrken af sygehusenes økonomiske incitament afhænger dermed af, hvor meget mere taksten dækker end de marginale omkostninger.

For at sikre en hensigtsmæssig styring af udgifterne kan regionen justere størrelsen af det økonomiske incitament ved forskellige produktionsniveauer. Såvel regionen som sygehusene bør derfor have indblik i de marginale omkostninger ved forskellige produktionsniveauer for at sikre en hensigtsmæssig takststyring.

Størrelsen af de marginale omkostninger ved et givent produktionsniveau afhænger af kapacitetsudnyttelsen og arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene. Hvis produktionen som udgangspunkt er tilrettelagt optimalt, og kapacitetsudnyttelsen er høj, vil marginalomkostningerne være stigende, da en udvidelse af produktionen alene kan foretages ved anvendelsen af overarbejde, ansættelsen af mere personale m.v. Omvendt vil en inoptimal arbejdstilrettelæggelse og/eller en lav kapacitetsudnyttelse give mulighed for faldende eller konstante marginalomkostninger.

For at kunne fastsætte marginale takster, der præcist afspejler, hvad det koster at behandle én ekstra patient ved et givent produktionsniveau, er det derfor en forudsætning at have et meget detaljeret indblik i sygehusenes omkostningsstruktur. I praksis er det imidlertid ikke realistisk at fastsætte en takst knyttet til behandlingen af hver enkelt patient.

Marginale takster kan dog fastsættes, så de knytter sig til forskellige produktionsintervaller, således at taksten knækker et antal gange i takt med stigende produktion. Op til et bestemt produktionsmål vil marginaltaksterne f.eks. både kunne indeholde lønudgifter og direkte patientrelaterede udgifter, mens taksterne over produktionsmålet kan afgrænses til kun at dække de direkte patientrelaterede udgifter, herunder implantater, utensiler m.v.

Anvendelsen af marginale takster kan i sammenhæng med en grundbevilling samlet set bidrage til både at sikre en øget aktivitet og en effektiv ressourceudnyttelse og udgiftskontrol.

Marginale takster bør som udgangspunkt dække følgende omkostninger, der varierer med aktiviteten ved et givent produktionsniveau:

- *Personaleomkostninger*, der knytter sig direkte til produktionen af ydelser
- *Øvrige variable omkostninger*, der vedrører de direkte patientrelaterede omkostninger såsom medicin, implantater, utensilier m.v.

Formålet med anvendelsen af marginale takster er, at de i højere grad afspejler de faktiske omkostninger, der er forbundet med at udvide produktionen ved et givent aktivitetsniveau. Marginale takster sikrer dermed, at sygehusene ikke opnår ekstraordinære store indtægter ved udvidelsen af aktiviteten i en situation, hvor de har faldende marginale omkostninger. Da der i sygehusvæsenet er begrænset kvalificeret arbejdskraft til rådighed, er det afgørende, at taksterne ikke ligger væsentligt over de marginale omkostninger, da dette kan medføre betydelige lønstigninger.

Det er således centralt, at de marginale takster nedjusteres i takt med stigende aktivitet, så de kun dækker de faktiske personaleomkostninger, der knytter sig til produktionen. De faktiske personaleomkostninger er på marginalen lig nul, og taksterne bør derfor her alene dække de direkte patientrelaterede omkostninger.

Generelt bør der grundlæggende skelnes mellem den marginale takst, der tildeles inden for det forventede produktionsmål og den marginale takst, der tildeles for ekstraordinær aktivitet, der ligger ud over produktionsmålet. Det er således et styringsmæssigt hensyn, at taksterne ikke indebærer en overnormal aflønning, og den takst, der tildeles for aktivitet ud over produktionsmålet, bør derfor ikke dække lønomkostninger.

Marginale takster kan både fastsættes centralt og decentralt og i praksis udformes på forskellig vis. På decentralt niveau er det for det første muligt, at regionen fastsætter en marginal takst, som svarer til gennemsnittet af de regionale sygehuses marginale omkostninger ved et givent produktionsniveau. En sådan gennemsnitlig marginal takst indebærer, at de produktive sygehuse umiddelbart vil blive belønnet, da taksten vil være højere end deres marginale omkostninger. Omvendt vil de uproduktive sygehuse have et incitament til at effektivere deres produktion og/eller

tilpasse deres aktivitet, da taksten vil være lavere end deres marginale omkostninger.

For det andet er det muligt, at regionen anvender lokale marginale takster, der fastlægges på baggrund af de specifikke omkostningsstrukturer på hvert enkelt sygehus i regionen. En sådan marginal takst vil præcist afspejle de faktiske omkostninger knyttet til tilvejebringelsen af ydelser på regionens forskellige sygehuse, jf. *tabel 4.3*.

Tabel 4.3. Typer af marginale takster på lokalt plan	
Gennemsnitlige marginale takster	Sygehusspecifikke marginale takster
Fastlægges som gennemsnittet af de marginale omkostninger ved et givent produktionsniveau på samtlige regionens sygehuse	Fastlægges med udgangspunkt i de marginale omkostninger ved et givent produktionsniveau på hver enkelt af regionens sygehuse

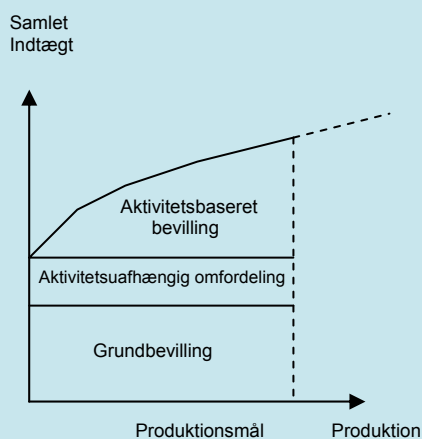
Ved at kombinere en grundbevilling med anvendelsen af henholdsvis regionale marginale takster og sygehusspecifikke marginale takster kan der opstilles to forskellige takststyringsmodeller, som regionerne hensigtsmæssigt vil kunne anvende.

En *takststyringsmodel med grundbevilling og gennemsnitlige marginale takster* er kendetegnet ved, at sygehuse tildes en grundbevilling, der skal dække deres faste omkostninger. Sygehuse afregnes derudover med en takst pr. produceret ydelse, som svarer til de gennemsnitlige marginale omkostninger for regionens sygehuse. Efter produktionsmålet vil taksten alene skulle svare til de direkte patientrelaterede omkostninger knyttet til implantater, utensilier m.v. Denne takststyringsmodel indebærer, at sygehuse med marginale omkostninger, der ligger over den tildelte takst, vil få et budgetunderskud, mens sygehuse med marginale omkostninger, der ligger under den tildelte takst, omvendt vil få et budgetoverskud. Det kan hermed være nødvendigt at gennemføre en aktivitetsuafhængig omfordeling af midler mellem sygehuse, jf. *figur 4.1*.

Figur 4.1. Model med grundbevilling og gennemsnitlige marginale takster

Kendetegn ved en takststyringsmodel med grundbevilling og gennemsnitlige marginale takster:

- Sygehusets faste omkostninger dækkes af en grundbevilling
- For hver produceret ydelse modtager sygehuset en takst, der ved et givent produktionsniveau svarer til gennemsnittet af de marginale omkostninger for samtlige regionens sygehuse
- Modellen kan nødvendiggøre en aktivitetsafhængig omfordeling af midler fra sygehuse med budgetoverskud til sygehuse med budgetunderskud



Hvis forskelle i finansieringsbehovet mellem regionens sygehuse ikke skyldes en uensartet behandlingskvalitet, vil takststyringsmodellen ved omfordelingen af aktivitetsafhængige midler synliggøre, hvilke sygehuse der har en lav henholdsvis høj produktivitet. Modellen vil således kunne medvirke til at identificere de produktive sygehuse.

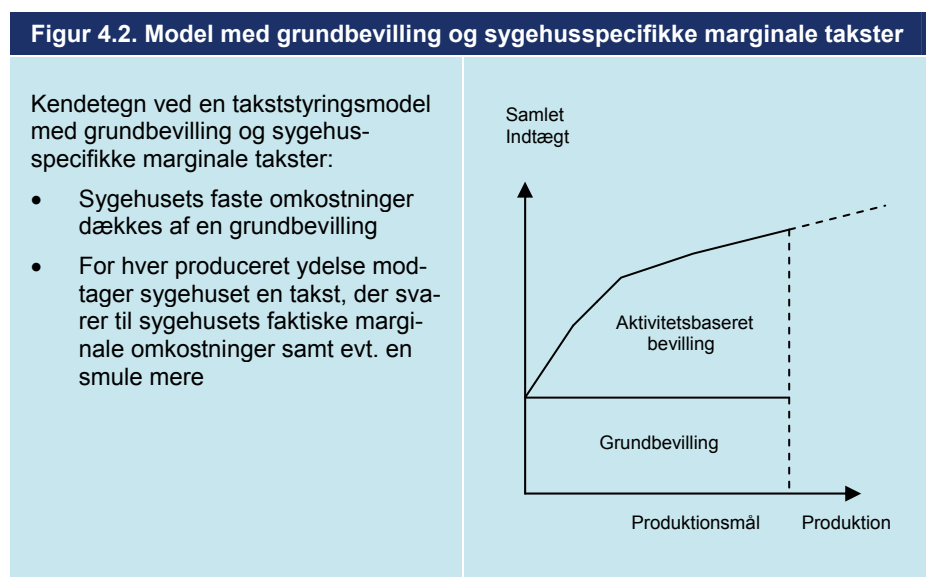
Ved en neutral budgetmæssig effekt for regionen som helhed vil modellen medføre, at der skal overføres bevillinger fra produktive til uproduktive sygehuse.

Modellen kan imidlertid også indeholde mekanismer, der belønner de produktive enheder på bekostning af de mindre produktive. Det kan f.eks. ske ved at stille forskellige krav til forbedringen af produktiviteten, således at kravene til forbedring er størst for sygehuse med en relativ lav produktivitet.

Derudover kan det ske ved at undlade at gennemføre en fuldstændig omfordeling af bevillingerne mellem regionens sygehuse, så de produktive sygehuse får mulighed for at beholde en del af de midler, der skulle overføres til andre sygehuse samtidig med, at kravene til de enkelte sygehuses produktionsmål opretholdes. Derved vil der indirekte blive stillet et krav til de uproduktive sygehuse om at nå en højere produktion med relativt færre midler.

En variant af denne takststyringsmodel kunne være, at sygehusene ikke tildeles den gennemsnitlige marginale takst, men i stedet en takst, der svarer til de marginale omkostninger på det mest produktive sygehus. En sådan marginal takst, der baserer sig på bedste praksis, vil ligeledes synliggøre forskellene i sygehusenes produktivitet.

En *takststyringsmodel med grundbevilling og sygehus-specifikke marginale takster* er kendetegnet ved, at sygehuse ud over tildelingen af en grundbevilling, der skal dække de faste omkostninger, modtager en takst pr. leveret ydelse, som præcist svarer til sygehusets faktiske marginale omkostninger samt evt. en smule mere, jf. figur 4.2.



Anvendelsen af sygehus-specifikke marginale takster giver direkte mulighed for at identificere de produktive enheder, der vil få tildelt en lavere takst for en given behandling end de uproduktive enheder.

Identifikationen af produktive enheder sker hermed helt ned på DRG-niveau, hvis forskelle i den takst, sygehusene tildeles for forskellige typer af behandlinger ved et givent produktionsniveau, ikke er udtryk for, at sygehuse leverer en forskellig behandlingskvalitet.

Anvendelsen af sygehusspecifikke marginale takster giver mulighed for detaljerede sammenligninger af forskellige sygehuse og sygehusafdelingers produktivitet, der kan lægges til grund ved regionens allokering af midler og/eller fastsættelse af krav til sygehusenes forbedringer af produktiviteten. For at fremme en forbedret produktivitet bør regionerne ved anvendelsen af denne model stille krav om, at de uproduktive sygehuse effektiviserer driften, så deres omkostninger konvergerer mod bedste praksis. Et krav om effektivisering kan f.eks. ske ved, at den takst, de uproduktive sygehuse tildeles, løbende sænkes, så den tilnærmeres den takst, som det mest produktive sygehus modtager.

Såvel en takststyringsmodel med gennemsnitlige marginale omkostninger som sygehusspecifikke marginale omkostninger kan bidrage til at identificere de produktive enheder. Forskellen mellem de to modeller er, at identifikationen sker på sygehusniveau ved anvendelsen af gennemsnitlige marginale takster, mens identifikationen ved anvendelsen af sygehusspecifikke marginale takster sker på DRG-niveau.

Begge modeller giver imidlertid mulighed for at kunne belønne de produktive enheder og dermed mulighed for at understøtte en udvidelse af aktiviteten der, hvor den kan produceres ved anvendelse af færrest mulige ressourcer.

Regionerne bør derfor på sigt arbejde hen imod at implementere takststyringsmodeller med henholdsvis en grundbevilling og marginale takster. Et første skridt i denne retning vil være at få synliggjort omkostningerne knyttet til sygehusproduktionen, så der kan beregnes marginale takster, jf. *boks 4.4*.

Boks 4.4. Beregning af marginale takster

Den praktiske beregning af de gennemsnitlige regionale og/eller sygehusspecifikke marginale takster vil enten kunne ske i Sundhedsstyrelsen eller i regionerne via den omkostningsdatabase, som Sundhedsstyrelsen stiller til rådighed for sygehusejerne. I begge tilfælde vil det lokalt skulle besluttes, om de marginale takster skal anvendes på den samlede produktion, eller om taksterne skal differentieres afhængig af niveauet for produktionen.

De landsgennemsnitlige DRG-takster vil fortsat blive anvendt til udmøntning af den statslige aktivitetspulje, mellemregional afregning og kommunal medfinansiering. Der skal dog tages stilling til, om en beslutning om at udskille de faste omkostninger i en grundbevilling på lokalt niveau skal have konsekvenser for, hvilke omkostningselementer der skal indgå i beregningen af de landsgennemsnitlige DRG-takster. I denne forbindelse må der også ske en afklaring af den fremtidige håndtering af taksterne for lands- og landsdelspatienter.

Omkostningsdatabaseen skal forbedres, før den kan udgøre et tilstrækkeligt præcist grundlag til at beregne marginale takster på lokalt plan. En forbedring af omkostningsdatabaseen er dog under alle omstændigheder central i forhold til at beregne retvisende landsgennemsnitlige DRG-takster.

5. Et udvidet og forbedret styringsgrundlag

5.1. Indledning og sammenfatning

Samtidig med indførelsen af en øget takststyring af sygehuse er det nødvendigt at udbygge det eksisterende styringsgrundlag i overensstemmelse med de aftaler, der er indgået mellem regeringen og de amtslige parter. Et udvidet og forbedret styringsgrundlag er en central forudsætning for en effektiv takststyring.

En lang række amter har allerede i dag udviklet ledelsesinformationssystemer, der på en løbende og sammenlignelig basis tilvejebringer styringsrelevant information til såvel det administrative som sundhedsfaglige personale i sygehusvæsenet. Disse systemer udgør et godt grundlag, som der bør bygges videre på. Det er særlig vigtigt, at ledelsesinformationssystemerne i højere grad end i dag nyttiggør de oplysninger, der er indeholdt i de landsdækkende systemer, ligesom systemer bør indeholde informationer om fordelingen og udviklingen i omkostninger.

Et større kendskab til omkostningsstrukturerne er en central forudsætning for, at der kan træffes optimale produktionsbeslutninger og foretages en omkostningseffektiv allokering af midler. Derudover er et forbedret indblik i omkostningsstrukturerne en vigtig forudsætning for at kunne beregne præcise og retvisende takster.

Amterne har allerede i dag igangsat initiativer på lokalt plan, herunder især udførelsen af ABC-analyser, der skal medvirke til at forbedre omkostningskendskabet på sygehusene. På centralt plan er der igangsat en række væsentlige initiativer med henblik på at forbedre kvaliteten og anvendeligheden af omkostningsdatabasen, som er et vigtigt redskab i forhold til at opnå en bedre indsigt i sygehusvæsenets omkostninger. Det bør være en prioriteret opgave at fastholde fokus på de igangsatte initiativer vedrørende forbedringen af omkostningskendskabet i sygehusvæsenet, så de kan understøtte den øgede takststyring af sygehusene.

5.2. Udvidet og balanceret ledelsesinformation

Løbende, tidssvarende og overskuelig ledelsesinformation udgør en central del af det styringsgrundlag, som skal understøtte en effektiv takststyring. Relevant ledelsesinformation bør være tilgængelig på alle organisatoriske niveauer i sygehusvæsenet, så det dels kan understøtte en hensigtsmæssig allokering af ressourcer og dels danne udgangspunkt for gennemførelsen af optimale produktionsbeslutninger.

Udvidelsen af den aktivitetsafhængige finansiering i sygehusvæsenet øger behovet for veludbyggede ledelsesinformationssystemer. Når en større del af sygehusenes indtægter bliver afhængige af den realiserede aktivitet, skærpes kravet således til at kunne følge udviklingen i aktiviteter, udgifter, DRG-indtægter m.v. på såvel regionalt niveau, sygehusniveau og afdelingsniveau.

En lang række amter har i dag udviklet avancerede ledelsesinformationssystemer, som har medvirket til at understøtte en effektiv takststyring. Det, der kendetegner de mest anvendelige ledelsesinformationssystemer, er, at de tilvejebringer standardiserede data på en løbende basis, som er sammenlignelige og genkendelige for både administratorer og det sundhedsfaglige personale.

For at sikre en stor grad af genkendelighed og meningsfuldhed indeholder flere af amternes nuværende ledelsesinformationssystemer ikke blot data knyttet til aktiviteter, udgifter og DRG-indtægter, men også oplysninger vedrørende udviklingen i kvaliteten, herunder især informationer om realiseringen af opstillede servicemål m.v. Udvidelsen af ledelsesinformationssystemerne til også at omfatte kvalitetsdata kan medvirke til at skabe en hensigtsmæssig sammenhæng og balancering mellem den faglige og økonomiske styring på sygehusene.

Ledelsesinformationssystemerne udgør dermed i en række amter allerede på nuværende tidspunkt et godt grundlag for en øget takststyring i sygehusvæsenet. Ledelsesinformationssystemerne bør imidlertid fortsat videreudvikles.

Det er således vigtigt, at de kommende regioners ledelsesinformationssystemer i stigende grad nyttiggør de oplysninger om aktivitet, personaleoplysninger og økonomi m.v., der er indeholdt i de landsdækkende systemer, herunder bl.a. eSundhed, omkostningsdatabasen m.v. Herved kan det sikres, at ledelsesinformationssystemerne baserer sig på et ensartet datagrundlag, som skaber mulighed for tværgående sammenligninger og dermed en omkostningsoptimal allokering af ressourcer samt udbredelse af bedste praksis.

En koordineret udvikling af databehovet til den lokale ledelsesinformation og til de centrale sundhedsmyndigheders takstberegning m.v. kan samtidig medvirke til at sikre en øget kvalitet i registreringerne, idet begge parter har en interesse i, at et fælles datagrundlag til varetagelsen af de forskellige opgaver bliver bedst muligt.

Overordnet set bør ledelsesinformationssystemerne i særlig grad udbygges med data, der knytter sig til fordelingen og udviklingen i omkostninger. Dette er en forudsætning for, at sygehuse og sygehusafdelingerne kan foretage effektive beslutninger vedrørende produktionens tilrettelæggelse og omfang.

De konkrete krav til udviklingen af de fremtidige ledelsesinformationssystemer vil imidlertid derudover afhænge af valget af takststyringsmodel. Ved anvendelse af en takststyringsmodel med gennemsnitlige marginale takster på regionalt plan vil det enkelte sygehus have brug for at kende afvigelse mellem taksterne og sygehusets faktiske enhedsomkostninger. En sådan opgørelse vil både være relevant i forhold til at prioritere indsatsen og som forklaring på, hvorfor der eventuelt er behov for en omfordeling af midler mellem sygehuse.

Sygehusenes faktiske enhedsomkostninger vil kunne opgøres ud fra omkostningsdatabasen under forudsætning af, at oplysningerne i omkostningsdatabasen er både fyldestgørende og dækkende.

I en takststyringsmodel med sygehus-specifikke marginale takster kan sammenligninger af omkostningsniveauer med andre sygehuse ske på DRG-niveau. Ved anvendelse af denne type takststyringsmodel vil det være særlig relevant, at ledelsesinformationssystemet giver mulighed for sammenligninger af de sygehus-specifikke DRG-takster mellem sygehuse i regionen. Herved bliver det tydeliggjort, hvis nogle sygehuse modtager væsentlig højere takster for samme behandling end andre sygehuse. Denne form for opgørelser kan f.eks. følges op af undersøgelser af, om afvigelse skyldes forskelle i kvalitet, produktivitet m.v.

5.3. Større og forbedret omkostningskendskab

De seneste års økonomiaftaler har fastslået, at udviklingen af en præcis registrering og dokumentation af omkostninger er centralt i forhold til at understøtte en effektiv takststyring, herunder muliggøre en fuldstændig implementering af de opstillede principper for takststyring, jf. *afsnit 3.2*.

Evalueringen af takststyring 2005 anbefalede i forlængelse heraf, at der grundlæggende skabes et bedre kendskab til omkostningsstrukturerne på sygehuse. En større indsigt i de udførende enheders omkostningsstrukturer vurderes at være en betingelse for at kunne forbedre styringsgrundlaget, herunder beregne enhedsomkostninger og fastsætte præcise marginale takster.

Den stigende anvendelse af takststyring øger behovet for et detaljeret kendskab til omkostningsstrukturerne. De enkelte sygehuse skal forholde sig til, hvordan produktionen skal planlægges og prioriteres inden for de rammer, der udstikkes af regionernes takststyringsmodel, sygehusets samlede økonomi og de til rådighed værende personaleressourcer m.v. Samtidig skal produktionen ligge inden for rammerne af den overordnede specialeplanlægning.

Derudover er et større omkostningskendskab centralt for at sikre den samlede udgiftsstyring. For at kunne undgå, at en del af sygehusaktiviteten ikke kan finansieres inden for den samlede økonomiske ramme, vil såvel regioner som sygehuse have behov for et betydeligt kendskab til udviklingen i aktivitet og omkostninger.

I de to modeller for den fremtidige takststyring af sygehuse, som er beskrevet i *afsnit 4.5.*, er der behov for, at der sker en udskillelse af de omkostninger fra sygehusenes regnskaber, som ikke skal indgå i takstberegningen, herunder bl.a. forskning, uddannelse og vagtberedskab m.v. En sådan synliggørelse er en forudsætning for at kunne fastsætte grundbevillingerne for de enkelte sygehuse og beregne præcise marginale takster.

I de foreslåede takststyringsmodeller kan de landsgennemsnitlige DRG-takster ikke anvendes direkte. Gennemsnitlige marginale takster på regionsniveau og/eller sygehusspecifikke marginale takster vil dog kunne beregnes ud fra omkostningsdatabasen.

En sådan opgørelse forudsætter imidlertid for det første, at der sker en udskillelse af de omkostningselementer, som ikke skal indgå i takstberegningen. Beslutes det f.eks., at vagtberedskab og internt finansieret forskning skal indgå i en grundbevilling, skal der findes en metode til at udskille disse omkostninger i fordelingsregnskaberne.

For det andet forudsætter en opgørelse af lokale, marginale takster ud fra omkostningsdatabasen, at oplysningerne i omkostningsdatabasen både er fyldestgørende

og dækkende. Det vil således f.eks. ikke være muligt at afregne sygehusene med de direkte patientrelaterede omkostninger efter produktionsmålet, hvis disse omkostninger ikke er kendte. Opgørelsen af marginale takster forudsætter dermed, at der sker en mere præcis registrering af de direkte patientrelaterede omkostninger m.v., end det er tilfældet i dag.

5.4. Decentrale initiativer til forbedring af omkostningskendskabet

Amterne arbejder allerede i dag på at forbedre omkostningskendskabet på de enkelte sygehuse og sygehusafdelinger. De seneste år er en lang række amter og sygehuse således bl.a. i samarbejde med Sundhedsstyrelsen i stigende grad begyndt at gennemføre ABC-analyser (*Activity Based Costing*), der har til formål at opgøre og fordele alle de omkostninger, herunder såvel direkte som indirekte omkostninger, der knytter sig til de enkelte behandlinger og aktiviteter i sygehusvæsenet.

Ved gennemførelsen af en ABC-analyse bliver sygehusenes ydelser brudt op i aktiviteter, der igen bliver brudt op i delaktiviteter. Herefter opgøres det, hvor mange ressourcer de enkelte aktiviteter og delaktiviteter trækker, hvorved der opnås en kobling mellem ressourcetræk og det valgte ydelsesniveau. En ABC-analyse af-dækker herved de faktiske omkostninger, der knytter sig til enkelte ydelser og behandlinger på et givent sygehus eller en given sygehusafdeling.

ABC-analyser skaber et godt indblik i omkostningsstrukturene på lokale sygehuse og sygehusafdelinger og synliggør, hvad prisen er på forskellige ydelser og behandlinger. ABC-analyser kan derfor anvendes til at fastsætte diskretionære takster, ligesom de kan medvirke til at skabe grundlag for mere optimale produktionsbeslutninger og en mere effektiv og fair allokering af midler.

Frederiksborg Amt har bl.a. gennemført en række ABC-analyser, som har bidraget til at give amtet en betydelig indsigt i omkostningsstrukturene på de radiologiske afdelinger, jf. *boks 5.1*.

Boks 5.1. Øget omkostningskendskab i Frederiksborg Amt

På initiativ af Sundhedsstyrelsen gennemførte Frederiksborg Amt i samarbejde med et konsulentfirma en ABC-analyse på en radiologisk afdeling i 2003. På baggrund af analysens positive resultater igangsatte Frederiksborg Amt efterfølgende en række yderligere ABC-analyser på amtets øvrige radiologiske afdelinger.

ABC-analyserne har givet Frederiksborg Amt et betydeligt bedre indblik i omkostningerne på de forskellige radiologiske afdelinger og dokumenteret forskelle og ligheder i afdelingernes omkostningsstrukturer. ABC-analyserne synliggjorde bl.a. store prisforskelle for samme ydelse på de forskellige afdelinger. ABC-analyserne har skabt et godt grundlag for prioriteringen af amtets indsats og medvirket til at effektivisere og optimere arbejdsgangene.

I forlængelse af ABC-analyserne igangsatte Frederiksborg Amt et LEAN-projekt, som har skabt store effektiviseringer og en forbedret kapacitetsudnyttelse på amtets radiologiske afdelinger. I løbet af 2006 planlægger Frederiksborg Amt at gennemføre ABC-analyser på alle kliniske enheder.

Kilde: Frederiksborg Amt

Med henblik på at de fremtidige takststyringsmodeller skal indrettes med takster, der fastlægges diskretionært med udgangspunkt i de underliggende omkostningsstrukturer, bør de kommende regioner fortsætte og udvide arbejdet vedrørende opgørelsen og fordelingen af omkostninger knyttet til de enkelte behandlinger og aktiviteter. Dette arbejde kan f.eks. ske gennem udførelsen af ABC-analyser, ligesom andre metoder med fordel vil kunne anvendes.

Et større lokalt indblik i sygehusenes og sygehusafdelingernes omkostninger er et vigtigt led i videreudviklingen af det styringsgrundlag, der skal understøtte en effektiv takststyring.

5.5. Centrale initiativer til forbedring af omkostningskendskabet

Med henblik på at forbedre omkostningskendskabet i sygehusvæsenet samarbejder staten med amterne om at udvikle og forbedre omkostningsdatabasen. Omkostningsdatabasen bygger på sygehusenes fordelingsregnskaber, som indeholder oplysninger om de enkelte sygehuses fordeling af omkostninger på forskellige behandlingskomponenter.

En veludbygget omkostningsdatabase udgør en afgørende del af det styringsgrundlag, der skal understøtte en effektiv takststyring i sygehusvæsenet. Omkostningsdatabasen udgør således grundlaget for beregningen af landsgennemsnitlige DRG-takster, ligesom den på sigt kan anvendes til at understøtte fastlæggelsen af marginale takster på lokalt plan.

Derudover kan en kvalitetssikret og valideret omkostningsdatabase anvendes til at øge gennemsligtigheden i sygehusvæsenet. Med udgangspunkt i omkostningsdatabasen er det således muligt at gennemføre tværgående analyser af omkostningsstrukturer og sammenligninger af forskellige enheders ressourceforbrug og produktivitet.

De oplysninger, som omkostningsdatabasen indeholder, skal være af høj kvalitet, hvis de skal kunne anvendes hensigtsmæssigt i forbindelse med den økonomiske styring af sygehusene. En høj kvalitet indebærer, at oplysningerne er retvisende og pålidelige. Der er allerede igangsat en række initiativer med henblik på at udvikle omkostningsdatabasens kvalitet.

For det første er der igangsat initiativer vedrørende udarbejdelsen af fyldestgørende beskrivelser af de kliniske ydelser, der bliver givet i forbindelse med de enkelte patientbehandlinger. En beskrivelse af, hvilke kliniske ydelser, der er udført i forbindelse med den enkelte behandling, er et af de centrale elementer i beregningen af DRG-taksterne. Hver ydelse medfører således et ressourcetræk og er dermed bestemmende for de omkostninger, der er forbundet med behandlingen.

Boks 5.2. Fyldestgørende beskrivelse af kliniske ydelser

For at beregne retvisende DRG-takster er det centralt at få beskrevet, hvilke kliniske ydelser der knytter sig til hver enkelt behandling. Der er generelt en betydelig dækning i beskrivelsen af de ydelser, der bliver givet i forbindelse med den enkelte patientbehandling. Der eksisterer dog fortsat enkelte manglende områder inden for nogle af sygehusenes tværgående kliniske serviceafdelinger. Beskrivelsen af ressourcetrækket til anæstesi og operationer er endvidere mangelfuld. Det tilstræbes at få udbygget de eksisterende indberetningsrutiner med de manglende områder inden takstberegningen for 2007, som finder sted i maj 2006.

For det andet er der igangsat initiativer vedrørende dannelsen af pointsystemer, der beskriver det relative ressourceforbrug for de kliniske ydelser inden for de tværgående serviceafdelinger m.v. Pointsystemer er centrale i forhold til at kunne

opgøre de omkostninger, der er knyttet til tilvejebringelsen af de enkelte behandlinger.

Boks 5.3. Pointsystemer til beskrivelse af relativt ressourceforbrug

Når de kliniske ydelser er relateret til den enkelte behandling, skal der knyttes et ressourcetræk til ydelsen. Hvis ydelserne blev omsat på et almindelig marked, ville de have en markedspris, og den kunne i givet fald anvendes til at beskrive dette ressourcetræk. De omsættes imidlertid kun på det frie marked i beskedent omfang, og de omkostninger, der er forbundet med leverancen af den enkelte kliniske ydelse, skal derfor bestemmes på en anden måde.

I det danske DRG-system sker det gennem anvendelse af pointsystemer, der beskriver det relative ressourcetræk ved de kliniske ydelser inden for hvert tværgående speciale, operationsaktivitet el. lign. Der er dækning på de fleste områder, men der mangler en aftale om vedvarende fornyelse af systemerne. Dette skal ske gennem rutinemæssige ABC-analyser.

Der er i løbet af 2005 bl.a. blevet gennemført ABC-analyser på det psykiatriske område samt på en række fysio- og ergoterapeutiske afdelinger. Inden beregningen af DRG-takster for 2007 vil der herudover blive gennemført ABC-analyser på intensivområdet og på en række tværgående kliniske serviceafdelinger. Endelig vil der ske en fornyet beregning af pointsystemet, som anvendes til fordelingen af udgifter til anæstesi, operationer og materialeforbrug.

For det tredje er der igangsat initiativer med henblik på at forbedre kvaliteten af sygehusenes fordelingsregnskaber. Initiativerne har til formål at skabe ensretning, synlighed og gennemsigtighed i forbindelse med en delvis automatisering af udarbejdelsen af sygehusenes fordelingsregnskaber.

Boks 5.4. Automatisering af fordelingsregnskaber

Automatiseringen af sygehusenes fordelingsregnskaber skal medvirke til at sikre, at det er de samme omkostninger, der knyttes til de samme patienter, uanset hvilket sygehus de behandles på. Arbejdet med automatiseringen af fordelingsregnskaberne fortsætter frem mod takstberegningen for 2007. Sundhedsstyrelsen er i dialog med alle sygehuse om overgangen til den automatiserede procedure for dannelse af fordelingsregnskaber.

For det fjerde er der igangsat initiativer med henblik på bedre at kunne beregne de direkte patientrelaterede omkostninger. Opgørelsen af de direkte patientrelaterede omkostninger er centrale i forhold til at kunne fastlægge præcise DRG-takster.

Boks 5.5. Beregning af direkte patientrelaterede omkostninger

De direkte patientrelaterede omkostninger er primært afgrænset til omkostninger i forbindelse med anæstesi, operation, intensiv behandling, implantater, utensilier og medicin. For disse områder er koblingen af de rette omkostninger til de rigtige patienter afgørende for beregningen af korrekte DRG-takster.

Der er på nuværende tidspunkt igangsat et arbejde med henblik på at indsamle tilstrækkelige oplysninger til at kunne beregne de patientrelaterede omkostninger. De indsamlede oplysninger forventes bl.a. at kunne nyttiggøres i forbindelse med beregningen af takster for 2007, som finder sted i maj 2006.

Der er allerede igangsat en række betydelige initiativer vedrørende udviklingen og forbedringen af omkostningsdatabasen. Initiativerne vurderes alle at være nødvendige for at sikre omkostningsdatabasens fornødne kvalitet og anvendelighed.

I det omfang omkostningsdatabasen skal anvendes til opgørelse af lokale marginaltakster, bør der ske en vurdering af, om de igangsatte initiativer til udbygning af omkostningsdatabasen er tilstrækkelige.

Det vil dog under alle omstændigheder være hensigtsmæssigt, at de igangværende initiativer gennemføres og afsluttes inden for en forholdsvis kort tidsramme, så omkostningsdatabasen kan understøtte en effektiv implementering af den øgede aktivitetsafhængige finansiering i sygehusvæsenet. En succesfuld gennemførelse af initiativerne forudsætter et aktivt samarbejde og medspil fra sygehusejerne.

Bilag 1. Kommissorium og arbejdsgruppens sammensætning

Kommissorium for øget takststyring af sygehuse i de nye regioner

Det fremgår af regeringsgrundlaget fra februar 2005, at regeringen ønsker, at andelen af aktivitetsbestemte bevillinger til sygehuse over en årrække skal øges fra de nuværende 20 pct. til 50 pct. En større del af sygehuses bevilling skal således afhænge af aktiviteten. Den nye regionsstruktur, som følger af kommunalreformen, indebærer samtidig, at en række rammebetingelser for den økonomiske styring af sygehuse ændres.

Der er på den baggrund behov for at opstille en plan for, hvorledes den øgede takststyring af sygehuse skal gennemføres. Takststyring tilskynder til øget aktivitet. Samtidig er det vigtigt at fastholde de overordnede udgiftspolitiske rammer, forbedre produktiviteten og sikre behandlingskvaliteten.

På den baggrund nedsættes en arbejdsgruppe, der bl.a. skal vurdere:

- Hvordan der med takststyring kan skabes incitamenter til øget aktivitet og forbedret produktivitet samt en effektiv styring af udgifterne.
- Hvordan der via den fortsatte udvikling af takstsystemet og marginaltakster kan skabes et bedre fundament for en øget anvendelse af takststyringsinstrumentet, og herunder sikres en effektiv styring af udgifterne og en høj omkostningseffektivitet.
- Sammenhængen mellem øget takststyring og den nye regionsstruktur, herunder betydningen af indførelsen af aktivitetsafhængig finansiering i regionerne.
- Hvordan øget takststyring påvirker kvaliteten og den lægefaglige prioritering.
- Hvordan øget takststyring kan bidrage til forbedringer i produktiviteten.

- Hvilke erfaringer andre lande har med indførelsen af takststyring, idet der bl.a. inddrages erfaringer fra Storbritannien, Norge og Sverige.

Arbejdsgruppen skal på denne baggrund vurdere fordele og ulemper ved forskellige modeller for indførelsen af øget takststyring og opstille anbefalinger til, hvordan den øgede takststyring af sygehusene kan gennemføres.

De hidtidige erfaringer med takststyring på sygehusområdet afrapporteres i en rapport i maj 2005. Resultaterne af dette arbejde inddrages.

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand). Amtsrådsforeningen og H:S kan inddrages i arbejdet i det omfang, det skønnes hensigtsmæssigt. Arbejdsgruppen kan inddrage ekstern bistand.

Arbejdsgruppen afrapporterer sine resultater i en rapport ultimo 2005. Rapporten forelægges regeringens økonomiudvalg.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen har bestået af følgende personer:

Kontorchef Henrik Grosen Nielsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand)

Chefkonsulent Svend Særkjær, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Specialkonsulent Mads Hansen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Specialkonsulent Claus Bager Jensen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Fuldmægtig Kristian Hertz, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Kontorchef Poul Erik Hansen, Sundhedsstyrelsen

Chefkonsulent Annette Søberg Roed, Sundhedsstyrelsen

Chefkonsulent Søren Lindemann Aagesen, Finansministeriet

Bilag 2. Internationale erfaringer

Takststyring anvendes i dag som et væsentligt styringsredskab i sygehusvæsenet i en lang række lande. I flere lande har takststyring været en integreret del af den økonomiske styring på sygehusområdet gennem en længere årrække.

Dette bilag belyser først, hvordan henholdsvis Norge, Sverige og Storbritannien har indrettet og udviklet deres takststyringsmodeller på sygehusområdet, herunder hvem der har ansvaret for at indrette modellerne og hvor stor en andel af bevillingerne, der afregnes aktivitetsbestemt. Derefter belyser kapitlet, hvilke incitamenter der er indbygget i modellerne, og hvordan de effektive sygehuse identificeres og belønnes.³

Takststyringsmodeller i Norge, Sverige og Storbritannien

Såvel Norge, Sverige og Storbritannien har indført aktivitetsafhængig finansiering på sygehusområdet baseret på DRG-takster.⁴ Ansvaret for indretningen og udviklingen af takststyring på sygehusområdet er imidlertid placeret på forskellige administrative niveauer i henholdsvis Norge, Sverige og Storbritannien.

Sverige er kendetegnet ved at have et meget decentralt styret sygehusvæsen, hvor de enkelte amter er ansvarlige for indretningen og udviklingen af takststyring på sygehusområdet. Heroverfor står Storbritannien, hvor den aktivitetsafhængige finansieringsmodel i sygehusvæsenet er udviklet centralt af staten. I Norge er det ligeledes staten, der udstikker de overordnede retningslinier for udviklingen af takststyring. Fem statsligt ejede regioner (helseforetak) er imidlertid selv ansvarlige for den konkrete indretning af deres takststyringsmodeller.

³ Bilaget er bl.a. baseret på studiebesøg og diverse rapporter fra de tre lande.

⁴ Storbritannien anvender ikke DRG, men derimod et lignende system, der betegnes HRG (Healthcare Resource Groups). DRG og HRG adskiller sig fra hinanden ved den måde, diagnoserne grupperes og aggregeres på.

Figur 1. Udvikling og indretning af takststyring



Takststyring i Sverige

Det decentralt styrede sygehusvæsen i Sverige medfører, at der er stor forskel på, i hvilken udstrækning de enkelte amter anvender takststyring som et redskab i finansieringen og styringen af deres sygehuse. En række amter, herunder især Stockholms Län, Skåne og Östergötland, har anvendt aktivitetsafhængig finansiering på sygehusområdet gennem en længere årrække, mens bl.a. Västmanländ, Dalarna og Jämtlandslän endnu ikke har implementeret et DRG-system.

Stockholms Län har siden 1992 anvendt aktivitetsafhængig afregning baseret på DRG-takster i sygehusvæsenet. Det er derfor særlig interessant at belyse, hvordan Stockholms Län har udviklet sin takststyringsmodel.

Stockholms Län indførte aktivitetsafhængig afregning samtidig med, at det adskilte funktionerne som bestiller og udfører. Bestillerrollen varetages af en række administrative enheder, der indgår aftaler med sygehusene i hver deres del af Stockholms Län. Baggrunden for indførelsen af aktivitetsafhængig finansiering og bestiller-udførermodellen var ønsket om at skabe højere produktivitet, mere gennemsigtighed og større klarhed om fordelingen af det økonomiske ansvar i sygehusvæsenet.

Frem til 2001 blev sygehusene i Stockholms Län afregnet 100 pct. aktivitetsafhængigt gennem DRG-takster. Den konsekvente anvendelse af aktivitetsbaseret finansiering skabte produktivetsforbedringer, men svækkede samtidig den overordnede udgiftsstyring. Stockholms Län har derfor ændret deres model, således at de i dag anvender en kombineret finansieringsmodel, hvor sygehusenes drift finansieres af forskellige typer bevillinger. De administrative enheder under Landstinget, der varetager bestillerrollen, indgår årligt en rammeaftale med de enkelte sygehuse, der fastsætter et overordnet aktivitetsmål i DRG-produktionsværdi, som skal realiseres inden for rammerne af den samlede bevilling.

Den samlede bevilling, som sygehusene tildeles, udgøres for det første af en række særskilte midler, der skal finansiere forsknings- og uddannelsesaktiviteter. For det andet består den af en rammebevilling, der skal finansiere en vis andel af sygehusets behandlingsaktiviteter. Disse to bevillinger udgør tilsammen 50 pct. af sygehusenes finansieringsgrundlag. For det tredje tildeles sygehusene aktivitetsafhængige midler svarende til de resterende 50 pct. af den samlede bevilling, der skal finansiere de øvrige behandlingsaktiviteter op til sygehusets overordnede aktivitetsmål. De aktivitetsafhængige midler allokeres til sygehusene i takt med, at de realiserer den på forhånd aftalte aktivitet.

Sygehusene har herudover mulighed for at få tildelt resultatbaserede midler, hvis de lever op til en række kvalitetsmål vedrørende ventetider, effektivitet, patienttilfredshed m.v., som er fastsat i den indgåede rammeaftale, jf. *boks 1*.

Boks 1. Belønning af resultater i Stockholms Län

Siden 2003 har der i rammeaftalen mellem bestillerenhederne i Stockholms Län og de enkelte sygehuse været opstillet en række kvalitetsmål vedrørende følgende seks områder:

- *Evidensbaseret behandling.* Kvalitetsmålene knytter sig her til forbedringer af den faglige kvalitet af behandlingerne.
- *Sikker behandling.* Kvalitetsmålene knytter sig her til en minimering af lægelige fejl.
- *Patientfokuseret behandling.* Kvalitetsmålene knytter sig her til forbedringer af patienternes vilkår på sygehusene.
- *Effektiv behandling.* Kvalitetsmålene knytter sig her til forbedringer af produktiviteten og ressourceudnyttelsen.
- *Lige behandling.* Kvalitetsmålene knytter sig her til understøttelse af en lige adgang til behandling.
- *Behandling i rimelig tid.* Kvalitetsmålene knytter sig her til reduceringer af ventetiden på behandlinger.

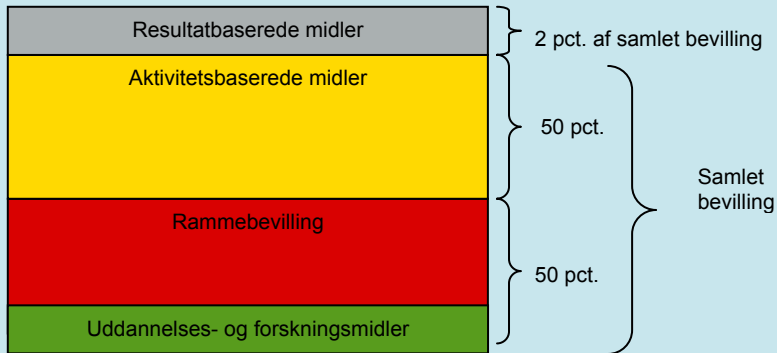
Konkrete kvalitetsmål kan eksempelvis være, at sygehusene skal nedbringe ventetiden for en given behandling til et vist niveau eller forbedre produktiviteten med en vis procentdel. I de sammenhænge, hvor der ikke eksisterer valide data til at måle sygehusenes præstationer på et givent område, kan et resultatmål i rammeaftalen være, at sygehusene skal forbedre deres registreringer for at få del i puljemidlerne. Den resultatbaserede pulje anvendes derfor også til at fremme bedre registreringer og dataopgørelser i sygehusvæsenet.

Ved realisering af de opstillede mål bliver sygehusene belønnet med midler fra en særlig resultatbaseret pulje, som er knyttet til hvert sygehus. Hvis sygehusene ikke realiserer deres resultatmål, beholder bestillerenhederne midlerne.

Kilde: Stockholm Läns Landsting (2005): *Årsrapport 2004. Programområde. Kvalitetsudveckling.*

Stockholms Län afsætter for hvert sygehus årligt en pulje svarende til 2 pct. af sygehusenes samlede bevilling til at belønne den eventuelle realisering af de forskellige kvalitetsmål. Puljen lægges oven i den samlede bevilling, som sygehusene tildeles, jf. *figur 2*.

Figur 2. Finansieringsmodellen på sygehusområdet i Stockholms Län



Kilde: Stockholms Län

For at sikre udgiftskontrol har Stockholms Län indbygget et loft i sin takststyringsmodel. Sygehusene tildeles derfor ikke ekstra økonomiske midler, hvis de producerer ud over det aktivitetsmål, der er fastsat i rammeaftalen.

Takststyring i Norge

I Norge blev aktivitetsafhængig finansiering på sygehusområdet indført i 1997. Formålet var at skabe øget aktivitet og en forbedret produktivitet i sygehusvæsenet. Takststyringsmodellen og størrelsen af den aktivitetsafhængige bevillingsandel er siden 1997 løbende blevet justeret og udviklet.

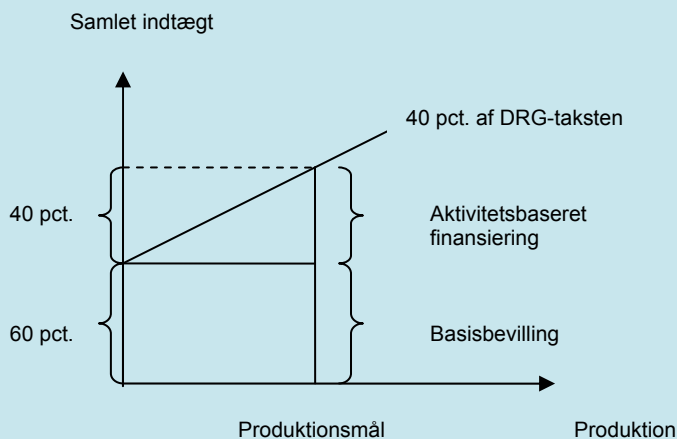
I Norge har staten det overordnede ansvar for planlægningen og finansieringen af sygehusvæsenet. Siden sundhedsreformen i 2002 har fem statsligt ejede regioner haft ansvaret for at tilvejebringe sundhedsydelse til borgerne. Regionerne fungerer både som bestillere af sundhedsydelser og som ejere af de offentlige hospitaler.

Det norske sundhedsministerium indgår en årlig rammeaftale med de fem regioner. I rammeaftalen er fastsat et mål for den samlede aktivitet opgjort i DRG-produktionsværdi, som regionen forventes at realisere i løbet af året. Til finansiering heraf tildeles regionerne dels en basisbevilling og dels en aktivitetsbaseret bevilling. Basisbevillingen udgør 60 pct. af den samlede budgetramme, mens den øv-

rige aktivitet op til rammeaftalens produktionsmål finansieres aktivitetsbestemt med 40 pct. af DRG-taksten.

Finansieringsmodellen mellem staten og regionerne fungerer som en model med takstafregning fra første patient. Regionerne tildeles således en basisbevilling og honoreres derudover med 40 pct. af DRG-taksten fra den først producerede ydelse. Der eksisterer ikke noget loft over, hvor meget regionerne kan producere og dermed et loft over bevillingstildelingen. Staten finansierer således aktivitet ud over det i rammeaftalen fastsatte produktionsmål med 40 pct. af DRG-taksten, jf. figur 3.

Figur 3. Finansieringsmodellen på sygehusområdet i Norge

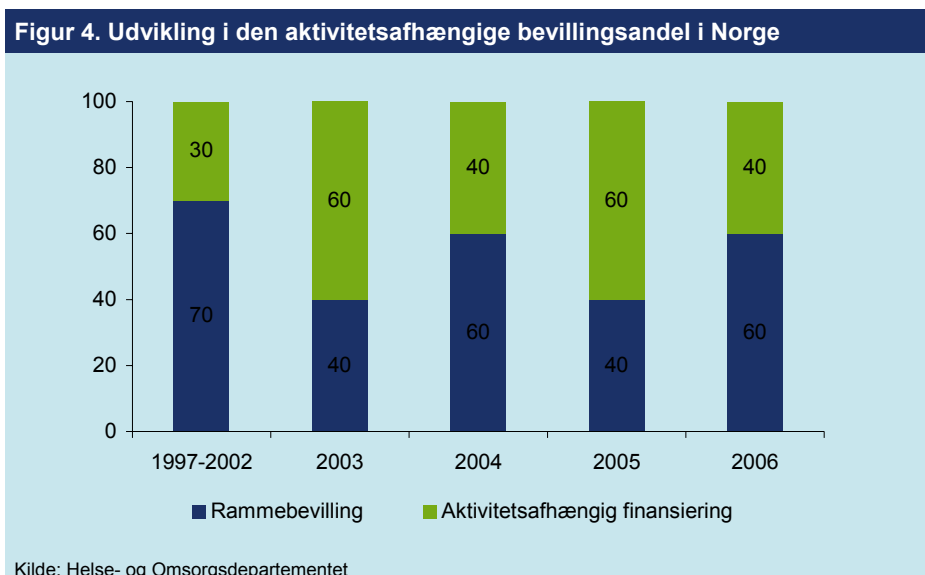


Kilde: Helse- og Omsorgsdepartementet

Regionerne udformer principielt selv den takststyringsmodel, som de ønsker at anvende i forhold til deres sygehuse, idet staten dog har fastsat, at den aktivitetsbestemte andel af sygehusene skal svare til den aktivitetsafhængige andel, som staten finansierer regionen med. Regionerne viderefører derfor i praksis den finansieringsmodel, som gælder mellem staten og regionerne. Regionerne indgår således rammeaftaler med de enkelte sygehuse og finansierer aktiviteten gennem dels en basisbevilling og dels en aktivitetsbaseret bevilling. Den samlede bevillings størrelse i rammeaftalen fastsættes dels efter objektive kriterier og dels efter det histori-

ske udgiftsniveau. Ligesom mellem staten og regionerne udgør den aktivitetsbaserede finansieringsandel 40 pct. af den samlede bevilling, som sygehusene tildeles.

Den aktivitetsbestemte andel på sygehusområdet er løbende blevet justeret med henblik på både at sikre tilskyndelse til at øge aktiviteten og samtidig kontrollere de samlede udgifter, der bl.a. steg kraftigt i 2003. I 1997 udgjorde de aktivitetsafhængige midler således 30 pct. af den samlede bevilling, mens de i dag udgør 40 pct., jf. figur 4.



Takststyring i Storbritannien

I Storbritannien varetages planlægningen og finansieringen på sygehusområdet af en statslig organisation (NHS) under det britiske sundhedsministerium. Regionale statslige enheder (Primary Care Trusts) har til opgave at tilvejebringe sundhedsydelse til borgerne i deres lokale område og er ansvarlige for ca. 80 pct. af NHS' samlede budget. De regionalstatslige enheder indgår serviceaftaler med sygehusene i deres lokalområde om leveringen af sundhedsydelser. Enhederne har grundlæggende et bestilleransvar, mens sygehusene varetager driften. Opdelingen mellem bestiller og udfører er dog endnu ikke helt skarp, da de regionalstatslige enheder fortsat løser enkelte driftsopgaver. Fra 2008 vil enhederne dog alene skulle varetage bestilleropgaven.

Med henblik på at skabe øget aktivitet, større produktivitet, mere gennemsigthed samt understøtte mulighederne for frit valg har staten de seneste år udviklet en takststyringsmodel på sygehusområdet, der er blevet gradvist implementeret siden 2003. Takststyringsmodellen skulle oprindeligt have været fuldt ud implementeret i april 2006, hvor samtlige offentlige sygehuse skulle have været finansieret i overensstemmelse med modellen. Det endelige tidspunkt for implementeringen af modellen for samtlige offentlige sygehuse er dog blevet rykket til 2007, jf. *boks 2*.

Boks 2. Implementering af takststyring i Storbritannien

Den britiske regering opstillede i 2002 en samlet plan for en gradvis implementering af takststyring på sygehusområdet. Planen omfattede følgende tre faser:

2003/2004. 15 fortrinsvis elektive behandlinger skulle afregnes aktivitetsafhængigt via en national HRG-takst.

2004/2005. Den aktivitetsafhængige finansiering skulle udvides til at omfatte 48 HRG-grupper, der blev udvalgt på baggrund af den gennemsnitlige ventetid til behandling. Al aktivitet på sygehuse, der har udvist en særlig stor effektivitet og derfor er blevet tildelt en række udvidede frihedsgrader i forhold til den økonomiske styring (Foundation Trusts) skulle omfattes af den aktivitetsafhængige finansiering, således at 70 pct. af deres bevillinger blev gjort aktivitetsafhængige.

2005/2006. Den aktivitetsafhængige finansiering skulle udvides til at omfatte stort set al somatisk aktivitet, der skulle finansieres via en ensartet national HRG-takst pr. behandling. 70 pct. af samtlige offentlige sygehuses bevillinger skulle være aktivitetsafhængige.

Efter kritik fra bl.a. den britiske Audit Commission blev den samlede plan for implementering af takststyringsmodellen dog justeret af hensyn til at modvirke budgetusikkerhed og sikre en mere glidende overgang til den aktivitetsafhængige finansieringsmodel. For hovedparten af de offentlige sygehuse er den aktivitetsafhængige finansiering således blevet begrænset til at omfatte elektiv aktivitet i 2005/2006. Derudover er der blevet udarbejdet en separat takst for patienter, der ligger kort tid, ligesom nogle sygehuse er blevet kompenseret for variationer i deres produktionsomkostninger.

Kilde: Department of Health (2002): *Reforming NHS Financial Flows. Introducing Payment by Results*.

Når takststyringsmodellen er fuldt ud implementeret vil 70 pct. af sygehusenes bevillinger blive udmøntet aktivitetsafhængigt, og stort alle somatiske behandlinger vil være omfattet af den aktivitetsafhængige finansiering. Takststyringsmodellen er dog allerede i dag implementeret fuldt ud i forhold til de såkaldte Foundation Trusts,

mens de resterende sygehuse alene i dag modtager aktivitetsafhængige midler svarende til 35 pct. af deres samlede bevilling.

Serviceaftaler (Service Level Agreements), der bliver indgået mellem de regionalstatslige enheder og sygehuse for et år ad gangen, er et centralt omdrejningspunkt i den nye britiske finansieringsmodel på sygehusområdet. Serviceaftalerne fastsætter et mål for den aktivitet, det enkelte sygehus skal realisere, og indeholder desuden mål for behandlingskvaliteten, ventetider m.v., jf. boks 3.3.

Boks 3. Serviceaftaler

Serviceaftalerne udgør det styrings- og finansieringsmæssige omdrejningspunkt mellem de regionalstatslige enheder og sygehuse. Serviceaftalerne skal som minimum indeholde klare aftaler vedrørende følgende områder:

Aktivitet og ressourcer. Serviceaftalerne skal indeholde mål for den aktivitet, sygehuse skal levere samt fastsætte finansieringsgrundlaget.

Serviceudvikling. Serviceaftalerne skal indeholde oplysninger om eventuelle udviklingsinitiativer herunder om de finansielle konsekvenser heraf.

Kvalitetsstandarder. Serviceaftalerne skal indeholde mål for behandlingskvaliteten herunder mål for maksimal ventetid m.v.

Informationsstrøm. Serviceaftalerne skal indeholde aftaler om indholdet og tidspunktet for den information, som sygehuse skal videregive.

Opfølgning. Serviceaftalerne skal indeholde aftaler om tidspunktet for og hyppigheden af styringsopfølgningen.

Risikodeling. Serviceaftalerne skal indeholde aftaler om fordelingen af den økonomiske risiko mellem de regionalstatslige enheder og sygehuse.

Aktivitetsudsving. Serviceaftalerne skal indeholde aftaler om, hvordan eventuelt manglende opfyldelse eller overopfyldelse af aktivitetsmålene håndteres bevillingsmæssigt.

Belønning. Serviceaftalerne skal indeholde oplysninger om eventuelle resultatmæssige aftaler og vilkår for belønningen heraf.

Kilde: Department of Health (2002): *Reforming NHS Financial Flows. Introducing Payment by Results.*

Den takst, som sygehuse modtager pr. ydelse, forhandles derimod ikke i forbindelse med indgåelsen af serviceaftalen, men fastsættes centralt af staten. Samtlige sygehuse i Storbritannien tildeles således den samme HRG-takst pr. behandling.

Den nationale takst er baseret på de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlingstype på alle sygehuse korrigeret for casemix og regionale forskelle i lønninger m.v.

Sygehusene opnår kun den takstbaserede finansiering i det omfang, de reelt tilvejebringer den aftalte aktivitet. De regionalstatslige enheder følger derfor hvert kvartal op på, om sygehusene faktisk har realiseret den aftalte aktivitet og tilbagetrækker midler i de tilfælde, hvor sygehuse ikke lever op til serviceaftalens aktivitetsmål. Sygehusene tildeles som udgangspunkt ikke flere midler, hvis de producerer ud over det aktivitetsmål, der er fastsat i den indgåede serviceaftale. Der er dermed indbygget et udgiftsloft i takststyringsmodellen. De regionalstatslige enheder kan dog i serviceaftalerne med de lokale sygehuse aftale, hvordan produktion ud over det fastsatte mål for aktiviteten håndteres. De midler, som bliver tilbagetrukket fra de sygehuse, der ikke realiserer deres aktivitetsmål, vil de regionalstatslige enheder samtidig kunne anvende til at finansiere sygehuse, der realiserer en større produktion end aftalt.

Incitament, belønning og konkurrence

Takststyringsmodellerne i henholdsvis Norge, Sverige og Storbritannien er organiseret forskelligt og indeholder derfor incitament, der i forskellig grad medvirker til, at de effektive enheder belønnes.

I den norske takststyringsmodel er indbygget et stærkt incitament til at øge aktiviteten, da der ikke er fastsat noget loft over, hvor stor en aktivitet de enkelte sygehuse kan tilvejebringe. At der ikke er indbygget noget loft i modellen medfører dog ikke nødvendigvis, at det er de produktive og effektive enheder, der øger deres produktion ud over det fastsatte aktivitetsmål. Det forhold, at den norske takststyringsmodel kun afregner aktivitet med 40 pct. af DRG-taksten ud over produktionsmålet og ikke accepterer budgetunderskud, kan dog potentielt set medvirke til, at det er de produktive og effektive enheder, der øger deres aktivitet og dermed belønnes i form af øgede bevillinger. Tanken er, at en takst på 40 pct. af DRG-taksten ikke i gennemsnit er tilstrækkelig til at dække de marginale omkostninger ved aktivitet ud over produktionsmålet, og at det alene vil være de mest produktive enheder, der derfor vil have incitament til at producere ud over produktionsmålet.

På trods af kravet om at sygehusene ikke må øge aktiviteten, hvis omkostningerne forbundet hermed er større end den DRG-indtægt, der kan opnås, havde regionerne imidlertid samlet set et budgetunderskud på 2 mia. kr. i 2004 svarende til 2,9

pct. af deres samlede indtægter. Underskuddet indikerer, at regionerne formentlig ikke har tilstrækkelig indsigt i deres omkostningsstrukturer til at træffe optimale produktionsbeslutninger. Staten har dog stillet krav om, at regionerne selv dækker budgetunderskuddet således, at de har opnået budgetbalance senest i 2006, uden at de samtidig mindsker deres aktivitetsniveau i perioden. Budgetoverskridelsen indikerer dog under alle omstændigheder, at den valgte takststyringsmodel i Norge i praksis har medført betydelige udfordringer i forhold til at sikre en effektiv udgiftskontrol.

I Storbritannien medfører anvendelsen af en national takst, at sygehusene har incitament til at øge deres produktivitet. Da sygehusene kan beholde realiserede overskud under forudsætning af, at de i øvrigt lever op til den indgåede serviceaftales kvalitetsmål, vil de således have tilskyndelse til at reducere deres enhedsomkostninger, så de er lavere end den nationale takst, de tildeles pr. produceret ydelse. Takststyringsmodellen belønner dermed automatisk enheder, der er produktive. Modellen medfører dog samtidig en stor budgetusikkerhed, da de nationale takster ikke er tilpasset eventuelle forskelle i lokale omkostningsstrukturer. Sygehuse, der som udgangspunkt har højere enhedsomkostninger end den nationale takst kan dække, vil således generere et underskud.

Anvendelsen af en national takst betyder derudover, at de regionalstatslige enheder ikke vil kunne realisere eventuelle produktivetsgevinster ved at tildele produktive sygehuse takster, som er lavere end den gennemsnitlige, nationale takst. Den britiske takststyringsmodel indeholder desuden et loft for den aktivitet, sygehusene må tilvejebringe. Dette begrænser incitamentet til at øge aktiviteten. I de tilfælde, hvor nogle sygehuse ikke realiserer deres produktionsmål, kan der dog blive frigivet aktivitetsafhængige midler, som de øvrige sygehuse i det lokale område har mulighed for at få del i.

Takststyringsmodellen i Stockholm har indbygget et loft for den aktivitet, de enkelte sygehuse må realisere, og der er ikke afsat nogen aktivitetsafhængige midler, som sygehusene kan konkurrere om at få del i ved aktivitet ud over produktionsmålet. Modellen fungerer derfor i høj grad som en udvidet form for mål- og rammestyring, og de incitament, der er indbygget i modellen, er følgelig begrænsede. De produktive og effektive enheder belønnes ikke automatisk i modellen. Derimod belønnes produktive og effektive enheder gennem de særlige resultatbaserede midler, som er afsat til hvert sygehus.

Stockholm Län har derudover udformet en afregningsmekanisme, som tilskynder til en retvisende omkostningsregistrering på sygehusene. Stockholms Län tildeler således sygehusene en særlig takst, som dækker alle omkostningerne ved behandling af de patienter, der koster mere end 255.000 skr. Da sygehusene skal kunne dokumentere deres omkostninger for at opnå den fulde finansiering, indebærer dette, at sygehusene får et incitament til at lave en detaljeret registrering af de omkostninger, der kan henføres til de enkelte behandlinger.

