

Takststyring af sygehuse – kan marginalomkostningstakster bruges og hvad er alternativet?

Af Mickael Bech, adjunkt, Institut for Sundhedstjenesteforskning Syddansk Universitet

1. Indledning

Rammebudgetter har i mange år været den mest anvendte afregningsordning i det danske sygehusvæsen, hvilket har sikret en stram styring af sygehusudgifterne. Problemet med rammebudgetter er, at de ikke giver sygehusene økonomiske incitamenter til at øge aktiviteten og produktiviteten, hvilket eksempelvis kan begrænse mulighederne for at nedbringe ventelisterne. I de seneste år er aktivitetsbestemt afregning blevet introduceret i sygehusvæsenet med anvendelsen af DRG (Diagnose Relaterede Grupper) takster. Der er dog ikke tale om helt at gå bort fra rammebudgettering, men snarere om at anvende en kombination af de to principper, hvor den aktivitetsbestemte afregning er en overbygning på rammebudgettet. Indførelsen af højere grad af aktivitetsbestemt afregning forventes at motivere sygehusene til at øge deres aktivitet og produktivitet. Implementeringen af aktivitetsbestemt afregning af sygehusene med DRG systemet blev for alvor trukket i gang i 2002 med udlodningen af en pulje på 1,5 mia. til belønning af ekstraaktivitet på amternes sygehuse (den såkaldte »Løkkepose«). Amternes incitament til at øge aktivite-

ten blev i varierende grad delegeret videre til sygehusene med implementering af delvis aktivitetsbestemt afregning af sygehusene.

Afregningsordningen bestemmer hvordan midler overføres til sygehusene, hvad sygehusene får betaling for, samt hvad der bestemmer beløbets størrelse. Afregningsordningen for sygehusene er bestemmende for sygehusenes økonomiske incitamenter. Den valgte afregningsordning skal så vidt muligt understøtte sygehusejernes målsætninger for sygehusvæsenet, men der findes ofte ikke én afregningsordning, som giver sygehusene alle de ønskelige incitamenter samtidigt. Den valgte afregningsordning vil derfor bero på en konkret afvejning af målsætningerne for sygehusvæsenet (Bech 2003). Målsætningerne for sygehusene er, som de bl.a. er beskrevet i den seneste rapport om takststyring (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et al. 2003):

- Høj aktivitet og imødekommelse af efterspørgsel
- Høj grad af udgiftskontrol
- Høj produktivitet
- Høj kvalitet

- Hensigtsmæssig lægefaglig prioritering på sygehusene

Problemet er at indrette en afregningsordning som bedst muligt tilgodeser disse indbyrdes modstridende målsætninger. I den seneste rapport om takststyring gives et bud på, hvordan rammebudget kombineres med aktivitetsbestemt afregning, hvor taksterne i den aktivitetsbestemte del skal dække de marginale omkostninger (Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl. 2003). Fordelen ved den foreslåede afregningsordning skulle være at sygehusene får incitament til at øge aktiviteten, deres produktivitet samt til en vis grad tilgodeser hensynet til udgiftskontrol. Spørgsmålet for denne artikel er, om der er alternativer til dette forslag, som i højere grad opfylder de opstillede målsætninger.

Nærværende artikel vil beskæftige sig med den økonomiske styring af sygehusene og specielt anvendelsen af takststyring. Artiklen argumenterer for en alternativ anvendelse af takststyring, som i højere grad opfylder målsætningerne samt kræver mindre information om omkostningsstrukturen på sygehusene i forhold til den foreslåede afregningsordning. Den alternative afregningsordning kaldes her relativ DRG afregning og går kort fortalt ud på, at sygehusene afregnes for ekstraaktivitet med en andel af en fast pulje for alle sygehusene svarende til deres andel af den samlede ekstra aktivitet. Taksten for ekstraaktivitet kendes dermed ikke med sikkerhed på forhånd, men er bestemt af den samlede ekstraaktivitet for alle sygehusene.

Artiklens pointe er ikke at argumentere for indførelsen af aktivitetsbestemt afregning. Formålet er at diskutere den mest hensigtsmæssige indførelse af aktivitetsbestemt afregning givet, at politikerne ønsker at indføre aktivitetsbestemt afregning. Der kan være en række generelle argumenter mod indførelsen af aktivitetsbestemt afregning, såsom øgede administrative omkostninger, kvalitetsforrin-

gelser, 'cream skimming' etc. (Bech 2003), og enkelte af disse argumenter vil kun blive berørt overfladisk.

I afsnit 2 introduceres det teoretiske grundlag, 'yardstick competition', som baggrund for diskussionen om takststyring i sygehusvæsenet. Indenrigs- og Sundhedsministeriets forslag om afregning med takster svarende til marginalomkostninger diskuteres i afsnit 3, mens en alternativ afregningsordning foreslås og diskuteres i afsnit 4. Afsnit 5 giver nogle få afrundende kommentarer om implementeringen af aktivitetsbestemte afregningsordninger.

2. Yardstick competition

Regulering af offentlige producenter har længe været et debatteret emne i den økonomiske litteratur (Baron & Myerson 1982; Laffont & Tirole 1993; Shleifer 1985). Litteraturen har indenfor de seneste årtier hovedsageligt taget udgangspunkt i principal-agent paradigmet, hvor det antages, at den regulerende og finansierende tredjepart¹ har mindre information om den sande omkostningsstruktur end producenterne (sygehusene). Tredjeparten vil i mange tilfælde have adgang til sygehusenes regnskaber, som giver et vist indblik i sygehusenes omkostningsstruktur på et aggregeret niveau. Regnskaberne giver dog kun et begrænset indblik i de sande gennemsnits- og marginalomkostninger ved de enkelte ydelser. Alt andet lige, så har kun producenterne bedre information om den sande omkostningsstruktur end tredjeparten, og dette kan medføre, at producenterne har en informationsfordel i forhandling om budgetter og produktionens størrelse. Den asymmetriske fordeling af information mellem parterne betyder, at tredjeparten er nødsaget til at finde mekanismer, som giver producenterne incitament til ikke at overdrive deres omkostninger (og om muligt at give incitament til at omkostningsminimere) eller sekundært at afskære deres sande omkostningsstruktur.

I den klassiske artikel 'A theory of yardstick competition' argumenteres for, hvordan takststyring kan give producenterne incitament til at omkostningsminimere, uden at tredjeparten har detaljeret information om den enkelte producents omkostningsstruktur (Shleifer 1985). I teorien antages tredjeparten at have information om gennemsnitomkostningerne på tværs af sammenlignelige producenter. I stedet for at afregne producenterne i forhold til deres faktiske omkostninger, så foreslår Shleifer, at producenterne udelukkende afregnes med takster per aktivitetshenhed svarende til gennemsnitomkostningerne.

For sygehusene betyder denne afregningsordning, at sygehusenes indtægt udelukkende afhænger af deres aktivitet, eksempelvis målt som antal udskrevne patienter. For hver udskrevet patient øges sygehusets indtægt. Ekstraindtægten i form af en takst per udskrevet patient svarer til gennemsnitomkostningerne per udskrevet patient for alle sygehuse. For at justere for forskelle i patientgruppernes ressourcebrug bruges et patientklassifikationssystem, som eksempelvis DRG systemet. I DRG systemet inddeles udskrivelserne i ca. 550 grupper, og hver gruppe får en vægt svarende til patientgruppens relative gennemsnitlige omkostningstydde, se beskrivelse af DRG systemet i (Sundhedsministeriet 2001).

Sygehuse med lave omkostninger (under gennemsnittet) får kun et svagt incitament til at reducere deres omkostninger, da deres indtægter fra taksterne overstiger deres omkostninger, og de får således et overskud. Sygehuse med omkostninger over gennemsnittet vil derimod være tvunget til at reducere deres omkostninger for at undgå et underskud. På disse sygehuse vil gennemsnitomkostningerne per patient overstige indtægten per udskrevet patient, og sygehusene er tvunget til at foretage produktivetsforbedringer. Teorien antager, at sygehusene selv skal dække et underskud, og de har derfor stærke incita-

menter til at reducere deres omkostninger per udskrivelse, så de ligger på eller under gennemsnitomkostningerne.

I beregningen af den gennemsnitlige omkostning i den anden afregningsperiode, så vil nogle sygehuse have reduceret deres omkostninger, hvilket betyder, at den nye gennemsnitomkostning for alle sygehuse er reduceret. Med reduktionen i gennemsnitomkostningen og dermed reduktion i taksten per udskrivelse vil der nødvendigvis igen være nogle sygehuse, hvis omkostninger ligger over gennemsnittet. Disse sygehuse er tvunget til at øge deres produktivitet (dvs. mindske deres omkostninger per udskrivelse) for at undgå et underskud. Næste år fortsætter beregningen af taksten på samme måde med fortsatte reduktioner i gennemsnitomkostningen per aktivitetshenhed. Mekanismen fortsætter indtil alle sygehusenes omkostninger er reduceret ned til de mindst mulige gennemsnitomkostninger (som i princippet er lig med de langsigtede marginalomkostninger), hvorefter det ikke er muligt at øge produktiviteten mere.

Teorien er opbygget omkring en række antagelser, og det er ikke muligt at omtale alle og langt fra nødvendigt for at være bekendt med det grundlæggende incitament til at øge produktiviteten, som er indbygget i takststyring. Fire centrale antagelser skal dog fremhæves. For det første betinger mekanismen, at der er tale om fuld aktivitetsbestemt afregning med takster, dvs. at sygehusenes indtægt udelukkende er bestemt af deres aktivitet. For det andet kræver afregningsordningen, at gennemsnitomkostningen er beregnet på grundlag af omkostningerne ved sammenlignelige sygehuse, dvs. at sygehusene er sammenlignelige mht. deres grundlæggende betingelser. Hvis sygehusene ikke er sammenlignelige, og der ikke findes nogen anerkendt måde at justere for deres forskellighed, så vil nogle sygehuse implicit blive favoriseret, og andre vil uretmæssigt blive diskrimineret. For det

tredje kræver mekanismen for at virke efter hensigten, at sygehusene selv dækker et eventuelt underskud. Hvis sygehusene på forhånd forventer, at deres underskud blev dækket af en ekstrabevilling fra den finansierende tredjepart, så er incitamentet til at øge produktiviteten mindsket eller helt fraværende (Kornai 1986). Mekanismen kræver, at tredjeparten holder fast på den generelle udformning af afregningsordningen og ikke afviger for at afhjælpe finansielle problemer for nødstedte sygehuse. Endelig kræver mekanismen implicit, at patienterne frit kan vælge hvilket sygehus de vil behandles på, hvilket vil sige, at sygehusene kan tiltrække patienter med eksempelvis lave ventetider.

Teorien ovenfor beskriver hvordan fuld aktivitetsbestemt afregning med takster per udskrivelser får sygehusene til at øge deres produktivitet. Der er en række specifikke ulemper ved ovenstående afregningsordning hvoraf den vigtigste er, at tredjeparten ikke har nogen kontrol med de samlede udgifter. Udgiftskontrol er centralt i et skattefinansieret system, og derfor vil Shleifer's foreslåede afregningsordning med udelukkende takststyring have væsentlige ulemper. Afregningsordningen beskrevet nedenfor vil i nogen grad afhjælpe dette problem.

3. Marginalomkostningstakster

Traditionen i Danmark med rammebudgettering har sikret en stram styring af de samlede udgifter, men denne afregningsordning er i stigende grad blevet kritiseret for kun i begrænset grad at motivere sygehusene til at øge aktiviteten og produktiviteten. I værste fald kan der argumenteres for at sygehuse med høj aktivitet nærmest er blevet straffet i de tilfælde, hvor den øgede aktivitet har medført budgetoverskridelser.

Som løsning på det manglende incitament til at øge aktiviteten har sygehusene i stigende grad fået muligheden for at få en ekstraind-

tægt ved aktivitet ud over en på forhånd fastlagt baseline. Det enkelte sygehus' baseline fastlægger minimumsniveauet for aktiviteten (baseret på tidligere års aktivitet), som sygehuset skal producere inden den aktivitetsbestemte afregning træder i kraft. Ekstraaktivitet i form af flere udskrivelser afregnes med DRG takster eller en andel af DRG taksterne.

Sygehusets ekstraaktivitet involverer ekstraomkostninger til personale, udstyr, medicin og materialer, også kaldet marginalomkostningerne. Marginalomkostningerne til udstyr vil være begrænsede eller lig med nul ved marginale forøgelser af aktiviteten. Omkostningerne til medicin og materialer afhænger af den specifikke aktivitet, hvor nogle typer af indlæggelser vil være meget omkostningskrævende (fx dyrt medicin og dyre implantater). Marginalomkostningerne til personale afhænger af den aktuelle kapacitetsudnyttelse. Hvis personalets tid er fuldt udnyttet, så kan aktiviteten kun forøges ved overarbejde eller ved at øge personalet. De marginale personaleomkostninger kan være betragtelige, hvis det drejer sig om overtidsbetaling og brug af vikarpersonale. De marginale omkostninger er summen af de variable omkostninger på marginalen, hvoraf nogle af omkostningskomponenterne afhænger af den aktuelle kapacitetsudnyttelse.

Afregning af sygehusenes ekstraaktivitet med den fulde DRG takst betyder, at sygehusene får et overskud, når marginalomkostningerne er mindre end DRG taksten (som svarer til gennemsnitsomkostningen i patientgruppen). En ulempe ved at sygehusene genererer et overskud af den marginale aktivitet er, at sygehusene kun har begrænset tilskyndelse til at øge produktiviteten, samt at deres tilskyndelse til at øge aktiviteten bliver uforholdsmæssig stor. Tilskyndelsen til at øge aktiviteten falder dog med den stigende kapacitetsudnyttelse af personalet, da dette vil få marginalomkostningerne til at stige, således at marginalomkostningerne til sidst oversti-

ger de gennemsnitlige omkostninger, og dermed overstiger sygehusets ekstraindtægt.

I rapporten om takststyring (Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl. 2003) foreslås i lyset af ovenstående ulemper ved de normale DRG takster gennemsnitsomkostningstakster), at sygehusene afregnes for ekstraaktivitet med marginalomkostningstakster. Dette forslag følger ideerne i 'marginal cost pricing', (Rees 1984). Marginalomkostningstakster skal dække variable omkostninger såsom implantat- og medicinomkostninger, men skal kun i meget begrænset omfang dække lønomkostninger. Formålet med at begrænse dækningen af lønomkostninger er at presse sygehusene effektivt at udnytte af deres kapacitet samt at begrænse incitamentet til kapacitetsudvidelser.

Der er to væsentlige problemer med at afregne sygehusenes aktivitet med marginalomkostningstakster. Det første problem er, at ordningen kræver detaljeret viden om de variable omkostninger til implantater og medicin. Det er omkostningskrævende at indsamle denne information, og informationen skal indsamles kontinuerligt, da der løbende sker ændringer i valg af materiale og medicin, priser på materialerne samt ændringer i behandlingsforløb. Derudover kan en enkelt DRG gruppe indeholde forskellige kliniske forløb, som har vidt forskellige omkostninger til materialer og medicin, hvilket gør det svært at beregne de marginale omkostninger til materiale og medicin indenfor bestemte diagnosegrupper. Det andet problem er, at sygehusenes incitament til at øge aktiviteten kan blive meget begrænset. Ikke blot får de kun dækket deres marginale omkostninger til materiale og medicin, men sygehusene vil hurtigt lære, at de implicit bliver straffet for deres forøgelse i produktivitet, da det foregående års produktivitetstigning bliver indregnet i næste års rammebudget og baseline (en såkaldt 'ratchet effect', se (Freixas et al. 1985)).

Brugen af marginalomkostningstakster byder

på både fordele og ulemper. Fordelen er sygehusene umiddelbart bliver afregnet for de variable omkostninger til materialer og medicin, som de uundgåeligt har ved en marginal forøgelse af deres aktivitet. Den begrænsede dækning af personaleomkostninger fører til en bedre kapacitetsudnyttelse af personalet, hvilket fører til produktivitetsevner. Samtidigt har den finansierende tredjepart en rimelig god udgiftskontrol pga. sygehusenes begrænsede incitament til store aktivitetsforøgelser. Ulempen er, at informationen om disse marginale omkostninger er krævende at indsamle, samt at sygehusene vil indse at deres produktivitetsforøgelse i en periode indhenter dem i de efterfølgende perioder i beregningen af rammebudget og baseline.

4. Relativ DRG afregning

Der findes alternativer til marginalomkostningstakster, som giver de samme fordele som ovenstående afregningsordning og imødekommer nogle af ulemperne. Nedenfor præsenteres et alternativ, som tager udgangspunkt i ideer fra Informationsøkonomi, se eksempelvis (Green & Stokey 1983; Lazear & Rosen 1981; Nalebuff & Stiglitz 1983; Stiglitz 2002). Informationsøkonomi antager, at der er asymmetrisk information mht. viden om omkostningsstrukturen mellem den finansierende tredjepart og producenterne, hvilket adskiller sig fra teorien om 'marginal cost pricing', hvor det antages, at tredjeparten har fuld information om producenternes omkostningsstruktur. Det foreslåede alternativ er følgende:

Lad hvert sygehuse få et rammebudget, som dækker de faste omkostninger og en andel af de variable omkostninger bestemt ud fra en række objektive kriterier for det enkelte sygehuse som eksempelvis antal senge, specialisering, geografiske placering, historiske aktivitet osv. Rammebudgettet er suppleret med en baseline for sygehusenes forventede minimumsaktivitet. Udover rammebudgettet har sygehusene mulighed for at få indtægter ved at producere aktivitet ud over deres baseline,

dvs. øge deres aktivitet ud over et bestemt niveau.

Puljen for ekstraaktivitet dækkende for alle sygehuse (i regionen eller samlet på national plan) er et fast budget fastsat af den finansierende tredjepart. Puljen uddeles til sygehuse således, at sygehusernes ekstraintægter afhænger af deres andel af den samlede ekstraaktivitet (opgjort med DRG systemet) for alle sygehuse. Jo større andel af ekstraaktiviteten et sygehus producerer, jo større andel af ekstraintægterne vil sygehuset få. Da ekstraintægtpuljen er et fast budget, så vil prisen per DRG point afhænge af summen af sygehusernes ekstraaktivitet. Når summen af ekstraaktivitet målt i DRG stiger, så vil prisen per DRG point falde. Puljen for ekstraaktivitet er fast på makroniveau, mens de enkelte sygehuses indtægter afhænger af deres egen ekstraaktivitet samt af summen af ekstraaktivitet ved alle sygehuse. Afregningsordningen kaldes her relativ DRG afregning.

Med relativ DRG afregning af ekstraaktivitet vil sygehuse fortsætte med at producere ekstraaktivitet indtil deres marginale omkostninger er lig med de forventede marginale indtægter. De mindst produktive sygehuse vil erkende, at deres marginale omkostninger hurtigt kommer til at overstige deres marginale indtægter. Disse sygehuse vil derfor stoppe med at øge deres aktivitet og/eller vil forsøge at øge deres produktivitet, således at deres marginalomkostninger falder. De mest produktive sygehuse vil øge deres aktivitet relativt mere, da deres marginale omkostninger forbliver mindre end deres forventede indtægt for selv relativt store forøgelser af deres aktivitet. De mest produktive sygehuse vil dog på samme måde som de mindre produktive sygehuse komme til at punkte, hvor deres marginale omkostninger er lig med eller overstiger deres forventede marginale indtægter.

Der er en række betingelser, som skal være

opfyldt for at den relative afregningsordning skal virke efter hensigten (de samme betingelser gælder i øvrigt også for marginalomkostningstakster). For det første skal sygehuse selv dække og undersøge, men de skal tilsvarende også have retten til overføre et eventuelt overskud til næste års budget uden at blive skåret tilsvarende i deres tildelte rammebudget. For det andet skal sygehuse have adgang til opdaterede opgørelser af deres aktivitet for at kunne foretage den nødvendige vurdering af aktivitetsniveauet. For det tredje skal sygehuse selv kende til deres egen omkostningsstruktur. Det sidste punkt er måske nok så vigtigt at understrege, da sygehusernes beslutninger kun kan træffes økonomisk rationelt, hvis de selv har pålidelige informationer om deres marginalomkostninger. Endelig skal patienterne have frit valg, således at sygehuse har mulighed for at tiltrække patienter.

Fordelen ved den relative DRG afregning er, at selv de initialt mest produktive sygehuse vil have incitament til at øge deres produktivitet, da sygehuse implicit er i konkurrence med hinanden om at få del i ekstraintægtpuljen. De mest produktive sygehuse får den største relative andel af ekstraintægtpuljen, og de sygehuse som ikke forsøger at være produktive får kun en lille andel af puljen. Alle sygehuse vil forøge deres produktivitet indtil de vurderer, at deres indsats i produktivitetsforbedringerne ikke længere står mål med den forventede ekstraintægt.

Hvis et sygehus initialt er blandt de mest produktive, men det ikke fortsat forsøger at øge deres produktivitet, så vil det indebære, at de for hvert år der går får en mindre og mindre andel af ekstraintægtpuljen, da de øvrige sygehuse vil tage en større og større andel af puljen. Konkurrencen om at få en andel af ekstraintægtpuljen giver alle sygehuse et incitament til at øge deres produktivitet, og det bedste er at incitamentet er indbygget i afregningsordningen på en sådan måde, at

den finansierende tredjepart ikke behøver at kende det enkelte sygehus' omkostningsstruktur på marginalen. Sygehusene vil så at sige, i deres egen interesse, selv afsløre deres marginale omkostninger og vil ud fra deres egen interesse konkurrere prisen per DRG point ned til de lavest mulige marginalomkostninger. Ideelt bliver prisen konkurreret ned til det mest effektive sygehus' marginalomkostninger.

Relativ DRG afregning resulterer i, at midlerne bliver fordelt mellem sygehusene på en samfundsøkonomisk optimal måde. Da alle sygehusene står overfor den samme marginale indtægt, så bliver deres marginale omkostninger også ens, da de alle vil øge deres aktivitet indtil marginalomkostningerne overstiger de forventede marginale indtægter. Når deres marginalomkostninger er ens, så kan aktiviteten mellem sygehusene ikke omfordeles uden at øge de samlede omkostninger. Ekstraaktiviteten er blevet produceret på billigste måde, og den optimale fordeling af midler er sket uden, at tredjeparten behøver at kende noget til sygehusenes marginale omkostningsstruktur.

Fordelene ved den relative DRG afregning i form af tredjepartens fulde kontrol med de samlede udgifter til sygehusvæsenet samt sygehusenes incitament til at øge produktiviteten kommer dog ikke uden en række ulemper. Ingen afregningsordning er uden ulemper, og det gælder også i dette tilfælde.

En betydelig ulempe ved den relative DRG afregning er at et sygehus' ekstraintægt ikke kun afhænger af sygehusets egen ekstraaktivitet, men den afhænger også af de øvrige sygehusers ekstraaktivitet, da den endelige pris per DRG point afhænger af den samlede ekstraaktivitet. Da puljen for ekstraaktivitet er fast, så vil prisen per DRG point falde med stigende ekstraaktivitet. I afregningsordningen med faste DRG takster, beskrevet i ovenstående afsnit, vil sygehusenes finansi-

elle usikkerhed alene knytte sig til deres egen omkostningsstruktur. I en afregningsordning med fast DRG takster risikerer et sygehus, at den marginale forøgelse af aktiviteten bliver dyrere end forventet, og at de marginale indtægter derfor ikke dækker de marginale omkostninger. I den relative DRG afregningsordning vil sygehusene oveni bære den finansielle risiko af, at prisen per DRG point varierer.

Denne finansielle risiko for sygehusene hænger uundværligt sammen med sygehusenes incitament til at øge produktiviteten. Jo større finansiell risiko, jo større incitament vil sygehusene have til at øge deres produktivitet. Størrelsen af den finansielle risiko kan dog reguleres ved forholdet mellem sygehusenes rammebudget og størrelsen af ekstraaktivitetspuljen. Hvis rammebudgetterne udgør 95% af de samlede udgifter til sygehusene, så vil sygehusenes finansielle risiko være begrænset, men tilsvarende vil deres incitament til produktivetsforbedringer også være mindre. Hvis rammebudgetterne derimod udgør 50% af de samlede udgifter, og de resterende 50% uddeles efter sygehusenes aktivitet, så vil sygehusenes finansielle risiko tilsvarende være større. Sygehusets incitament til produktivetsforbedringer er tilsvarende større i ordningen med 50% rammebudget i forhold til ordningen med 95% rammebudget. Hensynet til sygehusenes finansielle risiko og deres incitament til at øge produktiviteten skal afvejes, da disse er omvendt proportionale.

En anden måde at begrænse sygehusenes risiko på er at fastsætte en minimumspris per DRG point, hvilket sikrer et nedre loft for sygehusenes indtægtsgrundlag. Dette strider dog mod tredjepartens udgiftskontrol, da der er risiko for at det samlede sygehusbudget overskrides ved ekstraordinære store stigninger i aktiviteten.

Et eksempel fra Australien viser, at oven-

stående afregningsordning med en kombination af rammebudget og relativ DRG afregning af ekstraaktivitet er indført i Victoria, Australien, se beskrivelsen i (Dockett 1995). Afregningssystemet blev indført sammen med en række ændringer af budgetteringen for sygehusene, og det er derfor vanskeligt at adskille effekterne fra de enkelte ændringer. De foreløbige resultater tyder på, at produktiviteten er steget. En stor del af disse stigninger skal dog formodentlig tilskrives til de generelle budgetreduktioner, som der blev foretaget i samme periode.

5. Afrunding

Ovenstående diskussion af indretningen af afregningssystemet for sygehuset har fokuseret på tre målsætninger; aktivitet, produktivitet og budgetsikkerhed. Ud fra disse tre målsætninger argumenteres der for, at relativ DRG afregning er et bedre instrument end den foreslåede ordning med marginalomkostningstakster, som er foreslået i takststyringsrapporten (Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl. 2003). Den relative DRG afregning giver fuld kontrol over de samlede udgifter til sygehusvæsenet, samtidigt med at denne afregningsordning ikke kræver, at den regulerende og finansierende tredjepart har en meget detaljeret indsigt i sygehusenes omkostningsstruktur. Den relative DRG afregning giver en konkurrencesituation, hvor sygehusene konkurrerer om at få en andel af ekstraaktivitetspuljen. Konkurrencen fører til at sygehusene, i deres egen interesse, selv afslører deres omkostningsstruktur og får incitament til at øge deres produktivitet. Den relative afregningsordning giver samlet en bedre målopfyldelse end den foreslåede ordning med marginalomkostningstakster.

Det er værd at knytte nogle få kommentarer til målsætningen om 'høj kvalitet'. Litteraturen understreger, at incitamentet til øge produktiviteten er i konflikt med målsætningen om høj kvalitet, hvis produktiviteten øges ved at sænke kvaliteten, se review af littera-

turen i (Bech 2004, kapitel 3). Selv om det i princippet er muligt, at sygehusene laver omkostningsbesparelser, som går ud over kvaliteten, så er der en række forhold, der taler mod, at dette rent faktisk sker. Den vigtigste sikkerhed er formodentlig den stærkt institutionaliserede faglige interesse og stolthed blandt personalet for at opretholde en høj kvalitet. Den anden garanti er patienterne, som har ret til frit at vælge sygehus, og dårlig kvalitet kan få patienterne til at fravælge et sygehus. Endelig kan tredjeparten forsøge at sikre kvaliteten i kontrakter med sygehusene indeholdende kvalitetsmålsætninger.

Ovenstående diskussion af indretningen af afregningsordningen for sygehuse kan forekomme teknisk og abstrakt, og diskussionen kan med rette kritiseres for at være løsrevet fra den praktiske virkelighed på sygehusene. I praktisk har sygehuse ikke fuld kontrol over størrelsen af deres produktion bl.a. på grund af en stor andel akutpatienter. Det er heller ikke nødvendigvis sådan, at sygehuse kan op- og nedjustere deres aktivitet på kort sigt, hvis kapaciteten er fuldt udnyttet. Endelig er den finansielle risiko involveret i både afregning med marginalomkostningstakster og relativ DRG afregning formodentlig af større betydning end beskrevet ovenfor. Selv små udsving i sygehusenes indtægter kan formodentlig have stor betydning for sygehusenes daglige drift. Usikkerheden om indtægternes størrelse i et givet år kan give store vanskeligheder for planlægningen af aktiviteten og for ansættelsesforhold på sygehusene, hvilket kan være til daglig frustration. Pointen med denne artikel er dog, at denne finansielle usikkerhed både vil være indlejret i afregning med marginalomkostningstakster samt i den relative DRG afregning, så hvorfor ikke bruge relativ DRG afregning, som giver en bedre målopfyldelse end brugen af marginalomkostningstakster.

Referencer

- Baron, D.P. & Myerson, R.M. 1982, »Regulating a Monopolist with Unknown Costs«, *Econometrica*, vol. 50, no. 4, pp. 911-930.
- Bech, M. 2003, »County council politicians' choice of hospital payment scheme: a discrete choice study«, *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 2, no. 4, pp. 225-232.
- Bech, M. 2004, *Choice of Hospital Reimbursement Scheme: Incentives and Tradeoffs*, Ph.D. thesis edn, University Press of Southern Denmark, Odense.
- Duckett, S.J. 1995, »Hospital Payment Arrangements to Encourage Efficiency – the Case of Victoria, Australia«, *Health Policy*, vol. 34, no. 2, pp. 113-134.
- Freixas, X., Guesnerie, R., & Tirole, J. 1985, »Planning under Incomplete Information and the Ratchet Effect«, *Review of Economic Studies*, vol. 52, no. 2, pp. 173-191.
- Green, J.R. & Stokey, N. L. 1983, »A Comparison of Tournaments and Contracts«, *Journal of Political Economy*, vol. 91, no. 3, pp. 349-364.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, & Finansministeriet 2003, *Takststyring på sygehusområdet* Schultz Information, Albertslund.
- Kornai, J. 1986, »The Soft Budget Constraint«, *Kyklos*, vol. 39, no. 1, pp. 3-30.
- Laffont, J.J. & Tirole, J. 1993, *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation* MIT Press, Cambridge and London.
- Lazear, E.P. & Rosen, S. 1981, »Rank-Order Tournaments as Optimum Labor Contracts«, *Journal of Political Economy*, vol. 89, no. 5, pp. 841-864.
- Nalebuff, B.J. & Stiglitz, J. E. 1983, »Prizes and Incentives: Towards a General Theory of Compensation and Competition«, *Bell Journal of Economics*, vol. 14, no. 1, pp. 21-43.
- Rees, R. 1984, *Public enterprise economics*, Second edn, Weidenfeld and Nicolson Ltd, London.
- Shleifer, A. 1985, »A Theory of Yardstick Competition«, *Rand Journal of Economics*, vol. 16, pp. 319-327.
- Stiglitz, J.E. 2002, »Information and the Change in the Paradigm in Economics«, *American Economic Review*, vol. 92, no. 3, pp. 460-501.
- Sundhedsministeriet 2001, *Status for udvikling af DRG-metoden 2000-2001* Sundhedsministeriet, København.

Note

1. Begrebet tredjepart bruges som en generel betegnelse for den offentlige myndighed, som er ansvarlig for afregning og regulering af sygehusene (på nuværende tidspunkt amterne og efter 1. januar 2007 de fem regioner).