

**Appendiks til rapporten "Takster i faste rammer"**

**Teoretisk og metodisk baggrundsnotat**

**Takstafregning af sygehuse:**

**Definition, konkretisering og måleudfordringer**

**Januar 2012**

**Mads Leth Felsager Jakobsen  
Institut for Statskundskab  
Aarhus Universitet  
mads@ps.au.dk**

**Søren Rud Kristensen  
KREVI/ COHERE – Centre of Health  
Economics Research  
Syddansk Universitet  
srkr@sam.sdu.dk**

## Indledning

Hovedformålet med dette notat er at opstille en teoretisk ramme, der kan bruges til at undersøge, hvordan og i hvilket omfang man bruger takstafregning i det danske sygehusvæsen, herunder hvordan det kombineres med andre afregningsordninger. Det kan være rammeafregning, hvor sygehuse afregnes med faste rammer, og omkostningsdækning, hvor afregningen sigter på at dække sygehusenes faktiske udgifter. En sådan teoretisk ramme vil også gøre det muligt at vurdere, hvordan regioner og sygehuse gennem deres afregningsordninger forsøger at balancere hensyn som udgiftskontrol, aktivitet og produktivitet. Et subsidiært formål med notatet er at identificere de metodiske udfordringer ved at undersøge takstafregning i det danske sygehusvæsen og at anvise nogle måder at håndtere udfordringerne på.

Notatet definerer takstafregning som en afregningsordning, der er både prospektiv og variabel. Det vil sige, at regioner og sygehuse afregnes for deres faktiske aktivitet ud fra takster, der er fastsat på forhånd. Der er tale om en idealtypisk definition af takstafregning. Det betyder dog ikke, at takstafregning nødvendigvis er efterstræbelsesværdig. Der er en række gode grunde, såsom budgetsikkerhed og mulighederne for langsigtet planlægning, til, at idealtypisk takstafregning kun sjældent har været anvendt til finansiering af sygehuse. Når vi alligevel tager udgangspunkt i en idealtypisk forståelse af takstafregning, er det fordi, det gør det muligt klart at adskille takstafregning fra andre afregningsordninger. Desuden er det ved denne form for takstafregning, alt andet lige, at de stærkeste incitamenter skabes til eksempelvis øget aktivitet, hvilket takststyring ofte forbindes med.

Forståelsen af takstafregning skal dog konkretiseres yderligere, hvis den skal være nyttig i en undersøgelse af takstafregningen i det danske sygehusvæsen. Hittidige undersøgelser af det danske sygehusvæsen (Pedersen m.fl., 2006; H:S m.fl., 2005; Ankjær-Jensen & Bue, 2005) har således vist, at de formelle afregningssystemer kombinerer takstafregning med rammeafregning. Den teoretiske definition af takstafregning skal konkretiseres, så den kan beskrive en sådan kombination af afregningsordninger, hvor der optræder for eksempel knæktakster, takstlofter og grundbevillinger. Ligeledes skal

takstafregningsbegrebet også kunne omfatte, at forhold som fastsættelsen af takster og baseline samt overførsel af over- og underskud har betydning for, hvorvidt afregningen er prospektiv eller ej. Det vil sige, hvorvidt afregningen sker på baggrund af på forhånd fastsatte vilkår uden hensyntagen til den enkelte enheds faktiske omkostninger, eller om der sker en de facto tilpasning af afregningen til disse faktiske omkostninger.

Det centrale spørgsmål, som notatet adresserer, er derfor ikke, hvorvidt regioner og sygehuse har takstafregning eller ej, men i stedet i hvilket omfang og på hvilke måder de har takstafregning. Det diskuteres i notatet også, hvilken betydning det vil have for graden af takstafregning af decentrale enheder (sygehuse), hvis de indgår i et større system, som har et samlet udgiftsloft for enhederne. Dette svarer nemlig i høj grad til situationen i det danske sygehusvæsen (Pedersen m.fl., 2006: 31).

En række vigtige forhold ved takstafregning er ikke altid reguleret og beskrevet i de formelle afregningsmodeller for regioner og sygehuse, ligesom den faktiske adfærd i sektoren ikke altid svarer til de beskrivelser, der så faktisk er givet i disse modeller. For eksempel ændres takster nogle gange midt i budgetperioder, og sygehuse får dækket underskud, selvom dette ikke formelt er en del af takstafregningsmodellen. Det kan der være gode grunde til, såsom sikringen af forsyningssikkerhed og et højt aktivitetsniveau, men det betyder, at afregningsordningen, som den er beskrevet i de officielle papirer, ikke altid svarer til praksis. Det stiller nogle store krav til indsamlingen af data om takstafregningen, der ikke alene kan forlade sig på rent formelle beskrivelser af afregningsordningerne. Interviews med nøglepersoner kan i stedet give en beskrivelse, der i højere grad også belyser praksis.

## Hvad er takstafregning?

Takstafregning<sup>1</sup> er et begreb, der er blevet brugt til at karakterisere den seneste årtis udvikling i afregningsordningerne for de danske regioner (amter) og sygehuse, hvor der er blevet skabt en mere

---

<sup>1</sup> På dansk taler man også om taxameterfinansiering og aktivitetsbaseret finansiering, og alle de nævnte begreber bruges ligeledes med endelsen –styring. På engelsk bruges ofte activity-based funding/finance, og (mindre udbredt)

direkte sammenhæng mellem aktivitet og afregning. En undersøgelse af denne udvikling kræver imidlertid en præcis definition og konkretisering af takstafregning. Udgangspunktet for en sådan definition og konkretisering er de dimensioner, som benyttes i den internationale litteratur om afregningsordninger (jf. Bech, 2004:23-32; Jegers m.fl., 2002):

1. Variabilitet

2. Prospektivitet

3. Afregningsenhed

4. Forholdet mellem afregningssystemer på mikro- og makroniveau

(1) Variabilitet er forholdet mellem afregning og et sygehus' aktivitet. Des mere afregningen afhænger af aktiviteten, så stigende aktivitet giver større afregning, des mere variabelt og des mindre fast er afregningssystemet. (2) Prospektivitet beskriver, om afregningen fastsættes på forhånd, eller om den er et resultat af de faktisk afholdte udgifter. Des mere afregningen efterfølgende justeres med henblik på at dække disse udgifter, des mindre prospektivt og des mere retrospektivt er systemet. (3) Afregningsenheden er den måleenhed, hvormed man opgør sygehusets aktivitet. I et system med takstafregning er det den enhed, som aktiviteten afregnes i forhold til. Velkendte afregningsenheder er antal sengedage, antal udførte behandlinger eller antal behandlede cases. Mange lande, der anvender takstafregning, benytter en variation af det amerikanske Diagnose Relaterede Gruppe (DRG) system, som klassificerer sygehusenes aktiviteter i omkring 600 grupper af diagnoser. Til hver DRG-gruppe er der knyttet en takst. I Danmark afspejler taksten de gennemsnitlige omkostninger pr. DRG-gruppe baseret på data fra alle landets offentlige sygehuse (Ankjær-Jensen m.fl., 2006). (4) Endelig er der forholdet mellem afregningssystemer for de enkelte sygehuse – mikroniveauet – og for højere forvaltningsniveauer som regionerne –

---

formula funding og output purchasing. Ofte henvises også til det amerikanske Prospective Payment System (PPS) under Medicare, men som vi skal vise om lidt, er dette upræcist i forhold til den danske kontekst.

makroniveauet. Denne relation er central for at forstå, hvordan takstafregning af sygehuse kan komme til at fungere i praksis, og den vil blive behandlet nærmere nedenfor.

Vi definerer nu takstafregning ud fra dimensionerne variabilitet og prospektivitet. Den idealtypiske takstafregning er en afregningsmodel, hvor et sygehus' (eller en regions) indtægter udelukkende er et resultat af, hvor meget sygehuset har produceret i et budgetår. Indtægterne fastsættes ved at afregne den faktiske aktivitet ud fra takster, som er fastsat på forhånd. Formelt kan et sådant idealtypisk takstafregningssystem beskrives (jf. Street m.fl. 2007)<sup>2</sup> på følgende måde:

$$R^A = [Q_j \times \hat{p}_j]$$

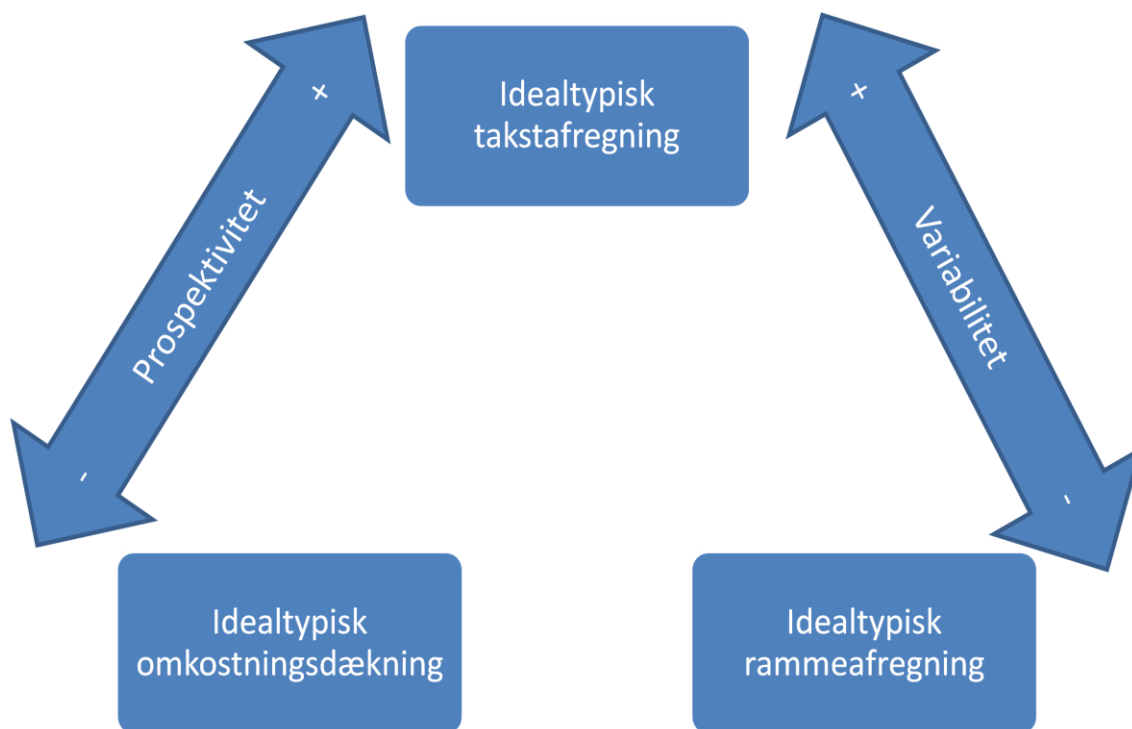
$R^A$  er den afregning, som sygehuset modtager,  $Q_j$  er aktiviteten i den diagnoserelaterede gruppe  $j$ , mens  $\hat{p}_j$  er den tilhørende takst, der er fastsat på forhånd uafhængigt af sygehusets faktiske omkostninger. Det er altså en afregningsmodel, som er både prospektiv og fuldstændig variabel (Jegers et al, 2002).

Det kan umiddelbart virke som en rimelig måde at afregne sygehuse på. Det er dog vigtigt at tage i betragtning, at ved en sådan idealtypisk form for takstafregning, vil der ikke blive taget hensyn til, at et sygehus eksempelvis får store uforudsete udgifter, for eksempel ved mange dyre patienter. Som vi skal se, er der også mulighed for at kombinere takstafregning med andre afregningsordninger. Og det er i høj grad sådanne kombinationer, man skal forvente at finde i den virkelige verden. Men i sin idealtypiske form er takstafregning en afregningsordning, der placerer sig i to yderpunkter på dimensionerne variabilitet og prospektivitet. Derved adskiller takstafregning sig fra to alternative idealtypiske afregningsordninger, omkostningsdækning og rammeafregning. Dette er illustreret i figur 1 nedenfor.

---

<sup>2</sup> Hvorfra vi også har lånt de efterfølgende formaliseringer af afregningssystemer.

**Figur 1. Variabilitet og prospektivitet i forhold til tre idealtypiske afregningsordninger**



Mens det er intuitivt klart, at takstafregning er defineret ved en høj grad af variabilitet (den er ikke fast), er det mindre klart, hvorfor den idealtypiske form for takstafregning også er defineret ved at være prospektiv. Det skyldes, at takstafregning ellers ville blive et tomt begreb, der ikke ville fremme de hensyn til aktivitet og produktivitet, som det ofte forbindes med. Der er nemlig meget forskellige incitamenter til at holde igen på udgifterne alt afhængigt af, om taksterne er givne og uafhængige af de faktiske omkostninger på det enkelte sygehus, eller om taksterne netop fastsættes efterfølgende med henblik på at dække disse omkostninger (dvs. retrospektiv finansiering). I det første tilfælde er der langt stærkere incitamenter til øget produktivitet og aktivitet end i det sidste tilfælde. Hvis takstafregning således både kunne være pro- og retrospektiv, vil det blive et meget uklart begreb. Det betyder, at afregningsordninger, der er baseret på takster, men hvor taksterne helt eller delvist fastsættes med henblik på at dække de faktisk afholdte omkostninger, i dette notat ikke kategoriseres som takstafregning. Det er en vigtig pointe, fordi mange af de mere eller mindre retrospektive afregningsordninger, der findes i praksis, ofte kaldes takstafregning.

Figur 1 illustrerer to alternative idealtypiske afregningsmodeller, der enten ikke er prospektive (men retrospektive) eller variable (men faste). Hvis en afregningsmodel er retrospektiv, vil det enkelte sygehus' faktiske omkostninger helt eller delvist blive dækket af afregningsenheden efter budgetperiodens udløb, for eksempel gennem fastsættelsen af takster. Der er tale om en omkostningsdækkende afregningsordning<sup>3</sup>. En version af en sådan afregningsordning kan formelt skrives på følgende måde:

$$R^O = [Q_i \times c_i] + Z^O$$

$R^O$  er den afregning, som sygehuset modtager,  $Q$  er antal behandlede patienter,  $c_i$  er omkostninger for den  $i$ 'te patient, mens  $Z^O$  er de øvrige omkostninger, der ikke er baseret på aktivitet. Det betyder, at eventuelle takster ikke kan være faste, da de fastsættes med henblik på at dække de faktiske omkostninger ( $c_i$ ), som jo ikke kendes på forhånd. Det gælder ikke for et prospektivt afregningssystem som takstafregning, hvor sygehusets indtægter ikke nødvendigvis svarer til omkostningerne, hvorfor der er mulighed for både over- og underskud. Det skaber i forhold til retrospektive systemer også incitamenter til at øge produktiviteten.

Afregningsmodeller baseret på rammer indebærer, at afregningen af et sygehus i en given budgetperiode er fast, men dog ofte knyttet til et på forhånd fastlagt aktivitetsniveau. Det kan formelt skrives på følgende måde:

$$R^R = \sum_{s=1}^S B_s + Z^R = \sum_{s=1}^S [\bar{Q}_s \times p_s] + Z^R$$

$R^R$  er den afregning, som sygehuset modtager,  $B_s$  er det fastlagte budget for speciale  $s$ ,  $\bar{Q}_s$  den pålagte aktivitet til den aftalte pris  $p_s$ , mens  $Z^R$  er overførsler til sygehuset, for eksempel til forskning og undervisning, som ikke er aktivitetsrelateret. Rammeafregning<sup>4</sup> adskiller sig her tydeligt fra takstafregning. Sygehusets indtægt er nemlig den samme, uanset hvor meget der produceres. Hvor afregningsordningen

<sup>3</sup> Eng.: cost reimbursement

<sup>4</sup> På engelsk typisk benævnt global eller capped budgets

for et sygehus er placeret på variabilitetsdimension udtrykker derfor, hvordan hensynet til aktivitet – som fremmes af variabilitet – afvejes mod hensynet til udgiftskontrol – som fremmes af faste rammer. Et idealtypisk rammebaseret system kan logisk set ikke være retrospektivt, da man så netop knytter afregningen til de faktisk afholdte udgifter, hvilket udelukker, at rammen kan være fastlagt på forhånd (jf. Jegers m.fl., 2002: 263). Omvendt vil mange af de afregningssystemer, der i den virkelige verden karakteriseres som rammesystemer, nok indeholde elementer af retrospektivitet, fordi man gennem fastsættelsen af rammen enten før eller efter et budgetår forsøger at tilpasse afregningen til sygehusets faktiske omkostninger.

Figur 1 giver således et grundlag for at undersøge, hvordan afregningsordningerne i det danske sygehusvæsen placerer sig på dimensionerne for prospektivitet og variabilitet. Des tættere afregningsordningen i en region eller på et sygehus er på den idealtypiske form for takstafregning, des mere takstafregning er der. Er der omvendt tale om, at afregningsmodellerne er enten tæt på at være retrospektive eller baseret på faste rammer, vil modellerne i stedet i højere grad svare til afregningsordninger som omkostningsdækning eller rammeafregning. Det lægger op til en undersøgelse af, hvordan de forskellige afregningsordninger kombineres, og dermed hvordan man afvejer hensynene til produktivitet, aktivitet og udgiftskontrol. Modellerne behøver heller ikke være placeret samme sted på de to dimensioner, men kan i princippet godt være tæt på den idealtypiske model for takstafregning på den ene dimension og langt fra på den anden dimension.

Som en sidste dimension i klassificeringen af afregningsordninger vender vi os nu mod forholdet mellem afregningsordninger på mikro- og makroniveau. Hvordan påvirker det den decentrale takststyring af en række sygehuse, hvis disse som helhed er underlagt en fast udgiftsramme? Den nuværende afregningsmodel for de danske regioner er gengivet i tabel 2 nedenfor. Her er finansieringen fordelt på, om den kommer fra stat eller kommuner, og om bidraget er aktivitetsbaseret eller aktivitetsuafhængigt.

**Tabel 2: Regionernes finansiering efter betalende myndighed og aktivitetsafhængighed**

Bidragyder	Aktivituetsuafhængig	Aktivituetsafhængig	I alt
<b>Staten</b>	77 pct.	3 pct.	80 pct.
<b>Kommunerne</b>	8 pct.	12 pct.	20 pct.
<b>I alt</b>	85 pct.	15	100

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2009, p. 15).

Som det fremgår, er det kun 15 pct. af afregningen til regionerne, der reelt er aktivitetsbaseret. Langt den største del (85 pct.) gives i form af et statsligt bloktilskud og en kommunal grundfinansiering, mens 3 pct. af det statslige tilskud kommer i form af en aktivitetspulje og 11 pct. er et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag. For afregningen mellem region og sygehus gælder det dog, at mindst 50 pct. skal være aktivitetsbaseret – her kun forstået i forhold til, at afregningen skal følge aktiviteten – men på hvilken måde er i øvrigt op til regionerne. Vi har altså et system, der formelt er noget mere fast for regionerne end for sygehusene. Jegers et al. (2002) kalder en sådan finansieringsform, som på makroniveauet er rammebaseret, for close-ended (i modsætning til open-ended, hvor der ikke er noget loft over de samlede udgifter).

En sådan kombination af variabilitet på mikroniveauet, hvilket tilskynder til stor produktion, og rammeafregning på makroniveauet, hvilket skaber udgiftskontrol, kan være en måde at håndtere de konfliktende hensyn mellem aktivitet og udgiftskontrol (Jegers et al. 2002). Det øger imidlertid usikkerheden for den enkelte aktør, der arbejder under en ramme, idet værdien af ekstra produktion samtidig bliver afhængig af de andre aktørers produktion. I takstafregningen af sygehusene må man enten i den formelle indretning af afregningsmodellen sikre, at der ikke sker en overskridelse af den samlede ramme, hvilket i praksis kan være meget svært, eller foretage løbende justeringer, således at takster og lofter tilpasses til den samlede ramme. Det indebærer imidlertid en svækkelse af graden af takstfinansiering (jf. vores definition ovenfor), ligesom det skaber usikkerhed om, hvad der er den

gældende model. Det medfører i praksis, at sygehusene, der opererer under en ramme, er i konkurrence med hinanden om at få del i den aktivitetsbestemte del af de midler, der er fastsat i rammen.

Før det er muligt at undersøge takstafregningen i de danske regioner og sygehuse empirisk, er det imidlertid nødvendigt at konkretisere den idealtypiske definition af takstafregning, som vi har præsenteret her. Vi skal derfor se på, hvilke konkrete forhold der afgør, i hvor høj grad et givent afregningsystem nærmer sig den idealtypiske takstafregningsordning på de to dimensioner.

## Konkretisering af takstafregning

I sidste afsnit definerede vi ren takstafregning som en prospektiv og variabel afregningsform. Vi understregede imidlertid også, at der netop var tale om en definition af en idealtipe, som sjældent vil kunne genfindes i virkelighedens verden. Derfor rettes fokus nu mod en række parametre, der afgør, hvor på dimensionerne for variabilitet og prospektivitet en afregningsordning er placeret og dermed afregningsordningens grad af takstafregning.

Vi starter med variabilitetsdimensionen. I en idealtypisk takstafregningsordning er alle indtægter variable. Dette medfører en høj grad af budgetusikkerhed, og i praksis benyttes takstafregning ofte i kombination med andre afregningsordninger. Eksempelvis blev det i 2004 aftalt mellem staten og de daværende amter, at amterne skulle afregne mindst 20 pct. af sygehusenes bevilling ud fra aktivitet – et mål der i 2007 blev hævet til 50 pct.<sup>5</sup> (Jakobsen, 2010). Der er altså i praksis ikke tale om fuld variabilitet, som det er forudsat i den idealtypiske form for takstafregning. I stedet er der tale om en kombination af takst- og rammeafregning, hvilket (jf. Street et al., 2007) kan illustreres ved at tilføje den formelle model for takstafregning, der blev præsenteret ovenfor, en ekstra faktor,  $Z^A$ . Den omfatter alle de ikke-aktivitetsafhængige overførsler til sygehuset.

---

<sup>5</sup> Som vi senere skal komme ind på, er takstafregningsprocentens størrelse, på grund af regionernes frihed til selv at designe hvordan de vil opnå denne procentsats, ikke nødvendigvis det bedste mål for graden af takstafregning i en given region.

$$R^A = [Q_j \times \hat{p}_j] + Z^A$$

Under et sådant system modtager sygehuset et vist beløb i form af en basisbevilling, som er uafhængig af aktiviteten. Taksten  $\hat{p}_j$  vil i så fald være lavere end under et fuldt takstfinansieret system. Herved giver man dels mulighed for, at sygehuset kan dække visse faste omkostninger og opretholde aktiviteter, der ikke er direkte relateret til behandling af patienter, som for eksempel forskning og uddannelse. Samtidig gør det også sygehusets samlede indtægt mindre variabel og dermed mindre usikker. Som det fremgår af fodtegnet  $j$ , kan taksten variere for forskellige diagnoserelaterede grupper. Man kan også forestille sig, at  $j$  ikke bare afspejler forskellige diagnoserelaterede grupper, men også om der er tale om akut eller elektiv behandling. Finansieringsformen rummer altså mulighed for differentierede takster afhængig af indlæggelsesform.

Hensynet til udgiftskontrol kan betyde, at man ikke ønsker at give samme takst for alle aktivitetsniveauer. I så fald kan basisbevillingen og taksten sættes svarende til et ønsket aktivitetsniveau (baseline). Når aktiviteten er over dette niveau gives en lavere takst for øget aktivitet. Dette kan begrundes med en forestilling om, at sygehuset har lavere marginalomkostninger ved produktion over dette niveau – eksempelvis på grund af uudnyttede ressourcer. Dette fænomen kaldes også en knæktakst og kan formelt beskrives med en faktor  $\alpha$ , der afspejler den pris, som man ønsker at betale for aktivitet over produktionsmålet. Denne faktor er her vist som andelen af den takst, der blev givet for produktion op til produktionsmålet (Street et al. 2007):

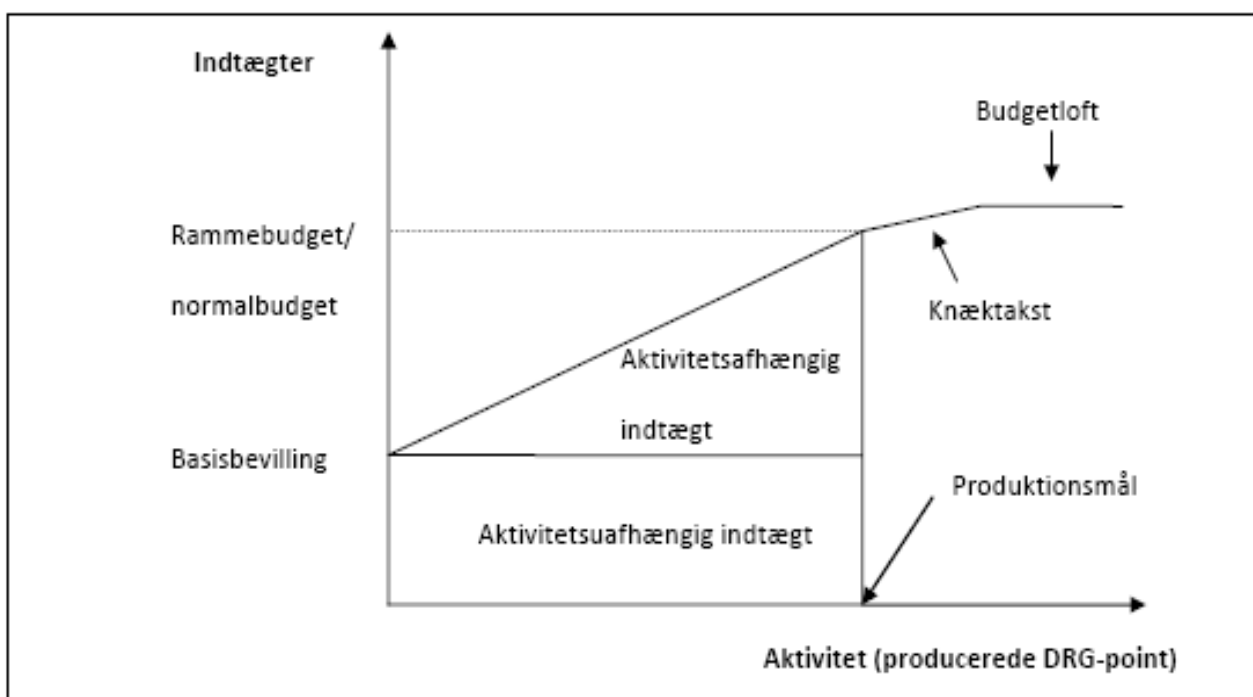
$$R^A = [\bar{Q}_j \times \hat{p}_j] + [(Q_j - \bar{Q}_j) \times \alpha_j \hat{p}_j] + Z^A$$

$\bar{Q}_j$  er aktivitet svarende til produktionsmålet, mens  $(Q_j - \bar{Q}_j)$  svarer til aktivitet over produktionsmålet. Er  $\alpha_j = 0,5$ , betyder det, at taksten for produktion over produktionsmålet altså er det halve af taksten for produktion op til produktionsmålet. Faktoren  $\alpha_j$  kan også være specifik for enkelte diagnoserelaterede grupper, hvorfor taksten knækker i forskellige grader og på forskellige måder for forskellige grupper. Som

nævnt ovenfor kan *j* også tænkes at indeholde forskelle i behandlingsformen, såsom hvorvidt der er tale om akut eller elektiv behandling.

Figur 2 nedenfor illustrerer en afregningsmodel, som netop er en kombination af takst- og rammeafregning (med høj prospektivitet).

**Figur 2: Kombination af takst- og rammeafregning**



Af figuren kan det ses, at basisbevillingen er uafhængig af sygehusets aktivitet. Måler man graden af takstafregning som den variable andel af den samlede indtægt, gør basisbevillingen altså sygehusets afregning mindre variabel. Sammenhængen mellem sygehusets aktivitet og indtægter bliver svagere.

Udover basisbevillingen kommer en variabel del, hvor sygehusets indtægter stiger med en fast takt<sup>6</sup>, men kun indtil produktionsmålet er nået<sup>7</sup>. Efter produktionsmålet er nået, kan sygehusets indtægter stadig stige

<sup>6</sup> Vi taler her om den takst sygehuset står overfor. I den danske takstafregningsmodel skelner man mellem den officielle DRG-takst, der udmeldes af Sundhedsstyrelsen, og den afregningstakst som region stiller sygehuset overfor, der typisk beskrives som en procentdel af den officielle DRG-takst.

<sup>7</sup> For at holde præsentationen overskuelig ser vi her bort fra muligheden for de differentierede takster, der blev omtalt ovenfor.

med produktionen, men med en lavere takt. Afregningen er altså stadig variabel, men taksterne dækker en stadig mindre del af gennemsnitsomkostningerne. Set som andel af de samlede indtægter bliver sammenhængen mellem aktivitet og indtægt altså svagere under knæktaksten. Denne nedsatte takstafregning gælder for aktivitet, indtil budgetloftet nås. Herefter giver øget aktivitet ikke øgede indtægter til sygehuset. I stedet må omkostningerne til en eventuel aktivitet over dette niveau dækkes af den faste del af afregningen. Dette ville svare til, at  $\alpha$  i modellen ovenfor sættes til nul for denne del af aktiviteten.

Opsummerende kan man sige, at graden af variabilitet stiger, hvis der ikke er knæktakster eller lofter samt jo mindre basisbevillingen er. Selvom basisbevillingen i modsætning til lofter og knæktakster i sig selv ikke udgør en udgiftsbegrænsende ramme<sup>8</sup>, er den alligevel med til at gøre modellen mere fast, end hvis der ikke var en basisbevilling. I en model, hvor takstafregningen først begynder efter et givent niveau, eksempelvis efter produktionsmålet, er der også stadig tale om takstafregning, men i en svagere grad end ellers, da den takstfinansierede del af de samlede indtægter vil udgøre en mindre del.<sup>9</sup>

Et særligt forhold man må overveje i den forbindelse er sygehusets baseline. Baseline er et mål for den forventede behandlingsaktivitet (opgjort i DRG-værdi), der afspejler den aktivitet, der ville være forventet af sygehuset, hvis det havde rammeafregning (Pedersen et al., 2006: 52). Den såkaldte meraktivitet er den aktivitet, der ligger ud over baseline. Baseline er vigtig, fordi den angiver, hvad sygehuset skal producere for i et takstsystem ikke at skulle betale penge tilbage til den finansierende myndighed. Det er således først, når baseline passerer, at der i et takstafregningsystem er tale om en reel merindtægt til sygehuset. I beregningen af baseline kan indbygges et produktivetskrav ved at øge baseline uden at øge en eventuel basisbevilling tilsvarende. I de danske regioner er der både eksempler på, at

---

<sup>8</sup> Den tjener snarere det formål at finansiere sygehusets faste omkostninger (det vil sige omkostninger, der ikke varierer med antallet af patienter) samt at gøre det muligt for sygehuset at håndtere stor output-heterogenitet i form af for eksempel mange akutte patienter eller mange tunge patienter inden for afregningskategorierne.

<sup>9</sup> Man kan dog også argumentere for, at det er taksterne for aktivitet omkring sidste års aktivitetsniveau, der er centrale for at vurdere styrken af takstafregning. Sygehuset kan let komme op i nærheden af sidste års aktivitet, men det er derfra, at taksterne begynder at slå ind og få effekt. En høj takst omkring sidste års aktivitet vil således være stærkere end en lavere takst, der dækker allerede fra den første producerede enhed.

produktivitetskravet er de samme for alle regionens sygehuse, og at de fastsættes forskelligt fra sygehus til sygehus på baggrund af realiseret produktivitet (Danske Regioner, 2010).

I forhold til vurdering af afregningssystemets variabilitet skal interessen for baseline begrundes med det fald i den marginale afregningstakst, der indtræder, når sygehuset krydser baseline. Vigtigheden af baseline i den sammenhæng er dog betinget af, at baseline rent faktisk fastsættes, så den er et udtryk for den forventede aktivitet. Til enhver tid er den relevante takst for vurdering af graden af variabiliteten taksten ved det produktionsniveau, hvor sygehuset befinder sig. Hvis baseline blot markerer et af flere knæk i den samlede afregningsmodel, er baseline altså ikke i sig selv interessant for at beskrive graden af variabilitet.

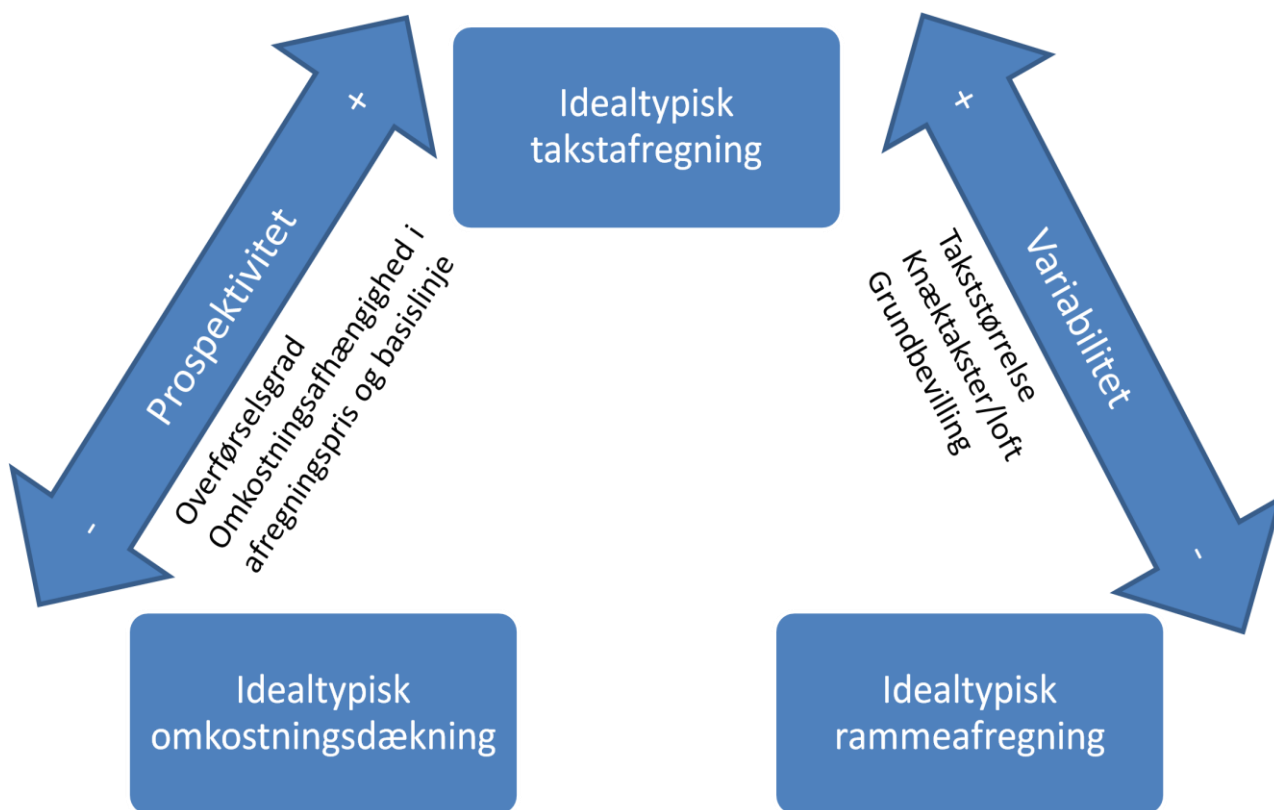
Vi kigger nu på prospektivitetsdimensionen. Som nævnt forudsatte vi i figur 2 ren prospektiv afregning. Der er særligt to parametre, der påvirker, hvor en afregningsordning placerer sig på prospektivitetsdimensionen. Det første er de overførselsregler i forhold til over- og underskud, der gælder for sygehuset. Des mindre der både er ret og pligt til at overføre overskud og underskud mellem budgetår, des mere retrospektiv vil afregningsordningen være. Får sygehuse med overskud for eksempel konfiskeret dette, svarer det i praksis til, at de får bragt deres indtægter i balance med deres omkostninger, hvilket øger retrospektiviteten. Det samme gør sig på sin vis gældende, hvis sygehuse ikke skal videreføre deres underskud mellem budgetår, fordi de så i praksis får tilgivet deres underskud, hvilket også bringer indtægter i større overensstemmelse med omkostningerne.

Det andet parameter er den måde, hvorpå takster og produktionsmål fastsættes. I forhold til prospektiviteten er det centrale parameter ved baseline, hvorvidt baseline fastsættes på en sådan måde, at den systematisk stiller hospitaler, der har svært ved at få indtægter og udgifter til at mødes, bedre end hospitaler med overskud og høj produktivitet. Det vil svække prospektiviteten. Det kan for eksempel ske i en situation, hvor der stilles svagere produktivitetskrav til de hospitaler, der har underskud, end til de hospitaler, der har overskud. Basisbevillingen vil så i højere grad stige for de hospitaler, der har svært ved at

få enderne til at mødes, og der sker i praksis en form for omkostningsdækning. Et tilsvarende fænomen kan opstå, hvis baseline fastsættes efter konkrete forhandlinger med de enkelte hospitaler, hvilket vil formodes ofte at kunne føre til, at det enkelte hospitals økonomiske situation spiller ind på forhandlingsresultatet. I forhold til taksterne er det tilsvarende centralt, hvorvidt taksterne til de enkelte sygehuse fastsættes generelt, eller om der tages særlige hensyn til enkelte sygehuses økonomiske situation. Det kan enten være gennem særlige takster for bestemte sygehuse eller forhøjelse af takster med særlig betydning for bestemte sygehuse. Her vil brugen af forhandlinger om takster og afvigelser fra en generel takstafregningsordning være oplagte indikatorer på, at takstfastsættelsen bliver mere retrospektiv.

Figur 3 nedenfor opsummerer forhold, der gør, at man bevæger sig fra en idealtypisk takstafregningsmodel, forstået som en model, der er fuldstændig prospektiv og variabel, mod afregningsmodeller, hvor faktiske udgifter systematisk søges dækket (systemets prospektivitet mindskes) og sammenhængen mellem aktivitet og indtægter er mindre (systemets variabilitet mindskes).

Figur 3: Forhold der påvirker graden af prospektivitet og variabilitet



Gennem overførselsregler for underskud og overskud, omkostningsafhængighed i takster og praksis for baselinefastsættelse kan man justere prospektiviteten i systemet. Takstfastsættelse på baggrund af sygehusets faktiske omkostninger og ingen overførsel af underskud gør eksempelvis afregningsmodellen mere retrospektiv, hvilket svækker omkostningskontrollen i systemet. Med takststørrelser, knæktakster og basisbevilling kan afregningssystemets variabilitet justeres. Hvis basisbevillingen udgør størstedelen af sygehusets budget, mindsker man graden af variabilitet i afregningsordningen, og man nærmer sig dermed rammeafregning. Hvis der skrues ned for variabiliteten, gives der alt andet lige i mindre omfang incitament til at øge aktiviteten og mulighederne for omkostningskontrol øges.

Vi har nu konkretiseret, hvordan takstafregning mere præcist giver sig til udtryk på dimensionerne for prospektivitet og variabilitet. En nærmere undersøgelse af aktørernes mulighed for og incitamenter til bestemte ordninger for adfærd inden for en takstafregningsordning vil dog kræve, at man

også inddrager en række andre parametre. Det er for det første, hvorvidt der med en takstafregningsordning også følger krav om at internalisere denne i organisationen (videreførelse til lavere niveauer), og hvorvidt der er supplerende individbaserede incitamenter, eksempelvis i form af resultatkontrakter med bonuser for opnåelse af bestemte mål, inden for afregningsordningen. For det andet er det væsentligt, hvorvidt de relevante enheder, såsom afdelinger, sygehuse og regioner, har de nødvendige informationer til at kunne agere inden for afregningsordningen. Er det usikkert hvilke takster, der faktisk benyttes i en given periode, eller er der ikke gode opgørelser over hidtidig aktivitet, vil det være svært for en ledelse at agere rationelt i forhold til afregningsordningen.

### **Kan man rangordne takststyringsmodeller?**

Vi har nu diskuteret nogle parametre, der bestemmer graden af takstafregning ved i større eller mindre grad at skabe variabilitet og prospektivitet. Der er ikke tale om en udtømmende liste, og i praksis kan der nok findes andre tiltag som, for eksempel af hensyn til økonomistyring, kan påvirke graden af takstafregning.

Man kan nu spørge, om det så er muligt at rangordne takststyringsmodeller, altså tale om at en region eller et sygehus har mere takststyring end en anden region eller et andet sygehus.

Takstafregningens to dimensioner – variabilitet og prospektivitet – kan gøre det svært at lave sådanne entydige sammenligninger af graden af takststyring i forskellige afregningsmodeller. Hvordan variabilitet afvejes overfor prospektivitet er ikke givet fra et teoretisk perspektiv. Og ser vi på parametrene bag de to dimensioner, går problemet igen. Er der mere takstafregning i en model med en høj afregningstakst men uden overførsel af underskud, end i en model med lav afregningstakst men med overførsel af underskud? Teorien er ikke så veludviklet, at det er muligt at opstille klare hierarkier af kombinationer som disse. Omvendt vil det i mange situationer være muligt at give en entydig vurdering af, hvilke modeller der indeholder den største grad af takstafregning. Det gælder situationer, hvor en ordning i forhold til alle eller de fleste relevante parametre er mere prospektiv og variabel end de ordninger, som den sammenlignes med. Tilsvarende vil der også være situationer, hvor ordninger, der ellers er meget identiske, adskiller sig på

nogle enkelte punkter, hvilket igen gør det mulig at vurdere modellernes relative grad af takstafregning. Derudover vil det også være muligt at identificere forskellige typer af takstafregningsmodeller, hvis det for eksempel viser sig, at der er nogle modeller med stor variabilitet, men lav prospektivitet og omvendt andre med lav variabilitet, men høj prospektivitet.

## **Måleudfordringer: Fra officielle modeller til faktisk adfærd**

I de foregående afsnit har vi antaget, at formelle afregningsmodeller var lig den faktiske adfærd i forhold til afregning af sygehuse. Man kan imidlertid ikke altid regne med, at formelle og officielle modeller for afregning giver en dækkende beskrivelse af den faktiske afregningspraksis. Det er en vigtig pointe, når man skal samle data ind, der skal bruges til at undersøge, hvordan takstafregningen af regioner og sygehuse fungerer. Her vil det være nødvendigt også at indsamle data, der udover de officielle beskrivelser af de formelle afregningsordninger mere direkte belyser den faktiske adfærd. Der er to gode grunde til en sådan fokus på praksis.

For det første er det ikke nødvendigvis alle relevante parametre for afregningsordninger, der beskrives og reguleres på et formelt grundlag. Man vil derfor ikke kunne afdække disse elementer ved alene at forholde sig til regioner og sygehuses egne beskrivelser af deres afregningsordninger. For det andet er der gode grunde til at tro, at den beskrivelse af afregningssystemet, der kan findes i officielle modeller og formelle regler, ikke altid giver et dækkende billede af den faktiske praksis. Dette er ikke så mærkeligt, som det umiddelbart lyder. Afvejningen mellem udgifts- og aktivitetshensyn udgør for eksempel et helt legitimt rationale for i praksis at afvige fra en formel takstafregningsmodel. Det kan ske ved at indføre lofter midt i et budgetår, fordi der pludselig viser sig en uforudset eksplosiv vækst i udgifterne. Og dette hensyn er vigtigere end hensynet til at opretholde variabiliteten i afregningssystemet. At der er noget om snakken er også blevet dokumenteret i eksisterende forskning og evalueringer af takstafregning af sygehuse (Pedersen m.fl., 2006; H:S m.fl., 2005; Ankjær-Jensen & Bue, 2005).

Det formelle afregningssystem svarer derfor ikke altid til praksis. Denne sondring mellem formelle modeller og det faktiske afregningssystem indebærer, at man i praksis kan være noget længere fra den idealtypiske takstafregningsmodel, end den officielle takststyringsmodel synes at vise. Det betyder også, at man er nødt til at forholde sig til, hvorvidt aktørerne faktisk oplever, at de agerer inden for en takstafregningsordning.

Målingsmæssigt indebærer et fokus på faktisk adfærd, at det ikke er nok at analysere afregningsmodellerne baseret på de officielle beskrivelser af parametre som sammenhængen mellem aktivitet og afregning, uafhængigheden i fastsættelsen af takster og rammer samt pligten til at overføre over- og underskud. Det er også nødvendigt at fokusere på forhold som:

- Dispensationer fra formelle regler og beskrivelser. Det kan være særbevillinger, der ikke er angivet som en mulighed i modellerne, eller kompensation for eller konfiskation af underskud og overskud, selvom dette heller ikke er muligt i modellerne.
- Løbende ændringer af regler. Regler kan ændres i løbet af budgetperioder, selvom det ikke fremgår af den officielle model. Det kan for eksempel ske ved pludselig indførelse af et loft midt i en budgetperiode.
- Processer, der ikke er formelt beskrevet og reguleret. Det kan være processen omkring fastlæggelsen af baseline, hvor der er begrænset beskrivelse af fremgangsmåden, men hvor den faktiske adfærd kan have stor betydning for, hvor prospektiv takstafregningen er.

Det har igen konsekvenser for, hvordan data om regionernes takststyringsmodeller kan indsamles mest hensigtsmæssigt. Her vil en kombination af officielle beskrivelser og systematiske interviews med centrale aktører med fokus på praksis udgøre et godt grundlag for at foretage en valid kategorisering af afregningsmodellerne i det danske sygehusvæsen. Disse overvejelser lægger op til, at i hvert fald de

følgende metoder bør trianguleres i en tilbundsgående undersøgelse af afregningsordningerne i det danske sygehusvæsen.

1. Indsamling og gennemgang af de formelle skriftlige beskrivelser af afregningsmodellerne. Det vil føre til en beskrivelse af de formelle afregningsordninger og deres tilhørende regulering, ligesom det på en række parametre utvivlsomt også vil give en gyldig beskrivelse af de faktiske modeller.
2. Interviews med aktører med nøgleroller for afregningsordningernes faktiske brug. Interviewene vil udover afklaring af uklarhederne i de formelle beskrivelser kunne kaste lys over de processer, der ikke er beskrevet i modellerne samt over aktørernes handlemuligheder og -måder i de situationer, hvor den formelle afregningsmodel kan forventes at komme i konflikt med hensynene til for eksempel udgiftskontrol, aktivitet eller forsyningssikkerhed. Det vil give viden om forholdet mellem den formelle model og den faktiske praksis, ligesom det vil belyse de procedurer, hvormed man i regioner og på sygehuse håndterer disse dilemmaer.

## **Konklusion**

Et af formålene med dette notat var at definere og konkretisere begrebet takstafregning, så det vil være muligt empirisk at undersøge takstafregningen i det danske sygehusvæsen. I forlængelse af den internationale litteratur om takstafregning er takstafregning idealtypisk blevet defineret som en afregningsordning, der er både prospektiv og variabel. Det vil sige, at sygehuse ved takstafregning afregnes alene ud fra deres aktivitet til på forhånd fastsatte takster. Da der er tale om en idealtypisk definition, vil den næppe kunne genfindes i sin rene form i den virkelige verden. Her vil der i stedet være tale om grader af og former for takstafregning, hvor den kombineres med elementer af rammeafregning og omkostningsdækning. Konkretiseringen af takstafregning er således sket med henblik på empirisk at kunne adskille elementer af takstafregning fra de to øvrige afregningsordninger, der er henholdsvis faste og retrospektive. Det er i forhold til prospektiviteten sket med hensyn til, hvordan takster og baseline

fastsættes samt overførsel af over- og underskud. I forhold til variabiliteten er det sket med hensyn til størrelsen af afregningstakster, grundbevilling og brugen af knæktakster og loft.

Det andet formål med notatet var på baggrund af den teoretiske ramme at vurdere udfordringer for en empirisk undersøgelse af taksafregningen i det danske sygehusvæsen samt at skitsere eventuelle løsningsmuligheder. Der er her blevet argumenteret for, at kombinationen af formelle beskrivelser af takstmodeller og interviews med nøgleaktører vil være en strategi, som gør det muligt at afdække den faktiske grad af variabilitet og særligt prospektivitet i afregningssystemerne i det danske sygehusvæsen.

## Litteratur

Ankjær-Jensen, A. & Bue, M.R. (2005). *Takststyring af sygehuse. 2. delrapport: Erfaringer efter et år med takststyring*. DSI rapport 2005.03. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Ankjær-Jensen, A, P. Rosling & L. Bilde, "Variable prospective financing in the Danish hospital sector and the development of a Danish case-mix system", *Health Care Management Science* 9, nr. 3 (2006): 259-268.

Bech, M. (2004). *Choice of Sygehus Reimbursement: Incentives and Tradeoffs*. Odense: University Press of Southern Denmark.

Danske Regioner (2010). *Styr på Regionerne 2010*. København: Danske Regioner

H:S, Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005). *Evaluering af takststyring på sygehusområdet*, København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Jakobsen, Mads Leth Felsager (2010). "The Effects of New Public Management: Activity-based Reimbursement and Efficiency in the Scandinavian Hospital Sectors", *Scandinavian Political Studies*, 33, 2, pp. 113-34.

Jegers, M., K. Kesteloot, D. de Graeve & W. Gilles (2002). "A typology for provider payment systems in health care", *Health Policy*, 60, pp. 255-273.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009). *Effektiv styring på sygehusområdet*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Pedersen, K.M., M. Bech & M.B. Hansen (2006). *Incitamentsstyring i Sygehusvæsenet*, Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Street, A., K. Vitikainen, A. Bjorvatn & A. Hvenegaard (2007). "Introducing Activity-based Financing: A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway, and Sweden", *CHE Research Paper*, 30. Centre for Health Economics, University of York.