

Mads Leth Felsager Jakobsen og Thomas Pallesen

Hvordan får vi flere penge? Og hvordan får vi dem til at slå til? Regionernes eksterne og interne strategier til håndtering af de økonomiske rammevilkår

Regionerne blev oprettet med strukturreformen og fik som deres væsentligste opgave at drive sygehuse. Regionerne står over for et udgiftspolitisk dilemma på sygehusområdet. På den ene side har regionerne en tilskyndelse til at fremme aktiviteten på egne sygehuse gennem øget aktivitetsfinansiering, da borgerne har mulighed for at søge behandling for regionens regning i andre regioner og på private sygehuse, hvis hjemregionen ikke kan tilbyde behandling. På den anden side skal regionerne også overholde en overordnet økonomisk ramme, og der kan derfor være grund til at nedtone anvendelsen af aktivitetsfinansieringen af deres egne sygehuse. Artiklen undersøger to mulige regionale svar på denne udfordring. Den ene strategi er at advokere for større statslige tilskud på sygehusområdet, da dilemmaet mellem udgiftsloftet og de efterspørgselsdrevne udgifter kan mildnes ved at få tilført flere midler. Den anden strategi er at målrette den interne regionale takstmodel mod de mobile patienter, der søger behandling i andre regioner og på privathospitaler på regionens regning. Hovedresultatet er, at der som forventet givet regionernes stærke rolle som udgiftsadvokat har været en betydelig vækst i sundhedsudgifterne efter strukturreformen, ligesom regionerne også målretter takststyringsmodellerne til at håndtere det udgiftspolitiske dilemma, de står over for. Men der er omvendt også indikationer på, at andre forhold som lighedshensyn og manglende tiltro til takstmodellernes styringspotentiale modererer regionernes brug af modellerne til at håndtere dilemmaet.

Regionerne blev oprettet med strukturreformen og fik som deres væsentligste opgave at drive sygehuse. Til forskel fra de tidligere amter skulle finansieringen nu ske uden regional skatteudskrivning og i stedet gennem tilskud fra staten og kommunerne, der i det store og hele er en relativ fast udgiftsramme. Endelig skærpedes kravene om, at regionerne skulle finansiere både privat og offentlig behandling uden for regionen – typisk til en højere pris end regionens egne omkostninger – hvis regionen ikke selv kunne tilfredsstille efterspørgslen, ligesom regionerne blev pålagt at finansiere en del af aktiviteten på deres egne sygehuse ud fra sygehusenes aktivitet. På grund af borgernes mulighed for at

søge behandling i andre regioner og på private sygehuse, hvis hjemregionen ikke kan tilbyde behandling, står regionerne i et udgiftspolitisk dilemma. Lægger regionerne vægt på at overholde den overordnede økonomiske ramme, kan der være grund til at nedtone anvendelsen af aktivitetsfinansieringen af deres egne sygehuse. Derved risikerer regionerne imidlertid, at aktivitetsniveauet får et så lavt omfang, at borgerne søger til andre udbydere, som regionen har pligt til at betale, hvilket igen kan betyde, at forsøget på at holde udgiftsrammen alligevel kan kuldsejle. Lægger regionerne omvendt vægt på at undgå at betale for behandling for deres borgere i andre regioner og hos private udbydere, kan der være grund til at øge anvendelsen af takstfinansieringen på egne sygehuse for at øge aktiviteten. Derved risikerer regionerne imidlertid, at aktiviteten på egne sygehuse bliver så høj, at udgiftsrammen sprænges.

Artiklen undersøger, hvordan regionerne navigerer mellem de modstridende hensyn, og med udgangspunkt i et rationelt institutionelt perspektiv (Knight, 1992; Horn, 1995) undersøges to mulige regionale strategier. Den ene strategi er eksternt rettet. Hypotesen er, at regionerne på grund af overgangen til finansiering med tilskud fra især staten i høj grad vil optræde i rollen som udgiftsadvokat på sygehusområdet, da dilemmaet mellem udgiftsloftet og de efterspørgselsdrevne udgifter kan mildnes ved at få tilført flere midler.

Den anden strategi er internt rettet og handler om den interne styring af sygehusvæsenet i regionerne. Hypotesen er, at jo mere presset regionerne bliver af udgifter til patienter, der søger behandling i andre regioner og på privathospitaler for regionens regning, des mere vil regionerne målrette deres takstmodeller mod at fastholde disse patienter i regionen.

Hypoteserne undersøges på baggrund af en dokumentgennemgang af takststyringsmodellerne i de fem regioner for perioden 2007-2010 samt interviews med centrale administrative aktører i hver region. Hovedresultatet er, at der som forventet givet regionernes stærke rolle som udgiftsadvokat har været en betydelig vækst i sundhedsudgifterne efter strukturreformen, samt at regionerne bruger takststyringsmodellerne til at håndtere det udgiftspolitiske dilemma, som de står over for. Men der er omvendt også indikationer på, at andre forhold som lighedshensyn og manglende tiltro til takstmodellernes styringspotentiale modererer regionernes brug af modellerne til at håndtere dilemmaet.

Regionerne nye rammevilkår

En af den danske strukturreforms mest iøjnefaldende konsekvenser var, at de 14 amter blev skåret ned til fem regioner, og at der skete væsentlige ændringer i deres opgave- og finansieringsforhold. Gymnasieskolerne blev udskilt som selv-ejende statslige institutioner. De fleste af de specialiserede sociale institutioner

overgik til kommunerne, og amternes opgaver på miljøområdet blev delt mellem kommunerne og de nye statslige regionale myndigheder. Til gengæld fik regionerne ansvaret for den regionale udvikling og beholdt sundhedsområdet, dvs. sygehusene og praksissektoren.

Ud over ændringerne i opgaveporteføljen blev finansierings- og styringssystemerne også markant anderledes. Skattefinansieringen, der udgjorde størstedelen af amternes finansieringsgrundlag, blev afskaffet. De sociale institutioner, der blev tilbage i regionerne, skulle fremover fuldt ud finansieres af de kommuner, der brugte de regionale institutioner, og ikke som hidtil deles mellem kommunerne og amterne. Også muligheden for at overføre midler mellem de forskellige regionale opgaver blev afskaffet.

På sygehusområdet blev finansieringen omlagt til en kombination af statslige og kommunale bidrag, der i begge tilfælde bestod af et bloktilskud eller tilskud pr. borger og et tilskud, der var afhængigt af aktiviteten på regionernes sygehuse. Det faste statslige tilskud udgør størstedelen af regionernes finansiering (ca. 80 pct. af de regionale sundhedsbudgetter), der udmåles efter såkaldt objektive indikatorer (antal indbyggere i regioner, aldersfordeling mv.). Hertil kommer et grundbidrag fra kommunerne, der udmåles efter antallet af indbyggere i kommunerne, og som udgør ca. 8 pct. af de samlede regionale indtægter på området. De resterende ca. 15 pct. af regionernes finansiering på sundhedsområdet kommer fra statslige og kommunale aktivitetspuljer, der fordeles ud fra regionernes aktivitet i forhold til den forventede aktivitet (baseline) (Lov nr. 543 2005; Danske Regioner, 2010: 17). Der er altså ikke tale om en fuldt ud dækkende finansiering af regional meraktivitet, men snarere en tilskyndelse til regionerne til at opfylde deres aktivitetsforudsætninger. Samlet set er der tale om en relativ fast økonomisk ramme for regionernes sundhedsvæsen, der i begrænset omfang er afhængig af og heller ikke kan øges ved, at regionerne producerer flere sundhedsydelser.

Inden for den tildelte økonomiske ramme til sundhedsvæsenet har regionerne pligt til at forsyne borgerne i regionen med de nødvendige sundhedsydelser. Hvad der udgør de nødvendige sundhedsydelser, er ikke ligetil at definere. For 20 år siden var det suverænt amterne, der afgjorde, hvad der var det nødvendige omfang, og hvor og hvornår der skulle tilbydes behandling i sundhedsvæsenet. Det indebar, at borgerne i betydeligt omfang måtte vente på sygehusbehandling, da det også var op til amterne at afgøre, om borgerne skulle sendes til behandling i andre amter. Disse rammebetingelser har successivt ændret sig op igennem 1990'erne og 2000'erne, altså også før regionerne overtog amternes opgaver på sundhedsområdet. I begyndelsen af 1990'erne blev der indført en begrænset mulighed for at vælge sygehuse uden for eget amt, og i begyndelsen

af det nye århundrede fik borgerne mulighed for at vælge sygehusbehandling uden for eget amt og på private sygehuse for hjemamtets regning, hvis de måtte vente mere end to måneder på behandling – en ventetidsgaranti, der senere blev sat ned til én måned (Andreasen et al., 2009). Disse patientrettigheder har fra starten været regionernes grundvilkår. Patienterne har således frit valg mellem alle offentlige sygehuse, og såfremt det ikke er muligt at blive behandlet inden for én måned, har borgerne ligeledes mulighed for at vælge behandling på et privat sygehus i Danmark eller i udlandet. Både når patienterne vælger sygehusbehandling uden for egen region eller privat sygehusbehandling efter en måneds ventetid, er det borgerens hjemregion, der skal betale for behandlingen.

Betalingerne mellem regioner (og staten og regionerne) er baseret på DRG-takster (Diagnose Relaterede Grupper). Det er takster, der afspejler de gennemsnitlige omkostninger pr. DRG-gruppe på alle landets offentlige hospitaler (Ankjær-Jensen et al., 2006). Der er i alt godt 2700 forskellige diagnoser og behandlinger i DRG-systemet. Der er fx godt 30 forskellige takster for en fødsel, der afhænger af, om der er tale om en første- eller flergangsfødsel, hvor kompliceret graviditeten har været, om der blev anvendt bedøvelse m.m. Taksten for en spontan fødsel uden epidural bedøvelse for en førstegangsfødende er fx kr. 23.951, mens en førstegangsfødende med meget kompliceret graviditet, der forløses med akut kejsersnit, takseres til kr. 47.896 (<http://www.sum.dk/Sundhed/DRG-systemet/Takster.aspx>). Behandling i andre regioner som følge af frit sygehusvalg afregnes til den fulde DRG-takst, mens taksterne for behandling på private sygehuse i gennemsnit har været både lidt lavere og lidt højere end DRG-taksten i perioden 2007-2010 (jf. tabel 1 nedenfor). Regionernes egne sygehuse kan typisk (på marginalen) behandle ekstra patienter til langt under DRG-taksten. Men det fordrer altså, at regionernes sygehuse kan tilbyde kvalificeret behandling, der gør, at borgerne vælger behandling inden for regionen, og ligeledes gør det i et omfang, der er tilstrækkeligt til, at patienterne kan behandles inden for en måned. Regionerne er ligeledes forpligtet til at anvende takststyring i et omfang således, at minimum halvdelen af sygehusenes indtægter udgøres af aktivitetsafhængige indtægter. Også dette var en rammebetingelse for regionernes drift af sygehusområdet, der gjaldt fra starten af regionernes virke i 2007.

Teori: Strategier til håndtering af dilemmaet

Regionernes nye rammevilkår indebærer, at budgetsystemet kan karakteriseres som et forsøg på at forene en overordnet udgiftsramme med henblik på at sikre en på forhånd kendt og styrbar udgiftsudvikling og en aktivitetsfinansiering af

sundhedsydelse med henblik på at fremme aktiviteten. Det er i midlertid vanskeligt at opfylde de to hensyn på samme tid, da en kendt og styrbar udgiftsramme bedst realiseres, når der ikke er en sammenhæng mellem aktivitet og finansiering, mens en klar sammenhæng mellem aktiviteten og udgiften betyder, at det på forhånd er vanskeligt at forudsige de endelige udgifter (Pedersen, 1997; Pallesen, 1998). Regionerne står imidlertid ikke bare i et valg mellem at prioritere hensynet til den overordnede udgiftsramme (og derfor nedtone sammenhængen mellem aktiviteten og udgifterne) eller styrke sammenhængen mellem aktiviteten og udgifterne (og derfor nedtone betydningen af at overholde den overordnede udgiftsramme). På grund af borgernes mulighed for at søge behandling i andre regioner og på private sygehuse, når hjemregionen ikke kan tilbyde behandling, skærpes regionernes udgiftspolitiske dilemma. Selvom regionerne skulle lægge vægt på at overholde den overordnede økonomiske ramme og derfor nedtoner anvendelsen af aktivitetsfinansieringen af deres egne sygehuse, risikerer de, at aktivitetsniveauet får et så begrænset omfang, at borgerne søger til andre udbydere, som regionen har pligt til at betale. Det kan betyde, at forsøget på at holde udgiftsrammen kan vise sig at mislykkes, selvom regionerne egentlig har gjort det, lærebøgerne foreskriver ved at have en begrænset sammenhæng mellem aktiviteten og udgifterne. Lægger regionerne omvendt vægt på at undgå at betale for behandling for deres borgere i andre regioner og hos private udbydere ved at øge anvendelsen af takstfinansieringen af egne sygehuse, risikerer regionerne imidlertid, at aktiviteten på egne sygehuse bliver så høj, at udgiftsrammen sprænges. Med udgangspunkt i et rationelt institutionelt perspektiv (Knight, 1992; Horn, 1995), der ser adfærd og institutionelle valg som et resultat af aktørernes rationelle forfølgelse af mål, undersøges to mulige regionale strategier på deres udgiftspolitiske dilemma. Dels en ekstern rettet strategi rettet mod staten for at få flere midler til at mildne regionernes udgiftspolitiske dilemma, dels en intern styringsstrategi, der fokuserer aktivitetsfinansieringen til de patientgrupper, der er mobile og villige til at søge behandling i andre regioner og hos private udbydere, hvis der ikke er en tilstrækkelig behandlingskapacitet i hjemregionen.

Den eksterne strategi: Lobby for flere indtægter

Det har været god latin i både dansk forvaltningspraksis og den teoretiske litteratur, at skattefinansiering betyder, at de lokale myndigheder er mere tilbøjelige til at øge udgifterne, da det er dem selv, der skal finansiere udgifterne med udskrivningen af skatter, der sædvanligvis ikke er populære i vælgerbefolkningen (Oates, 1999; Betænkning 471; Betænkning 1366, 1998). Men afskaffelsen af skattefinansieringen kunne det altså forventes, at de nye

regioner alene vil agere som udgiftsadvokater og konstant presse på for øgede bevillinger. På den anden side kunne staten og kommunerne i udgangspunktet modsat forventes at have interesse i at modstå dette udgiftspres fra regionernes side. Men da sundhedsområdet er et af de mest populære udgiftsområder i vælgerbefolkningen, kunne det tale for, at især det statslige udgiftshensyn på dette område svækkes. Regeringen og Folketinget vil også gerne vise over for vælgerne, at de gør mere og godt på sundhedsområdet, og det kan de meget bedre i den nye regionale opgave- og finansieringsstruktur end i den gamle amtsstruktur (Pallesen og Pedersen, 2008). Når regeringen og Folketinget bevilger penge til det regionale sundhedsvæsen, er det for det første tydeligt, hvem der er giveren, ligesom der for det andet er sikkerhed for, at pengene anvendes på sundhedsvæsenet, jf. reglen om at midler bevilget til ét regionalt område ikke må anvendes på et andet. Sådan var det ikke, da man havde amterne. Hvis regeringen og Folketinget gerne ville fremme et område inden for sundhedsområdet, lavede man en aftale med amterne om, at det givne område skulle prioriteres, og staten stillede med en given sum til amterne. Regeringen og folketinget havde imidlertid ikke garanti for, at pengene rent faktisk gik til det aftalte, prioriterede område, endsige sundhedsvæsenet, da amterne kunne vælge at bruge midlerne til andre formål (Pallesen og Pedersen, 2008).

Alt i alt kan det forventes, at regionerne på grund af finansieringsmåden med fortrinsvis statslige tilskud i stedet for skatteudskrivning, entydigt vil presse for øgede bevillinger til sundhedsområdet – og at staten langt hen ad vejen vil være imødekommende over for de regionale krav og ønsker på grund af sundhedsvæsenets popularitet i vælgerbefolkningen og den mere synlige statslige rolle på sundhedsområdet. Det giver anledning til en forventning om, at regionerne i deres levetid har fået et betydeligt løft i midlerne fra staten til sygehusområdet.

Den interne strategi: tilpasning af takststyringsmodel

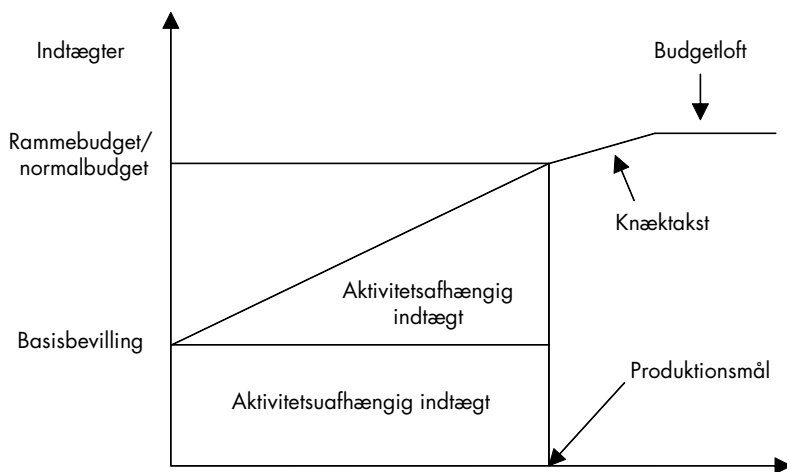
Lykkes det regionerne at skaffe betydelige og stigende ressourcer gennem den eksterne strategi, mindskes det udgiftspolitiske dilemma. Men det forsvinder næppe helt, da ønskerne og behovene for sundhedsydelser er (anses for at være) umættelige, og uanset hvor mange ekstra ressourcer, der tilføres sundhedsvæsenet, vil der altid være behov for at prioritere (referencerne er legio, her er ingen nævnt og ingen glemt). Der er således også behov for en intern strategi til at håndtere udfordringerne fra det udgiftspolitiske dilemma.

I det rationelle institutionelle perspektiv kan man anskue regionen som en principal, der gennem finansieringen af sine agenter, hospitalerne, skaber økonomiske incitamentter for den ønskede adfærd. Det vil i dette tilfælde sige den adfærd, der i størst muligt omfang vil minimere udfordringen (Stiglitz, 1991;

Andersen et al., 2010: 12-14). Her er særligt regionernes takststyringsmodeller for deres sygehuse centrale. Regionerne er nemlig forpligtet til at anvende takststyring i et omfang således, at minimum halvdelen af sygehusenes indtægter udgøres af aktivitetsafhængige indtægter. Også dette var en rammebetingungelse for regionernes virksomhed, der blev nedfældet i den første økonomiaftale for regionerne i 2007 (Danske Regioner, 2007) (<http://www.regioner.dk/Økonomi/Økonomiaftaler/Økonomiaftale+2007.aspx>).

Takstfinansiering indebærer mere præcist, at et hospital afregnes for sin produktion til takster, der er fastsat på forhånd og uafhængigt af det enkelte hospitals omkostningsstruktur (fx DRG-takster) (Bech, 2004: 23-32; Jegers et al., 2002). Takststyring anses derfor for at være den finansieringsform, der bedst fremmer aktiviteten, da hospitaler modtager ekstra ressourcer, hver gang de behandler en ekstra patient (Jegers et al., 2002). En kombination af takst- og rammestyring er illustreret i figur 1 nedenfor. Den viser, hvordan indtægterne stiger med produktionen, men også hvordan der stadig er et aktivitetsuafhængigt basisbudget. Samtidig er der også illustreret en knæktakst, hvor afregningen bliver lavere, og endelig et budgetloft, hvor finansieringen af yderligere aktivitet helt ophører.

Figur 1. Takstafregning kombineret med rammebudgettering.



Regionerne står som nævnt over for det problem, at hvis de øger takstfinansieringen, øges aktiviteten på egne sygehuse, og egne borgere kan i større omfang behandles på egne sygehuse, men der er samtidig risiko for, at udgifterne løber løbsk. Mindskes takstfinansieringen, er der risiko for lavere aktivitet og

længere ventetid på egne sygehuse, og så kommer regionen til at betale for behandling af sine borgere i andre regioner og på private sygehuse. Regionerne kan så vælge at begrænse sammenhængen mellem aktivitet og finansiering ved enten at sænke taksterne generelt eller at sænke taksterne evt. helt til nul efter et givet aktivitetsniveau (knæktakster og lofter), som det er også illustreret i figur 1 ovenfor. Det vil reducere budgetusikkerheden, men det vil altså samtidig også reducere sygehusenes økonomiske tilskyndelse til at øge produktionen. Det grundlæggende trade-off mellem budgetsikkerhed og tilskyndelsen til øget produktion kan altså ikke elimineres med lavere takster, knæktakster og produktionsloft. Alligevel kan regionerne godt bruge takstmodellen til i hvert fald delvist at søge at håndtere det udgiftspolitiske dilemma. Det kræver, at man målretter modellen mod de forhold, der har indflydelse på styrken af det udgiftspolitiske dilemma: den generelle økonomiske situation og antallet af borgere, der søger behandling uden for regionen.

En forventning er derfor, at regionernes takstmodeller afhænger af deres generelle økonomiske situation. Jo flere midler regionerne har, desto mere aktivitetsfremmende kan takstsystemerne forventes at være, da bekymringen for de mulige, afledte økonomiske effekter er mindre.

En væsentlig forskel på regionerne er imidlertid, i hvor høj grad de risikerer at afgive patienter til andre regioner, som regionen stadig skal betale for. Det er derfor forventningen, at regioner, der også økonomisk presses af borgere, der er villige til at søge behandling andetsteds, i højere grad end andre regioner vil være selektive i udformningen af takstmodellen, således at de behandlinger, der henvender sig til de mest mobile patienter, vil have højere takster end de behandlinger, der henvender sig til de mindre mobile patienter. Den bagvedliggende logik er at fremme aktiviteten og behandlingsmulighederne på de områder, hvor regionen kan forvente, at patienterne vil søge behandling andetsteds, hvis der er ventetid på sygehusene i egen region – frem for at øge aktiviteten på områder, hvor patienterne alligevel bliver i regionen og venter på behandling, selvom de også har ret til behandling uden for hjemregionen.

Den eksterne strategi: Kom der noget ekstra fra staten?

De økonomiaftaler, der årligt indgås mellem staten og regionerne, og som fastlægger regionernes økonomiske forhold, viser som forventet, at regionerne år efter år har formået at få betydelige, øgede statslige tilskud til sundhedsvæsenet (Danske Regioner, 2007-2012) (<http://www.regioner.dk/Økonomi/Økonomiaftaler.aspx>). Hvert år har regeringen og regionerne aftalt at øge udgifterne til det regionale sundhedsvæsen i størrelsesordenen ca. 2 mia. kr. Heraf er godt halvdelen dog fremkommet ved produktivitetstigninger, besparelser på ind-

køb og administration o.l., men der er i alle årene tilført det regionale sundhedsvæsen reelt nye midler på 600 mio. kr. til 1 mia. kr.

Fra 2007 til 2010 er udgifterne i faste priser vokset med godt 10 mia. kr. eller 18 pct. (se også tabel 1 nedenfor). Væksten i udgifterne til det regionale sundhedsvæsen har imidlertid været endnu større end det aftalte. Det hænger blandt andet sammen med, at regionerne har brugt flere penge, end der var afsat i budgettet, hvilket især gjorde sig gældende i de første år efter strukturreformen.

Samlet set er der således tale om en betydelig vækst i udgifterne til regionernes sundhedsvæsen efter strukturreformen, der skyldes en kombination af aftalte stigninger og et merforbrug, der ikke efterfølgende skal dækkes ind af regionerne. Det tyder på, at regionerne ikke bare har haft held med at advokere for stigende udgifter men også, at regeringen har været ganske velvillig over for regionernes ønsker og særligt i første del af perioden også har været ret eftergivende over for merforbrug på området.

Samtidig er det værd at bemærke, at væksten i sundhedsudgifterne ikke modsvares af væksten på nogle andre offentlige serviceområder (Finansministeriet, 2011). Af den samlede vækst i den offentlige forbrug på 77 mia. kr. (faste priser) i perioden 2001-2011 udgør væksten i sundhedsudgifterne næsten halvdelen med en vækst i udgifterne på 35 mia. kr. Størsteparten af væksten i sundhedsudgifterne er sket, efter at regionerne er kommet til, og den har især været markant i starten af regionernes levetid (Finansministeriet, 2011). Såvel udgifterne til sundhedsvæsenet som sundhedsvæsenets andel af de samlede offentlige serviceudgifter har aldrig været højere, end de er på nuværende tidspunkt. Det må således konstateres, at der både absolut og relativt i forhold til andre serviceområder i høj grad er kommet flere midler til sundhedsvæsenet i regionernes tid.

En tilsvarende udvikling ses i Norge, hvor oprettelsen af de nye statslige hospitalsregioner også betød et stærkt pres på Stortinget for øgede bevillinger, som i vid udstrækning også er blevet imødekommet (Tjerbo og Hagen, 2009).

Den interne strategi: Tilpasses takstmodellen til udfordringerne?¹

Regionernes udgiftspolitiske dilemma er som nævnt et resultat af to faktorer: det generelle udgiftspres samt det udgiftspres, der konkret følger af en stor mobilitet blandt regionens patienter. Det generelle udgiftspres måles med realvæksten i regionernes udgifter, som indikerer, hvor meget regionerne har haft mulighed for at øge aktiviteten inden for budgetrammen. Presset fra patientmobiliteten undersøges ved hjælp af fire parametre, der tilsammen indi-

kerer, hvor vigtigt patienters valg af behandling uden for regionen og private sygehuse er for regionens økonomi. Det er (1) andelen af behandlede patienter i andre regioner, (2) andelen af patienter behandlet på private sygehuse, (3) hvorvidt det frie udvidede sygehusvalg gælder i den givne periode samt (4) den gennemsnitlige afregningstakst til de private sygehuse under det frie udvidede sygehusvalg. De fire faktorer er for årene 2007-2010 præsenteret i tabel 1 næste side.

Som det fremgår af tabel 1, er der betydelig men relativt stabil forskel på, hvor stor en andel af regionernes borgere, der for hjemregionens regning behandles på andre regioners sygehuse. Der er således ganske få borgere i Region Hovedstaden, der behandles uden for regionen, mens der især i Region Nordjylland og Region Sjælland er en høj andel af behandlingerne, der varetages af andre regioner. Derimellem ligger Region Syddanmark og Region Midt, hvor ca. hver 20. patient behandles uden for regionen. Dette mønster går igen i forhold til behandling på privathospitaler, hvor Region Sjælland og Region Nordjylland har en højere andel af patienter på privathospitaler end de tre øvrige regioner. I forhold til aktiviteten på andre af regionens sygehuse er brugen af privathospitaler dog betydelig mere beskeden og viser samtidig en faldende tendens, også selvom det udvidede frie sygehusvalg, der blev suspenderet i forbindelse med konflikten i 2008, er blevet genindført. Tendensen til et fald i brugen af privathospitalerne skal også ses i sammenhæng med, at taksterne for behandlingerne er reduceret.

Derimod har alle regionerne oplevet en mindre ressourceriglighed over tid. Der har været et stigende pres på udgifterne for regionerne, idet den faktiske realvækst i regionerne har været faldende i gennem perioden (og den aftalte realvækst mellem staten og regionerne har tilsvarende været faldende).

Samlet set er der altså en ret stabil men også meget forskellig patientmobilitet, der i forskellig grad presser de enkelte regioner, men alle regionerne er blevet relativt mere økonomisk pressede (eller mindre økonomisk begunstige) i den undersøgte periode. At Region Sjælland og Region Nordjylland i højere grad end de øvrige regioner har stået over for det udgiftspolitiske dilemma understøttes også i interviewene med repræsentanter fra regionerne. Repræsentanterne fra Sjælland og Nordjylland fremhæver i langt højere grad det udgiftspolitiske dilemma som en væsentlig udfordring for deres region end repræsentanterne fra de tre andre regioner.

Forskelle i takstmodeller

På baggrund af forskellene i styrken af det udgiftspolitiske dilemma er det forventningen, at Region Sjælland og Region Nordjylland i højere grad end

Table 1. Indikatorer på mobilitet og udgiftspris over tid og mellem regioner

| | Andel behandlede borgere (stationær + ambulat) behandlet i andre regioner (i pct.)* | | | Andel behandlede borgere (stationær + ambulat) behandlet på privathospitaler (i pct.)** | | | Takster i udvidet frit sygehusvalg (pct. DRG takst) ^a | | Realvækst i regionerne (pct.) | | | |
|------|---|-------------|-------------|---|----------|-------------|--|-------------|-------------------------------|----------|--------------------------|--------------------|
| | Hovedstaden | Syd-danmark | Midtjylland | Nordjylland | Sjælland | Hovedstaden | Syd-danmark | Midtjylland | Nordjylland | Sjælland | Udvidet frit sygehusvalg | Takst ^a |
| 2007 | 1,1 | 4,8 | 6,5 | 9,9 | 17,3 | 2,0 | 0,7 | 1,1 | 2,7 | 2,1 | Ja | 110 |
| 2008 | 1,1 | 3,5 | 6,1 | 8,5 | 16,7 | 3,1 | 1,4 | 1,8 | 4,6 | 3,6 | Delvist | 105 |
| 2009 | 1,1 | 3,2 | 5,9 | 7,4 | 16,8 | 3,2 | 1,1 | 1,6 | 3,8 | 3,5 | Delvist | 90 |
| 2010 | 1,1 | 3,2 | 5,3 | 7,0 | 16,8 | 3,3 | 1,4 | 2,3 | 4,8 | 3,8 | Ja | 88 |

a. Opgørelsen af taksterne er baseret på udregninger af henholdsvis Danske Regioner og Brancheforeningen for Danske Privathospitaler og Klinikker. De er naturligvis behæftet med en vis usikkerhed, men der er ikke tvivl om, at taksterne i de udvidede fri sygehusvalg har været faldende over årene. Taksten for 2010 er således sandsynligvis lidt lavere end de angivne 88 pct.

Kilder: Hansen (2012: 5, 7); Danske Regioner (2009a, 2009b, 2010: 14); Brancheforeningen for Danske Privathospitaler og Klinikker (2011).

Region Syddanmark og Region Midtjylland og særligt Region Hovedstaden vil have selektive takststyringsmodeller, der i særlig grad er målrettet de mobile patientgrupper. Samtidig er det forventningen, at den generelt mere begrænsede ressourcerigelighed vil betyde, at alle regioner over tid vil begrænse takstfinansieringen fx i form af loft og lavere takster. Det undersøges i tabel 2 nedenfor.

Hovedstaden er kendetegnet ved en høj grad af generel takstfinansiering, der udgør 55 pct. af DRG-taksten for aktivitet over basislinjen, og der er ikke noget loft på aktiviteten. Den eneste modererende faktor er, at regionen har indføjet i takstmodellen muligheden for administrativt at kunne indføre lof-

Table 2. Afregningsmodeller i regioner over tid

| Region | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | | | |
|-------------|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Hovedstaden | Afregning over basislinjen | 55 | 55 | 55 | 55 (godkendelse) | | |
| | Inkluderede områder | Somatik | Somatik | Somatik | Somatik | | |
| | Målrettede områder/puljer | Nej | Nej | Nej | Nej | | |
| Syddanmark | Afregning over basislinjen | 55 (14) | 55 | 55 | 55 | | |
| | Inkluderede områder | Elektiv, amb. medicinsk (& akut) | Elektiv, amb. medicinsk | Elektiv, amb. medicinsk | Elektiv, amb. medicinsk | | |
| | Målrettede områder/puljer | Nej | Nej | Nej | Nej | | |
| Midtjylland | Afregning over basislinjen | 55 | 50 | Suspenderet | 0 | 0 | 0 |
| | Inkluderede områder | Somatik | Elektiv + amb. medicinsk | Suspenderet | Elektiv + amb. medicinsk | Elektiv + amb. medicinsk | Elektiv + amb. medicinsk |
| | Målrettede områder/puljer | Nej | Nej | Nej | Ja (50) | Ja (50) (pakker og hjemtrækning) | |
| Nordjylland | Afregning over basislinjen | 20 | 20 | 20 | 20 | | |
| | Inkluderede områder | Somatik | Somatik | Somatik | Somatik | | |
| | Målrettede områder/puljer | Meraktivitet (70) Hjemtrækn. (80) | Meraktivitet (70) Hjemtrækn. (70) | Meraktivitet (70) Hjemtrækn. (60) | Meraktivitet (70) Hjemtrækn. (70) | | |
| Sjælland | Afregning over basislinjen | 70/55 | 70/55 | 70/10 | 70/10 | 70/55/10 | 70/55/10 |
| | Inkluderede områder | Somatik | Somatik | Somatik | Somatik | | |
| | Målrettede områder/puljer | Nej | Ja (55) (særlig meraktivitet) | Nej | Nej | | |

Kilde: Dørken et al. (2012).

ter, hvis der er behov for at begrænse aktiviteten. Region Hovedstadens model er heller ikke selektiv, da hele det somatiske område er omfattet. Til sidst i perioden introduceres der en mere formel begrænsning af takstfinansieringen, idet der i 2010 (og i særdeleshed 2011) vil skulle ske forhåndsgodkendelse af aktivitet over basislinjen, hvis aktivitet skal finansieres.

Region Syddanmark er kendetegnet ved, at der her også er en høj grad af takstafregning til 55 pct. af DRG-taksten for aktivitet over basislinjen. Der er heller ikke noget loft. Modsat Region Hovedstaden er modellen imidlertid målrettet, idet den foruden akutte patienter heller ikke belønner sygehusene for ekstra aktivitet på det stationære medicinske område, hvor de mindst mobile patienter findes. Der er ikke over tid tegn på forsøg på opbremsning i form af fx introduktion af lofter i modellen.

Region Midtjylland er kendetegnet ved, at den starter med en høj grad af takstfinansiering med en afregning på 55 pct. af DRG-taksten for aktivitet over basislinjen også uden loft. Den minder således en del om modellen i Region Hovedstaden, særligt fordi der heller ikke er nogen målretning mod bestemte patientgrupper. Allerede midt i 2007 ændres takstmodellen, da afregningen for aktivitet over basislinjen fjernes for de stationære medicinske patienter. Derefter kører Region Midtjylland under suspensionen af det udvidede frie valg og frem til midten af 2009 med en model, hvor der slet ikke er nogen afregning for aktivitet over basislinjen. Fra midten af 2009 introduceres så en række mindre puljer med afregning på 50 pct. af DRG-taksten til særlige mobile grupper.

Region Nordjylland er kendetegnet ved, at den har en lav afregningstakst på 20 pct. af DRG-taksten for aktivitet over basislinjen (dog uden loft), men til gengæld har den nogle store puljer målrettet meraktivitet og hjemtrækning af aktivitet fra andre regioner og private sygehuse, og disse puljer har takster på henholdsvis 70 pct. og mellem 60 og 80 pct. af DRG-taksten i hele perioden. Der kan ikke ses noget tegn i modellen på, at man forsøger at bremse op fx gennem indførelse af lofter.

Region Sjælland er kendetegnet ved, at den i hele perioden fastholder en meget høj afregningstakst på 70 pct. af DRG-taksten for en del af aktiviteten over basislinjen. Frem til storkonflikten i 2008 kan der ydermere produceres videre til 55 pct. af DRG-taksten uden loft, når produktionsgrænsen for de 70 pct. var nået. Fra foråret 2008 blev dette såkaldt sekundære takstloft sat ned til 10 pct. af DRG-taksten, og i sidste halvdel af 2010 blev det sat ned til 0 pct. Der blev altså indført et loft, så takstfinansieringen med 55 pct. kun kunne fortsætte til et vist niveau, men Region Sjælland har fastholdt en generel takstfinansiering uden målretning mod mobile patientgrupper.

Den første forventning var, at der skulle være en tendens til øget opbremsning i modellerne i form af fx lofter i løbet af perioden, og den har fundet en vis støtte. Dette er sket i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Sjælland, mens kun Region Nordjylland og Region Syddanmark ikke har lagt en opbremsning ind i deres modeller. De har omvendt heller ikke gjort deres modeller mere aktivitetsfremmende gennem mere takstfinansiering.

Den anden forventning var, at især Region Nordjylland og Region Sjælland ville have en betydelig selektivitet i deres takststyringsmodeller, da de to regioner har de mest mobile patienter. Region Nordjylland passer meget fint med forventningen, da regionen kombinerer en relativt lav generel takstfinansiering med en udpræget selektiv takstfinansiering af de mest konkurrenceudsatte behandlinger. Region Sjælland er imidlertid mere problematisk for forventningen, da regionens takstmodel kombinerer en relativt høj generel takstfinansiering med en beskeden grad af selektiv finansiering af de behandlinger, der bruges af de mest mobile patientgrupper.

Begrundelser for regionernes takststyringsmodeller

Det ser således ikke ud til, at patientmobilitet og det generelle økonomiske pres på regionerne alene kan forklare valget af takststyringsmodeller i regionerne. Andre forhold kan have spillet ind. Tabel 3 viser således, hvordan regionerne begrunder valget af takststyringsmodeller, og hvorfor man har foretaget (eller ikke foretaget) ændringer af modellerne.

Region Hovedstaden er kendetegnet ved, at takstmodellen, som har været relativt stabil, først og fremmest er lavet til at skabe aktivitet. Dog har man ønsket, at det ikke pludselig løber løbsk, og har derfor indført en nødbremse i form af en bestemmelse om, at der administrativt kan indføres et loft. Man ser også en selvstændig værdi i stabilitet, hvilket alligevel ikke har afholdt Regionerne fra i 2010 at indføre administrativ godkendelse af meraktivitetsprojekter med henblik på at holde yderligere hånd i hanke med udgifterne. Det er i overensstemmelse med hypotesen, at man i en region, der ikke står over for noget stort udgiftspolitisk dilemma, ikke vil indrette takstmodellen ud fra frygten for at miste borgere til behandling i andre regioner. Samtidig har man netop indført administrativ godkendelse af meraktivitet ud fra et ønske om at begrænse udgifterne, hvilket netop svarer til antagelsen bag forventningen om, at regionerne vil reagere på det stigende generelle udgiftspres ved at indlægge begrænsninger i takstmodellerne.

Region Syddanmarks målretning af sin takstmodel har været begrundet i en række forhold, herunder ønsket om at beskytte nogle svage patientgrupper mod incitamentsstyring, et ønske om øget produktivitet samt ikke mindst at

sikre sig mod risikoen for, at for mange patienter forsvinder ud til behandling i andre regioner og på privathospitaler. Region Syddanmark understøtter antagelsen om, at dilemmaet mellem ønsket om både økonomisk styring og høj aktivitet ligger til grund for indretningen af deres takstmodel.

Region Midtjylland forklarer valget af den oprindelige takstmodel med hensynet til at øge aktiviteten generelt. De senere ændringer – med undtagelse af den rene rammestyring i forbindelse med konflikten og suspensionen af det udvidede frie valg – begrundes først og fremmest med ønsket om at sikre budgetoverholdelse og dernæst med ønsket om at håndtere patienters valg af behandling uden for regionen. Det er således i overensstemmelse med forventningen om, at det generelle udgiftspres vil føre til større brug af lofter.

Region Nordjylland er kendetegnet ved, at der er et meget stort fokus på patientmobilitet, hvilket helt svarer til forventningerne. De bemærkelsesværdige manglende tegn på opbremsning viser sig imidlertid ikke at være udtryk for en manglende opbremsning. Opbremsningen er sket gennem andre ledelsesmæssige tiltag, og takstmodellen følger først efter i 2011. Man har dog ikke den store tiltro til modellen som et styringsmiddel i forhold til sådanne kursændringer. Det udfordrer en væsentlig antagelse bag artiklens hypotese, nemlig at man gennem de formelle afregningssystemer rent faktisk formår at styre hospitalernes adfærd.

Endelig er der Region Sjælland, der opfører sig anderledes end forventet, da regionen kun har haft en moderat målretning af takstmodellen. Regionen har dog som forventet foretaget en opbremsning i modellen gennem indførelse af lofter. Men Region Sjællands model begrundes rent faktisk også ud fra konkurrencesituationen, men fokus er ikke så direkte på at holde på konkrete patientgrupper, men i stedet på at håndtere situationen gennem en generelt højere produktivitet. Det vurderes således ikke, at der har været behov for at udskille bestemte mobile patientgrupper i modellen. Ydermere betoner man også, at lighedshensynet er vigtigt, hvilket også taler imod at målrette modellen mod bestemte patientgrupper. Samtidig er man også bevidst om, at en række opstramninger, som man rent faktisk foretager, er problematiske i forhold til håndtering af dilemmaet. På den anden side er der en skepsis, ligesom i Region Nordjylland, i forhold til hvor meget man reelt kan styre med takstfinansiering. Det er dog en klar opfattelse af, at taksterne kan bruges til at sende signaler til hospitalerne. For det andet er der en forestilling om, at det er i forhold til nogle andre mere strukturelle parametre, at problemet med de mange udenregionale patienter skal håndteres, hvilket ligeledes tyder på, at antagelsen om de formelle takstmodellers gennemslagskraft skal modereres.

Table 3. Begrundelser for valg af takststyringsmodel blandt centrale administrative aktører på økonomiområdet

| Begrundelser for startmodel | | | |
|--|--|--------------|--|
| Hovedstaden | Syddanmark | Midtjylland | Nordjylland |
| Loft unødvendigt hvis budgettet holder | Skal honorere fornuftigt omkostningsniveau | Mere er godt | Mere aktivitet hvor man er konkurrenceudsat |
| Mere aktivitet for penge | Afbalancere dialog | | Ville have højere end 20 pct. afregning hvis midler |
| Nødbremse | Ikke udfordre det akutte Det elektriske kan skrue op og ned Flytte mod planlagte forløb Håndtering af konkurrence | | Udgiftshensyn spiller mindre rolle Nå produktivitetsskravet Ligebehandlingsprincip for alle områder |
| | | | Sjælland Vil producere rigtigt meget Gennemskuelighedsønske ved at stille grupper lige Den medicinske patient skal der også være plads til Skal give lavere enhedsomkostninger givet kæmpe udenregionalt forbrug |

- fortsætter -

| Begrundelser for stabilitet og forandring | | | |
|--|--|--|---|
| Hovedstaden | Syddanmark | Midtjylland | Nordjylland |
| <p><i>Stabilitet</i></p> <p>Passe på at lave for meget om</p> <p><i>Bevægelse mod ramme-styring</i></p> <p>I 2011 sattes automatik-ken (i adm. godkendelse) ud af kraft</p> <p><i>Skepsis over for modelkens effekter på udgifter</i></p> <p>Man ved jo ikke helt, om aktiviteudsudvikling har med vores regesæt at gøre</p> | <p><i>Ønske om stabilitet</i></p> <p>Lade være at lave om (det kan systemet ikke indrette sig på)</p> <p><i>Forudsætninger for stabilitet</i></p> <p>Benhård økonomistyring</p> <p>Vi kan godt tåle et enkelt år, hvor vi skal betale mere, end vi havde budgetteret</p> | <p><i>Fra takst mod ramme</i></p> <p>Forsøg på udgiftskontrol</p> <p>Løft da økonomien strammer til</p> <p>Undgå patienter går ud af region, hvis man klap-per kassen i</p> | <p>Små forandringer</p> <p>Mindre tilskyndelse til at trække tom aktivitet hjem</p> <p><i>De facto bevægelse mod rammestyring</i></p> <p>Mere fokus på ramme-styring i 2010</p> <p>Signaleret at X sygehus maksimalt kan trække x mio. på meraktivitetsaf-regning</p> <p>Få sendt ændrede signaler ud</p> <p><i>Skepsis over for modellefer på udgifter</i></p> <p>Det er ikke takststyring (...) det er ledelse</p> <p>Fintuningsmodeller dur ikke, når man har radikale kursskifter</p> |
| | | <p>Jylland</p> <p><i>Stabilitet</i></p> <p>For radikale og for hyp-pige ændringer, så mister det sin effekt</p> <p><i>Fra aktivitets-til udgifts-fokus</i></p> <p>Bruge takststyringen til at understøtte budget-toverholdelse</p> <p>Signalværdi: hertil ven-ner og ikke mere</p> <p>Hvis vi skærer for meget, så er det bare direkte ud af regionen. Når vi har gjort det, så er det fordi, det er på struktursiden, at vi mente, vi kunne gøre noget markant.</p> <p>Skepsis over for model-lens effekter</p> | |

Analysen kan opsummeres på den måde, at der klare indikationer på, at man i regionerne har forsøgt at håndtere det udgiftspolitiske dilemma gennem indretningen af takstmodellen, men det er sket i et samspil med andre forhold og hensyn. Det større generelle udgiftspres er således blevet reflekteret i modellerne. Samtidig er der dog indikationer på, at værdier såsom lighed sætter begrænsninger for, hvordan man i regionerne opbygger sin takstmodel. I Region Sjælland indikerer interviewmaterialet således, at lighed mellem patientgrupper er et centralt hensyn, der begrænser tilpasningen af takstmodellen til presset fra det udgiftspolitiske dilemma.

Konklusion

Udgangspunktet for artiklen er det udgiftspolitiske dilemma, som regionernes nye rammevilkår har stillet dem over for. Regionerne er underlagt en fast udgiftsramme uden, at de samtidig selv kan kontrollere deres aktivitet, da regionens patienter har ret til at søge behandling uden for regionen eller på private sygehuse på regionens regning. Baseret på antagelserne fra rationel institutionel teori var den første forventning, at regionerne på grund af de nye rammevilkår ville presse staten for flere midler til sygehusdriften, og at de ville have gode muligheder for at have held med dette forehavende. Dét viste sig at holde stik. Den anden forventning var, at regionerne også ved udformningen af deres takstfinansieringssystem ville søge at håndtere det udgiftspolitiske dilemma. Jo stærkere dette dilemma var, desto mere ville regionen finansiere meraktivitet, der var rettet mod de mest mobile patientgrupper, der ellers vil søge behandling andetsteds. Samtidig var det forventningen, at den mindre ressourcelighed i regionerne generelt har nedtonet takstmodellernes økonomiske tilskyndelse til at fremme aktiviteten. Der er i regionernes takstmodeller klare tegn på målretning af takstfinansieringen mod særligt mobile grupper samt særlige meraktivitets- og hjemtrækningspuljer. Der er til gengæld ikke systematisk sammenhæng mellem dilemmaets styrke og konkurrenceorienteringen af takstmodellerne, idet særligt Region Sjællands takstmodel er mindre selektiv end forventet. Til gengæld viser den kvalitative analyse af begrundelser for udformningen af regionernes takstmodeller klare tegn på, at patientmobiliteten har betydning. Flere andre forhold spiller imidlertid også ind. For eksempel er der en vis mistro til, hvor effektive takstmodeller egentlige er til styring af sygehuse. Dette understreger for det første, at selvom institutionelle valg forsøges styret af rationelle hensyn, vil der være usikkerhed knyttet til disse valg. Ledelse foregår således ikke en i situation med fuld sikkerhed om konsekvenserne af institutionelle valg. Der er givet den økonomiske incitamentsteori også gode grunde til at tro, at det på sygehusområdet givet forhold som lav troværdighed,

professionel motivation samt det meget aggregerede niveau, hvor takstmodellerne sætter ind, vil være svært at få stærke og entydige effekter af ændringer i takstmodeller (Andersen et al., 2010; Dixit, 2002; Burgess og Ratto, 2003). Den kvalitative analyse viser imidlertid også, at normative lighedshensyn modererer sammenhængen mellem de økonomiske tilskyndelser og udformningen af takstmodellen. Tilpasningen af modellen til udfordringerne sker således inden for rammerne af nogle politiske og normative værdipræmisser. En forståelse af regionernes adfærd må derfor også bygge på sådanne mere normative aspekter (Jørgensen, 2002; Le Grand, 2003). Men samlet set kan takstmodellernes udformning dog ses som et grundlæggende rationelt bidrag til at adressere de udgiftspolitiske udfordringer, som regionerne står over for.

Samtidig er det værd at bemærke, at uanset om takstmodellerne fuldt ud evner at bidrage til at løse regionernes udgiftspolitiske dilemma, har de klare fordelingsmæssige konsekvenser for patienterne. Selektiviteten i takststyringsmodellerne har som påpeget den tilsigtede konsekvens at øge aktiviteten på områder, hvor patienterne er mest mobile. Det er imidlertid ikke nødvendigvis inden for de områder, hvor patienterne er mest syge eller ressourcetsvage. Tværtimod er der ofte tale om relativt velfungerende og ressourcestærke patienter, der har brug for mindre kirurgiske indgreb, og som har mulighed for og overskud til at søge behandlingen uden for hjemregionen. Det giver god økonomisk mening at søge at holde på disse patienter på bekostning af svagere patienter, der ikke evner at søge behandling uden for regionen, men det er ikke nødvendigvis en rimelig prioritering ud fra en række andre, ikke økonomiske hensyn, det være sig lighedsbetragtninger eller hensyntagen til de svageste og mest behandlingskrævende patienter, der er gængse og hæderkronede hensyn inden for sundhedsvæsenet. Hvis man hylder lighedshensyn eller hensynet til de svageste grupper, skal man – her som på andre offentlige serviceområder – være varsom med at give offentlige myndigheder et økonomisk incitament til at forfølge andre målsætninger. Det kunne jo være, at de fulgte dem.

Note

1. Artiklens datagrundlag vedrørende den interne takststyring stammer fra et fælles forskningsprojekt mellem KREVI, Forskningsenheden for Sundhedsøkonomi og denne artikels forfattere (begge fra AU) (se www.krevi.dk for en nærmere beskrivelse), der bygger på en dokumentgennemgang af takststyringsmodellerne i de fem regioner for perioden 2007-2010 samt interviews med to til tre centrale administrative aktører i hver region. Interviewene bruges til at supplere dokumenterne i forhold til at beskrive udviklingen i regionernes takstmodeller samt til at analysere de motiver og forestillinger, der har været knyttet til udformningen af modellerne

i hver region. Interviewene er (blandt andet) blevet kodet med en kode, der indikerer, at et tekststykke indeholder et udsagn, der belyser regionernes begrundelser for valg af takstafregningsmodel. Selve analysen er komparativ, og regionernes karakteristika og modeller analyseres både over tid og mellem regionerne med henblik på at undersøge, hvorvidt dilemmaets styrke er reflekteret i takstmodellerne. Dette suppleres med sammenligninger af de begrundelser og forestillinger, der har ligget bag regionernes modeller. De anvendte displays indeholder kondenseringer af interviewpersonernes udsagn, og alle typer udsagn – også dem som måtte stride imod hovedtendensen i displayet – er præsenteret.

Literatur

- Andersen, Lotte Bøgh, Mads Leth Jakobsen, Thomas Pallesen og Søren Serritzlew (2010). *Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor*, 1 udg. Aarhus: Via Systime
- Andreasen, Michael Nyhus, Jes Søgaard, Jakob Kjellberg og Mette Bastholm Jensen (2009). *Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet, rapport fra DSI*. København: DSI.
- Ankjar-Jensen, Anni, Pernille Rosling og Lone Bilde (2006). Variable Prospective Financing in the Danish Hospital Sector and the Development of a Danish Case-mix System. *Health Care Management Science* 9: 259-68.
- Bech, Mickael (2004). *Choice of Hospital Reimbursement: Incentives and Tradeoffs*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Betænkning 471 (1968). *Statens refusioner af kommunernes udgifter*.
- Betænkning 1366 (1998). *Fordelingen af opgaver i den offentlige sektor*.
- Brancheforeningen for Danske Privathospitaler og Klinikker (2011). *Baggrundsnotat – Privathospitalerne er ikke overbetalte*. <http://privatehospitaler.dk/wp-content/uploads/Baggrundsnotat-Privathospitalerne-er-ikke-overbetalte-final.pdf>
- Burgess, Simon and Marisa Ratto (2003). The Role of Incentives in the Public Sector: Issues and Evidence. *Oxford Review of Economic Policy* 2 (19): 285-300.
- Danske Regioner (2007-12). *Økonomiaftale (2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012)*. <http://www.regioner.dk/Økonomi/Økonomiaftaler.aspx>
- Danske Regioner (2009a). *Aftale mellem Danske Regioner og BPK om vilkårene for private sygehuse og klinikker vedr. udvidet frit valg, Notat*. <http://www.regioner.dk/DanskeRegionerInternet/Aktuelt/Nyheder/2009/December/Nye%20delaftaler%20mellem%20Danske%20Regioner%20og%20privathospitalerne.aspx>
- Danske Regioner (2009b). *Fakta om takstniveau for private sygehuse i forhold til DRG-takster, Notat*. http://www.regioner.dk/Sundhed/-/media/Filer/Sundhed/Fakta_om_takstniveauet_for_private_sygehuse.aspx
- Danske Regioner (2010). *Styr på regionerne 2010*. København: Danske Regioner.
- Dixit, Avinash (2002). Incentives and Organizations in the Public sector: An Interpretative Review. *The Journal of Human Resources* 37 (4): 696-727.

- Dørken, Rasmus, Simon Feilberg, Torben Buse, Mads Leth Felsager Jakobsen, Thomas Pallesen, Xenia Brun Hansen, Søren Rud Kristensen og Mickael Bech (2012). *Takststyring i faste rammer. En analyse af takst- og økonomistyringen på sygehusområder*. Aarhus: Krevi.
- Finansministeriet (2011). *Budgetoversigt2*. København: Finansministeriet.
- Hansen, Xenia Brun (2012). *Appendiks til rapporten "Takster i faste rammer". Datadokumentation*. Aarhus: Krevi. http://krevi.dk/files/Appendiks_-_Hansen._Datadokumentation.pdf
- Horn, Murray J. (1999). *The Political Economy of Public Administration*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jegers, Marc, Katrien Kesteloot, Diana De Graeve og Willem Gilles (2002). A Typology for Provider Payment Systems in Health Care. *Health Policy* 60: 255-273.
- Jørgensen, Torben Beck (2002). *På sporet af en offentlig identitet – værdier i stat, amt og kommuner*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Knight, Jack (1992). *Institutions and Social Conflict*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Le Grand, Julian (2003). *Motivation, Agency, and Public Policy. Of Knights & Knaves, Pawns & Queens*. Oxford: Oxford University Press.
- Lov nr. 543 af 24. juni 2005 om regionernes finansiering.
- March, James G. og Johan P. Olsen (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2011). DRG-systemet. Takster. <http://www.sum.dk/Sundhed/DRG-systemet/Takster.aspx>
- Oates, Wallace E. (1999). An Essay on Fiscal Federalism. *Journal of Economic Literature* 37: 1120-1149.
- Pallesen, Thomas og Lars Dahl Pedersen (2008). Health Care in Denmark: Adapting to Cost Containment in the 1980s and Expenditure Expansion in the 1990s, pp. 227-250 i Erik Albæk, Leslie C. Eliason, Asbjørn Sonne Nørgaard og Herman M. Schwarz (red.), *Crisis, Miracles and Beyond*. Aarhus: Aarhus University Press.
- Pallesen, Thomas (1998). *Health Care Reforms in Britain and Denmark: The Politics of Economic Success and Failure*. Aarhus: Forlaget Politica.
- Pedersen, Lars Dahl (1997). *The Politics of Cost Containment in Public Services: Hospital Budgeting in Denmark, Germany, and the Netherlands, 1978-92*. Aarhus: Forlaget Politica.
- Stiglitz, Joseph E. (1991). Symposium on Organizations and Economics. *The Journal of Economic Perspectives* 5 (2): 15-24.
- Tjerbo, Trond og Terje P. Hagen (2009). Deficits, Soft Budget Constraints and Bailouts: Budgeting after the Norwegian Hospital Reform. *Scandinavian Political Studies* 32 (3): 337-358.