



UNIVERSITY OF SOUTHERN DENMARK

COHERE - Centre of Health Economics Research, Department of Business and Economics  
Discussion Papers, No. 2015:2  
ISSN: 2246-3097



## Økonomisk styring i den offentlige sektor: Kvantitet, kvalitet og sammenhæng i opgaveløsningen

(Financial management in the public sector: quantity, quality and service chains).

With extended English summary

by

Kjeld Møller Pedersen

University of Southern Denmark

COHERE, Department of Business and Economics  
Faculty of Business and Social Sciences  
University of Southern Denmark  
Campusvej 55  
DK-5230 Odense M  
Denmark  
[www.cohere.dk](http://www.cohere.dk)

## **Indholdsfortegnelse/table of contents**

Abstract .....	2
Sammenfatning .....	3
Summary .....	4
The issues: DRG and municipal co-financing .....	4
Brief answers .....	4
Criticism of the DRG-system.....	5
Experiment in the Central Denmark Region and Value based reimbursement.....	5
Municipal co-payment .....	6
Indledning .....	7
Baggrund.....	8
DRG som sydebuk .....	10
Forsøget i Region Midtjylland: Væk med DRG, mere fokus på kvalitet.....	15
Værdi-baserede takster i Sverige: Forløbstakster og belønning for god kvalitet.....	16
Den kommunale medfinansiering .....	18
Konkluderende bemærkninger .....	20
Litteratur .....	22

## **Abstract**

The present paper is a longer version of an article written for a special issue of *Samfundsøkonomen* (spring of 2015) on the work of the Productivity Commission. The mandate for the article was to discuss critically the findings and the recommendations of the Commission as regards financial management in the public sector. An extensive English summary is provided below.

The Danish Productivity Commission was set up by the government in 2012 with independent experts and specialists to analyze Danish productivity trends and to come up with specific recommendations for enhancing productivity in the private and public sector.

The commission among other things analyzed 'financial management' mechanisms in the public sector, i.e. public payment for services provided by public institutions (hospitals, high schools, universities etc). Examples are payment to hospitals based on diagnosis related groupings (DRGs), municipal co-payment for regionally provided health services to the citizens of the municipality – or value-added grants to universities (payment per student and/or per examen passed, often called 'taxameter payment').

Using reimbursement mechanisms in the health care as an example the commission found many of them lacking as regards incentives to create socially optimal results, not supporting/enhancing professional quality (rather than volume), and by creating incentives to focus on budgetary impact for the institution in question rather than societal impact. Hence, the tone was critical of activity based reimbursement schemes. In addition, the commission also found problems with reimbursement for 'service chains', e.g. patient related services from different authorities like municipality, region and general practice linked together in patient pathways, and collaboration across these jurisdictions. Hence, the overall recommendations were to ensure socially optimal reimbursement mechanisms. The commission focused more on criticism than on proposing alternatives.

The Commission's discussion of the DRG-system and municipal co-financing is analyzed critically against theoretical and empirical evidence. It is found lacking for DRG, in particular due to almost total absence of solid empirical evidence (as compared to 'case stories'), e.g. does DRG negatively impact professional quality, and for assuming perfect rational hospital and clinician behavior without regard for intrinsic motivation. The Commission's analysis of municipal co-financing including the proposal to change the system only to include regional health services is spot on and here supplemented with some often overlooked points when setting up this type of incentive system.

**JEL Classifications: H5, I18, I28, I110**

**Keywords: DRG, municipal co-financing, incentives, reimbursement, evidence**

## Sammenfatning

Produktivtetskommissionen fremhæver tre grundregler for økonomisk styring i den offentlige sektor. For det første skal konkrete ordninger fremme samfundsøkonomiske løsninger i modsætning til kasse-økonomiske. For det andet skal økonomistyringen fremme kvalitetsforbedringer og endelig skal økonomistyringen fremme samarbejde og sammenhængende ydelsesforløb.

Dette working paper drejer sig om en kritisk vurdering af Produktivtetskommissionen argumenter. En kortere version bliver offentliggjort i et temanummer af Samfundsøkonomen i foråret/forsommeren 2015.

Kommissionen illustrerer problemerne med aktivitetsbaseret afregning med eksempler fra sundhedsområdet: DRG og den kommunale medfinansiering. Kommissionens tilgang er primært kritisk og fremsætter ikke forslag til alternativer til DRG-ordningen, men foreslår den kommunale medfinansiering ændret til kun at omfatte ydelser, hvor kommunerne har en reel mulighed for substitution i modsætning til i dag, hvor alle regionale sundhedsydelser er omfattet af kommunale medfinansiering.

Kommissionens vurdering af DRG sammenfattes i min fremstilling sig på seks ofte fremsatte kritik-punkter, der dog ved en kritisk vurdering af teori og empiri næppe holder. De seks punkter er:

1. ”Den DRG-drevne aktivitet går ud over kvaliteten. Og slagordsagtigt: Mere volumen giver mindre kvalitet”.
2. ”DRG-styring øger aktiviteten mere end under rammestyring”
3. ”Undgå at omstille fra stationær til ambulans behandling, fordi aktivitetsværdien vil falde”.
4. ”Aktivitetsbaseret finansiering er med til at fastholde gammelkendte behandlingsmønstre”
5. Et uodynamisk DRG-system hindrer indførelse af nye behandlingsformer, fx telemedicin.
6. ”Sørg for at en patient, der har behov for flere ambulante undersøgelser, kun får et tilbud pr. dag. Ellers falder aktivitetsværdien”.

Dette følges af en kort omtale af et forsøg i Region Midjylland, hvor man på 9 hospitalsafdelinger har sat DRG ud af kraft og forsøgt at få mere fokus på kvalitet ved at lade afdelingerne selv vælge kvalitetsmål (i tilgift til de obligatoriske som indberettes til bl.a de kliniske databaser).

Forsøg i 7 svenske len med en model inspireret af Michael Porters ’value based health’ omtales med særlig vægt på ’vårdebaseret ersättning’

Kritikken af den kommunale medfinansiering er berettiget og forslaget om ændring til kun at omfatte kommunalt substituerbare ydelser er velbegrundet. Den kommunale medfinansiering er et mønstereksempel på en dårligt gennemtænkt incitaments ordning, der i realiteten ikke har incitamentsvirkninger. Sejs ofte oversete forhold ved udformning af incitamentordninger fremhæves:

1. Man skal have et minimum af fagligt kendskab til og indleven i området, hvor ordningen sættes i værk. Alene derfor skulle ordningen aldrig have omfattet alle regionale sundhedsydelser.
2. Man skal have rimelig kontrol over det, der skal substitueres. Det har således ofte været fremført, at kommunerne kan forebygge hospitalsindlæggelser, fx med forskellige akuttiltag (akutstuer på plejehjem, akutsygeplejersker m.m), men man overser her, at den reelle beslutningstager vedr. indlæggelser er de praktiserende læger
3. Hvis incitamentet skal være effektive, skal fordele/ulemper direkte berøre den/de involverede parter. En kommunal indsats for fx at forebygge fedme hos børn/teenagers vil i bedste fald først have virkning på forbrug af sundhedsydelser langt ude i fremtiden – og vil med tidens migrationsmønstre med høj sandsynlighed ikke tilfalde den investerende kommune.
4. Incitamentet har to sider: Hvordan påvirker det kommunerne, og hvordan påvirker det sygehusene. Man har overset sygehusene i tænkningen bag den kommunale medfinansiering.
5. Hvad er marginalomkostningerne ved en kommunal indsats sammenlignet med marginalomkostningerne på sygehusene. Hvis ikke kommunernes marginalomkostninger er mindre end sygehusenes medfører ordningen samlet set øgede sundhedsudgifter.
6. Den sjette og af alle underforståede regel er, at kommunal sundhedsadfærd primært er drevet af økonomiske incitamentet.

## Summary

The present paper is a longer version of an article written for a special issue of *Samfundsøkonomen* (spring of 2015) on the work of the Productivity Commission. The mandate for the article was to discuss critically the findings and the recommendations of the Commission as regards financial management in the public sector.

### Background

The Danish Productivity Commission was set up by the government in 2012 with independent experts and specialists to analyze Danish productivity trends and to come up with specific recommendations for enhancing productivity in Denmark's private and public sector.

The commission among other things analyzed 'financial management' mechanisms in the public sector, i.e. public payment for services provided by public institutions (hospitals, high schools, universities etc). Examples are payment to hospitals based on diagnosis related groupings (DRGs), municipal co-payment for regionally provided health services to the citizens of the municipality – or value-added grants to universities (payment per student and/or per examen passed, often called 'taxameter payment').

Using reimbursement mechanisms in the health care as an example the commission found many of them lacking as regards incentives to create socially optimal results, not supporting/enhancing professional quality (rather than volume), and by creating incentives to focus on budgetary impact for the institution in question rather than societal impact. Hence, the tone was critical of activity based reimbursement schemes. In addition, the commission also found problems with reimbursement for 'service chains', e.g. supplementary services from different authorities like municipality, region and general practice, and collaboration across these jurisdictions. Hence, the overall recommendations were to ensure socially optimal reimbursement mechanism. The commission focused more on criticism rather than on proposing alternatives.

The Commission focused on activity based reimbursement and the (side) effects of such mechanisms and used health care examples. It is stated that the thinking in principle holds in other public areas, i.e. the 'taxa-meter' system in higher education (although it was analyzed separately in one of the Commission's reports).

### The issues: DRG and municipal co-financing

For health care the DRG-based reimbursement system and the municipal co-financing system was singled out for analysis and recommendations. The flow of the following comments is as follows: Is the criticism of DRG well-grounded (theoretically and empirically), are there better and viable alternatives (an experiment in the Central Denmark Region and value-based reimbursement in the spirit of Michael Porter and ongoing Swedish work) available, and is the recommendation about changing the municipal co-financing of regional health care well argued.

### Brief answers

The brief answers to the above are: No, in general the criticism of the DRG-system is misdirected and often ill-informed, but nevertheless it is relevant to look for alternative (and better) reimbursement systems for hospitals. The experiment in the Central Denmark Region is interesting, but the effectiveness as an alternative to DRG remains to be proven. Value based reimbursement in many respects is old wine on new bottles: Bundeled payment combined with something akin to P4P (pay for performance). In some respects, e.g. the costing of the bundled services, it seems to be overlooked that ABC-costing is already used for DRG-costing, but now proposed substituted with time based activity costing which essentially just is a simpler version of the original Kaplan ABC-costing concept.

The recommendation to radically change the municipal co-financing scheme is well argued. The system illustrates a very flawed thinking about incentives. The surprising thing is that it has not yet been changed after seven years.

## Criticism of the DRG-system

The point of departure for the discussion is six commonly stated criticisms, most of them to be found in the Commission's report. Here they are discussed critically as regards validity and empirical support for the statement. They are summarized below followed by brief statements about the validity of the claim.

1. *"DRG-based reimbursement leads to lower professional quality"*  
Not scientifically documented, and available data from Danish clinical registers does not point in that direction. Undocumented case stories do exist, however.
2. *"DRG-based reimbursement leads to higher activity level than under budget ceilings ('rammebudget')"*  
No evidence points to this conclusion. However, a feature of the Danish financing system – the so-called 'activity pool' for decreasing waiting time - however, most likely leads to an increase in the activity because money from the pool is only released if the activity level of previous years are exceeded. However, the pool at best amounts to 2-3% of total hospital expenditures. And the municipal co-financing scheme may also be activity generating. However, no documentation exists.
3. *"Transition from in-patient to out-patient treatment is hampered by the DRG-system because revenues decline if change-over takes place."*  
Statistics on the move from in-to outpatient treatment does not support the claim. In addition special DRG-rates – so-called grey-zone treatment rates (can either be in-or outpatient treatment) – have been developed for this situation
4. *"Activity based reimbursement hampers introduction of new treatment modalities (two examples: Shoulder surgery vs. physiotherapy and telemedicine as alternative to outpatient treatment)"*  
The question is whether the barrier is of economic nature or rather norms among clinicians and/or lack of documentation for telemedicine substituting out-patient-treatment.
5. *"If a patient needs more than one treatment per day, make sure to spread it on several days to get more reimbursement." (due to rules about when reimbursement is given)*  
There are true case-stories that this may be the case. However, so-called 'same day DRG-packages' have been developed to handle this situation.

The arguments above are based on the thinking behind perfect rational economic man and that the hospital may force/persuade clinicians to base treatment decisions on economic incentives only. This may be a very doubtful assumption. If ideas like intrinsic and extrinsic motivation were introduced and to what extent DRG based reimbursement crowds out intrinsic motivation, much would be gained in the thinking about how incentives influence behavior.

## Experiment in the Central Denmark Region and Value based reimbursement

To illustrate alternatives or supplements to the DRG system, two possibilities are discussed. They were not proposed by the Productivity Commission that in general abstained from providing full alternatives, but only indicated improvement possibilities.

In a search for alternatives to activity based reimbursement the Central Denmark Region has introduced an experiment involving 9 hospital departments across 5 hospitals. There are two main ideas: Suspension of DRG-based reimbursement and introduction of departmental defined measures of quality. The idea is to lower the pressure for increased activity and more focus on quality, presumably to increase the intrinsic motivations of health professionals. However, the departments must stay within the ceilinged budget, must still (like other hospitals) increase productivity annually by 2 percent etc.. It is too early to pass judgment on the experiment.

Seven Swedish counties are experimenting with Michael Porter's ideas about 'value based health care' and 'value based reimbursement' where value refers to outcome based thinking. There is a degree of overselling of the experiments: much is promised but more remains to be delivered, i.e. how much bundled payment in reality (DRG + pre-and posttreatment out-patient visits?), the incentives for better value (health improvement) looks basically very much like P4P (payment for performance).

## Municipal co-payment

Municipal co-payment was introduced in 2007 in conjunction with a far reaching local government reform. The municipalities receive about 20% of the block grant for national health care. The idea is that this funding is used to pay (partially) for regional health services provided to the citizens of the municipality. The thinking is that such a payment system should provide incentives for municipalities to develop substitutes for regional health services. All regional health services provided to municipal citizens have to be paid for. This, however, obviously is the Achilles heel of the idea in that municipalities of course cannot offer substitute services for all regional health services, e.g. transplantation, hip replacement or AMI. – in particular because municipalities must not employ physicians providing curative services.

The Productivity Commission proposed to change the arrangement to include only services where the municipalities in reality can provide substitutes for regional health services. A conclusion that the present author agrees entirely with.

The municipal co-financing is an example of an incentive system introduced without analysis and without regard for essential features of incentives. Five points that are often overlooked when developing incentives schemes are summarized below – all of which were disregarded when developing the municipal co-financing scheme. Some of them are obvious in that they are usually assumed to be in place.

1. In order to develop incentive schemes a reasonable degree of 'feel' of the issue is essential, e.g. that substitution is not possible for all regional health services.
2. A reasonable degree of control over services to be substituted is essential, e.g. if municipalities try to substitute hospitalizations for specific group, they must control the decision to hospitalize and/or the relevant physician provided services for non-hospitalized citizens. However, this control rests with GPs who are part of the regional health service.
3. If incentives are to be effective, benefits and costs must accrue to the initiating part (municipalities). However, in many cases benefits are medium or long term, and in view of modern migration patterns hence may not accrue to the initiating municipality. According to orthodox economic thinking this would seriously weaken the incentives to substitute.
4. Incentives are two sided: Incentives for the municipality and (derived) incentives for the hospitals. How will hospitals react, e.g. some hospitals provide 'hospital at home' services – fully paid for by the hospital. Would hospitals continue with this under a municipal co-payment scheme.
5. Are the marginal costs of providing substituting municipal services lower or equal to for hospital provided services? If not, total health expenditures may increase. The partial payment for municipalities apparently have not been set with this in mind.

Two reports on municipal co-payment have not changed the system. A likely reason is that Local Government Denmark looks at it as a leverage for more influence on health policy when negotiating with central government and disregards the original intentions of the system while individual municipalities view it as a flawed and not functioning incentive system.

## Indledning

Produktivitetskommissionen fremhæver (Produktivitetskommissionen 2013) tre grundregler for økonomisk styring i den offentlige sektor. For det første skal konkrete ordninger fremme samfundsøkonomiske løsninger i modsætning til kasse-økonomiske. For det andet skal økonomistyringen fremme kvalitetsforbedringer og endelig skal økonomistyringen fremme samarbejde og sammenhængende ydelsesforløb. Forfølger man disse principper skulle det angiveligt under ét føre til gode resultater i en ikke nærmere defineret forstand, men der tænkes formentlig på bedre kvalitet og bedre sammenhæng i ydelseskæder. Principperne blev eksemplificeret ved den økonomiske styring af de offentlige sundhedsydelser, men menes at have bredere gyldighed.

Produktivitetskommissionen gør langt mere ud af svaghederne ved eksisterende ordninger end alternativerne, der som hovedregel kun skitseres løst. Derfor gøres der en del ud af alternativerne i denne artikel for at vurdere, om de reelt er bedre. I analysen af uddannelsesområdets taxameterordninger hedder det med klædelig beskedenhed: ”Hvordan finansiering og styring af lærestalterne præcis skal gribes an, er et kompliceret spørgsmål, som ikke har noget simpelt svar”, p. 124 (Produktivitetskommissionen 2014). Det er utvivlsomt sandt, hvilket også vil fremgå af denne artikel.

På den ene side er det urimeligt at forvente gennemarbejdede alternativer, men på den anden side skaber kombinationen af relativ hård kritik af eksisterende ordninger og løse skitser af nye løsninger en svaghed, hvor kritikken huskes, medens nye løsninger virker tillokkende, men hvor man let overser, at djævelen altid ligger i detaljen.

Kommissionen definerer ikke økonomistyring præcist, men ud fra sammenhængen er der overordnet tale om incitamenterne i forskellige afregningsordninger, fx taxameterordningen for undervisningsområdet eller DRG-afregning for sygehusene (DRG: Diagnose-relaterede grupper). Ved afregningsordninger forstås de måder, hvorpå den finansierende part, fx et ministerium, en region eller en kommune, betaler for ydelser produceret af relevante institutioner (uddannelse, sundhed m.m.).

Om taxameterordningen på uddannelsesområdet hedder det kritisk, at den ikke understøtter fokus på arbejdsmarkedet. Uddannelsesinstitutionerne finansieres af taxametersystemet, som udløser et tilskud, når studerende færdiggør deres uddannelse. Der ligger i taxametersystemet ingen tilskyndelser til at give studerende kompetencer, der giver dem høj produktivitet. Ét af forslagene lyder, at Finansieringssystemet indrettes, så uddannelsesinstitutionerne får klare tilskyndelser til at udbyde uddannelser, der giver dimittenderne høj beskæftigelse og løn. Styringen af uddannelsesinstitutionerne sikrer, at nye uddannelser kun oprettes, fordi der er et reelt behov på arbejdsmarkedet og ikke som en konsekvens af forskelle på taxametersatser.

Generelt kan det om Produktivitetskommissionens kritik af de offentlige afregningsordninger noteres



- skepsis overfor aktivitetsbaseret afregning – uanset om det er taxameterordningen eller DRG-systemet på sygehusene
- at aktivitetsbaseret afregning ikke understøtter kvalitet
- at aktivitetsbaserede ordninger langt fra altid er samfundsøkonomisk hensigtsmæssige

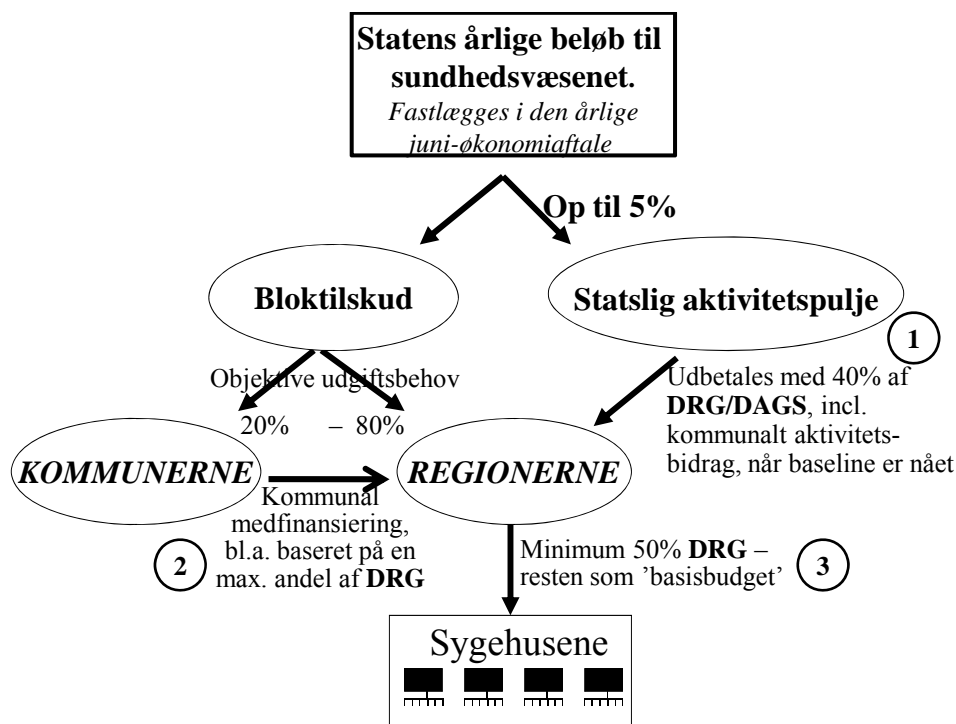
Produktivitetskommissionen illustrerer også et gammelkendt dictum, om at økonomiske incitamenter virker, men ikke altid efter hensigten. Udformning af afregningsordninger er kompliceret og kræver dyb faglig indsigt i den pågældende sektor. Dette vil bl.a. blive illustreret nedenfor ved diskussionen af den kommunale medfinansiering, der er usædvanligt dårligt gennemtænkt.

Til kommissionens tre principper for økonomistyring kunne man tilføje yderligere to: Ordningerne skal være lette at administrere og transparente. Der sker nemlig det, at nye ordninger i forsøget på at opfylde flere mål samtidig ofte ender med at være komplicerede.

Det følgende er opbygget således, at der startes med en skitse af sundhedsvæsenets økonomiske mekanismer efterfulgt af en kritisk vurdering af argumenterne mod DRG i form af 6 ofte hørte påstande, som Produktivitetskommissionen i et vist omfang viderebringer lidt for ukritisk. Dette følges af en beskrivelse af et forsøg, der skulle være et alternativ til DRG. Dette glider over i forsøg med 'værdibaseret' afregning, hvor der fokuseres på såvel forløb som kvalitet, illustreret ved de svenske forsøg. Det sidste hovedafsnit drejer sig om den kommunale medfinansiering, som udsættes for en krads kritik og støtte til Produktivitetskommissionens forslag.

## **Baggrund**

Hvis man skal forstå væsentlige dele af kritikken af DRG, skal man have et overblik over sundhedsvæsenets økonomi, figur 1, der læses oppe fra og nedefter.



**Figur 1: Sundhedsvæsenets økonomiske rammer og mekanismer**

I forhold til denne artikels problemstillinger er der tre nedslagspunkter i figuren: 1) aktivitetspuljen, 2) den kommunale medfinansiering og 3) DRG-afregning med sygehusene.

Den statslige aktivitetspulje for 2015 er på 1,3 milliarder kr. og fordeles mellem regionerne ud fra bloktilskudsnøglen. Puljebeløbet er gradvist blevet mindre, fx var det i 2011 knap 4 mia. kr. Puljen blev dannet i 2002 med det formål at give sygehusene incitament til at øge behandlingskapaciteten og nedbringe ventelisterne – den gang kendt som 'Løkke-puljen'.

Princippet i aktivitetspuljen er, at regionerne får del i aktivitetspuljen, hvis aktiviteten opgjort i DRG-værdi når højere op end et fastlagt aktivitetsniveau, som kaldes baseline. Det fastsatte aktivitetsniveau (baseline) fastlægges i forbindelse med økonomiforhandlingerne ud fra værdien af det foregående års behandlingsaktivitet, dvs. i en vis forstand, hvad man med rimelighed kan forventes realiseret med regionernes egne midler. Regionerne får derfor del i de midler, der er afsat i aktivitetspuljen, hvis behandlingsaktiviteten er større end den fastsatte baseline.

Aktivitetspuljen er i perioden med lavkonjunktur og lav/negativ vækst i sundhedsudgifterne blevet anset som aktivitets-drivende i en tid, hvor man af al kraft har forsøgt at dæmpe aktivitetsvæksten. Logikken er simpel: Skal man have andel i pengene, skal produktionen være højere end det foregående år, jfr. foregående afsnit. Med økonomiaftalen for 2014 (Regeringen and Danske Regioner 2013) tog man dog meget af det aktivitetsdrivende ud af ordningen. Man reduceres puljens størrelse, reducerede betalingen for marginale aktivitetsforøgelse ud over baseline fra 70 (og i nogle tilfælde 100%) til 40% af DRG/DAGS-taksten, og der blev givet øget fleksibilitet i forhold til at korrigere for ikke DRG-baseret

aktivitet.

Den kommunale medfinansiering, der diskuteres i et særskilt afsnit nedenfor, er en kommunale betaling for behandling af kommunens borgere i det regionale sundhedsvæsen. For sygehusenes vedkommende er betalingen for somatisk behandling en andel af DRG-taksten. Ordningen kan opfattes som aktivitetsdrivende i den forstand, at de kommunale penge jo kun kommer til udbetaling, hvis der er behandlingsaktivitet – og da de 20% til kommunerne opfattes som en del af den samlede finansiering af det regionale sundhedsvæsen har regionerne i sagens natur brug for disse penge.

DRG er en forkortelse af diagnose relaterede grupper – et system, der grundlæggende blev udviklet i USA i 1980erne og har bredt sig til hele verden. Det danske DRG-system består af godt 700 takster for stationær behandling, fx blodprop i hjertet, blindtarmsbetændelse og kunstig hofte (DRG=diagnose-relateret gruppering). Taksterne er de samme for alle sygehuse – dvs. en slags eksogene 'priser' – baseret på omkostninger fra de sygehuse, der udfører de pågældende aktiviteter. Den konkrete DRG-takst er et gennemsnit på tværs af de sygehuse, der udfører de pågældende behandlinger. Der findes tilsvarende omkring 200 takster for ambulant-behandling, såkaldte DAGS-takster (dansk ambulant grupperings-system). DRG og DAGS vedligeholdes og videreudvikles af Statens Serum Institut (Statens SerumInstitut 2015).

Den systematiske indførelse af DRG skete i perioden 1999 – 2005. Det tredje nedslagspunkt i figur 1 vedrører den DRG-baserede afregning mellem region og sygehus. I forskellige økonomiaftaler er den andel af sygehus-budgettet, der betales som DRG, gradvist blevet udvidet fra 20 til minimum 50%, ligesom DRG bruges ved afregning mellem regioner for behandling af andre regioners patienter. Her afregnes med 100% DRG-takst. DRG-systemet er blevet kritiseret for mange ting. Dette diskuteres kritisk i næstfølgende afsnit.

## **DRG som syndebuk**

Seks eksempler illustrerer overskriften. Når man ser på kritikken af DRG-systemet, kan det virke som en nærmest socialkonstruktivistisk italesættelse, hvor der enten er tale om teoretiske og ofte meget stiliserede argumenter og/eller fravær af understøttende empiri. Det er tankevækkende at notere, hvor lidt empiri der faktisk understøtter centrale udsagn om (de negative effekter) af DRG-systemet, incl. Produktivitetskommissionens eksemplificering. Der er ofte tale om noget, der tangerer vandrehistorier, der ukritisk viderebringes.

Eksemplerne nedenfor skal ikke tages som forsvar for DRG-systemet, snarere at debatten ville vinde meget ved at forholde sig til fakta og konkret viden om det, man kritiserer. Eksemplerne er relativt korte og dækker de hyppigst forekommende kritikpunkter. De kombineres med kritiske 'drillende spørgsmål'.

1. "Den DRG-drevne aktivitet går ud over kvaliteten. Og slagordsagtigt: Mere volumen giver mindre kvalitet"

Med reference til incitamentsudvalgets rapport (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse and Danske Regioner 2013) noterer Produktivitetskommissionen p. 42, at man i rapporten påpegede, at der i det seneste årti har været fokus på, at sygehusene skal levere mere aktivitet i stedet for fokus på den rette aktivitet med en kvalitet, der bidrager til at forbedre befolkningens sundhedstilstand”. Med andre ord – her og utallige andre steder – underforstås, at der i jagten på aktivitet og DRG-kroner gives køb på kvalitet og/eller, at indikationerne er skredet.

Drillende spørgsmål: Findes der empirisk og rimelig videnskabelig belæg for fald i kvalitet under DRG? I hvert fald ikke i incitamentsudvalgets rapport. Der findes mere end 60 kliniske databaser (Databasernes Fællessekretariat 2015) og erfaringer fra det såkaldte NIP-projekt (nationale indikator projekt), men mig bekendt har man ikke ud fra disse kilder påvist faldende faglig kvalitet – snarere tværtimod. Vurderet ud fra de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser er der heller ikke tale om en kvalitetsforringelse (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2014).

Med hensyn til ’den rette aktivitet’ kan noteres, at Sundhedsstyrelsen i disse år udarbejder 50 nationale kliniske retningslinjer, der skal medvirke til at sikre ensartede behandlingstilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet. De adresserer ikke direkte spørgsmålet om indikation, men kommer tæt på. Meget tyder på (men dog udokumenteret), at spørgsmålet om den rette aktivitet mere er et fagligt end et økonomisk spørgsmål, ligesom litteraturen om efterlevelse af kliniske retningslinjer, viser at det er svært at få dem efterlevet, bl.a. spiller den kliniske frihed og det kliniske skøn i sagens natur en rolle.

2. Et andet tema har været, at ”DRG-styring øger aktiviteten mere end under rammestyring”

Ingen steder i sygehusvæsenet afregner man med 100% DRG-betaling bortset fra interregional afregning. Et fortsat gældende krav fra den daværende VK-regering lød, at mindst halvdelen af sygehusenes budgetter skulle fremkomme ved DRG-afregning. Der er ikke tvivl om, at grundtanken med at indføre (delvis) aktivitetsbaseret betaling til sygehusene var at øge aktiviteten – underforstået mere end under rammestyring. Som påvist i bogen om incitamentsstyring i sygehusvæsenet er grundhypotesen tvivlsom (Pedersen et al. 2006).

Det drillende spørgsmål er, om grundhypotesen er bekræftet. På den ene side tilsiger almindelig økonomisk teori, at aktivitetsbaseret afregning giver stærkere incitamenter til øget aktivitet end alm. budgetstyring (rammebudget). Spørgsmålet om aktivitets- og produktivitetsforøgende effekter af DRG sammenholdt med ramme- og kontraktstyring har været undersøgt i mindst tre rapporter (Ankjær A and Rath MB 2005; Bech M et al. 2006; Indenrigs- og sundhedsministeriet et al. 2005; Pedersen, Bech, & Hansen 2006). Hovedindtrykket fra dem er, at den aktivitetsforøgende effekt ikke har været større end under rammestyring. Dog skal der tages forbehold for den særskilte virkning af ’aktivitetspuljen’, jfr. ovenfor, der især bliver udløst til ventelistenedbringelse.

De to videnskabelige rapporter kommer frem til (med DSI-rapportens ord): ”Aktiviteten er på landsplan steget med 3,5 % i takststyringens første år, men ...afviger ikke fra aktivitetsstigninger i tidligere år..... Aktivitetsstigningen skal således ikke ses som et resultat af indførelse af økonomiske incitament...” Om produktivitet konkluderes det, ”... takststyringen har indtil ikke forstærket den indsats væsentligt”.

Embedsmandsrapporten konkluderer imidlertid anderledes:” ...indførelse af takststyring har haft en positiv effekt på udviklingen i aktiviteten på sygehusene.” ...men senere kommer dog forbeholdet: ”Der kan dog ikke konstateres entydige sammenhænge mellem amternes og H:S’ takststyringsmodeller og udviklingen i aktiviteten. ”Undersøgelsen viser, at omkostningsproduktiviteten på sygehusene har udviklet sig positivt efter indførelsen af takststyring. ... ”

En analyse fra 2012 undersøger aktivitetsudviklingen i sygehusvæsenet 2005-2010 (Danske Regioner et al. 2012). I perioden 2005-2010 steg aktiviteten i sygehusvæsenet med 35 pct. Denne stigning skyldes to forhold: en mængdeeffekt, der skyldes, at der bliver behandlet flere patienter og en priseeffekt, der skyldes, at den enkelte patient i gennemsnit bliver dyrere. Priseffekten kan henføres til, at den enkelte patient har flere kontakter med sygehuset, og/eller at hver sygehuskontakt bliver dyrere. Med hensyn til mængdeeffekten diskuteres dog ikke, den selvstændige betydning af DRG-systemet.

På landsplan viste analysen, at ud af den samlede aktivitetsstigning på 35 pct. kunne knap 1/3 svarende til ca. 10 pct. point henføres til, at der blev behandlet flere patienter (mængdeeffekt). De resterende godt 2/3 svarende til 25 pct. point kan forklares med, at den enkelte patient i gennemsnit bliver dyrere (priseffekt).

En lidt anden version af det samme lyder, at af den gennemsnitlige årlige stigning på 6% kunne ca. halvdelen af den samlede aktivitetsstigning ikke forklares ud fra ændringer i sygdomsbilledet eller i demografien. En stor del af de senere års øgede aktivitet på sygehusene er således gået til mere behandling af den enkelte patient, hvorfor behandlingsudgiften pr. patient i gennemsnit er blevet højere. Om dette har noget med DRG-systemet at gøre diskuteres ikke. Det vises, at det sygdomsområde, der har bidraget mest til væksten, er ’svulster’ hvorunder bl.a. hører kræft. Det er samtidig det område, der har fået tilført markant øgede bevillinger (’kræftpakker’) netop med henblik på at øge såvel behandlingsaktivitet som behandlingsintensitet.

Til det foregående kan tilføjes, at Den kommunale Medfinansiering, jfr. ovenfor og nedenfor, har en klar aktivitetsøgende effekt, fordi den kommunale medfinansiering, som fører til, at ca. 20% af sundhedsudgifterne (til regional drift) kanaliseres ind over kommunerne for derefter at blive udbetalt til regionerne i takt med at kommunernes borgere bliver behandlet (’matadorpenge’). Danske Regioner anfører i et notat fra 2013 (Danske Regioner 2013), at på sygehusområdet skyldes aktivitetsstyringen primært de incitament, der er indlagt via den statslige aktivitetsafhængige finansiering og kommunal medfinansiering af sundhedsområdet.

I et notat (Danske Regioner 2013), som sandsynligvis har været skrevet til incitamentsudvalget, hvor Danske Regioner gik i mindretal, hedder det, at under nul-og

lavvækst er aktivitetsbaseret finansiering ikke så hensigtsmæssig som rammestyrt. Det er utvivlsomt korrekt, men spørgsmålet er om man i kritikken af DRGs aktivitetsdrivende effekt kommer til at overdrive og heller ikke skitserer et bedre alternativ.

3. Det tredje tema lyder ”Undgå at omstille fra stationær til ambulans behandling, fordi aktivitetsværdien vil falde”, nævnt bl.a. af Produktivitetskommissionen p.42, (Produktivtetskommissionen 2013).

Drillende spørgsmål: Se på den såkaldte 36-liste med operationer, som er særligt velegnede til ambulans udførelse (Statens SerumInstitut 2014). Listen går tilbage til 2001 – altså lige før den systematiske ibrugtagning af DRG. De 36 operationstyper er udvalgt af organisationen International Association for Ambulatory Surgery. På tværs af de 36 operationer blev 52% udført ambulans i 2001 sammenlignet med 79% i 2013. Man kan naturligvis kontrafaktisk spørge, om andelen ville have været højere uden DRG, men stigningstakten har stabilt været på 1-3 procentpoint per år.

Man overser ligeledes, at DRG-systemet indeholder såkaldte ’gråzone-takster’, som er en DRG-takst beregnes som det vægtede gennemsnit ved at udføre den samme behandling ambulans og stationært. I 2012 var der 178 gråzonetakster ud af de godt 700 stationære takster.

4. Et fjerde tema lyder, at aktivitetsbaseret finansiering er med til at fastholde gammelkendte behandlingsmønstre: ”MTV-undersøgelse (Region Nordjylland 2011) viser, at de fleste skulderoperationer ikke har nogen dokumenteret sundhedseffekt i forhold til træning. Men det er god økonomi i at lave nogle flere.” hedder det fx i en præsentation fra Region Midtjylland

Dette argument bruges bl.a. i Region Midtjylland, når det nedenfor beskrevne forsøg skal forklares. Drillende spørgsmål: Gad vide om ikke indgroede lægenormer er en langt større hindring? Og findes der overhovedet evidens for, at den langsomme ændring i behandlingsmodalitet med rimelighed kan sammenkobles med DRG-incidenter? (svar: Overhovedet ikke).

5. Det femte eksempel lyder: Et udynamisk DRG-system hindrer indførelse af nye behandlingsformer, fx telemedicin. Produktivitetskommissionens eksempel: ”Videokonferencer indgik ikke i DRG-systemet på det tidspunkt, hvor patientkufferten blev udviklet [... til patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse, KOL], og det var derfor nødvendigt at ændre DRG-taksterne. Da det kan tage 3-4 år at oprette en ny DRG-takst, betød det, at Odense Universitetshospital i en periode ikke modtog afregning for de patienter, der gjorde brug af videokonsultation”.

Det drillende spørgsmål: Hvis den telemedicinske ydelser erstatter en anden sygehusydelse, fx et ambulatoriebesøg, er det vel selvfinansierende og ville så blive indført, hvis alle agerede økonomisk rationelt? Problemet er imidlertid, at de samfundsøkonomiske fordele ved rigtig meget af telemedicinen er dårligt/utilstrækkeligt dokumenteret. En såkaldt business-case (en

kasseøkonomisk analyse) fra selvsamme hospital, som nævnes i eksempelet, viser klokkeklart, at der ikke sygehusøkonomisk er fordele – og da telemedicin ville flytte nogle af omkostningerne ud til almen praksis og kommunerne, men også mindske patienternes transportudgifter, er det ikke meget der peger på samfundsøkonomiske fordele (Pedersen KM 2013a; Pedersen KM 2013b). Incitamentsudvalget nævner endvidere fem eksempler på indførte telemedicinske takster.

6. Sjette og sidste eksempel er, med ordene fra en præsentation af økonomi-direktøren i Region Midtjylland: ”Sørg for at en patient, der har behov for flere ambulante undersøgelser, kun får et tilbud pr. dag. Ellers falder aktivitetsværdien”.

Det drillende spørgsmål lyder: Er systemet så idiotisk? Svaret er nej. Således er der udviklet over 40 såkaldte ’sammedagspakker’ i DRG-systemet (Statens Serum Institut 2015), der netop forsøger at tage (delvist) hånd om udsagn om, at fx samedagsudredning med flere ydelser samme dag, ikke ’kan betale’ sig.

Det er korrekt, at DRG-systemet som sådan ikke indeholder incitamenter til forebyggelse, ligesom det også er korrekt, at det ikke tager hensyn til behandlingkæder – såvel internt på sygehuse som mellem sektorer. Hertil er kun at bemærke et ofte overset forhold, nemlig at intet afregningssystem kan opfylde mange, ret særskilte formål samtidig. Med hensyn til det sidste kan man forsøge at udvide DRG til egentlige forløbstakster, jfr. bl.a. det senere afsnit om værdibaseret afregning. Som det forsigtigt hedder i incitamentsudvalgets rapport, skal der laves forsøg på områder, hvor det er relevant og det er indskrevet i økonomiaftalen for 2014 (Finansministeriet et al. 2013; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse & Danske Regioner 2013). I 2014-aftalen hedder det bl.a., at det fremadrettede udviklingsarbejde vedr. DRG-systemet skal tage udgangspunkt i en vision om et mere forløbsbaseret DRG-system på de områder, hvor det er hensigtsmæssigt.

DRG-systemet er langt fra perfekt, men som eksemplerne viser, er en betydelig del af kritikken misvisende og baseret på en kombination af manglende dokumentation og kendskab til systemet.

Hertil kommer, at kritikerne antager perfekt økonomisk rationalitet hos sygehusene og, at behandling især er drevet af økonomiske incitamenter. Dette gælder også Produktivitetskommissionen.

Sygehuset anskues som økonomisk rationelt agerende enheds-aktør, men man overser, at de helt centrale økonomiske dispositioner træffes af det kliniske personale og, at den interne styringskæde langt fra er perfekt. Med andre ord: Evt. rendyrket economic man på toppen fører ikke til economic-man adfærd hos de fagprofessionelle, der udfører behandlingerne. Man må rimeligvis antage, at fagprofessionerne er drevet af en kombination af intrinsic motivation (professions-drevet/den fagprofessionelle vurdering og motivation) og extrinsic motivation (den rene økonomiske motivation), og graden af ’crowding out’ af den intrinsiske motivation, må antages i betyde lig omfang at være begrænset af professionsnormer. I DRG-

litteraturen og i mange af ovenstående argumenter er det (implicit) antaget, at klinikere alene er drevet af extrinsic motivation. Det er næppe en holdbar antagelse og heller ikke dokumenteret systematisk nogen steder. Tværtimod er det rimeligt at antage, at det faglige skøn – og dermed den intrinsiske motivation - er dominerende. Det vil føre for vidt her at undersøge spørgsmålet, men det er et absolut relevant spørgsmål (Benabou and Tirole 2003; Feess and Ossig 2007; Frey and Jegen 2001; Holmas et al. 2010; Janus and Browning 2014; Kolstad 2013), hvis man skal forstå sygehusenes økonomiske adfærd og forstå nogle af ovenstående punkter.

MEN derfor kan der lidt paradoksalt godt være grund til alligevel at se på ændringer. Om ikke andet for at kunne spejle det nuværende system i alternativerne. To muligheder omtales nedenfor: Et forsøg i Region Midtjylland og svenske forsøg med såkaldt 'värdebaseret ersättning'.

## **Forsøget i Region Midtjylland: Væk med DRG, mere fokus på kvalitet**

Primo 2014 startede et forsøg i Region Midtjylland med titlen "Ny styring i et patientperspektiv". Der indgår 9 afdelinger fordelt på 5 hospitaler. Tilsammen omfatter det ca. 13% af den økonomiske aktivitet. Afdelingerne spænder fra medicinske over ortopædkirurgiske til neurologiske. Forsøget har to hovedkomponenter: Der styres ikke længere efter DRG-værdi på afdelingerne, og der indføres afdelingsvalgte- og udviklede supplerende patientnære mål. Det kan tolkes som en tillidserklæring. *Men* samtidig fastholdes almindelige budgetmål, fx krav om budgetoverholdelse, mindst 2% produktivitetsvækst osv. Det centrale er utvivlsomt, at man forsøger at skabe motivation i afdelingerne ved, at de selv kan vælge (nogle af) kvalitetsmålene og fjernelsen af DRG-presset. Det er dog uklart hvordan budgettet beregnes og, hvordan der følges op – hvilket må antages fortsat at være nødvendigt.

Den korte version af projektet lyder:

"... at undersøge mulighederne for at opnå sundhedsmæssige gevinster ved at indføre nye principper for økonomistyringen. Forslaget er et projekt, hvor vi på udvalgte afdelinger fjerner aktivitetsstyringen efter DRG-værdi i 2014 og 2015. Alle de øvrige mål i budgettet gælder fortsat for afdelingerne. Formålet med projektet er blandt andet at undersøge, om det er muligt at finde nogle patientnære styringsmål, der giver mere sundhed for pengene. ... Det vil sige, at det kun er styring efter DRG-værdi, der ikke længere er en del af det afdelingerne styrer efter. Styringen i projektet vil dermed være med afsæt i overholdelse af budgetrammen, opfølgning på aktiviteten med mål som antal unikke cpr-numre og opfyldelse af de økonomi-, kvalitets- og servicemål, der indgår i budget 2014.", (Region Midtjylland 2013)

I en nøgtern tilbagemelding til Regionsrådet hed det ultimo oktober 2014, at det var endnu for tidligt i projektet at drage konklusioner på baggrund af de valgte mål, da afdelingerne skal



arbejde videre med den kulturændring, der sikrer en reel udvikling i målene. Hertil kom, at operationaliseringen af målene langt fra var færdig, ligesom det haltede med baseline-målinger (Region Midtjylland 2014)

Det betones bl.a., at med denne model skal der styres ud patienternes behov. Selv midt i begejstringen for nyt, må det vel være tilladt at spørge, om det ikke altid har været tilfældet – eller har det været suspenderet fra 2002 – 2013 på grund af DRG? Med andre ord: Kunsten bliver at styre retorikken og undgå at oversælge.

Forsøget kan teoretisk tolkes som et forsøg på at styrke den intrinsiske motivation ved at fjerne det direkte DRG-pres, jfr. ovenstående, eller som et forsøg at skabe motivation ved delegation (Aghion and Tirole 1997; Søgaard et al. 2014).

## **Værdi-baserede takster i Sverige: Forløbstakster og belønning for god kvalitet**

Michael Porter, som mest er kendt for sit arbejde med strategi, har sammen med Teisenberg skrevet bogen *Redefining health care: creating value-based competition on results* (Porter and Teisenberg 2006). Der er et klart hovedbudskab: Styring efter resultater, hvorved forstås et 'value based system', hvor outcome/sundhedsmæssige forbedringer sættes i forhold til omkostninger: "Achieving high value for patients must become the overarching goal of health care delivery, with value defined as the health outcomes achieved per dollar spent." (Porter 2010). Sundhedsøkonomer vil genkende det som omkostnings-effekt-princippet. Der er ifølge Porter og Teisenberg en lang række konsekvenser af dette – fra at afregning skal være værdi-baseret til hvordan vi organiserer sundhedsvæsenet, nemlig baseret på patientforløb.

Der er næppe nogen, der er uenige – slet ikke sundhedsøkonomer. Hovedudfordringen bliver, hvordan det kan operationaliseres – og vel og mærke på en sådan måde, at det er overbevisende bedre end det eksisterende. Der er arbejdet på det i USA (Medicares fee-for-service for læger) og i Sverige, hvor 7 len har forskellige eksperimenter kørende – koordineret i Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården, SVEUS (SVEUS 2015). Bag SVEUS står et konsulentfirma (IVBAR) med nære bånd til Michael Porter og Institute for Strategy and Competitiveness på Harvard Business School (Anonym 2015). Boston Consulting Group, blandt verdens største, er også aktiv på området (Boston Consulting Group 2009; Boston Consulting Group 2015).

I det svenske arbejde er stikordene 'värdebaseret vård' og 'värdebaseret ersättning' (ersättning =afregning). Det sidste har tiltrukket sig opmærksomhed i Danmark, hvor konsulentfirmaet bag SVEUS har været aktiv.

Grundideen i tænkningen er tredelt: 1. En basispakke, som reelt består af DRG-taksten plus ambulante før-og efterkontroller (DAGS). Dette omtales på svensk som vårdepisode

ersättning, på amerikansk som 'bunded payment' og på dansk som forløbsbaseret betaling. 2. en garantibetaling, som er en slags forsikringspræmie, som garanterer behandling for komplikationer m.m. indenfor typisk to år, og 3. en komponent, der honorerer forbedring i sundhedstilstand. I et eksempel vedr. rygkirurgi præsenteret af Porter på en november 2014-konference i København, var de tre komponenter hhv. 1. 42.044 SEK, 2. 4.357 SEK og 3. 8.136 SEK –svarende til 10% af basispakken. I andre eksempler tales der om godt 3% (Wohlin J and et al 2012), efterbetales efter en vis tid er forløbet siden udskrivningen. Der eksperimenteres også med bl.a. risikojustering, fx baseret på alder risikojustering...

Der slås således to fluer med et smæk: (begrænsede) Forløbstakster og fokus på sundhedsmæssig effekt. Ophavsmændene tror, at det på sigt vil føre til besparelser, fordi bedre (outcome)kvalitet fører til besparelser (Pedersen KM 2011). 'Outcome-bonus' ligner på mange måder tænkningen i dele af litteraturen om P4P (Pay-for-Performance).(Rosenthal et al. 2005;Rosenthal and Frank 2006;Rosenthal 2007).

Der tales om en 'ny' metode til omkostningsberegning udviklet af ophavsmanden til activity based costing, ABC, som har været brugt i Danmark til beregning af DRG-takster. Nu tales der i stedet om 'time driven activity based costing' (Kaplan R and Anderson SR 2015), som i realiteten blot er en (god) forenkling af den gammelkendte ABC-metode. De færreste gennemskuer dette og konsulentfirmaerne står ikke i kø for at forklare det. Hertil kommer, at der også tales om en 'ny' grupperings-algoritme – tilsyneladende lidt svarende til den, der oprindeligt blev brugt ved DRG-grupperingen (Pedersen 1987). Én af udfordringerne, når det dukker 'nyt' op, er at gennemskue, hvor forskelligt det er i forhold til det eksisterende. Eksempelvis er DRG i den simple form jo også en slags forløbsbaseret betaling (Lindgren P 2014). Det er alene et spørgsmål om, hvor meget forløbet omfatter, incl. forløb uden for sygehuset.

De anvendte outcome-mål er simple. Typisk smerte i de svenske eksempler. I forhold til knæ-og hofteproteser samt rygoperationer forekommer funktionsevne at være mere relevant eller som minimum et vigtigt supplement. De to nævnte internationale konsulentfirmaer samt Karolinska i Stockholm har dannet The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), der forsøger at indsamle standardiserede outcome-udtryk (ICHOM 2015). Porter og hans støtter fremhæver, at 'kvalitet' er for uklart et udtryk at bruge, bl.a. fordi der ofte er tale om proces-indikatorer, og ikke egentlige outcome-mål, jfr. hvad der også dominerer i de danske kvalitetsdatabaser (Databasernes Fællessekretariat 2015) og den danske kvalitetsmodel.

Som afregningssystem kan værdibaseret afregning meget let komme til at bryde med princippet om enkelhed og transparens. Hertil kommer, at det i realiteten er en udvidet DRG-ordning, dvs. orienteret mod aktivitetsbaseret afregning. Ordningen diskuteres livligt i Sverige: Lige fra, at den ikke kan bruges på alle områder til at det blot er (endnu) mere NPM, (Engstrom 2014;Järhult et al. 2014;Nordenstrom 2014)

## Den kommunale medfinansiering

Produktivitetskommissionens anbefalinger vedr. den kommunale medfinansiering er rigtige og særdeles relevante: At ordningen kun bør omfatte regionale sundhedsydelser, som kommunerne har en reel mulighed for at substituere. Jeg kunne ikke være mere enig (REF til mine egne arbejder)

Den kommunale medfinansiering er et eksempel på en økonomisk ordning, der hverken teoretisk eller empirisk er velbegrundet. Den blev indført med kommunalreformen 1. januar 2007 og har trods vedvarende kritik været usædvanlig svær at ændre. Der vil være misvisende at hævde, at den blev analyseret i Strukturkommissionens rapport, hvor der max blev brugt max 1 A4-side på ideen.

Den kommunale medfinansiering er altomfattende. Hver gang kommunernes borgere benytter det regionale sundhedsvæsen, skal hjemkommunen betale noget til regionen. Der er for praktiske formål ingen undtagelser. Grundideen med ordningen er, at denne betaling skulle give kommunerne et incitament til at substituere regionale sundhedsydelser med (billigere) kommunale tilbud. For en somatisk indlæggelse betaler hjemkommunen 34 pct. af den relevante DRG-takst, dog max. kr. 13.750 per indlæggelse. For almen praktiserende læge betales 10 pct. af honorarer for grundydelse

Listen over fejlræsonnementer ved den kommunale medfinansiering er pinefuld lang. Ordningen bryder med en række sjældent erkendte regler for incitament udover, at der overordnet er klare grænser for, hvad en kommune kan substituere – på såvel kort som lang sigt. Hvad med transplantationer, fødsler, kunstige hofter osv. – stort set al kirurgi, og hvad med blodpropper i hjerte og hjerne m.m., dvs. en del af de medicinske indlæggelser kan heler ikke substitueres.

Den første læreregel om incitament er, at man skal have et minimum af fagligt kendskab til og indlevn i området, hvor ordningen sættes i værk. Alene derfor skulle ordningen aldrig have omfattet alle regionale sundhedsydelser. Se også citatet nedenfor.

Den anden regel er, at man skal have rimelig kontrol over det, der skal substitueres. Det har således ofte været fremført, at kommunerne kan forebygge hospitalsindlæggelser, fx med forskellige akuttiltag (akutstuer på plejehjem, akutsygeplejersker m.m). Her overser man imidlertid, at den reelle beslutningstager vedr. indlæggelser er de praktiserende læger, som kommunen i sagens natur ikke har instruktionsbeføjelser overfor.

Den tredje regel er, at hvis incitament skal være effektive, skal fordele/ulemper direkte berøre den/de involverede parter. I modsat fald er det netop ikke incitament. En kommunal indsats for fx at forebygge fedme hos børn/teenagers vil i bedste fald først have virkning på forbrug af sundhedsydelser langt ude i fremtiden – og vil med tidens migrationsmønstre med høj sandsynlighed ikke tilfalde den investerende kommune.

Den fjerde regel er, at incitamentet naturligvis har to sider: Hvordan påvirker det kommunerne, og hvordan påvirker det sygehusene. Man har overset sygehusene i tænkningen bag den kommunale medfinansiering. Hvis sygehusene fx har – og det har en del – udgående aktiviteter (såkaldt 'hospital at home'), hvor sygehuset afholder udgifterne og også har indtægtstab i form af færre ambulante eller stationære behandlinger, vil de helt økonomisk rationelt overveje at ophøre med sådanne aktiviteter og mene, at de bør overtages af kommunerne.

En supplerende mere faglig vinkel, dvs. udover læreregel 1, er en tilbagevendende problemstilling, der fra en kommunal vinkel går ud på, at ved en vellykket kommunale indsats (altså substitution) reducerer sygehusene ikke kapaciteten siger kommunerne. Som eksempel kan betragtes spørgsmålet om forebyggelse af sygehusindlæggelser. Antag, at en sygehusseng bruges 250 dage om året og at hver indlæggelse varer 5 dage (højt sat). Så betyder det, at der skal forebygges 50 indlæggelser før der er sparet en seng. Men for at et sygehus tilpasser kapaciteten, skal der kunne lukkes et afsnit, der som minimum har 10 senge. Indtil nu står det tilbage at dokumentere den forebyggende effekt af den kommunale indsats.

Den femte regel, apropos Produktivitetskommissionen regler vedr. samfundsøkonomisk vurdering. Hvad er marginalomkostningerne ved en kommunal indsats sammenlignet med marginalomkostningerne på sygehusene.

I fortsættelse af det foregående drejer den sjette regel sig om, hvad der er den relevante betaling fra kommunerne, dvs. Hvor stor skal betalingen være (på de områder, hvor substitution er mulig). Spørgsmålet har reelt set ikke været stillet indtil nu. Hverken ved ordningens indførelse eller ved revisionen i 2012. Der er to hensyn: Hvad er marginalomkostningerne på sygehuset og, hvad koster en substituerende indsats i kommunen. Går denne ligning ikke op, kan ordningen meget let føre til en samlet stigning i sundhedsudgifterne: Den substituerende foranstaltning koster mere end marginalomkostningen på sygehuset.

Den syvende og af alle underforståede regel er, at kommunal sundhedsadfærd primært er drevet af økonomiske incitamentet.

Der er udkommet to analyser af den kommunale medfinansiering, én fra 2010 (Indenrigs- og sundhedsministeriet and Finansministeriet 2010) og én fra 2013 (Finansieringsudvalget 2013). Det er bemærkelsesværdigt, at ingen af dem reelt set adresserer de grundlæggende spørgsmål ovenfor. Og i det omfang man nærmer sig kernen, fx om alle sundhedsydelser skal være omfattet eller kun de ydelser, hvor kommunerne har en reel substitutionsmulighed, jfr. Produktivitetskommissionens anbefaling, savner argumentationen dybde og forståelse. Som eksempel kan betragtes følgende citat fra 2010-rapporten p. 65 (Indenrigs- og sundhedsministeriet & Finansministeriet 2010). Det valgte eksempel er langt ude, nærmest patetisk, og ordet 'potentielt' er væsentligt.

”En anden tilgang kan være at udsondre de konkrete behandlinger, hvor kommunen bedst vurderes at kunne påvirke/forebygge diagnosen. Man kan således fx tale om en ’positivliste’, hvor man udsondrer forskellige behandlinger, hvor de kommunale påvirkningsmuligheder er særligt gode. Samtidig kan man helt fjerne den kommunale betaling på diagnoser, hvor de kommunale forebyggelsesmuligheder er fraværende.

Det er imidlertid forbundet med store vanskeligheder præcist at definere de behandlinger, hvor kommunen har/ikke har påvirkningsmuligheder. Den generelle forebyggelse har fx betydning i forhold til mange sygdomsområder, og en udsondring af behandlinger, hvor der slet ikke er kommunal påvirkning er alt andet lige relativt begrænset, de typiske eksempler er graviditet. Men også i forhold til fx graviditeter vil kommunernes indsats potentielt kunne have en indflydelse på belastningen af det regionale sundhedsvæsen. Forhold som f.eks. høj forekomst af overvægt blandt gravide kan således føre til flere og mere komplicerede og dermed mere udgiftskrævende fødsler, og DRG-taksten for fødsler varierer betydeligt, afhængigt af kompleksitet mv ”

Eksemplet er pinagtig derved, at svangrekontrol m.m. foregår i regionalt regi (alm. praktiserende læger og jordemødre). Skal eksemplet blot give lidt mening, må antagelsen være, at kommunerne kan forebygge overvægt hos kommende mødre og selv da er det tvivlsomt.

Hvorfor så ikke ændre en så åbenbar meningsløs ordning. Svaret fremgår tydeligt, af et notat fra det såkaldte 6-by-samarbejde [de 6 største by-kommuner] (6-by-samarbejdet 2014). Det hedder, at den kommunale medfinansiering, KMF, fungerer som et politisk instrument som medvirker til at sætte sundhed og forebyggelse på den kommunalpolitiske dagsorden, dvs. noget som især KL har en interesse i. Medfinansieringsudgifterne giver kommunerne et grundlag for og en anledning til at analysere aktiviteten i regionerne, stille spørgsmål og diskutere udviklingen i sundhedsvæsenet med regionerne. Derimod kan KMF, hedder det videre, ikke betragtes som et økonomisk styringsredskab, der skaber de tiltænkte økonomiske incitamenter for kommunerne i forhold til forebyggelsesindsatsen. Indførelse af KMF skaber heller ikke finansiering til at løfte forebyggelsesindsatsen i form af besparelser på KMF, da en forebygget indlæggelse typisk erstattes af anden aktivitet på hospitalerne, som kommunerne ligeledes skal medfinansiere (se ovenfor vedrørende denne problemstilling). En stadig større del af landets kommuner ønsker derfor, at modellen ændres, så der bliver overensstemmelse mellem incitamenter og de resultater, der skal opnås. REF

## **Konkluderende bemærkninger**

Produktivitetskommissionens observationer vedr. økonomistyring, dvs. incitamentene i offentlige afregningsordninger, er overordnet korrekte – uanset om det er på sundhedsområdet eller uddannelsesområdet. Den overfladiske lighed mellem de to områder – aktivitetsbaseret afregning – skjuler dog væsentlige forskelle. Bl.a. at sundhedsområdet i langt højere grad er ramme-styret via den årlige økonomiaftale end undervisningsområdet er. Det skaber forskellige rammer for, hvordan aktivitetsbaseret afregning kan udfolde sig i

praksis. Mulighederne for aktivitetsstyring via afregningsordningen har været udnyttet langt bedre på sundhedsområdet sammenlignet med undervisningsområdet.

En vigtig observation for begge områder er, at en afregningsordning ikke lige godt tjener flere formål. Derfor er en klargøring af, hvad der er hovedformålet, før man underkaster en ordning en kritisk analyse. I modsat risikerer man at rette bager for smed, hvilket i et vist omfang kan siges om såvel DRG-som taxameterordningen. Dernæst er det vigtigt at klargøre sig, om kritik, fx at volumen skulle gå ud over kvalitet, har såvel teoretisk som empirisk belæg.

Det er krævende at udforme incitaments-korrekte ordninger. Det kræver for det første et godt kendskab til fagområdet og gode økonomiske forudsætninger, især af den jordnære slags og mere eller mindre sofistikerede matematiske modeller, hvor antagelser forveksles med virkelighed, incl. den stereotype economic man. OG ikke mindst, at man kan kombinere kendskabet til fagområdet og de gode økonomiske forudsætning. Udformningen af den kommunale medfinansiering er et skræmmeksemplet på, hvordan en ordning ikke skal udformes og viser næsten alle mulige fejl.

For den kommunale medfinansiering, KMF, er anbefalingen vedr. en markant ændring ubetinget korrekt. Det forunderlige er, at en så usædvanlig dårligt gennemtænkt ordning fortsat består. Der er tale om en slags matador-penge. Den eneste holdbare forklaring er, at KMF set fra KLs perspektiv er et magtinstrument, der giver mulighed for at involvere sig i sundhedsområdet. Se fra den enkelte kommunes perspektiv er der ikke reelle økonomiske incitamentter i ordningen.

## Litteratur

6-by-samarbejdet 2014, *Notat til KL fra 6-byerne vedr. evaluering af kommunal medfinansiering.*

Aghion, P. & Tirole, J. 1997. Formal and real authority in organizations. *Journal of Political Economy* [H.W.Wilson - SSA], 105, 1

Ankjær A & Rath MB 2005, *Takststyring af sygehuse. 2. delrapport: Erfaringer efter et år med takststyring*  
Anni Ankjær-, DSI, København, DSI rapport 2005.03.

Anonym. Institute For Strategy & Competitiveness. <http://www.isc.hbs.edu/health-care/Pages/default.aspx> . 2015.

Bech M, Lauridsen J, & Pedersen KM 2006. Giver øget brug af takststyring i sygehusvæsenet højere produktivitet? *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, 144, (3) 326-342

Benabou, R. & Tirole, J. 2003. Intrinsic and extrinsic motivation. *The review of economic studies*, 70, (3) 489-520

Boston Consulting Group 2009, *A National Strategy for Value-Based Health Care as platform for industrail development in Sweden*, Boston Consulting Group.

Boston Consulting Group. Boston Consulting Group - Center for health care value. [www.bcg.com/about\\_bcg/institutes/center\\_health\\_care\\_value/default.aspx](http://www.bcg.com/about_bcg/institutes/center_health_care_value/default.aspx) . 2015.

Danske Regioner 2013, *Nye incitamentter og en forbedret økonomisk styring i sundhedsvæsenet*, Danske Regioner, København.

Danske Regioner, Finansministeriet, & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012, *Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet 2005-2010*, Ministeriet for sundhed og forebyggelse, København.

Databasernes Fællessekretariat. Kliniske kvalitetsdatabaser. [www.rkkp.dk/](http://www.rkkp.dk/) . 2015.  
Engstrom, I. 2014. NPM - en av de viktigaste frågorna. *Lakartidningen*, 111, (3-4) 68-69 available from: PM:24552007

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2014, *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - 2013*, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Glostrup.

Feess, E. & Ossig, S. 2007. Reimbursement schemes for hospitals, malpractice liability, and intrinsic motivation. *International review of law and economics*, 27, (4) 423-441

Finansieringsudvalget 2013, *Analyse af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet*, Økonomi- og indenrigsministeriet, København.

Finansministeriet, Danske Regioner, & Ministeriet for Sundhed og Forebyggels 2013, *Økonomiaftale for 2014*, Finansministeriet, København.

- Frey, B.S. & Jegen, R. 2001. Motivation crowding theory. *Journal of economic surveys*, 15, (5) 589-611
- Holmas, T.H., Kjerstad, E., Luras, H., & Straume, O.R. 2010. Does Monetary Punishment Crowd Out Pro-social Motivation? A Natural Experiment on Hospital Length of Stay. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 75, (2) 261-267
- ICHOM. The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). [www.ichom.org/#&panel1-3://](http://www.ichom.org/#&panel1-3://) . 2015.
- Indenrigs-og sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen, & m.fl. 2005, *Evaluering af takststyring på sygehusområdet* , Indenrigs-og sundhedsministeriet, København.
- Indenrigs-og sundhedsministeriet & Finansministeriet 2010, *Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet*, Finansministeriet, København.
- Janus, K. & Browning, S.L. 2014. The Effect of Professional Culture on Intrinsic Motivation Among Physicians in an Academic Medical Center. *Journal of Healthcare Management*, 59, (4) 287
- Järhult, B., Secher, E., & Akner, G. 2014. Värdebaserad vård lika illa som New public management. *Lakartidningen*, 111, (48) 2140-2141 available from: PM:25650447
- Kaplan R & Anderson SR 2015, *Time-Driven Activity-Based Costing.*, Harvard Business School, Cambridge Mass, Harvard Business School Working Paper, No. 04-045, November 2003.
- Kolstad, J.T. 2013. Information and Quality When Motivation Is Intrinsic: Evidence from Surgeon Report Cards. *American Economic Review*, 103, (7) 2875-2910
- Lindgren P 2014. **Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer** Stockholm, SNS Förlag.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse & Danske Regioner 2013, *Bedre incitament i sundhedsvæsenet*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.
- Nordenstrom, J. 2014. Värdebaserad vård kan ge bättre vårdutfall. *Lakartidningen*, 111, (39) 1631-1632 available from: PM:25253603
- Pedersen KM 2011, "Kvalitet og økonomi," *In Kvalitetsudvikling i praksis.*, Mainz J et al., eds., København: Munksgaard, pp. 375-388.
- Pedersen KM 2013a. Fugle på taget. *Altinget - velfærdsteknologi*
- Pedersen KM 2013b, "Økonomien i velfærdsteknologi," *In Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet*, Fredskild TU, ed., København: Gads Forlag, pp. 69-100.
- Pedersen, K. 1987, *Diagnose-relaterede grupper: DRG. Baggrund, problemområder, kritikpunkter, vurdering i forhold til danske forhold.*, Institut for sundhedsøkonomi og sygdomsforebyggelse, Odense.
- Pedersen, K., Bech, M., & Hansen, M. 2006. *Incitamentsstyring i sygehusvæsenet. Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitament* Odense, University Press of University of Southern Denmark.
- Porter, M.E. 2010. What Is Value in Health Care? *The New England journal of medicine*, 363, (26) 2477-2481



Porter, M.E. & Teisberg, E.O. 2006. *Redefining health care: creating value-based competition on results* Boston, Harvard Business School.

Produktivitetsskmissionen 2013. *Styring, ledelse og motivation i den offentlige sektor. analyserapport 3* København, Produktivitetsskmissionen.

Produktivitetsskmissionen 2014. *Uddannelse og Innovation. Analyserapport 4* København, Produktivitetsskmissionen.

Regeringen & Danske Regioner 2013. *Aftale om regionernes økonomi for 2014* København, Finansministeriet.

Region Midtjylland 2013, *Projekt ny styring i et patientperspektiv – bruttoliste over mål*, Region Midtjylland, Viborg.

Region Midtjylland 2014, *Projekt ny styring i et patientperspektiv – (opfølgning 29.10.2014)*, Region Midtjylland, Viborg.

Region Nordjylland 2011, *Medicinsk Teknologivurdering af kirurgisk behandling af patienter med udvalget og hyppige skulderlidelser*, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Aarhus.

Rosenthal, M.B. & Frank, R.G. 2006. What is the empirical basis for paying for quality in health care. *Medical Care Research and Review*, 63, (2) 135-157

Rosenthal, M.B., Frank, R.G., Li, Z., & Epstein, A.M. 2005. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA.*, 294, (14) 1788-1793

Rosenthal, M. 2007. Nonpayment for Performance? Medicare's New Reimbursement Rule. *N.Engl.J Med*, 357, (16) 1573-1575

Søgaard, R., Kristensen SR, & Bech M 2014, *Incentivising effort in governance of public hospitals: development of a delegation-based alternative to activity-based remuneration (paper to the Nordic Health Economists' annual conference, Iceland, August 2014)* Aarhus.

Statens Serum Institut. Sammedagspakke takster 2014. [www.ssi.dk/~media/.../Sammedagspakke%20takster%202014.ashx](http://www.ssi.dk/~media/.../Sammedagspakke%20takster%202014.ashx) . 2015.

Statens SerumInstitut 2014, *Nøgletal 3. kvartal 2014*, Statens Seruminstitut, København.

Statens SerumInstitut. DRG og DAGS. [www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsokonomi%20og%20finansiering/Sundhedsoekonomi%20og%20DRG.aspx](http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsokonomi%20og%20finansiering/Sundhedsoekonomi%20og%20DRG.aspx) . 2015.

SVEUS. Sveus - Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården. [www.sveus.se/](http://www.sveus.se/) . 2015.

Wohlin J & et al 2012, *Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer. Preliminär analys, slutsatser och rekommendationer*, Stockholms Läns Landsting, Stockholm.