



Fritvalgsordning og lighed

Konsekvenser af den udvidede fritvalgsordning for ligheden
i patienternes behandlingsadgang

Helene Vibholt

Dansk Sundhedsinstitut
Maj 2007

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2007

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-521-4 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

"Det udvidede frie sygehusvalg" har siden 2002 givet danske patienter ret til at søge privat behandling på det offentliges regning ved ventetider på over to måneder til det offentlige tilbud.

De private sygehuse modtager faste takster pr. behandlet patient efter en forholdsvis grov gruppering, hvor betalingen somme tider vil være over faktiske behandlingsomkostning og somme tider under. Formålet med denne DSI Publikation er at undersøge, om de private sygehuse udnytter dette betalingssystem til, inden for de enkelte takstkategorier, at tiltrække de økonomisk attraktive patientbehandlinger. Det gør de tilsyneladende ikke!

Publikationen er udarbejdet af junior projektleder Helene Vibholt på basis af et projektarbejde hun gennemførte som ansat i DSI. Helene Vibholt kom til DSI med en mastergrad i Public Policy fra Harvard University og inspireret af den kendte sundhedsøkonom Joseph Newhouse ønskede hun at undersøge den i USA meget kendte selekteringsproblematik i en dansk sammenhæng. Projektet er også blevet til Helene Vibholts speciale i Statskundskab med professor Jørgen Grønnegaard Christensen som interesseret vejleder.

I DSI har Jakob Kjellberg, Anders Rud Svenning, Dorte Gyrd-Hansen og undertegnede haft forskellige støttefunktioner. På vegne af instituttet og Helene Vibholt skal jeg takke de læger og andre personer på offentlige og private sygehuse, der på forskellig vis har bidraget til denne undersøgelse.

Jes Søgaard

Direktør, professor

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Indledning	9
1.1 Nye styringsinstrumenter: takstfinansiering og konkurrence	9
1.2 Evaluering med fokus på lighed: begrundelse og begrænsninger	9
1.3 Det teoretiske grundlag til revision: Er incitamentsstrukturerne robuste?	10
1.4 Problemstilling og forventninger	11
1.5 Empirisk analyse	11
1.6 Rapportens opbygning	12
2. Reformen på sygehusområdet: Takstfinansiering og konkurrence	13
2.1 Rammefinansiering og territorial styring	13
2.2 Takstfinansiering og øget konkurrence	14
2.3 Det udvidede frie valg – takstfinansiering og konkurrence for fuld styrke.....	17
3. Takstfinansiering og konkurrence i et principal-agent-perspektiv	21
3.1 Målestokskonkurrence som svar på principal-agent-problemet	21
3.2 Svækkelse af målestokskonkurrencen ved team-produktion	24
3.3 Svækkelse af målestokskonkurrencen pga. principalens opportunisme	25
3.4 Risiko for selektering ved skævvridning af målestokskonkurrencen	26
4. Robuste incitamentsstrukturer	31
4.1 Aktørernes motivation - knægte og riddere	31
4.2 Crowding-effekter for ridders motivation	31
4.3 Mangelfulde incitamentsstrukturer for knægte eller riddere	32
4.4 Robuste incitamentsstrukturer for knægte og riddere	33
4.5 Hvordan kan robuste incitamentsstrukturer skabes?	35
5. Vurdering af incitamentsstrukturer og forventninger til adfærd	41
5.1 Grundlag for vurderingen: eksisterende viden og interviewundersøgelse	41
5.2 Incitament, som hverken er for svage, for kraftige eller skævvridende?	42
5.3 Koordination mellem teammedlemmer?	47
5.4 Troværdige incitamentsstrukturer?	47
5.5 Forventninger til de private og offentlige sygehuses adfærd	49

6. Forskningsdesign	51
6.1 Konkretisering af problemstillingen: fire spørgsmål.....	51
6.2 Overordnet angrebsvinkel	51
6.3 Antagelser om takster og omkostninger	52
6.4 Datagrundlag	53
6.5 Udvælgelse af DRG- og DAGS-grupper til analysen.....	54
6.6 Indledende beregning af forventelige omkostninger	56
6.7 Statistiske analyser.....	57
7. Resultater af analysen.....	61
7.1 Er der omkostningsvariation i DRG- og DAGS-grupperne?	61
7.2 Har aftalesygehusene lavere variation i de forventelige omkostninger?.....	62
7.3 Har aftalesygehusene lavere forventelige omkostninger?	63
7.4 Afhænger aftalesygehusenes adfærd af deres størrelse?.....	69
7.5 Sammenfatning af analysens resultater	70
8. Diskussion.....	73
8.1 Analysens validitet og begrænsninger	73
8.2 Den teoretiske rammes forklaringskraft i lyset af de empiriske resultater	75
8.3 Perspektiver for takstfinansiering og konkurrence i sygehussektoren.....	77
9. Konklusion	81
Abstract: Impacts of the extended free choice program on equality in patients' access to treatment .	85
Referencer	87

Resumé

Siden 2002 har "det udvidede frie sygehusvalg" givet patienter ret til at søge privat behandling på det offentlige regning ved ventelister på over to måneder til offentlige sygehuse. Formålet har været at øge effektiviteten og responsiviteten i sygehussektoren, men samtidig er ordningen blevet kritiseret for at skabe større ulighed i patienternes adgang til behandling. Argumentet er, at de private aftalesygehuse selekterer, dvs. prioriterer patienterne efter, hvor økonomiske fordelagtige de er. Problemstillingen er ikke hidtil blevet undersøgt i en dansk kontekst, men internationale erfaringer indikerer, at kritikken kan have noget på sig.

Aftalesygehusenes aktivitet under den udvidede fritvalgsordning afregnes til takster, der baserer sig på DRG- og DAGS-systemerne. I disse systemer grupperes patienterne i forhold til diagnose og procedure, og DRG-/DAGS-taksten for de enkelte grupper beregnes som gruppens gennemsnitsomkostninger. Ideelt set vil takstafregnede sygehuse have et incitament til at øge effektiviteten og dermed nettoindtjeningen per patient.

Hvis patienter med betydelige forskelle i omkostningstræk placeres i én og samme DRG-/DAGS-gruppe, hvor de udløser samme takst, kan incitamentsstrukturen i stedet blive skævvredet, og der kan opstå en risiko for selektering. Sygehuse vil ikke være tilskyndet til at konkurrere på effektivitet, men snarere til at udvælge de letteste patienter i hver gruppe (creaming) og undgå de tunge (dumping). I rapporten undersøges det, om de private aftalesygehuse forfølger en sådan selekteringsstrategi.

Hypotesen er, at det er tilfældet. Samfundsforskeren Julian Le Grand har påpeget, at *robuste incitamentsstrukturer* kan sikre, at sygehuse handler efter hensigten og behandler patienterne lige. Robuste strukturer er kendetegnet ved, at afregningssystemet giver økonomiske incitamenter, der er stærke nok til at tale til sygehusenes og lægernes egeninteresse og samtidig svage nok til at tale til altruistiske motiver. En anden samfundsforsker, Gary J. Miller, giver udtryk for, at strukturerne skal være troværdige, og at de skal være understøttet af tillidsrelationer internt på sygehuse.

Aftalesygehusenes incitamentsstruktur under den udvidede fritvalgsordning vurderes at være relativt troværdige: der er tiltro til, at ordningen fortsætter, og vilkårene fastlægges periodevist med langt større fasthed end for offentlige sygehuse. Samtidig vurderes der at være gode muligheder for at opbygge tillidsrelationer internt på de enkelte aftalesygehuse, da der er tale om relativt små og ukomplekse organisationer. Til gengæld vurderes de økonomiske incitamenter at være så stærke og direkte, at de primært taler til aktørernes egen nytte. Samlet set synes incitamentsstrukturen under den udvidede fritvalgsordning således ikke at være tilstrækkeligt robuste til at afværge selektering fra aftalesygehusenes side.

Hypotesen er undersøgt ved statistisk analyse af sygehusaktiviteten fra januar til august 2005 i 22 DRG- og DAGS-grupper, hvor aftalesygehuse har stor aktivitet. Analysen baserer sig på aktivitetsdata fra Sundhedsstyrelsens DRG- og DAGS-datasæt, omkostningsdata fra Den Patientrelaterede Omkostningsdatabase og opgørelser fra Amtsrådsforeningen over aftalesygehusenes takstaftaler.

Mod forventning tyder analysen ikke på, at aftalesygehuse selekterer de letteste patienter inden for de enkelte DRG-/DAGS-grupper. I ca. halvdelen af de undersøgte grupper er der tilstrækkelig omkostningsvariation til, at aftalesygehuse bør kunne forfølge en selekteringsstrategi, men de ser ikke ud til at gøre det.

I samtlige 22 grupper specialiserer aftalesygehuse sig i færre procedurer end de offentlige sygehuse. Der er en tendens til, at de dumper de tunge patienter og fokuserer på de gennemsnitlige, men

uden at creame de lette, og således opnår de alt i alt en relativt ensartet produktion i hver af de enkelte grupper.

Dette aktivitetsmønster betyder overraskende nok, at aftalesygehusenes forventelige omkostninger på tværs af de 22 grupper er 2,4 procent højere end de ville have været ved et aktivitetsmønster svarende til mønstret på de offentlige sygehuse. Man kan forestille sig, at aftalesygehusene kompenseres gennem afregningstakster, der ligger over DRG-/DAGS-taksten, men det er ikke tilfældet. Faktisk viser analysen, at deres samlede takstudbetaling i undersøgelsesperioden er 3,2 procent lavere, end den ville have været ved konsekvent afregning til DRG-/DAGS-taksten.

Det må fremhæves, at det overraskende resultat kun svarer på spørgsmålet om selektering fungerer i omkostningsvariation *inden* for DRG- og DAGS-grupperne. En anden form for selektering kan ske ved, at sygehusene systematisk udnytter variation *mellem* grupperne, som ikke afspejles i taksterne. Aftalesygehusenes generelle prioritering af kirurgiske frem for medicinske patienter kan muligvis ses som et udslag af en sådan strategi.

Desuden må der tages et par metodiske forbehold. Dels er datamaterialet i Omkostningsdatabasen behæftet med nogen usikkerhed, dels ville det have krævet et større datagrundlag at foretage analysen for en tilfældigt udvalgt stikprøve. Det vil således være interessant at gentage analysen på et senere tidspunkt, hvor der ikke er grund til disse forbehold.

Indtil videre må det konkluderes, at der ikke er tegn på, at aftalesygehusene selekterer på baggrund af omkostningsvariation i DRG- og DAGS-grupperne. Incitamentsstrukturen er mere robuste end som så, og det bunder nok især i to forhold. For det første er strukturerne troværdige og uden for umiddelbar politisk rækkevidde, og for det andet er aftalesygehusene relativt små og ukomplekse organisationer med gode muligheder for at etablere tillidsrelationer.

1. Indledning

1.1 Nye styringsinstrumenter: takstfinansiering og konkurrence

Nye styringsinstrumenter er under inspiration fra New Public Management-paradigmet blevet introduceret i sygesektoren i de seneste år. For det første kombineres rammestyringsmodellen i stigende grad med takstfinansiering, hvor budgettet afhænger direkte af aktiviteten. Udviklingen drives af initiativer som den statslige ventelistepulje og lovgivning og aftaler om amternes finansiering af sygehuse. For det andet er amternes territoriale selvstyre blevet nedprioriteret til fordel for øget konkurrence funderet i patienternes valgfrihed. Patienterne har med 'det frie sygehusvalg' i 1993 fået ret til udenamtslig behandling, og i 2002 er deres valgfrihed yderligere blevet styrket med 'det udvidede frie sygehusvalg', som giver ret til privat behandling ved mere end to måneders ventetid til hjemamtets sygehuse.

Den udvidede fritvalgsordning er interessant, fordi den er udtryk for en særlig markant implementering af de nye styringsinstrumenter. Ordningen introducerer en række helt nye aktører – de private aftalesygehuse – som opererer på markedsvilkår og fuldstændigt er underlagt takstfinansieringsprincipper. Aftalesygehuse har ingen rammebudgetter, men baserer fuldt ud deres økonomi på betaling fra private patienter og amternes takstafregning for de offentlige patienter.

Formålet med rapporten er at opnå en - teoretisk og empirisk - indsigt i konsekvenserne af takstfinansiering og konkurrence i sygesektoren. Da styringsinstrumenterne er implementeret så stærkt for aftalesygehuse, vil det være interessant at evaluere disse adfærd og implikationerne heraf for patienterne. En sådan evaluering kan både vejlede den videre udvikling af den udvidede fritvalgsordning og danne grundlag for kvalificeret refleksion over perspektiverne for takstfinansiering og konkurrence i sygesektoren i øvrigt. Af omfangsmæssige hensyn foretages evalueringen i forhold til ét kriterium: spørgsmålet om *lighed* i patienternes behandlingsadgang. Med inspiration fra Boyne et al. (2003) argumenteres der nedenfor for relevansen af en analyse i forhold til lighedskriteriet, ligesom det indkredses, hvilke begrænsninger et fravalg af øvrige kriterier giver.

1.2 Evaluering med fokus på lighed: begrundelse og begrænsninger

Boyne et al. (2003) påpeger, at evalueringen af en forvaltningsreform bør være teoridrevet således at den ikke blot afdækker, *om* reformen har en given effekt, men også *hvorfor* den har det. Kun derved kan nyttig viden genereres, som kan anvendes i den fremtidige teori- og politikudvikling. Det første skridt i den teoridrevne evalueringsproces er at afgøre, hvilket teoretisk perspektiv, der er det primære grundlag for reformen. De relevante kriterier for evalueringen kan dernæst fastlægges som en kombination af *interne kriterier*, som den pågældende teori foreskriver, og *eksterne kriterier*, som kritikerne af teorien peger på. Reformen skal med andre ord evalueres i forhold til både de tilsigtede og utilsigtede effekter, den kan forventes at give anledning til. For at undgå et tab af fokus skal kun de eksterne kriterier medtages, som i sig selv har en stærk teoretisk fundering.

Den udvidede fritvalgsordning er inspireret af New Public Management-tankegangen, som blandt andet trækker på principal-agent-teorien. Ud fra aktørantagelser om rationalitet og præferencer for egennyttmaksimering påpeger teorien, at et motivationsproblem præger sygesektoren. Ordningen skal forstås som et forsøg på at løse problemet ved at manipulere sygehuses (agenternes) præferencer, så de producerer i overensstemmelse med de politiske (principalens) målsætninger. Takstfinansiering og konkurrence kan opfattes som en form for *målestokskonkurrence*, hvor sygehuse

konkurrerer imod den samme målestok, DRG-/DAGS-taksten, som de afregnes efter¹. Målestokskonkurrencen giver ideelt set sygehusene et incitament til at producere så effektivt som muligt.

To målsætninger, som ofte fremhæves ved New Public Management-reformer er ifølge Boyne et al. *responsivitet* over for interessenter og *effektivitet*, forstået som højst mulig aktivitet og kvalitet for lavest mulige omkostninger. Disse målsætninger indgår da også begge i regeringens argumentation for den udvidede fritvalgsordning og takstfinansiering, og de er derfor relevante interne evalueringskriterier. Om adgangen til privat behandling fremhæver indenrigs- og sundhedsministeren, at *'Ud over at det giver en ny og væsentlig rettighed for den enkelte patient og umiddelbart vil medvirke til at nedbringe urimelige ventetider, er også dette forslag et skridt i retning af en ændret styring af sygehusvæsenet, som i højere grad giver de udførende enheder hensigtsmæssige økonomiske tilskyndelser'*. Endvidere anfører han om takstfinansieringsprincippet, at: *'Hermed tages der hul på "pengene følger patienten" som styringsprincip i sygehusvæsenet og i det hele taget mekanismer, der fremmer kvalitet, effektivitet og service.'* (L 64 2002, Bemærkninger).

Kritikere fremhæver, at det er et empirisk spørgsmål, om New Public Management-reformer lever op til de interne kriterier om responsivitet og effektivitet. Desuden påpeger de, at bagsiden af økonomiske incitamenter og konkurrence er øget *ulighed* i patienternes behandlingsadgang (Boyne 2003). Kritikken lyder, at hvis takstfinansieringssystemet ikke fuldstændigt afspejler variationen i patienternes omkostningstygde, så vil sygehusene få et incitament til at *selektere*, dvs. prioritere patienterne efter, hvor økonomisk fordelagtige de er. Risikoen for sådan utilsigtet adfærd kan blandt andet opstå, hvis patienter med meget forskellige omkostninger placeres i samme DRG-/DAGS-gruppe, hvor de udløser samme takst. De egennyttemaksimerende sygehuse vil da ikke længere konkurrere på effektivitet, men på at udvælge de letteste patienter i hver gruppe.

Om takstfinansiering og konkurrence skaber ulighed er et relevant eksternt evalueringskriterium, da frygten for selektering er teoretisk velfunderet. Ydermere er det interessant, da det endnu ikke er belyst i en dansk kontekst. Enkelte analyser fra Norge og USA indikerer, at selektering er et problem, der kan have empirisk relevans, men bortset fra disse enkeltstående eksempler er der heller ikke i udlandet mange undersøgelser at tage ved lære af. Således vil rapporten kunne bidrage med ny viden, som er væsentlig for fremtidige overvejelser om takstfinansiering og konkurrence – først og fremmest i relation til den udvidede fritvalgsordning, men også mere generelt i sygehussektoren.

Mens en evaluering af den udvidede fritvalgsordning med fokus på det eksterne kriterium om lighed er velbegrunderet, må det samtidig erkendes, at negligeringen af de interne kriterier om responsivitet og effektivitet er en begrænsning. For en tilbunds gående evaluering skal alle tre kriterier tages i betragtning, hvorefter fordele og ulemper ved den konkrete ordning og de nye styringsprincipper mere generelt kan afvejnes. Denne afvejning er i sidste ende politisk (Boyne et al. 2003).

1.3 Det teoretiske grundlag til revision: Er incitamentsstrukturerne robuste?

En vigtig pointe, som kan uddrages fra Boyne et al. (2003) er, at reformer i deres reelle udformning og implementering ofte afviger markant fra deres beskrivelse på et teoretisk og ideelt plan. Konteksten, en reform implementeres i, og måden, den implementeres på, kan betyde, at dens faktiske karakter og effekter bliver væsentligt anderledes end umiddelbart forventet. Med denne pointe in mente kan der sættes spørgsmålstejn ved, om sygehussektorens incitamentsstrukturer overhovedet stemmer overens med principal-agent-teoriens forskrifter, blot fordi de er påvirket af takstfinansiering og konkurrence. Taler incitamentsstrukturerne for henholdsvis de private og offentlige sygehuse virkeligt så entydigt til en præference for egennyttemaksimering, som det teoretiske rationale tilsiger? Hvis det

¹ DRG- og DAGS-taksterne svarer til gennemsnitsomkostningerne for et patientforløb/ambulant besøg i hver af de diagnose- og procedurerelaterede grupper, som patienterne er inddelt i.

reelt ikke er tilfældet, er der måske ikke så stor grund til bekymring for, at forskrifternes negative slagside – en krænkelse af lighedsprincippet gennem selektering – realiseres.

Julian Le Grand (2003) påpeger, at utilsigtede konsekvenser som selektering kan undgås, hvis de økonomiske incitamentsstrukturer implementeres, så de er *robuste* og taler til '*knægte*' såvel som til '*riddere*' - til agenternes egeninteresse såvel som til deres altruisme og professionelle etik. Kan det tænkes, at sygehusenes incitamentsstrukturer har en sådan robusthed, så de kan afværge, at omkostningsvariation i DRG/DAGS-grupperne resulterer i selektering?

Inden en nærmere undersøgelse af spørgsmålet foretages må det indkredses, hvad robuste incitamentsstrukturer kræver. Le Grand pointerer, at de økonomiske incitamenter hverken må være for svage, for kraftige eller skævvridende. Han når med andre ord frem til anbefalinger om incitamentsstrukturernes styrke, som afviger fra principal-agent-teoriens anbefalinger. Til gengæld adskiller Le Grand sig ikke fra principal-agent-teorien når han påpeger, at patienternes frihed i valg af behandlingssted er en forudsætning for, at både knægte og riddere motiveres hensigtsmæssigt.

Le Grand yder et væsentligt bidrag med sin indsigt om, at økonomiske incitamentsstrukturer bør tilrettelægges så de er robuste, uanset hvad der motiverer agenterne. Samtidig kan det indvendes, at hans kriterier for robusthed er utilstrækkelige. Med Gary J. Miller (1992, 2000) påpeges det, at både Le Grand og principal-agent-teorien overser, at incitamentsstrukturer aldrig fungerer mekanisk og automatisk. To problemer kan bevirke, at strukturerne aldrig kommer til at motivere agenterne som tilsigtet uanset, om de har den perfekte styrke. Dels kan de undermineres, hvis agenterne - som i sygehusvæsenet - arbejder under gensidig afhængighed i specialiserede teams, hvor de har mulighed for at *free ride* på hinandens indsats. Dels kan de miste deres troværdighed, hvis principalen har ubegrænset adgang til at gribe ind og ændre strukturerne til egen opportunistiske fordel. En rammebetragtning for, at der overhovedet kan være tale om robuste incitamentsstrukturer er således, at disse to problemer håndteres gennem opbygningen af den nødvendige tillid og troværdighed.

1.4 Problemstilling og forventninger

I lyset af en teoretisk ramme dannet i syntese mellem Le Grand og Miller synes hverken de offentlige eller private sygehuses incitamentsstrukturer at være robuste. Ud fra eksisterende litteratur og en interviewundersøgelse blandt fem aftalesygehuse vurderes det, at incitamentsstrukturerne på de offentlige sygehuse henvender sig mest til riddere, mens strukturerne på aftalesygehuse henvender sig mest til knægte. Vurderingen er ikke fuldstændigt entydig for nogen af sektorerne. I den offentlige sektor risikerer incitamentsstrukturerne at tale direkte til knægtene i de enkelttilfælde, hvor takststyringen er implementeret, så afdelingerne straffes eller belønnes meget mærkbart i relation til fritvalgspatienterne. I den private sektor kan særligt de større sygehuse være drevet af lægefaglige ambitioner og produktionsmæssige vilkår, som modvirker de stærke incitamentsstrukturer. Til trods for disse nuancer leder vurderingen frem til en klar forventning om, at de private sygehuse i højere grad end de offentlige foretager en økonomisk betinget selektering af patienterne.

Problemstillingen for rapporten er således, om aftalesygehuse - givet de takstfinansierings- og konkurrencevilkår, de er underlagt under den udvidede fritvalgsordning – udnytter omkostningsvariation i takstsystemets DRG- og DAGS-grupper til at foretage en økonomisk betinget selektering, som skaber ulighed i patienternes behandlingsadgang.

1.5 Empirisk analyse

Problemstillingen søges besvaret via statistisk analyse af sygehusaktiviteten i 22 DRG- og DAGS-grupper, hvor aftalesygehuse har stor aktivitet. Analysen struktureres efter fire hovedspørgsmål:

Det indledende spørgsmål er, om der overhovedet er tilstrækkelig omkostningsvariation i DRG- og DAGS-grupperne til, at en selekteringsstrategi kan være mulig. Hvis grupperne er meget homogene synes en problemstilling om selektering funderet i gruppernes omkostningsvariation at være irrelevant. Dernæst er det spørgsmålet, om aftalesygehusene specialiserer sig mere end de offentlige sygehuse inden for de enkelte DRG- og DAGS-grupper, eller med andre ord: om deres aktivitet er forbundet med en lavere variation i de forventelige omkostninger. Det tredje spørgsmål går til kernen af problemstillingen om selektering. Det lyder, om aktiviteten på aftalesygehusene i hver af DRG- og DAGS-grupperne er forbundet med lavere forventelige omkostninger end aktiviteten på de offentlige sygehuse. Endelig tager det fjerde spørgsmål udgangspunkt i, at forventningerne om selektering er mere entydige for de små aftalesygehuse end for de større. Det drejer sig således om, om aftalesygehuses adfærd er relateret til deres størrelse.

Den empiriske analyse baserer sig på aktivitetsdata fra Sundhedsstyrelsens DRG- og DAGS-datasæt og omkostningsdata fra Den Patientrelaterede Omkostningsdatabase. Tidsmæssigt fokuseres der på perioden fra januar 2005 til august 2005, da indberetningerne af aktivitet fra de private aftalesygehuse ikke vurderes at være valide inden da.

En af antagelserne bag analysen er, at alle sygehuse afregnes til samme takst, DRG- eller DAGS-taksten, for deres aktivitet. Det forudsættes med andre ord, at afregningssystemet kan karakteriseres som ovenfornævnte målestokskonkurrence, hvor sygehusene konkurrerer imod samme målestok. I praksis er det ikke tilfældet. For de offentlige sygehuse er sammenhængen mellem aktivitet og budgetter varierende, og for aftalesygehusene fastlægges taksterne i forhandling med Amdrårdsforeningen. Aftalesygehuses reelle takster tages derfor i betragtning i analysen af spørgsmål tre og fire.

1.6 Rapportens opbygning

I det indledende kapitel præsenteres de seneste års reformer, som har introduceret takstfinansiering og konkurrence i sygehusvæsenet. Der lægges særlig vægt på den udvidede fritvalgsordning, som anvender styringsinstrumenterne i stærkest grad. I kapitel tre analyseres takstfinansiering og konkurrence i principal-agent-teoriens optik som en - utilstrækkelig - løsning på sygehusvæsenets grundlæggende motivationsproblem. I kapitel fire opstilles et alternativt bud på, hvordan styringsinstrumenterne kan implementeres, så der skabes robuste incitamentsstrukturer, som kan motivere agenterne og samtidig afværge opportunistisk adfærd som selektering. Incitamentsstrukturerne på de offentlige og private sygehuse vurderes i kapitel fem i lyset af kriterierne for robusthed, og der opstilles forventninger til, om sygehusene selekterer. I kapitel seks skitseres et forskningsdesign for den statistiske analyse af problemstillingen, og i kapitel syv afrapporteres analysens resultater. Resultaterne diskuteres i kapitel otte, og endelig følger rapportens konklusion i kapitel ni.

2. Reformen på sygehusområdet: Takstfinansiering og konkurrence

Nye styringsinstrumenter vinder indpas i sygehussektoren i disse år. Rammefinansieringsmodellen kombineres i stigende grad med takstfinansiering, og sideløbende nedprioriteres amternes territoriale styring til fordel for en øget konkurrence funderet i patienternes valgfrihed. De nye instrumenter implementeres oftest i en modereret form, men det gælder ikke i forbindelse med den udvidede fritvalgssordning, hvor de private aftalesygehuse opererer under ganske stærke incitamentsstrukturer.

2.1 Rammefinansiering og territorial styring

Med kommunalreformen i 1970 gøres amternes territoriale selvstyre til sygehusvæsenets hjørnesten. Amterne får ansvar for behandling af egne borgere på egne sygehuse med mindre, der er tale om højtspecialiserede funktioner, som samles på lands- og landsdelshospitalerne (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003). Hvert amt har således pligt til at imødekomme egne borgeres behov for sygehusydelser, mens borgerne til gengæld må affinde sig med den service, amtet tilbyder. Patienterne har hverken frihed mellem eller inden for amtsgrænserne til at vælge sygehus, da hensynet til valgfriheden viger for hensynet til overordnet styring og rationel kapacitetsudnyttelse.

Finansieringsgrundlaget for sygehusvæsenet er de amtslige skatteindtægter, suppleret af ubundne bloktilskud fra staten og senere mere bundne tilskud til særlige indsatsområder. Princippet om decentralisering af budget- og behandlingsansvar, som ligger til grund for relationen mellem stat og amter, karakteriserer også relationen mellem amter og sygehuse. Amternes økonomistyring af sygehusene er således baseret på rammefinansieringsmodellen, der foreskriver, at sygehusene i hver budgetperiode tildeles en fast budgetramme for deres produktion, som de ikke må overskride. Ideelt set må sygehusene indstille produktionen, når budgetrammen er opbrugt, mens de inden for rammen har betydelig autonomi (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005).

Rammefinansieringsmodellens formål er at fremme budgetsikkerhed og udgiftskontrol på sygehusene, og den kan således ses som et svar på det budgetmaksimeringsproblem, som Niskanen (1971) har påpeget. Til gengæld kritiseres den ofte for at give incitament til *slack*, dvs. en situation, hvor sygehusene mindsker deres produktivitet og dermed sænker aktivitetsniveauet i forhold til budgettet (Migué og Belanger 1974). Incitamentet til slack bunder i, at faste budgetrammer hverken belønner aktivitet eller effektivitet. I praksis kan man ligefrem forestille sig, at sygehuse med aktivitets- eller effektivitetsforbedringer stilles dårligere ved efterfølgende budgetforhandlinger, fordi de har afsløret over for amtsrådspolitikerne, hvor stor en indsats de kan yde ved et givet budget.

Det er dog vigtigt at afholde sig fra for skarpe konklusioner om incitamentet til slack ved rammefinansiering. Incitamentet kan blandt andet modvirkes, hvis sygehusenes rammebudgetter kombineres med retten til at overføre overskud mellem budgetår. I det hele taget er den konkrete udmøntning af rammefinansieringsmodellen og dermed dens konsekvenser spørgsmål, man må forholde sig empirisk til. Rammefinansiering er en idealtipe, som aldrig implementeres i sin rene form, men påvirkes af den politiske kontekst og dagsorden. Med denne pointe in mente er det interessant at vende tilbage til rammefinansieringens påståede decentralisering af budget- og behandlingsansvaret. En analyse fra 2001 viser, at sygehusenes autonomi i forhold til økonomistyringen slet ikke er så endelig endda på grund af smuthuller, som amtspolitikerne har skabt i regelgrundlaget for fordelingen af den økonomiske beslutningskompetence (Christensen og Pallesen 2001). Gennem uspecificerede klausuler tillader de sig selv på ad hoc-basis at tilbagekalde de kompetencer, som de uddelegerer til sygehusene. Såle-

des opnår de en fleksibilitet til at reagere på politisk pres og enkeltsager, mens prisen er en mindskelse af den tilsigtede budgetsikkerhed og udgiftskontrol.

Siden 1980'erne er sygehusenes faglige autonomi desuden blevet reduceret ved, at deres budgetrammer i stigende omfang ledsages af konkrete produktionsmålsætninger. Principielt kan en sådan mål- og rammestyringsmodel øge incitamentet til aktivitet og effektivitet, da manglende målopfyldelse kan resultere i fremtidig budgetreduktion. Igen er det dog et empirisk spørgsmål, om budgettet, når det kommer til stykket, faktisk beskæres, så incitamentsstrukturen bliver reel. Interessegrupper og lokalpolitiske hensyn er blandt de faktorer, som kan afholde de politiske bevillingsydere fra at følge modellens principper konsekvent. Desuden betyder en grundlæggende informationsasymmetri mellem politikere og sygehuse, at det altid vil være svært at afgøre, om manglende målopfyldelse skyldes for høje ambitioner eller ineffektivitet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005).

2.2 Takstfinansiering og øget konkurrence

I de senere år har takstfinansiering vundet frem som styringsmodel for sygehusvæsenet. Rationalet bag finansieringsmodellen er, at den gennem en direkte og automatisk kobling mellem aktivitet og budgetter skal give sygehusene incitamenter til aktivitets- og effektivitetsforbedringer (L64 2002, Bemærkninger; Amdtsrådsforeningen 2003). Den er således tænkt som et svar på rammefinansieringsmodellens slack-problem, mens den til gengæld kritiseres for at mindske sygehusenes budgetsikkerhed, muligheden for udgiftskontrol og ligheden i patienternes behandlingsadgang. Som for rammefinansiering gælder det, at takstfinansieringens faktiske konsekvenser afhænger af modellens konkrete udformning og implementering. Takstfinansieringen er indført gennem tre typer initiativer: 1) aftaler og lovgivning om, at amterne skal anvende takstfinansiering over for sygehusene, 2) statslige ventelistepuljer fordelt i forhold til meraktivitet og 3) takstafregning af fritvalgspatienter. Efter en mere generel præsentation af takstfinansiering i teori og praksis fokuseres der særskilt på den udvidede fritvalgsordning.

2.2.1 Takstfinansieringsmodellens incitamenter og mulige gradbøjninger

Grundlæggende findes der to variable finansieringsmodeller, hvor budgettet afhænger direkte af aktiviteten. Ved en *retrospektiv* model får sygehusene refunderet deres faktiske omkostninger, mens de ved en *prospektiv* model afregnes for deres aktivitet til en takst, som er fastlagt på forhånd (Jegers 2002). Prospektive takstfinansieringsmodeller kræver en metode til at værdisætte sygehusydelse og fastlægge afregningstaksterne, og det danske casemix-system udgør netop en sådan metode. Case-mix-systemet er et patientklassifikationssystem, som består af DkDRG for stationære patienter og DAGS for ambulante patienter (Sundhedsstyrelsen 2004). Systemet anvendes til systematisk beskrivelse af aktivitet og omkostninger i sygehusvæsenet, og modsat traditionelle mål som antal udskrivelser, sengedage og besøg tager det højde for, at patienter er forskellige og påfører forskellige omkostninger. Grundidéen er, at patienterne grupperes efter en kombination af diagnose og procedure. Inddelingen af de stationære patienter sker primært i forhold til diagnose (deraf betegnelsen Diagnose Relateret Gruppering), mens inddelingen af de ambulante tager udgangspunkt i udførelsen af bestemte procedurer, fordi de kirurgiske indgreb som regel er største omkostningsdriver ved de ambulante besøg. Både DRG- og DAGS-takster (herefter benævnt DRG-takster) beregnes som gennemsnittet af omkostningerne pr. udskrivning i de enkelte grupper. De kan således fungere som byggesten for takstfinansieringsmodellen, uanset modellens konkrete udformning.

Som beskrevet er introduktionen af takstfinansiering begrundet i en politisk målsætning om at øge sygehusvæsenets aktivitet og effektivitet. De offentlige sygehuse skal blot have dækket omkostningerne ved deres aktivitet, og de må derfor teoretisk set forventes at have et aktivitetsincitament så længe, de afregnes til en takst, som ligger over deres gennemsnitsomkostninger (Vrangbæk og Bech

2004). Tilsvarende må profitmaksimerende sygehuse forventes at have incitament til aktivitet så længe, afregningstaksten overstiger deres marginalomkostninger. Afregnes sygehuse til den fulde DRG-takst, som svarer til de gennemsnitlige omkostninger for den pågældende aktivitetstype, må aktivitetsincitamentet forventes at være stort. *Hvor* stort vil dog afhænge af graden af stordriftsfordele ved sygehuses produktion. Høje faste omkostninger taler for betydelige stordriftsfordele og dermed et stort aktivitetsincitament. Andre faktorer såsom vanskeligheder med kommunikation, administration og koordination kan dog være kilder til stordriftsulemper, som taler imod aktivitetsudvidelser. Empirisk er der usikkerhed om det præcise forhold mellem stordriftsfordele og stordriftsulemper ved sygehusproduktion (Ankjær-Jensen, red. 2005; Kastrup og Barfoed 2005).

Om takstfinansieringsmodellen giver incitament til effektivitetsforbedringer er endnu mere usikkert. Biørn et al. (2002) viser, at incitamentet til effektivitet teoretisk set er større ved takstfinansiering end ved rammefinansiering. Den teoretiske model hviler dog på en antagelse om hårde budgetbegrænsninger, og konklusionen gælder således kun, hvis sygehuse oplever en ret til at beholde overskud og pligt til at dække underskud på tværs af budgetår. Desuden tager modellen ikke højde for de prisstigninger på faktormarkederne – særligt på markedet for arbejdskraft – som kan blive en konsekvens af aktivitetsforøgelser som følge af takstfinansieringen. Hvis udbuddet på faktormarkederne er begrænset, kan der meget vel opstå en situation, hvor sygehusvæsenets tekniske effektivitet (aktivitet i forhold til inputfaktorer) stiger, mens omkostningseffektiviteten (som tager højde for inputfaktorernes omkostninger) stagnerer eller falder.

Finansieringsmodellen har desuden to væsentlige svagheder. For det første kan den give anledning til manglende budgetsikkerhed og omkostningskontrol, da budgettet principielt kan udvides uendeligt i takt med aktivitetsforøgelser. For det andet indebærer den – hvilket er fokus for rapporten – en risiko for ulighed i patienternes behandlingsadgang, hvis forholdet mellem omkostninger og afregningstakst varierer fra patient til patient (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005)

Takstfinansieringsmodellen i sin rene form giver opsummerende et vist incitament til aktivitet, mens den har en usikker effekt på effektiviteten, reducerer udgiftskontrollen og øger risikoen for ulighed. Ligesom rammefinansieringsmodellen er den dog en idealtipe, der kan gradbøjes i sin implementering, så incitamenterne og effekterne modereres. For eksempel kan afregningstaksten sættes væsentligt lavere end DRG-taksten for al aktivitet eller aktiviteten over en vis grænse (knæktakster), hvorved incitamentet til aktivitet mindskes, mens udgiftskontrollen øges. Endnu større udgiftskontrol – på niveau med rammefinansieringens – kan opnås ved fastsættelsen af et egentligt loft for sygehuses budgetter. Modellen kan også forbeholdes specifikke procedurer eller patienter, ligesom den kan forbeholdes sygehuses 'meraktivitet', som ligger ud over et rammefinansieret 'normalniveau' (baseline). Endeligt kan incitamentsstrukturen udvandes, hvis de økonomiske incitamenter udelukkende rettes imod sygehus- eller endda amtsniveau, og ikke berører de beslutningstagende læger og afdelinger. Takstfinansieringsmodellens gradbøjningsmuligheder udnyttes i betydelig grad i den faktiske implementering af modellen. Således er det udelukkende aftalesygehuse under det udvidede frie sygehusvalg, som er fuldt ud takstfinansierede i overensstemmelse med den rene model.

2.2.2 Takstfinansieringens implementering og faktiske gradbøjninger

Med finansloven i 1999 introduceres '90/10'-modellen, som foreskriver, at 10 procent af amternes bevillinger til sygehuse skal være aktivitetsbestemte, mens de resterende 90 procent bevares som rammebevillinger. Amterne har stor frihed i valget af den konkrete udmøntningsmodel, og mange vælger at forbeholde takstfinansieringen for afgrænsede områder og at lægge loft over sygehuses budgetter. Reelt bliver det derfor kun ca. én procent af sygehuses driftsomkostninger, som takstfinansieres (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005). Senere vokser de politiske ambitioner, og med økonomiaftalen for 2004 mellem regeringen og amterne aftales således, at mindst 20 procent af am-

ternes bevillinger til sygehusene skal takstafregnes (Amtsrådsforeningen 2003). Siden opstiller regeringen desuden en målsætning om, at takstfinansieringsandelen skal øges til 50 procent over en år-række (Regeringen 2005).

En undersøgelse fra 2005 viser, at alle amterne lever op til kravet om 20 procent takstfinansiering, mens deres finansieringsmodeller kun i nogen grad lever op til de principper, som også er formuleret i økonomiaftalen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005). Således er der stor variation i, om incitamenterne er ført ud på afdelingsniveau, ligesom det er forskelligt, om takstfinansieringen følges af øgede frihedsgrader for sygehusene til for eksempel disponering over budgetter på tværs af budgetår. Kun to amter fastlægger afregningstaksterne diskretionært med udgangspunkt i aktivitetsprioriteringer og sygehusenes omkostningsstrukturer. Flere af de øvrige mangler det nødvendige kendskab til deres omkostningsstrukturer til overhovedet at kunne gøre det. Det generelle billede er, at amterne modere-r deres takstmodeller betydeligt ud fra hensynet til udgiftskontrol.

De statslige 'ventelistepuljer' udgør det andet større initiativ til at fremme takstfinansiering i sygehus-sektoren. Den første ventelistepulje optræder på Finansloven for 2002 som et engangsbeløb på halv-anden mia. kroner til bekæmpelse af ventelisterne, og siden genopfyldes puljen hvert eneste år. Fra 2002 til 2006 udgør den ca. 6,2 mia. kroner, hvilket svarer til 2-3 procent af sygehusvæsenets budget-ter i perioden (Amtsrådsforeningen 2002, 2003, 2004, 2005; Finansministeriet 2005). Puljen fordeles årligt til amterne som takstafregning for den somatiske meraktivitet, som de realiserer ud over en på forhånd defineret baseline. Meraktiviteten afregnes i de første år til den fulde DRG-takst, men senere reduceres afregningstaksten til først 80 procent og siden 70 procent af DRG-taksten (CIR nr. 13 af 31/10/2003; CIR nr. 83 af 27/06/2003). De 70 procent afspejler et estimeret niveau for sygehusenes marginalomkostninger og er således fastsat under antagelse om, at amtslig medfinansiering er unød-vendig (Amtsrådsforeningen 2004).

Den generelle variation i amternes takstfinansieringsmodeller influerer også på deres udmøntning af ventelistepuljen. For eksempel fastslås det ved puljens etablering, at amterne skal videreføre incita-menterne til de udførende led (LOV 143/2002; CIR 127/2002), men som påpeget ovenfor er der varia-tion i, om amternes takstfinansieringsmodeller lever op til dette krav. Det generelle billede af, at ud-giftskontrol vægtes højt, afspejles også i amternes håndtering af ventelistepuljen. Således fordeler de fleste amtsråd ved budgetårets begyndelse deres puljeandel ud på sygehusene. Ved at give sygehu-sene et forhåndssignal om forventet meraktivitet og budgetrammerne for produktionen, søger de at sikre en fuld udnyttelse af deres andel af puljen. Til gengæld mindsker de også incitamentet til aktivi-tet og effektivitet, da det ikke nødvendigvis er de mest produktive og effektive enheder, der opnår den største andel af puljen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005).

Der er umiddelbart stærkere incitament for bundet med den fulde DRG-afregning for fritvalgspatien-ter. Det 'frie sygehusvalg', som fra 1993 giver patienterne på basisniveau ret til behandling på offentlige sygehuse uden for hjemamtet, bliver kraftigt styrket, da det fra år 2000 besluttes at afregne fritvalgspatienterne til DRG-taksten. Indtil da har ordningen stort set været uudnyttet, og en væsentlig forklaring er, at de beløb, der er fulgt med patienterne over amtsgrænserne – afregningstakster base-ret på antal sengedage – har været så lave, at det ikke har kunnet betale sig for amterne at udvide kapaciteten og tiltrække udenamtslige patienter. Med afregningssystemets omlægning opstår en kon-kurrencesituation, hvor amterne kan generere overskud gennem tiltrækning af fritvalgspatienter. Am-terne reagerer ved at føre takstafregningen for fritvalgspatienter ud på sygehusene i en grad, så de fleste har større incitament til at behandle udenamtspatienter end patienter fra eget amt (Vrangbæk og Bech 2004).

Økonomiaftalen mellem regeringen og amterne for 2004 fastslår imidlertid, at afregningen til sygehu-sene skal gøres uafhængig af patienternes bopæl, så det utilsigtede incitament til at underminere adgangsligheden fjernes (Amtsrådsforeningen 2003). H:S er undtaget fra kravet, men en opgørelse

viser, at alle øvrige amter bortset fra Århus Amt lever op til det og afregner indenamts- og udenamtspatienter ens (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005). I første omgang er det således kun de amtslige sundhedsforvaltninger – ikke sundhedsvæsenets udførende aktører – som berøres af incitamenterne forbundet med takstafregning for fritvalgspatienter. Alligevel viser en nylig rapport, at der flere steder i sygehusvæsenet gøres overvejelser om at yde en særlig indsats for de mobile patienter, så de afholder sig fra at udnytte det frie sygehusvalg (Ankjær-Jensen og Rath 2005).

2.3 Det udvidede frie valg – takstfinansiering og konkurrence for fuld styrke

I alle ovennævnte initiativer modereres takstfinansieringsmodellen, så de økonomiske incitamenter ikke påvirker de udførende aktører med fuld styrke. Anderledes forholder det sig for aftalesygehusene under den 'udvidede fritvalgsordning', som i 2002 supplerer den almindelige fritvalgsordning.

2.3.1 Redegørelse for den udvidede fritvalgsordning

Den udvidede fritvalgsordning er ligesom den almindelige fritvalgsordning beskrevet i *Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v.* (BEK nr. 1193 af 07/12/2004). Ordningen giver patienterne ret til at søge privat behandling ved mere end to måneders ventetid til hjemamtets offentlige sygehuse beregnet fra den dag, hvor sygehuset modtager patientens henvisning. Perioder, hvor patienten er i gang med forundersøgelserforløb medregnes ikke i ventetiden, og heller ikke perioder, hvor behandling udsættes på grund af patientens helbredstilstand eller ønske. Patienternes valgfrihed bortfalder, hvis ventetiden på det ønskede private sygehus overstiger ventetiden på hjemamtets offentlige sygehuse. Ordningen omfatter alle somatiske behandlinger med undtagelse af nogle specifikt fremhævede og henvisninger til forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling.

Senest otte dage efter, at et offentligt sygehus har modtaget henvisning af en patient, har amtsrådet pligt til at give patienten en række oplysninger. Disse inkluderer dato og sted for undersøgelse eller behandling, information om, hvorvidt behandlingen kan tilbydes inden for to måneder, og information om retten til at vælge sygehus efter den almindelige og evt. udvidede fritvalgsordning. Desuden skal amtsrådet give oplysninger om ventetider og behandlingserfaring ved egne og andre offentlige sygehuse samt en række private sygehuse med særstatus (dvs. ikke de private sygehuse under den udvidede fritvalgsordning). Endelig skal det tilbyde patienten en henvisning til et ønsket offentligt sygehus, privatsygehus med særstatus, eller – ved tilstrækkelig lang ventetid – privat sygehus. Hjemamtets oplysningspligt har i øvrigt tidligere været mindre omfattende (BEK nr. 564 af 20/06/2003, § 17, stk. 7), men er blevet skærpet ved seneste revision af bekendtgørelsen.

Patienternes valgfrihed gælder kun til private sygehuse, som har indgået aftale med Amtsrådsforeningen. Hvis et privat sygehus og Amtsrådsforeningen ikke kan opnå enighed om en aftale, kan indenrigs- og sundhedsministeren på anmodning fra det private sygehus fastsætte vilkårene. Aftalerne offentliggøres løbende af Amtsrådsforeningen på www.sygehus.dk og specificerer nøjagtigt, hvilke procedurer hvert af de private sygehuse udbyder til offentlige patienter. Det er således de private sygehuse – markedet – der alene bestemmer behandlingsudbuddet, mens de dog skal nå til enighed med Amtsrådsforeningen, eller i sidste instans ministeren, om priser og vilkår.

Aftalesygehusenes afregningstakster specificeres også i aftalen med Amtsrådsforeningen. Forhandlingen tager udgangspunkt i DRG-taksten, men det er en målsætning fra regeringens og Amtsrådsforeningens side, at taksterne skal fastlægges efter, at aftalesygehusenes '*faktiske omkostninger kan variere, og ofte vil være lavere end de gennemsnitlige omkostninger*' i en given DRG-gruppe (Amtsrådsforeningen 2004, 2005). Således kan de aftalte takster afvige både positivt og negativt fra den relevante DRG-takst. I praksis koncentrerer Amtsrådsforeningens forhandlingsudvalg sin indsats om de behandlinger, hvor de private sygehuse har størst aktivitet. Udvalgets hensigt for år 2006 er at opnå takster på gennemsnitligt 90 procent af DRG-taksten (Amtsrådsforeningen 2005).

Afregningen til de private aftalesygehuse er således fuldkommen takstafhængig. Fritvalgspatienterne tegner sig ganske vist kun for en delmængde af aftalesygehusenes produktion, men de private patienter, som betaler af egen lomme eller via forsikringsordninger, har afregningsformen til fælles med de offentlige. Således findes ikke det element af rammefinansiering på aftalesygehusene, som ellers kunne opbløde takstfinansieringens incitamentsstruktur. Når der samtidig tages højde for, at aftalesygehusene opererer på markedets konkurrencevilkår, må deres incitamentsstruktur betegnes som værende tæt på takstfinansieringsmodellens idealform. I modsætning til de offentlige sygehuse belønnes aftalesygehusene automatisk ved en ekstra indsats, mens de til gengæld også møder en umiddelbar og meget reel trussel om lukning, hvis deres produktion giver økonomisk underskud.

2.3.2 Udbud og efterspørgsel under den udvidede fritvalgsordning

Det private sygehusmarked har reageret relativt hurtigt på etableringen af den udvidede fritvalgsordning. Således havde 138 sygehuse og klinikker indgået aftale med Amtsrådsforeningen allerede et år efter ordningens ikrafttræden, og med udgangen af 2005 er antallet nået op på 172 (Amtsrådsforeningen 12/08/2003, www.sygehusvalg.dk 16/11/2005). Det er naturligvis kun en mindre andel af aftalesygehusene, som først er etableret efter ordningens ikrafttræden. De fleste har eksisteret læn- gere, og mange har også tidligere – gennem overenskomst med Sygesikringen – behandlet patienter med hel eller delvis offentlig finansiering. Alt i alt har der dog været en vis vækst i det private sygehusmarked i de seneste år, hvilket delvist kan tilskrives den udvidede fritvalgsordning.

Udbuddet under den udvidede fritvalgsordning begrænses af, at ordningen er forbeholdt somatiske patienter med mere end to måneders ventetid – en målgruppe, som kun udgør ca. 10 procent af sygehusvæsenets patientmasse (Kjellberg et al. 2003). Inden for målgruppen begrænses udbuddet yderligere af de private aftalesygehuses udbudsvilje. Som tidligere nævnt har de, modsat de offentlige sygehuse, fuld frihed til at fastlægge deres udbud af procedurer, som de ønsker. De har ingen forpligtelser i forhold til akut beredskab, bredde i behandlingsudbuddet eller kapacitet til mere specialiseret behandling inden for de udbudte specialer.

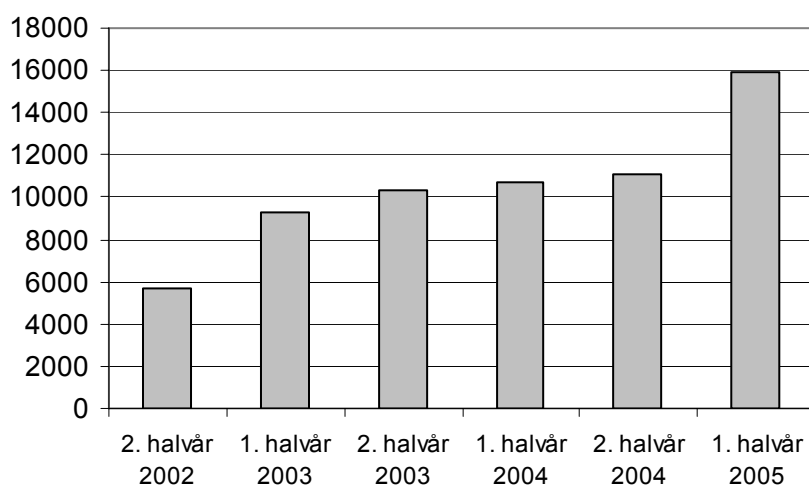
I praksis er der stor variation i aftalesygehusenes størrelse og specialisering og dermed også i omfanget af deres aftaler med Amtsrådsforeningen. Størrelsesmæssigt varierer de fra enmandspraksisen uden sengekapacitet til Privathospitalet Hamlet med 53 sengepladser. Med hensyn til specialisering er variationen tilsvarende: nogle koncentrerer sig om ét, afgrænset speciale, mens andre udbyder næsten alle kirurgiske og også enkelte medicinske specialer. Således har nogle aftalesygehuse indgået aftale med Amtsrådsforeningen om ganske få eller kun én procedure, mens andre udbyder næsten 2000 forskellige procedurer spredt over en lang række specialer. Langt de fleste aftaler er indgået inden for de kirurgiske specialer, med en hovedvægt på ortopædkirurgi, plastikkirurgi, karkirurgi og øjenkirurgi. Det er således primært de medicinske specialer, der ikke er dækket af aftalerne. En del af forklaringen på, at disse er mindre attraktive for det private marked er, at kun omkring 20 procent af aktiviteten er planlagt og dermed omfattet af den udvidede fritvalgsordning. Derudover kan det manglende udbud skyldes, at omkostningerne ved medicinske patientforløb generelt er mindre forudsigelige end ved kirurgiske patientforløb. Det er plausibelt, at de private aktører – givet denne usikkerhed – finder DRG-taksten for lav.

Aftalesygehusene er kontraktligt forpligtet på at behandle alle patienter, som henvises til dem under deres aftale med Amtsrådsforeningen, men de har dog ret til i enkeltstående tilfælde at afvise patienter af kapacitetsmæssige eller faglige årsager (Amtsrådsforeningen 2004). Sygehusene ser ud til i det store og hele at operere i overensstemmelse hermed. En opgørelse over behandlingen af udvidede fritvalgspatienter i de første halvandet år af ordningens eksistens viser, at kun 527 patienter er blevet afvist, hvilket svarer til 2 procent af de behandlede i perioden. Kun cirka 5 procent af afvisningerne er

begrundet med kapacitetsmangel og 35 procent med patienternes kompleksitet, mens de øvrige afvisninger bunder i andre årsager (Amtsrådsforeningen et al 2004).

Det forhold, at næsten ingen patienter afvises fra aftalesygehusene af kapacitetsmæssige årsager, tyder på, at udbuddet er tilstrækkeligt stort til at møde efterspørgslen inden for de enkelte behandlinger, når der først er etableret aftaler om at udbyde dem i privat regi. Konklusionen må dog tages med det forbehold, at der ser ud til at være et samspil mellem udbud og efterspørgsel, således at efterspørgslen i en vis udstrækning tilpasser sig udbuddet. De foreløbige erfaringer med det udvidede frie valg indikerer – i overensstemmelse med erfaringerne fra den almindelige fritvalgsordning - at patienternes mobilitet er relativt begrænset. Godt halvdelen af de patienter, som udnytter ordningen, visiteres til aftalesygehusene inden for hjemamtet og godt en fjerdedel til naboamtet. Det er således under en fjerdedel af patienterne, der bevæger sig længere væk end til naboamtet, og heraf rejser kun ca. 2 procent til udlandet for behandling (Amtsrådsforeningen et al 2004). Den lave mobilitet betyder, at manglende geografisk spredning i udbuddet af private sygehusydelser i sig selv vil kunne påvirke efterspørgslen negativt. Denne problematik har praktisk relevans, da aftalerne netop ikke er jævnt fordelt, men har en overvægt øst for Storebælt og i de største byer (www.sygehusvalg.dk 16/11/2005).

Figur 2.1 *Udviklingen i antal patienter behandlet under den udvidede fritvalgsordning*



Kilde: Amtsrådsforeningen 2005

På trods af barrierer for både udbud og efterspørgsel har aktiviteten under den udvidede fritvalgsordning været jævnt stigende siden ordningens etablering, se Figur 2.1. Aftalesygehusenes aktivitet er således steget til knap 16.000 patienter i første halvår af 2005 fra et udgangspunkt på knap 6.000 patienter i sidste halvår af 2002. Ændringer i opgørelsesmetoden kan betyde, at en del af de patienter, som blev behandlet i 2004, er registreret i 2005 på grund af kontrolbesøg, så tallene er ikke fuldstændigt sammenlignelige (Amtsrådsforeningen 2005). Dette forbehold ændrer dog ikke på konklusionen om jævn og kontinuerlig vækst i aktiviteten under den udvidede fritvalgsordning.

Det interessante spørgsmål er nu, hvilke patienter, der indgår i ovenstående statistik. Der er foreløbigt redegjort for, at udbuddet under den udvidede fritvalgsordning er præget af geografisk og procedurermæssig koncentration, mens efterspørgslen påvirkes af lav patientmobilitet. Disse kendsgerninger indikerer i sig selv, at det ikke er en repræsentativ gruppe af patienter, der behandles under den udvidede fritvalgsordning. Spørgsmålet er, om der er yderligere forskelle på aftalesygehusenes og de offentlige sygehusers patienter, som ikke fremgår af ovenstående redegørelse.

På efterspørgselssiden er det erfaringen fra det almindelige frie sygehusvalg, at patienter, som benytter sig af ordningen, har højere uddannelses-, indkomst-, og stillingsniveau end øvrige patienter

(Sundhedsministeriet 2000). Så vidt vides findes der kun én undersøgelse af patientsammensætningen under den udvidede fritvalgsordning, og den antyder omvendt, at gruppen af benyttelsespatienter er bredt sammensat i forhold til disse socioøkonomiske parametre. Undersøgelsen er dog et pilotstudie, som ikke kontrollerer for sammensætningen af den generelle patientmasse (Amtsrådsforeningen, ikke udgivet), og endelige konklusioner kræver derfor et bedre empirisk grundlag.

På udbudssiden kan aftalesygehusene som nævnt i indledningen følge en selekteringsstrategi, der går langt videre end til en koncentration om kirurgiske specialer. Inden for de enkelte specialer – og inden for de enkelte DRG-grupper – kan aftalesygehusene håndplukke de økonomisk mest fordelagtige procedurer og fravælge de mindre attraktive. Om de kan forventes at forfølge en sådan strategi, og om de empirisk faktisk gør det, det vil resten af rapporten belyse.

3. Takstfinansiering og konkurrence i et principal-agent-perspektiv

3.1 Målestokskonkurrence som svar på principal-agent-problemet

Kombinationen af takstfinansiering og konkurrence kan opfattes som en form for *målestokskonkurrence*, der skal løse de problemer, som ifølge principal-agent-teorien præger sygehussektoren.

3.1.1 Sygehusvæsenet som *principal-agent-relationer*

Principal-agent modellen er en analytisk beskrivelse af situationer, hvor én part - en principal - indgår kontrakt med en anden part - en agent - i forventning om, at agenten herefter udfører en opgave for principalen i overensstemmelse med principalens præferencer. Det antages ud fra en funktionel logik, at en principal-agent-relation vil blive etableret i alle de tilfælde, hvor principalen forventer, at fordelene ved kontraktindgåelsen vil overstige ulemperne. Flere forhold kan begrunde en sådan forventning. Agenten kan for eksempel besidde nødvendig specialviden, som principalen mangler, ligesom opgavens størrelse og kompleksitet kan nødvendiggøre delegation af ansvar og koordineret handlen mellem flere aktører (Moe 1984, Alchian og Demsetz 1972).

Principal-agent-modellen er oprindeligt udviklet som en stringent økonomisk model til belysning af de ledelsesudfordringer, som bunder i principal-agent-forholdets informationsasymmetri og interessekonflikt. Siden Terry Moe (1984) introducerede modellen til politologien, er den imidlertid blevet vidt appliceret til beskrivelse af en lang række relationer mellem for eksempel klient og rådgiver, arbejdsgiver og medarbejder, borger og folketingspolitikker. I flere tilfælde kan politologerne kritiseres for, at de har udvandet modellen til en indholdsløs skal ved at negligere de grundlæggende antagelser om informationsasymmetri og interessekonflikt. I denne rapport anvendes principal-agent-modellen i sin oprindelige, mere stringente form.

Ofte vil aktørerne indgå i multiple principal-agent-relationer (Sappington 1991, Moe 1984), hvilket sygehusvæsenet er et klassisk eksempel på. Patienten og sygehuslægen indgår i et principal-agent-forhold, hvor lægen på grund af sin specialviden er agent for patienten med ansvar for diagnosticering og behandling (McGuire 2000). Samtidig er lægen også den nederste agent i sygehusvæsenets hierarkiske kæde af principal-agent-relationer. Lægen er agent for afdelingsledelsen, og afdelingsledelsen for sygehusledelsen. Sygehusledelsen på de offentlige sygehuse er agent for Amtsrådet, som i sidste ende er agent for vælgerne, både i en direkte relation og med Folketinget som mellemværende aktør. Lægerne på de private aftalesygehuse har på tilsvarende vis multiple principaler, men de interne principal-agent-relationer er simplere, da aftalesygehuse er langt mindre organisationer end de offentlige sygehuse. Aftalesygehuse er agenter for Folketinget, som via lovgivningen har givet dem kompetence til at behandle fritvalgspatienter. De er også agenter for Amtsrådene, som de skriver kontrakt med, og de offentlige sygehuse, som deres patienter henvises fra. Forholdet til disse aktører er dog ikke et entydigt principal-agent-forhold, men samtidig en form for agent-agent-forhold, da aftalesygehuse konkurrerer med dem om opgaveløsningen.

3.1.2 *Interessekonflikt og informationsasymmetri som grundvilkår*

Principal-agent modellen bygger på individantagelser om rationalitet og egennyttemaksimering. Rationalitet implicerer, at aktørerne har overblik over omkostninger og gevinster ved forskellige handlemuligheder og baserer deres handlinger på en afvejning af disse (Sappington 1991). Egennyttemaksime-

ring betyder, at kun aktørernes *egen* nytte indgår i den rationelle kalkule. Egennytten kan defineres snævert som en funktion af materiel velstand og forbrug; det er denne definition, der ligger til grund for forestillingen om *homo economicus*. Ofte opfattes egennytte dog bredere som værende påvirket af materiel velstand, sikkerhed, autonomi, status, magt og endda forhold som nydelse, berømmelse, selvrespekt, selvudvikling, omdømme og hengivenhed (Le Grand 2003).

Antagelsen om præferencer for egennyttemaksimering implicerer, at principalen og agenten – qua deres forskellige positioner i det kontraktuelle forhold - er i grundlæggende interessekonflikt. Agenten drives først og fremmest af sine egne præferencer og vil dermed kun tilgodese principalens interesser i den udstrækning, de er sammenfaldende med agentens egne. Det essentielle spørgsmål for principalen bliver dermed, hvordan kontraktens incitamentsstruktur kan manipulere agentens præferencer til at stemme bedst muligt overens med principalens præferencer (Moe 1984).

Principal-agent relationen er foruden den grundlæggende interessekonflikt kendetegnet ved en lige så grundlæggende informationsasymmetri til agentens fordel. Agenten har viden om egne egenskaber og præferencer, som principalen hverken kender ved kontraktindgåelsen, kan observere direkte efterfølgende eller kan aflede entydigt fra kendskab til outputtet (Moe 1984). Informationsasymmetrien er forårsaget af netop de faktorer, der i første instans begrundede indgåelsen af principal-agent forholdet, dvs. faktorer så som opgavens kompleksitet, størrelse og krav til specialviden.

Lægerne udgør '*prototypen på en profession*' (Christensen 2003), og problemstillingen om informationsasymmetri forårsaget af agentens specialviden er således særligt udtalt for et område som sygehusvæsenet. Sygehusydelser leveres i en kompleks og højt specialiseret proces, hvor lægefaglige *skøn* er centrale. Det implicerer, at lægernes arbejdsindsats dårligt kan monitoreres af patienterne eller deres administrative og politiske principaler, endsige reguleres gennem bindende regelsæt. Desuden indebærer det, at lægerne som udbydere af sundhedsydelser er ganske særligt stillet i forhold til at kunne påvirke patienternes efterspørgsel efter selv samme ydelser (McGuire 2000). Endelig øges informationsasymmetrien af, at principalerne heller ikke kan udlede lægernes arbejdsindsats ud fra et kendskab til sygehusvæsenets output. Outputtet, i form af ændringer i patienternes sundhedstilstand, kan i sig selv være svært at vurdere, og desuden er forholdet mellem arbejdsindsats og output ikke entydigt, da adskillige faktorer indvirker på patienternes helbred (McGuire 2000, Arrow 1963). Der er således mange forhold i sygehusvæsenet, som kompromitterer principalernes muligheder for overvågning og kontrol.

3.1.3 Agentens opportunistiske adfærd: Adverse selection og moral hazard

Kombinationen af asymmetrisk information og konfliktende interesser danner grobund for problemstillinger om *adverse selection* og *moral hazard*.

Adverse selection relaterer sig til processen, hvor principalen udvælger en agent og indgår kontrakt med denne. Begrebet udtrykker, at principalen har høj risiko for at træffe et ufordelagtigt valg og udvælge den forkerte agent. Principalen fastsætter kontraktvilkår og betalingsvilje ud fra forventninger til agentens egenskaber og arbejdsmoral, men informationsasymmetrien muliggør en opportunistisk selvseleksion fra agenternes side, som implicerer, at forventningerne sjældent indfries. Agenter, som ligger under den forventede standard vil finde kontraktens vilkår attraktive og skjule deres mangler i forhandlingerne med principalen, mens velkvalificerede agenter vil søge bedre kontrakter med andre principaler, som har endnu højere forventninger (Moe 1984). Således vil principalen ofte ende med at tegne kontrakt med en agent af lavere kvalitet end ønsket.

Moral hazard beskriver, hvordan den egennyttemaksimerende agent også efter kontraktindgåelse har incitament til opportunistisk adfærd. I den udstrækning, principalen som følge af asymmetrisk information har svært ved at bedømme agentens indsats, er det rationelt for agenten at substituere fritid for arbejde og sænke sin produktivitet, kort sagt: at *skulke*. Det er netop denne problemstilling, der

påpeges med tesen om *slack* i forbindelse med rammefinansiering, jf. kapitel to. Agenter, der opererer under fast løn eller budget uafhængigt af deres præstation, vil have incitament til at skjule deres sande potentiale og mindske produktiviteten på principalens bekostning).

3.1.4 Øget information og manipulation af incitamentsstrukturer som løsning

Principal-agent-teorien fremhæver to relaterede strategier som midler imod problemerne med *adverse selection* og *moral hazard*. Principalen må dels bekæmpe informationsasymmetrien, så agentens rum for opportunistisk adfærd mindskes, dels manipulere incitamentsstrukturerne, så agentens præferencer bringes i overensstemmelse med principalens egne. Hvis principalen kan opnå fuld information om agentens adfærd eller skabe en situation, hvor agenten fremmer principalens interesser ved at følge sine egne, er der ingen problemer med *adverse selection* og *moral hazard*.

I situationer, hvor flere uafhængige agenter (såsom sygehuse) er underlagt de samme grundlæggende produktionsvilkår, kan principalen med fordel etablere en *turnering* - en konkurrencesituation, hvor agenterne måles på deres relative performance på bestemte parametre og aflønnes herefter. Hvad enten afregningen sker i form af en gevinst til vinderen, en straf til taberen eller anden form for relativ afregning, opnår principalen to goder. Dels højner konkurrencesituationen principalens informationsniveau, idet den gør det muligt at vurdere agenternes indsats relativt i forhold til hinanden. Dels etablerer den et incitament for agenterne til at producere i overensstemmelse med principalens præferencer, idet det er netop denne adfærd, som belønnes (Sappington 1991).

Andrei Schleifer (1985) har i artiklen '*A theory of yardstick competition*' analyseret DRG-baseret takstfinansiering som en sådan konkurrence, hvor alle sygehuse konkurrerer imod samme målestok. Ved fuld takstfinansiering afregnes hvert patientforløb til DRG-taksten, som svarer til markedets gennemsnitsomkostninger inden for den givne DRG-gruppe. Afregningstaksten er således en eksogen størrelse for de enkelte sygehuse under antagelse af, at der er mange aktører på markedet, og at ingen af dem er store nok til at kunne påvirke prisen. Konsekvensen er, at sygehuse med højere produktivitet end gennemsnittet kan skabe overskud ved deres produktion, mens sygehuse, der ikke kan holde omkostningerne nede, straffes med underskud. Takstfinansieringsmodellen giver således sygehusene et incitament til at forbedre produktiviteten, for eksempel ved at specialisere sig i de ydelser, som de kan producere mest effektivt. Schleifer viser, at argumentet gælder for både homogene og heterogene grupper af sygehuse. For sidstnævnte er det blot en forudsætning, at forskellene – såsom udgifter til forsknings- og uddannelsesaktiviteter - kan identificeres og korrigeres for.

I Schleifers analyse sammenlignes målestokskonkurrencen med en model, hvor producenterne retrospektivt får refunderet deres omkostninger. Analysen forholder sig dermed direkte til – og fremhæver fordelene ved - den omlægning af afregningssystemet fra retrospektiv omkostningsrefusion til prospektiv takstfinansiering, som blev gennemført for det amerikanske Medicare-system i 1983. Der kan ikke generelt drages paralleller fra konsekvenserne af Medicare-systemets finansieringsomlægning til konsekvenserne af den danske omlægning fra rammebudgettering til takststyring, dvs. fra én prospektiv finansieringsform til en anden prospektiv finansieringsform (Ankjær-Jensen og Rath 2004). Medicare-reformen blev introduceret som et svar på løbske omkostninger under høj aktivitet, mens den danske finansieringsreform snarere er et svar på lav aktivitet under kontrollerede omkostninger. En væsentlig forskel er, at den amerikanske reform gav klare teoretiske forventninger om effektivitetsforbedringer. Som beskrevet i kapitel to er det et mere åbent, empirisk spørgsmål, om sådanne vil blive indfriet i Danmark.

Det står dog klart, at den øgede grad af takstfinansiering for både private og offentlige sygehuse i Danmark er inspireret af netop den form for målestokskonkurrence, som Schleifer beskriver. Formålet er at højne informationsniveauet og ændre incitamentsstrukturerne, så sygehusene øger aktiviteten og – muligvis – effektiviteten. Konkurrencen skabt af fritvalgsordningerne skal desuden yderligere øge

målestokskonkurrencens effekt. Principal-agent-teorien fremhæver, at det kan have en disciplinerende virkning på agenterne, hvis de er bevidste om, at andre er parate til at tegne kontrakt med principalen og erstatte dem (Sappington 1991). Med fritvalgsordningerne udnyttes netop denne mekanisme, idet de udenamtslige og private sygehuse bliver i stand til at udgøre en disciplinerende trussel.

Målestokskonkurrencen synes umiddelbart at være den ideelle løsning på principal-agent-problemet i sygehussektoren. Med afsæt i principal-agent-teorien selv rejser der sig dog to umiddelbare spørgsmål om dens effektivitet. For det første kan styrken af målestokskonkurrencens incitamentsstrukturer blive undermineret af koordinationsproblemer på grund af agenternes organisering i specialiserede teams eller på grund af principalens opportunistiske adfærd. Selv hvis incitamentsstrukturerne faktisk motiverer agenterne, kan det for det andet tænkes, at målestokskonkurrencen er skævvredet og utilsigtet belønner opportunistisk adfærd, hvorved motivationsstrukturen bliver pervers.

3.2 Svækkelse af målestokskonkurrencen ved team-produktion

Langt de fleste sygehusydelser fremstilles i kompleks interaktion mellem et stort antal læger, sygeplejersker og personer fra øvrige personalegrupper. Agenterne er ikke blot repræsentanter for mange forskellige faggrupper, men også for forskellige afdelinger og vagthold. Spørgsmålet er da, om takstfinansieringens incitamenter har tilstrækkelig styrke til at motivere hver af disse implicerede agenter? En nærmere refleksion over sygehusenes *team-produktion* viser, at det ofte er tvivlsomt.

Team-produktion er kendetegnet ved, at værdien af den indsats, som hver af de involverede agenter yder, er afhængig af de andre agents indsats. Produktionsfunktionen er således multiplikativ i den forstand, at det samlede output overstiger summen af de enkelte agents produktion. Da outputtet er et resultat af *teamets* indsats, er det også kun marginalproduktet af *teamets* produktion, der umiddelbart kan identificeres, ikke de individuelle agents marginalprodukter. Problemstillingen vokser med størrelsen af teamet: Jo flere agenter, der indgår i produktionen og bidrager til et patientforløb, des sværere bliver det for principalen og agenterne selv at vurdere størrelsen af hver enkelt agents indsats (Alchian og Demsetz 1972).

Problemerne med *adverse selection* og *moral hazard* er derfor lige så aktuelle for forholdet mellem agenterne som for forholdet mellem principal og agent. De enkelte teammedlemmer kan substituere fritid for arbejde og sænke produktiviteten, uden at de kan afsløres og drages fuldt til ansvar for produktionsnedgangen. De omkostninger, som medlemmerne hver især oplever ved en mindsket indsats, er således mindre end de sande omkostninger for teamet, og de vil derfor have incitament til at skulke, uanset om de har del i produktionens overskud. Agenterne er fanget i et *fangernes dilemma*: et kollektivt handlingsproblem, hvor det er i alles interesse at producere optimalt, men hvor det ikke sker, fordi det samtidig er rationelt for hver enkelt at *free ride* og lukrere på de øvriges indsats (Miller 1992). Agenternes individuelle egennyttemaksimering er således en hindring for kollektiv målopfyldeelse og bliver det i stigende grad med vækst i antal teammedlemmer.

Alchian og Demsetz' løsningsmodel på det kollektive handlingsproblem indebærer, at teamet ansætter en uafhængig *overvåger*, der skal monitorere de enkelte medlemmers indsats og så vidt muligt aflønne dem baseret på deres individuelle marginalprodukt (Moe 1984). Overvågeren skal specialisere sig i sit hverv og skal gives en række beføjelser, så monitoreringen bliver effektiv og disciplinerer medlemmerne til optimal produktion. Beføjelserne inkluderer eneretten til at forhandle kontrakt med hvert af teammedlemmerne, herunder at ekskludere skulkende medlemmer uden hele teamets opløsning som konsekvens. Desuden skal det overskud, som skabes ved reduktion i agenternes skulken tilfalde overvågeren, som derved får incitament til at udføre sin funktion så effektivt som muligt i stedet for selv at skulke (Alchian og Demsetz 1972). Modellen, der drager en analog mellem overvågeren og ejeren af den klassiske, kapitalistiske virksomhed, er udviklet til forklaring af virksomheders organisering. Dens styrke er dog, at den rækker videre end som så og mere generelt belyser hierarkisk organisering og

konstellationen af principal-agent-relationer som en løsning på problemet med teammedlemmers unddragelse (Moe 1984, Miller 1992).

Løsningsmodellens begrænsning er, at den hviler på en antagelse om, at agenternes observerede adfærd er en brugbar indikator for deres arbejdsindsats og bidrag til den kollektive produktion. Hvis indikatoren er mangelfuld, så er overvågerens beføjelser mere omkostningsfyldte og mindre effektive. Dette problem gør sig netop gældende for specialiseret produktion af sygehusydelser, og Alchian og Demsetz (1972) konstaterer derfor, at man alligevel må forlade sig på udstrakt frihed til agenterne kombineret med simpel profitdeling som aflønningsmekanisme. Selv om forfatterne netop har vist, at denne løsning *ikke* kan få bugt med det kollektive handlingsproblem, fordi agenterne stadig kan drage fordel af at skulke, så er den deres bedste bud. Takstfinansieringen er således ikke nødvendigvis den perfekte målestokskonkurrence, som den umiddelbart syntes at være. Uanset om den aktivitetsbestemte afregning føres helt ud, så de individuelle agenter direkte belønnes for deres indsats, vil de stadig have incitament til at skulke, når de kan *free ride* på teamets indsats. Det kollektive handlingsproblem er med andre ord uløseligt for principal-agent-teorien, mens dets omfang vil variere med specialiseringsgraden og teamets størrelse.

3.3 Svækkelse af målestokskonkurrencen pga. principalens opportunistisme

Incitamentsstrukturerne kan ikke kun blive undergravet af koordinationsproblemer agenterne imellem, men også mellem principal og agenter. Med afsæt i antagelsen om aktørernes forfølgelse af egeninteresse må det kunne forventes, at ikke kun agenterne, men også principalen selv vil handle opportunistisk. Paradoksalt nok er det ikke en indsigt, som optager principal-agent-teorien. Trods sit klare udgangspunkt i antagelsen om egennyttemaksimering forholder den sig ikke til antagelsens implikationer for principalens adfærd.

Gary J. Miller (1992, 2000) viser, hvor problematisk denne negliger er. Han påpeger, at selv hvis de perfekte incitamentsstrukturer findes, som kan bringe agenternes præferencer i fuldstændig overensstemmelse med principalens, så er det ikke givet, at de vil blive gennemført. Årsagen er, at principalen til enhver tid vil have incitament til at udnytte strukturerne til egen kortsigtede fordel. Agenterne vil foruddiskontere principalens opportunistisme og miste tilliden til incitamentsstrukturerne. De vil forsøge at opretholde informationsasymmetrien og for eksempel undgå at afsløre, hvor effektivt de reelt er i stand til at producere, da information herom vil give principalen incitament til efterfølgende at øge produktionskravene eller mindske belønningen. På denne måde kan principalens egen opportunistisme underminere de selv samme incitamentsstrukturer, som han forsøger at opbygge. Principalens utilregnelighed betyder, at principal-agent-forholdet får karakter af et fangernes dilemma, hvor begge parter kortsigtet forfølger deres egeninteresse og derved forbigår muligheden for fælles nyttemaksimering.

Med en analogi beskriver Miller hvordan: *'An attempt by the king to squeeze the last surplus out of the kingdom for his own use will induce his subjects to hide their gold rather than invest it and to shirk rather than work productively to produce revenue that the king will only take away'* (1992:155). Kongens egen opportunistisme er altså den største hindring for effektiv produktion, og borgerne kan kun motiveres, hvis *kongens hænder bindes*, så han ikke kan snyde og udnytte dem. Millers analyse viser således, at: *'the principal-agency theory has it just exactly wrong'* (2000:313). Den vigtigste problemstilling er ikke, hvordan principalen kan påføre agenterne sine egne præferencer, men snarere hvordan han kan afskære sig selv fra opportunistisk adfærd, som underminerer agenternes motivation. Problemstillingen er, hvordan han troværdigt kan signalere, at han vil afstå fra at snyde agenterne, så den nødvendige tillid til incitamentsstrukturerne kan opbygges.

Principal-agent-teorien har intet bud på, hvordan principalen således kan stække sig selv og skabe troværdighed om incitamentsstrukturerne. Indtil videre må det derfor blot konstateres, at målestokskonkurrencen svækkes, hvis det ikke sker. I rapportens kapitel fire diskuteres nærmere, hvordan ko-

ordinationsproblemerne med rod i både team-produktionen og principalens opportuniste kan løses, så incitamentsstrukturen kan blive effektive.

3.4 Risiko for selektering ved skævvridning af målestokskonkurrencen

Selv hvis målestokskonkurrencen formår at motivere agenterne trods de problemer, som den specialiserede team-produktion og principalens opportuniste rejser, kan der stadig sættes spørgsmålstejn ved dens hensigtsmæssighed. Målestokskonkurrencens effektivitet hviler på en forudsætning om, at målestokken er entydig, præcis og i fuld overensstemmelse med principalens præferencer. Hvis forudsætningen ikke er opfyldt, kan konkurrencen føre til perverse incitamenter og fortsat opportuniste i stedet for til optimal produktion. Hvis DRG-systemet er en ufuldkommen målestok, kan kombinationen af takstfinansiering og konkurrence lede til utilsigtede konsekvenser. Faldende behandlingskvalitet, utilsigtede ændringer i kodningspraksis (upcoding), manglende incitamenter til at tage nye teknologier til sig og selektering er nogle af de konsekvenser, systemet kan give anledning til (Stern og Epstein 1985). I det følgende rettes fokus imod problemstillingen om selektering.

3.4.1 Risiko for selektering: teori

Risikoen for selektering opstår, hvis der er forskelle i patienternes omkostningstygde, som kan forudsiges med en vis sandsynlighed, og som ikke reflekteres i DRG-systemets afregningstakster. En sådan situation kan gøre sig gældende, hvis nogle DRG-grupper afregnes mere lukrativt end andre, dvs. hvis der er omkostningsvariation *mellem* grupperne, som afregningssystemet ikke tager højde for. Ligeledes kan den gøre sig gældende, hvis patienter med forskellige forventede ressourcetræk kategoriseres i én og samme DRG-gruppe, hvor de udløser samme takst, dvs. hvis der er omkostningsvariation *internt* i grupperne. For at undgå sidstnævnte situation er det danske DRG-system udviklet med henblik på størst mulig ressourcehomogenitet i DRG-grupperne. Samtidig ligger dog også to andre hensyn til grund for systemet: DRG-grupperne skal være klinisk meningsfulde, og det samlede system skal være overskueligt, hvilket i praksis betyder, at antallet af grupper søges begrænset (Sundhedsstyrelsen 2004).

Der er en vis grad af konflikt mellem de tre kriterier. Således medfører en begrænsning af antal grupper, at forskellen i ressourcetrækket for patienter internt i grupperne øges. Kriterierne om klinisk meningsfuldhed og ressourcehomogenitet er ikke på samme måde i direkte modstrid, men de er på den anden side heller ikke nødvendigvis sammenfaldende. Diagnoser, der ligger tæt op ad hinanden, kan sagtens afføde meget forskellige omkostninger (Newhouse 2002). Variation i omkostningerne inden for de enkelte DRG-grupper er et grundvilkår, der ufravigeligt kendetegner DRG-systemer. Kun hvis hver patient tildeles sin egen DRG-gruppe, kan omkostningsvariation fuldstændigt undgås, men i en sådan situation er der ikke længere tale om et DRG-system. Graden af variation vil afhænge af den konkrete afvejning mellem kriterierne om systemets overskuelighed, gruppernes kliniske meningsfuldhed og ressourcehomogenitet.

Når kriteriet om DRG-gruppernes ressourcehomogenitet ikke er opfyldt, risikerer DRG-systemets målestokskonkurrence at blive skævvredet. I Schleifers ideelle konkurrence får sygehusene incitament til effektivitetsforbedringer og specialisering i de behandlinger, hvor de har større omkostningseffektivitet end gennemsnittet af sygehuse. Ved tilstrækkelig stor variation i omkostningerne inden for DRG-grupperne vil de derimod have incitament til at specialisere sig i de patienter inden for hver gruppe, som kan forventes at medføre de laveste omkostninger. De vil med andre ord have incitament til *selektering*, som forpurrer ligheden i patienternes behandlingsadgang. Selektion kan opfattes som en form for slack-maksimering, hvor agenterne yder den mindst mulige indsats i forhold til den betaling, de modtager. Dermed udvandes også de effektivitetsforbedringer, som den ideelle målestokskonkurrence eventuelt kunne have frembragt (Dranove 1987, Allen og Gertler 1991).

Ligesom teorien om den ideelle målestokskonkurrence er udviklet med specifik henvisning til takstfinansiering i det amerikanske Medicare-system, forholder kritikerne sig også primært hertil. De argumenterer for, at takstfinansiering introducerer et incitament til selektering, som ikke fandtes under det tidligere afregningssystem, hvor sygehusenes faktiske omkostninger retrospektivt blev refunderet (fx Ellis 1998, Newhouse 1996). Som nævnt er der store forskelle mellem den amerikanske og den danske reform. Det er derfor spørgsmålet, om argumentet om selekteringsrisikoen som et *nyt* fænomen kan overføres til den danske kontekst?

På den ene side kan der argumenteres for, at den tidligere rammefinansieringsmodel gav samme incitament til selektering som takstfinansiering, idet begge finansieringsformer er prospektive (Martinussen og Hagen 2005). Ifølge dette argument er selektering et middel til slack-maksimering for den rationelt egennyttemaksimerende agent, uanset om agenten arbejder under faste budgetrammer eller takstfinansiering.

På den anden side er der grund til at opfatte incitamentet til selektering som et fænomen, der først reelt er introduceret med den gradvise omlægning til takstfinansiering. Selektion er blot én af mange måder, som arbejdsbyrden kan mindskes på under rammefinansiering, og det synes ikke klart, at den skulle være attraktiv for agenterne. For det første kan behandling af komplicerede og tunge patienter opfattes som et *superior good*, der i sig selv påvirker lægernes egennytte positivt på grund af faktorer som prestige, selvudvikling og muligheder for advancement. Under denne antagelse vil rammefinansiering ikke give anledning til selektering, men tvært imod medføre at de tungeste patienter prioriteres højest, da der ikke er direkte økonomiske konsekvenser forbundet hermed (Newhouse 1983). For det andet kræver selektering en økonomisk bevidsthed og forståelse for omkostningsstrukturerne, som rammefinansieringsmodellen ikke foranlediger sygehusafdelingerne til at udvikle. Incitamentet til selektering kan således ses som et nyt fænomen med baggrund i, at takstfinansieringen medvirker til en ny, økonomisk tankegang i sygehusvæsenet (Martinussen og Hagen 2005). Den samtidige introduktion af øget valgfrihed for patienterne har desuden øget mulighederne for både offentlige og private sygehuse til at videresende og tiltrække fritvalgspatienter strategisk. Samlet set synes det således rimeligt at konkludere, at problemstillingen om selektering er ny, eller i hvert fald langt mere aktuell, i dag end under den tidligere rammefinansiering.

Tesen om selektering er blevet uddybet og nuanceret af blandt andre Randall Ellis (1998). Under antagelse om, at patienterne er fuldt forsikrede, og at sygehusene konkurrerer om at tiltrække patienter, viser han, at takstfinansiering giver anledning til tre forskellige former for opportunistisk adfærd - *creaming*, *skimping* og *dumping* - der alle kan rubriceres under fælleskategorien selektering. Sygehusene vil have incitament til at 'skumme fløden' og tiltrække de lette patienter, som har de laveste ressourcekrav i forhold til de takster, de udløser (*creaming*). Samtidig vil de have incitament til at nedprioritere de tunge patienter, enten ved at holde igen med de ydelser, de tilbydes (*skimping*), eller ved fuldstændigt at afvise dem (*dumping*).

Creaming og *dumping* kan på sin vis ses som to sider af samme sag, idet de begge er direkte relateret til spørgsmålet om *hvilke* patienter, sygehusene behandler. Både *creaming* og *dumping* kan ske gennem strategisk anvendelse af ventelister: Attraktive patientgrupper kan tiltrækkes via korte ventetider rettet specifikt mod dem, og tunge patienter kan på samme måde afvises ved hjælp af lange ventetider (Martinussen og Hagen 2005). Især mindre og private sygehuse kan desuden *dumpe* patienter gennem en strategisk begrænsning af kompetencer og behandlingsudbud (Ellis 1998). Endelig kan sygehusene i en lang række gråzoner lade indikationskriterierne skride, så mindre syge patienter behandles (Kværner 2004).

Skimping relaterer sig til, *hvordan* patienterne behandles. Begrebet udtrykker, at sygehusene behandler patienterne utilstrækkeligt, for eksempel ved at spare på ydelserne, forringe behandlingskvaliteten eller udskrive patienterne for tidligt i en ustabil tilstand (Rogers et al 1990). Denne rapport fokuserer

på spørgsmål om, *hvilke* patienter, der behandles, og forekomsten af *skimping* vil derfor ikke blive selvstændigt belyst. Det er dog nyttigt at have i baghovedet, at *skimping* er ét af de midler, som sygehusene kan anvende til at prioritere mellem patienterne. Varierende behandlingskvalitet kan være et instrument til at *dumpe* nogle patientgrupper og *creame* andre (Dranove 1987). Undersøgelser giver eksempler på, at variation i kvaliteten er blevet anvendt som en sådan strategi i praksis (Gilman 2000, Ellis og McGuire 1996).

3.4.2 Risiko for selektering: Internationale erfaringer

Teorien om selektering i forbindelse med takstfinansiering er rimeligt veludviklet, men der findes kun få empiriske undersøgelser af problemstillingen, hvoraf ingen er fra Danmark. Et udvalg med repræsentanter fra Amdtsrådsforeningen, H:S, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen undersøger ganske vist i en nylig evaluering af takststyring udviklingen i behandlings-sammensætningen fra 2000 til 2004 med henvisning til risikoen for selektering. Udviklingen i speciale-grupper (medicinske, kirurgiske og øvrige), indlæggelsesmåder (akutte, ikke-akutte) og patienttyper (ambulante behandlinger, stationære behandlinger og behandlinger på skadestue) kortlægges, og udvalget kan ikke påvise, at takstfinansieringen har medført forskydninger (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et al 2005). Evalueringen er dog så overordnet og deskriptiv, at den reelt ikke afdækker, om selektering forekommer i det danske sygehusvæsen.

To nyere undersøgelser fra Norge finder begge tegn på selektering i forbindelse med takstfinansiering på de norske sygehuse. Det norske sygehusvæsen minder i sin grundstruktur, finansiering og opgavevaretagelse meget om det danske, så erfaringer herfra kan forventes at have direkte relevans i en dansk kontekst. Kværner (2004) finder i en undersøgelse af aktiviteten inden for øre-næse-hals-kirurgi fra 1999 til 2002, at der har været betydelig vækst i indgreb, som hverken kræver fuld narkose eller kirurgisk specialkompetence, mens væksten har været lille eller direkte negativ for komplicerede operationer med større risiko for høje omkostninger i forhold til DRG-taksten. Sammenlignet med den gennemsnitlige vækst på 12 procent er antallet af de forholdsvist enkle ganoplastikindgreb imod snorken/søvnapnø forøget med hele 110 procent. En sandsynlig forklaring er, at indikationstærsklen for disse indgreb er sænket, mens det dog også er muligt, at der blot er flere patienter med samme sværhedsgrad af snorken/søvnapnø som har fået adgang til behandling. Uanset hvilken af disse forklaringer, der gælder, så giver undersøgelsens resultater stærke indicier om, at takstfinansieringen har foranlediget sygehusene til at *creame* de ukomplicerede patientgrupper og *dumpe* dem, der risikerer at blive uforholdsmæssigt omkostningsfulde. Martinussen og Hagen (2005) finder ligeledes tegn på selektering blandt patienter til kirurgiske dag-procedurer, selv om deres konklusion er langt mindre entydig. I en undersøgelse af sammenhængen mellem patienters ventetid og sværhedsgraden af deres sygdom finder de for elleve procedurer, at ventetiden er positivt relateret til sygdommens sværhedsgrad og dermed til behandlingsforløbets omkostningsniveau. Sammenhængen er dog negativ for syv andre procedurer og fraværende for de resterende seks.

Bortset fra disse norske undersøgelser er det fra USA, at empirisk viden om selektering i forbindelse med takstfinansiering kan hentes. Det viser en struktureret litteratursøgning og efterfølgende citationsanalyse, hvor engelsksproget litteratur om takstfinansiering og selektering er blevet afdækket². Som tidligere nævnt er det amerikanske sundhedsvæsen så forskelligt fra det danske, at erfaringer på ingen måde kan overføres direkte. Alligevel har de klar relevans. For det første er det DRG-baserede takstsystem i Danmark grundlæggende magen til det, som Medicare-systemet har anvendt siden 1984. Incitamentet til selektering som følge af heterogenitet i DRG-grupper er derfor en problemstilling, der går på tværs af landegrænserne. For det andet er det ikke kun en ulempe, at det amerikanske system er så anderledes organiseret end det danske. En fordel er, at variationen på det amerikan-

² Den strukturerede litteratursøgning er foretaget i databaserne Medline og Business Source Premiere.

ske sygehusmarked gør det muligt at belyse, hvordan incitamentet til selektering kan variere med sygehusenes ejerskabsform. Det offentligt ejede og offentligt finansierede danske sygehusvæsen er – og vil nok altid være – relativt homogent og milevidt fra det amerikanske. Alligevel øges variationen i disse år, hvor andelen af behandlinger på private sygehuse gradvist vokser som følge af bl.a. det udvidede frie sygehusvalg. I det lys er de amerikanske erfaringer interessante, om end de aldrig direkte kan ekstrapoleres til den danske kontekst.

Som konklusion på de tidlige erfaringer med prospektiv takstfinansiering for Medicare-patienter angiver Newhouse, at der er '*some grounds for concern*' (1989:41). Baggrunden er en undersøgelse, der giver moderat opbakning til tesen om dumping af tunge patienter som følge af takstfinansiering. På den ene side viser den, at patienter i gennemsnitligt uprofitable DRG-grupper oftere end andre patienter er indskrevet på *hospitals of last resort*, dvs. offentlige hospitaler, der fungerer som 'opsamlingssteder' for patienter uden andre muligheder. På den anden side er de uprofitable patienter ikke i højere grad end andre patienter blevet overført fra andet sygehus, og omkostningstunge outlier-patienter inden for de enkelte DRG-grupper udsættes heller ikke for diskrimination. En anden tidlig undersøgelse viser, at patienter med lang indlæggelsestid utilsigtet overflyttes til sygehuse, som står uden for takstfinansieringsordningen og kompenseres retrospektivt for deres faktiske omkostninger ved hvert behandlingsforløb (Newhouse og Byrne 1988). Ligeledes er der tegn på, at patienter, som udskrives fra takstafregnede sygehuse til plejecentre er blevet tungere efter introduktionen af takstafregning (Carroll og Erwin 1987). De tidlige erfaringer indikerer således, at takstfinansiering foranlediger sygehuse til at dumpe de tunge patienter andetsteds og derved undgå omkostninger. Erfaringerne bakkes op i senere analyser, som bl.a. finder, at omkostningstunge patienter henvises til sygehuse med mere generøse afregningstakster (Ellis og McGuire 1996), sygehuse uden for takstfinansieringssystemet (Gilman 2000) og sygehuse, som ifølge lovgivningen er forpligtet til at behandle de pågældende patienter (Hisnanick 2001).

Et anderledes billede tegnes i en undersøgelse om selektering af psykiatriske patienter (Long et al 1993). Undersøgelsen kan hverken påvise, at *creaming* eller *dumping* finder sted, og yderligere går den imod forestillingen om, at private for-profit sygehuse på grund af deres profit-motiv skulle have større incitament til selektering end andre sygehuse. Den afviser selekterings-hypotesen med den største sikkerhed for netop disse sygehuse, mens den viser yderst svage tendenser til *creaming* og *dumping* blandt offentlige og non-profit sygehuse. Flere andre undersøgelser bestrider ligeledes hypotesen om, at graden af selektering skulle afhænge af ejerskabsform (jf. Kjellberg og Lassen 2004). Det gælder dog ikke Horwitz (2005), som i en nyere undersøgelse viser, at non-profit sygehuse og især for-profit sygehuse *creamers* markedet ved i betydeligt højere grad end de offentlige sygehuse at udbyde profitable procedurer.

De amerikanske erfaringer synes ikke at lede til nogen entydig konklusion om forholdet mellem ejerskabsform og selektering. En særlig problemstilling knytter sig dog ganske sikkert til en særlig gruppe af for-profit sygehuse, de såkaldte *physician-owned specialty hospitals*. I de seneste år har USA oplevet en voldsom vækst i et nichemarked af små sygehuse, som specialiserer sig i profitable, kirurgiske procedurer og ejes af de opererende læger selv. En nyere undersøgelse fra den amerikanske Medicare Payment Advisory Commission konkluderer, at sygehuse både specialiserer sig i bestemte, lukrative DRG-grupper, og at de inden for disse grupper udvælger de letteste patienter. Selektionen inden for de enkelte DRG-grupper sker ved, at sygehuse begrænser deres kompetencer og kapacitet strategisk, så patienter med komplekse sygdomsbilleder og behov for sofistikerede ekstraydelser må afvises. Desuden har lægerne ofte dobbeltroller, som giver dem mulighed for at henvise patienter til sig selv (MedPAC 2005). Det er selvfølgelig umuligt at trække en direkte parallel mellem de amerikanske specialhospitaler og den danske niche af aftalesygehuse. Alligevel er der umiddelbare ligheder, som

giver grobund for at undersøge, om problemstillingen vedrørende selektering er den samme i Danmark.

3.4.3 Selektion som et uløseligt problem for principal-agent-teorien

Der er både teoretisk og empirisk belæg for, at DRG-systemets målestokskonkurrence skævvrides, når målestokken ikke er perfekt. Principal-agent-teoriens svar på problemet er, at målestokken – DRG-systemet – konstant må justeres og forfines, så risikoen for skævvridning af de lægefaglige prioriteringer minimeres. Et af de midler, der peges på, er udbetalingen af særlige outlier-tilskud for patienter med lang indlæggelsestid eller andre fordyrende omstændigheder (Keeler et al 1988). Et andet middel er en udvidelse af antal DRG-grupper, så ressourcehomogeniteten øges i de enkelte grupper (Dranove 1987, Newhouse 2002, MedPAC 2005). Begge strategier anvendes i det danske takstafregningssystem, men de synes dog aldrig fuldstændigt at kunne eliminere de økonomiske skævvridninger, som ligger til grund for selekteringsrisikoen.

Såkaldte 'langliggere' udløser et mindre tilskud for hver dag i den periode, hvor de er indlagt ekstraordinært længe (Sundhedsstyrelsen 2004), men den ideelle fastsættelse af tilskuddet vil være en svær balanceakt. Kompensationen skal være stor nok til at dæmme op for diskrimination af særligt omkostningstunge patienter, men samtidigt må den ikke nå en størrelse, hvor der bliver incitament til spekulation i forlænget indlæggelsestid. Det kræver store omkostninger at fastlægge tilskudsordningen præcist og overvåge, at den anvendes som tilsigtet. Reguleringen af antal DRG-grupper, som løbende sker gennem klinisk valideringsarbejde, er på samme måde en balanceakt. Et vist antal patienter i hver DRG-gruppe er en forudsætning for valide takstberegninger, og det sætter grænser for udvidelsen af antal DRG-grupper og dermed mulighederne for ressourcehomogenitet. Desuden øges risikoen for strategisk tænkning vedrørende placering af patienterne *mellem* grupperne (up-coding), når antallet af grupper forøges (Allen og Gertler 1991). Endelig vil udviklings- administrations- og overvågningsomkostningerne stige, jo mere kompliceret og forfinet takstsystemet bliver.

Principal-agent-teoriens løsning på selekteringsproblemet gennem en konstant finjustering af takstsystemet er mangelfuld, fordi den ikke tilstrækkeligt kan gøre op med den grundlæggende informationsasymmetri. Lægen, der behandler patienten, vil altid have mere information om omkostningerne end noget takstsystem kan tage højde for (Newhouse 1998), og finjusteringen vil derfor aldrig kunne blive præcis. Det er praktisk talt umuligt for principalen at udforme en perfekt og specificeret kontrakt for agentens arbejde, og konsekvensen er, at der uundgåeligt vil være rum for opportunistisk adfærd som selektering. Takstfinansieringens incitamentsstrukturer vil således aldrig kunne fungere så mekanisk, perfekt og omkostningsfrit, som principal-agent-teorien forudsætter.

Spørgsmålet er da, hvilke konsekvenser man bør drage af denne vished om incitamentsstrukturernes ufuldkommenhed? Sundhedsøkonomen Joseph Newhouse konkluderer i sin bog om optimale kontrakter i sundhedsvæsenet, at *'there is clearly a limit to what payment incentives can accomplish'*, hvorfor vi må forlade os på *'some combination of norms instilled in training and provider altruism'* som garant for de ydelser, der ikke honoreres af afregningssystemet (2002:102-103). Også Arrow (1963) fokuser på professionel etik som en garant mod perverse effekter af økonomiske incitament. Det kan virke paradoksalt at designe et incitamentssystem, der udelukkende taler til agenternes præferencer for egennyttemaksimering samtidig med, at man i sidste ende forlader sig på deres altruisme og etik som sikring imod opportunistisk adfærd. Le Grand (2003) påpeger, at det ikke blot er paradoksalt, men også umuligt. Den såkaldte *crowding-out-effekt* implicerer, at principal-agent-teoriens incitamentsstrukturer i sig selv vil kunne underminere altruistiske motivationer, så de ikke længere er der til at falde tilbage på. Selektion vil således aldrig kunne undgås, hvis sådanne strukturer er udgangspunktet. Som alternativ foreslår Le Grand *robuste incitamentsstrukturer*, der taler til både den rationelle egennyttemaksimering og den professionelle etik.

4. Robuste incitamentsstrukturer

4.1 Aktørernes motivation - knægte og riddere

Le Grand (2003) opererer som principal-agent-teorien med en rationel aktør, mens han afviser grundantagelsen om præferencer for egennyttemaksimering. I stedet argumenterer han for, at aktørerne kan have forskellige motivationer, som han kategoriserer i typologierne *knægte* og *riddere*. Typologierne skal forstås som idealtyper, der karakteriserer aktørernes motivationer, ikke nødvendigvis aktørerne selv. En og samme person kan være drevet af begge motivationsformer, og hvilken der dominerer, vil til enhver tid afhænge af den konkrete kontekst. Motivation er således en endogen – dynamisk og påvirkelig – størrelse, ikke en eksogent givet præference. Det implicerer, at indretningen af offentlige politikker og organisationer ikke blot skal være i overensstemmelse med aktørernes præferencer, men at indretningen i sig selv kan påvirke disse. Incitamentsstrukturer, der tager udgangspunkt i agenternes egennyttemaksimering, kan komme til at fungere som en selvopfyldende profeti om netop egennyttemaksimering.

Knægte er udelukkende motiveret af egeninteressen, som den defineres af principal-agent-teorien, mens riddere er motiveret af at maksimere andres nytte, selv hvor det måtte være i modstrid med deres egeninteresse. Ridderne kan yderligere opdeles i *handlings-irrelevante* og *handlings-relevante* riddere. Handlings-irrelevante riddere motiveres til at hjælpe personer i nød på grund af medfølelse eller oprør over uretfærdighed. Det har betydning for dem, at personerne hjælpes, ikke om de selv yder hjælpen. Anderledes forholder det sig for de handlings-relevante riddere, hvis motivation for altruisme er relateret til handlingen i sig selv. Motivationen hos disse riddere kan bunde i indre faktorer som udviklingen af en positiv selvforståelse og afværgelsen af skyldfølelse gennem personlig opoffelse. Ligeledes kan ydre faktorer som social anerkendelse og en norm om reciprocitet gøre sig gældende. Normen om reciprocitet – eller frivillig gaveudveksling – bygger på en generel tillid til, at andre vil gengælde de tjenester, man frivilligt og uden kortsigtet egeninteresse gør dem (Miller og Whitford 2002). Tilliden kan give sig til udtryk i, at man kalkulerende yder noget for andre for at påføre dem en forpligtelse til at betale tilbage, men i den situation er der tale om ren egeninteresse, ikke ridderlig motivation. Frivillig gaveudveksling udtrykker en mere abstrakt kombination af frivillighed og forpligtelse og implicerer en vilje til at yde en indsats for hinanden uden nogen som helst sikkerhed for gengældelse.

Med henvisning til en række empiriske undersøgelser konkluderer Le Grand, at mange aktører - måske især i den offentlige sektor - er styret af ridderlige motivationer, om end i kompleks interaktion med præferencer for egennyttemaksimering. De ridderlige motivationer er desuden primært handlings-relevante.

4.2 Crowding-effekter for ridders motivation

Den indre nytte, som handlings-relevante riddere opnår ved altruistiske handlinger, afhænger af faktorer såsom omfanget af den hjælp, de kan tilbyde, effekten af hjælpen for dens modtagere, og omverdenens anerkendelse af handlingen. Desuden – og mere overraskende – er den positivt knyttet til størrelsen af aktørens personlige omkostninger. Dette går stik imod traditionel økonomisk teori, men hænger sammen med førnævnte indre motivationsfaktorer: den hjælpsomme handling føles mere værdifuld, hvis aktøren må tilsidesætte personlige behov for at yde den. Sammenhængen er ikke konstant, men varierer snarere med to tærskelværdier, da *for* høje personlige omkostninger også kan virke demotiverende. Så længe de personlige omkostninger ved en altruistisk handling er under den

laveste tærskelværdi eller over den højeste, vil agentens indre motivation være lav. Mellem de to værdier vil motivationen være stor nok til, at handlingen udføres.

Konsekvensen af, at aktørerne opnår en indre motivation ved personlig opofrelse er, at effekten af ydre motivationsfaktorer, såsom økonomiske belønninger, begrænses. Økonomisk kompensation for en altruistisk handling har på den ene side en *relativ pris-effekt*, som gør handlingen mere attraktiv. Det er denne effekt, som principal-agent-teorien henviser til, når den anbefaler økonomiske incitamenter som styringsmekanisme. På den anden side er der også en *crowding-out-effekt*, som principal-agent-teorien overser. Den ydre belønning udhuler den indre nyttefølelse ved handlingen og gør den dermed mindre attraktiv (Le Grand 2003, Frey 1997). Den samlede effekt på viljen til at udføre handlingen afhænger af forholdet mellem de to effekter. Er crowding-out-effekten større end pris-effekten, vil økonomiske incitamenter ligefrem reducere udbuddet af en given ydelse.

Problemstillingen kan illustreres ved det klassiske eksempel om viljen til at donere blod. I sundhedsvæsenet, der baserer sig på frivillig donation, vil mange være villige til at gøre en indsats. Hvis det frivillige udbud alligevel er mindre end efterspørgslen, kan økonomiske incitamenter trække nye donorer til. Problemet er dog, at denne pris-effekt ikke står alene. Oprindelige volontører kan føle sig devaluerede og ophøre som donorer, hvorved den samlede konsekvens kan blive et fald i udbuddet af donorblod (Miller og Whitford 2002, Le Grand 2003). Betydningen af crowding-out er påvist i flere empiriske undersøgelser, herunder i en analyse af schweiziske lokalsamfunds tilbøjelighed til at acceptere et atomaffaldsdepot i deres nærområde. Andelen af indbyggerne, der accepterede forslaget, faldt fra omtrent halvdelen til kun en fjerdedel, da et tilbud om kompensation blev introduceret (Frey 1997). Erfaringerne er dog ikke ganske entydige. I et nyligt eksperiment konstaterer Lazzarini, Miller og Zenger (2004), at de ikke kan påvise en crowding-out-effekt. De konkluderer dog, at deres fund er i strid med tidligere resultater, og at yderligere undersøgelser derfor er nødvendige, før de vil afvise effektens betydning.

Økonomiske incitamenter, der fuldt ud eller mere end fuldt ud kompenserer for ridderens personlige omkostninger, vil udhule den indre tilfredsstillelse ved at udføre en handling. Hvis kompensationen er mindre, kan den dog have den modsatte effekt – en *crowding-in-effekt* – og virke direkte understøttende for den indre motivation (Frey 1997). Den fungerer da som et symbol på social anerkendelse af en værdifuld indsats, snarere end som reel kompensation. Forudsætningen for, at den økonomiske belønning kan have en crowding-in-effekt, er, at den ikke er stor nok til at bringe de personlige omkostninger ved handlingen under den førnævnte nedre tærskelværdi. Ridderen skal stadig kunne føle den personlige opofrelse (Le Grand 2003).

Endelig kan den ridderlige aktør også motiveres ved økonomisk kompensation, der bringer de personlige omkostninger under den nedre tærskelværdi. Oprindeligt vil viljen til at udføre en handling falde, efterhånden som den indre motivation udhules, men når kompensationen bliver stor nok, vil den relative pris-effekt overstige crowding-out-effekten. Aktøren vil da udføre handlingen, men nu vil motivationen stamme fra ønsket om egennyttemaksimering frem for altruisme. Den indre ridder vil være blevet fortrængt af en knægt (Le Grand 2003).

4.3 Mangelfulde incitamentsstrukturer for knægte eller riddere

Hvis agenterne har endogent bestemte præferencer og kan blive både knægte og riddere, så har det store implikationer for, hvordan sygehusvæsenet bør indrettes. Principal-agent-teoriens incitamentsstrukturer, som udelukkende taler til egennytten, vil kunne virke stik imod hensigten. Samme problemstilling gælder for strukturer, der fuldt ud baserer sig på agenternes altruisme.

Le Grands konklusioner peger således på, at takstfinansiering og øget konkurrence mellem sygehuse kan have utilsigtede konsekvenser, der overstiger deres fordele. Hvis reformerne implementeres i overensstemmelse med principal-agent-teoriens forskrifter, risikerer de økonomiske incitamenter at

udhule de ridderlige motivationer hos sygehuspersonalet, så den samlede indsats i sygehusvæsenet mindskes frem for øges. Som nævnt vil incitamenterne altid kunne styrkes tilstrækkeligt til, at de ridderlige motivationer helt fortrænges og erstattes af ønsket om egennyttemaksimering (Le Grand 2003). Denne løsning vil dog være yderst omkostningsfuld, da de eksterne belønninger skal være store for at kunne omvende riddere til knægte.

Løsningen er desuden mangelfuld. Le Grand pointerer, at incitamentsstrukturer for knægte kun kan fungere, hvis de er *vandtætte*, og at dette kriterium er så godt som umuligt at tilfredsstille på sundhedsområdet. Han vil dermed tilslutte sig konklusionen i rapportens kapitel tre om, at det perfekte takstfinansieringssystem baseret på egennyttemaksimering er ønsketænkning, og at det er ualmindelig svært – hvis ikke umuligt – at gardere sig imod opportunistisk adfærd som selektering. Faktisk går Le Grands analyse endnu længere. Den viser også, at det er urealistisk at ville forlade sig på den lægefaglige etik og altruisme som sikkerhedsventil for et system, der grundlæggende taler til egeninteresse. Systemet bidrager jo netop til at underminere disse normer, hvorfor det er inkonsistent samtidig at ville falde tilbage på dem.

Le Grand afviser tilsvarende en indretning af sygehusvæsenet, der udelukkende taler til ridderne. Et system med rammebudgetter og ubegrænset frihed i de lægefaglige prioriteringer vil blive udnyttet af knægtene, hvilket dernæst vil demotivere ridderne. Selv hvis alle agenter er riddere, vil systemet næsten altid være problematisk, fordi deres ridderlige hensigter ikke nødvendigvis er i fuld overensstemmelse med principalens præferencer. For eksempel vil ridderlige læger prioritere sundhedsvæsenet anderledes end ridderlige politikere og embedsmænd, som har ansvar for flere serviceområder og den overordnede forvaltning af borgernes midler. Regulerings- og kontrolinstitutioner kan således blive nødvendige som sikring imod både knægtenes opportunistisme og riddernes egenrådige altruisme. Problemet er, at sådanne institutioner nedbryder de strukturer som i første instans motiverede ridderne. Lægerne kan føle, at de frarøves deres lægefaglige frihed og opleve, at de mødes med mistillid. Derved kan deres ridderlige motivation blive udhulet.

4.4 Robuste incitamentsstrukturer for knægte og riddere

Le Grands analyse leder frem til, at sygehusvæsenet aldrig bør indrettes ud fra antagelser om aktørernes egennyttemaksimering, ligesom det heller aldrig bør indrettes ud fra modsatte aktørantagelser. Hidtil er der blevet argumenteret for, at den øgede takstfinansiering og konkurrence i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg og andre reformer skal forstås som svar på principal-agent-problemet; et svar, der udelukkende taler til agenternes præferencer for egennyttemaksimering. Spørgsmålet er da, om Le Grands analyse skal opfattes som et dødsstød til reformerne? Det er absolut ikke givet. Le Grand vil argumentere for, at takstfinansiering og konkurrence mellem sygehusene *kan* implementeres på en måde, som taler til både egennyttemaksimering og professionel etik – til både knægt og ridder. Hvis en sådan implementering lykkes, og strukturerne afstedkommer en ensartet adfærd hos agenterne uanset, hvad der motiverer dem i udgangspunktet, så er der tale om *robuste incitamentsstrukturer*.

Le Grands løsning på den kroniske konflikt om agenternes motivation synes både enkel og intuitivt tiltalende. Knap så enkelt er det at operationalisere løsningen og forestille sig, hvordan de robuste incitamentsstrukturer kan *defineres*, *måles* og *skabes*. Disse spørgsmål må besvares for at blive kloge på, om aftalesygehusenes og de offentlige sygehuses incitamentsstrukturer, som de er formet af den udvidede fritvalgsordning og øvrige reformer, er robuste.

For at begynde med *definitionen* af robuste incitamentsstrukturer, så er udgangspunktet som ovenfor nævnt, at de afstedkommer en ensartet adfærd hos agenterne, uanset om der er tale om riddere eller knægte. Le Grand argumenterer for, at kvasi-markedsmekanismer kan have denne egenskab, og uddyber: *'In terms of outcomes, services delivered by appropriately designed quasi-market mechanisms can be empowering, efficient, and equitable'* (Le Grand 2003:164, min fremhævelse). Robuste incita-

mentsstrukturer skal således ikke blot motivere agenterne til at handle ensartet, men også til at handle i overensstemmelse med substantielle målsætninger om bemyndigelse af servicebrugerne, effektivitet og lighed. Det er bemærkelsesværdigt, hvor stor overensstemmelse, der er mellem de målsætninger, som indgår i Le Grands definition af robuste incitamentsstrukturer, og de kriterier om responsivitet, effektivitet og lighed, som New Public Management-reformer ifølge Boyne (2003) skal evalueres i forhold til.

Boynes kriterium om responsivitet tilsiger, at offentlige organisationer skal være lydhøre og imødekommende over for interessenters behov, præferencer og krav, hvor interessenterne inkluderer både direkte og indirekte brugere af de offentlige ydelser, skatteborgere og medarbejdere. Tilsvarende skal Le Grands robuste incitamentsstrukturer sikre, at brugerne af offentlige ydelser bemyndiges og opnår reel indflydelse på de services, de tilbydes. Der er således en stor indholdslighed mellem de to begreber, responsivitet og bemyndigelse, som primært brydes af, at Boyne har en bredere målgruppe af interessenter for øje.

På samme måde fremhæves målsætningen om effektivitet hos både Le Grand og Boyne. Boyne definerer effektivitet som en variabel, der afhænger negativt af omkostningerne og positivt af aktiviteten og kvaliteten. Tilsvarende lægger Le Grand vægt på både aktivitet, kvalitet og ikke mindst behovet for omkostningsproduktivitet og udgiftskontrol. Han pointerer, at robuste incitamentsstrukturer kun kan lede til ønskelige resultater, hvis de kombineres med et budgetmæssigt design, som tilgodeser det overordnede behov for økonomisering med ressourcerne.

Endelig indgår lighed som et centralt element hos både Le Grand og Boyne. Le Grands robuste incitamentsstrukturer skal kunne sikre den målsætning om lighed, som New Public Management-regimets og principal-agent-teoriens forskrifter kritiseres for at negligere. Han fremhæver således, at et fravær af patientselektering er en indikator for robuste incitamentsstrukturer. Mens lighed ifølge Boyne er det væsentligste *eksterne* evalueringskriterium i forhold til New Public Management-reformer, kan kriteriet opfattes som *internt* i forhold til en evaluering af, om incitamentsstrukturer har den robusthed, som Le Grand anbefaler.

Med den substantielt udvidede definition af robuste incitamentsstrukturer bliver det klarere, hvordan deres tilstedeværelse eller fravær kan *måles*. Det er en empirisk problemstilling, om sygehusvæsenets incitamentsstrukturer fremmer målsætningerne om bemyndigelse af og lydhørhed over for patienterne, effektivitet og lighed i behandlingsadgangen. Jo bedre strukturerne fremmer disse målsætninger, des mere robuste er de. I denne rapport fokuseres der på, om patienternes lighed i adgangen til behandling krænkes gennem selektering fra aftalesygehusenes side. Hvis den empiriske analyse afdækker, at selektering forekommer, vil det være et signal om, at incitamentsstrukturerne er mindre robuste, end man kunne ønske. Den omvendte slutning – at det er et tegn på robusthed, hvis selektering udebliver – kan ikke drages helt så entydigt, da både robuste og ridderlige incitamentsstrukturer kan afværge selektering.

Spørgsmålene om definition og måling af incitamentsstrukturers robusthed er hidtil udelukkende blevet besvaret i relation til strukturernes effekter. På den ene side kan der argumenteres for, at det er tilfredsstillende, da det i sidste ende er netop effekterne – opfyldelsen af målsætningerne om bemyndigelse, effektivitet og lighed – der har interesse. På den anden side er det langt fra tilfredsstillende, fordi det kun gør det muligt at vurdere effekterne *ex post* og deraf slutte, om givne incitamentsstrukturer synes robuste. Der mangler således stadig en forståelse af, *hvorfor* de er eller ikke er det. Endnu mere problematisk bliver denne form for efterrationalisering, når analysen koncentrerer sig om én af målsætningerne i stedet for dem alle. Som ovenfor nævnt kan et fravær af selektering bunde i både robuste og ridderlige incitamentsstrukturer, og det kræver en solid teoretisk forståelse at afgøre, hvilke strukturer der reelt er tale om. I det kommende afsnit reflekteres der teoretisk over, hvordan robuste incitamentsstrukturer kan *skabes*.

Refleksionen baserer sig på antagelsen om, at DRG-systemets afregningstakster aldrig kan blive perfekte og vandtætte – at en vis omkostningsvariation i DRG-grupperne er et ufravigeligt grundvilkår. Finjusteringer af grupperinger, takster og outlier-betalinger kan muligvis bidrage til incitamentsstrukturernes robusthed, men som vist i kapitel tre kan de ikke påregnes at være en tilstrækkelig løsning. Derfor fokuseres der i det følgende på, hvilke *andre* faktorer end justeringer af DRG-systemets målestok, der kan bidrage til robusthed.

4.5 Hvordan kan robuste incitamentsstrukturer skabes?

En grundlæggende forudsætning for, at økonomiske incitamentsstrukturer kan være robuste er, at både riddere og knægte er tilstrækkeligt lydhøre over for incitamenterne til, at deres adfærd overhovedet påvirkes af dem. Det er altså nødvendigt, at agenterne har en vis interesse for deres organisations finansielle status. Derimod er det underordnet, om interessen relaterer sig til en præference for egen nyttemaksimering eller bunder i en altruistisk opbakning om organisationens formål og virke kombineret med en erkendelse af, at finansielle midler er nødvendige for dens eksistens og effektivitet (Le Grand 2003).

Hvis denne forudsætning er opfyldt, så bliver det næste spørgsmål, hvordan de økonomiske incitamentmer mere specifikt skal designes for at være robuste og motivere både ridderne og knægtene hensigtsmæssigt? Det kan uddrages af Le Grands empiriske analyse, at strukturerne skal belønne agenterne for en indsats, men hverken for svagt, for kraftigt eller for skævvridende. Desuden påpeges det med udgangspunkt i Gary J. Miller (2000, 1992), at det er meningsløst overhovedet at tale om robuste incitamentsstrukturer, før der er taget hånd om de motivationsproblemer, som bunder i principalens opportunisme og den specialiserede teamproduktion i sygehusvæsenet.

4.5.1 Agenterne skal belønnes – i moderat omfang og ikke skævvridende

Som ovenfor nævnt fremhæver Le Grand, at kvasi-markedsmekanismer – såsom takstfinansiering og konkurrence – kan være nøglen til robuste incitamentsstrukturer. I erkendelse af risikoen for crowding-out skal mekanismerne implementeres, *så de belønner agenterne for ydelser, der opfattes som gavnlige for servicebrugerne, men uden at belønne dem så kraftigt, at deres følelse af personlig opofrelse fuldstændigt elimineres*. Den svære problemstilling bliver da at indkredse, hvad karakteren og størrelsen skal være af sådanne incitamentsstrukturer, som 'hverken må være for svage eller for kraftige'.

Kravet om, at de økonomiske incitamentmer skal være kraftige nok til, at agenterne reelt kan føle dem, giver anledning til formuleringen af et første kriterium for robusthed: *De økonomiske incitamentmer må være ført tilstrækkeligt langt ned i sygehusvæsenets hierarkiske kæde af principal-agent-relationer til, at agenterne i det yderste, producerende led kan mærke dem*. En aktivitetsbestemt belønning, som udbetales fra staten til et amt, kan således kun forventes at have en motiverende effekt, hvis den videreføres til det sygehus og den afdeling, hvor aktiviteten skal produceres. I modsat fald vil indsatsen på afdelingen udelukkende bero på den altruistiske og faglige motivation, som personalet måtte besidde, hvorved incitamentsstrukturerne er ridderlige snarere end robuste. Robusthed kræver således som minimum, at agenterne på de forskellige niveauer i kæden af principal-agent-relationer kan få deres omkostninger dækket, når de yder en ekstra indsats.

Samtidig må de økonomiske incitamentmer ikke være så kraftige, at sygehuspersonalets ridderlige motivationer udhules. Det andet kriterium vedrørende robuste incitamentsstrukturer er således: *De økonomiske incitamentmer kan påvirke agenternes personlige pengepung, men må dog kun gøre det indirekte og i begrænset omfang*. I en konkret analyse af de britiske praksislægers incitamentsstrukturer erklærer Le Grand, at strukturerne er robuste, og fremhæver: *'GPs [general practitioners] could spend on their practices whatever portion of their funds they did not spend on outside services. This surplus*

was supposed to be used for the benefit of the patients but, since investments in the practice would otherwise come out of the GPs' pockets, the fund surpluses could easily redound to the income and comfort of GPs' (2003:99). Samtidig lægger han dog vægt på, at de britiske læger i praksis har begrænsede overskud, og at disse oftest investeres til fordel for patienterne. Således anerkender han incitamentsstrukturer, som påvirker privatøkonomien, hvis de hverken gør det direkte eller i meget betydeligt omfang.

Det tredje kriterium, som Le Grands analyse peger på, vedrører de optimale incitamentsstrukturers *relative* størrelse frem for deres absolutte størrelse. Kriteriet kan formuleres som: *Agenterne må ikke møde så stor variation i incitamentsstrukturerne, at de belønnes vidt forskelligt for samme funktion afhængigt af, hvor de udfører den.* Formålet er at sikre imod, at lægernes prioriteringer skævvrides af variation i deres aflønningsstruktur. Kriteriet er ikke nødvendigvis opfyldt for læger, som arbejder side-løbende på offentlige og private sygehuse. De vil ofte være aflønnet med en fast månedsløn i den offentlige sektor og aktivitetsbestemt i den private sektor. Knægtene iblandt dem vil da have et incitament til at mindske deres indsats i den offentlige sektor, så ventelisterne vokser og flere patienter må henvises til den private sektor, hvor de selvsamme knægte kan behandle dem og udløse en klækkelig, personlig belønning. Risikoen for skævvridning kan forventes at blive forstærket, hvis lægerne har henvisningskompetence på det offentlige sygehus, så de direkte kan henvise til sig selv på det private sygehus (MedPAC 2005). Som løsning foreslår Le Grand, at lønsystemet på de offentlige sygehuse omlægges, så lægerne også her takstafregnes, men til en lidt lavere takst end på de private sygehuse. En sådan omlægning vil mindske variationen i de incitamentsstrukturer, som lægerne møder i de to sektorer, men vil samtidig fastholde en lille forskel, så de offentlige sygehuse stadig kalder på de ridderlige motivationer. Man kan forestille sig, at overensstemmelse mellem incitamentsstrukturerne på de offentlige og private sygehuse kan sikres gennem andre løsningsmodeller end den, Le Grand konkret foreslår. Pointen er, at en vis overensstemmelse er en nødvendig forudsætning for robuste incitamentsstrukturer.

Endelig må et fjerde kriterium opfyldes, før incitamentsstrukturerne kan karakteriseres som robuste. Le Grand mener ikke, at patienterne har tilstrækkelig indsigt til, at de bør have direkte indflydelse på indholdet af deres behandling, men til gengæld skal de have en *exit*-mulighed, hvis de er utilfredse med forholdene hos en udbyder: *Patienterne skal have en reel frihed i valg af behandlingssted, og deres valg skal kunne have økonomiske konsekvenser for sygehusene.* Hvis patienterne således har mulighed for at flytte sig, og pengene samtidig følger patienterne, så lægger det ifølge Le Grand et pres på udbyderne for at imødekomme deres behov og ønsker. Det vil gælde selv, hvis *exit*-muligheden næsten aldrig udnyttes i praksis, fordi den blotte mulighed for at blive straffet økonomisk kan motivere knægtene til at rette ind. Bemyndigelse af patienterne kan alternativt ske ved at give dem klageadgang, men Le Grand fremhæver, at denne *voice*-mulighed hverken kan forventes at motivere knægte eller riddere positivt. Han argumenterer for, at patientklager enten vil være ineffektive eller skabe et direkte antagonistisk forhold mellem patient og udbyder, som kan forstærke knægtes opportunistiske adfærd og demotivere riddere.

Det fjerde kriterium, som er uddraget fra Le Grands analyse, er fuldt i overensstemmelse med principal-agent-teoriens synspunkt. Begge perspektiver fokuserer på patienternes valgfrihed som en central mekanisme i motiveringen af agenterne. Le Grand adskiller sig fra principal-agent-teorien med sin indsigt om, at de økonomiske incitamenter hverken må være for svage, for kraftige eller skævvridende, hvis de skal kunne motivere både knægte og riddere hensigtsmæssigt. Hvis disse kriterier er opfyldt, bør incitamentsstrukturerne være robuste og dermed også kunne afværge den negative slagside af takstfinansiering og konkurrence, som New Public Management-paradigmet kritiseres for. De bør kunne sikre, at patienternes frie valg af sygehus ikke i stedet bliver til sygehusenes strategiske valg af patienter.

Le Grand yder et væsentligt bidrag med sin indsigt om, at økonomiske incitamentsstrukturer bør tilrettelægges, så de er robuste, uanset hvad der i udgangspunktet motiverer agenterne. Samtidig kan det dog indvendes, at ovenstående kriterier for robusthed slet ikke er tilstrækkelige. I kapitel tre blev det påvist, at to typer koordinationsproblemer kan underminere styrken af de økonomiske incitamentsstrukturer i sygehusvæsenet. Incitamentsstrukturene kan kun blive effektive og robuste, hvis disse løses, og nedenfor indkredses det med Miller, hvordan det kan ske gennem opfyldelsen af yderligere to kriterier.

4.5.2 Koordinationsproblemet under team-produktion skal løses

I kapitel tre blev det konkluderet, at agenter, der – som i sygehusvæsenet – er engageret i specialiseret team-produktion, befinder sig i et fangernes dilemma, der er underminerende for incitamentsstrukturene. Selv om det er i agenternes fælles interesse, at de alle producerer optimalt, så er det samtidig rationelt for hver enkelt af dem at *free ride* på de øvriges indsats. Agenternes problem er således et koordinationsproblem: de ville alle kunne stilles bedre, hvis deres handlinger kunne koordineres med henblik på kollektiv nyttemaksimering.

Le Grand erkender, at koordinationsproblemet eksisterer, men beskæftiger sig ikke nærmere med dets løsning (Le Grand 2003). Miller (1992) påpeger til gengæld, at teammedlemmernes interaktion over tid kan forstås i spilteoretiske termer som gentagelser af fangernes dilemma. Ved gentagelser af spillet og dermed en forlængelse af tidshorisonten, øges sandsynligheden for, at agenterne kan udvikle en samarbejdsrelation og koordinere deres handlinger til gensidig fordel. Årsagen er, at agenterne ikke længere fokuserer entydigt på den umiddelbare gevinst, de kan opnå ved at skulke i én enkeltstående spillerunde, men også tager højde for potentielle gevinster, som de kan opnå i fremtidige spillerunder gennem samarbejde og koordination.

Ved gentagne spil kan agenterne anvende en *noget-for-noget*-strategi (*'tit for tat'*) til at udvikle en samarbejdsrelation. Strategien er defineret ved, at man udviser en samarbejdsvillig adfærd i første spillerunde, hvorefter man efterligner modpartens adfærd i de efterfølgende runder. Således belønner man den samarbejdende agent og straffer den genstridige ud fra en forventning om, at modparten vil finde det rationelt at samarbejde, når han ved, at man gengælder *noget for noget* (Axelrod 1984, jf. Miller 1992).

Hvornår vil en sådan strategi da være fordelagtig? Én forudsætning for, at den kan betale sig er en lang tidshorisont for agenternes interaktion. Jo større sandsynlighed der er, for at spillet gentager sig med endnu en runde (hvor straf eller belønning venter), des mere fordelagtigt vil det være for agenterne at følge en noget-for-noget-strategi og udvise samarbejdsvilje på betingelse af, at modparten samarbejder. *Hvor* stor sandsynligheden for gentagelse skal være, før strategien kan betale sig, vil afhænge af størrelsen af de gevinster, som agenterne kan opnå ved henholdsvis samarbejde og individuel egennyttmaksimering i hver enkelt spillerunde.

Både tidshorisonten og de relative gevinster ved samarbejde frem for unddragelse er væsentlige parametre i vurderingen af, om noget-for-noget-strategien kan betale sig. Den afgørende parameter er dog i sidste ende, hvilke *forventninger* agenterne har til hinanden. Det vil aldrig være rationelt for agenterne at forsøge sig med samarbejdsvilje, hvis de forventer, at modparten under alle omstændigheder vil handle opportunistisk og destruere enhver samarbejds mulighed. Således er det en ufravigelig forudsætning, at agenterne har *tillid* til hinanden i betydningen: *en opfattelse af, at de øvrige agenter samarbejder, og at de vil fortsætte med at samarbejde så længe, det ser ud som om, alle andre vil samarbejde* (Miller 1992:186).

Forudsætningen om tillid understreger, at uanset om tidshorisonten er nok så lang, så er der ingen garanti for, at agenterne opnår en samarbejdsrelation. Som det såkaldte *Folk-Theorem* påpeger, så kan gentagelser af fangernes dilemma understøtte et væld af ligevægtsløsninger, hvoraf gensidigt

samarbejde kun er én. Agenterne kan udvikle alt fra en gensidig samarbejdsrelation til et forhold præget af begges unddragelse eller den enes ensidige udnyttelse af den anden. Etableringen og fastholdelsen af en samarbejdsrelation er således et yderst skrøbeligt projekt, som kun bliver skrøbeligere jo flere aktører, der er impliceret. Koordinationsproblemet ved team-produktion forværres med størrelsen af teamet, idet det kun vil være rationelt for hvert af teammedlemmerne at samarbejde, hvis *alle* andre samarbejdede i den foregående spillerunde.

Hvordan kan agenterne i et team da etablere og fastholde den tillid, som er nødvendig for, at udfaldet af den gentagne interaktion bliver samarbejde? Miller fremhæver, at opbygningen af en tillidsrelation understøttes af den norm om reciprocitet og gaveudveksling, som også Le Grand hæftede sig ved. Reciprocitetsnormen kan udvikles og forstærkes løbende gennem noget-for-noget-strategien, hvor agenterne belønner samarbejdsvillige teammedlemmer, straffer genstridige og engagerer sig i aktiviteter – relaterede eller ej til de egentlige arbejdsfunktioner - som understøtter tillid, sammenhold og lighed. Miller påpeger desuden, at normen forstærkes ved, at mange agenter håndhæver den, selv om de ikke selv følger den. Gennem denne form for *hyklerisk samarbejde* håndhæves reciprocitetsnormen efterhånden af så mange, at det bliver rationelt for agenterne, uanset om de er egennyttmaksimerende knægte, selv at følge den.

Agenterne i et team kan således løse koordinationsproblemet og opnå en samarbejdsrelation uden at en *overvåger* rigtigt monitorerer dem. Faktisk er det ligefrem en forudsætning for koordinationen mellem teammedlemmerne, at overvågningen begrænses. Agenterne behøver rum til at opbygge de nødvendige reciprocitetsnormer og tillidsrelationer. Principalen skal skabe dette rum ved selv at vise tillid til teamet og samtidigt opfordre til, at tillid og samarbejdsnormer også fastholdes som omdrejningspunkt for teamets interaktioner.

Med Miller kan det konkluderes, at hverken økonomisk teori eller spilteori kan forudsige udfaldet af interaktionerne i et team, uden at faktorer som tillid og sociale normer integreres i disciplinerne. Således kan heller ikke spørgsmålet om robustheden af incitamentsstrukturerne i det danske sygehusvæsen besvares uden at tage disse faktorer i betragtning. Som Miller udtrykker det, så eksisterer der ikke en magisk formel for et incitamentssystem, som automatisk kan motivere agenterne til samarbejde.

Opsummerende er det *et kriterium for, at sygehusvæsenets incitamentsstrukturer kan blive robuste, at de understøttes af tillidsrelationer og sociale normer om reciprocitet mellem agenterne i de teams (afdelinger og sygehuse), som incitamenterne retter sig imod. En lang tidshorisont er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig, forudsætning for, at sådanne relationer og normer kan udvikles. Desuden er det lettere, jo færre personer der indgår i teamet.*

4.5.3 Koordinationsproblemet pga. principalens opportunisme skal løses

Principalen kan fremme løsningen af agenternes koordinationsproblem ved selv at vise tillid og samarbejdsvilje og samtidigt opfordre til, at teammedlemmerne indbyrdes gør det samme. Det er dog en forudsætning for, at principalen overhovedet kan løfte denne opgave, at agenterne i første omgang har tillid til principalen. I kapitel tre blev det påpeget, at agenterne *ikke* i udgangspunktet har grundlag herfor: De må forvente, at principalen fristes til kortsigtet, opportunistisk adfærd, som underminerer de strukturer, han samtidigt forsøger at opbygge. Problemstillingen for principalen er således, hvordan han troværdigt kan *binde sine hænder* og fokusere entydigt på en samarbejdsrelation med agenterne, så de bliver i stand til at udvise den nødvendige tillid.

Principalen og agenterne er på sin vis fanget i det samme *fangerens dilemma* som agenterne indbyrdes. Forskellen er blot, at det kan synes endnu sværere at løse koordinationsproblemet og udvikle en samarbejdsrelation i den vertikale dimension. Internt i teamet understøttes reciprocitetsnormen af den umiddelbare lighed mellem medlemmerne. Forholdet mellem principal og agenter er derimod per definition karakteriseret ved asymmetri.

Det er således svært for principalen at opbygge den tilstrækkelige tillid, men det er ikke umuligt. Ligesom for team-medlemmerne indbyrdes er det en forudsætning, at tidshorisonten er lang. Den gentagne interaktion mellem principalen og agenterne gør det muligt at etablere en tillidsrelation og reciprocitetsnorm. For at det kan lykkes, må principalen dog formå at: *'give closure where repeated game theory offers none'* (Miller 1992:217). Det kræver, at principalen fokuserer entydigt på at fremme ét bestemt udfald af interaktionen, nemlig samarbejde, gennem etablering og fastholdelse af en kultur, hvor samarbejdsstrategien er den eneste, som aktørerne opfatter som acceptabel.

Principalen må for det første arbejde systematisk på at *skabe sig et omdømme som en troværdig spiller*, der har *gensidigt samarbejde* som et entydigt fikspunkt for sine relationer til agenterne. Centrale midler i en sådan strategi er strategisk kommunikation, anvendelse af symboler og opretholdelse af et konsekvent og entydigt handlingsmønster over tid. Politikere og sygehusledelser må med andre ord komme med entydige udmeldinger om, hvordan takstfinansieringen og fritvalgsordningerne skal fungere, og være konsistente i den faktiske implementering og administration af ordningerne.

For det andet må principalen samtidigt binde sig selv *formelt* til en samarbejdsstrategi. Gennem *konstitutionelle bindinger* kan han sikre agenternes medindflydelse og fraskrive sig retten til ubegrænset overvågning af og indgriben i deres arbejde. Ledelsen på et sygehus kan for eksempel tildele medarbejderne en permanent og nedskrevet rettighed til repræsentation i rådgivende og beslutningsdygtige organer, ligesom den kan give garanti for udstrakte frihedsgrader i arbejdsudøvelsen. Ledelsen kan desuden binde sig gennem investeringer i løbende efteruddannelse af medarbejderne og tilsagn til dem om jobsikkerhed. Tilsvarende kan politikerne uddelegere implementering og administration til det administrative apparat eller uafhængige organer og derved afskærme beslutninger fra den politiske proces. Både politikerne og sygehusledelserne vil dog fra tid til anden fristes til at tilbagekalde kompetencen, og jo mere de er afskåret fra at kunne handle ud fra fristelsen des bedre. Det vil altid være en fordel, hvis muligheden for indgriben er begrænset af vedtægter og lovgivning, som principalen ikke umiddelbart kan ændre. Den mest troværdige binding på principalens hænder vil være lovgivning på Grundlovsniveau (Miller 1992, Serritzlew 2003).

Et sidste kriterium for, at sygehusenes incitamentsstrukturer kan blive robuste, er således, at de er troværdige. En sådan troværdighed forudsætter, at principalen (politikere og sygehusledelserne) stækker sig selv fra opportuniste og binder sig til en gensidig samarbejdskultur. Principalen må være klar i sine udmeldinger om incitamentsstrukturernes virkemåde og konsistent over tid i sin faktiske implementering og administration af dem. Desuden må han stække sig selv via konstitutionelle bindinger.

Opsummerende kan det konkluderes, at robuste incitamentsstrukturer muligvis er en løsning på principal-agent-problemet, som kan motivere sygehusene uden samtidig at udsætte patienterne for selektion, der går ud over deres lighed i adgangen til behandling. Samtidig må det dog pointeres, at de robuste incitamentsstrukturer på ingen måde skabes så let og fungerer så mekanisk, som både principal-agent-teorien og Le Grand synes at antage. En forudsætning for, at takstfinansieringens og den øgede konkurrences incitamentsstrukturer overhovedet kan have potentiale for robusthed er, at de er troværdige og understøttes af de rette tillidsrelationer og samarbejdsnormer mellem principalen og agenterne såvel som indbyrdes mellem agenterne.

5. Vurdering af incitamentsstrukturer og forventninger til adfærd

I det følgende vurderes det, om incitamentsstrukturerne på de danske sygehuse lever op til de kriterier for robusthed, som blev opstillet i det foregående kapitel. Som tidligere pointeret fokuseres der i vurderingen særligt på, om incitamentsstrukturerne kan afværge selektering og dermed sikre ligheden i patienternes adgang til behandling. Samtidigt inddrages de øvrige målsætninger om responsivitet og effektivitet dog i nødvendigt omfang. Det er væsentligt at skelne mellem, om sygehusenes incitamentsstrukturer er ridderlige og afværger selektering på bekostning af responsivitet og effektivitet, eller om de er robuste og bør kunne sikre opfyldelsen af alle tre målsætninger simultant.

Incitamentsstrukturernes robusthed vurderes særskilt for henholdsvis de offentlige sygehuse og aftalesygehuse, men samtidig anlægges løbende et tværgående, mere systemisk perspektiv. Det sker i erkendelse af, at strukturerne i den enkelte organisation eller sektor altid virker i interaktion med de strukturer, som findes i omgivelserne i øvrigt. Agenterne, dvs. i dette tilfælde de henvisende og behandlende læger, berøres af incitamentsstrukturerne i både den offentlige og den private sektor.

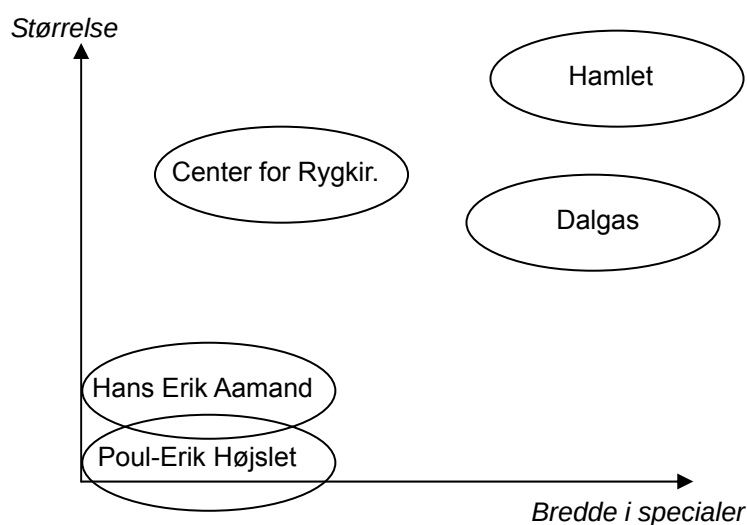
5.1 Grundlag for vurderingen: eksisterende viden og interviewundersøgelse

Vurderingen af de to sektors incitamentsstrukturer er primært funderet i eksisterende litteratur og viden om de forhold, agenterne på de offentlige og private sygehuse opererer under. Der findes imidlertid ingen undersøgelser, som specifikt belyser spørgsmålene om incitamentsstrukturer og motivation på de private sygehuse, og som supplement til det eksisterende materiale er der derfor foretaget fem telefoninterviews med direktører for aftalesygehuse.

Interviewpersonerne er ikke udvalgt tilfældigt, men ud fra et ønske om at indfange den variation, som (jf. kapitel 2) eksisterer blandt aftalesygehuse med hensyn til både størrelse og specialisering, se Figur 5.1. Således repræsenterer de fem interviewpersoner to specialiserede enmandspraksisser uden sengekapacitet (Øjenlæge Hans Erik Aamand og Poul-Erik Højslet, Speciallæge i øre-, næse-, halssygdomme), et sygehus med bred specialisering og 10 sengepladser (Privathospitalet Dalgas), et med bred specialisering og 53 sengepladser (Privathospitalet Hamlet) og endelig et sygehus med snæver specialisering og 16 sengepladser (Center for Rygkirurgi). Udvalgelsesmetoden og antallet af interviewpersoner indebærer, at der ikke kan foretages en egentlig generalisering af interviewresultaterne til hele gruppen af aftalesygehuse. Sammenstillet med de teoretiske overvejelser i foregående kapitler og øvrigt materiale danner undersøgelsen dog frugtbart grundlag for en diskussion af incitamentsstrukturer på tværs af sygehus typer.

Som interviewform er valgt det semi-strukturerede interview efter interviewguide. Fordelen ved denne interviewform er, at der på den ene side kan drages paralleller på tværs af interviewene, fordi alle interviewpersoner er blevet udsat for de samme stimuli, mens der på den anden side også er rum til at indfange og forfølge nye perspektiver. Interviewene belyser dels, hvilken ansættelses- og aflønningsform lægerne på aftalesygehuse har, og hvad der motiverer deres aktivitet i den private sektor. Dels belyser de aftalesygehusenes deltagelse i den udvidede fritvalgsordning, interviewpersonernes opfattelse af ordningen og forventninger til dens fremtidige udvikling. Der må forventes en risiko for bias ved meget direkte spørgsmål om medarbejderes økonomiske incitamenter og aftalesygehusenes prioritering af patienter, idet sygehusdirektørerne kan have en strategisk interesse i at tilbagevise/imødegå kritik af aftalesygehusenes rolle. For at mindske risikoen er spørgsmål af denne type primært stillet indirekte, og først senere i interviewene mere direkte (Kvale 1997).

Figur 5.1 Aftalesygehuse i interviewundersøgelsen



Interviewene er optaget på diktafon og transskriberet med det dobbelte formål at sikre en dynamisk interviewsituation og en høj reliabilitet. En mulig risiko ved fremgangsmåden er, at interviewpersonerne bliver mindre åbne og modererer deres synspunkter. Risikoen synes dog lille i det konkrete tilfælde, hvor interviewpersonerne er professionelle og ikke kan forventes at blive påvirket særsilt af anvendelsen af diktafon.

5.2 Incitamenter, som hverken er for svage, for kraftige eller skævvridende?

Tre kriterier for robusthed, som blev udledt af Le Grand i foregående kapitel, indebærer, at agenterne hverken må møde for svage, for kraftige eller skævvridende incitamentsstrukturer. De økonomiske incitamenter må således være ført ud i yderste led af sygehusvæsenet, så lægerne kan mærke dem, men samtidig må de dog ikke være ført så kraftigt igennem, at påvirkningen på den personlige pengepung bliver for direkte og stor. Desuden må strukturerne ikke være skævvridende, så lægerne belønnes vidt forskelligt for samme funktion, afhængigt af hvor de udfører den.

5.2.1 Incitamentsstrukturer på de offentlige sygehuse

På de offentlige sygehuse synes de økonomiske incitamentsstrukturer at være for svage, snarere end for kraftige i forhold til kriterierne for robusthed. Som beskrevet i kapitel to er det et generelt billede på tværs af landets amter og sygehuse, at udgiftskontrol vægtes højt i implementeringen af takstfinansiering, hvad enten implementeringen sker som følge af det generelle krav om 20 procents takstfinansiering eller i forbindelse med de statslige ventelistepuljer. Prioriteringen af udgiftskontrol giver sig blandt andet til udtryk i, at takstfinansieringens økonomiske incitamenter kun i nogle amter er ført ud på afdelingsniveau, og at det tilsvarende kun er i nogle amter, at sygehuse og afdelinger har ret til at disponere over budgetter på tværs af budgetår. Der er dog stor variation amterne imellem, og på nogle sygehuse og afdelinger kan incitamentsstrukturerne sandsynligvis karakteriseres som robuste i den forstand, at de er synlige på afdelingsniveau, men ikke *for* kraftige.

Størstedelen af lægerne på de offentlige sygehuse er overenskomstansatte i fuldtidsstillinger med faste lønninger, og de økonomiske incitamenters effekt på deres privatøkonomi vil derfor sjældent være betydelig. På sygehuse, hvor aktivitetsudvidelser sikres gennem velkompenseret overarbejde, vil der ganske vist kunne opstå en væsentlig økonomisk gulerod for den enkelte læge, som taler til den indre knægt. Sådanne løsninger vil dog primært kunne mindske incitamentet til effektivitetsforbedringer, mens det ikke er oplagt, at de vil føre til selektering. Overarbejdsbetaling er typisk relateret til

antal overarbejdstimer, ikke til antal behandlede patienter, og lægernes privatøkonomi påvirkes således ikke direkte af patientsammensætningen.

Den fulde takstafregning for fritvalgspatienter imellem amterne og til de private aftalesygehuse betyder, at det har store konsekvenser for amternes økonomi, hvor mange patienter der benytter sig af det almindelige og udvidede frie sygehusvalg. Således er der kraftige økonomiske incitamenter i forbindelse med fritvalgsordningerne. I udgangspunktet berører de ganske vist kun de amtslige forvaltninger, men en nylig rapport konstaterer, at der - i det omfang udgifter og indtægter kanaliseres videre ud i systemet som led i takststyring - kan opstå stærke incitamenter på afdelingerne til at tiltrække udenamtspatienter og holde på egne (Ankjær-Jensen og Rath 2005). Betydelig takststyring på afdelingsniveau i kombination med fritvalgsordningernes afregningssystem risikerer således at føre til incitamentsstrukturer på de offentlige sygehuse, som taler til knægtene og går ud over ligheden i patienternes behandlingsadgang. Som eksempel refererer rapporten til en afdeling, hvor patienterne prioriteres efter økonomiske kriterier, når ventetidsgarantien ikke kan overholdes. Afdelingen behandler først de patienter, som det er dyrest at få behandlet under fritvalgsordningerne, mens de øvrige patienter må vente eller udnytte deres valgfrihed.

Tidligere har det været fremhævet, at ikke alle amter – og afdelinger inden for amterne – levede op til deres forpligtelse til at informere patienterne om ventetider og rettigheder under den udvidede fritvalgsordning (Amtsrådsforeningen et al 2004), og problemstillingen synes stadig at være aktuel. Interviewundersøgelsen tegner i hvert fald et billede af, at interviewpersonerne oplever informationsniveauet på de offentlige sygehuse som meget problematisk i nogle amter og upåklageligt i andre. I tillæg peger en enkelt interviewperson på, at vedkommende flere gange har oplevet, at ventelistepatienter blev tilbudt hurtig behandling på det offentlige sygehus efter at have bedt om en henvisning til privat behandling: *'Og så bliver de taget ind foran, og så går det ud over de patienter, der står på ventelisten. Og de får så ikke at vide, at de har en mulighed. Og det er ikke særlig patientvenligt. Det er som om, de ejer patienterne – at de er stavnsbundet.'*

Interviewundersøgelsens resultater tyder på, at de private sygehuse oplever informationsniveauet på de offentlige sygehuse og samarbejdet i det hele taget som mest gnidningsløst i yderamter, der traditionelt har været vant til at sende patienter ud af amtet til behandling. En supplerende hypotese kan være, at informationsniveauet og den øvrige håndtering af fritvalgspatienter på de offentlige sygehuse hænger sammen med graden af takststyring ført ud på afdelingsniveau. Hypotesen er ikke undersøgt, men i lyset af resultaterne i Ankjær-Jensen (2005) synes den plausibel.

Opsummerende tyder det på, at de økonomiske incitamenter på de offentlige sygehuse ofte er svage, idet de kun i begrænset omfang er ført ud på afdelingerne og ikke direkte vedrører lægernes privatøkonomi. De taler således primært til riddere, hvilket kan være problematisk i forhold til særligt effektiviteten, men ikke umiddelbart i forhold til ligheden i patienternes adgang. Der er dog også amter, hvor takstfinansieringen er ført kraftigere igennem, og hvor incitamentsstrukturerne kan forventes at være relativt robuste. I nogle af disse amter – muligvis blot på enkelte afdelinger inden for dem – tyder det på, at de økonomiske incitamenter risikerer at blive *for* kraftige, når det gælder potentielle fritvalgspatienter. Således kan det trods det generelle billede af ridderlige og robuste incitamentsstrukturer ikke udelukkes, at de offentlige sygehuse ind imellem agerer som knægte og stiller barrierer op for patienternes udnyttelse af deres ret til valgfrihed.

5.2.2 Incitamentsstrukturer på de private aftalesygehuse

Lægernes økonomiske incitamenter er væsentligt kraftigere på de private aftalesygehuse end på de offentlige sygehuse. I de små enmandspraksisser svarer lægernes private indtjening til forskellen mellem indtægter og udgifter ved deres aktivitet, og patientsammensætningen har således en meget

direkte betydning for deres privatøkonomi. Ved de større sygehuse anvendes forskellige tilknytningsformer og aflønningsmodeller, hvilket også fremgår af interviewundersøgelsen.

En del af lægerne er tilknyttet de private sygehuse på fuld tid, og disse kan enten være fastlønnede på månedsbasis som på de offentlige sygehuse, eller de kan være aflønnede i forhold til deres aktivitet (*'per case'*). Andre af lægerne – formodentlig hovedparten – er tilknyttet de private sygehuse på konsulentbasis ved siden af deres primære beskæftigelse i det offentlige sygehusvæsen eller andetsteds. Konsulentlægerne kan være aflønnet på timebasis eller per case, og som en interviewperson formulerer det, *'så er det jo ligesom i alle andre økonomiske situationer udbud og efterspørgsel, der bestemmer, hvad man kan trække der'*. Endelig kan sygehusene være organiseret som partnerskaber, hvor lægerne ud over løn også får andel i virksomhedens overskud.

En måde, som case-aflønningen kan fastsættes på, er som en simpel procentdel af den pris, som patienten – eller amtet – skal betale for behandlingen. De case-aflønnede læger vil således kunne mærke direkte på deres personlige pengepung, om deres patienter er tunge eller lette i forhold til afregningstaksten. Selv for læger, som er aflønnet per time eller måned, må de økonomiske incitament forventes at være noget kraftigere end på de offentlige sygehuse. Som det vil blive uddybet senere, er den økonomiske bevidsthed relativt stor på de private sygehuse. Således må det også kunne forventes, at lægernes lønninger – bestemt af udbud og efterspørgsel - i hvert fald i nogen grad er relateret til profitabiliteten af netop den aktivitet, som de udfører.

Aflønningen af lægerne på de private aftalesygehuse synes således at tale relativt stærkt til knægte. Det er dog vigtigt at nuancere billedet, inden der drages for hastige konklusioner om, hvad der motiverer de privatansatte læger og driver deres adfærd. En undersøgelse blandt britiske tandlæger, som trækker på Le Grands konceptuelle skellen mellem knægte og riddere viser, at både egennytte og altruisme spiller ind, når tandlægerne beslutter at behandle patienter privat i stedet for gennem det offentlige National Health Service. De ønsker en højere indkomst og mere selvstændighed, men er også drevet af en tro på, at de bedre vil kunne helbrede sig patienterne og opnå en høj behandlingskvalitet i den private sektor (Taylor-Gooby et al. 2000). Interviewundersøgelsen indikerer, at det samme kan gøre sig gældende for lægerne på de danske aftalesygehuse.

På den ene side fremhæver flere interviewpersoner, at økonomi er en væsentlig motivationsfaktor for beskæftigelse i den private sektor, hvad enten der er tale om ejerskab i en mindre praksis eller ansættelse på et større sygehus. En interviewperson mener desuden, at økonomien spiller en særligt stor rolle for konsulentlægerne, som gennem privat aktivitet i nogle timer om ugen kan opnå et supplement til indtægten i det offentlige sundhedsvæsen: *'De har taget meget til udlandet. Nu kan de tjene noget ekstra ved at gøre det i Danmark. Det er den primære motivationsfaktor, ikke?'*

På den anden side påpeger alle interviewpersonerne også øvrige bevæggrunde for den private beskæftigelse, herunder ønsket om indflydelse på egen arbejdsituation. *'De løber sur i det offentlige [...] hvor man forsøger at centralisere – som jeg ser det – beslutningerne på nogle klinikchefniveauer, der gerne skulle være med til at effektivisere selvfølgelig, men den menige – hvis jeg må tillade mig at sige det – den menige overlæge han føler, at hans beslutningskompetence er taget fra ham. Og han mister fuldstændig motivationen. Og det gør, at så gider de bare ikke være med mere. Læger vil ikke administreres. De er lidt selvbestaltede.'*

Ønsket om indflydelse kan være relateret til egeninteressen såvel som til lægefaglig altruisme. Det fremgår af interviewene, at sidstnævnte i hvert fald er en medvirkende motivationsfaktor. Muligheden for at følge patienterne gennem hele forløbet og sikre en høj behandlingskvalitet synes således at være en typisk motivationsfaktor: *'En patient, en læge, ingen ventetid, og god service og høj kvalitet [...] Motivationsfaktoren er, at du har din patient hele vejen igennem til forundersøgelse, operationer og kontrol. Du ser dit slutprodukt'*. To af interviewpersonerne fremhæver desuden en faglig vision om at samle specialer på nye måder som bevæggrund for, at deres sygehus overhovedet er stiftet. I det

ene tilfælde ønskede tre af Rigshospitalets overlæger at etablere en ryg-enhed, som skulle samle de kirurgiske og medicinske specialer efter internationalt forbillede: *'Og det syntes administrationen, at det var slet ikke så tosset. Men det døde jo alligevel, for det kom til at koste penge, ikke, med ekstra vagthold og ekstra ledelse osv. osv. Og så lægernes diskussion om: hvem havde patienterne og hvem skulle bestemme? [...] Og så kom vi til at tale om, hvordan vi kunne gøre det her i privat regi, så det gjorde vi'.*

Endelig er det ikke altid, der ligger særlige motivationer bag lægernes valg af offentlig eller privat ansættelse. En enkelt interviewperson begrundede sin private beskæftigelse med, at der ingen ledige overlægestillinger var, da personen afsluttede sin uddannelse, og at valget af sektor i øvrigt var *'hip som hap'*.

5.2.3 Skævvridende incitamentsstrukturer for de enkelte læger?

Generelt vurderes lægernes økonomiske incitamenter at være betydeligt kraftigere på aftalesygehuse end på de offentlige sygehuse. Ifølge Le Grand kan det især blive problematisk i tilfælde, hvor læger arbejder sideløbende i begge sektorer og fristes til at mindske deres indsats i den offentlige sektor. Som beskrevet ovenfor er en stor andel af aftalesygehuses læger samtidigt ansat på et offentligt sygehus, men omvendt udgør de en mindre andel af de offentlige sygehuses læger. En evaluering fra 2003 konstaterer, at det absolutte antal af offentligt ansatte med bibeskæftigelse på private sygehuse er steget siden 1998, hvor den udvidede fritvalgsordning endnu ikke fandtes. Da det samlede antal læger imidlertid samtidig er steget, er der tale om et relativt fald fra en andel på 8 procent til en andel på 7 procent. (Amtsrådsforeningen 2003). Evalueringsrapporten foretager ikke en egentlig kortlægning af bibeskæftigelsens tilmæssige omfang, men vurderer at det er steget som følge af den udvidede fritvalgsordning. Det er hovedindtrykket i amterne, at omfanget endnu ikke er så stort, at det går ud over hovedbeskæftigelsen, men at der er en øget risiko for interesse modsætninger. Både udbredelse og omfang kan naturligvis være forøget siden 2003, og der må forventes at være i hvert fald en mindre andel af enkeltpersoner, som påvirkes utilsigtet af den simultane berøring med forskellige incitamentsstrukturer. En interviewperson, som selv har arbejdet sideløbende i den offentlige og private sektor i en stor del af sin karriere, konstaterer da også, at *'hvis det var et hvilket som helst andet erhverv, så ville arbejdsgiverne have stoppet det'*.

Som tidligere nævnt må de største problemer forventes at opstå, hvis læger med bibeskæftigelse har henvisningskompetence i det offentlige sygehusvæsen og henviser til sig selv på aftalesygehuse. For at imødegå problemstillingen har lægerne og amterne i 2004 vedtaget et etisk kodes, som tilsiger, at læger ikke må have visiteringsansvar og samtidigt have en økonomisk eller ansættelsesmæssig interesse i de pågældende aftalesygehuse. Både før og efter vedtagelsen har der været enkelte konkrete tilfælde, hvor læger er blevet mistænkt for at udnytte deres dobbelte position til at henvise til sig selv (Mandat 09-06-2004). Minimum fire amter har på det seneste centraliseret visiteringsfunktionen (Amtsrådsforeningen et al 2004), hvilket kan afhjælpe problemet med inhabilitet.

5.2.4 Skævvridende incitamentsstrukturer på et organisatorisk plan?

Samlet set kan udbredelsen af bibeskæftigelse ikke udelukkes at føre til uhensigtsmæssige konsekvenser såsom manglende incitamenter til at yde en ekstra indsats i det offentlige sygehusvæsen og skævvredne henvisningsmønstre til aftalesygehuse. I forhold til problemstillingen om selektering er det dog ydermere relevant at se ud over den meget konkrete skævvridning af incitamentsstrukturerne, som opstår for enkeltindivider med dobbelt beskæftigelse. På et mere overordnet, organisatorisk plan er der ganske forskellige krav og forventninger til de offentlige og private sygehuse, som i høj grad kan være skævvridende.

Den helt grundlæggende forskel på kravene til de offentlige sygehuse og aftalesygehusene er, at sidstnævnte har fuldstændig frihed til at sammensætte deres udbud, som de ønsker det. Forventningerne til det offentlige sygehusvæsen er, at alle amter skal kunne tilbyde deres borgere alle behandlinger, med mindre det er uforvarsomt ud fra faktorer såsom befolkningsgrundlag og specialiseringsbehov. Aftalesygehusene kan derimod ganske legitimt selekttere i deres udbud og undgå procedurer, som de ikke vurderer at kunne tjene penge på. De er i deres fulde ret til at sammensætte udbuddet, så taksten overstiger omkostningerne mest muligt, og variationen og usikkerheden forbundet med omkostningsniveauet samtidig bliver minimeret.

Som der er redegjort for i kapitel to, så har aftalesygehusene valgt kun i meget begrænset omfang at udbyde medicinske specialer. En interviewperson tilkendegiver, at det godt kan opfattes som selekttering, idet overvejelser om økonomi og risiko-minimering spiller en væsentlig rolle for fravalget: *'Ligesom når man skal lave DRG-priser, altså det kirurgiske område er meget nemmere at definere. Og vi har den prispolitik, at vi har en listepriis – den er godt nok vejledende, men altså: den er så fast, at der skal noget ekstraordinært til, før at vi ændrer på prisen [...]. Og det er alt andet lige meget nemmere på et kirurgisk forløb end på et medicinsk'.*

Aftalesygehusene skal som udgangspunkt behandle alle patienter, de får henvist, inden for de procedurer de udbyder. De har dog ret til at indikere i deres aftaler, at de kun vil modtage patienter med en præoperativ almentilstand i den bedre ende, dvs. med en såkaldt ASA-score på 1 (rask patient) eller 2 (mild systemisk sygdom – ingen funktionel indskrænkning), hvor skalaen går fra 1 til 5, og sidstnævnte indikerer, at patienten formodentlig ikke overlever. Rettigheden er indsat for at sikre, at patienterne kun henvises til sygehuse, der faktisk har kompetence til at behandle dem, men den kan også udnyttes strategisk af sygehusene til at afværge de tungere patienter.

Fokusering på kirurgiske specialer og afgrænsning til patienter i lavere ASA-grupper er to måder, aftalesygehusene kan selekttere på. Problemstillingen, som rejses i denne rapport er, om de også udvælger procedurer inden for de enkelte DRG-grupper strategisk efter økonomiske kriterier. Af interviewundersøgelsen fremgår, at i hvert fald nogle sygehuse analyserer deres produkter meget grundigt helt ned på procedureniveau: *'Vi vil gerne lave noget med et lille dækningsbidrag, men vi vil ikke producere noget, der giver underskud. [Vi udvælger...] ikke bare på speciale, men på hvert produkt. Fuldstændigt ligesom hvis du producerede et par cowboy-bukser – så går du ned og siger: hvor meget stof, hvor mange knapper, hvor meget 'dutteluttelut' – helt ned til mindste detalje. Sådan sidder jeg og regner på alle vores produkter'.* Det virker sandsynligt, at et sådant analysearbejde vil kunne ende med en beslutning om at udbyde visse relativt lette procedurer inden for de enkelte DRG-grupper og fravælge andre procedurer, som er mere omkostningsfyldte.

Når det er fastslået, så er der en væsentlig nuance til konklusionen, som skal fremhæves. For især de større sygehuse kan der være faktorer på spil, som foranlediger dem til at udbyde procedurer under den udvidede fritvalgsordning, selv om de ligger i den omkostningstunge ende af en DRG-gruppe. For det første er deres udbud som regel relativt bredt. De *'har gynger og karruseller'*, hvilket gør dem i stand til at skabe samlet overskud, selv om de systematisk taber penge på visse behandlingstyper. For det andet kan selv de tungere offentlige patienter blive økonomisk fordelagtige, fordi de kan tjene til at udjævne patientstrømmen, så sygehusenes produktionsapparater, der ofte har krævet store initiale investeringer, kan udnyttes bedre.

For det tredje kan især de større sygehuse have ambitioner om at blive vægtige og anerkendte aktører i sygehussektoren, hvilket kræver kompetence og kapacitet. Et par af interviewpersonerne giver således udtryk for, at accepten af de tungere og økonomisk ufordelagtige patienter er en naturlig forudsætning for at opnå den ønskede position. Med samme begrundelse ønsker de også at deltage i aktiviteter såsom forskning og uddannelse af nye læger, som ikke nødvendigvis er profitable. Endelig må det påpeges, at de større sygehuse alt andet lige vil kunne forvente at stå bedre i forhandlingerne

med Amdtsrådsforeningen, hvis de opnår den tilsigtede anerkendelse og synlighed - i bedste fald kombineret med monopol på det private udbud inden for deres felt. De vil således kunne satse på at forhandle sig frem til en takst, der ligger over DRG-taksten og dermed kompenserer dem for at behandle de tunge patienter. De fleste af de små sygehuse derimod forhandler slet ikke. For dem synes det nærmere at være et spørgsmål om at acceptere Amdtsrådsforeningens årlige takstudspil eller afstå fra deltagelse i den udvidede fritvalgsordning, hvis de finder udspillet uattraktivt.

5.3 Koordination mellem teammedlemmer?

Det blev fastslået med Miller, at økonomiske incitamenter, uanset om de har den rette styrke, aldrig i sig selv kan sikre en optimal produktion. Det er nødvendigt, at incitamentsstrukturerne understøttes af tillidsrelationer og sociale normer om reciprocitet mellem de forskellige aktører, som arbejder under gensidig afhængighed på afdelinger og sygehuse. Det blev påpeget, at sådanne relationer alt andet lige er lettere at opnå ved en længere tidshorisont og i mindre organisationer.

De offentlige sygehuse har en tidshorisont, som både bagudrettet og fremadrettet må siges at være lang. Dermed er en grundlæggende forudsætning til stede for udviklingen af en samarbejdskultur over tid. Den lange historie kan til gengæld også i nogle tilfælde tænkes at blive en hæmsko. Normer og handlingsmønstre kan være blevet stabile, men ikke nødvendigvis de bedst understøttende for en optimal produktion. Mange års noget-for-noget strategi kan have dannet rammerne for samarbejde – men i nogle tilfælde et samarbejde præget af usmidige faggrænser, hierarkier og politiske spil. Delta-gere i interviewundersøgelsen, som har indgående kendskab til både offentlige og private sygehuse, peger på, at netop sådanne faktorer kan være hæmmende for lægernes motivation på de offentlige sygehuse. Interviewpersonerne må naturligvis opfattes som *biased*, idet de har valgt at skifte fra offentligt til privat regi, men de peger på nogle interessante faktorer, som kan være hæmmende for en effektiv produktion på de offentlige sygehuse. Størrelsen af de offentlige organisationer er en faktor, som fremhæves. Stivnede faggrænser, som i nogen grad kan begrundes i netop organisationernes størrelse, er en anden. Endelig anerkendes kompleksiteten af sygehusenes produktion, som dels hænger sammen med den generelle bredde i produktionen, dels hænger sammen med de offentlige sygehuses akutfunktion. En interviewperson sammenfatter de svære vilkår for koordination, tillidsopbygning og effektive arbejdsgange på de offentlige sygehuse således:

'[Vores] produktion – og det er alle privathospitaler – det er alt sammen planlagte behandlinger. Og på Rigshospitalet vil jeg tro, at 75 procent er akutte. Og det kan ødelægge enhver planlægning, og det skal man ikke underkende. Og det trækker den modsatte vej, ikke? Du har lavet en god planlægning, og du møder om morgenen, og der er sygdom, der er akutte patienter, der er transplantation, og det hele ender bare med, at folk siger, at 'så er det også bare lige meget', ikke? For 'nu har vi ventet en time på elevatorer' og så videre. Alt det der, det er bare med til dødsspiralen, der går nedad. Og det har vi ikke'.

De private sygehuse har en kortere bagudrettet tidshorisont end de offentlige, men ikke nødvendigvis en kortere fremadrettet horisont. Desuden illustrerer ovenstående citat, at selv de større privathospitaler i høj grad skånes for de koordinationsproblemer, der kan opstå på de offentlige sygehuse som følge af deres størrelse kombineret med kompleksiteten og uforudsigeligheden af deres produktion. Opsummerende må aftalesygehusene således forventes at have mindst lige så gode forudsætninger som de offentlige sygehuse for at kunne opbygge de tillidsrelationer, som er en forudsætning for, at incitamentsstrukturerne kan motivere agenterne.

5.4 Troværdige incitamentsstrukturer?

Det sidste spørgsmål er, om incitamentsstrukturerne på de offentlige og private sygehuse har den troværdighed, som er nødvendig for, at de kan blive robuste. En manglende troværdighed vil kunne

hæmme motivationen hos både riddere og knægte og vil kunne medføre reaktioner spændende fra inaktivitet til kortsigtet opportunisme.

For at begynde med de offentlige sygehuse, så er omlægningen fra rammebudgetting til takstfinansiering i sig selv et forsøg på at *binde kongens hænder* og afskærme finansieringen af sygehusydelse fra den politiske proces. Ideelt set etablerer takstfinansieringens direkte og automatiske sammenhæng mellem aktivitet og budgetter et fuldstændigt troværdigt og forudsigeligt finansieringssystem for sygehuse og afdelinger.

Problemet er dog, at afskærmningen aldrig kan blive definitiv. Grundlæggende vil finansieringen af sygehusydelse altid være et politisk spørgsmål, og 'automatikken' kan således hurtigt undermineres af smuthuller og indgriben fra politikernes side (Christensen 2003). Amtsrådspolitikerne kan være tilbøjelige til at inddrage sygehusenes effektivitetsgevinster gennem forhøjede baselines eller sænkede takster det efterfølgende år. Tilsvarende – men med modsat fortegn – kan de fristes til at tilgive sygehusene for budgetoverskridelser og redde dem fra trusler om lukning gennem spontane ekstrabevillinger. Samme angreb imod budgetlægningens automatik findes på lavere niveauer, hvor sygehusledelserne kan fristes til at omfordele overskud fra succesfulde afdelinger til afdelinger i økonomiske vanskeligheder.

En empirisk undersøgelse af takststyring i fire amter påpeger netop manglen på konsekvens i forhold til overførsel af over- og underskud som en væsentlig barriere for implementeringen af den nye budgetmodel (Ankjær-Jensen og Rath 2004, 2005). En anden nylig undersøgelse af ventelistepuljens implementering i tre amter indikerer, at det er meget forskelligt, hvor godt det lykkes for amterne og sygehusene at skabe troværdighed om takstfinansieringens incitamentsstrukturer under de politiske grundvilkår. Selv hvor det lykkes ganske godt, er finansieringsmodellen stadig præget af en vis skrøbelighed, som relaterer sig til bevidstheden om, at overskud én gang tidligere *er* blevet frataget en afdeling, og at det ikke kan udelukkes, at det vil ske igen (Pedersen 2005).

Incitamentsstrukturen synes langt mere troværdige på de private sygehuse end på de offentlige. Som en interviewperson udtrykker det, så er *'forskellen på os og det offentlige jo primært, at vi kan gå fallit. Og det bliver vi nødt til at forholde os til'*. De private sygehuses produktionsvilkår er fastsat i juridisk bindende kontrakter, når det gælder forsikringskunder såvel som offentlige patienter under den udvidede fritvalgsordning. De kan ikke forlade sig på politisk velvilje, hvis deres virksomhed giver underskud, og de har således langt fastere budgetrammer end de offentlige sygehuse.

I forhold til spørgsmålet om interne omfordelinger af over- og underskud gælder for mange af aftalesygehusene, at det slet ikke er en aktuell problemstilling, fordi de kun består af en enkelt afdeling. På de større sygehuse kan der som ovenfor beskrevet eksistere en vilje til at sætte penge til på nogle specialer og vinde på andre, hvorved en grad af omfordeling vil finde sted. Situationen må dog selv i disse tilfælde vurderes at være anderledes end på de offentlige sygehuse, da få aktiviteter med kontinuerligt dårlig økonomi vil være fredet i det lange løb.

På trods af at den udvidede fritvalgsordning er sikret via lovgivningen, kan dens troværdighed tænkes at blive undermineret, hvis aftalesygehusene fornemmer en modvilje imod den blandt et politisk flertal. Ud fra interviewpersonernes udsagn synes det dog ikke at være tilfældet. De opererer alle ud fra en entydig forventning om, at ordningen er kommet for at blive. Et andet aspekt, der ligeledes kan underminere troværdigheden, er det forhold, at patienternes valgfrihed først træder i kraft, når ventetiden på de offentlige sygehuse overstiger to måneder. Det betyder, at aftalesygehusene vil miste deres offentlige kundegrundlag i det øjeblik, de amtslige sygehuse formår at bringe ventetiden længere ned. Interviewundersøgelsen tyder dog heller ikke på, at aftalesygehusene føler sig truet på denne baggrund. Kun en enkelt interviewperson tilkendegiver en vis følsomhed over for pludselige ventelistedbringelser i det offentlige og konstaterer, at det foranlediger til at sikre en bredde i og udvikling af sygehusets forretningsområder.

Endelig vil stor usikkerhed om fremtidige takster kunne mindske troværdigheden af aftalesygehusenes incitamentsstruktur. Interviewpersonernes udtalelser tyder på, at der hersker forskelligartede forventninger til de fremtidige takster, og at forventningerne er relateret til sygehusenes størrelse. De større sygehuse synes – i hvert fald for størstedelen af deres udbud - at operere ud fra en antagelse om, at *'hvis de sætter taksterne for lavt, så får de et alvorligt problem. Og det ved vi jo godt, at det ved de også'*. De små derimod, som ikke har tradition for at forhandle individuelt med Amdtsrådsfor- eningen, synes at være mere skeptiske. Til gengæld følger ingen af de interviewede ejere af enmands- praksisser, at de er afhængige af den udvidede fritvalgsordning. For den ene af dem gælder det til trods for, at de offentlige patienter er grundlag for 90 procent af omsætningen. Forklaringen er, at *'så længe der er ventetid i det offentlige, så vil vi have tilgang af patienter'*. Det synes sandsynligt, at de mindre klinikker relativt let kan falde tilbage på sygesikringspatienter og selvfinansierede patienter, som tidligere udgjorde hele deres kundegrundlag. Således har de måske nok større usikkerhed om fremtidige priser end de store, men de er samtidigt mindre afhængige af ordningen.

5.5 Forventninger til de private og offentlige sygehuses adfærd

Opsummeret er der generelt ikke grund til at forvente, at de offentlige sygehuse selekterer. De øko- nomiske incitamenter forbundet med takstfinansieringen varierer fra yderst svage til moderate. Desu- den har de offentlige sygehuse en størrelse, der ofte vil kunne give anledning til koordinationsproble- mer, og endelig vil incitamentsstrukturernes troværdighed ofte undermineres af deres indlejring i det politiske system. Kun i enkelte tilfælde, hvor takstfinansieringen troværdigt er ført helt ned på afde- lingsniveau, og hvor afdelingerne derfor meget direkte belønnes eller straffes i forbindelse med fritvalgspatienter, kan der opstå et incitament til at prioritere patienterne efter økonomiske kriterier.

Til gengæld er der grundlag for en forventning om, at de private sygehuse selekterer. De økonomiske incitamenter er kraftige og synes at tale mere til knægte end til riddere. Samtidig kan incitamenterne forventes at have reel effekt. Dels lettes den interne koordination på aftalesygehusene af, at der er tale om mindre organisationer med relativt forudsigelige og ukomplekse produktionsvilkår, dels er incitamentsstrukturernes forbundet med stor troværdighed. Aftalesygehusene er bevidste om, at de med sikkerhed har ret til deres overskud og til gengæld også står til ansvar for underskud.

Forventningen om selektering er mest entydig for de mindre aftalesygehuse. For det første har de store sygehuse et bredere udbud end de små, og det gør dem bedre i stand til at afhjælpe underskud i nogle DRG-grupper med overskud i andre. For det andet har de oftere end de små et dyrt produkti- onsapparat, og selv de tungere offentlige patienter kan således blive økonomisk fordelagtige ved at bidrage til en forbedret kapacitetsudnyttelse. For det tredje kan de større sygehuse være drevet af ambitioner om at blive anerkendte og vægtige spillere, og det vil ofte kræve, at de accepterer alle typer patienter, uanset tyngde, inden for deres specialer. Endelig har de store sygehuse også en anden markedsmagt end de små og dermed en mere reel adgang til takstforhandlinger med Amdtsrådsfor- eningen. De vil således have bedre muligheder end de små for at opnå en økonomisk kompensation for at tage de tungere patienter inden for hver af DRG-grupperne.

6. Forskningsdesign

6.1 Konkretisering af problemstillingen: fire spørgsmål

Den empiriske undersøgelse af om aftalesygehusene selekterer, afgrænses til spørgsmålet om selektering funderet i intern omkostningsvariation i DRG- og DAGS-systemets grupper. Spørgsmålet om selektering med rod i mangelfuldt reflekteret omkostningsvariation imellem grupperne belyses således ikke.

Fire spørgsmål søges besvaret i analysen. For det første undersøges det, om forudsætningen for at en selekteringsstrategi kan forfølges, er opfyldt. Med andre ord: Er der tilstrækkelig omkostningsvariation i de DRG- og DAGS-grupper, hvor aftalesygehusene har aktivitet, til at sammensætningen af aktiviteten overhovedet kan gøre en økonomisk forskel?

Dernæst undersøges det, om aftalesygehusenes produktion inden for de enkelte DRG- og DAGS-grupper er forbundet med lavere variation i de forventelige omkostninger end de offentlige sygehuses produktion. Det er tidligere påpeget, at aftalesygehusene har en mere specialiseret produktion end de offentlige sygehuse. Spørgsmålet er nu, om det også gør sig gældende inden for de enkelte DRG- og DAGS-grupper? Specialisering vil ikke nødvendigvis være ensbetydende med en høj koncentration af lette patienter. En koncentration af tunge patienter er lige så vel en mulighed. Uanset hvilke patienter et sygehus specialiserer sig i, kan specialiseringen til gengæld i sig selv gøre det lettere at standardisere og effektivisere produktionen, så omkostningsniveauet bliver lavere end for de tilsvarende procedurer på andre sygehuse.

For det tredje undersøges det, om aftalesygehusenes produktion inden for de enkelte DRG- og DAGS-grupper er forbundet med lavere forventelige omkostninger end aktiviteten på de offentlige sygehuse. Denne del af analysen går til kernen af spørgsmålet om, om aftalesygehusene selekterer. Som et underpunkt under dette spørgsmål belyses det mere kvalitativt, om en eventuel selektering synes at ske i form af *creaming* af de letteste patienter eller *dumping* af de tunge.

Endelig undersøges det, om aftalesygehusenes adfærd afhænger af deres størrelse. Hvis aftalesygehusene som gruppe viser sig at selektere, er det spørgsmålet, om det gælder dem alle, eller om det primært gælder de små, som der blev opstillet forventninger om?

6.2 Overordnet angrebsvinkel

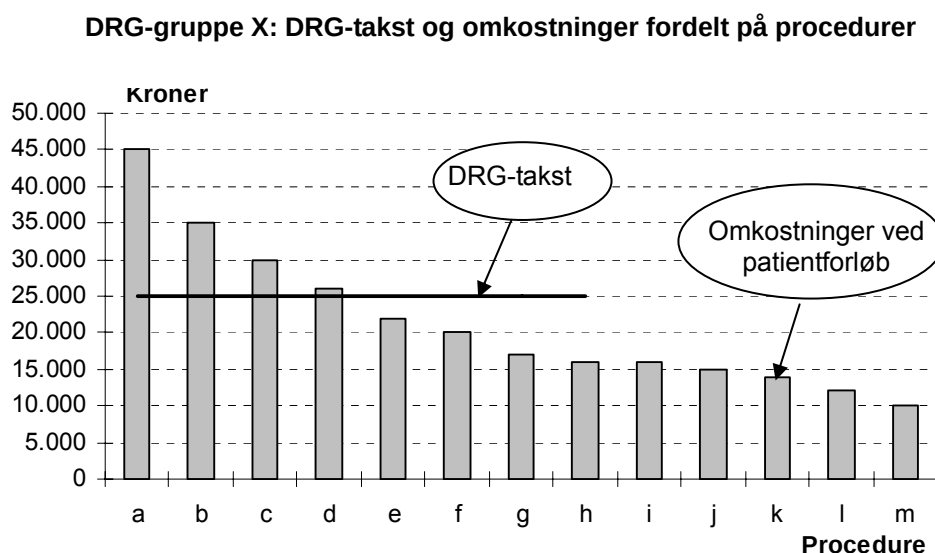
De fire spørgsmål søges besvaret gennem statistisk analyse af aktivitetssammensætningen i en række DRG- og DAGS-grupper på henholdsvis de offentlige og private sygehuse. Analysen afgrænses til kirurgiske grupper, hvor aftalesygehusene har en betydelig aktivitet i absolutte tal såvel som relativt i forhold til de offentlige sygehuse.

De kirurgiske DRG- og DAGS-grupper er kendetegnet ved, at der udføres en specifik procedure (eller flere) i forbindelse med alle behandlinger i grupperne. Patientforløb og ambulante besøg beskrives således ikke kun med DRG- eller DAGS-kode, men også med koden for den eller de konkrete procedurer, der er udført. Det kan forventes, at der i mange DRG- og DAGS-grupper vil være en omkostningsvariation, som kan tilskrives netop forskelle i omkostningstygden på tværs af procedurer. Analysen af de fire spørgsmål vil tage udgangspunkt heri og undersøge, om aktiviteten fordelt på procedurer er anderledes for de private sygehuse end de offentlige.

Problemstillingen om omkostningsvariation mellem DRG- og DAGS-gruppernes procedurer er illustreret i Figur 6.1, hvor procedurerne a - m alle falder under DRG-gruppe X . De gennemsnitlige omkostninger forbundet med procedurerne varierer fra 10.000 kroner for m til 45.000 kroner for a . Uanset procedu-

re afregnes aktiviteten til DRG-taksten på 25.000 kroner, som svarer til gennemsnitsomkostningerne ved sygehusvæsenets aktivitet i gruppe X. Det betyder, at de forventelige omkostninger ligger over DRG-taksten for procedurerne *a-d*, mens de ligger under taksten for *e-m*. Sygehusene kan således bringe deres forventelige omkostninger under DRG-taksten ved at prioritere procedurerne fra *e* til *m* og undgå de øvrige. Tilsvarende kan de minimere variationen i deres forventelige omkostninger ved at koncentrere sig om procedurer, som er afbilledet tæt på hinanden i grafen. Analysen besvarer, om de private sygehuse udnytter disse muligheder i højere grad end de offentlige.

Figur 6.1 Illustration af omkostningsvariation mellem procedurer i samme DRG-gruppe



6.3 Antagelser om takster og omkostninger

Analysen baserer sig på nogle grundlæggende antagelser vedrørende takstafregningen såvel som de forventelige omkostninger forbundet med sygehusenes aktivitet.

Med hensyn til takstafregningen antages det som udgangspunkt, at alle sygehuse afregnes til samme takst, DRG-/DAGS-taksten, for deres aktivitet. Det forudsættes med andre ord, at afregningssystemet kan karakteriseres som den tidligere beskrevne målestokskonkurrence, hvor sygehusene konkurrerer imod samme målestok. I praksis afregnes hverken de offentlige sygehuse eller aftalesygehusene konsekvent til DRG-taksten. For de offentlige sygehuse er relationen mellem aktivitet og budgetter relativt løs og dermed varierende. For de private sygehuse fastlægges afregningstaksterne i forhandling med Amdtsrådsforeningen, og selv om forhandlingerne tager udgangspunkt i DRG- og DAGS-taksterne, vil der som beskrevet i kapitel to være tilfælde, hvor de aftalte takster afviger herfra. Det betyder, at konklusioner på baggrund af en antaget DRG-takst kan være forfejlede. For at imødekomme dette problem tages aftalesygehusenes reelle takster i betragtning under besvarelsen af både spørgsmål tre og fire.

De forventelige omkostninger skal forstås som de omkostninger, som der *gennemsnitligt* - på tværs af alle sygehuse - må forventes at være forbundet med et patientforløb med en given procedurekode i en specifik DRG-/DAGS-gruppe. Det forudsættes i analysen, at disse forventelige gennemsnitsomkostninger er en relevant parameter for de enkelte sygehuses beslutningstagning. En sådan forudsætning hviler på to hovedantagelser.

Den ene antagelse er, at de private sygehuse har tilstrækkelig viden om deres omkostningsstrukturer til, at det overhovedet er muligt for dem at danne sig forventninger om omkostningerne forbundet med de forskellige procedurer. Det forudsættes med andre ord, at de har et informationsgrundlag for

selektering. Ud fra interviewundersøgelsen i kapitel fem synes antagelsen plausibel: Interviewpersonerne fra de store såvel som de små aftalesygehuse tilkendegav en relativt stor og detaljeret indsigt i omkostningsstrukturerne ved deres behandlingsudbud. Alt andet lige må antagelsen forventes at holde bedst for de procedurer, som sygehusene foretager hyppigst, og hvor de derfor har det bedste grundlag for at danne sig forventninger vedrørende omkostningerne.

Den anden og mere kontroversielle antagelse er, at alle sygehuse – offentlige som private – har nogenlunde ensartede omkostningsstrukturer inden for de enkelte DRG- og DAGS-grupper. Heri ligger ikke et krav om, at ens procedurer skal påføre sygehusene de samme omkostninger. Nogle sygehuse kan have reelle omkostninger, som er lavere end de forventelige gennemsnitsomkostninger, mens det modsatte kan være tilfældet for andre sygehuse. Den tidligere diskuterede variation i faktorer såsom størrelse, specialisering og incitamentsstrukturers styrke og troværdighed betyder, at forskelle i effektivitet og dermed omkostningsniveau må opfattes som sandsynlige.

Hvad der til gengæld ligger i antagelsen er en forventning om et ensartet mønster i, hvilke procedurer der er relativt omkostningstunge for sygehusene, og hvilke der er relativt lette. Det antages således, at hvis procedure *b* i en DRG- eller DAGS-gruppe er mindre omkostningstung end procedure *a* i samme gruppe på ét sygehus, så gør det samme sig gældende på de øvrige sygehuse. Det forhold, at alle patienter i en given DRG- eller DAGS-gruppe oftest behandles i én bestemt afdeling på det enkelte sygehus, medvirker til at retfærdiggøre antagelsen. Flere af ovennævnte faktorer, som kan påvirke produktionens effektivitet - størrelsen af afdeling og sygehus såvel som incitamentsstrukturernes styrke og troværdighed – vil være ens på tværs af procedurer, som udføres på samme afdeling. Således kan det forventes, at forskellene i effektivitet, som eksisterer sygehusene imellem, ofte vil være stabile på tværs af procedurer inden for samme gruppe.

Der vil naturligvis være tilfælde, hvor de relative omkostningsstrukturer inden for grupperne *ikke* er ens for sygehusene. Specialisering er én af de faktorer, som kan medvirke til, at et sygehus kan forbedre behandlingsteknologien og højne effektiviteten for en procedure, uden at det vil smitte af på de øvrige procedurer, som sygehuset udfører i samme DRG- eller DAGS-gruppe. Hvis et sygehus specialiserer sig i en procedure, der ud fra en gennemsnitsbetragtning er forbundet med høje forventelige omkostninger, og opnår en stor effektiviseringsgevinst, så vil proceduren kunne blive økonomisk attraktiv for netop det pågældende sygehus. Ved et sådant brud på antagelsen vil incitamentet til selektering mindskes. Specialiserer sygehuset sig derimod i de procedurer, der i forvejen er forbundet med lave forventelige omkostninger, og opnår sygehuset en effektiviseringsgevinst herved, så forstærkes incitamentet til selektering. Sidste scenarium forventes at være mere udbredt blandt aftalesygehusene end det første.

6.4 Datagrundlag

Analysen af sygehusenes aktivitet baserer sig på udtræk fra Sundhedsstyrelsens DRG- og DAGS-datasæt, som er baseret på Landspatientregistret (LPR). LPR, som har eksisteret siden 1970'erne, indeholder en række diagnostiske og administrative oplysninger vedrørende samtlige kontakter til danske somatiske sygehuse. Det blev fastslået med etableringen af den udvidede fritvalgsordning, at også de private aftalesygehuse skulle indberette deres aktivitet under ordningen til LPR (BEK nr. 299 af 13/05/2002, §28). Aftalesygehusenes registreringspraksis har dog været svingende, og derfor har Amtsrådsforeningen fra juni 2004 indføjet i sin standardaftale med sygehusene, at dokumenteret indberetning til LPR er en forudsætning for afregning af deres aktivitet (Amtsrådsforeningen 2004, §8). Flere af aftalesygehusene har dog først haft deres kontrakt til genforhandling med virkning fra 1. januar 2005, hvorfor kvaliteten af indberetningerne først kan påregnes at være nogenlunde tilfredsstillende fra denne dato. Således afgrænses analysen af sygehusenes aktivitet til perioden fra januar 2005 til august 2005. Langt størstedelen af den private aktivitet, som er registreret i perioden, må

forventes at kunne tilskrives den udvidede fritvalgsordning. I et mindre omfang vil aktivitet, som er udført for amterne under øvrige aftaler, dog også indgå i opgørelsen.

Når det er valgt at basere analysen på udtræk fra DRG- og DAGS-datasættene skyldes det, at de samler oplysningerne fra LPR på en måde som er hensigtsmæssig for rapportens formål. Således sammenstykkes det i DRG-datasættet til ét patientforløb, hvis en patient i LPR står opført med udskrivning fra én afdeling og indskrivning på en anden på samme dato. Tilsvarende grupperes data i DAGS-datasættet pr. besøg. Datasættene er således struktureret i direkte relation til DRG- og DAGS-systemerne.

Omkostningsberegningerne baserer sig på udtræk fra Den Patientrelaterede Omkostningsdatabase. Omkostningsdatabasen indeholder observationer på individniveau fra offentlige sygehuse med klinisk information om DRG-/DAGS-gruppe og procedurekode såvel som information om omkostningerne ved behandlingen. Databasen danner grundlag for DRG-systemets prisfastsættelse af patientforløb og dermed beregningen af afregningstakster. Omkostningsdatabasen udgjorde oprindeligt et beskedent datagrundlag, idet kun ganske få sygehuse indberettede til den. Fra 2000 til 2004 er antallet af medvirkende sygehuse dog udvidet fra 3 til 57, hvilket betyder, at ca. 90 procent af alle udskrivinger på landsplan indgår i databasen (Sundhedsstyrelsen 2004). De private sygehuse indberetter ikke til Omkostningsdatabasen, og deres omkostninger registreres heller ikke andre steder.

Princippet for Omkostningsdatabasen er, at sygehusene indberetter alle omkostninger inkluderet i takstgrundlaget - dvs. alle behandlingsrelaterede omkostninger - fordelt på de enkelte patientforløb. For at kunne gøre det må de udarbejde et fordelingsregnskab, hvor alle omkostninger fra både de primære kliniske afdelinger, kliniske serviceafdelinger og ikke-kliniske afdelinger som rengøring, køkken og administration henføres til de enkelte patientforløb (Sundhedsstyrelsen 2003). Sygehusene er endnu kun ved at opbygge en kapacitet til at producere sådanne fordelingsregnskaber, og kvaliteten af data i Omkostningsdatabasen må forventes at være påvirket heraf. Således kan øjensynlige forskelle i patienttyngde baseret på databasens opgørelser i nogen grad være begrundet i forskelle og usikkerhed i opgørelsespraksis. Sundhedsstyrelsens 'køgebog' indeholder en detaljeret vejledning for sygehusene med henblik på at mindske de variationer i opgørelsespraksis, som hidtil er konstateret, men databasen må dog stadig forventes at være behæftet med en betydelig usikkerhed.

Som nævnt sættes analysen af de forventelige omkostninger i relation til de takster, som aftalesygehusene afregnes til i 2005. Taksterne stammer fra en opgørelse over de takstaftaler, som hhv. medlemmerne af Sammenslutningen af Privathospitaler og øvrige sygehuse har indgået med Amdtsrådsforeningen for det pågældende år.

6.5 Udvalgelse af DRG- og DAGS-grupper til analysen

Det er valgt at koncentrere analysen om de DRG- og DAGS-grupper, hvor de private sygehuse har den største aktivitet. Denne afgrænsning foretages, fordi det netop er på de områder, hvor de private sygehuse spiller en betydelig rolle, at det har størst relevans at vide, om de private sygehuse foretager en anderledes patientprioritering end de offentlige. Desuden tilgodeser afgrænsningen et ønske om at opnå et datamateriale, som er tilstrækkeligt stort til statistisk analyse.

De konkrete DRG- og DAGS-grupper er udvalgt med udgangspunkt i en opgørelse over de tyve procedurer, som de private aftalesygehuse oftest har udført i henholdsvis stationært og ambulant regi under den udvidede fritvalgsordning i første halvår af 2005 (Amdtsrådsforeningen 2005). Blandt disse er de kirurgiske procedurer udvalgt, dvs. procedurer med en kode af formatet Kxxx. For disse procedurekoder – 18 i stationært og 14 i ambulant regi - er kodernes fordeling på DRG- og DAGS-grupper undersøgt i DRG- og DAGS-datasættene for 2005. Blandt de DRG-grupper, som procedurekoderne indgår i, er de 20 grupper, hvor der har været den største samlede aktivitet i perioden, udtrukket fra DRG-datasættet. På tilsvarende vis er tyve DAGS-grupper udtrukket fra DAGS-datasættet. En række af de

udvalgte grupper er såkaldte *gråzone*-grupper, og disse er udtrukket fra begge datasæt for at indfan-
ge al aktivitet i grupperne. Gråzone-grupperne er kendetegnet ved, at patienterne behandles i betyde-
ligt omfang i både stationært og ambulant regi, og at sygehusene afregnes til samme takst – *gråzone-
taksten* – uanset om de vælger det stationære eller det ambulante forløb. Gråzonetaksten ligger i
intervallet mellem gennemsnitsomkostningerne ved henholdsvis ambulant og stationær behandling,
og dens formål er at eliminere sygehusenes økonomiske incitamenter til at indlægge patienter, hvor
det er klinisk ubegrundet (Sundhedsstyrelsen 2004).

Som et sidste trin i udvælgelsesproceduren er en række DRG- og DAGS-grupper frasorteret, som af
forskellige årsager vurderes som uegnede for analysen. Enkelte grupper er frasorteret, fordi aktivite-
ten på aftalesygehusene er under 100 patienter/besøg fra januar 2005 til august 2005, og to grupper,
816 og 1113, fordi datagrundlaget vurderes at være for mangelfuldt. Omkostningsdata mangler for
12,5 procent af den samlede aktivitet og 15 procent af aftalesygehusenes aktivitet i gruppe 816 og for
hele 32 procent af aftalesygehusenes aktivitet i gruppe 1113. For alle andre grupper kan der knyttes
omkostningsdata til over 90 procent af både den samlede og den private aktivitet (jf. efterfølgende
afsnit for en nærmere beskrivelse af proceduren).

Tabel 6.1 DRG- og DAGS-grupper i analysen

	Gruppe	Beskrivelse	N privat	% privat af total
Stat.	905	Operation på bryst ved godartede sygdomme, ekskl. biopsi	304	22 %
	306	Operationer på bihuler, øre og processus mastoideus	232	16 %
	310	Fjernelse af mandler med/uden polypper	168	5 %
Ambulant	PG01D	Simpel hudoperation	1704	5 %
	PG09A	Fjernelse eller behandling af nerve	153	5 %
	PG10B	Simpel procedure på øre, næse eller hals	925	4 %
	PG03B	Væskeudtømmelse fra pleura	558	4 %
	PG01F	Sutur og sårbehandling	236	3 %
	PG01E	Simpel excision og biopsi	184	2 %
Gråzone	208	Operationer på øjenlåg og øjenomgivelser	1548	30 %
	876	Operation i ryg, kolumna, hals og bækken, kategori 1	182	20 %
	877	Operation i ryg, kolumna, hals og bækken, kategori 2	161	16 %
	878	Operation i ryg, kolumna, hals og bækken, kategori 3	402	12 %
	206	Operation for grå stær mm.	2243	11 %
	890	Operation i skulder og overarm, kategori 3	476	10 %
	520	Varicer	511	9 %
	886	Operation i knæ og underben, kategori 2	345	8 %
	885	Operation i knæ og underben, kategori 3	222	7 %
	887	Operation i knæ og underben, kategori 4	1043	7 %
	814	Operation i håndled og hånd, kategori 3	259	6 %
	309	Diverse indgreb på øre, næse og hals	249	6 %
	881	Operation i hofte og lår, kategori 3	313	5 %

Kilde: DRG- og DAGS-datasættene, januar 2005 – august 2005; Sundhedsstyrelsen 2005.

DAGS-gruppen BG50A ('ambulant besøg') er frasorteret, fordi den i modsætning til de øvrige grupper
ikke er positivt defineret, men indeholder alle de diagnoser og procedurer, som ikke i øvrigt er givet en
eksplicit gruppering og dermed egen prissætning i DAGS-systemet. Endelig er tre DRG-grupper frasor-
teret, hvor al den private aktivitet kan tilskrives Hjertecenter Varde. En betydelig andel af hjerte-

centrets aktivitet foregår under en særlig aftale med Ribe Amt, og centrets forudsætninger for deltagelsen i det udvidede frie sygehusvalg er således atypiske.

I analysen indgår efter denne udvælgelsesprocedure 22 grupper: tre stationære DRG-grupper, som er udtrukket fra DRG-datasættet, seks DAGS-grupper, som er udtrukket fra DAGS-datasættet, og tretten gråzone DRG-grupper, som er udtrukket fra begge datasæt. Som det fremgår af Tabel 6.1 tegner aftalesygehusene sig for en stor andel af den samlede aktivitet i særligt nogle af de udvalgte DRG- og DAGS-grupper. Således svinger deres aktivitetsandel (målt i antal patientforløb eller ambulante besøg) fra 2 procent til hele 30 procent af sygehusvæsenets samlede aktivitet i grupperne. Til sammenligning tegner aftalesygehusene sig for kun ca. 1,6 procent af sygehusvæsenets totale antal patientforløb og ambulante besøg i samme periode (DRG- og DAGS-datasættene).

6.6 Indledende beregning af forventelige omkostninger

For at kunne undersøge problemstillingen må *forventelige omkostninger* knyttes til hvert af patientforløbene og de ambulante besøg i DRG- og DAGS-datasættene. Det er valgt at gøre dette ved at beregne de gennemsnitlige omkostninger i Omkostningsdatabasen for hver af de procedurekoder, som indgår i de udvalgte DRG- og DAGS-grupper. Disse gennemsnitsomkostninger er dernæst knyttet til hver af observationerne i DRG- og DAGS-datasættene i forhold til den primære procedure, der er udført under forløbet/besøget.

Da DAGS-systemet hovedsageligt er procedurestyret, vil den primære procedurekode kun i sjældne tilfælde falde i flere end én DAGS-gruppe. Derimod kan den sagtens falde i flere forskellige DRG-grupper, fordi den samme procedure kan være udført på patienter med forskellige diagnoser. Der må forventes at være en naturlig variation i procedurernes omkostninger alt efter hvilken gruppe, de knytter sig til. Det synes således ikke hensigtsmæssigt at anvende den samme gennemsnitsomkostning for procedurekoderne på tværs af DRG- og DAGS-grupper, og omkostningsberegningerne er således foretaget særskilt for hver gruppe. Nogle gennemsnitsberegninger er baseret på flere tusinde observationer, hvis procedurekoden forekommer meget ofte i den pågældende DRG- eller DAGS-gruppe. Omvendt er andre gennemsnitsberegninger baseret på helt ned til én observation, hvis kun én patient har fået foretaget den specifikke procedure og samtidigt falder i den pågældende gruppe.

Inden beregningen af gennemsnitsomkostninger er der foretaget en omkostningstrimning ved 5 procent- og 95 procent-fraktilerne for hver af de udvalgte DRG- og DAGS-grupper. Det vil sige, at omkostningsværdier over 95 procent-fraktilen er erstattet med 95 procent-fraktilen, mens værdier under 5 procent-fraktilen er erstattet med 5 procent-fraktilen. Denne trimning svarer til Sundhedsstyrelsens procedure ved beregning af takstgrundlaget (Sundhedsstyrelsen 2005), og formålet er at mindske den betydning, som outliers kan have på beregningen af gennemsnitsomkostningerne.

Havde analysen udelukkende fokuseret på de offentlige sygehuse, kunne en alternativ metode have været benyttet i stedet for at beregne og overføre gennemsnitsomkostningerne ved hver procedure. Alle somatiske patienter er registreret med entydig personidentifikation i DRG- og DAGS-datasættene, og efterhånden er det også næsten alle patienter på de offentlige sygehuse, der – ligeledes med entydig personidentifikation – optræder i Omkostningsdatabasen. Således kunne der principielt have været foretaget en direkte overførsel fra Omkostningsdatabasen til DRG- og DAGS-datasættene af de faktiske omkostninger knyttet til hvert enkelt forløb eller besøg. Da de private aftalesygehuse ikke indgår i Omkostningsdatabasen kan en sådan direkte krydsning imidlertid ikke anvendes for disse. Den valgte metode har således den store fordel, at den kan appliceres konsistent for både de offentlige og private sygehuse. Desuden udmærker den sig ved - i modsætning til en direkte krydsning mellem Omkostningsdatabasen og DRG-/DAGS-datasættene – at fjerne en del af den 'støj' i omkostningsopgørelserne, som skyldes forskelle i sygehusenes opgørelsespraksis.

Reelt set er der naturligvis tale om en beregning af de omkostninger, som de *offentlige* sygehuse gennemsnitligt kan forvente, og et stærkere design kunne have været opnået, hvis de private sygehuse også havde kunnet indgå i gennemsnitsberegningerne. På det foreliggende datagrundlag synes den valgte metode dog at give den bedst opnåelige indikator for de forventelige omkostninger ved hver af de forskellige procedurer, som er grupperet i en given DRG- eller DAGS-gruppe.

6.7 Statistiske analyser

6.7.1 Analyse af gennemsnit og standardafvigelser

Besvarelsen af problemstillingens fire spørgsmål baserer sig på beregninger af gennemsnit og standardafvigelser for de forventelige omkostninger i hver af de udvalgte DRG- og DAGS-grupper. Analyserne er foretaget i SAS og Excel.

Til besvarelse af det første spørgsmål om DRG- og DAGS-gruppernes omkostningsvariation beregnes variationskoefficienten, dvs. standardafvigelsen af de enkelte gruppers forventelige omkostninger som en procentdel af deres forventelige gennemsnitsomkostninger. Ved dette relative mål kan der foretages en sammenligning grupperne imellem af graden af omkostningsvariation. Der kan ikke på forhånd opstilles et entydigt kriterium for, præcis hvor stor variationskoefficienten skal være, før sygehuse kan forventes at have mulighed for at selektere. Som udgangspunkt kan der blot konstateres en forventning til, at risikoen for selektering stiger, jo større variationskoefficienten er.

Det andet spørgsmål om sektorforskel vedrørende graden af omkostningsvariation i DRG- og DAGS-grupperne besvares ligeledes ved analyse af standardafvigelser. For hver gruppe beregnes således et vægtet gennemsnit af standardafvigelserne af de forventelige omkostninger på hvert af de private sygehuse som procentdel af et tilsvarende vægtet gennemsnit af standardafvigelserne på hvert af de offentlige sygehuse. Forventningen er, at de private sygehuse har lavere variation end de offentlige, så procenttallet bliver under 100.

Det tredje spørgsmål om sektorforskel i DRG- og DAGS-gruppernes gennemsnitsomkostninger besvares gennem en analyse af de gennemsnitlige forventelige omkostninger på aftalesygehuse som procentdel af de gennemsnitlige forventelige omkostninger på de offentlige sygehuse. Også her er der tale om vægtede gennemsnit, som tager højde for forskelle i antal patientforløb og ambulante besøg på de forskellige sygehuse. Forventningen er, at det forventelige omkostningsniveau er lavest på de private sygehuse, så procenttallet bliver under 100. Forskel i gennemsnittene på under +/- 5 procent opfattes ikke som interessante.

Underspørgsmålet om *creaming*- og *dumping*-strategier belyses mere kvalitativt. Ud fra grafiske fremstillinger af aktiviteten på de offentlige og private sygehuse vurderes det, hvorvidt sygehuse i de to sektorer udfører hhv. de tungeste og letteste procedurer i hver af grupperne.

Analysen af spørgsmål tre foretages i udgangspunktet for al aktivitet i de enkelte grupper. Desuden foretages den særskilt for de procedurer i grupperne, som er udført minimum 30 gange i den undersøgte periode. Som nævnt i afsnit 6.2 har sygehuse alt andet lige et bedre grundlag for at danne sig forventninger om omkostningerne ved procedurer, som er udført på et større antal patienter. Formålet med den supplerende analyse er således at styrke eller problematisere resultatet i hovedanalysen. Hvis resultaterne fra de to analyser er enslydende, styrkes formodningen om, at forskelle i de offentlige og private sygehuses aktivitetssammensætning bunder i bevidste valg baseret på forventninger til omkostningerne. Hvis resultaterne i analysen af procedurer med større patientmasse afviger fra resultaterne i hovedanalysen, sætter det spørgsmålsteget ved hovedanalysens validitet.

Endelig besvares det fjerde spørgsmål om forskelle mellem små og større aftalesygehuse ved en analyse af de forventelige gennemsnitsomkostninger opdelt på sygehusstørrelse. Størrelsen af aftalesygehuse kan vurderes ud fra en række parametre såsom omsætningen, antal sengepladser eller antal

læger og andet personale. Der findes ikke opgørelser over nogen af parametrene, og det er derfor valgt at fokusere ensidigt på antal sengepladser som en – om end grov - indikator. Antallet af sengepladser er angivet for flere af aftalesygehuse på www.sygehusvalg.dk og er i øvrigt fundet på sygehusernes hjemmesider eller ved telefonisk henvendelse. Sygehuse er herefter inddelt i to grupper med henholdsvis 0 til 15 sengepladser og 16 sengepladser eller derover. Det vurderes, at det ville have været langt sværere at opnå et validt billede af aftalesygehusernes omsætning eller personalemæssige størrelse, hvorfor det ikke er forsøgt at inddele dem efter disse parametre.

6.7.2 Analyse af signifikans

I forbindelse med spørgsmål to, tre og fire undersøges det, om de fundne forskelle i standardafvigelser og gennemsnit er signifikante på et 5 procents signifikansniveau. Formålet med signifikanstestene bør kommenteres, karakteren af data taget i betragtning. Statistiske mål for signifikans anvendes traditionelt til at bedømme, hvor stor sandsynligheden er for, at en observeret værdi eller sammenhæng i en simpel, tilfældig stikprøve faktisk afspejler den reelle værdi eller sammenhæng i den bagvedliggende population, som stikprøven er udtrukket fra. I dette tilfælde er der dog tale om en populationsundersøgelse, som ikke involverer en stikprøve. Al aktivitet på de offentlige sygehuse og al privat aktivitet under den udvidede fritvalgsordning, som har fundet sted i den belyste periode inden for de undersøgte DRG- og DAGS-grupper, er registreret og dermed inkluderet i datagrundlaget. De gennemførte signifikanstests angiver således ikke stikprøvefejl, men fungerer i stedet som indikatorer for, hvor følsomme resultaterne er overfor simple registreringsfejl eller stokastiske tilfældigheder i aktivitetsmønstrene (Thomsen 1997). Høje p-værdier vil således indikere, at fundne forskelle mellem offentlige og private sygehuse eller mellem aftalesygehuse af forskellig størrelse er særligt følsomme og let kan ændres ved blot mindre tilfældigheder eller fejl i data.

Spørgsmålet om, hvorvidt en forskel mellem to grupper sygehuses gennemsnitsomkostninger er signifikant, kan som udgangspunkt besvares ved en t-test, der afprøver nul-hypotesen om, at de to grupper gennemsnit er ens. Tilsvarende kan det besvares ved en F-test, om en forskel mellem standardafvigelserne af to grupperes gennemsnitsomkostninger er signifikant. Begge tests hviler dog på forudsætninger om normalfordeling af data (Moore og McCabe 2003).

Der er brud på forudsætningen ved næsten alle analyser, som foretages for at kunne besvare spørgsmål to-fire. Det viser gennemførte normalitetstests. De anvendte tests er henholdsvis Shapiro-Wilk-testen (ved en aktivitet i den pågældende gruppe sygehuse på højst 2000 patientforløb/ambulante besøg) og Kolmogorov-Smirnov-testen (ved en aktivitet på over 2000). Begge tests afprøver nul-hypotesen, at der er tale om normalfordeling af data, og lave p-værdier indikerer således en lav sandsynlighed for, at det faktisk er tilfældet (SAS Institute 1990).

Som konsekvens af datas manglende normalfordeling afgøres spørgsmålene om signifikans ikke ved t- eller F-tests, men ved bootstrapping, som er en nyere metode til statistisk inferens, der baserer sig på simulering af data og ikke stiller krav til fordelingen (Efron og Tibshirani 1998). Metoden fungerer ved, at der med tilbagelægning udtages en *bootstrap-stikprøve* af den underliggende variabel, 'forventelige omkostninger', hvor antallet af udtagne observationer, dvs. patientforløb eller ambulante besøg, for hver af de to undersøgte grupper (offentlige og private sygehuse, eller aftalesygehuse af forskellig størrelse) svarer til det oprindelige antal observationer i datasættet. Forskellen i den undersøgte parameter (gennemsnit eller standardafvigelse, alt efter hvilket spørgsmål der er tale om) mellem de to grupper sygehuse beregnes derefter på den udtagne stikprøve. Hele processen gentages et stort antal gange; her er det valgt at gentage den 999 gange, hvorved der fås i alt 1000 bootstrap-stikprøver. Gennemsnitsværdien og standardafvigelsen beregnes dernæst for de 1000 beregnede forskelle, og ud fra disse størrelser kan det endelig afgøres, om forskellen i den undersøgte parameter – gennemsnit eller standardafvigelse – er signifikant forskellig fra nul. På trods af, at forventningerne om forskelle

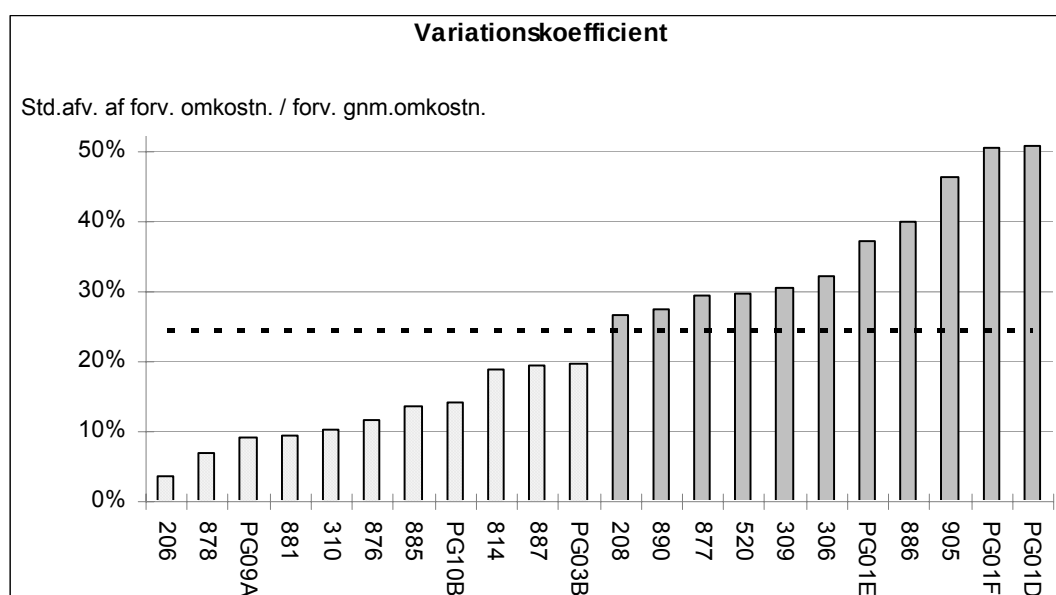
har retningsangivelse (f.eks. at offentlige sygehuse har *højere* forventelige gennemsnitsomkostninger end private sygehuse) anvendes en to-sidet test. Da det ikke kan udelukkes, at de empiriske resultater viser sig at gå imod forventningerne, er der ikke grundlag for en ensidet test (Moore og McCabe 2003). Som ovenfor nævnt er der valgt et signifikansniveau på 5 procent, og det betyder at en funden forskel er signifikant ved en p-værdi på 0,05 eller derunder. Signifikansanalysen gennemføres separat for hver DRG- og DAGS-gruppe under de enkelte spørgsmål.

7. Resultater af analysen

7.1 Er der omkostningsvariation i DRG- og DAGS-grupperne?

Det første spørgsmål, der blev opstillet i kapitel seks er, om der er tilstrækkelig omkostningsvariation i de udvalgte DRG- og DAGS-grupper til, at der overhovedet er grundlag for en selekteringsstrategi. Forventningen er, at det er tilfældet. Analysen af gruppernes variationskoefficienter viser dog, at graden af omkostningsvariation er meget forskellig fra gruppe til gruppe. Således tyder det på, at der i nogle DRG- og DAGS-grupper er rig mulighed for selektering funderet i intern omkostningsvariation, mens der i andre så godt som ingen åbning er for sådan utilsigtet adfærd.

Tabel 7.1 Omkostningsvariation af den samlede aktivitet i DRG- og DAGS-grupperne



Noter:

- 1) Den stiplede linje markerer den gennemsnitlige variationskoefficient på 24 procent.
- 2) De lyse søjler indikerer, at grupperne har lav variationskoefficient (< 24 procent).

Kilde: Omkostningsdatabasen og DRG- og DAGS-datasættene, januar 2005 - august 2005

Som illustreret Tabel 7.1 ligger gruppe 206 (operation for grå stær) i den ene ende af spektret med en minimal variationskoefficient. Standardafvigelsen af de forventelige omkostninger i gruppen udgør blot 4 procent af de forventelige gennemsnitsomkostninger, og omkostningsniveauet på tværs af gruppens procedurer er dermed så ensartet, at der ikke synes at være grundlag for selektering uanset, om agenterne måtte være drevet af et ensidigt ønske om egennyttmaksimering. I den modsatte ende af spektret ligger grupperne PG01F (sutur og sårbehandling) og PG01D (simpel hudoperation). I begge disse grupper er variationskoefficienten på hele 51 procent. Det blev fastslået i kapitel seks, at DRG- og DAGS-grupperne ikke lever op til en forudsætning om normalfordeling. Havde det imidlertid været tilfældet, ville en koefficient af denne størrelse have betydet, at 32 procent af aktiviteten lå uden for et interval på så meget som +/- halvdelen af gennemsnitsomkostningerne.

En variationskoefficient på 51 procent synes oplagt at give rum for selektering, mens det modsatte gør sig gældende for én på kun 4 procent. Ind imellem disse to ekstremer er det til gengæld umuligt

præcist at forudsige, hvor stor en variationskoefficient der skal til for at skabe grundlag for selektering. Alt andet lige må det dog forventes, at risikoen for selektering øges, jo længere man bevæger sig imod grafens højre side, hvor variationen i gruppernes omkostninger stiger.

Den stiplede linje i grafen markerer gennemsnittet af de undersøgte gruppers variationskoefficienter, som er på 24 procent. Under linjen ligger 11 DRG- og DAGS-grupper (lyse søjler) med relativt lav variation reflekteret i variationskoefficienter på mellem 4 og 20 procent. Over linjen ligger de øvrige 11 grupper (mørke søjler) med en højere variation reflekteret i koefficienter på mellem 27 og 51 procent. Skillelinjen mellem de to grupper skal på ingen måde opfattes som hårdt optrukken og entydig, men trods dette forbehold må der forventes en større risiko for selektering i de 11 grupper med relativt høj omkostningsvariation end i de 11 grupper med relativt lav omkostningsvariation.

7.2 Har aftalesygehuse lavere variation i de forventelige omkostninger?

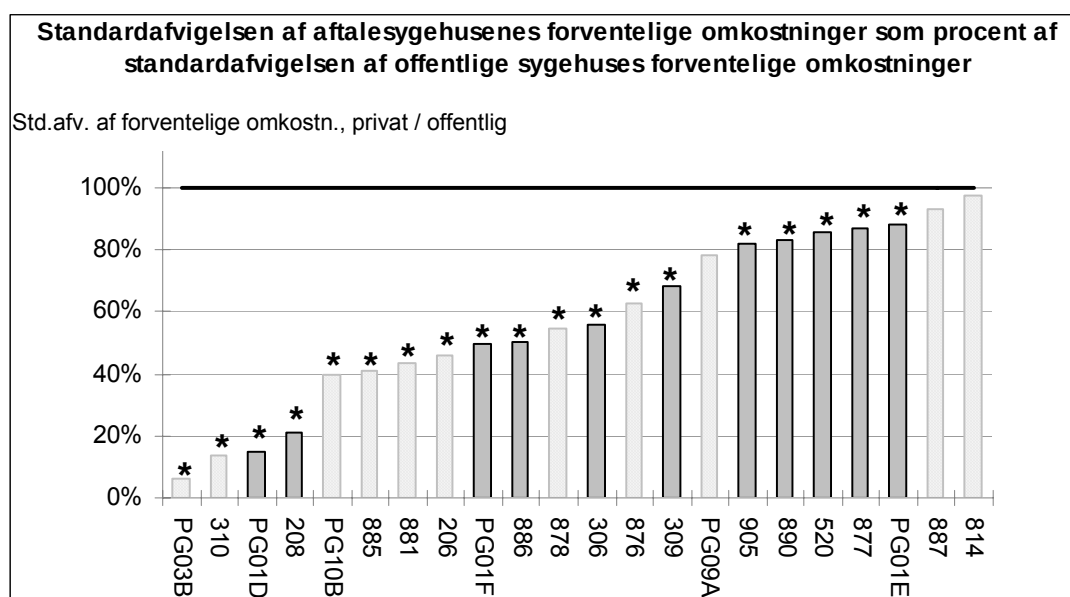
Analysens andet spørgsmål drejer sig om bredden i sygehuses aktivitet inden for de enkelte DRG- og DAGS-grupper. Forventningen er, at aftalesygehuse i højere grad end de offentlige sygehuse specialiserer sig, og at de dermed opnår en lavere variation i de forventelige omkostninger inden for hver af grupperne.

Analysens resultater er helt i overensstemmelse med forventningen. I samtlige de undersøgte DRG- og DAGS-grupper har aftalesygehuse en lavere variation i de forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse. De koncentrerer sig om færre procedurer i de enkelte grupper end de offentlige sygehuse, og de udvalgte procedurer er ydermere kendetegnet ved en relativt ensartet omkostnings-tyngde. Forskellen mellem sektorerne kan delvist forklares ved, at aftalesygehuse ofte er mindre enheder og karakteriseret ved en lavere produktionsmæssig volumen end de offentlige sygehuse. Der vil alt andet lige være dårligere grundlag for en varieret produktion, jo mindre volumen der er tale om. Når det er sagt, må det samtidig påpeges, at specialiseringen kan gøre det lettere for aftalesygehuse at standardisere og effektivisere deres indsats. Dermed vil de muligvis kunne bringe det reelle omkostningsniveau ved deres aktivitet under det generelle omkostningsniveau, som må forventes i sygesektoren for de pågældende procedurer.

Analysens resultater er illustreret i Figur 7.1, som for hver af de 22 grupper viser standardafvigelsen af de forventelige omkostninger ved aftalesygehuses aktivitet som andel af standardafvigelsen af de forventelige omkostninger ved de offentlige sygehuses aktivitet. For begge sektorer er der tale om vejede gennemsnit, hvor de enkelte sygehuse er vægtet i forhold til deres andel af sektorens samlede aktivitet. Det fremgår af grafen, at variationen i de forventelige omkostninger på aftalesygehuse svinger fra kun 6 procent til 97 procent af variationen på de offentlige sygehuse.

Det må bemærkes, at grafen ikke illustrerer de absolutte sektorforskelle i variationen, men kun de relative forskelle i hver gruppe. Det betyder, at resultaterne skal vurderes forskelligt alt efter, hvor stor omkostningsvariation der samlet set er i de pågældende DRG- eller DAGS-grupper. Til illustration af problemstillingen kan nævnes to grupper - 310 og PG01D - hvor de private sygehuses omkostningsvariation kun er på henholdsvis 14 procent og 15 procent af de offentlige sygehuses omkostningsvariation. Resultaterne i disse grupper synes at være markante og næsten ens, men ved nærmere eftersyn dækker de over to helt forskellige situationer. I PG01D er der som nævnt i ovenstående afsnit en betydelig omkostningsvariation: Standardafvigelsen udgør hele 51 procent af gennemsnittet i gruppen. Den procentuelle forskel på de private og offentlige sygehuses omkostningsvariation i gruppen dækker således over en absolut forskel, som er stor og interessant. Situationen er den modsatte for gruppe 310. Omkostningsvariationen i denne gruppe er på bare 10 procent, og den absolutte forskel på de private og offentlige sygehuses variation er således relativt lille og uinteressant.

Figur 7.1 Omkostningsvariation på aftalesygehusene i forhold til offentlige sygehuse



Noter:

- 1) De lyse søjler indikerer, at grupperne har lav variationskoefficient (< 24 procent).
- 2) * indikerer, at forskellen på private og offentlige sygehuse er signifikant (P<5 procent)

Kilde: Omkostningsdatabasen og DRG- og DAGS-datasættene, januar 2005 - august 2005

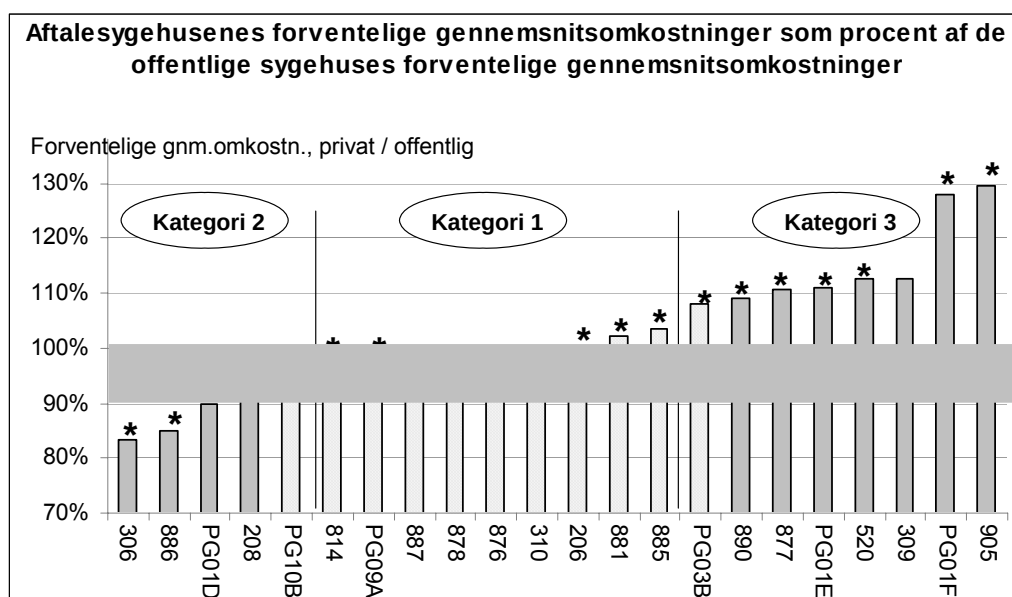
Med denne pointe i baghovedet er det indikeret i grafen, hvilke DRG- og DAGS-grupper der i ovenstående afsnit blev karakteriseret som havende lavere omkostningsvariation. Alle grupper med en samlet omkostningsvariation på under 24 procent er således markeret med en lysegrå farve for at tilkendegive, at de procentuelle sektorforskelle i omkostningsvariationen er mindre interessante. Yderligere kan det konstateres, at forskellene i tre af grupperne (PG09A, 887, 814) også er insignifikante. Når DRG- og DAGS-grupperne med lav omkostningsvariation ikke er fuldstændigt udeladt af analysen er det for at kontrollere, om de tegner et væsentligt anderledes billede end de 11 grupper med højere omkostningsvariation. Det kan konkluderes, at det gør de ikke.

7.3 Har aftalesygehusene lavere forventelige omkostninger?

Det tredje spørgsmål om sygehusenes forventelige gennemsnitsomkostninger går til kernen af problemstillingen om selektering, og denne del af analysen er således helt central. Forventningen er, at aktiviteten på aftalesygehusene i de undersøgte DRG- og DAGS-grupper er forbundet med lavere forventelige omkostninger end aktiviteten på de offentlige sygehuse. Interessant nok viser det sig, at der ikke kan tegnes et entydigt billede af, at det er tilfældet. Der er således ikke grundlag for en generel konklusion om, at aftalesygehusene selekterer.

De 22 DRG- og DAGS-grupper kan grundlæggende inddeles i tre kategorier. Den første kategori består af ni grupper, som har det tilfælles, at forskellene på de offentlige og private sygehuses forventelige gennemsnitsomkostninger er mindre end +/- 5 procent. Forskelle af denne størrelsesorden må opfattes som ganske ubetydelige, og ydermere er de insignifikante i fem af grupperne. Alle de ni grupper er tidligere i analysen blevet identificeret som havende relativt lav omkostningsvariation. Det er således ganske som forventet, at der i netop disse grupper ikke viser sig at være problemer med selektering.

Figur 7.2 Gennemsnitsomkostninger på aftalesygehusene i forhold til på offentlige sygehuse



Noter:

- 1) De lyse søjler indikerer, at grupperne har lav variationskoefficient (< 24 procent)
- 2) * indikerer, at forskellen på private og offentlige sygehuse er signifikant ($P < 5$ procent)
- 3) Bæltet markerer, at forskellen på private og offentlige sygehuse er under ± 5 procent
- 4) DRG- og DAGS-grupperne er inddelt efter om aftalesygehusene har samme (± 5 pct.) forventelige omkostninger som de offentlige (kat. 1), min. 5 pct. lavere (kat. 2) eller min. 5 pct. højere (kat. 3).

Kilde: Omkostningsdatabasen og DRG- og DAGS-datasættene, januar 2005 - august 2005

Den anden kategori består af fem DRG- og DAGS-grupper, hvor resultaterne er helt i overensstemmelse med forventningen om, at aftalesygehusene selekterer. De forventelige omkostninger ved aftalesygehusenes aktivitet i disse grupper svarer kun til mellem 83 procent og 94 procent af de forventelige omkostninger ved de offentlige sygehuses aktivitet. Der er således tale om forskelle, som ikke blot er signifikante, men også interessante. Fire af de fem grupper er tidligere udpeget som grupper med relativt stor omkostningsvariation, og det er derfor ganske som forventet, at aftalesygehusene udnytter variationen til at prioritere de gennemsnitligt lettere patienter. En enkelt gruppe, PG10B (simpel procedure på øre, næse eller hals), er tidligere blevet udpeget som havende relativt lav omkostningsvariation. Det er da også den af de fem grupper, hvor de forventelige omkostninger på aftalesygehusene afviger mindst fra de forventelige omkostninger på de offentlige sygehuse, nemlig med 6 procent.

Endelig består den tredje kategori af hele otte DRG- og DAGS-grupper, hvor resultaterne er stik imod forventningen om selektering fra aftalesygehusenes side. I disse grupper svarer de forventelige omkostninger ved aftalesygehusenes aktivitet til mellem 108 procent og 130 procent af de forventelige omkostninger ved de offentlige sygehuses aktivitet. De overraskende resultater er signifikante for alle grupperne. Som i ovenstående kategori gælder det, at alle de otte grupper undtagen én er udpeget som grupper med relativt høj omkostningsvariation. Ligeledes gælder det, at den eneste gruppe med relativt lav omkostningsvariation, PG03B (væskeudtømmelse fra pleura), er den af de otte grupper, hvor aftalesygehusene adskiller sig mindst fra de offentlige.

Det er meget overraskende, at aftalesygehusenes aktivitet er forbundet med højere forventelige omkostninger end de offentlige sygehuses aktivitet i en så betydelig andel af DRG- og DAGS-grupperne, som det er tilfældet. Man kan derfor fristes til at tro, at resultatet blot er et produkt af tilfældige udsving i omkostningerne for de mange procedurer, som sygehusene kun udfører sjældent. Som nævnt i

kapitel seks må sygehusene alt andet lige forventes at have de klareste forventninger til omkostningerne for de procedurer, som de udfører ofte, og en særskilt analyse er derfor foretaget for de procedurer i hver gruppe, som er udført minimum 30 gange i den undersøgte periode. Hvis en sådan afgrænset analyse af de hyppigt udførte procedurer tegner et anderledes billede af sygehusenes prioriteringer end hovedanalysen, vil det så tvivl om, hvorvidt hovedanalysens resultater blot er tilfældige og urelaterede til sygehusenes intentioner.

Det viser sig, at den afgrænsede analyse ikke sætter spørgsmålstegn ved hovedanalysens resultater, men snarere styrker dem. Således ændrer de beregnede forskelle mellem de forventelige gennemsnitsomkostninger på private og offentlige sygehuse sig kun marginalt ved den afgrænsede analyse. I den ene halvdel af de 22 DRG- og DAGS-grupper er der overhovedet ingen forskel på de to analysers resultater, i den anden er ændringerne kun på mellem -2 og +5 procent. Det vil sige, at de private sygehuses forventelige gennemsnitsomkostninger som andel af de offentliges vurderes at være mellem 2 procent lavere og 5 procent højere ved den afgrænsede analyse end i hovedanalysen. Kun for en DRG-gruppe sætter den afgrænsede analyse spørgsmålstegn ved hovedanalysens inddeling af grupperne i de tre kategorier. Det drejer sig om gruppe 208 (operationer på øjenlåg og øjenomgivelser), hvor analysen betvivler, om forskellen på de offentlige og private sygehuses forventelige omkostninger er stor nok til, at der som konkluderet i hovedanalysen er tegn på selektering.

En anden indvending imod analyseresultatet kan være en mistanke om, at det blot dækker over en situation, hvor aftalesygehusene sparer betydeligt på omkostningerne i nogle DRG- og DAGS-grupper og taber begrænset i andre, så det reelle men skjulte billede på tværs af grupperne er, at de selekterer. Den hidtidige analyse tager hverken højde for forskelle i antal patientforløb i grupperne eller for de absolutte størrelser af aftalesygehusenes forventelige meromkostninger og omkostningsbesparelser, så det er et sandsynligt scenarium.

For at undersøge, om scenariet har noget på sig i praksis, er aftalesygehusenes forventelige omkostninger i samtlige 22 DRG- og DAGS-grupper i den analyserede periode beregnet. Forskellen på dette beløb og det forventelige omkostningsniveau, som de ville have haft ved en aktivitetssammensætning i hver af grupperne svarende til de offentlige sygehuses, er dernæst beregnet som et udtryk for den forventelige ekstraomkostning eller omkostningsbesparelse, som aftalesygehusene oplever, fordi deres aktivitetssammensætning er anderledes. Beregningen viser, at aftalesygehusenes aktivitet i de 22 grupper er 2,4 procent dyrere, end den ville have været under en aktivitetssammensætning magen til den, som eksisterer på de offentlige sygehuse. Dette tværgående resultat understreger, at der ikke er grundlag for en konklusion om, at aftalesygehusene selekterer.

7.3.1 *Creaming eller dumping?*

Som beskrevet i kapitel tre kan sygehusene anvende tre forskellige strategier for at nedbringe de forventelige omkostninger ved deres aktivitet. Inden for hver af DRG- og DAGS-grupperne kan de *creame* de letteste patienter, som kræver de mindst omkostningsfulde procedurer, og *dumpe* de tungeste, som kræver de mest omkostningsfulde procedurer. Desuden kan de forringe kvaliteten af de enkelte patienters behandling (*skimping*), hvilket i yderste tilfælde kan indebære, at patienterne tilbydes andre procedurer end dem, der klinisk set er mest hensigtsmæssige.

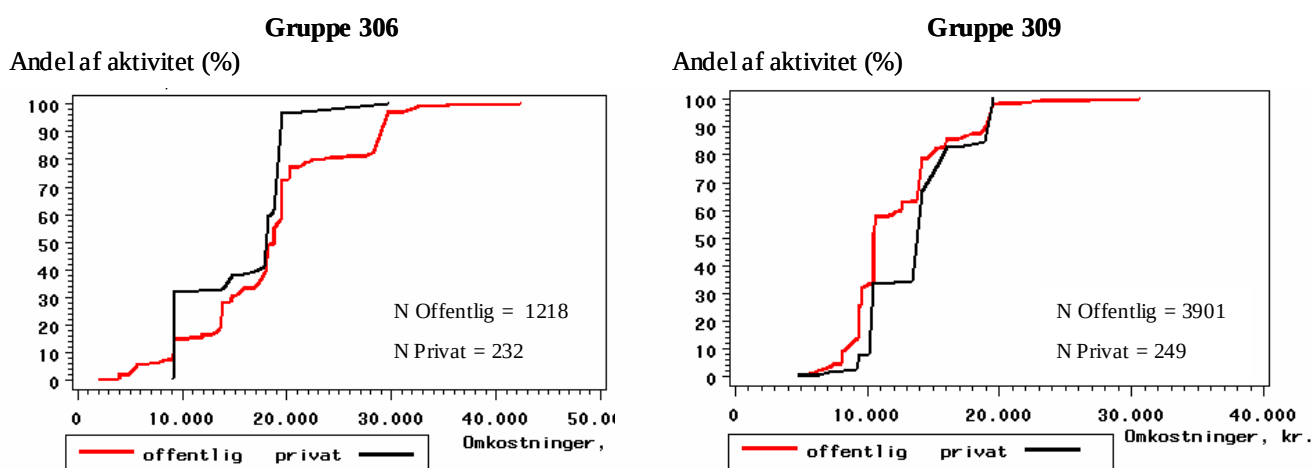
Det er umuligt ud fra denne analyse at identificere eventuelle tilfælde af *skimping*. Som en diskussion i Ugeskrift for Læger om anvendelsen af hårde (billigere) eller bløde (dyrere) linser ved grå stær operationer indikerer, så kan det ikke afvises, at aftalesygehusene slækker på kvaliteten ved visse behandlinger (Breinholdt 2005). Alt andet lige må der dog forventes at være relativt få tilfælde, hvor en *skimping*-strategi ligefrem medfører, at patienter tilbydes helt andre procedurer (med andre procedurerekodere) end de burde. I forhold til ved mindre synlige former for kvalitetsforringelse synes risikoen for klagesager og dårligt omdømme at være for høj ved sådanne reelle fejlvalg af procedure.

Fokuseres der på *creaming* og *dumping*, så må det indledende konstateres, at aftalesygehusene per definition kun kan have anvendt strategierne *effektivt* i de fem DRG- og DAGS-grupper, hvor de har lavere forventelige gennemsnitsomkostninger end de offentlige sygehuse. I de øvrige grupper kan de dog godt i nogen grad have anvendt dem, uden at det nødvendigvis har resulteret i, at de forventelige omkostninger er blevet lavere end på de offentlige sygehuse. Aftalesygehusene kan for eksempel have dumpet de tunge patienter, men alligevel have haft højere forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse, hvis de offentlige sygehuse samtidig har haft en overandel af patienter, som krævede særligt lette procedurer.

Grafiske fremstillinger af aftalesygehusenes og de offentlige sygehuses aktivitet i de 22 DRG- og DAGS-grupper indikerer, at aftalesygehusene ofte *dumper* patienter, som kræver tungere procedurer, hvorimod de stort set aldrig *creamer* de lettere patienter. Der tegner sig således et billede på tværs af grupperne af, at de private sygehuse i de tilfælde, hvor de adskiller sig fra de offentlige, har en underandel af patienter i både den letteste og den tungeste ende af omkostningsspektret. Dette billede er helt i overensstemmelse med den tidligere konklusion om, at aktiviteten på de private sygehuse er forbundet med lavere variation i de forventelige omkostninger end aktiviteten på de offentlige sygehuse.

Nedenstående grafer i Figur 7.3 illustrerer de beskrevne tendenser for to af de undersøgte DRG- og DAGS-grupper: gruppe 306 (operationer på bihuler, øre og processus mastoideus), hvor aftalesygehusene selekterer og gruppe 309 (diverse indgreb på øre, næse og hals), hvor de har højere forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse. Graferne viser den kumulative andel af sygehusenes aktivitet, der er udført ved forskellige forventelige omkostningsniveauer. Sammenhængen er angivet med en sort kurve for aftalesygehusene og en rød kurve for de offentlige sygehuse.

Figur 7.3 Fordeling af aktiviteten i forhold til forventelige omkostninger, gruppe 306 og 309



Kilde: Omkostningsdatabasen og DRG- og DAGS-datasættene, januar 2005 - august 2005

Koncentrationen af sygehusenes aktivitet afspejler sig i kurvernes stejlhed. I begge grafer er den sorte kurve stejlere end den røde, fordi aftalesygehusenes aktivitet i de to grupper er mere homogen end de offentlige sygehuses aktivitet. Graferne antyder desuden i forskellig grad at aftalesygehusene *dumper* de tungeste patienter. I gruppe 306 er kun ganske få procent af aftalesygehusenes aktivitet forbundet med et forventeligt omkostningsniveau på over 20.000 kroner, og slet ingen patientforløb er forbundet med et niveau på over 30.000 kroner. På de offentlige sygehuse er derimod en væsentlig del af aktiviteten forbundet med forventelige omkostninger på over 20.000 kroner og en mindre del med forventelige omkostninger på over 30.000 kroner. I gruppe 309 undgår aftalesygehusene ligele-

des patientforløb med ekstremt høje forventelige omkostninger, mens de offentlige sygehuse har et mindre antal af sådanne forløb.

I ingen af de to grupper er der tegn på, at aftalesygehusene *creamer*. I gruppe 306 er ikke et eneste af de private patientforløb forbundet med så lave omkostninger som de knap 10 procent billigste offentlige patientforløb. I gruppe 309 begynder de offentlige og private sygehuses produktion ved samme lave omkostningsniveau, men aftalesygehusene har færre af de forventeligt lette patientforløb end de offentlige sygehuse.

Opsummeret er hovedbudskabet i de to grafer og tilsvarende grafer for de øvrige grupper, at aftalesygehusene koncentrerer deres aktivitet i hver af DRG- og DAGS-grupperne. De *creamer* sjældent de letteste patienter, men *dumper* til gengæld ofte de tungeste. Dette mønster resulterer nogle gange i, at de forventelige omkostninger på aftalesygehusene bliver lavere end på de offentlige sygehuse. Ofte resulterer det i det modsatte.

7.3.2 Aftalesygehusenes reelle takster taget i betragtning

Analysens resultater er hidtil blevet fremstillet ud fra en antagelse om, at sygehusene afregnes til DRG- eller DAGS-taksten. Hvis der er brud på antagelsen, kan det som beskrevet i kapitel seks betyde, at der er tegnet et skævt billede. For eksempel vil det ikke være udtryk for et selekteringsproblem, at aftalesygehusene har lavere forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse, hvis aftalesygehusenes afregningstakst ligger tilsvarende under DRG- eller DAGS-taksten. Omvendt kan der opstå en situation, hvor der faktisk *er* tale om et selekteringsproblem, selv om aftalesygehusene har højere forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse. Det vil være tilfældet, hvis aftalesygehusenes afregningstakst ligger så langt over DRG- eller DAGS-taksten, at den overkompenserer dem for deres tungere aktivitet. Spørgsmålet er nu, om aftalesygehusenes takster i de 22 grupper adskiller sig væsentligt fra DRG- og DAGS-taksterne, og om det medfører, at analysens hidtidige konklusioner må revurderes?

En gennemgang af de afregningstakster, som er aftalt for den udvidede fritvalgsordning i 2005, viser, at antagelsen om, at al aktivitet afregnes til DRG-/DAGS-taksten, kun holder for 6 ud af de 22 undersøgte DRG- og DAGS-grupper. Det er helt forventeligt, da Amtsrådsforeningens forhandlingsudvalg netop koncentrerer takstforhandlingerne om de behandlinger, hvor aftalesygehusene har størst aktivitet, mens de fastholder DRG- eller DAGS-taksten for de mindre hyppige behandlinger.

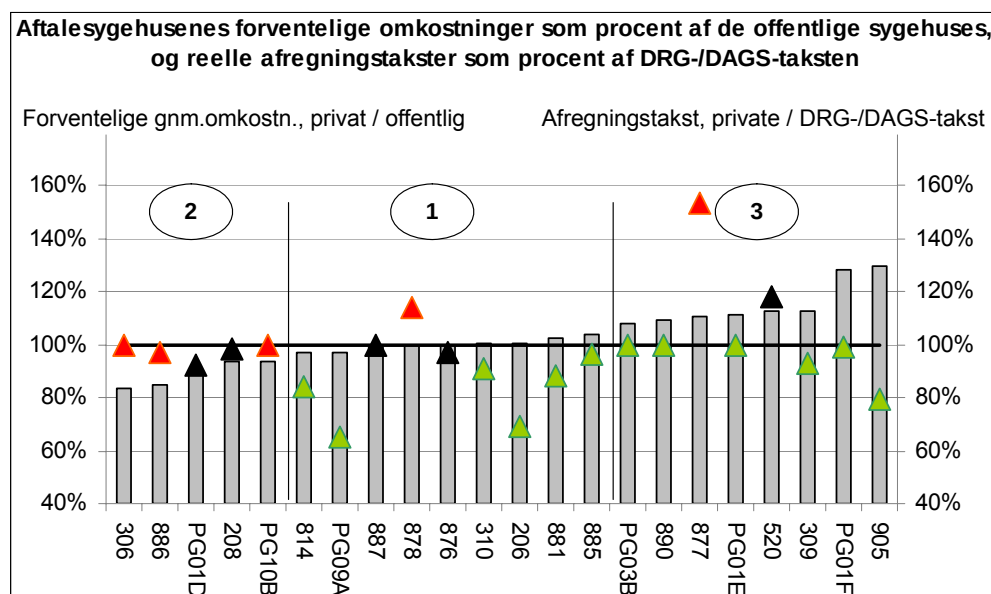
For 16 af grupperne gælder således, at i hvert fald en vis andel af aftalesygehusenes aktivitet afregnes til takster, der adskiller sig fra DRG- eller DAGS-taksten. Takstforhandlingerne mellem Amtsrådsforeningen og aftalesygehusene foregår på procedureniveau frem for DRG-/DAGS-gruppe-niveau, og der er derfor ofte tale om, at specifikke procedurer i en gruppe behæftes med særlige takster, mens DRG- eller DAGS-taksten fastholdes for de øvrige procedurer. Desuden afregnes aftalesygehusene ofte til to forskellige takster for de samme procedurer, alt efter om de er medlemmer af Sammenslutningen af Privathospitaler eller ej. Hovedparten af aftalesygehusene afregnes til de takster, som Amtsrådsforeningen melder ud, mens Sammenslutningen indgår i aktive forhandlinger og opnår en særskilt takst-aftale for sine 28 medlemmer.

Der er skabt et overblik over aftalesygehusenes reelle afregningstakster ved for hver af de udvalgte DRG- og DAGS-grupper at beregne gennemsnittet af de takstudbetalinger, som aftalesygehusene har modtaget fra januar til august 2005, som en andel af DRG- eller DAGS-taksten. Hvis for eksempel 25 procent af de procedurer, som aftalesygehusene har udført i en gruppe, er afregnet til 50 procent af DRG- eller DAGS-taksten, og de øvrige 75 procent er afregnet til den fulde DRG-/DAGS-takst, så svarer det til en gennemsnitlig afregningstakst i den pågældende gruppe på 87,5 procent af DRG-/DAGS-taksten.

I det tænkte eksempel *underkompenseres* aftalesygehusene for deres forventelige omkostninger, hvis disse ligger betydeligt over 87,5 procent af de forventelige omkostninger på de offentlige sygehuse. Hvis de forventelige omkostninger udgør omtrent 87,5 procent af de offentlige sygehuses forventelige omkostninger, så *kompenseres* aftalesygehusene til gengæld netop for deres lavere omkostninger, så der hverken kan siges at være tale om selektering eller den modsatte situation. Først hvis aftalesygehusenes forventelige omkostninger ligger væsentligt under 87,5 procent af de offentlige sygehuses forventelige omkostninger, vil der være tale om et selekteringsproblem. I en sådan situation vil aftalesygehusenes afregningstakst på 87,5 procent *overkompensere* dem i forhold til deres forventelige omkostningsniveau.

Analysens hidtidige resultater udfordres kun i begrænset omfang, når aftalesygehusenes reelle afregningstakster tages i betragtning. I det omfang resultaterne *bliver* udfordret, er det til gengæld i retning af en yderligere svækkelse af hypotesen om, at aftalesygehusene selekterer. Årsagen er, at aftalesygehusenes afregningstakster generelt set ligger lavere end DRG- og DAGS-taksterne, så sygehuse oftere underkompenseres end de overkompenseres i forhold til deres forventelige omkostningsniveau.

Figur 7.4 Aftalesygehusenes forventelige omkostninger og reelle afregningstakster



Noter:

- 1) Søjlerne, der viser aftalesygehusenes forventelige omkostninger som andel af de offentliges, og inddelingen i kategori 1, 2, og 3 herefter er kopi fra figur 7.3.
- 2) Trekanterne angiver aftalesygehusenes takster som procentdel af DRG-/DAGS-taksten. ▲ indikerer, at taksten overkompenserer aftalesygehusene for deres forventelige omkostninger, ▲, at taksten underkompenserer dem og ▲, at den netop kompenserer dem.

Kilde: Omkostningsdatabasen og DRG- og DAGS-datasættene, januar 2005 - august 2005

I Figur 7.4 angiver søjlerne, som er kopieret fra figur 7.3, aftalesygehusenes forventelige omkostninger som andel af de offentlige sygehuses forventelige omkostninger. Desuden angiver trekantsymbolerne aftalesygehusenes reelle takster som en andel af DRG- /DAGS-taksten. De sorte trekantsymboler indikerer, at de reelle takster netop kompenserer aftalesygehusene for deres forventelige omkostningsniveau. De røde indikerer, at taksterne overkompenserer dem, så der er tale om et selekteringsproblem, og de grønne, at taksterne underkompenserer dem.

I grafens første (midterste) kategori af DRG- og DAGS-grupper, hvor de forventelige omkostninger ved aftalesygehusenes og de offentlige sygehuses aktivitet er nogenlunde ens, kompenseres aftalesygehusene i to af grupperne (887, 876) netop for deres omkostninger som hidtil antaget. I en af grupperne (876) er taksten derimod så væsentligt over DRG-taksten, at aftalesygehusene overkompenseres i forhold til deres forventelige omkostninger, og desuden er taksten i hele *søks* af grupperne så væsentligt under DRG-/DAGS-taksten, at aftalesygehusene underkompenseres.

I den anden kategori af grupper, hvor de forventelige omkostninger ved aftalesygehusenes aktivitet ligger mere end 5 procent under de forventelige omkostninger ved de offentlige sygehuses aktivitet, overkompenseres aftalesygehusene i tre grupper (306, 886, PG10B) for deres forventelige omkostninger, hvorfor der som tidligere konkluderet er et selekteringsproblem i disse grupper. I de øvrige to grupper (PG01D, 208) opvejes sygehusenes lave forventelige omkostninger derimod af tilsvarende lave takster, så der ikke kan siges at være et selekteringsproblem.

I den tredje kategori, hvor aftalesygehusene har højere forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse, er der seks grupper, hvor aftalesygehusene underkompenseres mindst lige så meget som hidtil antaget. I en gruppe (520) kompenseres aftalesygehusene netop for deres højere forventelige omkostninger, og i en gruppe (877) kompenseres de så godt, at der er tale om et selekteringsproblem. Som det fremgår af grafen, er afregningstaksten i sidstnævnte gruppe betydeligt mere lukrativ end de øvrige. Det bunder i, at Amtsrådsforeningens forhandlingsudvalg opererede ud fra fejlagtige oplysninger om en betydeligt højere DRG-takst end den faktiske for den pågældende gruppe (email-korrespondance).

Opsummeret er der fem DRG- og DAGS-grupper, hvor aftalesygehusene overkompenseres for deres forventelige omkostninger, så et selekteringsproblem gør sig gældende, fem grupper, hvor de netop kompenseres, og hele tolv grupper, hvor de underkompenseres for deres forventelige omkostninger.

Som for ovenstående spørgsmål om størrelsen af de forventelige omkostninger kan man være i tvivl om, hvad resultatet betyder på tværs af de 22 grupper. Dækker det blot over, at aftalesygehusene accepterer en lavere takst for procedurer, hvor der kun er små beløb involveret, og hvor de alligevel har en begrænset aktivitet? En analyse af aftalesygehusenes reelle takstudbetalinger i forhold til DRG- og DAGS-taksten på tværs af de 22 grupper viser, at det ikke er tilfældet. De reelle takstudbetalinger lever ganske vist ikke op til den målsætning, som Amtsrådsforeningens forhandlingsudvalg havde om en gennemsnitlig besparelse på 10 procent i forhold til DRG-/DAGS-taksten. Men det er dog således, at aftalesygehusenes takstudbetaling i den undersøgte periode sammenlagt er 3,2 procent lavere, end den ville have været, hvis deres aktivitet havde været afregnet til DRG- og DAGS-taksterne i alle grupperne. Således må det konkluderes, at aftalesygehusenes aktivitet fra januar til august 2005 i de 22 grupper ikke blot er forbundet med forventelige omkostninger, som er en anelse højere, end hvis aftalesygehusenes aktivitetssammensætning i grupperne havde været magen til de offentlige sygehuses. De afregnes også for deres aktivitet til en takst, som gennemsnitligt er en anelse lavere end DRG-/DAGS-taksten.

7.4 Afhænger aftalesygehusenes adfærd af deres størrelse?

Analysens fjerde og sidste spørgsmål er, om aftalesygehusenes adfærd varierer med deres størrelse. I kapitel fem blev der opstillet en klar forventning om selektering fra de små aftalesygehuses side, mens der ikke syntes at være grundlag for en lige så klar forventning til de større aftalesygehuses adfærd. Der blev argumenteret for, at faktorer såsom ambitioner om at opnå en anerkendt position og større initiale investeringer i produktionsapparatet ville kunne få de større sygehuse til at acceptere en mere omkostningsfuld aktivitetssammensætning i DRG- og DAGS-grupperne. Samtidig blev der argumenteret for, at de også qua deres anerkendelse og eventuelle monopol på det private udbud af specielle

procedurer ville kunne satse på at opnå højere takster end de små aftalesygehuse i de årlige forhandlinger med Amtsrådsforeningen.

Som beskrevet i kapitel seks er spørgsmålet om størrelsesforskelle belyst ved en inddeling af aftalesygehuse efter, om de har mellem 0 og 15 sengepladser eller minimum 16 sengepladser til indlagte patienter. De særskilte analyser af disse to grupper viser, at selv for de små sygehuse savner hypotesen om selektering empirisk opbakning. Hverken de små eller større aftalesygehuse har lavere forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse på tværs af de 22 grupper.

Til trods for at analyseresultaterne ikke viser, at de små sygehuse selekterer, så er de dog et stykke ad vejen i overensstemmelse med forventningen. Det viser sig således, at de store aftalesygehuse *har* højere forventelige omkostninger i de undersøgte DRG- og DAGS-grupper end de små. De små aftalesygehuse har mere end 5 procent lavere forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse i otte af de undersøgte grupper og mere end 5 procent højere forventelige omkostninger i ti, mens de større sygehuse kun har lavere forventelige omkostninger i tre grupper og højere i hele fjorten. På tværs af de 22 grupper har de små aftalesygehuse 1,2 procent højere forventelige omkostninger end de ville have haft ved en aktivitetssammensætning svarende til de offentlige sygehuses, mens de større sygehuse har hele 3,3 procent højere omkostninger end de ville have haft under et sådant scenarium.

Ligeledes i overensstemmelse med forventningen viser det sig, at de større aftalesygehuse har haft en større styrke i takstforhandlingerne med Amtsrådsforeningen end de små aftalesygehuse. At de relativt set har højere forventelige omkostninger end de små vejes således rigeligt op af, at de også har højere takster. De mindre aftalesygehuses samlede takstudbetaling i de 22 grupper er 8,5 procent lavere, end den ville have været ved konsekvent afregning til DRG-/DAGS-taksten. De større aftalesygehuses takstudbetaling er derimod 0,9 procent højere, end den ville have været ved ren DRG-/DAGS-afregning.

7.5 Sammenfatning af analysens resultater

Sammenfattende kan det konkluderes, at analysen ikke giver opbakning til hypotesen om selektering fra aftalesygehuses side. I en del af de undersøgte DRG- og DAGS-grupper er graden af omkostningsvariation så lav, at en selekteringsstrategi synes umulig. Det viser sig dog også for de fleste af disse grupper, at de forventelige gennemsnitsomkostninger for aftalesygehuse og de offentlige sygehuse er næsten sammenfaldende. Blandt de øvrige grupper har aftalesygehuse væsentligt lavere forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse i fem grupper, mens situationen er lige omvendt i otte andre grupper. På tværs af de 22 grupper er aftalesygehuses forventelige omkostninger en anelse – 2,4 procent – højere, end de ville have været, hvis sygehuses aktivitetssammensætning i hver af grupperne havde været magen til de offentlige sygehuses sammensætning.

Sammenlignes de forventelige omkostninger med aftalesygehuses afregningstakster, så fremgår det, at aftalesygehuse overkompenseres for deres forventelige omkostninger i fem grupper, mens de lige netop kompenseres i fem grupper og underkompenseres i hele tolv grupper. Aftalesygehuses afregningstakster ligger generelt set en anelse under DRG-/DAGS-taksten, og således er deres samlede udbetaling i den undersøgte periode 3,2 procent lavere, end den ville have været ved en konsekvent afregning til DRG-/DAGS-taksten.

Mens de empiriske resultater afviger fra forventningen om selektering, bekræfter analysen til gengæld, at aftalesygehuse specialiserer sig inden for DRG- og DAGS-grupperne. Aftalesygehuse har en tendens til at *dumpe* de tunge patienter, hvorimod de ikke *creamer* de lette. Det samlede resultat heraf er så i nogle grupper, at deres gennemsnitlige forventelige omkostninger bliver lavere end de offentlige sygehuses; i flere grupper er resultatet det modsatte.

Forventningen om, at aftalesygehuses adfærd er relateret til deres størrelse, bakkes op i den empiriske analyse, selv om det hverken kan konkluderes, at små eller større sygehuse selekterer. Ved sær-

skilt beregning for hhv. de små og større aftalesygehuse (defineret efter, om de har minimum 16 sengepladser) viser det sig, at de små har betydeligt lavere forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse i otte af de undersøgte grupper og betydeligt højere forventelige omkostninger i ti, mens de større sygehuse kun har lavere forventelige omkostninger i tre grupper og højere i fjorten. Forskellen afspejler sig også i de forventelige omkostninger på tværs af grupperne. Hvor aftalesygehusene gennemsnitligt har 2,4 procent højere forventelige omkostninger, end de ville have haft ved en aktivitets-sammensætning i grupperne svarende til de offentlige sygehuses, er de tilsvarende procentsatser for hhv. de små og større aftalesygehuse 1,2 og 3,3. At de større aftalesygehuse har højere forventelige omkostninger inden for hver af DRG- og DAGS-grupperne end de små, opvejes til gengæld rigeligt af, at de også har højere takster. De mindre aftalesygehuses samlede takstudbetaling i de 22 grupper er 8,5 procent lavere end den ville have været ved afregning til DRG-/DAGS-taksten. Takstudbetalingen for de større sygehuse er derimod 0,9 procent højere, end den ville have været ved en ren DRG-/DAGS-afregning.

8. Diskussion

Skåret ind til benet er foregående kapitels analyseresultater i uoverensstemmelse med de opstillede forventninger. Ganske vist bekræfter analysen, at aftalesygehusenes produktion inden for hver af DRG- og DAGS-grupperne er mere specialiseret end de offentlige sygehuses produktion. Ligeledes bekræfter den, at aftalesygehusenes adfærd er relateret til deres størrelse, således at de større sygehuse har en anelse højere forventelige omkostninger end de små sygehuse, mens de til gengæld også forhandler sig frem til en bedre compensation. På det helt centrale spørgsmål om, hvorvidt aftalesygehusene selekterer svarer analysens resultater til gengæld ikke til forventningerne. Både de små og især de større aftalesygehuse har højere, snarere end lavere, forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse på tværs af de 22 grupper. De større aftalesygehuse kompenseres delvist, men ikke helt af, at deres afregningstakster også ligger en anelse over DRG- og DAGS-taksterne, mens de små aftalesygehuse slet ikke kompenseres.

De overraskende analyseresultater giver anledning til diskussion på flere niveauer. For det første fordrer de en revurdering af den anvendte metode og en præcisering af resultaternes validitet og begrænsninger.

For det andet giver analyseresultaterne – i den udstrækning, de vurderes at være valide – anledning til en nærmere diskussion af rapportens teoretiske ramme, som den er dannet i syntese mellem Julian Le Grand og Gary J. Miller. Uoverensstemmelsen mellem de teoretiske forventninger og empiriske resultater sætter spørgsmålstejn ved rammens styrke, og spørgsmålet er nu, om hele rammen bør betvivles, eller om der kan udpeges elementer, som i lyset af de empiriske resultater synes mere lovende og væsentlige end andre.

Endelig giver analyseresultaterne anledning til refleksion over det spørgsmål, som i første omgang motiverede rapporten: spørgsmålet om, hvad perspektiverne er for takstfinansiering og konkurrence som styringsinstrumenter i sygehussektoren. Analysens resultater giver ny indsigt i styringsinstrumenternes konsekvenser for ligheden i patienternes behandlingsadgang. Dermed kan rapporten bidrage til at vejlede den videre udvikling af den udvidede fritvalgsordning, ligesom det kan kvalificere den mere generelle debat om anvendelsen af takstfinansiering og konkurrence som styringsinstrumenter i sygehussektoren.

8.1 Analysens validitet og begrænsninger

Der argumenteres i kapitel seks for den valgte analysemetodes hensigtsmæssighed og validitet. Alligevel er det oplagt endnu engang at reflektere over, om de overraskende analyseresultater er konsekvensen af metodiske mangler snarere end en refleksion af empiriske realiteter. To kritikpunkter skal fremhæves i forhold til analysens validitet og to i forhold til dens generaliserbarhed.

Det første kritikpunkt i forhold til analysens validitet er, at den baserer sig på Omkostningsdatabasen, som er forbundet med en betydelig usikkerhed. Databasen forudsætter, at sygehusene har et detaljeret overblik over økonomien i deres produktion, men som tidligere nævnt er økonomistyringssystemer og opgørelsesmetoder til at skabe et sådant overblik imidlertid ikke fuldt ud implementerede. Det betyder, at kvaliteten af data kan forventes at blive forbedret over tid efterhånden som sygehusenes økonomistyring udvikles. Det vil således være interessant at gentage analysen om nogle år og undersøge, om resultaterne kan verificeres på grundlag af forbedrede opgørelser. Trods et klart forbedringspotentiale må det samtidig fastholdes, at Omkostningsdatabasen udgør et datagrundlag, som set i et internationalt perspektiv er stærkt og unikt. Undersøgellesgrundlaget vurderes således både at

være det bedst tilgængelige på nuværende tidspunkt og at rumme et fremtidigt potentiale, som bør udnyttes til senere analyse.

Det andet kritikpunkt vedrører den metode, som er valgt til at måle variationen i de forventelige omkostninger inden for DRG- og DAGS-grupperne. Analysen beror på en antagelse om, at valget af procedure er en primær forklaringsfaktor i forhold til de omkostninger, som må påregnes ved det enkelte patientforløb. Antagelsen synes plausibel, men det kan ikke udelukkes, at en betydelig del af variationen i de forventelige omkostninger knytter sig til andre faktorer. I det omfang, det er tilfældet, indfanges variationen ikke i analysen. Det kan i yderste tilfælde betyde, at aftalesygehuse reelt kan følge en selekteringsstrategi, uden at det afspejler sig i analysens resultater.

En faktor, som kan forventes at forklare en del af omkostningsvariationen inden for DRG- og DAGS-grupperne, og som kun i nogen udstrækning samvarierer med procedurevalg, er karakteren af patienternes præoperative almentilstand. Som tidligere nævnt kan patienternes almentilstand opgøres ved en såkaldt ASA-score på en skala fra 1 (rask patient) til 5 (patienten overlever formodentlig ikke). ASA-scorer indgår imidlertid ikke i LPR, hvorfor det har været umuligt at tage højde for faktoren i analysen. Det kan således hverken udelukkes eller påvises, at aftalesygehuses ret til at indskrænke udbuddet til patienter med lavere ASA-scorer anvendes som en selekteringsmetode, der ikke indfanges i analysen. ASA-scorer indgår i enkelte specifikke databaser som for eksempel karbasen på det karkirurgiske område. I det omfang, aftalesygehuse indberetter til sådanne specifikke databaser, eller patienternes almentilstand kommer til at indgå i LPR, vil det være interessant at inkludere faktoren i en fremtidig analyse. Øvrige faktorer, som kan have forklaringskraft i forhold til de forventelige omkostninger ved et patientforløb, og som det derfor kan overvejes at lade indgå, inkluderer patienternes alder og socioøkonomiske status.

Ovenstående to kritikpunkter indikerer, at analysen bør gentages, når kvaliteten af Omkostningsdatabasen er øget og der – om muligt – kan kontrolleres for især patienternes præoperative tilstand. Kritikpunkterne betyder, at analysens resultater skal opfattes som foreløbige og vejledende, men derimod ikke at de bør afvises eller ignoreres. Til gengæld er det vigtigt, at de begrænsninger, som der er i forhold til resultaternes generaliserbarhed, respekteres.

Den ene begrænsning relaterer sig til, at de 22 undersøgte grupper ikke er en tilfældigt udvalgt stikprøve, hvorfor resultaterne hverken kan generaliseres på tværs af tid eller uden for de specifikke grupper. Kun ca. 15 procent af aftalesygehuses aktivitet i perioden er inkluderet i analysen, og det kan ikke afvises med en kendt sandsynlighed, at konklusionen ville have været en anden ved inklusion af alle DRG- og DAGS-grupper med aktivitet under den udvidede fritvalgsordning. Det vil styrke resultaterne, hvis fremtidig forskning kan verificere dem ved analyse af enten en tilfældigt udvalgt stikprøve eller den samlede aktivitet under den udvidede fritvalgsordning i en given periode. Efterhånden som aftalesygehuse har indberettet til LPR over en længere periode, vil datagrundlaget blive tilstrækkeligt stort til, at én af disse strategier vil kunne følges frem for den valgte, hvor grupperne er inkluderet i analysen efter et hovedkriterium om privat aktivitet af et vist omfang.

Den anden begrænsning relaterer sig til det grundlæggende perspektiv, som er valgt for den empiriske analyse. Analysen er skarpt afgrænset til spørgsmålet om selektering funderet i omkostningsvariation *inden* for DRG- og DAGS-grupperne. Som tidligere beskrevet adskiller aktiviteten på aftalesygehuse sig dog væsentligt fra aktiviteten på de offentlige sygehuse, hvis perspektivet udvides. Den generelle prioritering af kirurgiske patienter kan opfattes som en form for selekteringsstrategi, og desuden betyder fraværet af akutte patienter, at aftalesygehuse har ganske anderledes produktionsvilkår end de offentlige sygehuse. Resultaterne af den empiriske analyse implicerer således ikke nødvendigvis, at aftalesygehuse i et bredere perspektiv trækker et tungere læs end de offentlige sygehuse. De betyder til gengæld, at en ofte fremsat kritik om selektering inden for DRG- og DAGS-grupperne foreløbigt kan tilbagevises som empirisk ubegrundet.

8.2 Den teoretiske rammes forklaringskraft i lyset af de empiriske resultater

Analysens resultater er tankevækkende, selv når der tages hensyn til ovenstående begrænsninger for deres fortolkning. Resultaterne er i uoverensstemmelse med den teoretiske ramme, der blev dannet som en syntese mellem Julian Le Grand og Gary J. Miller, og de kalder dermed på en revurdering af rammen. Ligeledes giver de anledning til en refleksion over, om principal-agent-teoriens forskrifter er mere holdbare end hidtil antaget.

8.2.1 Revurdering af principal-agent-teorien

I kapitel tre beskrives takstfinansiering og konkurrence i principal-agent-teoriens optik som en form for *målestokskonkurrence*, der skal kunne løse de grundlæggende problemer med *adverse selection* og *moral hazard* i sygehussektoren. I samme kapitel fremhæves dog en række væsentlige kritikpunkter i forhold til målestokskonkurrencens rationale. Det påpeges, at incitamentsstrukturerne kan undermineres som følge af koordinationsproblemer ved specialiseret teamproduktion eller principalens opportunistiske manipulation af strukturerne. Desuden konkluderes det, at uanset om disse to problemer håndteres, så er principal-agent-teoriens målestokskonkurrence alligevel en utilstrækkelig løsning på sygehussektorens interessekonflikter og motivationsproblemer.

Kritikkens omdrejningspunkt er, at DRG-systemet aldrig kan indrettes som en *vandtæt* målestok, der er entydig, præcis og i fuldkommen overensstemmelse med principalens præferencer. Uanset hvor mange ressourcer, der anvendes på finjustering af incitamentsstrukturerne, kan principal-agent-teoriens forskrifter aldrig bekæmpe den grundlæggende informationsasymmetri og gøre systemet tilstrækkeligt finmasket. Forskelle i patienternes omkostningstyngde vil aldrig kunne reflekteres fuldstændigt i afregningstaksterne, og sygehuse og læger vil således have rum for opportunistisk adfærd. I denne situation kommer principal-agent-teorien til kort. Målestokskonkurrencen er konstrueret ud fra en præmis om aktørernes grundlæggende præferencer for egennytteoptimering, og der er således intet, som afholder sygehusene og lægerne fra at handle utilsigtet, hvis incitamentsstrukturernes indretning er uhensigtsmæssig. Konsekvensen kan blive ulighed i patienternes adgang til behandling. Så markant fremsættes kritikken af principal-agent-teoriens tekniske løsningsforskrifter i kapitel tre. Spørgsmålet er nu, om kritikken kan fastholdes i lyset af de empiriske resultater? Svaret er bekræftende, om end ikke fuldkommen entydigt.

Analyseresultaterne viser, at halvdelen af de 22 undersøgte DRG- og DAGS-grupper har så lave variationskoefficienter, at incitamentsstrukturerne faktisk må opfattes som teknisk set vandtætte. De meget homogene grupper synes at kunne danne grundlag for et takstsystem, der belønner sygehuse og læger for deres aktivitet uden samtidig at åbne mulighed for selekteringsstrategier. I tråd hermed viser analysen, at de forventelige omkostninger på offentlige og private sygehuse i alle undtagen to af grupperne er stort set ens. Principal-agent-teoriens forskrifter virker således fuldstændigt efter hensigten.

Den anden halvdel af grupperne er til gengæld udtryk for den modsatte situation, hvor den interne omkostningsvariation er så betydelig, at der synes at være rigeligt rum for selektering. I disse grupper er den tekniske finjustering af incitamentsstrukturerne utilstrækkelig, og principal-agent-teoriens mangler udstilles. Ud fra teorien må de private sygehuse og læger forventes at ville udnytte selekteringsmuligheden, som incitamentsstrukturerne skaber. Analyseresultaterne indikerer dog, at de kun i ganske begrænset omfang gør det. Der er tegn på, at aftalesygehusene selekterer i fem af grupperne med høj variationskoefficient, mens de omvendt har *højere* forventelige omkostninger end de offentlige sygehuse i otte grupper. De empiriske fund indikerer en dobbelt svaghed ved principal-agent-teorien. På den ene side er den ude af stand til at forklare, at selektering forekommer så sjældent, når DRG-systemets incitamentsstruktur direkte opfordrer opportunistiske agenter til at følge strategien. På den anden side mangler den et bud på en løsningsmodel i de få tilfælde, hvor incitamentsstrukturer

rernes mangelfuldhed faktisk medfører et selekteringsproblem. Opsummerende kan det således konkluderes, at selv om principal-agent-teoriens tekniske løsning synes at virke i cirka halvdelen af de undersøgte grupper, så illustreres teoriens svaghed ved situationen i den anden halvdel af grupperne.

8.2.2 *Revurdering og dekonstruktion af robuste incitamentsstrukturer*

De empiriske resultater bekræfter utilstrækkeligheden af principal-agent-teoriens løsningsmodel, der har agenternes opportunisme som omdrejningspunkt og fokuserer på teknisk manipulation af incitamentsstrukturerne. Dermed bekræfter de også behovet for en alternativ forståelsesramme. Samtidig står det dog klart, at begrebet *robuste incitamentsstrukturer*, som det er udviklet i kapitel fire i syntese mellem Julian Le Grand og Gary J. Miller, ikke umiddelbart opfylder behovet for en sådan. Netop synteserammen danner grundlag for den betragtning om manglende robusthed af aftalesygehusenes incitamentsstrukturer, som ligger bag hypotesen om selektering. At analyseresultaterne ikke kan bekræfte forventningerne indikerer, at incitamentsstrukturerne alligevel er mere robuste end de blev vurderet ud fra rammen.

Spørgsmålet er da, hvad robustheden bundet i? En dekonstruktion af det hidtil anvendte syntesebegreb leder frem til en opmærksomhed på, at nogle elementer i den teoretiske ramme stemmer betydeligt bedre overens med de empiriske resultater end andre. Mere specifikt tegner der sig et billede af, at robusthed relaterer sig til faktorer som tillid og troværdighed i højere grad end til incitamentsstrukturernes eksakte styrkeforhold. Gary J. Miller synes således at yde et stærkere bidrag til en forståelse af, hvad der motiverer sygehussektorens agenter hensigtsmæssigt, end Julian Le Grand. Nedenstående tilbageblik på de offentlige og private sygehuses incitamentsstrukturer i lyset af de enkelte elementer i robusthedsdefinitionen anskueliggør denne vurdering.

Incitamentsstrukturernes robusthed, som hidtil defineret af synteseforståelsen, afhænger af tre hovedkriterier. Det første kriterium vedrører incitamentsstrukturernes absolutte og relative styrkeforhold, det anden kriterium graden af tillid og koordination mellem de gensidigt afhængige agenter, som berøres af incitamentsstrukturernes og det tredje kriterium strukturernes troværdighed.

Det er det første kriterium, som kan tilskrives Le Grand, der leder til den samlede bedømmelse af, at aftalesygehusenes incitamentsstrukturer afviger fra at være robuste. Kriteriet indebærer som beskrevet i kapitel fire, at økonomiske incitamenter hverken må være for svage, for kraftige eller skævvridende, hvis de skal kunne motivere sygehussektorens agenter til en optimal adfærd. Le Grand kritiserer principal-agent-teorien for en illusion om *vandtætte* incitamentsstrukturer, men faktisk udmunder hans egen definition af robusthed i lige så store krav til strukturernes teknisk præcise design. Tilrettelæggelsen af robuste incitamentsstrukturer som defineret af Le Grand bliver således en svær balanceakt, hvor målet er at tale til egeninteressen og den professionelle etik i netop det eksakte blandingsforhold, der motiverer alle agenter uanset deres initiale præferencer. Som beskrevet i kapitel fem er de offentlige sygehuses incitamentsstrukturer relativt svage ud fra dette perspektiv. Karakteristikken er den omvendte for de private sygehuse, hvor de økonomiske incitamenter er betydeligt kraftigere og også retter sig mere direkte imod lægernes privatøkonomi.

Styrken af de økonomiske incitamenter på de offentlige og private sygehuse, og den betydelige diskrepans imellem dem, er hovedkilden bag hypotesen om selektering fra aftalesygehusenes side. Uoverensstemmelsen mellem forventningerne og de empiriske fund indikerer, at kriteriet nok er blevet tillagt for stor vægt i vurderingen af incitamentsstrukturernes robusthed. Manglende præcision i økonomiske incitamenters absolutte og relative styrkeforhold synes således ikke nødvendigvis at være ødelæggende for systemets samlede robusthed og skævvridende for aktørernes adfærd. Denne pointe betyder ikke, at balancering af incitamentsstrukturer er fuldkommen irrelevant, men at spørgsmålet om balance skal opfattes langt mindre rigtigt end det blev udledt af Le Grands definition af robusthed. Robusthed synes således at være et langt mindre teknisk begreb end som så, og manglende præcisi-

on i takstsystemet behøver ikke være ensbetydende med ulighed i patienternes behandlingsadgang. Den praktiske implikation er, at man ikke bør forlade sig på konstante teknokratiske finjusteringer af DRG-systemet og aftalesygehusenes takstftaler som nøglen til en robust fritvalgsordning.

Betragtes de øvrige to kriterier i synteseforståelsen af robusthed isoleret set, så leder de i modsætning til det første kriterium til en vurdering af, at aftalesygehusenes incitamentsstrukturer *er* robuste. Disse kriterier, som begge stammer fra Miller, er således i fuld overensstemmelse med den empiriske konklusion om, at der ikke kan påvises et selekteringsproblem.

Det ene af de to kriterier fremhæver, som beskrevet i kapitel fire, at sygehussektorens incitamentsstrukturer kun kan opnå robusthed, hvis de understøttes af tillidsrelationer og sociale normer om reciprocitet mellem de agenter, som incitamentene retter sig imod. Årsagen er, at agenterne ellers vil være fanget i et kollektivt handlingsproblem, hvor de forpasser muligheden for at reagere på de økonomiske incitament, fordi de hver især forsøger at lukrere på hinandens indsats. Faktorer, som øger sandsynligheden for, at agenterne kan udvikle en samarbejdsrelation til gensidig fordel, inkluderer en lang tidshorisont for agenternes interaktion, et begrænset antal medlemmer i gruppen, og en kontinuerlig opbygning af samarbejdsorienterede forventninger.

Ud fra dette kriterium alene må aftalesygehusenes incitamentsstrukturer vurderes som mere robuste end de offentlige sygehuse. En lang tidshorisont skaber ganske vist rammebetingelserne for opbygning af samarbejdsrelationer på de offentlige sygehuse, men som beskrevet i kapitel fem er der andre faktorer, der kan virke hæmmende. Disse tæller blandt andet størrelsen af de offentlige sygehuse, kompleksiteten af deres produktion og ikke mindst deres akutfunktion, som vanskeliggør koordination og planlægning. Selv om den bagudrettede tidshorisont er væsentligt kortere på de fleste af aftalesygehusene end på de offentlige sygehuse, kan de meget vel have en fremadrettet tidshorisont, der er lige så lang. Desuden spiller øvrige faktorer positivt ind på aftalesygehusenes betingelser for at opbygge de nødvendige tillidsforhold og samarbejdsrelationer. Aftalesygehusene er langt mindre organisationer end de offentlige sygehuse, og aktiviteten er betydeligt mindre kompleks, både fordi aftalesygehusene kan sammensætte deres udbud, som de ønsker, og fordi de undgår de logistikproblemer, som relaterer sig til behandlingen af akutte patienter.

Konklusionen er endnu mere markant, når incitamentsstrukturernes robusthed vurderes ud fra Millers andet kriterium om, at principalen må skabe troværdighed om strukturerne ved at stække sig selv fra opportunistisk indgriben og binde sig til en gensidig samarbejdskultur. Introduktionen af takstfinansiering på de offentlige sygehuse kan forstås som et forsøg på at skabe troværdige incitamentsstrukturer, men politikernes mulighed for at justere produktions- og budgetbetingelserne er kontinuerligt til stede som et vilkår, der reducerer strukturernes troværdighed. Incitamentsstrukturernes på de private sygehuse har derimod en helt anden troværdighed, hvilket bunder i klare og faste budgetbegrænsninger og lovbundne rammebetingelser.

Opsummerende kan aftalesygehusenes incitamentsstrukturer karakteriseres som robuste, hvis der ses bort fra den eksakte styrke af de økonomiske incitament og fokuseres mere på graden af tillid og troværdighed, de er omgærdet med. De empiriske resultater illustrerer, at denne - mindre tekniske - forståelse af robusthed har styrke. Det centrale middel til at undgå selektering synes ikke at være konstruktionen af det helt perfekte incitamentssystem gennem kontinuerlige tekniske finjusteringer. Det centrale middel synes at være en respekt for behovet for troværdige incitamentsstrukturer og tillidsopbygning i konstruktionen af de rammer, som sygehusene tilbydes at operere under.

8.3 Perspektiver for takstfinansiering og konkurrence i sygehussektoren

Det er en udbredt forestilling, at styringsinstrumenter som takstfinansiering og konkurrence kan øge effektiviteten og responsiviteten i leveringen af offentlige serviceydelser såsom hospitalsydelser. Lige så udbredt er bekymringen for, at de mindsker ligheden i patienternes adgang til behandling. Som

indikeret i indledningen er rapporten motiveret af et ønske om at undersøge styringsinstrumenternes potentiale og begrænsninger nærmere for at kunne bidrage til - og forhåbentlig kvalificere - debatten om deres anvendelse. Fokus er på bekymringen for, at styringsinstrumenterne, som følge af deres manglende vandtæthed, giver anledning til selekteringsstrategier og øget ulighed. Bekymringen er teoretisk velfunderet og næres desuden af udenlandske undersøgelses empiriske påvisninger af selekteringsstrategier. Selektierungsproblematikken er dog ikke hidtil blevet udsat for egentlig undersøgelse i en dansk kontekst, og generelt set må den siges at være empirisk underbelyst.

I denne kontekst er analysens resultater yderst interessante. Genstanden for analysen - den udvidede fritvalgsordning - er valgt, fordi netop denne ordning er udtryk for den mest rendyrkede implementering af principperne om takstfinansiering og konkurrence i den danske sygehussektor. Den overraskende konklusion på analysen er, at selv i en sådan *idealsituation* savner hypotesen om selektion bekræftelse. Konklusionen kaster nyt lys over perspektiverne for takstfinansiering og konkurrence som styringsinstrumenter - både i forbindelse med den udvidede fritvalgsordning og mere generelt i sygehussektoren.

8.3.1 Perspektiver for den udvidede fritvalgsordning

Helt konkret sætter analysen spørgsmålstegn ved et af de stærkeste kritikpunkter, der er rejst af den udvidede fritvalgsordning. Ved sin manglende bekræftelse af hypotesen om aftalesygehusenes selektion svækker den kritikernes argument om, at ordningen mindsker ligheden i patienternes behandlingsadgang. Alt andet lige bidrager analysen således positivt til en vurdering af den udvidede fritvalgsordning, som den fungerer i sin nuværende form.

Inden der drages alt for skarpe konklusioner om ordningens fortræffeligheder, må det fremhæves, at analysen jo udelukkende er foretaget med fokus på selektierungsproblematikken. Af de tre kriterier om effektivitet, responsivitet og lighed, som blev opstillet med Boyne et al. i indledningen, er kun det sidstnævnte kriterium behandlet dybdegående, mens de øvrige blot er berørt kursorisk. Analysen afdækker hverken eksistensen eller det eventuelle omfang af effektivitets- og responsivitetseffekter i forbindelse med den udvidede fritvalgsordning. Ganske vist må det vurderes, at aftalesygehusenes incitamentsstrukturer i et vist omfang bør kunne understøtte alle tre kriterier samtidigt, hvis de har den robusthed, som de empiriske resultater og Millers kriterier peger på. Det er imidlertid vigtigt at fastholde, at analysen ikke giver empirisk belæg for en endelig konklusion om, at de faktisk også gør det. Desuden må man holde sig for øje, at selv hvis analysen havde afdækket den udvidede fritvalgsordnings effekter i forhold til alle tre kriterier om effektivitet, responsivitet og lighed, så ville den endelige evaluering af ordningen stadig bero på en indbyrdes afvejning af de tre kriteriers væsentlighed - en afvejning, som i sidste ende ville være politisk.

Trods dette forbehold må det i sidste ende fastholdes, at analysen bidrager til en positiv vurdering af den udvidede fritvalgsordning. Den indikerer dog også, at inddragelsen af aftalesygehuse i den offentlige opgaveløsning fungerer udmærket, *ikke* fordi ordningens incitamentsstrukturer er perfekte og teknisk set vandtætte, men snarere fordi, de implementeres under de rette tillidsforhold og med tilstrækkelig troværdighed. Dermed peger analysen på, at der ikke er uanede udvidelsesmuligheder for ordningens omfang, hvis den positive vurdering skal kunne fastholdes fremover.

Et scenarium for en udvidelse af den udvidede fritvalgsordning er, at aftalesygehuse indtager en væsentligt større andel af markedet for offentligt finansierede sygehusydelser end i dag uden egentligt at ændre på karakteren af deres produktion eller funktion. På den ene side er der ingen grund til at tro, at det pludselig vil foranledige dem til at selekttere i højere grad end i dag. På den anden side er scenariet alligevel problematisk. Hvis aftalesygehuse fastholder fraværet af en akutfunktion, prioriteringen af kirurgiske patienter over medicinske og af nogle specifikke procedurer over andre, så vil presset på det offentlige sygehusvæsen alt andet lige øges i takt med en forøgelse af aftalesygehuse-

nes aktivitet. Tunge, uforudsigelige og akutte patientforløb vil komme til at udgøre en endnu større andel af de offentlige sygehuses aktivitet end i dag, og det vil øge risikoen for koordinations-, tillids- og dermed motivationsproblemer i det offentlige system.

Et andet vækstscenarium for den udvidede fritvalgsordning er, at diversiteten og kompleksiteten af aftalesygehusenes produktion forøges i takt med sygehusenes andel i markedet for offentligt finansierede sygehusydelser. Teoretisk set kan aftalesygehusene lige så vel som de offentlige sygehuse varetage behandlingen af tunge, uforudsigelige og akutte patienter, og hvis de i stigende grad begynder at gøre det, så kan den udvidede fritvalgsordning - selv ved en betydelig forøgelse af dens omfang - undgå at blive egentligt kompromitterende for opgavevaretagelsen på de offentlige sygehuse. Til gengæld må der sættes kraftigt spørgsmålstegn ved, om den positive vurdering af aftalesygehusenes opgavevaretagelse vil kunne fastholdes under et sådant scenarium? Aftalesygehusenes ringe størrelse, relativt ukomplekse og forudsigelige produktion og troværdige rammebetingelser er netop blevet fremhævet som hovedfaktorer bag robustheden af deres incitamentsstrukturer. Det er yderst sandsynligt, at robustheden vil mindskes, hvis aftalesygehusene fortsætter med at fungere under fuld takstfinansiering, men samtidig udvikler en produktion og organisation, der er lige så kompleks som de offentlige sygehuses. Man kan således forestille sig, at interne tillids- og koordinationsproblemer og frustration over stålfaste takstaftaler i en situation med uforudsigelige omkostninger vil kunne føre til reaktioner på aftalesygehusene spændende fra demotiveret inaktivitet til opportunistiske selekteringsstrategier. Hvis først robustheden af aftalesygehusenes incitamentsstrukturer kompromitteres, er den tekniske garant imod selektering som bekendt utilstrækkelig.

8.3.2 Perspektiver for takstfinansiering og konkurrence i sygehussektoren

Ovenstående betragtninger relateret til den udvidede fritvalgsordning går igen i en mere generel vurdering af perspektiverne for takstfinansiering og konkurrence i sygehussektoren. Der tegner sig en generel konklusion om, at styringsinstrumenterne må forventes at kunne anvendes, også uden at det nødvendigvis går ud over ligheden i patienternes behandlingsadgang. Samtidigt tegner der sig et billede af, at instrumenterne ikke er universalmidler, men at deres potentiale er dybt afhængig af den kontekst, de implementeres i og måden, de implementeres på. Mere specifikt er det afgørende, at de implementeres, så Millers to kriterier for robuste incitamentsstrukturer opfyldes. Dette er ikke nødvendigvis lige let på tværs af hele sygehussektoren og for alle ydelser. Ligesom der er begrænsninger for, hvor meget omfanget af den udvidede fritvalgsordning kan øges, således synes der også at være begrænsninger for takstfinansiering og konkurrence mere generelt i sygehussektoren.

Millers første kriterium indikerer, at takstfinansiering og konkurrence kun kan fungere, hvis der er en tilstrækkelig grad af tillid og koordination i de organisationer, som styringsinstrumenterne retter sig imod. Det kan være yderst svært at opfylde disse forudsætninger i sygehussektoren. Således er det tidligere beskrevet, hvordan faktorer såsom høj kompleksitet, lav forudsigelighed og et stort antal gensidigt afhængige aktører systematisk kan modarbejde tillidsopbygning og koordination på sygehuse. Den grundlæggende karakter af sygehusydelser betyder samtidigt, at en væsentlig andel af sygehusproduktionen altid vil være karakteriseret ved netop disse faktorer. Under sådanne forhold risikerer styringsinstrumenternes effekt at blive stik imod den tilsigtede. Implementeres instrumenterne i deres fulde udtrækning kan de således forøge, snarere end mindske, sygehusenes problemer med at skabe den gensidige samarbejdskultur og interne koordinering, som er nødvendig for aktørernes motivation. Uanset, om takstfinansiering og konkurrence er nok så gode styringsinstrumenter i forbindelse med den udvidede fritvalgsordning, må de således forventes at være mindre egnede, når der - som oftest i sygehussektoren - er tale om ydelser af langt større kompleksitet og uforudsigelighed end under ordningen. Det synes kun at være ved veldefinerede og mindre komplekse ydelser, at takstfinansiering og konkurrence kan implementeres i deres fulde udstrækning uden at få negative følgevirkninger. Ved

mere komplekse ydelser må de anvendes i et mere begrænset omfang under hensyntagen til de udfordringer, som sygehusene har med hensyn til intern koordination og tillidsopbygning.

Millers andet kriterium påpeger, at styringsinstrumenterne kun kan fungere, hvis incitamentsstrukturerne forbundet med disse opfattes som troværdige af de sygehuse, afdelinger og læger, som strukturerne retter sig imod. Som tidligere påpeget kan også dette kriterium være svært at opfylde på tværs af hele sygehussektoren. Takstfinansiering og konkurrence er i sig selv tænkt som instrumenter, der skal øge troværdigheden af sygehussektorens incitamentsstrukturer, men på de offentlige sygehuse risikerer troværdigheden let at blive undermineret. Så længe de politiske ejere af sygehusene fastholder en åben adgang til at gribe ind og kontinuerligt ændre på produktions- og budgetbetingelserne, så vil det hæmme effekten af styringsinstrumenterne. Hvis potentialet ved takstfinansiering og konkurrence skal udnyttes, må politikerne således være villige til at afgive en del af deres styringsmæssige fleksibilitet for at sikre den nødvendige troværdighed.

Behovet for troværdighed har også implikationer for, hvordan selve takstsystemet bag takstfinansiering og konkurrence bør konstrueres og vedligeholdes. Som tidligere påpeget er det usandsynligt, at kontinuerlige finjusteringer af takstsystemet vil kunne lede til teknisk perfekte incitamentsstrukturer. Samtidig risikerer sådanne justeringer i værste fald at underminere troværdigheden af de incitamentsstrukturer, som søges etableret. Tilsammen betyder disse forhold, at en strategi med fokus på teknisk perfektion ikke kan forventes at lede til succesfuld implementering af styringsinstrumenterne. I det lys er det opløftende, at strategien heller ikke synes nødvendig. Rapportens analyse indikerer, at det er afgørende for en succesfuld implementering af takstfinansiering og konkurrence, om styringsinstrumenterne er omgærdet med tilstrækkelig troværdighed og understøttes af interne tillidsrelationer. Samtidig antyder den, at det er underordnet, om de økonomiske incitamentsstrukturer er fuldstændigt vandtætte i teknisk forstand. Styringsinstrumenterne synes således at kunne være i stand til at motivere sygehussektorens aktører hensigtsmæssigt, selv om de i praksis afviger markant fra den perfekte målestokskonkurrence. Understøttet af den nødvendige troværdighed og tillid tyder det på, at de kan bidrage til forbedringer i sygehussektorens effektivitet og responsivitet, uden at det bliver på bekostning af ligheden i patienternes behandlingsadgang.

9. Konklusion

New Public Management-inspirerede styringsinstrumenter som takstfinansiering og konkurrence vinder indpas i sygehussektoren i disse år. Generelt implementeres de i modereret form, men i forbindelse med den udvidede fritvalgsordning fra 2002 anvendes de med fuld styrke. Ordningen introducerer en række helt nye aktører - de private aftalesygehuse - som opererer under fuld takstfinansiering og på markedets konkurrencevilkår.

De nye styringsinstrumenter kan siges at etablere en *målestokskonkurrence*, hvor sygehusene konkurrerer imod samme målestok, nemlig den DRG-/DAGS-baserede afregningstakst. Rationalet bag en sådan konkurrence er i en principal-agent-teoretisk optik, at den nedbryder sygehussektorens informationsasymmetri og manipulerer incitamentsstrukturen, så sygehusene agerer i fuld overensstemmelse med de politiske målsætninger. Styringsinstrumenterne og mere specifikt den udvidede fritvalgsordning skal således kunne øge sygehussektorens responsivitet og effektivitet.

Kritikere fremhæver, at det er et empirisk spørgsmål, om sådanne målsætninger opfyldes. Desuden påpeger de, at styringsinstrumenternes bagside er en øget ulighed i patienternes behandlingsadgang. Argumentet er, at takstsystemet aldrig vil kunne tage fuldstændigt højde for variationen i patienternes omkostningstygde, men at der vil kunne være omkostningsvariation både mellem og internt i DRG/DAGS-grupperne, som afregningstaksterne ikke afspejler. Konsekvensen er en skævvredet målestokskonkurrence, hvor sygehusene ikke anspores til at producere optimalt, men til at selekttere de patienter, som afregnes mest lukrativt. Principal-agent-teorien står magtesløs over for en sådan situation, hvor vandtætte incitamentsstrukturer viser sig at være en illusion.

Rapportens formål er at kvalificere bedømmelsen af den udvidede fritvalgsordning og af takstfinansiering og konkurrence mere generelt i sygehussektoren. Som indikeret i indledningen fokuseres der på kritikken om øget ulighed, som ikke hidtil er belyst i en dansk kontekst, men som finder empirisk opbakning i et antal udenlandske analyser. Specifikt undersøges det, om aftalesygehuse udnytter intern omkostningsvariation i DRG- og DAGS-systemets grupper til at selekttere.

Både ovenstående overvejelser og rapportens teoretiske ramme, der er dannet i syntese mellem Julian Le Grand og Gary J. Miller, giver anledning til en forventning om, at aftalesygehuse selekterer. Den teoretiske synteseramme angiver en række kriterier, som skal opfyldes, for at sygehussektorens incitamentsstruktur bliver *robuste*, så de kan motivere aktørerne og samtidigt afværge utilsigtet adfærd som selektering. Le Grand påpeger, at de økonomiske incitamenter må balanceres, så de hverken er for svage, for kraftige eller skævvridende, men taler i det rette blandingsforhold til *knægtes* præferencer for egennytteoptimering og *ridderes* lægefaglige altruisme. Miller fremhæver, at troværdige strukturer og gensidige tillidsrelationer mellem agenterne er nødvendige rammebetingelser, uanset hvor perfekt incitamentsstrukturernes styrke er afbalanceret.

En litteratur- og interviewbaseret evaluering af sygehussektorens incitamentsstruktur ud fra synteserammens kriterier leder frem til en vurdering af, at de mangler robusthed. Incitamentsstrukturen på de offentlige sygehuse synes generelt at være for svage til at kunne være robuste, og desuden vurderes de, forårsaget af komplekse og uforudsigelige produktionsvilkår og en indlejring i det politiske system, at være hæmmet af manglende tillid og særligt troværdighed. Sådanne strukturer kan være ineffektive og problematiske, men de giver ikke anledning til selekteringsproblemer.

Behovene for tillidsrelationer og troværdighed synes i langt højere grad at være opfyldt for aftalesygehuse, som er mindre organisationer med fastere produktions- og budgetbetingelser. Til gengæld vurderes incitamentsstrukturen at være så kraftige, at de taler stærkt til en egennyttemaksimerende

adfærd. Evalueringen munder således ud i en forventning om, at aftalesygehusene vil udnytte de muligheder for selektering, som åbner sig. Forventningen er særligt entydig for de mindre aftalesygehuse, mens faktorer som lægefaglige ambitioner og produktionsmæssige vilkår synes at kunne moderere selekteringsincitamentet på de større sygehuse.

Spørgsmålet om, hvorvidt aftalesygehusene selekterer, er belyst empirisk gennem analyse af sygehusaktiviteten fra januar til august 2005 i 22 DRG- og DAGS-grupper med betydelig privat aktivitet. Meget overraskende er svaret ikke som forventet. Cirka halvdelen af de undersøgte grupper har tilstrækkelig omkostningsvariation til, at aftalesygehusene bør kunne forfølge en selekteringsstrategi, men de ser ikke ud til at gøre det.

Ganske vist viser det sig, at aftalesygehusene i samtlige 22 grupper specialiserer sig i færre procedurer end de offentlige sygehuse. Der er en tendens til, at de *dumper* de tunge patienter og fokuserer på de gennemsnitlige uden at *creame* de lette, og således opnår de alt i alt en relativt ensartet produktion i hver af de enkelte grupper. På det helt centrale spørgsmål om, hvorvidt aftalesygehusene selekterer, svarer analysens resultater til gengæld ikke til forventningerne. Aftalesygehusenes forventelige omkostninger er lavere end de offentlige sygehuses i fem af de 22 grupper, men højere i hele otte grupper. På tværs af de 22 grupper er aftalesygehusenes forventelige omkostningsniveau således en anelse - 2,4 procent - højere, end det ville have været ved en aktivitetssammensætning i grupperne svarende til de offentlige sygehuses. Samtidig ligger aftalesygehusenes afregningstakster en anelse under DRG-/DAGS-taksten. Sygehusenes samlede takstudbetaling i undersøgelsesperioden er således 3,2 procent lavere, end den ville have været ved en konsekvent afregning til DRG-/DAGS-taksten.

Afvisningen af selekteringshypotesen gælder for både de små og større aftalesygehuse. Særskilte analyser for de to grupper sygehuse viser, at de begge har højere omkostninger end de offentlige sygehuse. De større aftalesygehuse kompenseres delvist, men ikke fuldstændigt af, at deres afregningstakster også ligger en anelse over DRG- og DAGS-taksterne. De små sygehuse kompenseres derimod slet ikke, idet deres afregningstakster ligger væsentligt under DRG- og DAGS-taksterne.

De overraskende resultater giver anledning til en præcisering af analysens validitet og afgrænsninger. Validiteten mindskes af Omkostningsdatabasens svingende kvalitet og af den manglende kontrol for særligt patienternes præoperative tilstand, mens generaliserbarheden begrænses af, at analysen ikke er foretaget for en tilfældigt udvalgt stikprøve. Det vil være interessant at gentage undersøgelsen, når datagrundlaget er stærkere, og indvendingerne dermed kan imødegås. Analyseresultaterne må således opfattes som foreløbige og vejledende, men det vil være forhastet at afvise dem. For nuværende er de vores bedste bud på, om aftalesygehusene udnytter intern omkostningsvariation i DRG- og DAGS-systemets grupper til at selektere.

De overraskende resultater må altså tages alvorligt, og det synes derfor nødvendigt at tage det teoretiske grundlag op til revision. Analyseresultaterne bekræfter utilstrækkeligheden af principal-agent-teoriens løsningsmodel. Cirka halvdelen af de undersøgte grupper er præget af omkostningsvariation, og de savner dermed den vandtæthed over for selektering, som teoriens forskrifter tilstræber. Er omkostningsvariationen et grundvilkår, kommer teorien til kort. Den kan hverken foreskrive en løsning på et evt. selekteringsproblem eller forklare, hvorfor aftalesygehusene undlader at selektere.

Analyseresultaterne synes også at svække den alternative synteseramme, idet de antyder, at aftalesygehusenes incitamentsstrukturer er langt mere robuste end tidligere vurderet ud fra rammens kriterier. En dekonstruktion af rammen indikerer, at incitamentsstrukturernes troværdighed og agenternes gensidige tillidsrelationer må opfattes som betydeligt væsentligere parametre for, om strukturerne bliver robuste, end incitamenternes eksakte styrke. Aftalesygehusene er således kendetegnet ved troværdige incitamentsstrukturer og gode vilkår for tillidsopbygning. Disse faktorer synes at have ført til tilstrækkelig robusthed, til trods for at de økonomiske incitamenter er både kraftige og skævvridende.

Analyseresultaterne indikerer således, at Miller yder et væsentligere bidrag end Le Grand til en forståelse af forudsætningerne for robuste incitamentsstrukturer.

Hvad synes perspektiverne da at være for takstfinansiering og konkurrence i sygehussektoren? Analysen sætter spørgsmålstejn ved et af de stærkeste kritikpunkter, der er rejst af den udvidede fritvalgsordning, og den bidrager således positivt til en evaluering af ordningen. Den indikerer dog samtidig, at det ikke er perfekte og vandtætte incitamentsstrukturer, der afholder aftalesygehuse fra selektering, men derimod faktorer som troværdighed og tillidsrelationer. Dermed peger analysen på, at der ikke er uanede udvidelsesmuligheder for ordningens omfang, hvis den positive vurdering skal kunne fastholdes. Udvider aftalesygehuse deres markedsandel uden at ændre på deres udbud eller funktion, så vil tunge og uforudsigelige patientforløb komme til at udgøre en endnu større andel af de offentlige sygehuses aktivitet end i dag, og det vil øge risikoen for koordinations-, tillids- og dermed motivationsproblemer i det offentlige system. Øger aftalesygehuse derimod kompleksiteten af deres produktion i takt med voksende markedsandele, så er det højst sandsynligt, at de selv vil opbygge lignende problemer.

Samme betragtninger går igen i en mere generel vurdering af perspektiverne for takstfinansiering og konkurrence i sygehussektoren. Der tegner sig en konklusion om, at styringsinstrumenterne kan anvendes uden nødvendigvis at kompromittere ligheden i patienternes behandlingsadgang, men at deres potentiale er dybt afhængigt af kontekst og implementeringsmåde. Opfyldelsen af Millers kriterier for robusthed, som er en forudsætning for at styringsinstrumenterne kan fungere hensigtsmæssigt, er ikke lige til.

Opbygningen af tillidsrelationer og koordination besværliggøres af høj kompleksitet, lav forudsigelighed og et stort antal gensidigt afhængige aktører. Faktorer, som altid vil være kendetegnende for en væsentlig andel af sygehusproduktionen. Styringsinstrumenterne synes således kun at kunne anvendes for fuld styrke ved afgrænsede og veldefinerede ydelser, mens de må implementeres i mere begrænset omfang for den øvrige del af produktionen under hensyntagen til de udfordringer, som sygehuse står overfor.

Tilsvarende mindskes mulighederne for at skabe troværdighed om incitamentsstrukturerne af, at hovedparten af landets sygehuse er indlejret i det politiske system. Implementeringen af takstfinansiering og konkurrence er i sig selv et forsøg på at skabe troværdige strukturer, men projektet kan kun lykkes, hvis de politiske sygehusejere stækker sig selv og afholder sig fra løbende indblanding. Ironisk nok er det også nødvendigt, at de afværger de kontinuerlige finjusteringer af takstsystemet, som bundes i en stræben efter perfekte og vandtætte incitamentsstrukturer. Det er usandsynligt, at justeringerne vil lede til det ønskede endemål, og samtidig risikerer de at underminere troværdigheden af de incitamentsstrukturer, som søges etableret.

Aftalesygehuse opererer under meget kraftige incitamentsstrukturer, og den udbredte bekymring for, at den udvidede fritvalgsordning medfører selektering og øget ulighed, synes derfor oplagt. Rapporten indikerer dog, at den er empirisk ubegrundet. Selv under kraftige og skævvridende incitamentsstrukturer synes det muligt at motivere sygehuse uden utilsigtede sidekonsekvenser som selektering. Spørgsmålet er nu, i hvilken grad kriterierne for succes - tillid og troværdighed - kan opfyldes i resten af sygehussektoren.

Abstract:

Impacts of the extended free choice program on equality in patients' access to treatment

Various reforms - the strongest being the *extended free choice program* from 2002 - introduce the New Public Management tools of *activity based budgeting* and *competition* to the Danish hospital sector. By authorizing patients to seek private treatment when waiting times for public hospitals exceed two months, the reform introduces to publicly financed healthcare the private hospitals that operate under strong economic incentives. The aim of the thesis is to understand better the impacts of the program and its management tools on patients' access *equality*.

As prescribed by agency theory the program creates a *yardstick competition* where hospitals compete against the yardstick of the DRG-/DAGS-based payment rate - a yardstick which ideally rewards *responsiveness* and *efficiency* but in reality may reward *selection* of economically favorable patients because of heterogeneity in the DRG-/DAGS groups. Critics stress that incentive structures aimed at the self-interest may always imply such unintended consequences. Agency theory offers no solution.

Julian Le Grand suggests the need for *robust structures*, strong enough to motivate self-interested *knaves* and weak enough to motivate altruistic *knaves*. Gary J. Miller highlights that the structures must be *credible* and supported by *trust relationships*.

A synthesis of these two perspectives leads to the assessment that incentive structures of Danish hospitals lack robustness. The economic incentives of public hospitals are weak and without the necessary backing of credibility and trust. Those of private hospitals are surrounded by credibility and trust but they are extremely strong, suggesting that the hospitals will choose selection strategies.

Surprisingly, the empirical analysis of hospital activity in 22 DRG- and DAGS groups (January-June 2005) *does not* verify the expectations. Intra-group heterogeneity is substantial in approximately half the groups but private hospitals do not seem to employ selection strategies. They specialize in fewer procedures in each group than public hospitals, but these procedures *are not* associated with lower expected costs.

The results indicate that the incentive structures of the private hospitals are indeed robust, suggesting that credibility and trust relationships are more important contributors to robustness than the exact strength of incentives.

The thesis highlights that the extended free choice program may not threaten equality - but also that the management tools have limited potential. The more political the environment and the more complex the organizations and services, the more difficult does it become to satisfy the necessary credibility and trust conditions.

Referencer

- Alchian, A. A. & Demsetz, H. 1972, "Production, Information Costs, and Economic Organization", *The American Economic Review*, vol. 62, no. 5, pp. 777-795.
- Allen, R. & Gertler, P. 1991, "Regulation and the provision of quality to heterogeneous consumers: the case of prospective pricing of medical services", *Journal of Regulatory Economics*, vol. 3, pp. 361-375.
- Amtsrådsforeningen 2003, Status efter et år med udvidet frit sygehusvalg. Pressemeddelelse 12/08/2003. www.arf.dk
- Amtsrådsforeningen 2003, Undersøgelse af lægers bibeskæftigelse. Rapport, København: Amtsrådsforeningen.
- Amtsrådsforeningen 2004, Standardaftale med danske private sygehuse, klinikker mv., Version 11.
- Amtsrådsforeningen, H:S, Finansministeriet, & Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004, Rapport fra arbejdsgruppen om evaluering af det udvidede frie sygehusvalg København: Amtsrådsforeningen.
- Amtsrådsforeningen 2005, Forhandlingsoplæg - strategi for økonomi, forhandlinger og aftaler om udvidet frit sygehusvalg 2006. Notat.
- Amtsrådsforeningen 2006, Det udvidede frie sygehusvalg - hvem vælger? Rapport, ikke udgivet
- Ankjær-Jensen, A. & Rath, M. B. 2004, Takststyring af sygehuse. 1. delrapport: Implementering af takststyringsmodeller i 4 amter. DSI rapport 2004.08 København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Ankjær-Jensen, A., Christensen, M., Nielsen, M. L., Holm-Petersen, C., & Lassen, A. B. 2005, Sygehusstruktur i Danmark - en antologi om konsekvenserne af centralisering i sygehusvæsenet. DSI-rapport 2005.02 København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Ankjær-Jensen, A. & Rath, M. B. 2005, Takststyring af sygehuse 2. delrapport: Erfaringer efter et år med takststyring. DSI rapport 2005.03 København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Arrow, K. J. 1963, "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *The American Economic Review*, vol. 53, no. 5, pp. 941-973.
- BEK nr. 299 af 13/05/2002 (Historisk): Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v.
- BEK nr. 564 af 20/06/2003 (Historisk): Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v.
- BEK nr. 1193 af 07/12/2004 (Gældende): Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v.
- Biørn, E., Hagen, T.P., Iversen, T., Magnussen, J. 2002, The effect of activity-based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000 Oslo: Health Economics Research programme at the University of Oslo, HERO
- Boyne, G., Farrell, C., Law, J., Powell, M., & Walker, R. 2003, Evaluating public management reforms: principles and practice Buckingham: Open University Press.
- Breinholdt, M. 2004, "Forskel på kvalitet af grå stær-operationer", *Ugeskrift for Læger*, no. 36, 30. august 2004.
- Carroll, N. V. & Erwin, W. G. 1987, "Patient shifting as a response to Medicare Prospective Payment", *Med.Care*, vol. 25, no. 12, pp. 1161-1167.

- Christensen, J. G. & Pallesen, T. 2001, "Institutions, Distributional Concerns, and Public Sector Reform", *European Journal of Political Research*, vol. 39, pp. 179-202.
- Christensen, J. G. 2003, *Velfærdsstatens institutioner* Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- CIR nr. 13 af 31/01/2003 (Historisk): Cirkulære om udbetaling af statstilskud i 2003 til øget aktivitet på sygehusområdet m.v.
- CIR nr. 127 af 14/11/2002 (Gældende): Cirkulære om udbetaling af statstilskud i 2002 til øget aktivitet på sygehusområdet m.v.
- CIR nr. 83 af 27/06/2003 (Gældende): Cirkulære om udbetaling af statstilskud i 2003 til øget aktivitet på sygehusområdet m.v.
- Dranove, D. 1987, "Rate Setting by Diagnosis Related Groups and Hospital Specialization", *RAND Journal of Economics*, vol. 18, no. 3, pp. 417-427.
- Efron, B. & Tibshirani, R. J. 1998, *An Introduction to the Bootstrap* New York: Chapman & Hall/CRC.
- Ellis, R. P. & McGuire, T. G. 1996, "Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects", *J.Health Econ.*, vol. 15, no. 3, pp. 257-277.
- Ellis, R. P. 1998, "Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins", *J.Health Econ.*, vol. 17, no. 5, pp. 537-555.
- Finansministeriet. Finansministeriets Udgiftsdatabase. <http://www.oescs.dk/olapdatabase/udgift/index.cgi>. 22-11-2005.
- Finansministeriet 2002, *Aftaler om den kommunale økonomi for 2003* København: Finansministeriet.
- Finansministeriet 2003, *Aftaler om den kommunale økonomi for 2004* København: Finansministeriet.
- Finansministeriet 2004, *Aftaler om den kommunale økonomi for 2005* København: Finansministeriet.
- Finansministeriet 2005, *Aftaler om den kommunale økonomi for 2006* København: Finansministeriet.
- Frey, B. S. 1997, "A Constitution for Knaves Crowds out Civic Virtues", *The Economic Journal*, vol. 107, pp. 1043-1053.
- Gilman, B. H. 2000, "Hospital Response to DRG Refinements: The Impact of Multiple Reimbursement Incentives on Inpatient Length of Stay", *Health Economics*, vol. 9, pp. 277-294.
- Hisnanick, J. J. 2001, "An alternative safety net to patient dumping", *International Journal of Social Economics*, vol. 28, pp. 911-926.
- Horwitz, J. R. 2005, "Making Profits and Providing Care: Comparing Non-profit, For-Profit, And Government Hospitals", *Health Affairs*, vol. 24, no. 3, pp. 790-801.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003, *Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer* Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amdtsrådsforeningen, H:S, Sundhedsstyrelsen, & Finansministeriet 2005, *Evaluerende af takststyring på sygehusområdet* København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., & Gilles, W. 2002, "A typology for provider payment systems in health care", *Health Policy*, vol. 60, no. 3, pp. 255-273.
- Kastrup, A. & Barfoed, O. 2005, "Størrelseeffekter i den danske sygehussektor – om mulige forklaringer herpå", *Økonomi & Politik*, 2005, nr. 1, p.40
- Keeler, E. B., Carter, G. M., & Trude, S. 1988, "Insurance aspects of DRG outlier payments", *J.Health Econ.*, vol. 7, no. 3, pp. 193-214.
- Kjellberg, J., Herbild, L., & Svenning, A. R. 2003, *Patientsammensætning, aktivitetsændringer og ventelister* København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

- Kjellberg, J. & Lassen, J. B. 2004, For-Profit versus Not-For-Profit København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Kvale, S. 1997, Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview København: Hans Reitzels Forlag.
- Kværner, K. J. 2004, "Tankevekkende tilpasning av øre-nese-hals-kirurgi", Tidsskrift for Den norske lægeforening, vol. 124, no. 21, pp. 2743-2745.
- L 64, fremsat 29/01/2002: Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forhøjede frit valg-rammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse).
- Lazzarini, S. G., Miller, G. J., & Zenger, T. 2004, "Order with Some Law: Complementary versus Substitution of Formal and Informal Arrangements", The Journal of Law, Economics, and Organization, vol. 20, no. 2, pp. 261-298.
- Le Grand, J. 2003, Motivation, agency, and public policy: of knights and knaves, pawns and queens Oxford: Oxford University Press.
- Long, M. J., Fleming, S. T., & Chesney, J. D. 1993, "The impact of diagnosis related group profitability on the skimming and dumping of psychiatric diagnosis related groups", Int.J.Soc.Psychiatry, vol. 39, no. 2, pp. 108-120.
- LOV nr. 143 af 25/03/2002 (Historisk): Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forhøjede frit valg-rammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse).
- Mandat/Net. Regler for lægers bijob er ikke godt nok. Artikel 09/06/2004.
<http://www.arf.dk/Nyhedscenter/MandatNet/2004/>
- Martinussen, P. E. & Hagen, T. P. 2005, Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: Evidence from day surgery in Norway. Paper to be presented at the 18th Scandinavian Academy of Management Meeting, 18-20 August, 2005, Aarhus, Denmark.
- McGuire, T. G. 2000, "Physician Agency," pp. 461-536 in Handbook of Health Economics, Volume1A, A. J. Culyer & J. P. Newhouse, eds., Amsterdam: Elsevier.
- Medicare Payment Advisory Commission 2005, Report to the Congress: Physician-Owned Specialty Hospitals Washington, DC: Medicare Payment Advisory Commission.
- Migué, J.-L. & Bélanger, G. 1974, "Towards a general theory of managerial discretion", Public Choice, vol. 17, pp. 27-43.
- Miller, G. J. 1992, Managerial dilemmas. The political economy of hierarchy Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, G. J. 2000, "Above Politics: Credible Commitment and Efficiency in the Design of Public Agencies", Journal of Public Administration Research and Theory, vol. 10, no. 2, pp. 289-327.
- Miller, G. J. & Whitford, A. B. 2002, "Trust and incentives in principal-agent negotiations. The insurance/incentive trade-off", Journal of Theoretical Politics, vol. 14, no. 2, pp. 231-267.
- Moe, T. M. 1984, "The New Economics of Organization", American Journal of Political Science, vol. 28, no. 4, pp. 739-777.
- Moore, D. S. & McCabe, G. P. 2003, Introduction to the Practice of Statistics, fourth Edition New York: W. H. Freeman and Company.
- Newhouse, J. P. 1983, "Two prospective difficulties with prospective payment of hospitals, or, it's better to be a resident than a patient with a complex problem", J.Health Econ., vol. 2, no. 3, pp. 269-274.
- Newhouse, J. P. & Byrne, D. J. 1988, "Did Medicare's prospective payment system cause length of stay to fall?", J.Health Econ., vol. 7, no. 4, pp. 413-416.

- Newhouse, J. P. 1989, "Do unprofitable patients face access problems?", *Health Care Financ.Rev.*, vol. 11, no. 2, pp. 33-42.
- Newhouse, J. P. 1996, "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection", *Journal of Economic Literature*, vol. 34, pp. 1236-1263.
- Newhouse, J. P. 1998, "Risk adjustment: Where are we now?", *Inquiry*, vol. 35, no. 2, pp. 122-131.
- Newhouse, J. P. 2002, *Pricing the Priceless. A Health Care Conundrum* Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Niskanen, W. A. 1971, *Bureaucracy and Representative Government* Chicago: Aldine Atherton.
- Pedersen, H.F. 2005, *Løkkeposen - En analyse af ventelistepuljens effekt på sygehusene*. Speciale ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet
- Regeringen 2005. Nye mål: Regeringsgrundlag, VK Regeringen II, Februar 2005.
<http://www.stm.dk/publikationer/reggrund05/>
- Rogers, W. H., Draper, D., Kahn, K. L., Keeler, E. B., Rubenstein, L. V., Kosecoff, J., & Brook, R. H. 1990, "Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. A summary of effects", *JAMA*, vol. 264, no. 15, pp. 1989-1994.
- Sappington, D. E. M. 1991, "Incentives in Principal-Agent Relationships", *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 5, no. 2, pp. 45-66.
- SAS Institute Inc. 1990, *SAS Procedures Guide, Version 6, Third Edition* Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Serritzlew, S. 2003, *Linking budgets to activity. A test of the effect of output-purchase budgeting*. Working paper The University of Aarhus, Department of Political Science.
- Shleifer, A. 1985, "A Theory of Yardstick Competition", *RAND Journal of Economics*, vol. 16, pp. 319-327.
- Stern, R. S. & Epstein, A. M. 1985, "Institutional responses to prospective payment based on diagnosis-related groups. Implications for cost, quality, and access", *N.Engl.J.Med.*, vol. 312, no. 10, pp. 621-627.
- Sundhedsministeriet 2000, *Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet. 2. delrapport fra Middellevetidsudvalget. Sundhedsanalyser 2000:2* København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen 2003, *Sundhedsstyrelsens kagebog til dannelse af den patientrelaterede omkostningsdatabase til Takstkatalog 2005*. Notat. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2004, *Takstsystem 2005. Vejledning* København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. Mere information om Dansk Casemix-system.
http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/DRG/Generel_info.aspx?lang=da
- Taylor-Gooby, P., Sylvester, S., Calnan, M., & Manley, G. 2000, "Knights, Knaves and Gnashers: Professional Values and Private Dentistry", *Journal of Social Policy*, vol. 29, no. 3, pp. 375-395.
- Thomsen, S.R. 1997: Note 3. Om anvendelse af signifikanstests i ikke-stikprøve situationer. Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Vrangbæk, K. & Bech, M. 2004, "County level responses to the introduction of DRG rates for "extended choice" hospital patients in Denmark", *Health Policy*, vol. 67, pp. 25-37.
www.sygehusvalg.dk