

Christine Skovgaard og Jakob Kjellberg

Centrale rammevilkår på det regionale sundhedsområde

I relation til offentligt udbud af sundhedsydelser



*Centrale rammevilkår på det regionale sundhedsområde -
I relation til offentligt udbud af sundhedsydelser*

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2015

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7488-841-3
Projekt: 10945

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Indhold

1	Indledning	4
2	Regioners rammevilkår og forpligtelser	5
2.1	Rammevilkår	5
2.1.1	Økonomiaftaler	5
2.1.2	Lovgivning.....	5
2.1.3	Specialeplanlægning	6
2.1.4	Rammevilkår samlet set	6
2.2	Forsyningspligt, akutfunktion og uddannelse	7
2.3	Betingelser for offentlige udbud af sundhedsydelser	7
3	Økonomistyring på det regionale sundhedsområde	9
3.1	Nuværende styringsmodel	9
3.1.1	Regionernes samlede finansiering	9
3.1.2	Økonomistyring af regionernes egne offentlige sygehuse	10
3.1.3	Økonomistyring af private sygehuse	11
4	Mulige styringsmæssige udfordringer ved udbud	13
4.1	Produktivitetskrav på afdelingsniveau.....	13
4.2	Budgetkontrol og potentielt mindre offentlige sygehuse	15
4.3	Ventelister.....	16
4.4	Skalerbarhed og potentielle kapacitetsbegrænsninger	16
4.5	Incitamenter.....	17
5	Konkluderende bemærkninger	18
	Bilag 1	19
	Litteratur	21

1 Indledning

Når borgerne bliver syge, har regionerne pligt til at muliggøre behandling. I dag er der flere måder, som regionerne kan sørge for det på. De kan benytte egne sygehuse, andre regioners sygehuse eller private hospitaler og klinikker, og de har også mulighed for at sætte sundhedsydelserne i udbud. Størstedelen af den offentligt finansierede sygehusaktivitet foretages på regionernes egne sygehuse. Derudover har regionerne i mindre grad indgået udbudsaftaler med private sygehuse og klinikker om levering af sundhedsydelser. De private sygehuse kaldes samarbejdssygehuse og stod i 2012 for 1,3 % af den offentligt finansierede sygehusaktivitet (1). En udbudsaftale er en kontrakt mellem en region og en privat leverandør og benyttes i størstedelen af tilfældene som en bufferkapacitet for regionerne, når regionernes egne sygehuse ikke formår at tilbyde den pågældende behandling inden for nogle bestemte tidsrammer. Alternativt kan udbuddet erstatte behandlinger på regionernes egne sygehuse.

Formålet med dette kapitel er at gennemgå nogle af de centrale rammevilkår om det regionale sundhedsområde (fx DUF, forsyningspligt og opretholdelse af uddannelse og akutfunktion), som kan påvirke regionernes muligheder for at sætte sundhedsydelser i udbud. Derudover er formålet at opnå indblik i nogle af de styringsmæssige udfordringer (herunder økonomiske styringsaftaler og forskellen mellem private og offentlige udbydere) ved brugen af udbud af sygehusydelser, ifald udbudsmængden øges markant. Med denne gennemgang er det hensigten at tilvejebringe et indblik i både begrænsninger og muligheder, for at udbud bruges i højere grad.

En drivkraft for en udbudsaftale mellem regionerne og et samarbejdssygehuse af sundhedsydelser er, at det vurderes, om prisen under udbud er lavere end den pris, som regionen skal betale for sundhedsydelsen til privathospitaler/private klinikker. Patienten kan nemlig – i medfør af det udvidede frie sygehusvalg (DUF) – vælge at blive behandlet på et privathospital/privat klinik i tilfælde af, at det offentlige sygehus ikke kan opfylde ventetidsgarantien på to måneder og en måned ved alvorlig sygdom (1). Ventetidsgarantien igennem DUF lægger pres på regionernes budgetter, da patienter ikke kan blive sat på venteliste, hvis der ikke er penge eller kapacitet nok på de offentlige sygehuse. I situationer, hvor regionerne har kapacitetsproblemer og dermed ikke kan overholde ventetidsgarantien, kan de anvende udbud strategisk med henblik på at sikre patienterne en hurtigere behandling og dermed overholde ventetidsgarantien (2). Hvis en patient tilbydes behandling på et andet sygehus inden for ventetidsgarantien, så kan patienten ikke vælge at blive behandlet på et privathospital igennem DUF. Ved at sætte ydelserne i udbud har regionen dermed potentielt set en mulighed for at få en billigere pris på ydelserne end igennem DUF.

Med udgangspunkt i at regionerne selv vurderer, hvilke sundhedsydelser de vælger at sende i udbud, vil kapitlet beskrive rammevilkår og hvilke udfordringer rammevilkårene giver. I kapitel 2 redegøres indledningsvis for regionernes rammevilkår og forpligtelser, som er vigtig baggrundsviden for at forstå potentielle udfordringer og muligheder ved udbud af regionale sundhedsydelser. Den nuværende økonomiske styringsmodel på det regionale sundhedsområde introduceres i kapitel 3, hvilket fører direkte videre til kapitel 4. Her diskuteres potentielle udfordringer ved udbud af sundhedsydelser til private leverandører under de nuværende rammevilkår. Udfordringerne vil være anderledes under andre rammevilkår, hvorfor løsninger på diverse udfordringer potentielt kan findes i ændringer af rammevilkårene. Diskussionen danner herefter fundament for den samlede konklusion, som fremfår af kapitel 5.

2 Regioners rammevilkår og forpligtelser

Dette kapitel giver en kort introduktion til regionernes rammevilkår for derved bedre at kunne forstå præmisserne for konkurrenceudsættelse på det regionale sundhedsområde. Heriblandt økonomiaftaler, lovgivning og specialeplanlægning, som særligt påvirker regionernes brug af udbud af sundhedsydelser. De beskrevne rammevilkår skitserer nogle vilkår, som påvirker brugen af udbud på sundhedsområder, men er ikke en udtømmende beskrivelse af reguleringer og vilkår, regioner arbejder under. Derudover beskriver kapitlet kort, hvilke forpligtelser de offentlige sygehuse har, som de private sygehuse ikke har – og omvendt.

2.1 Rammevilkår

2.1.1 Økonomiaftaler

De fem danske regioner har tilsammen dannet organisationen "Danske Regioner", som forhandler regionernes økonomi med regeringen. De økonomiske rammer for regionernes ageren på sundhedsområdet fastlægges hvert år i de såkaldte økonomiaftaler. Samtidig med at fokusere på budgetoverholdelse og budgetlofter har økonomiaftalen indbyggede krav om at realisere en aftalt aktivitet og en øget produktivitet på 2 % årligt. Al aktivitetsvækst ud over det aftalte finansieres af øget produktivitet. Kravene heri er dermed et vilkår, som regeringen og Danske Regioner er blevet enige om i forhandlingen om den økonomiske ramme.

Inden for de opsatte rammevilkår i aftalerne har regionerne dog vide rammer til at afgøre, hvordan de vil tilvejebringe de sundhedstilbud, som de er forpligtet til at levere.

2.1.2 Lovgivning

Udover de aftalte rammer fastsat af regeringen og Danske Regioner skal regionerne arbejde under nogle politisk opstillede rammevilkår bestemt i lovgivningen. Det gælder bl.a. følgende:

- Det frie sygehusvalg
- Det udvidede frie sygehusvalg (DUF) og ret til differentieret behandling
- Ret til hurtig udredning
- Budgetloven.

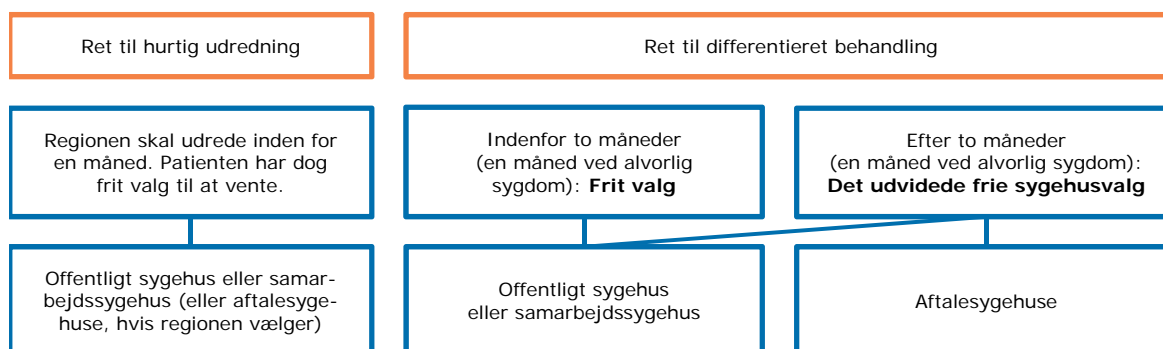
Det frie sygehusvalg betyder, at en patient, der henvises til sygehusbehandling, frit kan vælge mellem alle offentlige sygehuse samt en række private specialsygehuse (samarbejdssygehuse). Dog kan patienter afvises ved manglende kapacitet, og ved akut indlæggelse vil ambulancen køre til nærmeste sygehus. De private specialsygehuse/samarbejdssygehuse skal betragtes som en udvidelse af regionens egen kapacitet. I Bilagsfigur 1.1 ses den samlede liste over regionernes samarbejdssygehuse pr. december 2014. Samarbejdssygehusene findes ofte ved udbud eller direkte forhandling mellem en region og et privat sygehus.

Gennem det udvidede frie sygehusvalg (DUF) har patienter ret til at blive behandlet på privathospital, hvis der er udsigt til mere end to måneders ventetid på behandling i det offentlige sygehusvæsen (én måned ved alvorlig sygdom). Dette blev indført i juli 2002 og sidst ændret i januar 2013, hvor differentieringen ved alvorlig sygdom blev indført. Det kræver dog, at Danske Regioner har indgået aftale med det pågældende privathospital (aftalesygehus), og at aftalesygehuset opfylder nogle specifikke krav til bl.a. kvalitet, faglig kompetence og behandlingserfaring (2-4). Aftalesygehuse er altså sygehuse, som godkendt til en vis behandling og dermed kan aflaste de offentlige sygehuse, hvis disse ikke kan overholde ret til differentieret behandling.

Retten til hurtig udredning trådte i kraft den 1. september 2013 (5) og betyder, at patienten skal være færdigudredt inden for 30 dage fra henvisningstidspunktet, hvis det er fagligt muligt. Hvis det ikke er fagligt muligt at udrede inden for tidsfristen, skal patienten have en udredningsplan. Kan det regionale sygehus ikke selv udrede patienten inden for fristen, fx på grund af kapacitetspres, skal sygehuset foranledige, at patienten udredes på andet offentligt sygehus eller samarbejdssygehus.

Figur 2.1 illustrerer, hvornår en patient har ret til et forløb hos de forskellige aktører. Der er altså forskel på samarbejdssygehuse og aftalesygehuse. Samarbejdssygehuse kan ses som en forlængelse af det offentlige sygehusvæsen, og patienter har dermed samme rettigheder i forhold til udvidet frit sygehusvalg og ret til differentieret behandling. Aftalesygehuse er derimod private leverandører, som kan afhjælpe de offentlige sygehuse i tilfælde af kapacitetsproblemer. Det er netop samarbejdssygehuse, som regionerne indgår aftaler med i forhold til offentlige udbud, da de dermed i nogle tilfælde kan opnå en lavere pris pr. ydelse end ved et aftalesygehus.

Figur 2.1 Brugen af offentlige, private samarbejdssygehuse og private aftalesygehuse



Budgetloven har til formål at sikre balance eller overskud på de samlede offentlige finanser og en hensigtsmæssig udgiftsstyring i stat, kommuner og regioner (Lov nr. 547 af 18/06/2012). For regionerne indebærer budgetloven, at der er fastlagt udgiftsloft på både drift og anlæg. Konkret betyder det, at 1 mia. kr. (500 mio. kr. hvis det er anlæg) af det samlede bloktilskud til regionerne er betinget af, at regionerne overholder det aftalte budget i økonomiaftalen. Derudover modregnes bloktilskuddet svarende til differencen mellem det aftalte budget og de faktiske regnskabstal, hvis regnskaberne overskrider budgettet. Budgetloven har dermed stor betydning for økonomistyringen og fordelingen af forbrug over året. Det stramme loft over regionernes økonomi betyder også, at hvis en udgiftspost stiger, så skal en anden udgiftspost – alt andet lige – falde.

2.1.3 Specialeplanlægning

I forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg (DUF) er Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning central, idet et privathospital skal være godkendt til at udføre en specifik behandling i specialeplanen for at få en DUF-aftale med Danske Regioner (6). Specialeplanlægningen drejer sig om fordeling af opgaver og patienter på landets sygehuse samt specialiseringsniveau. Private sygehuse kan søge om specialfunktion på lige vilkår med de offentlige sygehuse (6). Det betyder, at regionerne kan indgå aftaler med private sygehuse, der er godkendt til den pågældende specialfunktion, som behandlingen kræver. Dette kan både ske under DUF, ved direkte forhandling og ved udbud.

2.1.4 Rammevilkår samlet set

Når regionerne skal vurdere mulighederne for at udbyde sundhedsydelser, skal de tage højde for økonomiaftalerne mellem regionerne og regeringen samt de politisk bestemte rammevilkår.

På nogle sundhedsområder kan regionerne altså frit vælge, om de ønsker at overdrage sundhedsydelsen til private leverandører, mens rammevilkårene på andre områder kan begrænse mulighederne for et samarbejde med en privat leverandør. Derudover kan produktivitetskrav og budgetkrav give nogle praktiske udfordringer ved udlicitering af sundhedsydelser. Dette diskuteres nærmere i kapitel 4.

2.2 Forsyningspligt, akutfunktion og uddannelse

Den essentielle pligt for regionerne er *forsyningspligten*, som betyder, at de skal sikre behandling af alle borgere fra deres egen region. Det kan de gøre ved selv at udføre opgaven, indgå partnerskaber med samarbejdssygehuse via strategiske eller simple udbud eller tilbyde behandling i andre regioner. Dog er det regionens ansvar, at alle borgere kan behandles under de rammevilkår, som er beskrevet i forrige afsnit – såsom det udvidede frie sygehusvalg (DUF). Regionerne har derudover forpligtelser til akutberedskab, forskning og uddannelse, som de private sygehuse ikke har (1,7).

2.3 Betingelser for offentlige udbud af sundhedsydelser

Hvorvidt en sundhedsydelse skal udbydes på konkurrencelignende vilkår bør, ifølge litteraturen på området, blandt andet afhænge af følgende overvejelser (1,8):

- Ydelsen skal kunne defineres og specificeres
- Flere udbydere skal kunne levere ydelsen (små startinvesteringer, stort patientgrundlag og stordriftsfordele må ikke have stor betydning)
- Forsyningsikkerhed (geografisk dækning ikke nødvendig)
- Lange ventelister på de offentlige behandlinger (beskrives yderligere i afsnit 3.2).

Potentialet for udbudskonkurrence mellem private og offentlige sygehuse vil generelt være størst, hvis sundhedsydelsen klart kan defineres, og der er lille risiko for indikationsskred (8). Hvis ovenstående betingelser er overholdt, vil udbud i mange tilfælde være en økonomisk fordel, når billigere udbudspriser opnås.

Isolerede og veldefinerede *støttefunktioner* kan ud fra ovenstående være egnede til udbud, da de ikke vil påvirke resten af det offentlige sygehusdrift; det kan fx være laboratoriefunktioner.

En *del af de elektive behandlinger* kan potentielt også være udbudsegnete (såsom hoftealloplastikker, grå stær operationer mv.), idet disse er mindre udstyrskrævende og kræver færre tilstedeværende støttefunktioner end andre mere komplekse behandlinger (såsom organtransplantationer) og kan derudover relativt klart defineres. Det medfører også, at transaktionsomkostninger (dvs. udarbejdelse af udbudsmaterialet, gennemførelse af udbuddet, kvalitetssikring mv.) forbundet med udbudsprocessen mindskes (9). Derudover kan omkostningerne lettere beregnes nøjagtigt, da mange af de elektive basisbehandlinger følger relativt standardiserede forløb. Gevinsten ved udbudskonkurrence mellem private og offentlige sygehuse vil altså potentielt være størst, hvis sundhedsydelsen klart kan defineres, og der vil være lille risiko for indikationsskred (8). En privat leverandør har brug for at vide, at der er et patientgrundlag for at kunne foretage investeringer i ny kapital og holde udbudstaksten nede og samtidigt sikre forsyningsikkerhed af den aktuelle behandling – også her er elektiv kirurgi, som er relativt forudsigelig og har et stort patientgrundlag, oplagt. Dog vil hele behandlingsmængden kun sjældent være egnet på grund af det offentlige forpligtelser i forhold til akutfunktion, uddannelse og forskning. For at opretholde kompetencer, uddannelsesfunktion og sikre fuld kapacitetsudnyttelse i akutfunktionerne på de offentlige sygehuse kan det være nødvendigt, at de offentlige sygehuse afholder en række behandlinger, som ellers kunne være udbudsegnete.

Hvis det er ønskeligt at sætte større dele af de elektive behandlinger i udbud, kan en løsning være, at uddannelsesforpligtelsen følger med.

Akutte behandlinger vil derimod umiddelbart sjældnere egne sig, da der er et geografisk hensyn, der skal tages, hvilket kan være en udfordring i forhold til at sikre patientgrundlaget i alle dele af landet. Der vil derfor på grund af indtægtsusikkerheden sjældnere være leverandører, der byder på sådan en opgave.

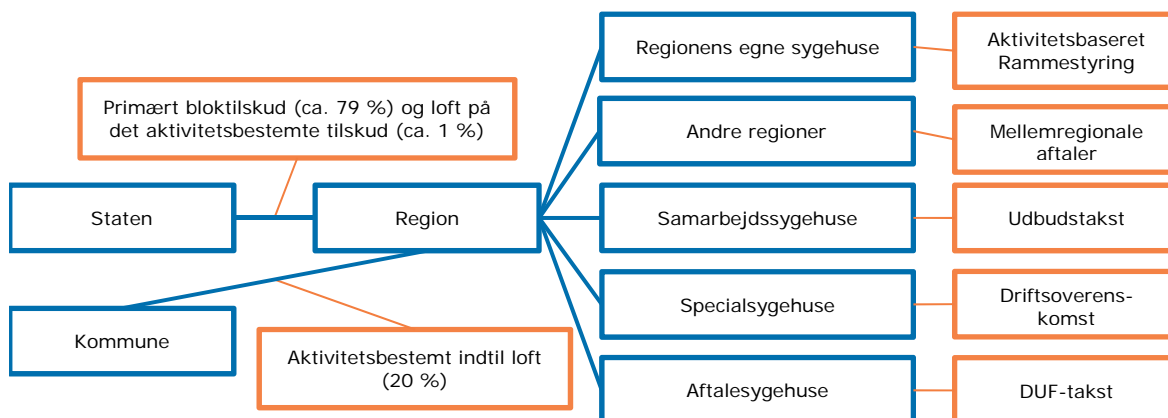
3 Økonomistyring på det regionale sundhedsområde

Det er helt afgørende at forstå forskellene i regionernes økonomistyring af offentlige sygehuse og private sygehuse for at gøre sig klart, hvilke konsekvenser det kan have at sætte en sundhedsydelse i udbud til en privat leverandør. Kort sagt, vil styringen af de offentlige sygehuse typisk være et element af aktivitetsbestemt finansiering og en rammefinansiering. Inden for dette skal sygehusene nå en baselineaktivitet og mindst 2 % i produktivetsforbedringer årligt. Derimod er styringen af private leverandører mere takstfinansieret. Dette kapitel gennemgår netop de nuværende styringsmodeller, hvilket fører videre til kapitel 4, som beskriver, hvilke udfordringer styringsmodellerne for offentlige og private sygehuse og de før beskrevne rammevilkår kan give, når sundhedsydelser sættes i udbud.

3.1 Nuværende styringsmodel

Figur 3.1 illustrerer, hvilke afregningssystemer der primært benyttes mellem forskellige aktører. Elementerne i illustrationen bliver forklaret nedenfor.

Figur 3.1 Primær styring af regioner og sygehuse



Kilde: (1,7,10,11).

Note: Når en patient skal behandles på et offentligt sygehus i en anden region, så foregår afregningen som aftalt i de mellemregionale aftaler. Afregningen med privatpraktiserende speciallæger foregår efter overenskomst. Disse to afregningsprocedurer beskrives ikke nærmere, da det ikke er relevant i forhold til udbud til private leverandører.

3.1.1 Regionernes samlede finansiering

Den nuværende økonomiske styring af sundhedsområdet er kendetegnet ved en overordnet udgiftsramme for regionerne. Regionernes samlede finansiering består af et statsligt bloktilskud (ca. 79 %), et aktivitetsafhængigt tilskud fra den statslige aktivitetspulje (ca. 1 %) og tilskud fra den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering (20 %) (12).

Den statslige aktivitetspulje udløses først, når sidste års produktionsværdi er overskredet med 2 %, jf. produktivetskravet fra økonomaftalerne beskrevet i afsnit 2.1. Argumentet bag dette krav er bl.a., at det kan give incitament til løbende at udvikle produktiviteten på sygehusene (2), men det kan samtidig give et pres på sygehusene om at producere flere ydelser og fastholde behandling med efterfølgende indlæggelse frem for potentielt mere effektive behandlinger. Ineffektive behandlingsforløb eller overbehandling kan altså være en teoretisk konsekvens. Teoretisk er det muligt at øge produktiviteten uden at øge aktiviteten, men da de faste omkostninger ved sygehusdrift er høj, og hovedparten går til løn, kan det være enklere at indfri målet om 2 % produktivetsstigning gennem en øget aktivitet.

Den kommunale medfinansiering betyder, at regionerne får takstafregningen på al aktivitet – også den der genereres gennem udbud. Hver enkelt aktivitet i sygehusvæsenet har dermed et element af aktivitetsfinansiering gennem den kommunale medfinansiering. Dog er andelen af budgettet, der er baseret på aktivitetsbestemte elementer, større (79 %) end andelen af budgettet, som er baseret på aktivitet (21 %).

Størstedelen af regionernes budget *fra staten* er derfor uden sammenhæng med aktiviteten, mens resten er aktivitetsafhængigt via de såkaldte DRG-takster (Diagnose Relaterede Grupper). En DRG-takst afspejler den gennemsnitlige omkostning på landets sygehuse for grupper af sygehuspatienter med ens ressourcetræk, de såkaldte diagnose relaterede grupper. Taksterne er baseret på regnskabsdata fra landets sygehuse og beregnes hvert år af Statens Serum Institut. Taksterne afspejler de beregnede direkte og indirekte omkostninger (undtagen husleje) til behandling på offentlige sygehuse for hver diagnosegruppe. De indirekte omkostninger består af udgifter til ledelse, it, servicefunktioner mv. DRG-taksterne udgør samlet set et "O-sumspil", dvs. lægges taksterne for alle sygehuspatienter sammen, afspejler det summen af de samlede sygehusudgifter. Da DRG-taksterne således afspejler alle sygehusenes udgifter, kan man sige, at de også indeholder omkostninger ved uddannelse, forskning og akutfunktioner (1).

Regionerne har samtidig et klart ansvar i forhold til at overholde et udgiftsloft hvert år, som både inkluderer de statslige midler og den kommunale medfinansiering (12). Der er således en øvre grænse for, hvor meget det i praksis er muligt at øge aktiviteten. På den måde er budgetoverholdelse udgangspunktet for økonomistyringen i regionerne (12). Dette kan føre til et paradoks. Med budgetloven er det overordnede økonomistyringsmål budgetoverholdelse, og samtidig er finansieringskilderne delvist aktivitetsbestemte. Det betyder, at regionernes overordnede budgetstyringsmål tilsiger en afdæmpet aktivitetsvækst og incitament til omlægning til ambulans behandling og færre besøg, mens finansieringselementet fra den kommunale medfinansiering og den aktivitetsafhængige statsfinansiering giver incitament til så høj aktivitet som muligt og dermed ikke incitament til at omlægge til ambulans behandling og færre besøg.

3.1.2 Økonomistyring af regionernes egne offentlige sygehuse

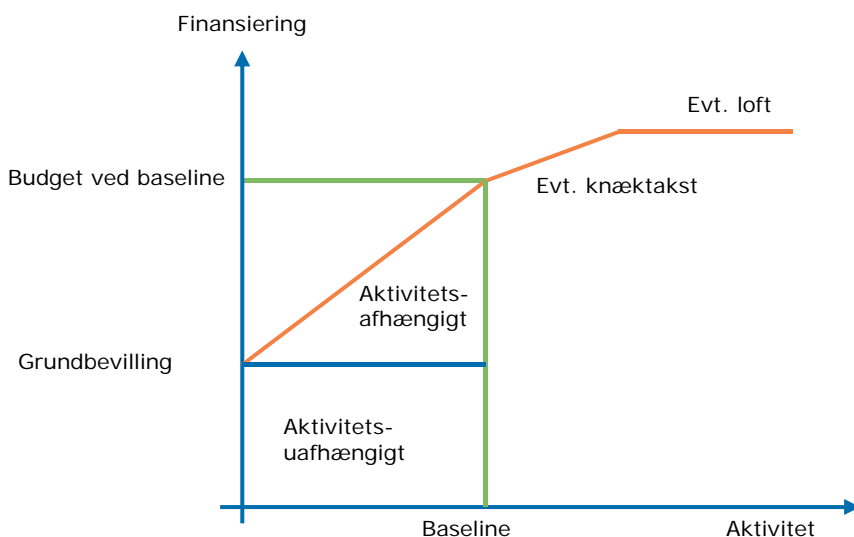
Regionerne har inden for de økonomiske rammer og krav et betydeligt råderum i styringen af sygehusene. Der er flere modeller for, hvordan regionerne afregner de enkelte offentlige sygehuse (11). I Bilagsfigur 1.2 er opstillet de forskellige regionernes takststyringsmodeller af sygehusene i 2012. Der sker hele tiden løbende forandringer i takststyringsmodellerne, men her er lavet en sammenlignelig tabel for 2012, som viser, at der er store forskelle i marginalafregningerne på de forskellige offentlige sygehuse. Generelt er der dog nogle fælles træk for, hvordan regionerne styrer sygehusene. Typisk har regionerne flere af følgende elementer i deres styringsmodel (10,11): grundbevillinger, takstafregning, evt. variable afregningstakster (knæk-takster) og afregningsløfter. Afsnit 4.2 uddyber de budgetmæssige udfordringer ved at sætte sundhedsydelse i udbud.

Figur 3.2 illustrerer princippet i regionernes afregning af egne sygehuse. Regionerne har mange forskellige afregningsmetoder i forhold til deres regionale sygehuse – herunder forskellige former for aktivitetsstyringsmodeller. Figur 3.2 giver blot et indblik i de forskellige elementer, som styringsmodellerne har. Grundbevillingerne eller rammebevillingerne fra regionerne til de regionale sygehuse er uafhængige af sygehusets aktivitet men har udgangspunkt i en lokal vurdering af omkostninger, specialeplan, produktivitet, patientmix mv. Formålet med en grundbevilling er at finansiere sygehusenes faste udgifter, som ikke varierer med antallet af patienter, og give sygehusene mulighed for at håndtere en stor heterogenitet af patienter i form af mange akutte eller tunge patienter inden for afregningstaksten.

Ud over grundbevillingen kommer en variabel del, hvor afregningen til sygehusene stiger med aktiviteten efter en fastsat takst. Afregningstaksten er typisk defineret som en procentdel af

den officielle DRG-takst. Denne takstafregning af sygehusene fortsætter, indtil et bestemt aktivitetsmål (baseline) er opnået. De offentlige afdelinger vil altså typisk have en aftale om, hvilken aktivitet de skal levere, og inden for hvilket budget denne aktivitet skal leveres (budget ved baseline). Hvis sygehusene ikke når baseline, vil de få mindre i takstfinansiering. Denne takstfinansieringsandel vil typisk være mindre end den, der skulle betales til et privat hospital igennem udbud, da de private hospitaler ikke har en grundbevilling. Grundbevillingen er afhængig af, hvordan regionerne har valgt afregningsmetoderne på de enkelte sygehuse og afdelinger.

Figur 3.2 Illustration af takststyringsmodel af sygehusene



Kilde: (10,13)

Note: Illustrationen er en løs skitse, som ikke tager højde for de faktiske andele af blok- og aktivitetstilskud.

I nogle regioner kan sygehusene stadig øge indtægterne, efter baseline er nået, dog ofte til en lavere takst – en såkaldt knæktakst. Knæktaksten gælder, indtil budgetloftet nås, hvilket sikrer, at takstafregningen til sygehusene ikke overskrider et vist niveau og dæmper aktivitetsudviklingen (11). Efter sygehuset har nået budgetloftet, øges sygehusenes indtægter ikke ved øget aktivitet, og regionerne har dermed mulighed for at holde sig inden for budgetrammen. Bilagsfigur 1.2 illustrerer, at marginalafregningerne er forskellige på de offentlige sygehuse, og at nogle sygehuse får en lavere andel af DRG efter baseline end før.

3.1.3 Økonomistyring af private sygehuse

Til sammenligning får de private samarbejdssygehuse og aftalesygehuse udelukkende en takst pr. undersøgelse, behandling, udredningsforløb eller behandlingsforløb og får dermed ikke en grundbevilling fra regionerne.

- *Aftalesygehuse* får en såkaldt DUF-takst, som er forhandlet mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK), når de behandler patienter gennem det udvidede frie sygehusvalg.
- *Samarbejdssygehuse* får en takst fastlagt på baggrund af forhandlinger mellem regionen og den private leverandør (en såkaldt udbudstakst), eller i tilfældet med de foreningsejede specialsygehuse efter en driftsoverenskomst. Udbudstaksten skal dog – som nævnt – ikke i udgangspunktet dække forpligtelser som forskning, akutfunktioner og uddannelsesforløb, som kun er gældende på offentlige sygehuse. Derimod skal den dække udgifter til afskrivninger, moms, investeringer mv., som regionens egne sygehuse ikke har (1,7).

Derved er der tale om en svagere grad af takstfinansiering af de offentlige sygehuse end for de private leverandører, da den takstfinansierede del af den samlede finansiering udgør en mindre del (13). Hvis udbud ligger inden for et område, hvor der er ledig kapacitet på de private sygehuse, således at de vil sælge til marginalomkostningen, så er der teoretisk set ikke forskel på marginalen mellem private og offentlige sygehuse. Dog er der forskel på marginen, hvis udbud tænkes større, da private sygehuse ikke i længden kan klare sig udelukkende på marginalomkostninger og vil blive nødsaget til at udvide deres kapacitet (se mere i afsnit 4.4 om skalerbarhed).

I de følgende afsnit beskrives potentielle udfordringer ved udbud grundet forskelle i økonomistyringen af private og offentlige sygehuse.

4 Mulige styringsmæssige udfordringer ved udbud

Det forrige kapitel har beskrevet vigtige rammevilkår og forpligtelser, og hvordan forskellige instanser bliver afregnet af regionerne. Dette er en vigtig forståelse, da afregningen går væk fra rammefinansiering mod mere takstfinansiering, og der skal tages højde for overordnede krav (fx produktivetskrav), når sundhedsydelse sættes i udbud. Dette kapitel vil uddybe de potentielle udfordringer ved offentlige udbud under de givne rammevilkår.

4.1 Produktivetskrav på afdelingsniveau

Dette afsnit vil først gennemgå, hvordan produktivetskravet på 2 % påvirker de offentlige afdelinger samt gennemgå udviklingen af de aftalte økonomiske forudsætninger. Disse to forhold giver en forståelse for, hvorfor overholdelse af produktivetskrav med samtidig aktivitetsafgivelse på afdelingsniveau kan være vanskelig.

Produktivetskrav på 2 % på afdelingsniveau

Regionerne er bundet af et 2 % produktivetskrav, hvilket i de fleste tilfælde gives videre til sygehusene igennem fastsættelsen af baseline, se Bilagsfigur 1.2. I beregningen af baseline er produktivetskravet ofte indbygget ved at øge baselineaktiviteten uden at øge grundbevillingen tilsvarende. Det vil sige, at sygehusene skal øge deres aktivitet på afdelingerne med 2 % inden for samme budget, hvis de ikke vil fyre personale, nedlægge behandlinger eller kan opnå den øgede produktivitet på anden vis. Kravene fra økonomiaftalerne går altså hele vejen ned til de enkelte afdelinger¹. Produktivetskravene kan dog sagtens variere mellem afdelingerne, idet sygehusedelserne igennem aftaler med afdelingsledelserne afgør produktivetskrav for de enkelte afdelinger. Kravene på afdelingsniveau kan være vanskelige at overholde samtidig med afgivelse af aktivitet igennem udbud. Dette uddybes efter gennemgangen af udviklingen i de økonomiske forudsætninger i økonomiaftalerne mellem regionerne og regeringen.

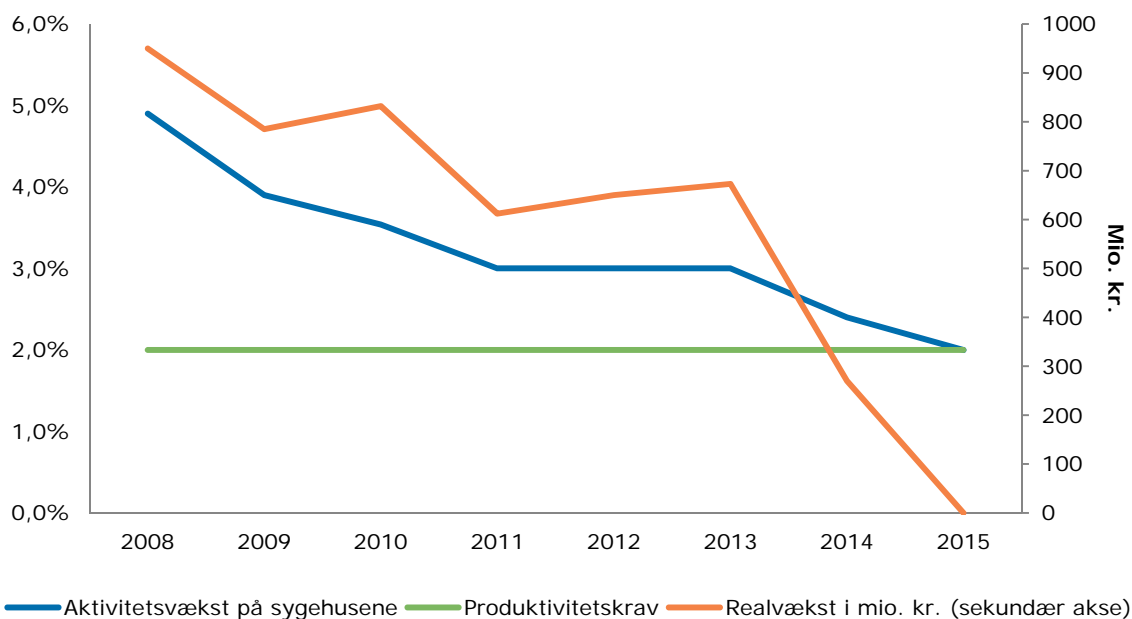
Udviklingen i de aftalte økonomiske forudsætninger

Figur 4.1 viser de aftalte økonomiske forudsætninger på sygehusområdet i økonomiaftalerne fra 2008 til og med 2015 (12). Figuren viser den aftalte aktivitetsvækst på de offentlige sygehuse, som skal tilvejebringes af produktivetskravet på 2 % og et aftalt realløft. Hvis den faktiske aktivitetsvækst overstiger den aftalte aktivitetsvækst, skal finansieringen ske gennem øget produktivitet. Størrelsen på aktivitetsvæksten og summen af realvæksten og produktivetskravet stemmer ikke nødvendigvis overens år for år. Mange faktorer spiller ind, herunder udligning af balancer fra forrige år, strejker og fastsættelsen af DRG-takster.

Det ses, at den aftalte vækst og realløftet på sygehusområdet er faldende. I økonomiaftalen mellem regionerne og regeringen for 2013 blev en aktivitetsvækst på 3 % aftalt, finansieret af 2 % produktivetskrav og et økonomisk løft på 673 mio. kr. I 2014 faldt det økonomiske løft til 276 mio. kr. (12). I den nyeste økonomiaftale for 2015 er der end ikke aftalt et realløft af det regionale sundhedsområde, da der er fastlagt en aktivitetsvækst på 2 %, som alene skal finansieres af kravet om en løbende årlig produktivetsvækst på 2 %.

¹ I regionerne findes både tilfælde, hvor produktivetskravet på 2 % videregives direkte til regionens sygehuse, og tilfælde, hvor produktivetskravet fastsættes forskelligt fra sygehus til sygehus på baggrund af den tidligere produktivitet. Sidstnævnte kan betegnes som differentieret produktivetskrav.

Figur 4.1 Aftalte økonomiske forudsætninger vedrørende sygehusområdet i økonomiaftalerne for 2008-2015



Kilde: Økonomiaftaler mellem Danske Regioner og Regeringen 2008-2015. Kan findes på: <http://regioner.dk/Økonomi/Økonomiaftaler.aspx>

Faldende realløft, overholdelse af produktivetskrav og aktivitetsafgivelse

Uagtet realløftets størrelse er produktivetskravet en forudsætning. Dog er produktivetskravet fra økonomiaftalerne nemmere at overholde for sygehusene jo højere realløftet er, hvor det typisk er lettere at producere fx 5 % mere med 3 % flere ressourcer, end det er lave den samme produktion med 2 % færre ressourcer. Det skyldes, at basisomkostninger til akutberedskab, uddannelse mv. allerede er betalt, hvorfor den marginale produktionsomkostning er billigere end den gennemsnitlige produktionsomkostning, hvis der ikke er væsentlige flaskehalse i produktionen. Den præcise størrelse på marginalomkostningerne (omkostningen for én ekstra enhed) kendes dog ikke.

I det følgende antages det, at marginalomkostningerne på et givent tidspunkt for en given patientgruppe ligger på omkring 50 % af de gennemsnitlige enhedsomkostninger på de offentlige sygehuse, bl.a. på grund af at privathospitalerne allerede kan have afholdt basisomkostninger for at kunne behandle private forsikringspatienter. Marginalomkostningen vil naturligvis være varierende i forhold til tidspunkt og patientgruppe. En beregning fra 2011 viste, at den gennemsnitlige udbudstakst under regionernes daværende udbudsftaler lå på 48 % af DRG-taksten, som er et udtryk for de gennemsnitlige enhedsomkostninger (7). Generelt ligger udbudstakster på et niveau på 40-80 % af DUF-taksten (1). Udbudstaksterne kan i nogle tilfælde ses som et udtryk for marginalomkostningerne.

Under denne antagelse burde sygehusene i 2013 alt andet lige kunne øge aktiviteten med 2 % på marginalen udelukkende ved at bruge realløftet på 673 mio. kr., som svarer til 1 % af den samlede DRG-produktionsværdi. Kravet til aktivitetsvæksten inkl. produktivetsforbedringen var på 3 %, og dermed kunne sygehusene alt andet lige overholde kravene i økonomiaftalen ved reelt at øge produktiviteten med kun 1 %.

I 2014 ser det anderledes ud, da realløftet på 276 mio. kr. (svarende til ca. 0,4 % af den samlede DRG-produktionsværdi) kun giver et muligt aktivitetsløft på 0,8 % under antagelsen om marginalomkostninger på 50 %. De resterende 1,6 % for at overholde førnævnte krav om en

aktivitetsvækst på 2,4 % skal dermed findes ved at skære i afdelingernes budget eller øge aktiviteten, fx igennem produktivetsforbedringer. Aktivitetskravet er altså sværere at opnå i dag end tidligere, hvilket er centralt, idet overholdelse af aktivitetskravet er essentielt for økonomistyringen. I princippet kan produktivetskravet også løses ved at skære markant ned på de offentlige sygehuse under forudsætning af, at de private sygehuse kan levere ydelserne under de offentlige sygehuses produktionsomkostninger. I praksis kan det dog være vanskeligt samtidig med, at den eksisterende sygehusstruktur opretholdes, ligesom det kan udfordre det offentlige sygehusvæsens forsyningspligt.

I 2015 er der ikke aftalt et realløft, hvilket betyder, at afdelingerne skal finde 2 % produktionsforbedringer uden at kunne bruge realløftet til at øge aktiviteten.

Det faldende realløft gør dermed, at produktivetskravet fra økonomiaftalerne bliver sværere at overholde. Afgivelse af aktivitet ved offentlige udbud kan potentielt gøre det endnu vanskeligere at overholde produktivetskravet, da det vil være sværere at øge aktiviteten ude på sygehusafdelingerne. Udbud af sundhedsydelser har derved den mulige konsekvens, at de offentlige sygehuse har sværere ved at overholde produktivetskravet på 2 %, hvilket kun forstærkes af, at realløftet på sygehusområdet er faldende. Næste afsnit vil uddybe dette yderligere.

4.2 Budgetkontrol og potentielt mindre offentlige sygehuse

Først skal det nævnes igen, at udbud af sundhedsydelser til private leverandører kan være et strategisk valg, hvis de kan tilbyde lavere takster end offentlige sygehuse, og organisering og styringsmekanismer tillader det. Det kan dog være et problem, hvis private sygehuse varetager aktivitet, som ikke erstatter aktivitet på offentlige sygehuse, for så vil regionerne samlet set finansiere en højere aktivitet end det forudsatte. Det vil implicere, at når aktiviteten i det private stiger, vil aktiviteten ikke falde i det offentlige. Med en løbende tilgang af patienter samt det faktum, at ventelister findes, vil ovenstående ofte være tilfældet. Altså vil 1.000 ekstra patienter behandlet i det private, ikke betyde 1.000 patienter færre behandlet i det offentlige. Det vil i stedet potentielt betyde flere behandlet alt i alt (offentligt plus privat). En vækst i antallet af patienter, der behandles privat, kan derved de facto fungere som et højere (og ufinansieret) aktivitetskrav. Det vil presse de offentlige sygehuses aktivitet yderligere, hvilket kan finansieres via lavere udgifter på sygehusene (fx mindre personale) eller via produktivetsforbedringer. En mulig konsekvens af en betydelig stigning i brugen af udbud kan derfor være, at regionen må fjerne midler fra egne sygehuse, og dermed et incitament til at reducere brugen af privathospitaler mest muligt, hvis man ønsker at undgå besparelser på de enkelte sygehuse.

Hvis det er muligt for afdelingerne at opnå 2 % produktivetsforbedring og samtidig sende patienter til private leverandører, kan det også gå ud over budgettet. Det skyldes, at afregningsloftet, som er centralt i styringen af de samlede udgifter til regionens egne sygehuse, ikke umiddelbart videreføres til ydelser, der sendes i udbud, da der vil være en takstafregning. Udbuddet af sundhedsydelser til private leverandører kan derved medføre mindre budgetsikkerhed (13).

Andelen af offentligt finansieret aktivitet, der udføres af private sygehuse, var 1,3 % i 2012 (1). Så længe de private leverandører kun fylder en afgrænset mængde af den samlede aktivitet på sygehusområdet, kan regionerne stadig styre budgettet, men hvis en stigende andel af patienterne benytter de private tilbud, samtidig med at de offentlige afdelinger overholder 2 % produktivetsforbedringer, så vil regionerne potentielt have svært ved at overholde deres budgetramme inden for de rammevilkår, der er opstillet i dag.

4.3 Ventelister

De enkelte afdelinger kan komme i problemer, når de skal afgive en del af den samlede aktivitet til private leverandører igennem udbud og samtidig øge aktiviteten med 2 % på de offentlige sygehuse. Hvis regionen har et kapacitetspres, som gør, at den er nødsaget til at benytte privathospitalerne efter to måneder, vil en besparelse i forhold til DUF-taksten opnås, hvis udbudstaksten er mindre end DUF-taksten. Udbud til eller partnerskaber med private samarbejds-sygehuse kan hermed medføre økonomiske besparelser, da regionen ikke skal købe ydelserne til DUF-takst. Denne besparelse vil altså være til stede i dette tilfælde uanset regionens egne sygehuses marginalomkostninger ved behandlingen – under antagelse af, at efterspørgslen ikke øges (indikationsskred).

Netop derfor bruges udbud af sundhedsydelser ofte, når der opstår ventelister på de offentlige sygehuse, da afdelingerne via produktionsforbedringer eller udnyttelse af realløft i disse tilfælde har mulighed for at imødekomme kravet om øget aktivitet på 2 %, samtidig med at private leverandører af sundhedsydelser kan byde ind. Udbud af sundhedsydelser sker i dag altså primært for at sikre overholdelsen af det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning, da det er mest hensigtsmæssigt for de offentlige sygehuse at lave udbud på ydelser med ventelister.

4.4 Skalerbarhed og potentielle kapacitetsbegrænsninger

Hvis udbuddet af sundhedsydelser grundlæggende øges, og aktivitet reelt flyttes fra offentlige til private hospitaler, vil det betyde en reducere af de offentlige sygehuse, i så fald at udbuddene udvides til området, hvor der ikke er lange ventelister. Grundlaget for en sådan beslutning vil være, at behandlingerne er billigere hos de private leverandører. Dog kan der opstå bekymringer om, hvorvidt marginalomkostningerne og derved priserne hos de private leverandører er skalerbare, hvis udbudsmængden øges markant. Der kan også være kapacitetsbegrænsninger i det private. Derfor vil udbud også typisk være begrænset til områder, hvor der allerede er private aktører, da de private aktører ellers ville skulle opbygge kapacitet og potentielt være dyrere end det offentlige, der allerede har kapacitet. Hvis det ikke er tilfældet, kan regionen komme i problemer både i forhold til budgetoverholdelse og forsyningspligt.

Som nævnt kan privathospitalerne have en overkapacitet. Ventetidsaftalerne for patienter med forsikringspolice er kortere end det offentlige sundhedsvæsens ventetidsgarantier, hvorfor det kræver overkapacitet at kunne imødegå udsving i efterspørgslen. Endvidere er de private hospitaler relativt små i Danmark, hvorfor det kan være svært at udnytte kapacitet på nødvendigt større apparatur som scannere mv. Endelig har det offentlige brug af privathospitalerne udvist en generelt faldende tendens siden 2010. Overkapacitet vil generelt kunne tilbydes til priser betydeligt under sygehusets gennemsnitsomkostninger. Da udbud i dag har et meget begrænset omfang, er det sandsynligt, at de priser, der observeres, er påvirket af, at der er tale om kapacitet, som med den eksisterende struktur ikke kan anvendes effektivt på andre måder. Spørgsmålet er derfor, hvor skalerbare de eksisterende udbudspriser er, hvis de private leverandører skal investere i ny kapital og dermed øge deres basisomkostninger. Da der ikke er adgang til data om privathospitalers regnskabsdata eller data om gennemsnitlig belægningsprocent mv., er det ikke muligt at belyse emnet systematisk.

Prisen hos de private leverandører skal altså være skalerbar ved en øget aktivitet, da en grundlæggende øget mængde udbud kan betyde en reducere på de offentlige sygehuse, såfremt udbuddene udvides til områder, hvor der ikke er lange ventelister. Hvis det ikke er tilfældet, vil gevinsten i forhold til at holde aktiviteten på de offentlige afdelinger være usikker.

4.5 Incitamenter

Dette kapitel vil ikke gå i detaljer med eventuelle incitamentsproblemer men blot nævne, at en generel bekymring med takststyringsmodeller er, at de kan være medvirkende til at skabe et for entydigt fokus på aktivitet, hvilket kan betyde mindre fokus på, om aktiviteten er optimal både klinisk og omkostningseffektivt (10). Der kan være en bekymring for, at den større grad af takststyring hos de private kan føre til en større grad af utilsigtede adfærdsmæssige virkninger (10).

5 Konkluderende bemærkninger

Regionerne har mulighed for at indgå udbudsaftaler om sundhedsydelser, såfremt det vurderes, at de udbudstakster, der kan opnås, er lavere end DUF-taksterne, som indgås under det udvidede frie sygehusvalg; at prisgevinsten kan dække transaktionsomkostningerne ved at lave et udbud, og at patienterne ønsker at tage imod et sådan tilbud. Derudover kan regionerne også indgå udbudsaftaler, hvis kvaliteten vurderes bedre, end det der tilbydes på offentlige sygehuse, og det samtidigt er muligt at opretholde forpligtelser til uddannelse, forskning og akutfunktioner. Visse kvalitetskrav eller geografiske hensyn kan dog indebære fravigelser fra at indgå i udbudsaftaler. Hvis regionen har et kapacitetspres, som gør, at den er nødsaget til at benytte privathospitaler efter to måneder, vil en besparelse i forhold til DUF-taksten opnås, hvis udbudstaksten er mindre end denne takst. Udbud til eller partnerskaber med private samarbejdsygehuse kan hermed medføre økonomiske besparelser, da regionen ikke skal købe ydelserne til DUF-taksterne. Besparelsen vil altså være til stede i dette tilfælde, uanset regionens egne sygehuses omkostninger ved behandlingen, forudsat der er tilstrækkelig volumen til mindst at dække transaktionsomkostningerne ved udbuddet.

Det lyder simpelt at sætte ydelser i udbud, hvis private leverandører kan udbyde sundhedsydelser til halv pris (7), men i praksis er det mere kompliceret. Selv hvis regionerne kender deres egne marginalomkostninger og derved kan sammenligne egne omkostninger med udbudstaksten, vil rammevilkår, forpligtigelser og styringsmæssige rammer indebære nogle barrierer for udbudskonkurrencen. Organisering og strukturobygning i det eksisterende offentlige sundhedsvæsen kan give praktiske udfordringer i forhold til budget- og kvalitetskontrol. De offentlige sygehuse er underlagt krav om budgetoverholdelse og samtidige produktivits- og aktivitetsstigninger, som kan modarbejde hinanden, især hvis sygehuse samtidig skal afgive aktivitet til private sygehuse. Derudover skal sygehuse understøtte forsyningspligt, uddannelse og akutberedskab, hvilket kræver en vis form for kapacitet. Modsat kan det give problemer med budgetoverholdelse, hvis afgivelse af aktivitet til private sygehuse ikke erstatter aktivitet på offentlige sygehuse og dermed blot skaber en ekstra aktivitet.

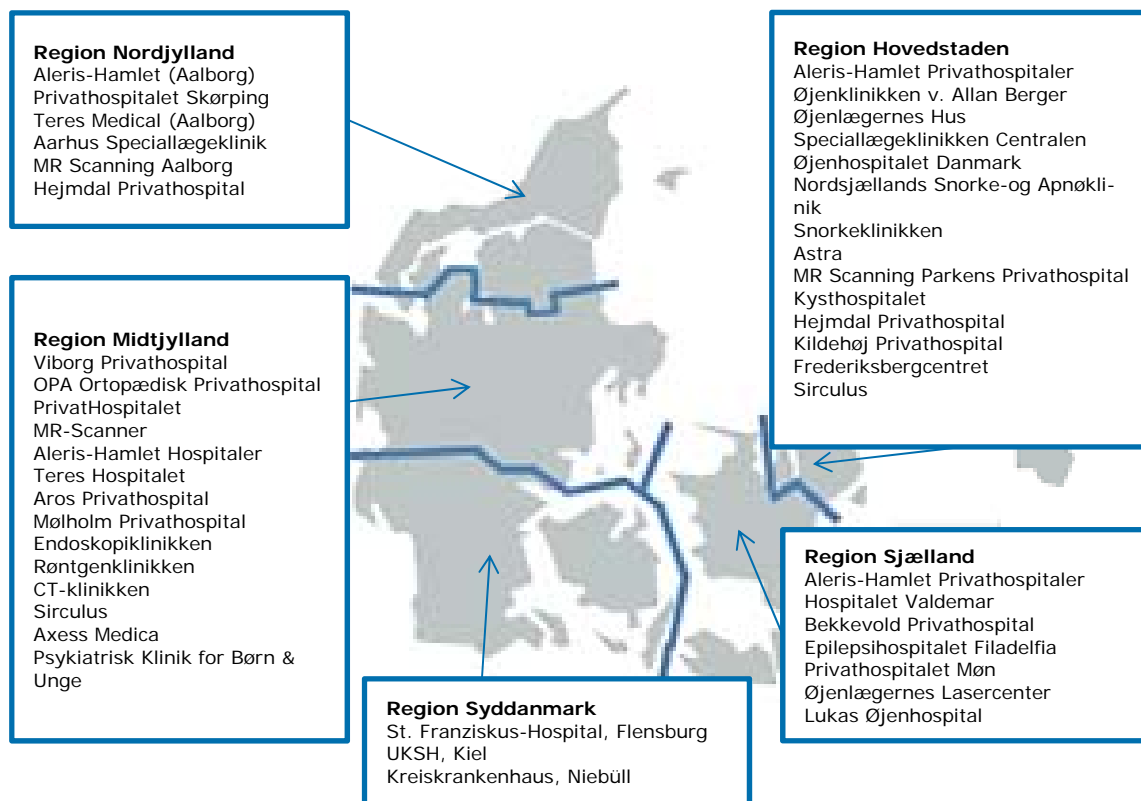
Usikkerhed om fremtidig efterspørgsel efter de specifikke sundhedsydelser og afsmittende effekter på resten af sygehusdriften gør altså, at overvejelserne ikke kun omhandler marginalomkostninger og takster. Det handler også om forhold som skift af styringsmodel til mere takstafregning, praktiske forhold som opnåelse af produktivits- og aktivitetskrav, hvilke ydelser der kan defineres specifikt, hvilke incitamentsforvridninger der skal tages med i overvejelserne og en række organisatoriske forhold.

Dermed ikke være sagt, at konkurrence på sundhedsområdet ikke er mulig og i mange tilfælde oplagt. Anvendelse af udbud kan under de rigtige betingelser og i rette rammer medføre en mere effektiv ressourceanvendelse (10). Sundhedsydelsen skal være definerbar, flere udbydere skal kunne levere ydelsen, og der skal være den rette afvejning af geografisk dækning og forsyningsikkerhed. Derudover forbedres sandsynligheden for, at udbud er praktisk muligt, hvis de private leverandører har overkapacitet, og der er lange ventelister på behandlinger på de offentlige sygehuse, da afdelingerne har mulighed for at imødekomme kravet om øget produktivitet på 2 %, samtidig med at private leverandører af sundhedsydelser kan byde ind på opgaverne. Private sygehuse kan vælge at udbygge kapacitet i forbindelse med offentlige udbud, hvilket dog på sigt kan rykke ved marginalomkostningerne og derved priserne hos de private leverandører. Der kan altså også være kapacitetsbegrænsninger i det private.

Strategiske udbud af sundhedsydelser vil kunne øge effektiviteten og sikre overholdelsen af det udvidede frie sygehusvalg. I hvilket omfang vil dog afhænge af, hvordan udbuddet organiseres, påvirkningen på de offentlige sygehuses øvrige drift samt skalerbarheden af de private sygehuses udbudstakster. Formodentlig vil det kræve forandringer i forhold til eksisterende rammevilkår, hvis brugen af udbud skal øges væsentligt.

Bilag 1

Bilagsfigur 1.1 Samarbejdssygehuse fraregnet foreningsejede specialsygehuse fordelt på de fem danske regioner, 2014



Note: Samarbejdssygehuse pr. 5. december 2014.

Kilde: Regionernes egne hjemmesider, 2014.

Bilagsfigur 1.2 Regionernes takststyringsmodeller i 2012

Region	Områder	Afregning indtil baseline	Afregning over baseline	Afregning over puljen	Produktivitetstkrav
Hovedstaden	Somatik	Basisbevilling	Kun efter konkret forhåndsgodkendelse af udvidelse	0 %	2 %
Sjælland	Somatik	Grundbevilling på 30 % og afregning til 70 % fra første patient	70 % op til en fastsat grænse og derefter 55 % indtil loftet	0 %	Differentieret henholdsvis 2 og 4 %
Syddanmark	Kirurgiske elektive	Basisbevilling	55 %	55 %	Differentieret - dog samlet 2 %
	Akutte og medicinske elektive		0 %	0 %	
	Særlige ydelser		Visse ydelser afregnes særskilt til en anden takst		
Midtjylland	Somatik	Basisbevilling	+/- 50 %	0 %	2 %
Nordjylland	Somatik	Basisbevilling	+/- 50 %	0 %	2 %
	Medicinske indlagte og skadestuebesøg		0 %		

Note: Tabellen viser ikke en opdateret tabel over de nuværende takststyringsmodeller i regionerne, men giver et indblik i, hvilke elementer regionernes takststyringsmodeller kan indeholde, og at der er regionale forskelle.

Kilde: (10,11).

Litteratur

- (1) Danske Regioner mv. Baggrundsrapport. Afregning med private sygehuse. København: Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
- (2) Rigsrevisionen. Beretning til Statsrevisorerne om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse. København: Folketinget; 2009.
- (3) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om indgåelse af behandlingsaftaler efter de udvidede fritvalgsordninger m.v. 23/12/2012; BEK nr. 1437.
- (4) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2007.
- (5) Nielsen CT, Svendsen KR, Rubak JM. Orientering om den nye udredningsret. Tilgængelig på: sundhed.dk; 2013.
- (6) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Vejledning om udmøntning af sundhedslovens § 208 om specialeplanlægning. 2008.
- (7) Holstein MA. Regionernes udbud af sundhedsydelser. København: CEPOS; 2011.
- (8) Pedersen KM. Sundhedsøkonomi. København: Munksgaard; 2013.
- (9) Williamson OE. Examining economic organization through the lens of contract. *Industrial and Corporate Change* 2003; 12(4):917-942.
- (10) Danske Regioner mv. Bedre Incitamentter i sundhedsvæsenet. København: Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
- (11) Danske Regioner. Styr på regionernes økonomi. København: Danske Regioner; 2012.
- (12) Økonomiaftale. Aftale om regionernes økonomi for 2014. København: Regeringen og Danske Regioner; 2013.
- (13) Jakobsen MLF, Kristensen SR. Appendiks til rapporten "Takster i faste rammer". Teoretisk og metodisk baggrundsnotat. Takstafregning af sygehuse: Definition, konkretisering og måleudfordringer. Aarhus & Odense: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet & COHERE – Centre of Health Economics Research, Syddansk Universitet; 2012.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00