

---

# Udfordringer for økonomistyring på sygehusområdet

Oktober 2009

**KREVI.**

Denne rapport giver et aktuelt billede af de vigtigste udfordringer for regionernes økonomistyring på sygehusområdet.

Rapporten giver regionerne og andre interesserede et overblik over, hvad udvalgte ledere i regionerne samlet set vurderer, er de vigtigste aktuelle udfordringer for økonomi og planlægning på sygehusområdet. Overblikket kan inspirere regionerne i deres prioritering af ressourcer til den fremtidige udvikling af økonomistyringen og vilkårene for denne. KREVI vil selv bruge projektets viden til at fokusere og prioritere vores fremtidige projekter indenfor økonomistyringsområdet.

Undersøgelsen er gennemført af projektleder Rasmus Dørken og projektdeltager Eli Nørgaard.

KREVI ønsker at takke regionerne, der alle har stillet sig til rådighed og givet os spændende indsigter.

KREVI, oktober 2009  
Torben Buse  
Direktør

**KREVI.**

Olof Palmes Allé 19  
8200 Århus N  
[www.krevi.dk](http://www.krevi.dk)  
[post@krevi.dk](mailto:post@krevi.dk)

T: 7226 9970

ISBN 978-87-92258-30-4 (elektronisk version)

Grafisk design: Designit

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1 RESUME .....</b>	<b>4</b>
<b>2 FORMÅL .....</b>	<b>6</b>
<b>3 ØKONOMISTYRING I PERSPEKTIV .....</b>	<b>7</b>
3.1 ØKONOMISTYRING – FRA INPUT TIL EFFEKTER .....	7
3.2 ØKONOMISTYRING – DEN ORGANISATORISKE KONTEKST .....	8
3.3 EN FÆLLES FORSTÅELSE .....	9
<b>4 METODE .....</b>	<b>10</b>
4.1 AFGRÆNSNING .....	10
4.2 ANALYTISK TILGANG .....	10
4.3 UDVÆLGELSE AF INTERVIEWPERSONER .....	12
4.4 FREMGANGSMÅDE I INTERVIEW .....	12
<b>5 RESULTATER AF PRIORITERINGSØVELSE .....</b>	<b>14</b>
5.1 DE VIGTIGSTE UDFORDRINGER .....	17
5.2 KOMMENTARER TIL RESULTATERNE .....	19
5.3 REGIONALE FORSKELLE .....	24
<b>6 VIGTIGE ØKONOMISTYRINGSUDFORDRINGER – 2. HALVLEG .....</b>	<b>25</b>
6.1 KOMMENTARER TIL RESULTATERNE .....	26
<b>7 UDVALGTE UDFORDRINGER .....</b>	<b>28</b>
7.1 EFTERSPØRGSELSPRES, PRIORITERING OG PRODUKTIVITETSUDVIKLING .....	28
7.2 RAMMER FOR DECENTRAL ØKONOMISTYRING .....	31
<b>BILAG 1 TABEL- OG DIAGRAMBILAG .....</b>	<b>35</b>
<b>BILAG 2 INDHOLDSRESUME AF ALLE UDFORDRINGER .....</b>	<b>40</b>

////////////////////////////////////

# 1 RESUME

*"Vi er faktisk heller ikke interesserede i, at Danmark kommer til at bruge hele nationalproduktet på sygehusene"*

Ledende overlæge

Økonomistyringen på de danske sygehuse er presset af en stadigt stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse og af en stor vækst i bekostelige behandlingsformer. De danske sygehuse skal dæmme op for dette pres ved hjælp af strukturelle omstillinger, procesoptimering og produktivitetsudvikling. Og ikke mindst ved at sætte fokus på, at det er nødvendigt at prioritere blandt de mulige behandlingsformer.

Det er hovedkonklusionen i dette projekt, hvor vi har undersøgt, hvad regionernes økonomidirektører og sygehusenes økonomichefer og afdelingsledere ser som de største udfordringer for økonomistyringen på sygehusområdet i de kommende år.

Undersøgelsen tegner et klart billede af, at der er særlige temaer indenfor økonomistyringsområdet, der vurderes til at være vigtigere end andre – og at temaerne varierer alt efter, om man er økonomidirektør, økonomichef eller afdelingsleder. De tre grupper er dog nogenlunde enige om de vigtigste udfordringer, og ud af tyve konkret beskrevne udfordringer blev følgende otte prioriteret højest:

- Håndtering af stigende efterspørgsel indenfor en fast økonomisk ramme
- Optimering af regionernes sygehusorganisation og -struktur
- Prioritering af behandlingsformer
- Rekruttering af personale
- Optimering af processer og arbejdsgange
- Sikring af god og brugbar ledelsesinformation
- Sikring af bedre datagrundlag til daglig planlægning
- Optimering af samarbejdet med kommuner og praktiserende læger

## *Forskelle*

Der er dog også forskelle i prioriteringerne. Eksempelvis mener afdelingslederne, at den centrale opgave med at skabe velfungerende ledelsesinformation mangler at blive løftet, mens økonomidirektører og økonomichefer mener, at opgaven allerede er delvist løftet. Afdelingslederne er også optagede af den administrative belastning ved diverse former for målstyring, mens de to andre grupper efterlyser flere og bedre mål.

Afdelingslederne var allermost optagede af problemer ved deres rammer for økonomistyring. Hermed menes rammer i form af takststyringsmodeller, men ikke mindst efterspurgt de hurtigere sagsbehandling og mindre usikkerhed om grundlæggende budgetrammer for deres økonomistyring.

*"Vi afdelingsledere betragtes som "stolt anarkistiske", men hør hvad vi efterspørger: rammer, styring og orden!"*

Ledende overlæge

Økonomidirektørerne er mere optaget af at kontrollere sygehusenes vikarforbrug end de to andre grupper. Blandt økonomidirektørerne var der endvidere stort fokus på sygehusenes omgivers påvirkning af økonomistyringen, eksempelvis den statslige regulering og bevilling af økonomiske midler.

Sygehusenes økonomichefer er særligt bevidste om, at der er brug for bedre og mere opdaterede datagrundlag til brug i den daglige planlægning på sygehusene. Endvidere er de særligt optagede af, hvor store sygehusenes styringsmuligheder reelt er. Der hersker i sundhedssektoren forskellige opfattelser af, i hvor høj grad sygehusene kan påvirke efterspørgslen efter sundhedsydelser, og i hvor høj grad de kan styre akutte indlæggelser.

## 2 FORMÅL

En af KREVI's kerneopgaver er at understøtte god og effektiv økonomistyring i kommuner og regioner. Det gør KREVI bl.a. ved at evaluere og indsamle viden om brugen af forskellige økonomistyringsværktøjer, og samtidig evaluere de rammevilkår kommunerne og regionerne er underlagt. Men det rejser spørgsmålet; hvor er der størst behov for viden om og evaluering af økonomistyringsværktøjer og rammer for økonomistyring? Hvor er de største udfordringer for kommunernes og regionernes økonomistyring, og hvilke dele af økonomistyringen er der særligt brug for at prioritere tid og ressourcer på at løse?

Disse spørgsmål har været KREVI's udgangspunkt for at kortlægge udfordringer for økonomistyringen i de danske regioner. Formålet med undersøgelsen har været at opnå overblik, indsigt og viden om aktuelle økonomistyringsudfordringer i landets regioner, og særligt at afdække de vigtigste og højest prioriterede udfordringer for økonomistyringen på sygehusområdet. Et afgørende mål med undersøgelsens resultater har været, at de skal kunne fungere som velfunderede og direkte afsæt for fokuserede og konkrete indsatser i regionerne.

Efter samråd med økonomidirektørerne i regionerne har undersøgelsen haft særlig fokus på økonomistyringsudfordringer på sygehusområdet. Dette dels for at afgrænse og præcisere projektet, dels for at bruge tid og ressourcer på det udgiftsmæssigt klart vigtigste område for regionerne.

KREVI gennemførte i vinterhalvåret 07/08 en analyse af udfordringer for kommunernes økonomistyring.<sup>1</sup> Arbejdet med projektet om udfordringer for kommunal økonomistyring viste sig brugbart og er blevet taget godt imod i kommunerne. Derfor var det naturligt at gennemføre en undersøgelse af regionernes økonomistyringsudfordringer, med et lignende design, dog tilpasset regionernes forhold.

Det fremadrettede perspektiv er centralt i undersøgelsen, og projektet skal som nævnt give regionerne mere viden om økonomistyring og muligheder for at prioritere fremtidige indsatsområder. Samtidig skal projektet medvirke til at fremme KREVI's mål om at levere ny viden, som kan understøtte regionernes økonomistyring. Det betyder, at KREVI vil bruge indtryk og resultater fra undersøgelsen som redskab til at fokusere og kvalificere fremtidige projekter, så vi vælger vigtige og efterspurgte undersøgelsesfelter.

---

<sup>1</sup> Se *Udfordringer for kommunal økonomistyring* (2008) på [www.krevi.dk](http://www.krevi.dk)

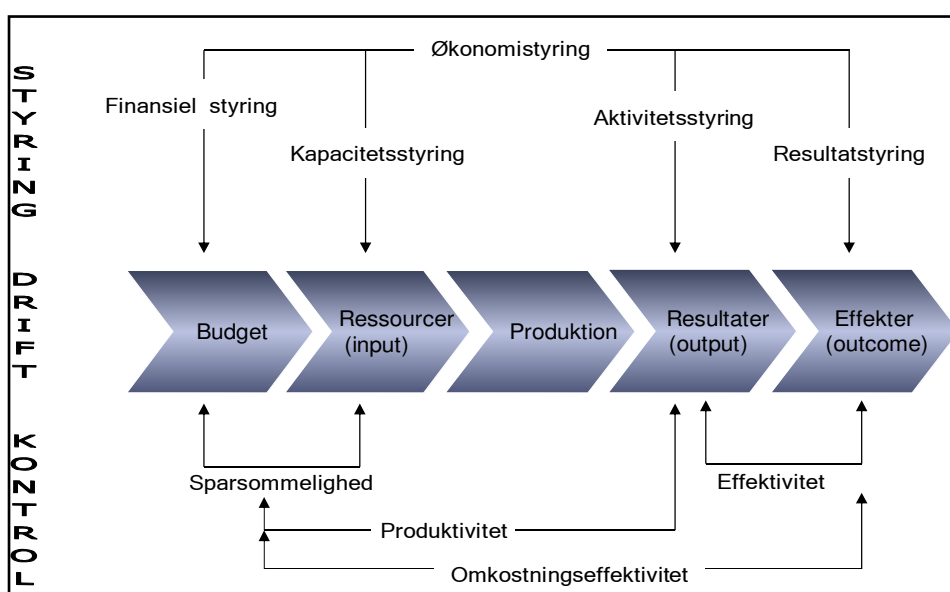
## 3 ØKONOMISTYRING I PERSPEKTIV

Økonomistyring som begreb er ikke en entydig størrelse. Derfor har KREVI ønsket at opstille en fælles referenceramme for drøftelserne af økonomistyring i dette projekt. I dette kapitel vil vi derfor præsentere to modeller for økonomistyring, som vi mener, hver især bidrager med centrale indsigter for at forstå og få greb om udfordringer for økonomistyring. Dernæst vil vi i det følgende kapitel redegøre for, hvordan vi konkret brugte modellerne i vores undersøgelse af økonomistyringsudfordringer.

### 3.1 Økonomistyring – fra input til effekter

Rolf Elm-Larsen (2007)<sup>2</sup> har udviklet en model for forvaltningsrevision. Den er præsenteret i figur 1.

Figur 1. En produktionsmodel for økonomistyring



Kilde: Elm-Larsen (2007)

Modellen i figur 1 fremhæver, at økonomistyring er en disciplin, der vedrører styringen af hele produktionen af offentlige ydelser. Dermed er økonomistyring hos Elm-Larsen en samlet betegnelse for styringsformerne, der knytter an til forskellige elementer af en regions produktion af serviceydelser. Økonomistyring rummer således styring af produktionens input, kapacitet- og aktivitetsstyring, samt resultatstyring.

Netop denne pointe er central for KREVIs tilgang til økonomistyring i projektet. Modellen benytter vi derfor til at understrege, at begrebet økonomistyring i denne kortlægning handler om styringen af alle dele af produktionsprocessen. Det overordnede formål med økonomistyring er derfor i denne optik at producere de bedst mulige resultater, billigst muligt. Disciplinen økonomistyring drejer sig om dette formål og om den fortløbende optimering og tilpasning for at fastholde og forbedre dette.

Elm-Larsens model afbilder også de indbyrdes forhold mellem de forskellige dele af den offentlige produktionsproces. Herfra fremkommer begreber som sparsommelighed, produktivitet og omkostningseffektivitet, der omhandler opfølgningen på de iværksatte produktionsprocesser. Det er en grundlæggende udfordring at tilvejebringe de informationer, der kan

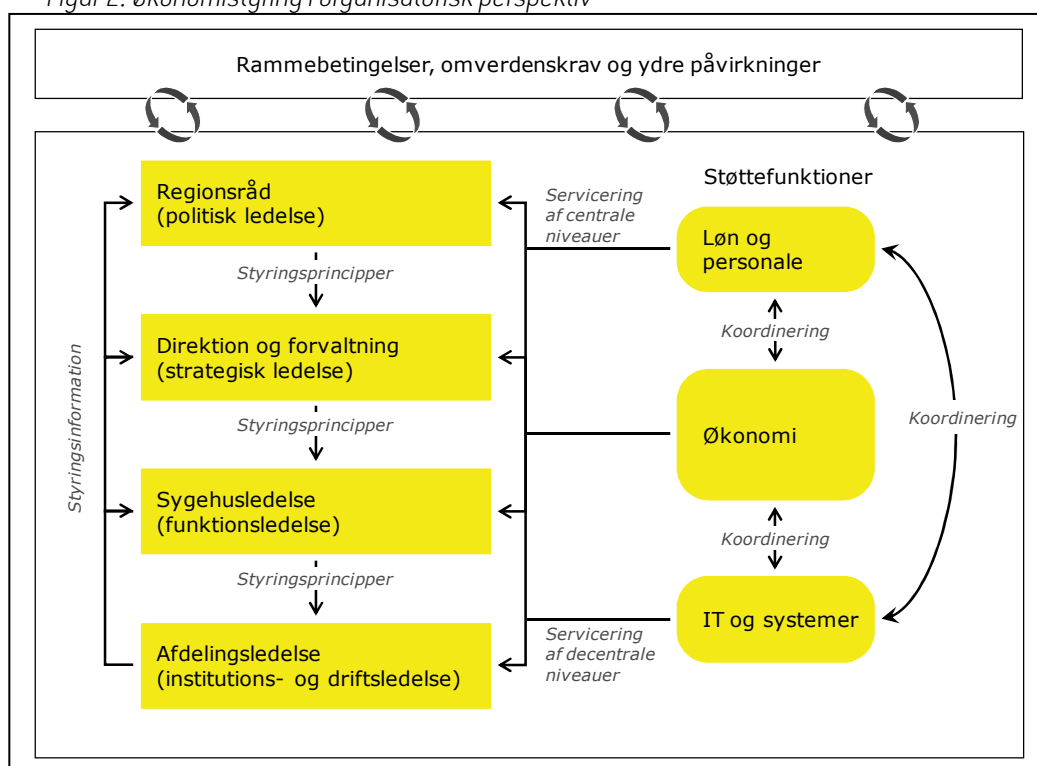
<sup>2</sup> Elm-Larsen, Rolf (2007). *Forvaltningsrevision*. Forlaget Samfundslitteratur.

sikre et pålideligt grundlag for fortløbende tilpasning og optimering af økonomistyringen. For opfølgningen er grundlæggende for den fremadrettede styring af ressourcerne, kapaciteten og aktiviteten på de forskellige serviceområder og derfor central at have med i en model for økonomistyring.

### 3.2 Økonomistyring – den organisatoriske kontekst

Elm-Larsens model fremhæver produktionsprocessen og knytter på oplysende vis økonomistyring til denne. Imidlertid er organisatoriske forhold også centrale for den praktiske, daglige økonomistyring i landets regioner. Decentrale opgave- og ansvarsfordelinger med samtidige forventninger om tværgående styring og koordinering, sammenholdt med at der skal være en servicering af de forskellige ledere med økonomisk ansvar, er eksempler på forhold, der er helt centrale for dagligdagen med økonomistyring i en region. Disse forhold har KREVI derfor inkorporeret i en organisatorisk model for økonomistyring i en region. Modellen er vist i figur 2.

Figur 2. Økonomistyring i organisatorisk perspektiv



Modellen tager udgangspunkt i en typisk organisatorisk opbygning, og derfor er der indtegnet et traditionelt ledeshierarki til venstre på tegningen. Den politiske ledelse er overordnet ansvarlig for regionernes økonomi, idet regionsrådene har til opgave at udstikke rammer for og forventninger til den samlede økonomiske styring. Videre skal den strategiske ledelse vedtage og fastlægge styringsprincipper og forretningsordener for sygehusene (og for andre decentrale enheder), der igen har ansvaret for sygehusets samlede økonomi, herunder den økonomiske styring af afdelinger og enheder indenfor sygehuset. Endelig har afdelingsledere et økonomisk ledelsesmæssigt ansvar for driften af egen afdeling. I denne sammenhæng fokuserer vi udelukkende på det økonomiske ansvar, men naturligvis indeholder de forskellige niveaurs ledelsesansvar også andre forhold end økonomi. Det er helt centralt, at de styringsprincipper, der sætter rammerne for forventningerne mellem de forskellige led i ledeshierarkiet, er tydelige, og at der leveres information om produktionen opad i systemet, så lederne på de forskellige niveauer kan træffe relevante beslutninger for produktionen af ydelser og for den samlede økonomi.



Imidlertid er samspillet mellem ledelserne og de økonomiske støttefunktioner også vigtigt for økonomistyringen. Disse elementer indgår til højre i modellen, hvor støttefunktionerne er udskilt fra den organisatoriske opbygning. Dette for at understrege, at understøttelsen af økonomistyringen hos ledere på alle niveauer ikke er en del af et ledelseshierarki. Det gælder i forhold til løn- og personaleforhold, økonomi og it-systemer. Støttefunktionerne er forbundet med pile, der understreger nødvendigheden af koordination mellem funktionerne. Eksempelvis kan der opstå udfordringer i at samordne understøttelsen fra en lønafdeling og en økonomiafdeling.

Sidst, har vi endvidere modelleret de ydre påvirkninger af en regions økonomistyring i form af statslig regulering og tilskud, ændrede demografiske betingelser, etc. Dette er naturligvis også afgørende for de udfordringer, en region står overfor.

### 3.3 En fælles forståelse

De to modeller for økonomistyring peger på hvert sit element ved økonomistyringen; at vi med begrebet økonomistyring refererer til styringen af hele produktionsprocessen fra input til effekterne af de regionale ydelser, og at udfordringer for økonomistyringen må ses i sammenhæng med de organisatoriske forhold i en given region. Begge forståelser er centrale pointer og for os at se nødvendige for at rumme alle udfordringer for økonomistyring. Derfor er begge modeller indeholdt i projektets begrebsmæssige referenceramme for økonomistyring.

## 4 METODE

Projektets formål er at tegne et bredt billede af økonomistyringsudfordringer på sygehusområdet. I dette kapitel vil vi redegøre for begrundelserne for projektets metodiske valg.

### 4.1 Afgrænsning

Regionernes opgaveområder består af sundhedsområdet, socialområdet og regional udvikling. Imidlertid varierer de tre opgaveområder meget i størrelse. Sundhedsområdet er langt det største, og regionerne havde i 2008 et samlet nettobudget på 85,5 mia. kr. på sundhedsområdet. Regionernes samlede nettobudget udgør ca. 90 mia. kr., hertil skal dog lægges, at socialområdet med et bruttobudget på ca. 5 mia. kr. finansieres af betalinger fra kommunerne. Regionerne er forpligtet til at adskille udgifter og finansiering på de tre områder, således udgør områderne tre individuelle ”kredsløb”, som skal holdes adskilt finansierings- og ressourcemæssigt.

I projektforberedelsesfasen har KREVI talt med regionernes økonomidirektører, der var enige om, at sygehusområdet udgør det område, hvor det er vigtigst at blive klogere på økonomistyringen. Sygehusområdet udgør ca. 75 % af udgifterne på sundhedsområdet, der udover sygehusene omfatter udgifter til sygesikring (privatpraktiserende læger og speciallæger, medicin mm.) Dette har medvirket til, at vi har valgt at afgrænse os til at undersøge udfordringerne for økonomistyringen på sygehusområdet, men vi vil berøre en række udfordringer med tilknytning til hele sundhedsområdet. Disse udfordringer vil imidlertid kun være belyst fra sygehusenes perspektiv.

### 4.2 Analytisk tilgang

Vi har vurderet, at vores projektformål om at afdække udfordringer for regionernes økonomistyring bedst opfyldes ved en kvalitativ tilgang i dataindsamlingen. Med erfaringerne fra det tilsvarende projekt om kommunal økonomistyring lå valget lige for. Erfaringerne her viste, at økonomistyring er et begreb, som opfattes forskelligt, når man spørger personer med forskellige baggrunde. Derfor har vi indledningsvist i alle interview fremlagt vores referenceramme for økonomistyring (jf. forrige kapitel) og drøftet denne. Endvidere har vi – også på baggrund af erfaringer fra det kommunale projekt – ønsket et design med plads til eksplorativ undersøgelse, idet vi ikke på forhånd forventede at kunne udarbejde en udtømmende liste, der indeholder alle relevante udfordringer for regionernes og sygehusenes økonomistyring. Denne forventning udelukker brug af spørgeskema med på forhånd fastlagte svarmuligheder. Ulemperne ved en kvalitativ tilgang er til gengæld, at resultaterne ikke kan generaliseres med en bestemt statistisk sikkerhed, idet de bygger på relativt få respondenter.

Vi forventede også, at der ville være vigtig variation internt i regionerne i forhold til, hvad man peger på af vigtige udfordringer for økonomistyring. Argumentet for dette kan knyttes til figur 2 ovenfor, der viser, at det organisatoriske aspekt også er centralt for at forstå mulige problematikker ved økonomistyring. Økonomistyring er dels en strategisk og overordnet øvelse, og dels en praktisk opgave i den daglige styring af de enkelte decentrale enheder. En bred tilgang til økonomistyring må derfor tage højde for virkeligheden i regionerne; at økonomistyringen er fordelt på forskellige personer på forskellige niveauer og med forskellige uddannelsesmæssige baggrunde. Derfor valgte vi at indsamle data fra flere organisatoriske vinkler i regionerne. Vi interviewede både økonomidirektører, økonomichefer på sygehuse og afdelingsledere på sygehuse.

Ønsket om at inkludere variation indenfor hver region giver potentielt set mange interviewpersoner. Derfor valgte vi at afholde interviewene med økonomichefer fra sygehuse og med afdelingsledere som fokusgruppeinterview. Indenfor hver region blev tre sygehuse udvalgt, så de repræsenterede sygehuse med forskellige sygehusstørrelser. For at lette de logistiske udfordringer ved at samle økonomichefer og afdelingsledere fra forskellige sygehuse, forsøgte vi endvidere at finde sygehuse, der lå geografisk rimeligt tæt på hinanden. Interview med økonomidirektører blev afholdt som enkeltinterview.

Et vigtigt formål med vores analyse var at vurdere, hvilke udfordringer for økonomistyring der er vigtigst. For at afdække dette fandt vi det brugbart på forhånd at udarbejde en liste med beskrivelse af konkrete udfordringer for økonomistyring. På denne måde kunne vi præsentere alle vores interviewpersoner for de samme konkrete udfordringer, og via deres vurdering af hver enkelt udfordring få et samlet billede af prioriteringen af de konkrete udfordringer. Listen med de konkrete beskrivelser af udfordringer for økonomistyring blev udarbejdet på baggrund af en workshop, hvor vi havde inviteret to personer fra hver region med forskellige økonomistyringsopgaver. Deltagerne repræsenterede både sygehuse og forvaltninger, og nogle af deltagerne havde ledelsesansvar. Ved en struktureret brainstorm og efterfølgende kategorisering og samling af de mange bud på konkrete udfordringer resulterede øvelsen i 20 konkret formulerede udfordringer for regional økonomistyring. Disse udfordringer medbragte vi i alle vores interview med det formål at få udpeget de vigtigste. Den konkrete formulering af samtlige udfordringer fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Medbragte udfordringer for økonomistyring

Overskrift	Beskrivelse af udfordring
Efterspørgsel vs. rammesty- ring	Det giver styringsmæssige problemer, at regionerne skal imødekomme borgernes (stigende) efterspørgsel på sygehusområdet, samtidigt med at finansieringen af regionerne hovedsagelig er rammestyret.
Koordinering af indkøb	Regionen har svært ved at realisere besparelser via centrale indkøb uden, at afdelingerne oplever det som en forringelse.
Ledelsesinformation	Regionens økonomistyring hæmmes af, at ledelsesinformationen ikke er tilstrækkelig og ikke udnytter tilgængelige data.
Målstyring	Der er for mange økonomi-, kvalitets- og servicemål på sygehusområdet. Det hæmmer fokus på vigtige mål.
Omkostningsbaserede sty- ringsprincipper	Regionerne/sygehuse mangler at udnytte mulighederne ved omkostningsbevillinger og -styring.
Organisatoriske og strukturelle omstillinger	Regionen mangler at implementere en række vanskelige tilpasninger af sygehusorganisationen og -strukturen.
Pakkeforløb	Implementering af "pakkeforløb" medfører produktivitetsfald, der ikke imødegås i tilstrækkelig grad.
Prioritering af behandlingsfor- mer	Regionen formår ikke at gennemføre en prioritering af ressourcer i lyset af, hvilke behandlingsformer/medicin der er mest omkostningseffektive.
Procesoptimering	Arbejdsgange og kapacitetsudnyttelsen på sygehuse mangler at blive optimeret.
Produktivitet vs. effektivitet	Takststyring medfører stor fokus på produktionen. Det indebærer en risiko for, at den sundhedsmæssige kvalitet og den samfundsmæssige effekt falder.
Regionernes tre uafhængige kredsløb	Det giver styringsmæssige problemer, at regionernes økonomi er opdelt i tre uafhængige områder med forskellige styringsrammer,
Regionsrådets økonomistyring	Rollefordelingen mellem det politiske og det administrative niveau er endnu ikke faldet på plads efter strukturreformen.
Registreringskvalitet	Det er stadig mange fejl/variationer ved registreringen af ens ydelser. Det er problematisk, når tildeling af ressourcer til dels afhænger af DRG-takster.
Rekruttering af personale	Produktionen hæmmes af, at det er vanskeligt at rekruttere fagpersonale til sygehuse- ne.
Samarbejde mellem regioner- ne	Regionerne samarbejder ikke nok omkring optimering af det samlede sygehusområde.
Samarbejde om patientforløb	Samarbejdet med praksissektoren og kommunerne mangler at blive optimeret.
Tværgående hensyn	Der tages ikke nok tværgående hensyn på afdelingerne. Der fokuseres ofte kun på den enkelte afdelings opgaver, økonomi og resultater.
Utilstrækkeligt datagrundlag	Der mangler et tilstrækkeligt og opdateret datagrundlag til at styre produktionen.
Vikarforbrug	Regionen formår ikke at kontrollere et stadigt stigende forbrug af vikarer.
Økonomiske hensyn på syge- husene	Der bliver taget for få økonomiske hensyn på sygehusafdelingerne. Beslutninger træffes primært på baggrund af faglige hensyn.

### 4.3 Udvælgelse af interviewpersoner

Som nævnt omfatter projektet økonomidirektører i eller med tilknytning til regionernes direktioner, økonomichefer på sygehusniveau, samt ledere af sygehusafdelinger. Det giver mulighed for at samle viden om erfaringerne med økonomistyring og afledte udfordringer fra flere organisatoriske vinkler.

Vi har valgt følgende strategi i udvælgelsen af interviewpersoner:

- Økonomidirektører: fem individuelle interview med en fra hver region.
- Økonomichefer på sygehuse: fem gruppeinterview med tre deltagere i hvert interview. Der blev afholdt ét gruppeinterview i hver region. Interviewpersonerne blev udvalgt, så de repræsenterede sygehuse med forskellige størrelser.
- Afdelingsledere på sygehusafdelinger: et gruppeinterview i tre forskellige regioner med fire deltagere i hvert interview. Interviewpersonerne blev udvalgt fra et sygehus, hvor vi også interviewede økonomichefen. Dermed kunne særlige konkrete eksempler blive belyst fra flere sider. Afdelingerne skulle også variere i størrelse. Vi besøgte udelukkende ledere på somatiske afdelinger, da psykiatriske afdelinger typisk har andre grundlæggende vilkår. Vi besøgte Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Midtjylland.

I den konkrete gennemførelse af interviewene stødte vi på enkelte komplikationer. For det første var der tre afbud til gruppeinterview med økonomichefer og to afbud til gruppeinterview med afdelingsledere. For det andet viste det sig umuligt at samle afdelingsledere fra geografisk meget spredte sygehuse. Derfor kom de fleste afdelingsledere fra store sygehuse i store byer. Dette vil naturligvis være afspejlet i projektets resultater, ligesom det faktisk, at vi afgrænsede os til kun at besøge tre regioner på afdelingsniveau. Endvidere var der både afdelingsledere og centerledere blandt de interviewede "afdelingsledere". Dette fungerede imidlertid uproblematisk, hvorfor der ikke skelnes mellem de to grupper.<sup>3</sup>

### 4.4 Fremgangsmåde i interview

Som nævnt præsenterede vi i alle vores interview indledningsvist de to modeller for økonomistyring, som vi har præsenteret i kapitel 3. Formålet med dette var at skabe et fælles udgangspunkt og en referenceramme for drøftelserne af økonomistyring. Et udgangspunkt vores interviewdeltagere i det efterfølgende interview kunne forholde sig til, kommentere og kritisere.

Derefter foregik interviewet i to hoveddele. Først bestod interviewet af en helt åben drøftelse, hvor vi talte om de emner, som vores interviewpersoner bragte op. Oplægget til disse drøftelser var udelukkende, at vi var interesseret i at drøfte de aktuelle udfordringer, som interviewpersonerne opfattede som de vigtigste for deres økonomistyring og for deres understøttelse af andres økonomistyring. Vores interviewform gav os mulighed for at få uddybet centrale elementer, og i gruppeinterviewene opstod der typisk en god synergieffekt ved, at deltagerne også kommenterede hinandens udsagn.

Dernæst bestod interviewet af en mere styret del, hvor vi præsenterede de 20 konkrete udfordringer for økonomistyring. Dem bad vi vores interviewpersoner forholde sig til og prioritere vigtigheden af. Vigtigheden definerede vi ud fra to dimensioner: dels hvor afgørende udfordringen er i det samlede billede af regionens økonomi og styring, dels om den konkrete udfordring i den konkrete region er en opgave, der mangler at blive løftet. Konkret blev interviewpersonerne bedt om at placere hver udfordring på følgende "spilleplade", hvor spillepladens to akser udgør de to dimensioner af en udfordrings vigtighed og aktualitet:

<sup>3</sup> I rapporten betegnes gruppen fortsat som "afdelingsledere".

Figur 3. "Spilleplade" til brug for prioritering af udfordringer

Meget vigtig at løse			
Mellem vigtig at løse			
Mindre vigtig at løse			
	Er overvejende løftet	Er delvist løftet	Mangler overvejende at blive løftet

Det er muligt, at der vil være en vis sammenhæng mellem de to dimensioner af en udfordrings vigtighed, således at man vil have en tendens til at opfatte en udfordring, der er styr på, som mindre vigtig end en, man ikke har styr på. Det er naturligvis et vigtigt forbehold, selvom vi forventede, at vi alligevel ville få et spændende billede og – på trods af evt. sammenhæng – et væsentligt bedre billede end alternativet; at prioritere udfordringerne endimensionelt ud fra deres samlede "vigtighed".

Rækkefølgen for de to hoveddele var ikke tilfældig; ved at placere vores prioriteringsøvelse sidst, undgik vi at præge de åbne drøftelser i første hoveddel.

Alle interview blev gennemført fra ultimo januar til medio marts 2009. Interviewene blev optaget elektronisk, og interviewdata blev efterfølgende struktureret og systematisk behandlet. Resultaterne af prioriteringsøvelserne blev samlet til et mål for de aggregerede prioriteringer af de enkelte udfordringer.

## 5 RESULTATER AF PRIORITERINGSØVELSE

Vores besøg i de fem regioner har givet et godt overblik over de vigtigste udfordringer for økonomistyring på sygehusområdet. I dette kapitel vil vi formidle det overblik og give indblik i, hvilke emner der i særlig grad udfordrer økonomistyringen på sygehusene. Resultaterne af undersøgelsen vil blive gennemgået i flere dele. Først vil vi gennemgå resultaterne af prioriteringsøvelsen, hvor alle interviewede prioriterede de samme konkrete udfordringer. Denne øvelse gav en spændende mulighed for at få overblik over de indbyrdes forhold mellem forskellige udfordringer. Dernæst vil vi i næste kapitel gennemgå, hvad økonomidirektørerne, økonomichefer på sygehuse og afdelingsledere ellers fremhævede som centrale udfordringer for økonomistyring.

Som nævnt udarbejdede vi ved en workshop forud for dataindsamlingen 20 konkret formulerede udfordringer for regionernes økonomistyring af sygehusene. Alle de interviewede økonomidirektører (5), økonomichefer (12) og afdelingsledere (10) gennemførte prioriteringsøvelsen. Tabel 2-4 nedenfor viser i overblik den gennemsnitlige vurdering af de 20 udfordringer for hhv. økonomidirektørerne, økonomicheferne og afdelingslederne. De enkelte tabeller uddybes med korte beskrivelser af de udfordringer, der i gennemsnit er placeret som ”meget vigtig og mangler overvejende at blive løst”. Efter gennemgangen af tabellerne for de tre personalekategorier samles informationerne i tabel 5 og 6, og udfordringerne beskrives og kommenteres.

Tabel 2 illustrerer den ”spilleplade” interviewpersonerne blev præsenteret for ved deres vurdering af de 20 medbragte udfordringer for økonomistyringen på sygehusene. I tabellen er indtegnet økonomidirektørernes gennemsnitlige vurdering af alle udfordringerne. Der henvises til tabel 1 i afsnit 4.2 for den fulde ordlyd af alle 20 udfordringer, idet overskrifterne ikke altid er helt selvforklarende.

Tabel 2. Økonomidirektørers prioritering af udfordringerne for økonomistyring<sup>1</sup>

	Er overvejende løftet	Er delvist løftet	Mangler overvejende at blive løftet
<b>Meget vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økonomiske hensyn på sygehusene</li> <li>Regionsrådets økonomistyring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prioritering af behandlingsformer</li> <li>Organisatoriske og strukturelle omstillinger</li> <li>Samarbejde om patientforløb</li> <li>Procesoptimering</li> <li>Rekruttering af personale</li> <li>Ledelsesinformation</li> <li>Utilstrækkeligt datagrundlag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efterspørgsel vs. ramtstyring<sup>2</sup></li> <li>Vikarforbrug</li> </ul>
<b>Mellem vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samarbejde mellem regionerne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registreringskvalitet</li> <li>Tværgående hensyn</li> <li>Koordinering af indkøb</li> <li>Omkostningsbaserede styringsprincipper</li> </ul>	
<b>Mindre vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Målstyring</li> <li>Regionernes tre uafhængige kredsløb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Produktivitet vs effektivitet</li> <li>Pakkeforløb</li> </ul>	

<sup>1</sup> Tabellen bygger på den gennemsnitlige prioritering. Efter hver prioriteringsøvelse fik alle enkeltudfordringerne tildelt værdier mellem 1 og 3 i forhold til begge dimensioner (hvor 3 er hhv. ”meget vigtig at løse” og ”mangler overvejende at blive løftet”) – afhængig af den konkrete prioritering. Herefter blev gennemsnittet udregnet. Grænserne for fordelingen i felterne udgør for begge dimensioner hhv. 1,67 og 2,33. Indenfor hvert felt er udfordringerne oplyst med faldende samlet score. Se bilag 1 for præcise gennemsnit.

<sup>2</sup> Gennemsnittet bygger kun på tre besvarelser, idet to økonomidirektører ikke prioriterede udfordringen.

Af tabel 2 fremgår det, at økonomidirektørerne samlet set karakteriserer to udfordringer som meget vigtige og overvejende ikke løftet. Det drejer sig for det første om ”efterspørgsel vs. rammestyning”, der omhandler det forhold, at der er et stadigt stigende behov i befolkningen for sundhedsydelse, og at der hele tiden udvikles bedre (og dyrere) behandlingsmuligheder. Udfordringen består i, at det er vanskeligt at efterkomme dette efterspørgselspres inden for de aftalte udgiftsrammer. Dog var det ikke alle økonomidirektørerne, der prioriterede udfordringen. Det skyldtes ikke, at de ikke kunne genkende problematikken, men snarere at de betragtede indholdet som et *vilkår*, regionerne er underlagt – og derfor fandt det meningsløst at vurdere, om problemstillingen er løftet eller ej.

Den anden udfordring, der blev prioriteret højest, er ”vikarforbrug”, idet økonomidirektørerne generelt vurderer, at regionerne skal blive bedre til at kontrollere vikarforbruget på sygehusene. Argumentet for dette er dels et udgiftsfokus; at det er nogle meget dyre timepriser, der skal betales til vikarer, og det presser afdelingernes økonomi, dels fremhæves det, at stor brug af vikarer går ud over kvaliteten af behandlinger og pleje på sygehusene.

Grænserne for, hvornår en udfordring placeres i et felt, er naturligvis noget arbitrære, eksempelvis er manglende ”prioritering af behandlingsformer” tæt på at havne i øverste, højre felt. Derfor henvises til bilag 1 for et diagram, der afbilder de præcise gennemsnit. Tabel 2 viser også en række andre interessante resultater, eksempelvis betragtes det som en løftet – og meget vigtig – udfordring, at få afdelingsledere til at være fokuseret på økonomiske hensyn.

Vi vil vende tilbage og drøfte flere af de øvrige udfordringer nedenfor. Først præsenteres det samlede resultat for økonomicheferne i tabel 3:

Tabel 3. Økonomichefers prioritering af udfordringerne for økonomistyring<sup>1</sup>

	Er overvejende løftet	Er delvist løftet	Mangler overvejende at blive løftet
<b>Meget vigtig at løse</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Efterspørgsel vs. rammestyning</li> <li>Organisatoriske og strukturelle omstillinger</li> <li>Ledelsesinformation</li> <li>Procesoptimering</li> <li>Registreringskvalitet</li> <li>Vikarforbrug</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rekruttering af personale</li> <li>Utilstrækkeligt datagrundlag</li> <li>Samarbejde om patientforløb</li> </ul>
<b>Mellem vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tværgående hensyn</li> <li>Målstyring</li> <li>Økonomiske hensyn på sygehusene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samarbejde mellem regionerne</li> <li>Koordinering af indkøb</li> <li>Pakkeforløb</li> <li>Produktivitet vs effektivitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prioritering af behandlingsformer</li> </ul>
<b>Mindre vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regionsrådets økonomistyring</li> <li>Regionernes tre uafhængige kredsløb</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Omkostningsbaserede styringsprincipper</li> </ul>

<sup>1</sup> Tabellen bygger på den gennemsnitlige prioritering. Fordelingen svarer til fremgangsmåden for tabel 2. Indenfor hvert felt er udfordringerne oplyst med faldende samlet score. Se bilag 1 for præcise gennemsnit.

Økonomicheferne er enige i, at de udfordringer, økonomidirektørerne prioriterede højest, er vigtige, men mener, som det fremgår af tabel 3, at de i nogen grad er løftet. I stedet peger de på tre andre udfordringer, der fra deres stol ikke vurderes at være løftet.

For det første er ”rekruttering af personale” en udfordring, der opleves uløst. Det gælder naturligvis særligt udkantsområderne, men selv i de store byer opleves det, at produktionen på sygehusafdelingerne hæmmes af mangel på personale. For det andet bliver ”utilstrækkeligt datagrundlag” i forhold til at styre produktionen fremhævet som en vigtig, uløst udfor-

dring. Økonomicheferne beskriver, at særligt datagrundlaget fra Sundhedsstyrelsen lader vente for længe på sig. Men også internt i regionerne kunne produktionen og kapacitetsudnyttelsen understøttes bedre med de data, sygehusene selv ligger inde med. Sidst, fremhæver økonomicheferne, at det tværsektorielle "samarbejde om patientforløb" mangler at blive løftet. Udfordringen drejer sig om, at samarbejdet med praksissektoren, og i særlig grad kommunerne, ikke fungerer optimalt. Eksempelvis beskrev økonomicheferne i denne forbindelse det udbredte problem, at færdigbehandlede patienter i nogle tilfælde forbliver indlagte, fordi kommunerne, der efter behandling overtager ansvaret, har svært ved at afgøre, hvad de skal stille op med patienterne. Problemet er dyrt, blandt andet fordi det hæmmer afdelingernes muligheder for at tage andre patienter ind.

Det kan endvidere bemærkes, at "omkostningsbaserede styringsprincipper" får spillepladens nederste, højre hjørne i spil: det er en udfordring, der overvejende ikke er løftet. Til gengæld beskrives den som mindre vigtig. "Det er på ingen måde noget, der giver os søvnløse nætter, at vi ikke har haft tid til at kigge på", som en økonomichef udtaler. Tabel 3 viser også en række andre spændende resultater, som vi vil tilbage til under den samlede gennemgang af prioriteringerne.

Prioriteringsøvelsen blev også gennemført af afdelingslederne. Tabel 4 viser resultatet:

Tabel 4. Afdelingslederens prioritering af udfordringerne for økonomistyring<sup>1 2</sup>

	Er overvejende løftet	Er delvist løftet	Mangler overvejende at blive løftet
<b>Meget vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tværgående hensyn</li> <li>• Økonomiske hensyn på sygehusene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesoptimering</li> <li>• Utilstrækkeligt datagrundlag</li> <li>• Rekruttering af personale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efterspørgsel vs. ram-mestyling</li> <li>• Organisatoriske og strukturelle omstillinger</li> <li>• Ledelsesinformation</li> <li>• Prioritering af behandlingsformer</li> <li>• Målstyring</li> </ul>
<b>Mellem vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vikarforbrug</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produktivitet vs effektivitet</li> <li>• Samarbejde mellem regionerne</li> <li>• Pakkeforløb</li> <li>• Registreringskvalitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbejde om patientforløb</li> </ul>
<b>Mindre vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinering af indkøb</li> </ul>		

<sup>1</sup> Tabellen bygger på den gennemsnitlige prioritering. Fordelingen svarer til fremgangsmåden for tabel 2. Indenfor hvert felt er udfordringerne oplyst med faldende samlet score. Se bilag 1 for præcise gennemsnit.

<sup>2</sup> Afdelingslederne vurderede ikke udfordringerne: "Regionsrådets økonomistyring", "Regionernes tre uafhængige kredsløb" og "Omkostningsbaserede styringsprincipper" efter vi indledningsvist testede kendskabet til udfordringernes indhold.

Afdelingslederne placerer fem udfordringer som "meget vigtige udfordringer, der overvejende mangler at blive løftet". For det første fremhæves problemstillingen om konflikten mellem "efterspørgsel og rammestyling". Afdelingslederne giver samstemmende udtryk for, at de oplever et stadigt stigende efterspørgselspres, der skal rummes indenfor en omtrentlig konstant ramme. Takststyringsmodellerne for sygehusene løser ikke problemet fra afdelingsledernes synsvinkel. Problemstillingen hænger sammen med, at der for det andet ikke sker en "prioritering af behandlingsformer" noget sted og særligt ikke landspolitisk.

For det tredje mener afdelingslederne, at der mangler at blive gennemført en række "organisatoriske og strukturelle omstillinger" i regionen. Afdelingslederne er enige om, at sygehusplanerne er meget vigtige og afgørende for produktivitet og udvikling på sygehusene, samtidig kunne de generelt pege på en række u hensigtsmæssigheder i de vedtagne strukturer.



For det fjerde fremhævede afdelingslederne ”ledelsesinformation” som en højt prioriteret udfordring. Selvom afdelingslederne alle beskrev igangværende arbejder med ledelsesinformation i regionerne, gav de udtryk for, at der var langt igen i forhold til at give afdelingslederne tilstrækkelig god ledelsesinformation. Sidst, fremhævede afdelingslederne ”målstyring”, som en højt prioriteret udfordring, idet der vurderes at være for mange kvalitets- og servicemål, hvilket hæmmer fokus på de vigtigste mål. Afdelingslederne forventede, at udfordringen ville vokse i løbet af de kommende år, særligt set i lyset af den forestående akkreditering af sygehusene.

Tabel 2-4 afslører interessante forskelle mellem de tre grupper af interviewpersoner. Disse drøftes i det kommende afsnit.

## 5.1 De vigtigste udfordringer

Det er naturligvis nærliggende at søge svar på spørgsmålet, hvilke udfordringer er de – samlet set – vigtigste af de 20 udfordringer for sygehusenes økonomistyring? Spørgsmålet vil blive besvaret fra to vinkler: dels redegør tabel 5 nedenfor for den samlede prioritering af udfordringerne fordelt på de to dimensioner ved vigtighed, dels er tabel 6 en samlet oversigt over de tre gruppers prioritering af udfordringerne.

Først vil vi dog se nærmere på den samlede prioritering af de 20 udfordringer i tabel 5. De tre grupper af interviewpersoner vægter ens i den samlede opgørelse:

Tabel 5. Samlet prioritering af udfordringerne for økonomistyring<sup>1 2</sup>

	Er overvejende løftet	Er delvist løftet	Mangler overvejende at blive løftet
<b>Meget vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økonomiske hensyn på sygehusene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisatoriske og strukturelle omstillinger</li> <li>Rekruttering af personale</li> <li>Procesoptimering</li> <li>Ledelsesinformation</li> <li>Utilstrækkeligt datagrundlag</li> <li>Samarbejde om patientforløb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efterspørgsel vs. rammestyring</li> <li>Prioritering af behandlingsformer</li> </ul>
<b>Mellem vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regionsrådets økonomistyring<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registreringskvalitet</li> <li>Vikarforbrug</li> <li>Tværgående hensyn</li> <li>Samarbejde mellem regionerne</li> <li>Målstyring</li> <li>Produktivitet vs effektivitet</li> <li>Pakkeforløb</li> <li>Koordinering af indkøb</li> </ul>	
<b>Mindre vigtig at løse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regionernes tre uafhængige kredsløb<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omkostningsbaserede styringsprincipper<sup>2</sup></li> </ul>	

<sup>1</sup> Tabellen bygger på den gennemsnitlige prioritering. Se bilag 1 for præcise gennemsnit.

<sup>2</sup> Afdelingslederne vurderede ikke udfordringerne: ”Regionsrådets økonomistyring”, ”Regionernes tre uafhængige kredsløb” og ”Omkostningsbaserede styringsprincipper” efter vi indledningsvist testede kendskabet til udfordringernes indhold.

Samlet set havner ”efterspørgsel vs. rammestyring” og ”prioritering af behandlingsformer” som de vigtigste udfordringer. Det er to udfordringer, som næsten alle interviewpersoner prioriterer højt eller relativt højt.

Tabel 5 er som nævnt et læsevenligt overblik over de præcise gennemsnitlige prioriteringer på de to dimensioner for de 20 udfordringer. Et blik på de præcise prioriteringer (se bilag 1, bilagsfigur 1) afslører, at de otte udfordringer, der står i tabellens to øverste celler, i midten og til højre, skiller sig ud fra de andre ved generelt at blive prioriteret højt af alle interviewper-

soner. Man skal naturligvis – med undersøgelsens ikke-statistiske metode in mente – være varsom med at konkludere, at en udfordring er klart vigtigere end en anden. På trods heraf er det et tydeligt billede, at disse otte udfordringer skiller sig ud som de vigtigste udfordringer for sygehusenes økonomistyring.

Tabel 5 viser også, at det var relevant at sondre mellem en udfordrings vigtighed som sådan, og i hvor høj grad den er en udfordring, fordi den mangler at blive løftet. Der er spredning i skemaet, selvom man samtidig også må konstatere, at der tendens til en vis sammenhæng mellem de to akser i skemaet. Denne sammenhæng er stærkere i det samlede skema i tabel 5, sammenlignet med resultaterne af de forskellige interviewpersoners prioritering (tabel 2-4), og det hænger blandt andet sammen med, at jo mere aggregeret man rapporterer tallene, jo stærkere er tendensen til et resultat i midtergrupperne.

Tabel 5 skjuler som nævnt den spændende viden om, hvordan de forskellige grupper af interviewpersoner prioriterer udfordringerne. Derfor er tabel 6 et bud på en samlet prioritering for hver af de tre grupper. Tabellen er en prioriteret rækkefølge for hver af de tre grupper af interviewpersoner, hvor den vigtigste har værdien "1". Prioriteringerne er udregnet ved at tildele de 2 vigtighedsdimensioner lige meget vægt. Således vægter eksempelvis en udfordring, der er "meget vigtig og overvejende løftet," og en, der er "mindre vigtig og overvejende ikke-løftet", lige meget. Det er naturligvis ikke et uproblematisk valg, derfor skal tabel 6 primært betragtes som overbliksskabende. For et mere præcist billede af hver enkelt informantgruppes prioritering henvises til tabel 2-4 (og bilagsfigur 2-4).

Samlet set giver det følgende overblik, med de samlet set højest prioriterede udfordringer først:

Tabel 6. Overblik – prioritering af udfordringer<sup>1</sup>

Udfordring	Økonomi-direktører	Økonomi-chefer	Afdelingsledere
Efterspørgsel vs. rammestyring	1	3	1
Organisatoriske og strukturelle omstillinger	4	4	2
Prioritering af behandlingsformer	2	5	4
Rekruttering af personale	6	1	8
Procesoptimering	6	8	5
Ledelsesinformation	8	6	3
Utilstrækkeligt datagrundlag	9	2	6
Samarbejde om patientforløb	5	7	9
Registreringskvalitet	9	9	14
Vikarforbrug	2	11	16
Tværgående hensyn	12	15	12
Samarbejde mellem regionerne	18	10	11
Målstyring	19	17	7
Økonomiske hensyn på sygehusene	9	18	15
Produktivitet vs. effektivitet	16	16	10
Pakkeforløb	17	13	13
Koordinering af indkøb	13	12	17
Omkostningsbaserede styringsprincipper	14	14	
Regionsrådets økonomistyring	14	19	
Regionernes 3 uafhængige kredsløb	20	20	

<sup>1</sup> Udfordringernes rækkefølge er et bud på en prioriteret rækkefølge. Denne er udregnet ved at tildele de 2 vigtighedsdimensioner lige meget vægt. De tre informantkategorier vægter også lige meget.

Rækkefølgen af udfordringer i tabel 6 – fra den vigtigste til den mindst vigtige – svarer i store træk til billedet fra før. Det fremgår bl.a., at der overordnet set er ens tendenser mellem de forskellige interviewpersoner: de otte vigtigste udfordringer er alle i top 10 hos alle informantgrupper og der er også nogenlunde enighed om de mindst vigtige udfordringer. Det er

bemærkelsesværdigt, at økonomistyringen i regionsrådene og regionsrådenes samarbejder med administrationen ikke opleves udfordrende. Ligesom koordinering af indkøb og indførelse af pakkeforløb også havner blandt de mindst vigtige udfordringer.

Tabel 6 afslører dog også interessante forskelle mellem de 3 niveauer. Eksempelvis er der stor forskel på vurderingen af, om "vikarforbrug" er en højt prioriteret udfordring. Hvor den af økonomidirektørerne fremhæves som blandt de allervigtigste, deles denne opfattelse ikke ude på sygehusene, og slet ikke på afdelingsniveau. Tilsvarende er der stor forskel på, hvordan en udfordring som "målstyring" prioriteres. Hvor økonomidirektører og økonomicheferne ikke mener, der er for mange økonomi-, service- og kvalitetsmål, prioriterer afdelingslederne udfordringen blandt de vigtigste. Afdelingslederne betragter i højere grad end de andre interviewpersoner "ledelsesinformation" som en ikke-løftet udfordring, mens økonomicheferne er mere opmærksomme på rekrutteringsvanskeligheder. Det vender vi tilbage til nedenfor.

## 5.2 Kommentarer til resultaterne

I det følgende vil vi kort gennemgå udvalgte resultater fra ovenstående tabeller. Gennemgangen vil bygge både på indhold fra drøftelserne i tilknytning til prioriteringerne og fra den mere åbne drøftelse. Der henvises endvidere til bilag 2 for et indholdsresumé af alle udfordringerne.

### *Efterspørgselspres og prioritering*

Det er naturligvis et markant resultat, at udfordringerne: "efterspørgsel vs. rammestyring" og "prioritering af behandlingsformer" prioriteres som nogle af de allervigtigste udfordringer for økonomistyringen på sygehusene. Begge udfordringer er forbundet til et pres, som sygehusene oplever: at økonomien er presset af en stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser, og at disse sundhedsydelser bliver stadigt bedre (og dyrere). Derfor peger interviewpersonerne på, at rammerne er pressede, så længe alle borgere altid skal behandles med alle midler, og alle interviewpersoner peger på, at sygehusområdet næsten er blottet for prioritering af behandlingsformer. En prioritering de finder nødvendig, for – som en ledende overlæge siger: "vi er faktisk heller ikke interesseret i, at Danmark kommer til at bruge hele nationalproduktet på sygehusene". Vi vil gå mere i dybden med disse udfordringer i kapitel 7.

### *Organisatoriske og strukturelle omstillinger*

På trods af at alle regioner har politisk vedtagne sygehusplaner vurderes det ganske samstemmende af alle tre informantgrupper, at udfordringerne ved at beslutte regionernes fremtidige sygehusstruktur, er meget vigtig. Det skyldes, at alle beslutninger om eksempelvis konkret implementering af planerne endnu ikke er truffet, men det skyldes ikke mindst, at de forskellige ledere også vurderer, at der er en række uhensigtsmæssigheder i de aftalte sygehusplaner. Flere interviewpersoner giver også udtryk for, at disse uhensigtsmæssigheder på længere sigt vil være nødvendige at løse med bedre planer, og derfor kalder flere det for en "overvejende ikke-løftet" udfordring. Problemet med sygehusplanerne er imidlertid, at det kræver en vanskelig politisk proces, hvor der skal tages upopulære beslutninger.

Samtidig har regeringen også en holdning til sygehusplanerne og fordeler (begrænsede) midler til investeringer delvist på baggrund af denne. En 'ekspertgruppe', kaldet Erik Juhl-udvalget, vurderede regionernes sygehusplaner og anbefalede regeringen at tildele midler på baggrund af denne hensigtsmæssighedsvurdering. "Mange har overset betydningen af økonomistyringsmæssigt af Erik Juhl-udvalget, beslutningerne her sætter rammerne for vores fremtidige økonomistyring", fortæller en økonomidirektør. Årsagerne til sygehusplanernes vigtighed er, at sygehusstrukturen i høj grad er afgørende for den fremtidige produktivitetsudvikling og for optimal brug af økonomiske, personalemæssige og kapacitetsmæs-

sige ressourcer – særligt på langt sigt. Resultatet af prioriteringsøvelserne peger altså på, at regionerne på dette område stadig står overfor en række udfordrende beslutninger og prioriteringer.

#### *Rekruttering af personale*

Rekruttering har gennem en længere periode været en ofte nævnt udfordring for sygehuse. Vores resultater peger også på, at det er en vigtig udfordring – særligt ifølge økonomichefer på sygehuse. Rekrutteringen af personale i udkantsområder beskrives som en akilleshæl for sygehuse, og flere regioner har oplevet at måtte ændre planer og slå afdelinger sammen pga. personalemangel. Når det er sagt, giver mange interviewpersoner udtryk for, at der de seneste år er taget en række initiativer for at dæmme op for personalemanglen, primært ved at rekruttere medarbejdere i udlandet og ved at lægge vægt på arbejdsmiljø og arbejdsforhold. Flere regioner gav også udtryk for, at de kunne mærke, at privathospitalerne i undersøgelsesperioden var pressede pga. det suspenderede 'udvidede, frie sygehusvalg'. Derfor oplevede de særligt sygeplejersker vende tilbage til de offentlige hospitaler.

Afdelingslederne prioriterer udfordringen relativt lavt sammenlignet med de to andre grupper. Den er tæt på at havne i feltet "overvejende løftet" (se bilag 1). Her er det centralt at bemærke, at vi i undersøgelsen ikke har besøgt sygehuse, der kan kaldes "udkantssygehuse". Det kan have givet en bias i forhold til denne gruppes prioritering. Økonomidirektørerne betragter udfordringen for 'delvist løftet', og flere direktører begrundede dette med regionernes rekrutteringsinitiativer, der er begyndt at give resultater. Foruden de produktionsmæssige problemer begrundede økonomicheferne deres store fokus med, at vakante stillinger også udgiftsmæssigt er udfordrende. Og de kender mange eksempler på dyre løsninger, der har været nødvendige for at få en afdeling til at hænge sammen.

#### *Procesoptimering*

Arbejdet med "procesoptimering" vurderes også at være en central udfordring for økonomistyringen på sygehuse. De fleste informanter giver udtryk for, at der generelt er fokus på at optimere arbejdsgange og kapacitetsudnyttelse, men peger samtidigt på, at der stadig er vigtige opgaver at løfte. Det drejer sig primært om to områder. For det første er der brug for at optimere samarbejdet mellem sygehusafdelingerne. Mange afdelingsledere og økonomichefer giver udtryk for, at *internt* i afdelingerne er der mange velfungerende processer, men de fleste problemer og uhensigtsmæssigheder findes i overgangene mellem afdelinger. Her er der potentiale for bedre ressourceudnyttelse. Der er dog stor bevidsthed om, at det ikke er en let sag at optimere på tværs. Ledelsesansvar og -kompetencer er ofte knyttet til afdelingsniveauet, og derfor peger afdelingsledere på, at det er vanskeligt at optimere arbejdsgange, når man bevæger sig ind på andre afdelingers ansvarsområder. Nogle afdelingsledere nævner at større brug af intern afregning ville kunne afhjælpe problemet, andre mener det stik modsatte; intern afregning vil øge konkurrencen mellem afdelinger, og at "*bureaukratisering af samarbejde*" sjældent har været en god løsning.

For det andet nævnes det, at faggrupperne og de faglige organisationer nogle gange står i vejen for mere optimale processer. Det er særligt økonomichefer, der bemærker, at der på sygehusområdet er stort fokus på, hvem der udfører hvilke opgaver, og det hindrer ofte mere effektive sagsgange. Der har været meget tale om *opgaveglidning*, men i praksis betragter økonomicheferne det som ret marginale ændringer og betegner de mest almindelige resultater som et udtryk for laveste fællesnævner, fordi det var nødvendigt at indgå et kompromis.

#### *Ledelsesinformation og datagrundlag*

Udfordringerne "ledelsesinformation" og "utilstrækkeligt datagrundlag" bør også have fremadrettet fokus, ifølge interviewpersonerne. Begge udfordringer vurderes som "meget vigtige udfordringer", der enten delvist er løftet eller overvejende mangler at blive løftet. Vedrørende

ledelsesinformation er det særligt afdelingslederne, der finder, at der i høj grad mangler relevante opdaterede værktøjer til at skabe overblik over økonomistyringen, til at vise opdaterede budgetter og forbrug og til at følge med i status for aktivitet. En afdelingsleder siger om sygehusets informationssystem: *"Der er ingen afdelinger, der bruger systemet – vi skal have et excel-ark med korrektioner ved siden af for – måske – at få et skøn over vores status"*. Økonomidirektørerne og økonomicheferne giver modsat udtryk for, at man er nået et stykke vej i forhold til at sikre ledelsesinformation, og betegner udfordringen, som delvist løftet. Forskellene i vurderingen af udfordringen peger muligvis på, at selvom der er besluttet og iværksat initiativer, reterer der stadig en opgave i at få de nye initiativer implementeret i afdelingerne. Oplevelsen af at der med ledelsesinformationssystemer følger en stor implementeringsopgave, er også tydeligt i interviewene. Økonomicheferne i to regioner, der har taget fat på store ledelsessystemer, beskriver, at det er en meget krævende opgave, der kræver høje ressourcemæssige indsatser for at nå rimelige resultater. Ingen regioner giver – direkte adspurgt – udtryk for, at det er overvejet et samarbejde omkring ledelsesinformationssystemer på tværs af regionerne.

Vedrørende datagrundlaget mener særligt økonomicheferne på sygehusene, at det er mangelfuldt og ikke tilstrækkeligt opdateret. Det skyldes særligt, at der er lang ventetid på Sundhedsstyrelsens produktionsdata via eSundhed, og dermed mangler sygehusene viden om aktuel aktivitetsstatus. Det medfører bl.a., at flere og flere sygehuse overvejer, hvordan man kan gøre sig uafhængig af denne informationsportal, ved eksempelvis selv at opstille ledelsesinformationssystemer, der bygger på sygehusenes patient-administrative systemer. Men økonomicheferne giver også udtryk for, at sygehusene i højere grad kunne udnytte de eksisterende data til at udarbejde styringsværktøjer, der kunne hjælpe til bedre planlægning og kapacitetsudnyttelse.

#### *Samarbejde om patientforløb*

Den sidste af de otte udfordringer, der i det samlede resultat skilte sig ud som de vigtigste, er "samarbejde om patientforløb". Både økonomidirektører, økonomichefer og afdelingsledere giver udtryk for, at samarbejdet med praksissektoren, og i særlig grad kommunerne, bør optimeres yderligere. På medicinske afdelinger oplever alle regioner, at mange færdigbehandlede patienter fortsat er indlagt, fordi kommunerne ikke er i stand til at modtage patienterne. Det medfører overbelægning, og særligt afdelingsledere gør opmærksom på, at det også sænker kvaliteten på afdelingen, fordi personalets ressourcer også bruges på de færdigbehandlede. Der er tydeligt, at der er stor forskel på kommunernes evner til at modtage de færdigbehandlede patienter. Vedrørende kommunernes medfinansiering og evt. incitamentter til en forebyggelsesindsats påpeger flere respondenter, at indretningen af incitamentterne ikke er hensigtsmæssig. Incitamentterne er ganske enkelt for små til at gøre en forskel. Det gælder i forhold til den kommunale medfinansiering, hvor det ofte er billigere for kommunerne at lade patienterne blive på sygehusene end at finde en egnet plejebolig – såfremt de foretog en sådan vurdering. Og det gælder i forhold til forebyggelsesområdet, hvor incitamentter også er små. Flere respondenter foreslår til gengæld, at man med fordel kunne fokusere på områder, hvor det i praksis er muligt for kommunerne at forebygge og her skabe yderligere økonomisk incitament, eksempelvis omkring hjertelidelser, diabetes og andre kroniske lidelser. Problemstillingen illustreres af en økonomichef, der påpeger, at *"lige nu har kommunerne teoretisk set også et incitament til at forebygge fødsler, og – udover dem i teenagealderen – bør det vist ikke være meningen!"*.

Sygehusene er også meget opmærksomme på vigtigheden af samarbejdet med praksissektoren, der dog opleves bedre fungerende. Dels fungerer de praktiserende læger som "gatekeepers" og præger dermed efterspørgslen på sygehusene, dels betragtes de praktiserende lægers behandling som det første vigtige trin i behandlingen af alvorlig sygdom. De vigtigste udfordringer på dette område vedrører primært akutberedskaberne, hvor de praktiserende læger er vigtige, når der lægges nye planer for visitation til vagtberedskaberne. Nogle interviewpersoner er kort inde på indholdet af disse planer, der forventes at indeholde

nye måder at gribe behandling an på. For eksempel nævnes udvikling af telemedicin og andre ansvarsfordelinger mellem praksissektor og sygehuse.

### *Vikarforbrug*

Der er imidlertid ikke enighed om vigtigheden af alle udfordringer. "Vikarforbrug" er eksempelvis en af de udfordringer, der deler vandene. Hvor økonomidirektørerne prioriterer udfordringen blandt de allervigtigste, er den blandt de mindst vigtige hos afdelingslederne og midt i mellem hos økonomicheferne. De forskellige opfattelser bygger bl.a. på, at afdelingslederne ikke mener, at vikarforbruget kan kaldes "ukontrollabelt"<sup>4</sup>. I stedet mener de, at de benytter sig af den fleksibilitet, vikarer kan give. Samtidig efterlyser de, at der ikke fokuseres så entydigt på vikarer, i og med at udgifterne hertil skal ses i sammenhæng med udgifter til overarbejde hos egne medarbejdere. De forskellige vurderinger kan formentlig også forklares ud fra niveaurnes forskellige fokus. Økonomidirektørerne fokuserer eksempelvis på det samlede antal midler, der bruges på vikarer, og betragter den købte ydelse som dyr ift. de timer, man ellers kunne have fået for pengene. Afdelingslederne er også klar over, at prisen er højere, men er samtidig optaget af at etablere en smidig produktion på afdelingerne – og her vurderer de, at vikarer ofte er egnede. Fælles for alle regionerne og for både økonomidirektørerne og afdelingslederne er dog, at de gerne vil arbejde for at sikre en bedre kvalitet i vikarløsningerne. Som mulige løsninger for at opnå dette arbejdes der bl.a. med større brug af interne vikarkorps og udbud af vikaropgaver.

Igen er det dog nok også nødvendigt at påpege, at der blandt afdelingslederne ikke har været repræsentanter fra udkantssygehuse, hvor man kunne forestille sig, at udfordringerne med vikarforbrug er større.

### *Målstyring*

Der er også stor variation i vurderingen af udfordringen "målstyring", der omhandler antallet af økonomi-, service- og kvalitetsmål. Hvor økonomidirektørerne og økonomicheferne ikke mener, at det er en vigtig udfordring, der venter på at blive løftet, erklærer afdelingslederne sig i høj grad enige i, at antallet af mål svækker fokus på de vigtigste mål. Det gælder særligt for service- og kvalitetsmål og i mindre grad for økonomimål. Afdelingslederne giver udtryk for, at de bruger meget tid på at indberette diverse oplysninger, og det tager tid fra afdelingernes andre aktiviteter. Af samme grund ser afdelingslederne med noget nervøsitet frem mod implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel med akkreditering af alle sygehuse. De erkender, at de selv – via diverse faglige netværksgrupper – har været med til at sætte overliggeren højt ift. antal standarder og målepunkter, men overvejer om man alligevel ikke har fået overliggeren sat for højt og har bevæget sig lidt væk fra det oprindelige mål med akkreditering fra Økonomiaftalen 2000: "at kontrollere de kliniske *kerneprocesser*".

Modsat giver flere økonomidirektører og økonomichefer nærmest udtryk for den modsatte holdning: at der er brug for flere målepunkter og flere tal, der sammenligner sygehusafdelinger. Formålet med dette er, at man derigennem ville kunne identificere de vigtigste udviklingspunkter for de enkelte afdelinger. Økonomidirektørerne og økonomicheferne er dog opmærksomme på, at det er vigtigt at minimere den administrative belastning af sygehusafdelingerne. Nogle interviewpersoner gør også opmærksom på, at man i høj grad kunne benytte eksisterende data til sammenligning og til at udvikle brugbare nøgletal. Om grunden til, at man ikke gør dette i særlig høj grad i forvejen bemærkes det, at det er en opgave, der kræver store tekniske og faglige kompetencer, når data skal bearbejdes. Det er dog et satsningsområde, flere regioner er opmærksomme på.

Et vigtigt aspekt af denne udfordring er også, at afdelingslederne giver udtryk for, at der ikke følges nævneværdigt op på mange af de opstillede mål. Ifølge en afdelingsleder er budget-

---

<sup>4</sup> Teksten i den medbragte udfordring lyder: "Regionen formår ikke at kontrollere et stadigt stigende forbrug af vikarer".

terne stadig i praksis det eneste vigtige i *resultatkontrakten* med sygehusledelsen, og han siger om navneforandringen fra budgetter til resultatkontrakter: "*Det har haft en betydelig underholdningsværdi, at man på denne måde har tilført offentligheden af årets budgetter et vist moment af højtid*". Konsekvensen af, at man ikke følger nævneværdigt op på opstillede mål, er ifølge samme afdelingsleder, at det svært at regne dem for *vigtige* mål.

#### *Økonomiske hensyn på sygehusene*

Det er et bemærkelsesværdigt resultat, at alle interviewpersonerne er enige om, at "økonomiske hensyn på sygehusene" er en udfordring, der er løftet. Derfor havner den i venstre side af tabel 5. De fleste respondenter giver udtryk for, at der er en stor økonomisk og ressourcemæssig bevidsthed på afdelingerne, og at det er en bevidsthed der særligt er fremvokset gennem de seneste 10-15 år. Mens det tilsyneladende ikke er ejerskab eller vilje til økonomistyring, der mangler decentralt, peger flere respondenter på, at de vigtigste udfordringer består i at skabe og forme rammerne for økonomistyring på afdelingen – både for afdelingsledelsens styring og for den økonomistyring, der finder sted i det enkelte valg i den daglige behandling af patienter. Det er særligt økonomichefer og afdelingsledere, der er opmærksomme på denne problemstilling. Grunden til dette er, at de oplever, at økonomistyring skal have et praktisk aspekt for læger og sygeplejersker for, at det bliver vigtigt. Viden om hvilket udstyr, der er billigst, eller uddelegeret ansvar for at tilrettelægge en optimal brug af en operationsstue – med henblik på bedre produktivitet – er eksempler på tiltag, der øger medarbejderes bevidsthed om ressourceudnyttelse, hvilket en præsentation af afdelingens økonomiske balance sjældent gør.

#### *Omkostningsbaserede styringsprincipper*

Som nævnt bragte udfordringen "omkostningsbaserede styringsprincipper" nederste højre felt i spil, idet udfordringen af økonomicheferne blev betragtet, som overvejende ikke løftet, men samtidig ikke særligt vigtig. Sammen med økonomidirektørenes vurdering bliver resultatet dog trukket ind til at være 'delvist løftet'. Udfordringen handler om muligheden for, at regionerne kunne udnytte omkostningsregnskaber og -principper bedre styringsmæssigt. Eksempelvis kan man ved hjælp af regnskaberne blive konkret opmærksom på, at der er *omkostninger* forbundet ved at have dyrt udstyr stående, selvom *udgiften* er afholdt. Dette kunne medvirke til bedre kapacitetsudnyttelse, fordi man bliver mere opmærksom på at sammenholde omkostningerne med andre omkostninger, fx lønudgifter.

Men de fleste økonomidirektører og økonomichefer er ikke særligt optagede af de omkostningsbaserede styringsprincipper. Det skyldes for det første, at omkostningsprincipperne medfører meget administrativt arbejde, som regionerne har svært ved at se står mål med gevinsterne. Dette fordi regionerne stadig styres via etårige udgiftsbaserede økonomiaftaler. Dermed bliver begreber som "afskrivningsperioder" og "rentabilitet" mindre aktuelle, hvis man eksempelvis ikke har pengene til en investering.

Økonomidirektørerne og økonomicheferne peger for det andet på, at selvom omkostningsbaserede regnskaber ideelt set ville gøre afdelingerne mere bevidste om, at dyrt udstyr koster penge at have stående, er der stadig brug for en tværgående prioritering af, hvornår der skal investeres i nyt udstyr, og hvilke afdelinger der skal have udstyret. Det er nødvendigt for at optimere den samlede udstyrspark i hele regionen.

#### *Regionsråd og økonomiske kredsløb*

Sidst, er det værd at kaste et blik på den nederste del af tabel 6, hvor "regionsrådets økonomistyring" og "regionernes tre uafhængige kredsløb" havner som de mindst vigtige udfordringer. Det er en gængs opfattelse, at sidstnævnte er en besværlighed for de nye regioner, og selvom det er et vilkår, der forhindrer regionerne i at prioritere mellem ansvarsområderne, viser undersøgelsen altså tydeligt, at det er en udfordring, der er fuldstændigt løftet. Regionerne ser også ud til at have fundet fungerende ansvarsfordelinger mellem forvaltning og

regionsråd, og politikerne i regionsrådene beskrives som meget optagede af de økonomiske konsekvenser af forskellige beslutninger.

### 5.3 Regionale forskelle

Ovenstående gennemgang af udfordringerne giver et spændende overbliksbillede. Det er imidlertid også relevant at se, om der er forskelle på de fem regioners vurderinger. Tabel 7 nedenfor viser derfor de fem højst prioriterede udfordringer i hver af de fem regioner. Rangordningen er baseret på samme principper som i tabel 6. Det må dog bemærkes, at vi ikke har interviewet afdelingslederniveauet i Region Sjælland og Syddanmark, og vurderingerne bygger altså her på særligt få interviewpersoner. Af samme årsag afholder vi os fra at rapportere prioriteringen af samtlige udfordringer i hver region.

Tabel 7. De fem vigtigste udfordringer i hver region

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
• Org. og strukturelle omstillinger	• Org. og strukturelle omstillinger	• Efterspørgsel vs. rammestyning	• Utilstrækkeligt datagrundlag	• Efterspørgsel vs. rammestyning
• Prioritering af behandlingsformer	• Vikarforbrug	• Rekruttering af personale	• Efterspørgsel vs. rammestyning	• Samarbejde om patientforløb
• Efterspørgsel vs. rammestyning	• Rekruttering af personale	• Procesoptimering	• Ledelsesinformation	• Org. og strukturelle omstillinger
• Rekruttering af personale	• Efterspørgsel vs. rammestyning	• Ledelsesinformation	• Prioritering af behandlingsformer	• Procesoptimering
• Samarbejde om patientforløb	• Utilstrækkeligt datagrundlag	• Registreringskvalitet	• Org. og strukturelle omstillinger	• Prioritering af behandlingsformer

Tabel 7 viser, at der er relevante regionale forskelle. Dog har den generelt set højst prioriterede udfordring 'efterspørgsel vs. rammestyning' godt fat i alle regioner. I Region Sjælland og i Region Hovedstaden havner 'organisatoriske og strukturelle omstillinger', som den vigtigste udfordring. Region Syddanmark har stort fokus på rekruttering af personale, en udfordring der ikke er blandt de fem vigtigste udfordringer i Region Midt- og Nordjylland. Dog havner den i begge regioner lige uden for 'top 5'. Problemerne med utilstrækkeligt datagrundlag ender øverst i Region Midtjyllands prioritering, mens Region Nordjylland er en af de regioner med stort fokus på at udvikle det tværsektorielle samarbejde om patientforløb. Tabellen supplerer det generelle overbliksbillede med nogle regionale forskelle. Vi gør dog igen opmærksom på, at der pga. de få besvarelser er væsentlig usikkerhed forbundet med ovenstående tabel.



## 6 VIGTIGE ØKONOMISTYRINGSUDFORDRINGER – 2 HALVLEG

En væsentlig del af interviewene bestod i en åben interviewdel, hvor interviewpersonerne havde mulighed for at fremhæve vigtige udfordringer for økonomistyringen på regionens sygehuse. Resultaterne bekræfter, at det var relevant, at undersøgelsen også havde en eksplorativ del. Selvom størstedelen af drøftelserne i interviewets åbne del omhandlede udfordringer, der også var med i prioriteringsdelen, kom der også vigtige nye udfordringer frem. Tabel 8 nedenfor redegør for interviewpersonernes bud på væsentlige udfordringer for økonomistyring på sygehusområdet, som ikke indgik i prioriteringsøvelsen. Tabellen er opdelt i forhold til informantgruppe og nævner kort det vigtigste indhold ved udfordringen. De tre kolonner til højre i tabellen angiver, i hvor stort omfang de tre informantgrupper beskrev og kommenterede de enkelte udfordringer.

Tabel 8. Øvrige udfordringer

Udfordring	Økonomi- direktører	Økonomi- chefer	Afdelings- ledere
<b>Produktivitetsudvikling</b> De årlige krav til produktivitetsudvikling stiller krav om fortsat optimering. Regionerne pointerer, at de "lette løsninger" er brugt, og at produktivitetsvæksten ofte er hæmmet af bygningsmæssige og andre logistiske vanskeligheder. Produktivitetsudviklingen kommer derfor til primært at bero på den faglige udvikling og fremkomst af mere effektive behandlingsformer.	Stort fokus	Mellemstort fokus	Stort fokus
<b>Private sygehuse og "udvidet, frit valg"</b> Oplevelse af at de private sygehuse og afregningen med dem medfører en uhensigtsmæssig brug af regionens (og samfundets) midler. Dels er betalingen for høj, dels medfører det vanskeligere rekruttering i det offentlige.	Stort fokus	Mindre fokus	Stort fokus
<b>Budgetoverholdelse</b> Oplevelse af, at det er svært at få budget og regnskab til at nå sammen. Sammenhæng med stigende efterspørgsel, pres på lønforbruget, samt en oplevelse af at nye opgaver ofte ikke er tilstrækkeligt finansieret. Afdelingerne oplever, at tendensen til, at besparelser lægges ud til afdelingerne som uspecificerede "grønthøster"-besparelser, fungerer dårligt.	Mellemstort fokus	Stort fokus	Mellemstort fokus
<b>Styring af svært styrbare områder</b> Varierende opfattelser af handlemulighederne overfor akutte patienter, samt overfor udgifter på sygesikringsområdet. Er det kun det planlagte område, hvor regionerne kan præge produktionen, eller er der muligheder på eksempelvis det akutte område?	Mellemstort fokus	Stort fokus	
<b>Statslige rammer og regulering</b> Fokus på at der i højere og højere grad defineres præcise mål og krav til processer af Folketinget. Jo flere frihedsgrader der reduceres, jo mindre oplever regionen og sygehusene, at de kan optimere produktionen på sygehusene. Oplevelse af at regionernes autonomi er begrænset, idet folketingspolitikere ofte præger og tegner sygehusområdet. Der er brug for at tænke længere frem end etårige økonomiaftaler. Blandt andet fordi regionerne står overfor en række investeringer i form af nybyggeri	Stort fokus		Mellemstort fokus
<b>DRG som styringsinstrument</b> Takstmodellerne varierer en hel del på tværs af regionerne, og det har tydeligt forskelligartede adfærdsmæssige effekter. Afdelingsledere oplever, at DRG-systemet ofte virker konserverende, eksempelvis omkring omlægning fra stationær til ambulans behandling og er meget opmærksomme på, at der ofte opstår nogle skæve incitamenter på afdelingsniveau.		Mellemstort fokus	Stort fokus

Udfordring	Økonomi- direktører	Økonomi- chefer	Afdelings- ledere
<b>Rammer for decentral økonomistyring</b> Oplevelse af at mange dagsordener præger rammerne for sygehusafdelingernes økonomistyring. Blandt andet oplever afdelingerne/sygehusene ofte budgetusikkerhed og lang sagsbehandlingstid på budgetsager. Udfordringen knytter også an til "manglende prioritering af behandlingsformer", idet sygehusafdelingerne oplever, at de mange uafklarede forhold og heraf følgende usikkerhed om budget og fremtidig aktivitet, skyldes, at ingen tager stilling.		Mindre fokus	Stort fokus

Det bemærkes, at manglende drøftelser af en udfordring ikke nødvendigvis er udtryk for, at interviewpersonerne ikke finder udfordringen vigtig, selvom ingen af de interviewede i gruppen selvstændigt har beskrevet den i interviewene. I modsætning til tabel 6 er der i tabel 8 ikke tale om en prioriteret liste, hvor de øverste klart er de vigtigste, men som det fremgår af tabellen, er der stor forskel på, hvor meget emneområderne fyldte i interviewene med hhv. økonomidirektører, økonomichefer og afdelingsledere. I det følgende vil vi kort uddybe indholdet af udfordringerne.

## 6.1 Kommentarer til resultaterne

### *Produktivitetsudvikling og budgetoverholdelse*

Sammenlignet med den kommunale undersøgelse af økonomistyringsudfordringer er et af de slående resultater fra undersøgelsen på sygehusområdet, at sygehusene har stor fokus på "produktivitetsudvikling". Dels indgår der i de årlige økonomiaftaler, at sygehusene hvert år skal øge produktiviteten med typisk ca. to procent, dels betragtes produktivitetsudvikling i flere af regionerne som et helt centralt element for at få budgetterne til at nå sammen. "Det må vi producere os ud af" er en ofte brugt sætning om økonomiske problemer. Derfor er der stort fokus på produktivitetsudvikling.

Arbejdet med at øge produktiviteten foregår typisk ved, at aktivitetskravene, knyttet til et budget af en fast størrelse, øges ved, at den såkaldte 'basislinje' hæves for afdelingerne. Derfra er det så typisk afdelingernes opgave at implementere de tiltag, der skal øge produktiviteten. Afdelingslederne giver udtryk for, at den praksis overordnet set er meget fornuftig og enkel. Imidlertid efterlyser de også, at de en gang imellem kunne være mere solidariske på tværs af afdelingerne. En stor del af produktivetsfremgangen fremkommer via medicinsk-teknologiske landvindinger, og de har det med at komme i større klumper, frem for små årlige forbedringer. Afdelingslederne erkender dog, at en sådan mere retfærdig fordeling af kravene til produktivetsstigninger vil være svær at gennemføre.

Opmærksomheden på produktivetsudviklingen er tæt knyttet til, at sygehusene generelt – og nogle i særdeleshed – beskriver, at de er presset i forhold til "budgetoverholdelse". Det gælder typisk på afdelingerne med mange akutte patienter, men rammer også andre typer sygehusafdelinger. Derfor er der også fokus på procesoptimering og bedre kapacitetsudnyttelse. Vi vil vende kort tilbage til disse udfordringer i næste kapitel.

### *Private sygehuse og "udvidet, frit valg"*

I de fleste interview på alle niveauer er "de private sygehuse" også blevet fremhævet som en central udfordring. Grundlæggende i beskrivelsen af udfordringerne har været, at offentlige sygehuse betaler en alt for høj pris for ydelserne, idet privatsygehusene har fået en pris kun lidt under DRG-taksten. Imidlertid er DRG-taksterne beregnet på baggrund af alle omkostninger, herunder ikke uvæsentlige udgifter til uddannelse og vagtberedskab, ligesom DRG-takster er gennemsnitstakster, dvs. beregnet på baggrund af både vanskeligere og lettere tilfælde indenfor de forskellige diagnosegrupper. De offentlige sygehuse oplever,

at privathospitaler hovedsageligt tager sig af operationer, der er mindre komplekse end gennemsnittet, og bruger også det som en begrundelse for, at privathospitalernes priser er for høje. Rekrutteringsmæssigt oplever sygehusene, at det særligt har gjort det sværere at rekruttere sygeplejersker, mens lægerne typisk har dobbeltarbejde.

I denne sag er alle interviewpersoner – nok ikke overraskende – klart på samme side, og oplever ligefrem, at indretningen er *"misbrug af samfundets midler"* og *"får folk, der bliver i det offentlige til at ligne idioter"*. Problematikken knyttes naturligvis til det (på undersøgelsestidspunktet suspenderede) 'udvidede, frie sygehusvalg', der giver alle patienter ret til behandling andetsteds, hvis der er over en måneds ventetid. I forlængelse af overvejelserne om situationen, når suspenderingen ophæves, fremfører flere interviewpersoner, at en differentieret ventetid ville være bedre og mere effektiv. Det ville indebære forskellig behandlingsgaranti afhængig af diagnosens alvor. Næsten alle regioner beskriver, at en måneds ventetid – sammenlignet med tre måneder – medfører et mindre produktivt sygehusvæsen, idet der er brug for en stående overkapacitet. Derfor betragter de fleste interviewpersoner det som hensigtsmæssigt med varierende ventetider.

#### *Rammer for decentral styring og DRG*

Et hovedtema i interviewene med afdelingsledere har handlet om rammerne for den centrale økonomistyring. Det mest udfordrende for afdelingslederne er, at de oplever, at det er svært at få et grundigt nok kendskab til rammerne. Der er ofte lang sagsbehandlingstid på budgetsager, og derfor er budgetrammerne ofte ukendte et godt stykke ind i et gældende budgetår. Det opleves frustrerende, og det giver ifølge afdelingslederne vanskeligheder i forhold til at planlægge aktiviteten på afdelingerne. For skal man antage, at budgetsagerne går igennem? For hvis de gør det og man ikke *har* handlet, vil det efterfølgende være vanskeligere at nå den lovede aktivitet. En afdelingsleder udtaler: *"vi afdelingsledere betragtes som "stolt anarkistiske", men hør hvad vi efterspørger: rammer, styring og orden!"*.

Et andet centralt rammevilkår for sygehusene og afdelingslederne er anvendelsen af DRG-takster og -grupperinger i regionernes forskellige takstmodeller. Hvor økonomidirektørerne og økonomicheferne ikke selvstændigt nævner udfordringer ved DRG-systemet, er afdelingslederne generelt meget optaget af, hvordan taksterne præger deres økonomistyring. De påpeger en række udfordringer, når det overordnede DRG-system rammer afdelingsniveauet. Udfordringen handler altså dels om DRG-systemet, dels om den måde regionerne anvender det til at styre afdelingerne. For flere afdelingsledere har forståelse for, at der på regionalt plan gælder "de store tals lov", men oplever nogle skæve situationer i dagligdagen med DRG-systemet. Vi vil vende tilbage til disse udfordringer i næste kapitel.

#### *Styring af svært styrbare områder*

Sidst, er et udbredt tema i undersøgelsen, spørgsmålet om, i hvilket omfang og på hvilke områder sygehusene har reelle styringsmuligheder. En række områder med tilknytning til sygehusområdet er *svært styrbare*. Det drejer sig særligt om det store akutte behandlingsområde, men også om de udgiftsdrivende beslutninger, der foretages udenfor sygehusene, eksempelvis hos de praktiserende læger. Netop de praktiserende læger er også vigtige for nogle af de styringsperspektiver, der peges på, på disse områder. Eksempelvis beskriver en region, at der er taget initiativ til et arbejde med at sikre, at visitering til akut behandling foregår optimalt.

Indholdet af udfordringen har tilknytning til "efterspørgsel vs. rammestyring" fra undersøgelsens prioriteringsøvelse. I hvilket omfang er sygehusene underlagt et udefrakommende efterspørgselspres, der definerer sygehusenes opgaver, og i hvilket omfang er styring mulig? Det vil vi vende tilbage til i næste kapitel, hvor vi går lidt mere i dybden med udvalgte udfordringer.

## 7 UDVALGTE UDFORDRINGER

Gennemgangen af resultaterne i kapitel 5 og 6 har givet et overblik over en lang række udfordringer for regional økonomistyring på sygehusområdet. Som afslutning på denne rapport vil vi kort tage fat i nogle af de vigtige perspektiver fra de foregående kapitler. Dette for dels at udvide beskrivelsen af udfordringerne, dels for at sammenkæde indhold fra flere forskellige udfordringer, og endeligt for at tydeliggøre nogle perspektiver ved udfordringerne. Beskrivelsen af hver udfordring afsluttes med nogle perspektiver. Disse er enten eksplisit nævnt af vores interviewdeltagere eller i direkte forlængelse af drøftelserne.

Det første afsnit har vi kaldt *Efterspørgselspres, prioritering og produktivitetsudvikling*. I afsnittet beskriver og sammenkæder vi udfordringerne "efterspørgselsstyring vs. ramme-styring", "prioritering af behandlingsformer" og "procesoptimering" fra prioriteringsøvelsen og "styring af svært styrbare områder" og "produktivtetsudvikling" fra de åbne drøftelser. I det andet afsnit, kaldet *Rammer for decentral styring* beskriver og sammenkæder vi udfordringerne "ledelsesinformation" og "utilstrækkeligt datagrundlag fra prioriteringsøvelsen, samt "DRG som styringsinstrument" og "rammer for decentral styring" fra de åbne drøftelser.

Vi kunne med god ret have behandlet andre udfordringer i dybden. Derfor vil vi dels henvise til resuméet af alle udfordringer i bilag 2, dels invitere til at interesserede kontakter KREVI for at få mere viden om andre konkrete udfordringer.

### 7.1 Efterspørgselspres, prioritering og produktivitetsudvikling

Den vigtigste udfordring for økonomien på sygehusene er, ifølge undersøgelsens prioriteringsøvelse, udfordringerne ved at efterkomme en stadig stigende efterspørgsel indenfor en relativt fastlagt økonomisk ramme. En økonomidirektør siger om sagen:

*"Det er jo i og for sig en selvmodsigelse, at vi har efterspørgselsstyring, men kun har en ramme. Vi har en indbygget konflikt, og det giver styringsmæssige problemer".*

De styringsmæssige problemer består hovedsageligt i, at det er vanskeligt at undgå under-skud, når man indtægtsmæssigt er underlagt en ramme, men samtidig er underlagt en ventetidsgaranti. Økonomidirektørerne er generelt meget opmærksomme på bundlinjen, altså at regionens samlede økonomi er i balance. Samtidig er de interesserede i, at der produceres mest muligt på regionens egne sygehuse. Det er samlet set den billigste løsning for den enkelte region frem for, at patienterne behandles på andre offentlige eller private sygehuse. Derfor prioriteres udfordringen med efterspørgsels- og rammestyring som en af de vigtigste udfordringer, selvom to økonomidirektører hellere vil kalde problemstillingen for et *vilkår*. Altså ikke noget, der som sådan kan dæmmes op for, men et vilkår ved at være driftsherre for et sygehusvæsen. Og et hensyn regionerne må inkludere i deres generelle planlægning på området.

*"På afdelingsniveau opleves situationen sådan, at produktionen i det offentlige sygehusvæsen er fikseret i det enkelte budgetår, mens efterspørgselsstyringen er reserveret til de private udbydere."*

Ovenstående citat illustrerer problemstillingen oplevet fra en ledende overlæges synsvinkel. I det konkrete eksempel oplever afdelingen, at den i praksis er bundet af det tildelte budget og har kun i begrænset omfang en tilskyndelse til at øge aktiviteterne, fordi udgifterne hermed er større end det forøgede budget, afdelingen ville få ved at tage flere patienter ind.

Samtidig er afdelingen frustreret over, at patienterne i stedet henvises til private sygehuse, hvilket er en samlet set dyrere løsning for regionen.

### 7.1.1 Manglende prioritering

Efterspørgselspresset skyldes en stadig stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser, herunder at flere og flere sygdomme kan behandles bedre og bedre (og dyrere og dyrere).

En økonomichef siger:

*"Man kan mere og mere, behandlingsmulighederne bliver bedre og bedre. Vi skal gøre alt for at få levetiden op, det kan ingen være uenig i. Men man prioriterer meget nødtigt den anden vej og overvejer, hvad de dyre behandlingsformer får af unævnte konsekvenser andre steder i systemet."*

Nogle af de eksempler, der nævnes, er, om samfundet har råd til at købe dyr medicin for flere hundrede tusind kroner for at forlænge en kræftpatients liv i nogle måneder, og om det er rimeligt at bruge et tilsvarende beløb på hjerteoperationer til patienter over 85 år, hvor risikoen for komplikationer er størst. Interviewpersonerne fremhæver, at det naturligvis ikke er enkle prioriteringer, men at der er brug for dem. Derfor betegner både økonomidirektører, økonomichefer på sygehuse og afdelingsledere prioritering af behandlingsformer som en meget vigtig udfordring, der overvejende ikke er løftet. For i de ovennævnte eksempler kræver det en tydelig prioritering og opbakning til den enkelte læge, hvis svaret skal være "nej", når nu mulighederne foreligger. Den politiske opbakning til at prioritere opleves aktuelt meget begrænset.

#### Perspektiver

Afdelingslederne erkender, at de i høj grad selv er med til at skabe efterspørgselspresset, idet de er medvirkende i udviklingen af nye tiltag og behandlingsforløb, herunder anvendelse af ny medicin. Derfor kan det virke overraskende, at afdelingslederne samtidig prioriterer "prioritering af behandlingsformer" til at være en meget vigtig udfordring at løse. De afdelingsledere, der har medvirket i undersøgelsen, har imidlertid været meget bevidste om, at der er begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet. Dels er der begrænsede økonomiske midler, men også personalemæssigt er der i forvejen mangel på læger og sygeplejersker. Men omkring prioritering beskriver de, at det, de meget gerne vil gøre, er at præsentere politikkerne for udviklingsmulighederne og lade dem foretage prioriteringerne.

*"Vi ved jo ikke, hvad der er brug for på børneområdet, eller hvad lungecancerpatienter har brug for ... Vi mangler politisk prioritering: hvad har vi råd til, og hvad har vi ikke råd til"*

En region har forsøgt at nedsætte et udvalg under regionsrådet, der skal se på prioritering af sundhedsydelser. Imidlertid vurderer interviewpersonerne, at det er særdeles vanskeligt at foretage en sådan prioritering blandt de regionale politikere. Patienter kan frit vælge behandling i en anden region, bl.a. for at sikre et ensartet udbud af ydelser på tværs af landet. De vurderer, at der er brug for prioritering på nationalt niveau. Interviewpersonerne beskriver, at såfremt der ikke prioriteres, ender prioriteringen let hos den enkelte læge og får konsekvenser på områder, det er sværere at formidle og beskrive.

Et muligt sted at starte en diskussion om prioritering er ifølge nogle interviewpersoner vedrørende muligheden for at differentiere ventetiderne i forbindelse med det "udvidede, frie valg". Altså at det for nogle diagnosers vedkommende først var efter mere end en måned, at det frie valg trådte i kraft. Fordelen ved at starte prioriteringsdiskussionen her er, at man på den måde ikke udelukker og fravælger bestemte behandlinger, men udelukkende prioriterer, hvilke patienter der skal være beredskab til at behandle hurtigst.

### 7.1.2 Hvad er styrbart?

I forbindelse med drøftelserne af efterspørgselspres og rammevilkår kommer flere interviewpersoner også ind på, at særligt akutte patienter medfører vanskeligheder i planlægningen og i økonomistyringen – modsat planlagte patienter. Hovedbegrundelsen er, at regionerne kun har begrænset indflydelse på udgifterne til behandling af akutte patienter, idet de skal behandles med det samme og derfor ikke kan indgå i en planlægning af en optimal produktion. Det reducerer styringsmulighederne betragteligt. En økonomidirektør siger:

*"I omkring halvdelen af budgetterne er der [...] aktivitetsafhængige budgetter. Men her skal man huske, at 90 % af de patienter vi har, er akutte, så dem kan man nok ikke styre på"*

Imidlertid er der også flere interviewpersoner, der ikke deler opfattelsen af, at det akutte område er umuligt at styre. Løsningerne er bare nogle andre. En økonomichef på et sygehus siger følgende:

*"Man kan jo godt styre og påvirke det akutte indtag. Vi skal ikke bare lade stå til. Det er ikke kun et vilkår. Vi er ikke enige, når nogen afdelinger siger: "det kan vi ikke gøre noget ved"."*

Diskussionen peger på, at det tilsyneladende ikke er en entydig opfattelse af, hvilke områder regionerne har reel mulighed for at styre.

#### *Perspektiver*

I alle regioner er der i varierende grad arbejde, der netop kan siges at beskæftige sig med at styre det akutte område. Et for nogle interviewpersoner vigtigt område i denne forbindelse er regionens visiteringspraksis via praktiserende læger og lægevagten. De hævder, at det – særligt i relativt tætbefolkede områder med flere sygehuse i rimelig afstand – er muligt at henvise akutte patienter til indlæggelse på mere optimale måder indenfor regionen, eksempelvis ved at tænke mindre snævert om sygehusenes optageområder.

Et andet perspektiv, der peges på, er, at behandlingen af en række patientgrupper med kroniske lidelser (eksempelvis patienter med en uhelbredelig cancersygdom) kunne optimeres. Det fremhæves, at man burde kunne tage bedre hånd om deres gentagne "akutte" indlæggelser, eksempelvis ved at indrette sengeafdelinger på tværs af specialer til disse patientgrupper. Interviewpersonerne fortæller, at som det fungerer i dag, tager disse patientgrupper rigtigt mange ressourcer fra deres respektive 'hjem-afdelinger'. Derfor peger de på denne mulighed.

Sidst, arbejder flere regioner med skellet mellem "akutte" og "sub-akutte" patienter. Vedrørende sidstnævnte gruppe vurderes det helt generelt, at der stadig er et stort potentiale ved i højere grad at sikre en optimal planlægning af ressourcer, operationsstuer mm. Og ikke mindst tænkningen om, at "alt er ikke lige akut" vurderes at være vigtig for udviklingen på området.

### 7.1.3 Fokus på produktivitetsudvikling

'Optimal planlægning' er netop et hovedfokus i næsten alle undersøgelsens interview. Derfor fremhæves udfordringerne "procesoptimering" og "produktivitetsudvikling", som nogle af de vigtigste udfordringer. Når sygehusene skal imødekomme en større efterspørgsel, er det nødvendigt at få mest muligt ud af de ressourcer man har. En økonomidirektør udtaler:

*"Den styringsmulighed, vi har, er at se på produktivitetsudviklingen".*

Samtidig er sygehusene hvert år forpligtet via økonomiaftalerne på at øge deres produktivitet, og eventuelle effektiviseringsgevinster for hver region ligger altså ud over dette krav. Som nævnt foregår produktivitetsudviklingen i praksis typisk ved, at aktivitetskravene, knyttet til en afdelings faste grundbudget, øges ved, at den såkaldte 'basislinje' hæves med en vis procentdel. Derfra er det så afdelingernes opgave at sikre, at produktiviteten øges. Det opfattes af alle som en enkel og retfærdig løsning.

### *Perspektiver*

Imidlertid er der særligt blandt afdelingslederne et ønske om, at produktivitetstigningerne i højere grad bliver planlagt med anvendelse af mere vidensorienterede tilgange til eksempelvis arbejdstilrettelæggelse. I dette arbejde foreslår en afdelingsleder, at eksempelvis produktionsingeniører med andre typer erfaringer med produktionstilrettelæggelse kunne være nyttige.

Afdelingsledere efterlyser generelt også værktøjer til daglig planlægning, der ikke kun har fokus på de rent økonomiske forhold. Det være sig værktøjer, der kan medvirke til at sikre, at de rigtige læger får de rigtige patienter, dvs. at der tages højde for uddannelsesstillinger og supervision. Ligesom det er centralt med enkle værktøjer til at optimere brugen af hver enkelt operationsstue. En økonomichef fortæller, hvordan et relativt simpelt redskab: ugentlige oversigter over brugen af operationsstuerne, har skabt opmærksomhed i afdelingen på, hvordan operationsstuerne anvendes mest optimalt. Om grunden til, at der ikke udvikles sådanne værktøjer på tværs af sygehuse og regioner, bemærker en interviewperson lidt provokerende, at fordi produktivitet måles relativt i forhold til en gennemsnitlig produktivitet i alle regionerne, har regionerne ikke incitament til at inspirere hinanden til øget produktivitet. Flere interviewpersoner fremhæver dog også gode mellemregionale samarbejder og udveksling på tværs. Det kunne dog tyde på, at der er et optimeringspotentiale ved at udbrede diverse, daglige planlægningsværktøjer på tværs af regionerne og ikke mindst: kendskabet til dem i afdelingerne.

Der peges også på, at produktivitetudvikling ofte ikke er en opgave, som afdelingerne kan løfte på egen hånd, da det store potentiale ifølge afdelingerne ligger i at optimere samarbejdet mellem sygehusafdelingerne og fjerne ineffektive uhensigtsmæssigheder i overgange mellem afdelinger. Men det er vanskeligt at optimere arbejdsgange på tværs af afdelinger, idet man bevæger sig ind på andre afdelingers ansvars- og ledelsesområder. Derfor efterlyser afdelingslederne, at hospitalsledelserne i højere grad går aktivt ind i denne udfordring. Det kunne inkludere, at der etableres nogle samarbejdsfora med formel kompetence til at træffe afgørelser for den tværgående procesoptimering. I sammenhæng hermed fremhæves kræftpakkerne som en succes, hvad angår tværgående optimering. Særligt afdelingslederne er opmærksomme på, at det var effektivt, at der her var klare dekretter om indretningen af det tværgående samarbejde. En afdelingsleder siger:

*"Det, der virker, er, når man får at vide: det er sådan her, det skal være: Det er ikke til diskussion!"*

## **7.2 Rammer for decentral økonomistyring**

Et andet hovedtema i undersøgelsen har handlet om afdelingslederens rammer for økonomistyring. Det er særligt afdelingslederne selv, der har været optaget af at drøfte en række forhold, der knytter sig til det daglige økonomiansvar. Rammedrøftelserne har handlet om budgetterne, ledelsesinformation og takstmodeller byggende på DRG-systemet.

### **7.2.1 Budgetusikkerhed**

Flere afdelingsledere giver udtryk for stor frustration omkring et helt centralt element ved økonomistyring: kendskab til budgettet. Undersøgelsens interview foregik i marts 2009, og

flere interviewpersoner fortalte, at der stadig var centrale elementer i deres 2009-budget, der manglede at blive endeligt aftalt. Det skyldtes, at der typisk var store budgetsager, omkring eksempelvis igangsættelse af ny behandling, der ikke var færdigbehandlet. Imidlertid oplever afdelingslederne, at det er vanskeligt at holde fokus på et regnskab i balance, så længe der er usikkerhed forbundet med den endelige økonomiske ramme for aktiviteterne.

Den lange sagsbehandlingstid på budgetsager opleves yderligere frustrerende, idet afdelingerne ofte oplever, at de ikke kan vente med at iværksætte nye behandlinger, selvom finansieringen heraf ikke er på plads. Afdelingslederne er klar over, at forvaltningen ofte venter på svar fra andre, inden afdelingerne kan svare omkring budgetsagerne, eller at den manglende stillingtagen skyldes, at regionen har svært ved at finde finansieringen af de nye tiltag og behandlinger. Imidlertid opleves den manglende stillingtagen frustrerende og kan ifølge afdelingslederne medføre, at der i afdelingen spredes en stemning om, at økonomiske hensyn ikke er så vigtige.

*"Der mangler klare dagsordener. Vi ville komme langt med klarere dagsordener, så vi kunne blive enige om, hvad der var vigtigt"*

Citatet fra en ledende overlæge illustrerer situationen, hvor der ikke tages tydelig stilling til centrale spørgsmål. Det medfører, at afdelingerne får sværere ved at navigere i de mange hensyn og ønsker til deres funktion. Den modsatte situation – at budgetterne lå helt stille – er heller ikke mulig, idet der i løbet af året ofte er store budgetsager, knyttet til behandlingen og til eksempelvis at mindske bestemte ventelister. Derfor er det nødvendigt med en vis fleksibilitet. Afdelingslederne efterlyser altså, at denne fleksibilitet ikke bliver lig med manglende stillingtagen.

Omkring økonomistyringsprincipper blev det i interviewene tydeligt, at selvom regionernes økonomiske styring af sygehusene lå rimeligt fast, var der samtidig stor variation og bevægelse i sygehusenes interne styringsprincipper. Fornemmelsen var, at særligt på sygehuse med økonomiske vanskeligheder var der ikke råd til at fastholde bestemte principper om overførsel af mer- og mindreforbrug. Det kom lidt i anden række, og de fleste afdelingsledere virkede også til at være vant til, at sådan er spillet. Der var altså typisk ikke forventning om, at et evt. mindreforbrug kunne overføres videre til følgende budgetår.

#### *Perspektiver*

Drøftelserne i interviewene rummer ikke en række klare perspektiver i forhold til at begrænse denne budgetusikkerhed. Det vigtigste ønske fra afdelingslederne i de tre regioner, vi har besøgt, er tydeligere kommunikation og hurtigere sagsbehandling. Her udtrykt ved en ledende overlæge:

*"Hvorfor er der ingen, der har lyst til at optimere infrastrukturen i regionerne? Hvordan styrker vi hele sagsbehandlingsdelen og bliver hurtigere?"*

Afdelingslederne er som nævnt klar over, at der ofte er politiske forhold på både regionalt og nationalt plan, der til tider kan begrunde lang sagsbehandlingstid. I de tilfælde efterspørger de klarere oplysning om, hvad der begrunder de lange sagsbehandlingstider.

### **7.2.2 Utilstrækkelig ledelsesinformation**

Problemstillingerne omkring budgetterne er tæt knyttet til udfordringen "ledelsesinformation" fra prioriteringsøvelsen. Alle informantgrupper beskriver, at udfordringen er "meget vigtig at løse". Men hvor økonomidirektørerne og økonomicheferne i gennemsnit kalder udfordringen "delvis løftet", mener afdelingslederne, at den "overvejende mangler at blive løftet". En forklaring på dette kunne som nævnt være, at der er iværksat initiativer med hen-



blik på at forbedre ledelsesinformationen. Men disse initiativer er ikke for alvor nået ud på afdelingsniveau og blevet redskaber, der letter økonomistyringen.

Afdelingslederne beskriver, at der i høj grad mangler relevante opdaterede værktøjer til at understøtte økonomistyringen. De oplever, at de – udover budgettet – mangler opdaterede økonomiske data omkring forbrug og aktivitet. En interviewperson udtaler:

*"Vi har f.eks. ikke fået regnskabet for de første par måneder endnu, hvilket har resulteret i aflysning af tre økonomimøder".*

#### *Perspektiver*

Økonomicheferne på sygehusene er også meget opmærksomme på manglen på opdaterede data om det aktuelle aktivitetsniveau. Det skyldes til dels, at data fra Sundhedsstyrelsen generelt er forsinkede, men økonomicheferne giver også udtryk for, at sygehusene i endnu højere grad kunne udnytte egne data til at udarbejde styringsværktøjer, som kunne understøtte økonomistyringen. For økonomicheferne opfatter det meget relevant, at kravene til validering og kvalitetssikring af Sundhedsstyrelsens data er større end kravene til de data fra egne patientadministrative systemer, som et sygehus kunne bruge til intern aktivitetsstyring. Flere økonomichefer taler om denne pointe, og et oplagt opmærksomhedspunkt i forlængelse heraf er, at sygehusene kunne udvikle fælles værktøjer til dette – uafhængigt af Sundhedsstyrelsen. Et tværregionalt samarbejde er særligt relevant set i lyset af en økonomichefs pointe om, at udarbejdelse af sådanne redskaber kræver stor ekspertviden i forhold til programmering og databearbejdning.

Direkte adspurgt er der ingen, som giver udtryk for, at man har overvejet at udvikle fælles ledelsesinformationssystemer på tværs af regioner. Et naturligt spørgsmål er imidlertid, om der kunne være gevinster ved at samarbejde om dele af udviklingen af ledelsesinformationssystemer? Det er ifølge vores opfattelse ikke usandsynligt, at der kunne indhentes og udveksles brugbare erfaringer mellem regioner, der er cirka lige langt i arbejdet.

### **7.2.3 U hensigtsmæssige incitamenter i takststyringen og DRG-taksterne**

DRG og takststyring er også en væsentlig ramme for den decentrale økonomistyring. Afdelingslederne er generelt meget optaget af, hvordan takststyringen præger deres økonomistyring. De oplever, at de indbyggede incitamenter i takststyringen ikke altid er fordrende for meraktivitet, selvom dette er begrundelsen for styringsmodellen. En afdelingsleder udtaler:

*"Motivationen til at lave mere er der ofte ikke. Derfor virker systemet ikke på afdelingsniveau"*

Problematikken hænger sammen med, at en typisk takstmodel for afdelingerne giver en vis procentdel af DRG-værdien for merproduktion. Antagelsen er, at de marginale meromkostninger ved at producere mere er mindre end gennemsnitsomkostningerne, hvilket de naturligvis også i mange tilfælde er. Imidlertid giver det problemer, når aktiviteten i høj grad består af særydelser f.eks. implantater. Implantatet kan koste f.eks. 75 % af DRG-taksten, hvorimod afdelingen kompenseres med mindre end 75 %. I så fald er det tilsætning for afdelingen at producere over "basislinjen". Der er dog forsøg på at overkomme disse tendenser, men de afdelinger, hvor problemstillingen er relevant, beskriver, at de ofte opgiver de sager på forhånd, fordi det – som nævnt i ovenstående afsnit – kræver stor tålmodighed og mange kræfter at få særlige budgetsager gennem systemet.

Afdelingslederne oplever også, at takststyringssystemet kan virke i modstrid med udviklingen af nye og forbedrende tiltag. Særligt omlægningen fra stationær til ambulans behandling

er på trods af flere tiltag med formål at dæmme op for problemet stadig kilde til frustration, som en afdelingsleder siger:

*"DRG-systemet motiverer til langsommelighed og status quo"*

Flere interviewpersoner beskriver uheldige oplevelser med incitamenterne i takststyringen, eksempelvis hvordan det bedre kan betale sig at sprede ambulante besøg på flere dage, i stedet for at have alle besøg på samme dag. Om problemet reelt er stort er måske mere tvivlsomt; det er naturligvis kun noget, man gør i de andre regioner... Det virker som om, at faglige hensyn virker stærkest, men det er med til at svække tilliden og opbakningen til modellerne, når man kan se økonomiske gevinster ved bestemte, uhensigtsmæssige fremgangsmåder – uanset om man så følger dem eller ej.

#### *Perspektiver*

De fleste afdelingsledere forventer, at DRG-systemet er kommet for at blive. Deres hovedpointe i forhold til systemet er derfor, at regionerne og Sundhedsstyrelsen bør være opmærksomme på, at der opstår skæve incitament, når systemet bredes helt ud til afdelingsniveau. På regionalt plan har de fleste afdelingsledere en opfattelse af, at det er "ens for alle regioner", og at der nogenlunde gælder "de store tals lov", altså at små skævheder udjævner sig, fordi der samlet set er rigtigt mange ydelser i en region. Men oplevelsen fra afdelingsniveau af disse 'små skævheder' er ofte, at de er 'rigtig, store skævheder', som betyder at virkningen af DRG-systemet ikke altid er som man forventer, når man kun ser på det store perspektiv.

Om takststyringsproblematikkerne er der dog samtidig en anerkendelse af, at systemet overordnet set har medvirket til at skabe et mere produktivt sygehusvæsen. Udfordringerne kommer, når fokuset på produktion, som det måles med DRG-point, overskygger behandlingsformer, der er bedre, mere sundhedsmæssigt effektive og mindre indgribende. Og derfor kommer de til at se mindre produktive ud. Takstmodellerne skaber ofte incitament til at forfølge de veje, hvilket vil være en fortløbende udfordring at imødegå for regionerne.

## BILAG 1 TABEL- OG DIAGRAMBILAG

Bilag 1 indeholder først en tabel, der viser de præcise gennemsnitlige prioriteringer af de forskellige udfordringer for hhv. økonomidirektører, økonomichefer og afdelingsledere. Gennemsnittet er beregnet ved at tildele hver konkret prioritering en værdi mellem 1 og 3 for begge de to dimensioner i prioriteringsskemaet; dels hvor vigtig en udfordring vurderes generelt at være, dels hvor meget den mangler at blive løftet. Resultatet ses nedenfor:

*Bilagstabel 1. Overblik – prioritering af udfordringer<sup>1</sup>*

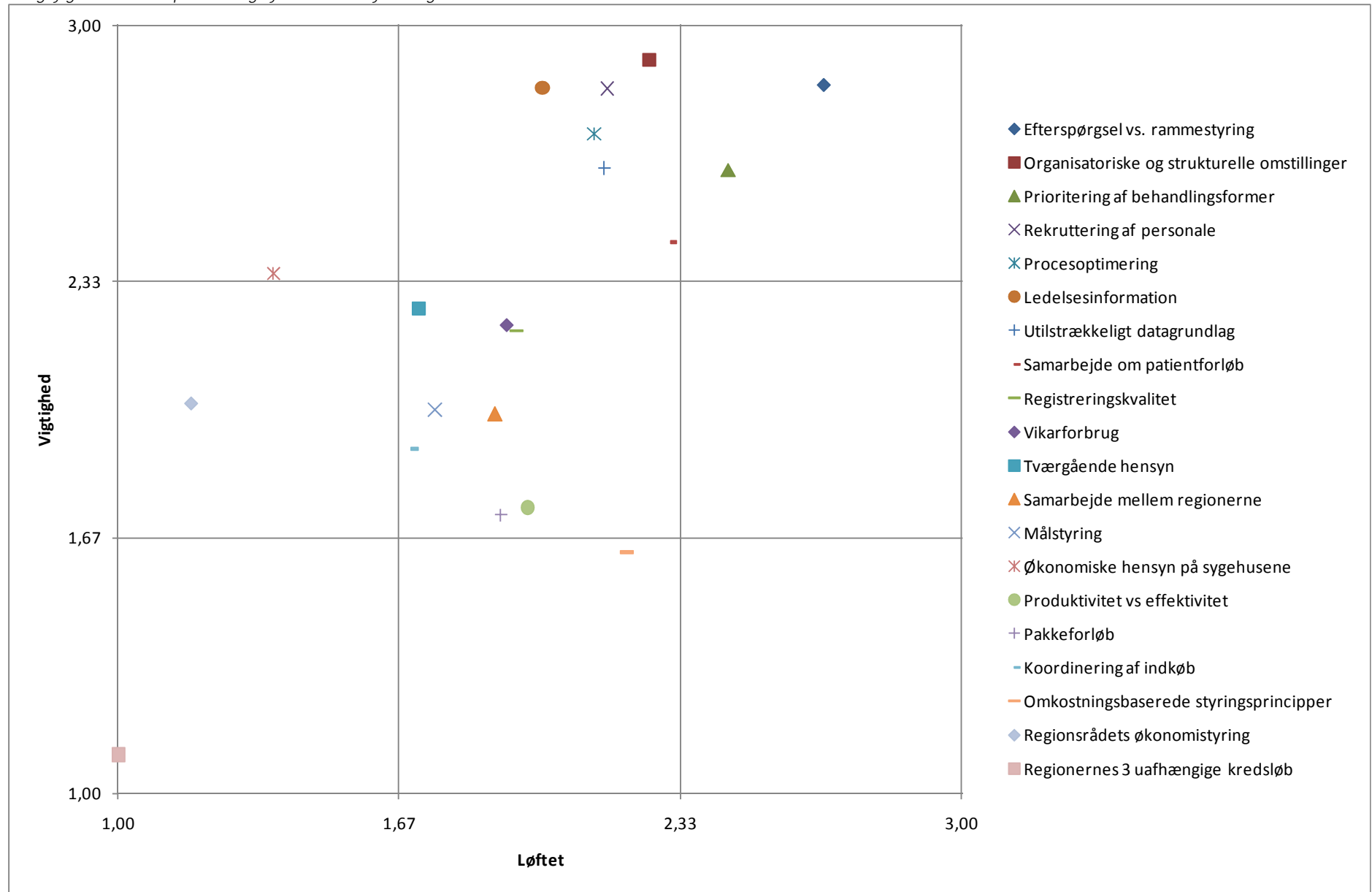
Udfordring	Økonomi- direktører		Økonomi- chefer		Afdelings- ledere	
	Vigtighed	Mangler	Vigtighed	Mangler	Vigtighed	Mangler
Efterspørgsel vs. rammestyning	2,67	2,83	2,86	2,23	3,00	2,95
Organisatoriske og strukturelle omstillinger	3,00	1,95	2,73	2,27	3,00	2,55
Prioritering af behandlingsformer	2,70	2,30	2,27	2,59	2,89	2,44
Rekruttering af personale	2,60	2,00	3,00	2,77	2,90	1,70
Procesoptimering	2,70	1,90	2,50	2,18	2,95	2,30
Ledelsesinformation	2,60	1,70	2,95	1,86	2,95	2,45
Utilstrækkeligt datagrundlag	2,40	1,80	2,68	2,45	2,80	2,20
Samarbejde om patientforløb	2,75	2,13	2,35	2,45	2,20	2,35
Registreringskvalitet	2,30	1,90	2,41	2,18	1,90	1,75
Vikarforbrug	2,50	2,50	2,45	1,91	1,70	1,35
Tværgående hensyn	2,20	1,90	2,14	1,64	2,45	1,60
Samarbejde mellem regionerne	1,70	1,40	2,31	2,13	1,95	2,15
Målstyring	1,60	1,40	1,94	1,50	2,45	2,35
Økonomiske hensyn på sygehusene	2,60	1,60	1,91	1,45	2,55	1,05
Produktivitet vs effektivitet	1,60	1,80	1,68	1,91	1,95	2,20
Pakkeforløb	1,50	1,75	1,67	2,22	2,00	1,75
Koordinering af indkøb	2,20	1,80	2,09	2,18	1,40	1,10
Omkostningsbaserede styringsprincipper	1,80	2,00	1,45	2,41		
Regionsrådets økonomistyring	2,60	1,20	1,43	1,14		
Regionernes tre uafhængige kredsløb	1,20	1,00	1,00	1,00		

<sup>1</sup> Udfordringernes rækkefølge er et bud på en prioriteret rækkefølge. Denne er udregnet ved at tildele de to vigtighedsdimensioner lige meget vægt, således at en udfordring der er "meget vigtig og overvejende løftet" og en der er "mindre vigtig og overvejende ikke-løftet" vægter lige meget. De tre informantkategorier vægter tilsvarende ens i rangordningen. Hver dimension kan antage værdier mellem 1 og 3. Og værdien "3,00" svarer således til, at alle informanter i gruppen vurderer udfordringen som "meget vigtig at løse", hhv. "mangler overvejende at blive løftet".

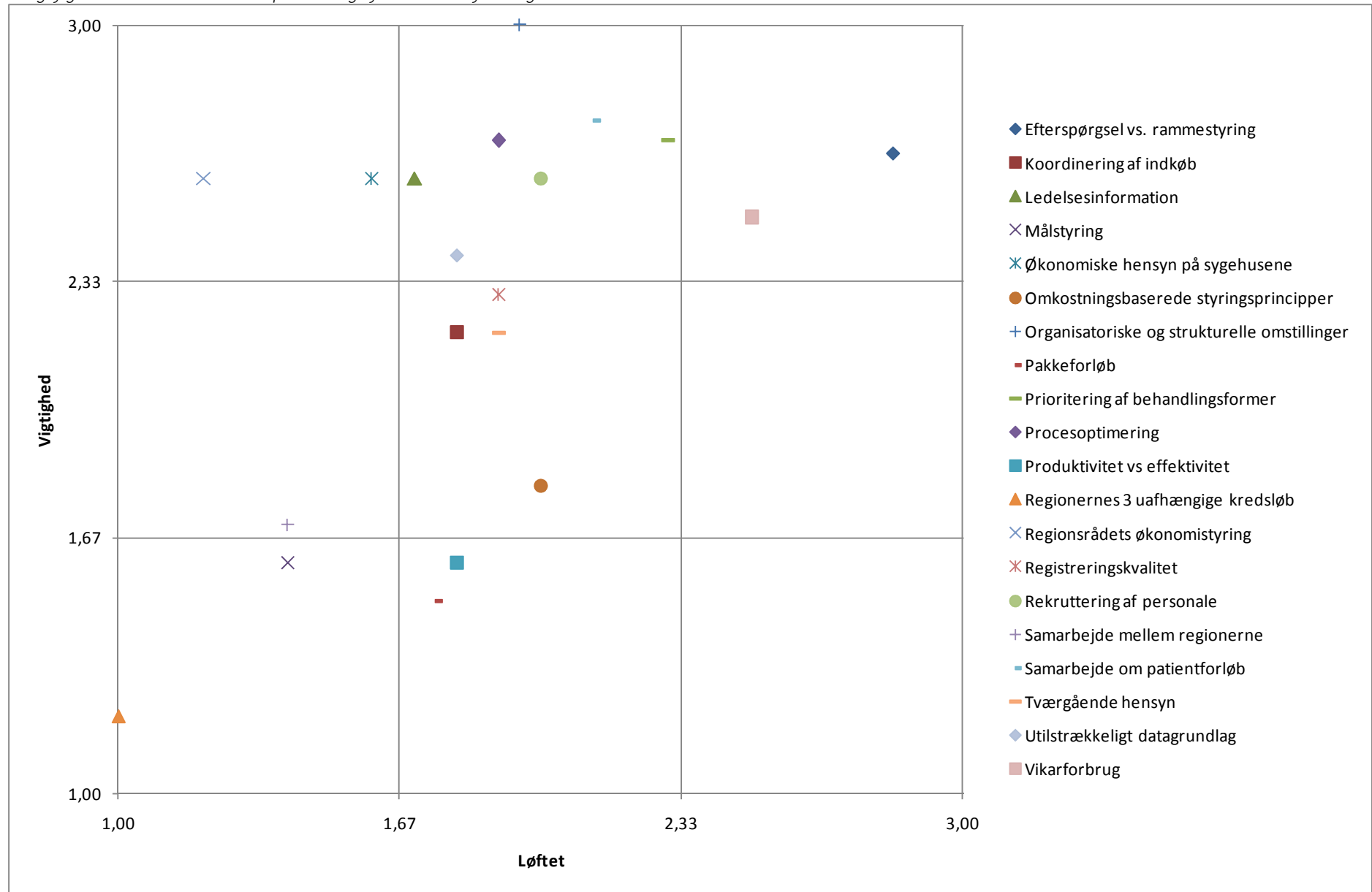
De konkrete prioriteringer er afbilledet i figur 1-4, hvor også de streger der definerede, hvilke celler i rapportens tabel 2-5, de enkelte udfordringer blev placeret i, er indtegnet. Opdelingen bygger på en opdeling af hver akse i tre lige store dele. Resultaterne i figurform præsenteres i følgende rækkefølge:

1. Samlet resultatet
2. Økonomidirektører
3. Økonomichefer
4. Afdelingsledere.

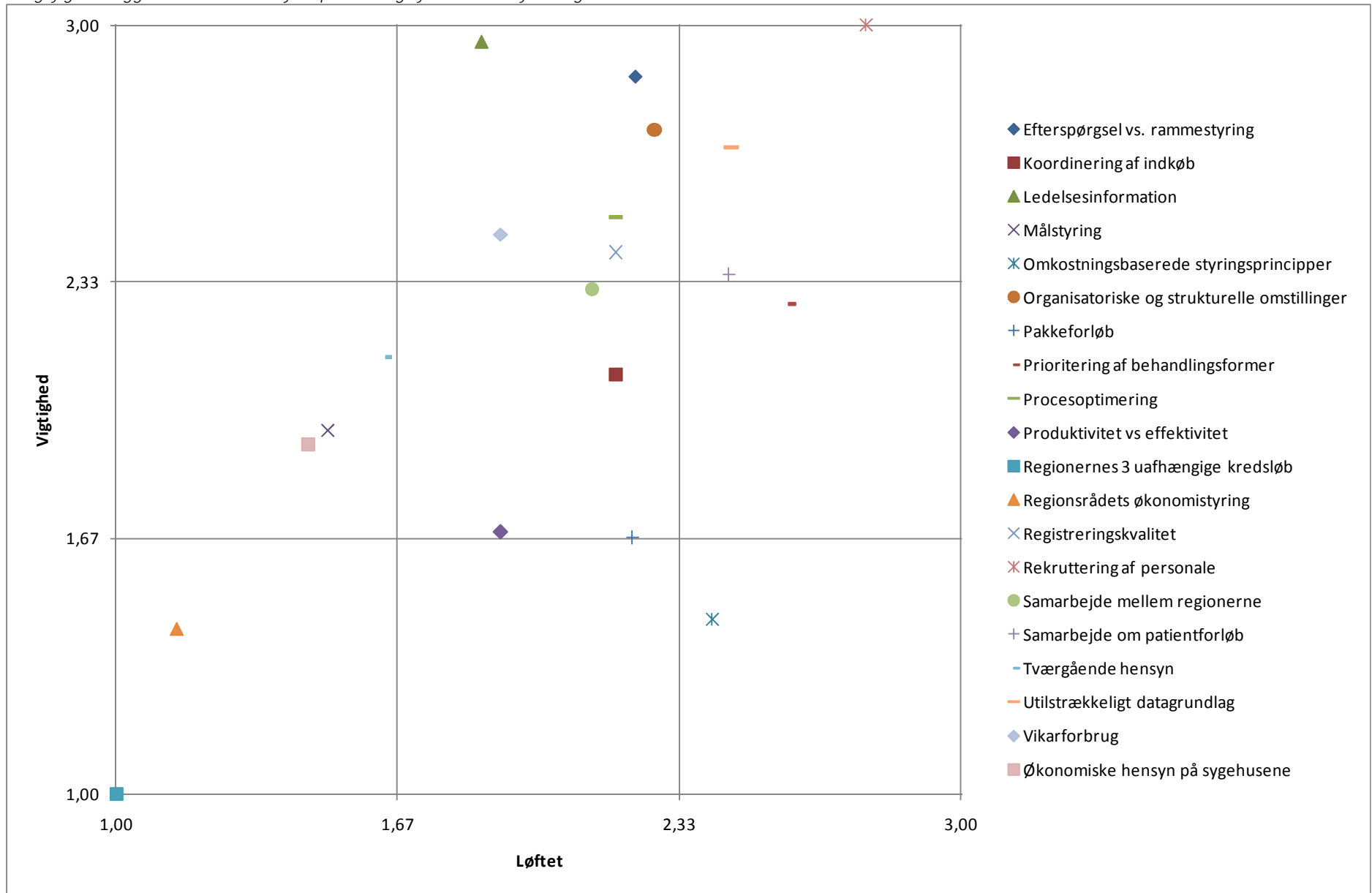
Bilagsfigur 1. Samlet prioritering af konkrete udfordringer



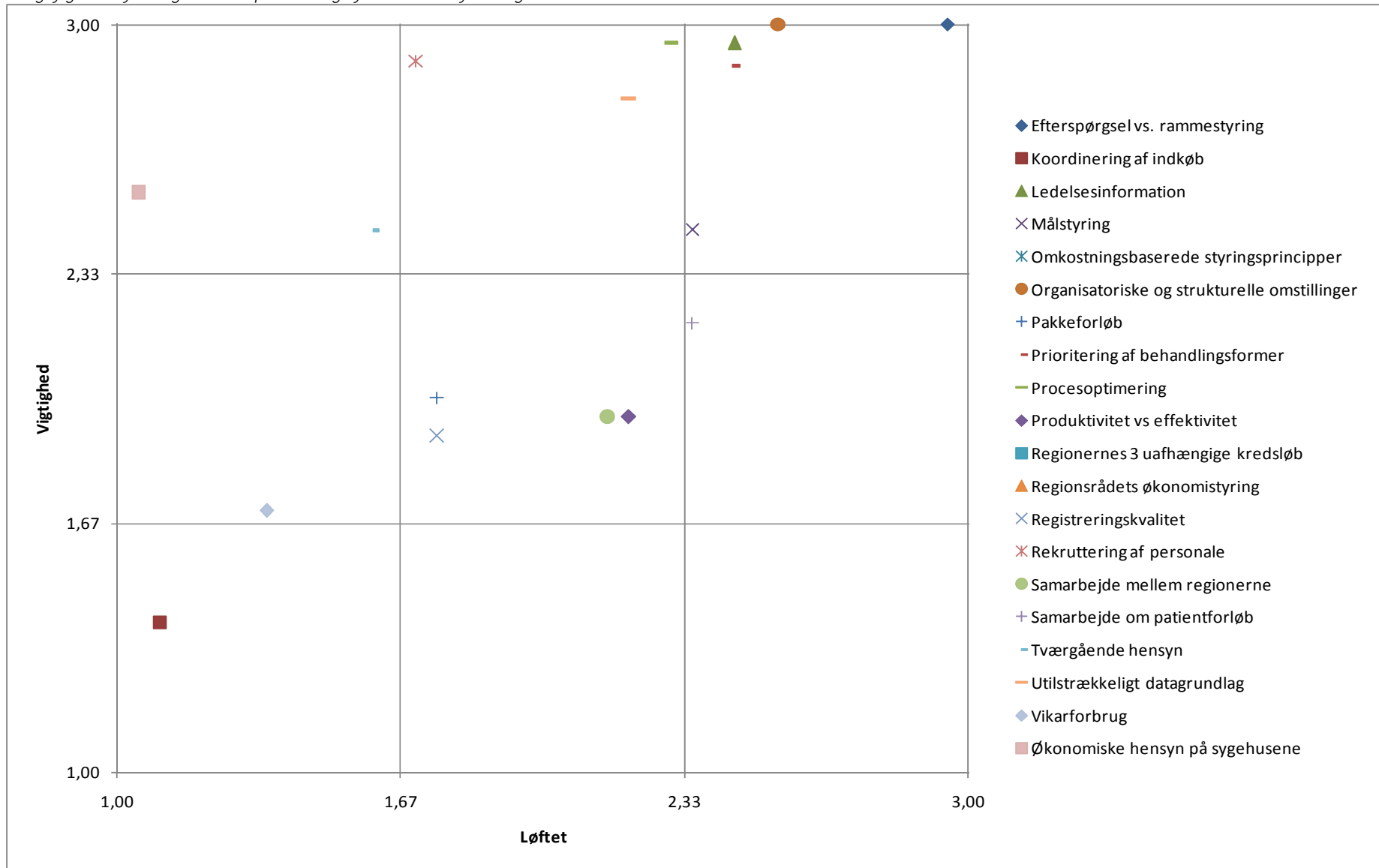
Bilagsfigur 2. Økonomidirektørers prioritering af konkrete udfordringer



Bilagsfigur 3. Sygehus-økonomichefers prioritering af konkrete udfordringer



Bilagsfigur 4. Afdelingslederens prioritering af konkrete udfordringer



## BILAG 2 INDHOLDSRESUME AF ALLE UDFORDRINGER

Bilag 2 indeholder et indholdsresume i punktform af alle identificerede udfordringer i undersøgelsen. Bilag 2 indeholder to tabeller. I bilagstabel 2 redegøres der for indholdet af drøftelserne omkring de tyve udfordringer, vi medbragte. Bilagstabel 3 redegør for indholdet af de øvrige udfordringer, svarende til indholdet i kapitel 6. Resumeeet er opdelt i 'indhold' og 'perspektiver'. Perspektiverne er enten sagt direkte af interviewpersoner eller i umiddelbar forlængelse heraf.

*Bilagstabel 2. Indhold af drøftelser af medbragte udfordringer (alfabetisk rækkefølge)*

Overskrift	Beskrivelse af udfordring	Indhold i drøftelser	Perspektiver
Efterspørgsel vs. ram-mestyling	Det giver styringsmæssige problemer, at regionerne skal imødekomme borgernes (stigende) efterspørgsel på sygehusområdet, samtidigt med at finansieringen af regionerne hovedsagelig er rammestyret.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et grundlæggende vilkår for regionernes styring.</li> <li>• Nødvendigt at håndtere – ellers går regionerne fallit på et tidspunkt.</li> <li>• Påpegning af den generelle tendens til at sundhedsudgifter på verdensplan vokser med det dobbelte af BNP-væksten.</li> <li>• Økonomiaftalerne tager også i nogen grad højde for vækst i efterspørgslen, men væksten opleves endnu større.</li> <li>• Skal ses i sammenhæng med "det udvidede, frie valg".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved at arbejde med at påvirke det akutte indtag kan man påvirke udfordringen.</li> <li>• Vigtigt at indrette takstmodeller, hvor afdelingerne agerer så hensigtsmæssigt som muligt på trods af det vanskelige vilkår.</li> </ul>
Koordinering af indkøb	Regionen har svært ved at realisere besparelser via centrale indkøb uden, at afdelingerne oplever det som en forringelse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meget blandede oplevelser af hvor velfungerende indkøbsafdelinger er.</li> <li>• Oplevelse af at det er svært at rekruttere de rigtige folk til indkøbsafdelinger.</li> <li>• Modstand i begyndelsen, indtil folk oplever reel besparelse.</li> <li>• Protest mod budgetreduktion som følge af ny indkøbsfunktion</li> <li>• Trods alt relativ begrænset betydning i forhold til det samlede forbrug.</li> <li>• Nogle indkøbsregler/-begrænsninger er igangsat for tidligt, hvilket har medført, at der skulle købes ind til listepreiser.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigtigt med faglig involvering/brugergrupper for at sikre tilfredshed med udvalget af produkter</li> <li>• Central med opmærksomhed på, at det tager længe tid, end man typisk forventer, at indgå aftaler..</li> </ul>
Ledelsesinformation	Regionens økonomistyring hæmmes af, at ledelsesinformationen ikke er tilstrækkelig og ikke udnytter tilgængelige data.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En vigtig, men krævende opgave. Man mangler relevante opdaterede værktøjer vedrørende budget, forbrug og aktivitet</li> <li>• Der er igangsatte projekter omkring udarbejdelse af ledelsesinformation, der skal sikre både pålidelig og opdateret information.</li> <li>• Afdelingsledere har stort fokus på udfordringen.</li> <li>• Det er en ressourcekrævende opgave at udarbejde god, anvendelig og lettilgængelig ledelsesinformation</li> <li>• Blandede holdninger til om det er en god ide med et regionsdækkende system, eller om sygehusenes skal anvende det de har lyst til.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forsat behov for fokus på implementering af ledelsesinformationssystemer.</li> <li>• Perspektiver ved regionalt samarbejde omkring ledelsesinformation?</li> </ul>



Overskrift	Beskrivelse af udfordring	Indhold i drøftelser	Perspektiver
Målstyring	Der er for mange økonomi-, kvalitets- og servicemål på sygehusområdet. Det hæmmer fokus på vigtige mål.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigtigt udviklingspunkt, forventning om at der vil blive flere og flere mål i fremtiden. Allerede nu mener afdelingsledere, at der er for mange mål, der tager mange ressourcer fra afdelingen.</li> <li>• Økonomidirektører mener modsat, at der ikke er for mange mål. Der er brug for flere målepunkter med henblik på sammenligner af sygehusafdelinger</li> <li>• Der følges ikke nævneværdigt op på mange af de opstillede mål. De økonomiske mål er i praksis fortsat de vigtigste mål.</li> <li>• Der bruges meget tid på indberetning af data. Bekymring for konsekvenserne af Den Danske Kvalitetsmodel. Frygt for at den er for omfattende og for belastende for afdelingerne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigtigt at udnytte (svært-)tilgængelige, eksisterende data bedre til nøgletal.</li> <li>• Vigtigt at minimere den administrative belastning ved indberetning af data og administration.</li> </ul>
Omkostningsbaserede styringsprincipper	Regionerne/sygehusene mangler at udnytte mulighederne ved omkostningsbevillinger og -styring.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere har svært ved at se at indsatsen står mål med udbyttet, så længe der er to styringsprincipper fra staten. Det kræver en stor administrativ indsats.</li> <li>• Andre synes det er et godt redskab til at blive klogere på omkostningerne og prisen for mulige handlinger.</li> <li>• Opfattelse af at det er relativt perspektivløst så længe der er stramme bånd på de årlige udgifter.</li> <li>• Omkostningsbaserede styringsprincipper overflødiggør ikke tværgående prioritering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der kan være vigtige perspektiver ved principperne, hvis der udvikles fokus på, hvad ubrugt udstyr koster, og på forrentning og tilbagebetalingsperioder.</li> </ul>
Organisatoriske og strukturelle omstillinger	Regionen mangler at implementere en række vanskelige tilpasninger af sygehusorganisationen og -strukturen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygehusplanerne er særdeles vigtige og afgørende for den fremtidige produktivitet og udvikling.</li> <li>• Flere interviewpersoner påpeger at der er uhensigtsmæssigheder i de vedtagne sygehusplaner</li> <li>• Alle beslutninger vedrørende den konkrete implementering er endnu ikke truffet, og andre beslutninger er udskudt.</li> <li>• Det er en meget vanskelig politisk proces, når der skal træffes beslutninger omkring sygehusplaner.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forventning om at det bliver nødvendigt at revidere de eksisterende sygehusplaner på længere sigt .</li> <li>• Forestår en stor implementeringsopgave vedrørende sygehusplanerne. Både vedrørende midlertidig og permanent drift, anlægsstyring m.v.</li> <li>• Vigtigt at have fokus på medarbejderne under omstillinger og sørge for grundige, løbende orienteringer.</li> </ul>
Pakkeforløb	Implementering af "pakkeforløb" medfører produktivitetsfald, der ikke imødegås i tilstrækkelig grad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oplevelse af at pakkeforløbene har givet et kvalitetsmæssigt løft – særligt i forhold til tværgående koordinering mellem afdelingerne.</li> <li>• Men andre områder er blevet ramt fordi de er blevet prioriteret mindre højt.</li> <li>• Det er en kunst at søge at udnytte ubrugt bufferkapacitet bedst muligt.</li> <li>• Der kan være besparelser ved at se sagsgange igennem. I et behandlingsforløb på et halvt år er der flere ting, der skal gøres flere gange, end hvis det varer 2 måneder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peger på at der kan hentes gevinster – kvalitetsmæssigt og produktivitetsmæssigt – ved optimering af tværgående indsatser og koordinering.</li> <li>• Ønske om at løse problemet med registrering af flere besøg samme dag ift. DRG-afregning, hvor flere besøg samme dag kun tæller med én gang.</li> </ul>

Overskrift	Beskrivelse af udfordring	Indhold i drøftelser	Perspektiver
Prioritering af behandlingsformer	Regionen formår ikke at gennemføre en prioritering af ressourcer i lyset af, hvilke behandlingsformer/medicin der er mest omkostningseffektive.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioritering af behandlingsformer efterlyses, da der er begrænsede økonomiske ressourcer og mangel på læger og sygeplejersker.</li> <li>• Svært for én region at prioritere mellem behandlinger, uden de andre gør det.</li> <li>• Hvis der ikke prioriteres, får det konsekvenser på områder som er sværere at formidle, fx god patientkontakt.</li> <li>• Økonomisk krise kan øge fokus på, at prioritering er nødvendig.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er nødvendigt med prioritering. I fremtiden vil den faglige (og prismæssige) udvikling fortsat vokse meget.</li> <li>• Forslag om at begynde en prioriteringsdiskussion med drøftelse af differentierede ventetider.</li> <li>• Vigtigt med vurderingerne fra Sundhedsstyrelsen.</li> </ul>
Procesoptimering	Arbejdsgange og kapacitetsudnyttelsen på sygehusene mangler at blive optimeret.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stort fokus på optimering af arbejdsgange og kapacitetsudnyttelse.</li> <li>• Internt i afdelingerne er der mange velfungerende processer. Mange problemer opstår i overgangene mellem afdelinger.</li> <li>• Faggrupper og de faglige organisationer kan nogle gange stå i vejen for optimale processer.</li> <li>• De administrative arbejdsgange mellem forvaltningen, sygehusene og afdelingerne kunne fungere bedre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ønske om at fokusere på at optimere samarbejdet mellem sygehusafdelinger. Kan kræve at hospitalsledelserne går mere aktivt ind i arbejdet.</li> <li>• Intern afregning – kan det afhjælpe manglende optimering af samarbejdet mellem afdelingerne eller vil det blot bureaukratisere samarbejdet?</li> <li>• Vigtigt med redskaber og oversigter, der tydeliggør kapacitetsudnyttelsen. Eksempelvis oversigter over anvendelsen af en operationsstue.</li> <li>• Opgaveglidning kan potentielt set medvirke til at optimere processerne.</li> </ul>
Produktivitet vs effektivitet	Takststyring medfører stor fokus på produktionen. Det indebærer en risiko for, at den sundhedsmæssige kvalitet og den samfundsmæssige effekt falder.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der måles på produktivitet og gives økonomisk belønning herfor – derfor er det nogle gange det vigtigste.</li> <li>• Men der er også et stort kvalitetsfokus med målinger og sammenligninger på tværs. Derfor er det et begrænset problem.</li> <li>• Faglige hensyn vurderes at være stærkest.</li> <li>• Opfattelse af at private sygehuse har nedsat den "samfundsmæssige effektivitet" meget.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigtigt at være opmærksom på u hensigtsmæssige incitamenter, så de ikke hindrer effektivisering og reduceret behandlingsindsats, hvis det er bedst for patienterne.</li> </ul>
Regionernes tre uafhængige kredsløb	Det giver styringsmæssige problemer, at regionernes økonomi er opdelt i tre uafhængige områder med forskellige styringsrammer,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En udfordring, der ikke vurderes at give problemer længere.</li> <li>• På det administrative område er der nogle valg og skøn, der skal foretages. Men disse skøn ligger nogenlunde fast fra år til år.</li> <li>• De tre administrative kredsløb forhindrer prioritering mellem områderne</li> </ul>	
Regionsrådets økonomistyring	Rollefordelingen mellem det politiske og det administrative niveau er endnu ikke faldet på plads efter strukturreformen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oplevelse af at det fungerer, og at politikerne har forståelse for sygehusenes styrbetingelser.</li> <li>• Der er typisk faste principper for, hvad der behandles i regionsrådene.</li> <li>• Regionspolitikkerne har stort fokus på de økonomiske konsekvenser af deres beslutninger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ønske fra afdelingsledere om at se politikerne oftere på sygehusene.</li> </ul>

Overskrift	Beskrivelse af udfordring	Indhold i drøftelser	Perspektiver
Registreringskvalitet	Det er stadig mange fejl/variationer ved registreringen af ens ydelser. Det er problematisk, når tildeling af ressourcer til dels afhænger af DRG-takster.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En vigtig udfordring at arbejde med hele tiden. Der er stadig en hel del registreringsfejl. Det er vigtigt ud fra både hensyn til patienten, statistikkerne og økonomien.</li> <li>• Brugbart at afholde audits og udarbejde registreringsvejledninger og løbende opdatere dem.</li> <li>• Overvejelser (i flere regioner) om andre regioner har en 'løsere' registreringspraksis, eller om regionen snyder sig selv.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tværregionale registreringsvejledninger ville sikre større konsistens på tværs af regionerne ift. registreringspraksis.</li> <li>• Nyttigt at have 'teams', der har som ansvarsopgave at optimere registreringskvaliteten.</li> </ul>
Rekruttering af personale	Produktionen hæmmes af, at det er vanskeligt at rekruttere fagpersonale til sygehusene.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigtig udfordring at løse. Mange eksempler på at produktion og ønsket organisering må ændres, fordi der ikke er tilstrækkeligt kvalificeret personale.</li> <li>• Der er igangsat flere initiativer til at imødegå rekrutteringsproblemer f.eks. rekruttering i udlandet, fokus på arbejdsmiljø og arbejdsforhold. Det vurderes, at initiativerne begynder at give resultater.</li> <li>• Vakante stillinger kan også udgiftsmæssigt være en udfordring. Man er nødt til at benytte dyrere løsninger for at få afdelinger til at hænge sammen</li> <li>• Det er især et problem i udkantsområderne</li> <li>• Situationen var værre midt i den økonomiske opgang.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gode erfaringer med rekruttering i udlandet på jobmesser o.l.</li> </ul>
Samarbejde mellem regionerne	Regionerne samarbejder ikke nok omkring optimering af det samlede sygehusområde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er kassetænkning mellem regionerne – men det er også meget naturligt.</li> <li>• Lige nu er der et stort økonomisk incitament til hjemtrækning af patienter.</li> <li>• Flere beskrivelser af gode samarbejder på det faglige plan indenfor specialer.</li> <li>• Konflikter/uenigheder løses typisk på gode måder.</li> <li>• Beskrivelse af at de mindre regioner er mere afhængige af de større regioner end omvendt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forslag om i højere grad at aftale andre (billigere) afregningsformer for patienter, der behandles i andre regioner. Det kunne medhjælpe til mere optimale fordelinger af patienter.</li> <li>• Erfaringsudvekslingen kan øges – både i forhold til det faglige og det organisatoriske.</li> </ul>

Overskrift	Beskrivelse af udfordring	Indhold i drøftelser	Perspektiver
Samarbejde om patientforløb	Samarbejdet med praksissektoren og kommunerne mangler at blive optimeret.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Både praksissektoren og kommunerne er meget vigtige samarbejdsflader – også for sygehusenes fremtidige udvikling.</li> <li>Der er et stort problem med færdigbehandlede patienter på medicinske afdelinger.</li> <li>Kommunikationen med særligt kommunerne kunne være bedre, og de har svært ved at håndtere hurtige udskrivinger, fx op til en weekend.</li> <li>Opfattelse af at sundhedsaftalerne i dag mest er hensigts erklæringer og ikke er specielt bindende.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kommunernes medfinansiering kunne skrues sammen, så de fik mærkbare incitament på områder, hvor de rent faktisk kan gøre noget – og mindre medfinansiering på andre.</li> <li>De praktiserende læger spiller en afgørende rolle i forhold til at udvikle bedre styring af akutte patienter.</li> <li>Kommuner og praktiserende læger kunne i højere grad stå for behandlingen af kroniske lidelser, eksempelvis hjertelidelser, diabetes.</li> <li>Sundhedsaftaler kunne udvikles til at være mere kontraktlignende – og der kunne knyttes ressourceudligning på dem, såfremt eksempelvis en kommune selv varetager nogle behandlingsopgaver.</li> </ul>
Tværgående hensyn	Der tages ikke nok tværgående hensyn på afdelingerne. Der fokuseres ofte kun på den enkelte afdelings opgaver, økonomi og resultater.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er naturligt, at afdelingerne tænker mest på sig selv – det ligger i organiseringsformen.</li> <li>Centerstrukturer er forsøg på at dæmme op for dette – indenfor områder hvor der skal være meget koordinering.</li> <li>Oplevelse af at der er vilje til at tænke tværgående og ikke udbredt 'millimeter-retfærdighed'.</li> <li>Overgangene mellem afdelingerne er et vigtigt udviklingspunkt. Her sker de fleste fejl – hvis man eksempelvis gennemgår utilsigtede hændelser.</li> <li>Kræver en stor indsats at skabe flere tværgående hensyn. Er det indsatsen værd?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurdering af at der i samarbejdet mellem afdelingerne ligger et optimeringspotentiale.</li> <li>Der er brug for hospitalsledelserne eller for at finde andre måder at overkomme hensyn til egen afdeling.</li> <li>Blandet holdning til intern afregning.</li> </ul>
Utilstrækkeligt datagrundlag	Der mangler et tilstrækkeligt og opdateret datagrundlag til at styre produktionen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er lang ventetid på Sundhedsstyrelsens produktionsdata via eSundhed.</li> <li>Man mangler viden om aktuel aktivitetsstatus.</li> <li>Bedre anvendelse og udnyttelse af egne data. Man kunne i højere grad udnytte de eksisterende data til at udarbejde styringsværktøjer.</li> <li>Data er ofte svært tilgængelige og det kræver ekspertviden og ressourcer at omforme store datamængder til anvendelige nøgletal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peges på, at man kan udvikle værktøjer, som bygger på egne data frem for Sundhedsstyrelsens data, da det bl.a. kunne give mere aktuel information.</li> <li>Værktøjerne til datahåndtering kunne eventuelt udvikles i fællesskab mellem regionerne, da udviklingsarbejdet er ressourcekrævende og kræver ekspertviden.</li> </ul>

Overskrift	Beskrivelse af udfordring	Indhold i drøftelser	Perspektiver
Vikarforbrug	Regionen formår ikke at kontrollere et stadigt stigende forbrug af vikarer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fokus på vikarudgifterne – særligt blandt økonomidirektører.</li> <li>Fokus på udgifterne – der betales dyre timepriser til vikarer.</li> <li>Stort fokus på den kvalitet, regionerne får for vikarpengene. Stort brug af vikarer går ud over kvaliteten af behandlinger og plejen på sygehusene.</li> <li>Afdelingsledere betragter ikke vikarforbruget som "ukontrollabelt" og sætter pris på fleksibiliteten man får.</li> <li>Udgifterne til vikarer skal ses i sammenhæng med evt. udgifter til overarbejde til egne medarbejdere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stop for eksterne vikarer, oprettelse af interne vikarkorps og udbud af vikaropgaver er løsninger, regionerne forsøger for både at sænke priserne og øge kvaliteten.</li> </ul>
Økonomiske hensyn på sygehusene	Der bliver taget for få økonomiske hensyn på sygehusafdelingerne. Beslutninger træffes primært på baggrund af faglige hensyn.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generel opfattelse af, at der er stor økonomisk ansvarlighed. En ansvarlig der er vokset frem gennem de seneste 10-15 år.</li> <li>Faglige hensyn er vigtige. Men faglige gevinster bliver ikke mindre i lyset af økonomi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Udfordringen består i at skabe gode rammer for økonomistyringen på afdelingen</li> <li>Økonomistyring skal have et praktisk aspekt med henblik på at gøre økonomistyring vigtig og nærværende for læger og sygeplejersker</li> </ul>

Bilagstabel 3. Øvrige vigtige udfordringer for sygehusenes økonomistyring

Overskrift	Indhold i drøftelser	Perspektiver
Produktivitetsudvikling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Produktivitetskravene i de årlige økonomiaftaler stiller krav om fortsat og løbende optimering.</li> <li>Der er stor fokus på produktivitetsudvikling, og det er et helt central element for at få budgetterne til at hænge sammen.</li> <li>Påpegnning af at produktivitetsvækst ofte vanskeliggøres af bygningsmæssige og andre logistiske vanskeligheder.</li> <li>Produktivitetsudviklingen beror primært på den faglige udvikling og fremkomst af mere effektive behandlingsformer og sker derfor ofte i "klumper" i takt med de teknologiske landvindinger.</li> <li>Derfor opleves et ensidigt fokus på en generel produktivitetsvækst for alle afdelinger ikke altid retfærdigt. Modsat er det svært at finde alternativer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forslag om at generelle krav til afdelinger om produktivitetsvækst suppleres af mere vidensorienteret tilgang til retfærdig fordeling af produktivitetskrav</li> <li>Der foreslås, at der i produktionstilrettelæggelsen gøres forsøg med at anvende produktionsingeniører med andre typer erfaringer end sygehusfaglige erfaringer</li> <li>Udvikling af værktøjer til understøttelse af daglig planlægning.</li> <li>Udbrede kendskabet til de gode værktøjer mellem regioner og afdelinger.</li> </ul>

Overskrift	Indhold i drøftelser	Perspektiver
Private sygehuse og "udvidet, frit valg"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udbredt holdning om, at regionerne betaler en alt for høj pris for ydelserne på de private sygehuse.</li> <li>• Opfattelse af at privathospitalerne hovedsagligt tager sig af mindre komplekse operationer indenfor en diagnosegruppe.</li> <li>• Opfattelse af at ventelistegaranti på 1 måned medfører overkapacitet på sygehuse, idet patienter typisk ikke er fordelt ens over et år.</li> <li>• Vigtigt at være opmærksom på, at der er risiko for at regionerne allokere ressourcer til de områder, der er konkurrenceudsat. Det går udover eksempelvis medicinske afdelinger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ønske om differentieret ventetidsgaranti, hvor der er kortest garanti til de mest alvorlige sygdomme, og længst til mindre alvorlige.</li> </ul>
Budgetoverholdelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere regioner taler om, at budgetoverholdelse er et meget centralt tema i 2009. Helt central at opnå balance i regnskaberne.</li> <li>• Oplevelse af at det er svært at få budget og regnskab til at nå sammen. Men historikken er kort. Det er vanskeligt at vurdere, om der er permanent ubalance eller om det skyldes særlige forhold de første år.</li> <li>• Udfordringen skal ses i sammenhæng med stigende efterspørgsel, pres på lønninger</li> <li>• Afdelingerne oplever, at tendensen til, at besparelser lægges ud til afdelingerne som uspecificerede "grønthøster"-besparelser, fungerer dårligt.</li> <li>• Frustration over, at nye opgaver ofte ikke er tilstrækkeligt finansieret.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efterlysning af at man bliver bedre til at beskrive konsekvenserne af besparelser. Så nedskæringer er et valg med "åbne øjne".</li> <li>• Vigtigt at kende rammerne for økonomistyring og undgå overraskende budgetbeskæringer.</li> </ul>
Styring af svært styrbare områder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygehuse er forpligtet til at behandle de patienter, der henvises akut til sygehuse, og derfor er det ikke sygehuse, der præger indsatsernes omfang.</li> <li>• Varierende opfattelser af handlemulighederne overfor akutte patienter. Kan man gøre noget for at styre og effektivisere indsatsen på det akutte område?</li> <li>• Samme problematik gælder for udgifter til medicin mm., der dækkes af sygesikringen. Det er også meget svært at påvirke.</li> <li>• Omhandler igen samarbejdet med de praktiserende læger, der er meget vigtige for både visitering af akutte patienter og for medicinudgifter under sygesikringen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centralt at samarbejde med praktiserende læger om visitationspraksis. Særligt i relativt tætbefolkede områder med flere sygehuse i rimelig afstand kunne det være muligt at henvise akutte patienter til indlæggelse på mere optimale måder indenfor regionen.</li> <li>• Vigtigt at sikre størst mulig anvendelse af generiske medicinprodukter.</li> <li>• Forslag om at indrette sengeafdelinger for patientgrupper med forskellige kroniske lidelser, der indlægges akut med jævne mellemrum. Kunne frigøre ressourcer fra de pågældende afdelinger.</li> <li>• Skellen mellem akut og sub-akut. For mindre akutte patienter er det vigtigt at sikre bedst mulig planlægning af behandlingerne.</li> </ul>

Overskrift	Indhold i drøftelser	Perspektiver
Statslige rammer og regulering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplevelse af, at der i højere og højere grad defineres præcise mål og krav til processer af Folketinget. Tidligere var formuleringerne mere generelle.</li> <li>Oplevelse af at regionernes autonomi er meget begrænset. Folketingspolitikere præger i høj grad sygehusområdet. Uheldig konsekvens hvis regionspolitikere får svært ved at tage ansvar.</li> <li>Opmærksomhed på manglerne i etårige økonomiaftaler. Der er for lidt stillingtagen til, hvor man vil hen på længere sigt, og det hæmmer den langsigtede økonomistyring. Blandt andet fordi regionerne står overfor en række investeringer i form af nybyggeri.</li> <li>Kræftpakkerne er et eksempel, hvor der dog har været mange positive konsekvenser – men har også udfordret fleksibiliteten.</li> <li>Staten har valgt at "være dommer" over regionernes sygehusplaner.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Argumentation for, at jo flere frihedsgrader der reduceres, jo snævrere bliver sygehusenes muligheder for at optimere produktionen på sygehusene.</li> <li>Efterspørgsel efter et flerårs fokus i økonomiaftalerne for at muliggøre et investeringsfokus</li> </ul>
DRG som styringsinstrument	<ul style="list-style-type: none"> <li>Takstmodellerne varierer en hel del på tværs af regionerne, hvilket tydeligvis har forskelligartede adfærdsmæssige effekter. I flere regioner udtrykkes det, at incitamenterne ofte ikke er fordrende for meraktivitet, pga. afregningstaksten eller pga. sammensætningen af ydelsen (fx særydelser).</li> <li>Afdelingsledere oplever, at DRG-systemet virker konserverende, eksempelvis omkring omlægning fra stationær til ambulans behandling.</li> <li>Afdelingslederne er meget opmærksomme på, at der ofte opstår nogle skæve incitamentter på afdelingsniveau. Og selvom de mener at handle fagligt forsvarligt, virker det frustrerende.</li> <li>Oplevelse af at systemet ikke i tilstrækkelig grad belønner behandlingsformer, der er bedre, mere sundhedsmæssigt effektive og mindre indgribende.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ønske om at regionerne og Sundhedsstyrelsen er opmærksomme på, at der opstår skæve incitamentter, når systemet bredes helt ud til afdelingsniveau. Oplevelsen af det der ligner 'små skævheder' fra centralt hold er 'store skævheder' og skaber frustration på afdelingsniveau.</li> <li>En fortløbende udfordring at fokusere på effektivitet og udvikling – nogle gange på trods af DRG-systemet.</li> </ul>
Rammer for decentral økonomistyring	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afdelingsledere udtrykker, at de ofte oplever frustration over manglende kendskab til egne økonomiske rammer.</li> <li>Det gælder særligt budgetterne, hvor der er lang sagsbehandlingstid på budget-sager.</li> <li>Oplevelse af at de mange uafklarede forhold og heraf følgende usikkerhed om budget og fremtidig aktivitet, skyldes, at ingen vil tage stilling.</li> <li>Stor forskel på styringsprincipper mellem direktion og sygehuse og afdelingerne. Afdelinger tager ikke for givet, at evt. mindreforbrug overføres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afdelingslederne efterspørger hurtigere sagsbehandling, og når det ikke er muligt: tydeligere kommunikation om status for sagerne.</li> </ul>