

Kan bedre økonomistyring sikre budgetoverholdelse?

Den mest effektive styring sikres ved en så høj grad af budgetmæssig decentralisering som muligt

Af Per Nikolaj Bukh

I løbet af 2010 blev det mere og mere klart, at sygehusene samlet set ikke havde kunnet holde budgetterne for 2009; og dermed heller ikke havde holdt sig indenfor de økonomiske rammer, der var forudsat i økonomiaftalen. Der har været mange forklaringer på dette – og den diskussion skal der ikke rippes op i her; om end jeg vil komme tilbage til nogle af de styringsmæssige forklaringer.

Udover de besparelsetiltag der er foretaget henover foråret og sommeren på de enkelte sygehuse, har konsekvensen været at økonomistyring er blevet et centralt tema.

Regeringen fastslog i sit Danmark 2020-oplæg fra februar, at den ville samarbejde med Danske regioner om at udvikle bedre redskaber, der kan sikre en tæt og løbende opfølgning på den økonomiske udvikling på de enkelte sygehuse, så regionsrådene i tide kan foretage budgetændringer og omprioriteringer. Og tilsvarende målsætning blev i juni skrevet ind i økonomiaftalen

mellem Regeringen og Danske Regioner.

Der er mange problemstillinger gemt i den fælles målsætning om at holde budgetterne. Politisk er der naturligvis stort fokus på at give borgerne de sundhedsydelse, som der er behov for og på at beslutte, hvad det er for behov, der skal imødekommes for skattekrøner.

Der er ligeledes fokus på sundhedsvæsenets organisering i form af den fysiske infrastruktur og de forskellige aktørers roller, ligesom der skal tages stilling til, hvordan de udfordringer, som den fremtidige udvikling i behandlingsteknologi samt befolkningsudviklingen, byder på.

Når vi skal have budgetterne til at holde kræver det overordnet set både en styring af behovet, dvs. efterspørgslen, og en styring af de aktiviteter, der udføres på sygehusene for at imødekomme efterspørgslen.

Den første del er primært en nationalpolitisk opgave, hvor også kommunerne er tildelt en rolle i forbindelse med blandt andet forebyggelsesområdet, om end det kan diskuteres, hvilke reelle muligheder de har. Aktiviteterne på sygehusene er derimod entydigt regionernes ansvar, og styringsopgaven består her overordnet af en produktionsstyring, som primært er en sundhedsfaglig opgave og af økonomistyring.

Økonomistyringens rolle

Spørgsmålet er, hvilken forskel en god økonomistyring kan gøre, når efterspørgselssiden grundlæggende ikke kan influeres af den økonomiske styring, når efterspørgslen tilsyneladende er næsten uendelig, og når den sundhedsfaglige opgavetilrettelæggelse har – og vel at mærke skal have – et primært fokus på effekten i forhold til patienterne frem for på, om der er råd til at behandle.

Først må det slås fast, at økonomistyring ikke i sig selv reducerer behovet for sundhedsydelse. Det er ikke efterspørgselssiden det handler om. Men en velfungerende økonomistyring kan alligevel både reducere omkostningerne og sikre behandlingen af flere patienter.

Hvis økonomien på sundhedsområdet skal kunne styres, skal det ikke blot ske på baggrund af den økonomistyring, der finder sted på de enkelte sygehuse – det skal helt ud på afdelingerne og være en del af afdelings- og afsnitsledelsens løbende beslutningsgrundlag.

Hvis ikke styringsinformationen har relevans for den ledelse, der har ansvaret for både at overholde budgetter og for den sundhedsfaglige aktivitet, får vi ikke bedre ledelse ud af ledelsesinformationen.

Det kræver, at de økonomiske konsekvenser af beslutnin-

ger, konkrete patientforløb og faglige valg er synlige i den økonomiske opfølgning. Det kræver rettidighed i økonomi-opfølgninger og det kræver at afdelingernes aktiviteter i økonomistyringen matches med produktionsopgørelserne. I praksis betyder det, at det er de elektroniske patientjournaler, som skal være styringsgrundlaget.

Den mest effektive styring sikres ved en så høj grad af budgetmæssig decentralisering som muligt. Jo mere ledelsen på de enkelte afdelinger selv kan tilrettelægge på baggrund af præcis information om behandlingernes økonomiske konsekvenser for deres egen afdeling, jo bedre beslutninger vil der blive truffet.

Ligeledes er et præcist grundlag for regionernes styring af sygehusene afgørende. Jo mere man i regionen er nødsaget til at fordele meraktivitet mellem sygehusene på baggrund af tidligere års budgetter og uden skelen til de enkelte sygehusafdelingers specifikke produktionsøkonomi, jo mindre sandsynligt er det, at der leveres mest sundhed for pengene.

En væsentlig del af den bestående økonomistyring med fordelingsregnskaber og et ganske udbygget DRG-system har det primære fokus på fastlæggelsen af gennemsnitsomkostninger på nationalt plan. Dette muliggør en opgørelse af produktionsværdi i det samlede sundhedsvæsen, det giver et grundlæg for indgåelse af aftaler med private sygehuse, det muliggør mellemregionale betalinger, hvis borgere fra andre regioner behandles.

Styringsmæssigt giver DRG-systemet også regionerne en vis mulighed for at indgå aftaler med de enkelte sygehuse om et samlet produktionsniveau samt aftale spilleregler for hvornår et forøget aktivitetsniveau udløser ekstra bevillinger – eller

omvendt, hvordan et reduceret aktivitetsniveau skal udmøntes i bevillingsreduktioner.

Plads til forbedring

Interessant nok har regionerne valgt forskellige principper for hvordan styringen fra region til sygehus tilrettelægges. På de overordnede linjer synes der ikke at være et klart billede af, om den ene eller den anden model har været bedst til at reducere budgetoverskridelserne. Hverken når man sammenligner regionerne eller de enkelte sygehuse, hvor mange specifikke forhold i sagens natur påvirker muligheden for at holde budgettet.

Det er tankevækkende og én mulig konklusion kunne være, at det stort set ikke er muligt at påvirke aktivitetsniveauet ved styring, da alle styringstiltag fungerer lige godt (eller lige dårligt). Denne konklusion kunne også understøttes af, at det er befolkningens behov for sundhedsydelse, der i den sidste ende bestemmer sygehusenes aktivitet.

Som et andet yderpunkt kunne der argumenteres for at ingen af de styringsmodeller, der er i anvendelse, er tilstrækkeligt effektive. Den økonomiske opfølgning er for aggregeret, den er ikke rettidig nok, og der er ikke tilstrækkelig sammenhæng mellem det faktiske aktivitetsniveau og produktionsopgørelserne på afdelingsniveau.

Den økonomiske ledelsesinformation, som afdelingsledelsen har til rådighed er derfor ikke tilstrækkelig detaljeret og præcis og de økonomiske budgetincitament fremmer ikke valget af omkostningseffektive behandlinger og en økonomisk optimal ressourcefordeling mellem afdelinger såvel som sygehuse. Hvis styringen ikke er effektiv kan det heller ikke forventes at den fremmer de aktiviteter der skaber mest sundhed for pengene.

Sandheden er naturligvis et sted mellem de to yderpunkter – og fælles for regionernes styringsprincipper er, at det er afgørende at have så retvisende og rettidig information som muligt.

Ligeledes er det afgørende, at sygehuset udmønter den samlede bevilling således at der i sammenhæng styres på aktiviteten og de dertil svarende omkostninger. De fleste sygehuse er godt på vej, men der er givetvis også plads til forbedringer mange steder.

Fokus på omkostningerne

Der er en lang række forhold på de enkelte sygehusafdelinger, som betyder at den specifikke omkostning ved at udføre behandlinger indenfor de enkelte DRG-grupper er meget forskellig afdelinger i mellem.

Denne forskel skyldes blandt andet at patienttyngden indenfor de enkelte grupper kan være forskellige på de enkelte sygehuse, at der anvendes forskellige behandlingsteknologier, og at omfanget af forsknings- og udviklingsaktiviteter er forskelligt. Ligeledes vil der være aktiviteter på en række områder, hvor der er stor driftsfordele, således at afdelinger med højt volumen eller specialiseringer vil have lavere gennemsnits- og marginalomkostninger end andre afdelinger.

Hvis økonomistyringen opbygges til at give en detaljeret, præcis og tidsmæssig aktuel omkostningsinformation for den enkelte afdeling vil det være muligt for ledelsen på afdelingen at tage stilling til, hvilke patienter man har forudsætninger for at behandle mest omkostningseffektivt.

Igen skal det pointeres, at formålet selvfølgelig ikke er at patienterne ikke skal behandles, ligesom det meget ofte ikke vil være hensigtsmæssigt at flytte patienter i stort omfang mellem sygehusene. Men i de

situationer, hvor der er væsentlige omkostningsforskelle mellem sygehusene bør det give anledning til overvejelser om den mest økonomisk hensigtsmæssige fordeling af opgaverne i sundhedsvæsenet.

Det betyder, at der i kombination med faglige kompetencer vil kunne lægges økonomisk information til grund for aktivitetsplanlægningen. Der findes i øjeblikket ikke noget datagrundlag, der muliggør en præcis vurdering af, hvor meget produktiviteten kunne øges ved at tage hensyn til de enkelte afdelingers relative produktivitet. Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase til brug for takstberegninger viser, at omkostninger på det enkelte sygehus ved nogle behandlinger kan variere med over 50% fra år til år, og der kan være en forskel på mere end 100% i omkostningerne mellem forskellige sygehuse, når man ser på patienter i specifikke DRG-grupper.

Det kan lyde voldsomt og en del af forklaringen er nok, at omkostningerne ikke er præcist og ensartet opgjort. Man kan ikke blot antage, at det tilsyneladende laveste omkostningsniveau er det korrekte og at de afdelinger med de højeste gennemsnitsomkostninger kan reducere deres omkostninger meget dramatisk. Men det er givetvis et besparelspotentiale på nogle milliarder, som vel at mærke kan realiseres uden at reducere produktionen i sundhedsvæsenet samlet set.

Budgetter og opfølgning

Udover det forbedringspotentiale der ligger i præcis og beslutningsrelevant omkostningsinformation, så vil en mere rettidig og præcis budgetopfølgning være afgørende for at kunne styre regionerne. Altså for at kunne overholde budgetterne uanset, hvordan og hvor effektivt produktionen måtte

være tilrettelagt. Forløbet i foråret 2010 har været en anskueliggørelse af, hvor vanskelig en styringsopgave regionerne står med.

I nogle tilfælde blev overskridelserne på 2009-budgettet erkendt (eller måske mere korrekt, kendt i offentligheden) i slutningen af året, mens andre regioner og sygehuse måtte adskillige måneder ind i 2010 før tilstanden i den lokale økonomi var klarlagt.

I andre tilfælde havde man før sommerferien 2009 allerede et godt billede af, at økonomien ikke ville holde – men hvis præcisionen i de underliggende data er til diskussion bliver det i praksis vanskeligt for en region at agere proaktivt i forhold til sygehusene.

Det decentrale budgetansvar betyder jo netop at ansvaret for tilpasningen ligger på de enkelte sygehuse og afdelinger. Hvis ikke der i økonomistyringen er indbygget en mekanisme som sikrer decentral budgetoverholdelse og giver lederne redskaberne til at kunne dette, vil rammestyringen ikke være effektiv.

Det er vanskeligt for regionen at gribe ind midt i budgetåret og forlange generelle besparelser, når sygehusene faktisk gør det, som de er blevet bedt om, nemlig at øge produktionen.

Det hører nok også med til historien, at en del afdelinger indtog en vent-og-se-holdning og håbede at kunne rette op i løbet af resten af året. Igen er det præcise billede af sammenhængen mellem afdelingers detaljerede aktiviteter og det økonomiske forbrug afgørende for at kunne styre.

Uanset om budgetoverskridelserne blev endeligt erkendt i efteråret 2009 eller i foråret 2010 var det for sent, da man ved samme lejlighed på mange sygehuse måtte erkende at forudsætningerne for 2010 heller ikke holdt.

Der er ikke tvivl om, at det er en meget kedelig situation for de berørte afdelinger og medarbejdere, da pengene jo skal spares et andet sted, og man har ganske få frihedsgrader til at justere forbruget på kort sigt.

Det er ikke underligt, at der breder sig en utryghed blandt borgerne. Politikere og sygehusledelser er lette ofre i medierne og må på passende vis gå bodsgang, ligesom konsulenterne kan få kronede dage, når økonomien skal udredes og ansvaret placeres.

Det er utilfredsstillende, at erkendelsen af budgetoverskridelserne kommer så sent, og at der ikke løbende udarbejdes præcise resultatestimater. Alt dette kan der gøres noget ved.

Også på dette område er der tale om at god budgetlægning - og opfølgning ikke i sig selv påvirker efterspørgslen efter sundhedsydelser. Men økonomistyringen skal muliggøre en ledelsesmæssig rettidig indsats og den skal muliggøre løbende tilpasninger og prioriteringer. Hvis afdelingsledelsen skal tage ansvaret skal der også være en præcis og rettidig information om de økonomiske konsekvenser af den måde afdelingen drives på.

Typisk praksis

Den typiske praksis på sygehusene er formodentlig, at der på hver afdeling periodisk følges op på den ambulante og stationære produktion i forhold til produktionen sidste år samt i forhold til et samlet produktionsmål for indeværende år.

Mange steder gør man det månedsvist, mens der andre steder er så store usikkerheder forbundet med registreringer og estimater at det først et kvartal eller et halvår inde i budgetåret er muligt at lave en tilpas retvisende opgørelse af afdelingernes produktion.

Spørgsmålet er, om det også er muligt at følge op i forhold

til den planlagte aktivitet på de enkelte afdelinger? Og i forhold til aktiviteten indenfor specifikke patientgrupper?

Sygehusenes konkurrencevilkår gør det på mange områder vanskeligt at planlægge, på det detaljerede niveau vil den enkelte afdelings økonomi blive påvirket af enkeltstående patientforløb, den aktuelle rekrutteringssituation og brugen af vikarer kan have en stor betydning osv.

Derfor kan der argumenteres for, at det er mere sikkert alene at følge op på den overordnede ramme for sygehuse og de enkelte afdelinger.

Der kan imidlertid også argumenteres for, at større usikkerhed kræver mere planlægning, mere præcis budgetlægning og mere økonomistyring.

Hvad skal økonomistyringen kunne?

Regeringen og Danske Regioner er blevet enige om, at det er et regionspolitisk ansvar, at tilrettelægge den lokale økonomistyring, så det enkelte sygehus kun kan planlægge et udvidet aktivitetsniveau, hvis der er budget til det. Skulle det være noget særligt? Tja, det er jo øjensynligt det, som ikke har været tilfældet hidtil. Det lyder som en selvfølgelighed, men i praksis er det en ambitiøs målsætning.

Regionernes aktivitetsstyring af sygehuse indebærer allerede nu, at der skal styres knivskarpt, så den aktivitet der udføres netop svarer til det, der er forudsat i budgettet. Det generelle billede er, at budgetterne automatisk beskæres, hvis ikke aktivitetsniveauet nås – og i de fleste regioner gives der ikke yderligere budgetter, hvis det budgettede aktivitetsniveau overskrides.

For den almindelige borger kan det derfor synes underligt, at sygehuse ikke allerede har fokus på at nå budgettet. Svaret er, at det har de også – men de



*Per Nikolaj Bukh. Cand.oecon., ph.d., har siden 2005 været professor i økonomistyring ved Aalborg Universitet. Før da var han i 2000 til 2005 professor på Handelshøjskolen i Århus. Han er bl.a. redaktør af ledelsehåndbøgerne Offentlig Ledelse og Økonomistyring samt forfatter til en række artikler og bøger om ledelse og økonomistyring. Per Nikolaj Bukh har desuden rådgivet en stor mængde offentlige og private virksomheder om design af økonomistyringsmodeller.
www.pnbukh.com*

har ikke en tilstrækkelig præcis viden om, hvad aktiviteten har været. Altså målt i kroner, som jo er den enhed budgettet er udtrykt i.

Her kan vi i første omgang se bort fra den styringsmæssige kompleksitet der indebærer, at man ikke på forhånd kan vide, hvilke patienter der skal behandles for hvad, at der kommer nye behandlingsformer med en ny økonomistruktur til og at der er usikkerhed omkring hvilke sygehuse regionens borgere bliver behandlet på, blandt andet som følge af behandlingsgarantien. Sådan er branchevilkårene.

Den styringsmæssige udfordring ligger i løbende og rettidigt at opgøre, hvad den faktiske aktivitet svarer til i produktionsværdi.

Økonomiopfølgningen skal fremadrettet (i henhold til økonomiaftalen) ske til regionsrådene senest 4 uger efter kvartalets afslutning – og der skal laves en forklaring på afvigelser mellem budget og aktuelt beregnede skøn. Ligeledes skal regionerne kvartalsvis kunne redegøre for afvigelser mellem budget og forventet årsresultat.

Det er klart et fornuftigt princip, men det er langt sværere end man lige skulle tro. Nøglen til en brugbar økonomiopfølgning er at have en tilsvarende opfølgning ikke blot på det enkelte sygehus, men

også på afdelingsniveau; og når der skal aflægges regnskab kvartalsvis er det givetvis også nødvendigt at have et styringsgrundlag, der er baseret på ligeså præcise data månedligt.

Hvad kræver det af budgetmodellen?

Det betyder i praksis, at det sædvanlige udgiftsbudget, dvs. lønninger, driftsomkostninger etc., som afholdes på den specifikke afdeling ikke er et tilstrækkeligt styringsgrundlag. Det skal for det første suppleres af et månedsopdelt budget for afdelingens produktion.

Ideelt set skal dette måles i mængder opgjort som antal ambulante besøg, sengedage, procedurer, diagnosekoder etc.

For det andet skal der budgetteres med den bevilling, som afdelingen tildeles på grundlag heraf. Altså noget vi kan opfatte som en forventet produktionsværdi pr. stk. set fra afdelingens side.

Den mest effektive styring og økonomisk hensigtsmæssige aktivitetstilrettelæggelse kan opnås, hvis produktionsværdien ikke blot opgøres på baggrund af sygehusudskrivninger, men internt på sygehuset også efter afdelingsudskrivelser og eventuelt mere detaljeret.

Dette kan anvendes til at skabe en mere retvisende ressourcefordeling afdelingerne

imellem, til at skabe et mere præcist overblik over sammenhængen mellem aktiviteter og økonomi – og det kan også anvendes til at opgøre salgspriser for de interne aktiviteter, således at den interne sammenhæng mellem sygehusets afdelinger integreres i økonomistyringen.

Begrebet pris kan måske skure i ørene, da en sygehusafdeling jo ikke sælger sine produkter på et marked – men princippet er det samme. Når man på afdelingen har udført en aktivitet modsvares det af en bevilling, som udgør en indtjening for afdelingen. Denne pris kan eksempelvis fastsættes i budgettet ved afregningspris som i det nuværende fordelingsregnskab, som DRG-værdi eller forventede mellemregionale afregninger.

Mængder på budgettidspunktet vil afvige fra den faktiske produktion på afdelingen – og det endda nogle gange temmelig meget - og priserne vil også afvige. Både dem, der bestemmes af sygehusets fordelingsregnskab og dem der bestemmes af eksempelvis DRG-taksterne.

Ganske vist varierer hovedparten af DRG-taksterne kun med godt 10% fra år til år, men der er også et antal takster der varierer med over 30% årligt. Når den faktiske aktivitet varierer fra budgettet, hvad er så formålet med at budgettere så detaljeret og månedsopdele det?

Det enkle svar er, at hvis man ikke i udgangspunktet har et bud på, hvilke aktiviteter – målt i priser og mængder – afdelingens budget svarer til, så kan man heller ikke forklare en budgetafvigelse. Eller med andre ord, hvis ikke man har en plan kan man heller ikke vide, hvad der forløber som planlagt.

Løser det problemerne?

Går vi tilbage til det styrings-

mæssige omdrejningspunkt på den enkelte afdeling, hvor de udførte aktiviteter modsvares af en bevilling – altså at de giver anledning til en indtægt – så vil situationen være, at nogle aktiviteter (behandlinger, diagnoser, sengedage, procedurer etc.) er mere omkostningskrævende end det, der bevilges. Og der vil også være nogle, der ikke er det.

Overordnet set kan der konstrueres et system, så det i gennemsnit passer, hvilket også er hovedprincippet i DRG-systemet. Dermed kan der, når året er omme, som det er tilfældet nu, laves en præcis opgørelse af, hvad det har kostet at drive sygehusene og hvad der er produceret.

Som det er skitseret ovenfor dækker gennemsnitsomkostningerne for behandlinger såvel som det overordnede økonomiske resultat på et sygehus over store forskelle på afdelings- såvel som patientniveau.

Hvis ikke disse forskelle afspejles i økonomistyringen – mere specifikt i både budgetlægningen og den månedlige resultatopfølgning vil der ikke kunne foretages en økonomisk hensigtsmæssig tilrettelæggelse af aktiviteten på afdelingerne.

En god ledelsesinformation og hensigtsmæssige budgetincitamenter sikrer ikke i sig selv at vi får mest mulig sundhed for pengene. Men uden dette vil det være ekstra vanskeligt for afdelingsledelserne at holde budgetterne. Det handler ikke kun om viljen til at tage ansvar for budgetterne, men også om at have de redskaber der er brug for.

Kan det lade sig gøre?

Det gode spørgsmål til sidst er, hvor vanskeligt det bliver at opbygge et rettidigt og detaljeret styringsgrundlag, og hvor meget besvær det vil give afdelingerne. Skal der registreres ekstra? Skal der laves tidsregistreringer og bliver det endnu

et system, som forstyrrer arbejdet? Her er det vigtigt at skelne mellem, hvad det kræver at udvikle en forbedret økonomistyring, og hvad det kræver at vedligeholde og bruge systemet.

Det er ikke en farbar vej at forøge registreringsbyrden. Og slet ikke, hvis formålet kun er at kunne lave økonomiske opgørelser. Det er imidlertid heller ikke nødvendigt. I takt med at alle sygehuse får etableret elektroniske patientjournaler vil den nødvendige styringsinformation til overflod være til stede.

I de store produktionsvirksomheder har man set en tilsvarende udvikling. For at økonomistyring og ledelsesinformation skal være effektiv skal to forudsætninger være til stede: Først skal der være styr på den økonomiske forbrugsopgørelse ved en tilstrækkelig præcis opgørelse af hvordan indkøbte varer, medarbejders løn etc. relaterer sig til afdelinger mv. (læs ERP-systemer). Dernæst skal der være styr på produktionsstyring (læs EPJ-systemer).

I regionerne investeres der i øjeblikket store summer i nye it-systemer. Afkastet af denne investering skal hentes gennem mere effektiv ledelse – og det kræver en økonomistyring der integrerer økonomien med aktiviteten.

Der skal investeres i at udvikle økonomistyringen – men i den store sammenhæng er pengene med sikkerhed givet godt ud. Og det er nu, der skal gøres noget ved det. Fremtidens løsninger kommer ikke af sig selv. De skal skabes. Der er brug for udviklingsprojekter, hvor nye måder at arbejde med økonomistyring afprøves, og hvor elementerne i en fremtidig økonomistyringsmodel udvikles. Men der er ikke tid til langvarigt udvalgsarbejde.