

**Beretning til statsrevisorerne  
om**

# **H:S' styring**

---

**Maj 2000  
RB B602/00**



**Rigsrevisionen**

## Indholdsfortegnelse

	Side
I. Resumé .....	5
II. Indledning, formål, metode og afgrænsning .....	20
A. Indledning .....	20
B. Formål .....	22
C. Metode .....	24
D. Afgrænsning.....	25
III. H:S' organisation, styringskæde og opgaver .....	27
IV. Den økonomiske styring .....	30
A. Den økonomiske styring på det overordnede H:S-niveau .....	30
a. Strategi og overordnede mål .....	30
b. Budgettering og budgetstyring .....	32
c. Aktivitetsmål og produktivitet .....	34
B. Den økonomiske styring på hospitalerne .....	41
a. Strategier og overordnede mål .....	41
b. Budgettering og budgetstyring .....	43
c. Aktivitetsmål og produktivitet .....	46
C. Den økonomiske styring i centre, afdelinger og klinikker.....	51
a. Styring i centre .....	51
b. Funktionerne på afdelings- og klinikniveau .....	53
D. Den samlede økonomistyring .....	55
V. H:S' målopfyldelse af sparekrav i forhold til Sygehusplan 2000.....	57
VI. H:S' strategi for kvalitetsudvikling og -styring mv.....	65
A. H:S' kvalitetsudvikling og servicemål .....	66
a. Kvalitetsstyring på H:S-niveau .....	66
b. Kvalitetsstyring på hospitalsniveau.....	75
c. Kvalitetsstyring på afdelings-, center- og klinikniveau .....	77
B. Forskning .....	80
C. Uddannelse.....	82
VII. Styring på særlige områder .....	84
A. Vagtplanlægning .....	85
a. Læger.....	85
b. Sygeplejersker .....	87
B. Kapacitetsudnyttelse i ortopædkirurgiske afdelinger/klinikker ....	88
a. Planlægning af operationer.....	88
b. Undersøgelse af kapacitetsudnyttelse.....	90



---

## Beretning om H:S' styring

### I. Resumé

#### Indledning

1. Denne beretning afgives til statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997. Beretningen omfatter forhold inden for Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og er udarbejdet sideløbende med beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998, som blev afgivet februar 2000. H:S blev ved lov nr. 1132 af 21. december 1994 om Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S-loven) etableret som en selvstændig forvaltningsenhed med virkning fra 1. januar 1995.

2. Bevillingen til H:S er optaget på finansloven under Sundhedsministeriet, statsregnskabet konto 16.51.02. Hovedstadens Sygehusfællesskab og udgjorde 762,9 mio. kr. for 1999. Dette tilskud skal dække: 1) H:S' særlige opgaver som universitetssygehusvæsen, 2) Rigshospitalets særlige opgaver som sundhedsvidenskabeligt udviklingscenter, 3) finansiering af en kompensationspulje til amtskommunerne, Københavns og Frederiksberg kommuner, Færøernes og Grønlands Hjemmestyre, Bornholms Amt samt, 4) en særlig bonuspulje til Bornholms Amt. Bevillingen er størrelsesmæssigt fastsat, så den svarer til den hidtidige statslige bevilling til Rigshospitalet. Hertil kom et ekstraordinært statstilskud på 1 mia. kr., som er optaget på Indrigsministeriets konto § 13.81.13. Dette tilskud ydes for at nedbringe Københavns og Frederiksberg kommuners sygehusudgifter, begrundet i hovedstadsområdets særlige demografiske og sociale forhold, og nedtrappes med 100 mio. kr. årligt frem til 2005. Tilskuddet udgjorde 776,4 mio. kr. i 1999-prisniveau. Det samlede statstilskud udgjorde således i 1999 ca. 1,54 mia. kr.

3. H:S omfattede i 1999 Hvidovre, Bispebjerg og Sct. Hans Hospital, alle tidligere under Københavns Kommune. Hertil kom Frederiksberg Hospital (tidligere Frederiksberg Kommune) og Rigshospitalet (tidligere staten). Herudover kom Amager Hospital, der drives i fællesskab mel-

lem H:S og Københavns Amt samt en række tværgående driftsinstitutioner. H:S administrerer ca. 1/5 af Danmarks samlede udgifter til hospitalsdrift. Hospitalerne i H:S har ifølge H:S' budget for 1999 driftsudgifter på 7.623,2 mio. kr., indtægter på 1.692,4 mio. kr. og beskæftiger 16.985 medarbejdere.

H:S' årsregnskab udarbejdes af H:S Direktionen og forelægges H:S Bestyrelsen til godkendelse. Regnskabet revideres af et privat revisionsfirma udpeget af H:S Bestyrelsen.

4. Rigsrevisionens undersøgelse er sket med hjemmel i rigsrevisorlovens § 4, stk. 1, nr. 2, jf. § 6. Rigsrevisionens hjemmel fremgår tillige af H:S-lovens § 6, stk. 3, hvorefter rigsrevisor af egen drift eller på anmodning af statsrevisorerne kan foranstalte undersøgelser i henhold til rigsrevisorloven af sygehusfællesskabets regnskaber samt udvalgte regnskabsområder herunder.

#### **Formål**

5. Undersøgelsen har som hovedformål at belyse og vurdere H:S' styring af økonomi og kvalitet, herunder at beskrive styringsprocesserne i H:S. Det organisatoriske styringskæde består i praksis af H:S' bestyrelse og direktion, sygehusledelse og henholdsvis afdelings-, center- og klinikniveau. På afdelings-, center- og klinikniveauet sker "produktionen" af de brugerrettede sygehusydelser. Yderligere er der foretaget en selvstændig opfølgning på beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998. Undersøgelsen består af 3 hovedelementer: analyse af H:S' økonomistyring, opgørelse af besparelser i forhold til Sygehusplan 2000 samt endelig en analyse af H:S' styring af kvalitet og herunder en undersøgelse af styringen på særlige områder.

6. Beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998 havde som overordnet formål at belyse, hvorvidt H:S gennem sin opgavevaretagelse og planlægning havde opfyldt de forudsætninger, som H:S-loven byggede på, herunder i hvilket omfang H:S havde gennemført Sygehusplan 2000 og bidraget til en bedre ressourceudnyttelse. Rigsrevisionens undersøgelse viste bl.a., at H:S på stort set alle punkter havde gennemført Sygehusplan 2000's

mange og omfattende ændringer i strukturer og opgavefordeling, og at Sygehusplan 2000 havde givet anledning til betydelige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner og effektiviseringer. Der forelå imidlertid ikke regnskabsmæssige oplysninger, der gjorde det muligt at opgøre de realiserede besparelser som følge af Sygehusplan 2000, og det havde derfor ikke været muligt entydigt at vurdere, i hvilket omfang Sygehusplan 2000's økonomiske forudsætninger blev opfyldt. Det blev ligeledes konstateret, at der fortsat udestår et udviklingsarbejde med henblik på at kunne opgøre sygehusproduktionen mere nuanceret samt udarbejde sikre produktivitsanalyser vedrørende sygesektoren.

Statsrevisorerne tilkendegav i deres bemærkning til beretning nr. 4/99, at denne undersøgelse også skulle indeholde en vurdering af, hvilke af de gennemførte besparelser, som H:S havde foretaget, der direkte kunne henføres til Sygehusplan 2000.

### **Metode**

7. Rigsrevisionens undersøgelse er bl.a. gennemført ved interview med H:S Direktionen, hospitalsledelser og herunder også afdelings-, center- og klinikledelse inden for det kirurgiske område (ortopædkirurgi) og det medicinske område (kardiologi). Alle undersøgelsens interview har været gennemført i løbet af 1999. Rigsrevisionen har også gennemgået materiale fra H:S bestående af bestyrelsesreferater, budget- og regnskabsmateriale, Sygehusplan 2000 og Status for Sygehusplan 2000, strategier, kontrakter og evalueringsrapporter m.m. I forbindelse med undersøgelsen af vagtplanlægning og operationsplanlægning har der været gennemført supplerende interview.

### **Afgrænsning**

8. Undersøgelsen omfatter Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital (herefter de 3 hospitaler) og Rigshospitalet, men ikke Sct. Hans Hospital, der som et psykiatrisk hospital har en anden karakter end de øvrige hospitaler. Amager Hospital er ligeledes udeladt af undersøgelsen, idet det drives i et driftsfællesskab med Københavns Amt og derfor ikke ledes selvstændigt af H:S. Rigsrevisionens undersøgelse omfatter heller ikke en række in-

stitutioner under H:S, som fx H:S Blodbank og H:S Apotek samt en række tværgående funktioner på de enkelte hospitaler som fx røntgen-, køkken- og portørfunktionerne. Undersøgelsen vedrører styringen i 1999.

9. H:S har i april 2000, om Rigsrevisionens afgrænsning af undersøgelsen til 1999, anført, at H:S i 1999 har truffet beslutning om en række initiativer, der skulle træde i kraft i 2000. Det vedrører punkterne: akkreditering, dvs. en systematisk ekstern kvalitetsvurdering, kontrakter, nettostyring og præstationsbudgetter. H:S finder, at disse tiltag har væsentlig betydning for H:S' virksomhed, og at de imødekommer en række af Rigsrevisionens kritikpunkter.

Den gennemførte undersøgelse søger at give et billede af styringen, som den var tilrettelagt i H:S i 1999. Effekten af de fremadrettede initiativer vil derimod først kunne vurderes, når de er nærmere analyseret.

Rigsrevisionen finder det positivt, at H:S Direktionen i 1999 – efter at have været informeret om Rigsrevisionens undersøgelse og bekendt med en række af Rigsrevisionens betragtninger – tidligt i forløbet har taget en række nye initiativer til at forbedre den økonomiske styring i H:S. For at give et billede af de effekter, der fremover kan forbedre økonomistyringen, har Rigsrevisionen i vidt omfang indarbejdet H:S' kommentarer vedrørende de fremadrettede tiltag i de punkter, hvor de i øvrigt falder naturligt ind.

### **H:S' organisation, styringskæde og opgaver**

10. Styringen i H:S sker gennem en hierarkisk styringskæde bestående af H:S Bestyrelsen og H:S Direktionen, hospitalsniveauet og henholdsvis centre med underliggende klinikker eller alternativt afdelinger.

H:S har til opgave at varetage sygehusbehandling mv. af borgerne i Københavns og Frederiksberg kommuner, af lands- og landsdelspatienter fra amtskommunerne, samt af øvrige borgere, der – efter lov om sygehusvæsenets regler om frit sygehusvalg – ønsker behandling på sygehuse i sygehusfællesskabet. H:S skal tillige som universitetssygehusvæsen varetage undersøgelse, behandling og pleje af patienter, forsknings- og udviklingsarbejde, uddannelse af sundhedspersonale, udvikle den sundhedsfremmende og forebyggende indsats samt varetage de opgaver, der i øvrigt efter lovgivningen er henlagt til sygehusvæsenet. End-

videre skal H:S sikre Rigshospitalet som et sundhedsvidenskabeligt udviklingscenter med særlige opgaver inden for patientbehandling, forskning og uddannelse.

Den fælles planlægning og drift af sygehusene skulle bl.a. ifølge bemærkningerne til H:S-loven have som hovedformål at sikre en bedre udnyttelse af den samlede kapacitet, hvorved effektiviteten ville blive øget til fordel for patienterne.

### **Den økonomiske styring**

11. Rigsrevisionen har i gennemgangen af den økonomiske styring på de enkelte niveauer undersøgt, om styringsprocesserne er tilrettelagt, så ledelsen har mulighed for at vurdere, om der er en hensigtsmæssig sammenhæng mellem økonomi og aktivitet, om der løbende og systematisk rapporteres til ledelsen om disse sammenhænge, samt om ledelsen prioriterer organisationens aktiviteter og budgetter i overensstemmelse med de overordnede mål.

### **Den økonomiske styring på det overordnede H:S-niveau**

12. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at H:S Bestyrelsen frem til og med 1999 har opretholdt den økonomiske rammestyring som bærende princip. I H:S' budget blev fastsat en udgifts- og indtægtsramme for det enkelte hospital, dog bortset fra Rigshospitalet, der er nettostyret. Der var ikke i budgetudmeldingen fra H:S en direkte kobling mellem de tildelte ressourcer (økonomi) og den forventede aktivitet.

13. H:S' budget indeholdt kapacitetsmæssige forudsætninger og overordnede aktivitetsmål for de enkelte afdelinger og klinikker for dele af patientbehandlingen, men ingen for de øvrige hovedopgaver: forskning, uddannelse og forebyggelse. Dette indebærer, at det er op til de enkelte hospitaler at foretage prioritering mellem hovedopgaverne samt at udmønte H:S' strategier herom. Rigsrevisionen finder, at H:S Bestyrelsen i forbindelse med budgetudmeldingen i højere grad burde have sikret sig, at alle opgaver tildeles de nødvendige ressourcer, og at alle opgaver får den nødvendige ledelsesmæssige opmærksomhed.



H:S har i april 2000 over for Rigsrevisionen oplyst, at man via de resultatkontrakter, der er indgået i 2000 i det væsentligste imødekommer den nævnte problemstilling. Der henvises til, at H:S har vedtaget mål for H:S' hovedopgaver, som er blevet ført videre i resultatkontrakterne med hospitalerne. H:S har videre anført, at det inden for de økonomiske rammer, som tillige er angivet i resultatkontrakterne, anses for at være hospitalsdirektionernes ansvar at prioritere opgaverne, så de varetages i overensstemmelse med de fastsatte mål.

14. Det fremgår af bestyrelsesreferaterne, at bestyrelsens behandling af økonomi- og aktivitetsrapporterne kun i mindre udstrækning omhandler aktivitetsoplysningerne, men i stedet fokuserer på budgetopfølgning. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at der i H:S er en løbende og systematisk rapportering til ledelsen om den budgetmæssige overholdelse, men at der hverken i de kvartalsvise økonomi- og aktivitetsrapporter til H:S Bestyrelsen eller i H:S' regnskaber indgår oplysninger om produktivitet.

H:S har i april 2000 over for Rigsrevisionen angivet, at man fandt, at der er betydelige vanskeligheder forbundet med at bruge de eksisterende produktivitetsmål i den løbende styring og opfølgning. Dette skyldes både historiske afvigelser imellem registreringsgrundlag på de hospitaler, der indgår i H:S, og øvrige registreringsmæssige forhold. Hertil kommer, at der er sket mange ændringer af opgaver m.m. for hospitalerne, hvorfor sammenligninger over tid er vanskelige at foretage. Endelig er der generelle forhold vedrørende produktivitetmåling af sygehuse, som begrundes, at mere valide produktivitetsmål ikke har kunnet opstilles.

Rigsrevisionen er enig med H:S i, at produktivitetmålinger i sygehussektoren er forbundet med betydelige praktiske problemer. I den tidligere beretning nr. 4/99 om H:S konkluderede Rigsrevisionen bl.a., at registrerings- og metodemæssige problemer vanskeliggør udarbejdelse af sikre produktivetsanalyser af sygehussektoren generelt, og at der fortsat udestår et udviklingsarbejde med henblik på at opgøre sygehusproduktionen mere nuanceret. Rigsrevisionen finder analyser af produktivitetudviklingen i H:S relevante og skal anbefale, at H:S arbejder på at videreud-

vikle mulighederne for at foretage mere målrettede og dækkende produktivitetmålinger.

15. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at H:S' økonomiske styring primært fokuserer på budgetoverholdelse og derfor ikke giver incitamenter for hospitalerne til produktivitetsforbedringer. Rigsrevisionen savner en synliggørelse af sammenhængen mellem mål og økonomiske rammer for de disponerende enheder.

H:S har i april 2000 anført, at arbejdet med udvikling af nye styringsprincipper generelt har måttet vige for arbejdet med de store omlægninger i forbindelse med gennemførelse af Sygehusplan 2000. Budgetoverholdelsen har i perioden været højt prioriteret af H:S Direktionen, og dette har krævet særlig opmærksomhed. H:S har i øvrigt vurderet, at radikale ændringer af styringsprincipperne, herunder fx overgang til mål- og rammestyring/kontrakter, mest hensigtsmæssigt lader sig realisere i en situation, hvor behandlingsorganisationen er konsolideret.

16. Rigsrevisionens vurderer, at den manglende sammenhæng mellem økonomi og aktivitet svækker ledelsens mulighed for at prioritere ressourceanvendelsen.

H:S har anført, at styringen fra og med 2000 er ændret. Der er fra 1. januar 2000 indført en samlet pakke af nye styringsværktøjer. De nye styringsværktøjer er:

- a) indførelse af nettobevilling ved alle hospitaler,
- b) resultatkontrakter,
- c) 90/10-ordningen med DRG-baserede aktivitetsbetingede bevillinger, dvs. begrænset mer- eller mindrebevillinger afhængig af realiseret aktivitetsomfang samt
- d) overførselsadgang vedrørende mindredgifter på indtil 1,5 % af nettodriftsudgifterne for hospitalerne.

Som anført af H:S er pkt. a) og c) udtryk for et princip om, at meraktivitet udløser et øget økonomisk råderum for hospitalerne.

Rigsrevisionen finder det positivt, at H:S har taget en række initiativer til at forbedre styringen.

## Den økonomiske styring på hospitalerne

17. Rigsrevisionen har ligeledes undersøgt, hvorledes H:S' styring indgår i hospitalernes styring. Rigsrevisionen har bemærket, at der på alle 4 hospitaler er opstillet strategier, men at strategierne på de 3 hospitaler er relativt overordnede og kun indeholder få konkrete mål eller initiativer til, hvorledes de overordnede målsætninger skal nås. På Righospitalet, hvor budgettet er styret ved en nettoramme, er strategierne mere specifikke, og der er indgået kontrakter mellem hospitalsledelsen og centrene. Rigsrevisionen finder, at H:S i samarbejde med hospitalsledelserne bør opstille konkrete mål og resultatkrav for alle H:S' aktiviteter.

18. Rigsrevisionen har noteret sig, at afdelings-, center- og klinikniveauet på alle 4 hospitaler gennem månedlige økonomirapporter løbende foretager budgetrapportering til direktionerne.

Der er på Righospitalet i lighed med Frederiksberg Hospital opstillet aktivitetsbudgetter vedrørende patientbehandlingen. Rigsrevisionen finder, at alle hospitaler bør opstille aktivitetsbudgetter, og at de bør indeholde hovedparten af hospitalernes aktiviteter, både for at synliggøre aktivitetskrav til underliggende niveauer og for at danne baggrund for prioriteringen af ressourcer.

H:S har i april 2000 anført, at der ved Hvidovre og Bispebjerg Hospitaler også sker en udmelding af aktivitetsbudgetter på linje med Frederiksberg Hospital, og at der løbende følges op herpå. H:S Direktionen finder det af stor vigtighed, at resultatkontakter mellem H:S Direktionen og hospitalsledelserne i 2000 ventes at indebære ændringer af hospitalernes interne styringsprincipper, som er i overensstemmelse med Rigsrevisionens anbefalinger. Rigsrevisionen finder dette positivt, idet det dog endnu er for tidligt at vurdere effekten heraf.

19. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at de 3 hospitaler kun i begrænset omfang har påbegyndt udarbejdelse af produktivitsanalyser. Righospitalet havde udarbejdet en række produktivitsanalyser, men Rigsrevisionen er af den opfattelse, at de anvendte mål for produktiviteten er relativt summariske.

H:S har i april 2000 oplyst, at H:S er enig med Rigsrevisionen i, at produktivitsanalyser bør anvendes, men at

de ikke kan erstatte den indsigt som lokalt opnås gennem dialog og konkret indsigt i forholdene på center- og klinikniveau. Endvidere finder H:S, at der på trods af fraværet af produktivitsanalyser har været et stærkt fokus på produktiviteten i styringen af hospitalerne. Styringen sker primært gennem fokusering på udvikling i liggetider og belægningsprocent, hvormed udnyttelsen af ressourcerne optimeres og dermed produktiviteten. H:S Direktionen har endelig anført, at anvendelse af produktivitsmåling forudsætter valide produktivitsstal.

Rigsrevisionen kan tilslutte sig H:S' synspunkter. Rigsrevisionen opfatter produktivitsanalyser som et redskab, der kan give overblik over udviklingen i produktiviteten på sygehuse. Det er fortsat Rigsrevisionens opfattelse, at der stadig udestår et udviklingsarbejde med henblik på at kunne opgøre sygehusproduktionen mere nuanceret, og at udarbejdelsen og anvendelsen af produktivitsanalyser bør opprioriteres.

### **Den økonomiske styring i centre, afdelinger og klinikker**

20. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at der på Rigshospitalet er etableret en vis kobling mellem aktiviteter og ressourcer på centerniveau og underliggende niveauer.

H:S har i april 2000 anført, at centerledelserne er relativt frit stillet til at vælge styringsmodel for underliggende niveauer. De bindinger, som kontraktstyringen lægger på centret, indebærer imidlertid, at kobling mellem aktivitet og ressource på centerniveau reelt videreføres på klinikniveau. Videreførsel til underliggende niveauer fra centerledelse sker via fordeling af reserver, som ved årets start ikke er fordelt. Reserver, som kan bruges til anskaffelser og varer, fordeles oftest til underliggende niveauer efter princippet, at meraktivitet medfører en større andel, mens mindreaktivitet medfører en mindre andel. Yderligere har H:S anført, at Rigshospitalet i forbindelse med budgetlægning i relation til både centre og klinikker fordeler produktivitsbaserede besparelser. Disse besparelser fordeles efter det princip, at de mindst produktive centre/klinikker pålægges den største andel af de krævede besparelser. H:S finder derfor, at der er et tæt kobling mellem aktivitet og ressourcer både på centerniveau og underliggende niveauer på Rigshospitalet. Rigsrevisionen er enig i, at denne kobling er

etableret på Rigshospitalet, mens centrene på de øvrige hospitaler ikke har haft samme styringsredskaber til rådighed. Det medfører bl.a. også, at disse centre kun i mindre udstrækning har opstillet mål og resultatkrav for aktiviteterne, samt at aktivitetsopfølgningen er mindre systematisk.

21. Hovedparten af de undersøgte klinikker og afdelinger på de 3 tidligere hospitaler har aktivitetsmål, som vedrører patienter, personale, forskning og uddannelse og samarbejde internt og/eller eksternt. Antallet af mål varierer, men er i store træk konsistente med såvel H:S' overordnede målsætninger som de mål, der derudover måtte være opstillet på hospitals- og centerniveau. Det er fælles for hovedparten af målene, at de er meget overordnede og efter Rigsrevisionens opfattelse vanskeligt målbare. Endvidere er det ikke angivet, hvordan der skal følges op på målene.

22. På Rigshospitalet og på Frederiksberg Hospital følges der månedligt op på de underliggende niveauers rapportering om overholdelsen af aktivitetsbudgetterne. På Rigshospitalet er denne rapportering suppleret med en månedlig kvalificering af afvigelser fra aktivitetsbudgettet.

### **Den samlede økonomistyring**

23. Styringskæden i H:S består som nævnt af H:S Bestyrelsen og H:S Direktionen, hospitalsledelserne samt afdelings-, center- og klinikniveauet.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at det overordnede H:S-niveau løbende og systematisk vurderer og prioriterer den samlede budgetoverholdelse. Økonomistyringen baserer sig primært på en økonomi- og aktivitetsrapport, som H:S Direktionen hvert kvartal forelægger for H:S Bestyrelsen. Det fremgår af bestyrelsesreferaterne, at bestyrelsens behandling af økonomi- og aktivitetsrapporterne kun i mindre udstrækning omhandler aktivitetsoplysninger, men i stedet fokuserer på budgetopfølgning. Rapporten er en redegørelse for det forventede regnskabsmæssige resultat og bygger bl.a. på månedlige økonomi- og aktivitetsrapporter fra hospitalsledelserne. På afdelings-, center- og klinikniveau foretages der en løbende opfølgning på budgetoverholdelsen. Der er således tale om en løbende og

sammenhængende rapportering, som involverer alle niveauer i styringskæden.

24. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at der i højere grad bør ske en kobling af aktivitet og økonomi for at give grundlag for prioritering og opfølgning i forhold til aktivitetsmål og produktivitet samt de 4 overordnede opgaver: forskning, uddannelse, forebyggelse og patientbehandling.

Rigsrevisionen finder, at H:S' styringsprocesser kan forbedres på en række punkter bl.a. gennem videreudvikling af målrettede og dækkende produktivitetsmål, opstilling af incitamentter til produktivitetsforbedringer samt overførselsadgang ved mindreforbrug. Rigsrevisionen har i den forbindelse noteret sig H:S' oplysninger om, at der fra 2000 er igangsat en række nye styringstiltag med henblik på at forbedre den samlede økonomistyring.

Rigsrevisionen finder, at det fortsat vil være vigtigt at sikre en tæt budgetopfølgning med henblik på at overholde den samlede ramme, men også i højere grad end tidligere at kunne specificere økonomien på konkrete tiltag. Rigsrevisionen finder, at de nye styringsmekanismer kan være et hensigtsmæssigt led i udviklingen af den eksisterende styring.

#### **H:S' målopfyldelse af sparekrav i forhold til Sygehusplan 2000**

25. Rigsrevisionen undersøgte i beretning nr. 4/99, i hvilket omfang de besparelser og effektiviseringer, som Sygehusplan 2000 lagde op til, er gennemført. Undersøgelsen viste, at der var en vis usikkerhed ved H:S' opgørelser af både omfanget af og årsagen til de gennemførte besparelser. Rigsrevisionen fandt – på baggrund af H:S' egne opgørelser – at Sygehusplan 2000 havde givet anledning til betydelige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner og effektiviseringer, men at besparelserne dog ikke blev så store som forventet i Sygehusplan 2000. Det fremgik også, at H:S ikke kunne opgøre, i hvilket omfang de sparekrav, der var forudsat i planen, rent faktisk var opfyldt.

26. Rigsrevisionen har foretaget en fornyet gennemgang på området. Som følge af manglende regnskabsmæssige registreringer og datagrundlag har Rigsrevisionen imidlertid ikke haft mulighed for at foretage en egentlig regn-

skabs- og revisionsmæssig gennemgang. I stedet anmodede Rigsrevisionen H:S Direktionen om at redegøre mere specifikt for målopfyldelsen i forhold til Sygehusplan 2000. H:S har i april 2000 foretaget en dekomponering af de opgjorte besparelser, som efterfølgende har været drøftet med Rigsrevisionen. H:S Direktionen har i den forbindelse understreget, at det ikke er muligt at sondre skarpt mellem effekten af Sygehusplan 2000 og andre ændringer i perioden.

Rigsrevisionen har ikke haft grundlag for at anfægte størrelsesordenen af H:S' specifikke opgørelse af besparelserne i relation til Sygehusplan 2000. Ifølge denne opgørelse udgjorde de årlige varige besparelser 391,5 mio. kr. eller ca. 43,5 mio. kr. mindre end det forudsatte i Sygehusplan 2000. Når det ikke er muligt at kunne komme målopfyldelsen nærmere, skyldes det flere forhold.

For det første indeholdt Sygehusplan 2000 alene et samlet tal for de årlige driftsbesparelser, idet der ikke var foretaget en specifikation på projekter. For det andet betyder fravær af projektøkonomien, at der ikke i regnskabet kan angives en formålsoverordnet oversigt over opnåede besparelser på enkelte projekter, og efter regnskabet for 1997 foretager H:S ikke længere opgørelser af realiserede driftsbesparelser i forhold til Sygehusplan 2000's mål. For det tredje har H:S som tidligere nævnt opgjort besparelserne fra budgetsiden, hvor Rigsrevisionen har konstateret dels, at budgetterede besparelser ikke nødvendigvis realiseres, og dels at der i forbindelse med de 4 årlige økonomi- og aktivitetsrapporter er foretaget betydelige ombudgetninger.

Det har derfor ikke i den fornyede undersøgelse været muligt at foretage en præcis opgørelse af, i hvilket omfang de gennemførte besparelser kan henføres til Sygehusplan 2000.

27. Rigsrevisionen kan dog konkludere, at H:S' samlede årlige driftsbesparelser i den undersøgte periode overstiger sparekravene i Sygehusplan 2000. De produktivitetsforbedrende besparelser, der direkte kan henføres til Sygehusplan 2000, er dog mindre end oprindeligt forudsat.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at økonomistyringen i H:S burde have været tilrettelagt på en sådan måde, at man efterfølgende havde kunnet opgøre, i hvilket omfang

Sygehusplan 2000's besparelsesmål var opfyldt. Rigsrevisionen vil finde det hensigtsmæssigt, at H:S tilrettelægger sin økonomistyring med mere fokus på sammenhængende opgørelser af de forventede og realiserede økonomiske konsekvenser af igangsatte initiativer og besparelser, så det i fremtiden vil være muligt mere præcist at opgøre de økonomiske konsekvenser heraf.

H:S har i april 2000 tilkendegivet, at man vil tilrettelægge sin styring med mere fokus på sammenhængende opgørelser af de forventede og realiserede økonomiske konsekvenser af igangsatte initiativer og besparelser, så det i fremtiden vil være muligt at opgøre de økonomiske konsekvenser heraf.

Rigsrevisionen finder dette tilfredsstillende.

### **H:S' strategi for kvalitetsudvikling og -styring mv.**

28. Det blev i Sygehusplan 2000 udmeldt, at der skulle formuleres målsætninger og udarbejdes en fælles strategi for kvalitetsudvikling i H:S. Det var hensigten, at rammerne og de overordnede kvalitetsmål skulle fastsættes centralt, mens hvert hospital, center og afdeling skulle opstille en strategi, der skulle omsætte de overordnede kvalitetsmål til lokale mål for den faglige indsats og service. Ideen var, at de personer, som arbejder med opgaverne i hverdagen, er de bedste til at følge og forbedre kvaliteten.

29. Rigsrevisionen har konstateret, at H:S bl.a. som følge af Sygehusplan 2000 har etableret en række initiativer på kvalitetsområdet. Rigsrevisionen har noteret sig, at H:S i april 2000 oplyste, at H:S har valgt at mindske ambitionerne for udvikling af politikker og strategier for kvalitetsudvikling i den periode, hvor H:S gennemgik omfattende omstruktureringer og opgaveflytninger. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at der i 1998 blev udpeget en række indsatsområder for kvalitetsudvikling i H:S, som i forskelligt omfang indgår i kvalitetsstrategierne på afdelinger, centre og klinikker. Styringen af disse kvalitetstiltag indgår endnu ikke i H:S' løbende styringsproces.

### **H:S' servicemål**

30. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at H:S' styring på serviceområdet sker gennem de 10 servicemål, som



H:S opstillede 1994. Undersøgelsen viste også, at en systematisk rapportering af servicemålene til H:S Bestyrelsen imidlertid først er påbegyndt i juni 1998, og at den kun vedrører 5 af de 10 servicemål.

31. Rigsrevisionen har konstateret, at afdelingerne og klinikkerne i forskelligt omfang anvender patientforløbsbeskrivelser, kliniske databaser og audit i sikringen af kvalitet i patientbehandlingen. Endvidere er der iværksat et arbejde med at indføre elektroniske patientjournaler samt fælles journaler på flere centre og afdelinger.

### **Forskning**

32. H:S har udmeldt nogle satsningsområder inden for forskning, som anses for at være særligt værdifulde for Sygehusfællesskabet. Endvidere har man prioriteret forskningsaktiviteter af mere tværgående karakter som sygepleje og omsorgsforskning samt ældreforskning. Rigsrevisionen har konstateret, at der kun i mindre omfang har været opstillet mål for forskning fra hospitals- eller centerniveau, og at den løbende styring og prioritering af forskningen i det væsentligste varetages af klinik- og afdelingsledelserne. Rigsrevisionen har konstateret, at der ikke finder en egentlig tidsregistrering sted, som kan dokumentere tidsforbrug på bl.a. forskningsaktiviteter.

### **Uddannelse**

33. Rigsrevisionen har bemærket, at H:S' uddannelsesaktiviteter generelt indgår i de daglige opgaver, men at der ikke foretages systematisk opgørelse af tidsforbruget. Rigsrevisionen har noteret sig, at forholdene om uddannelse og efteruddannelse ikke er systematiseret fra H:S' side og finder, at der er behov for generelle retningslinjer. H:S har i april 2000 oplyst, at uddannelsesopgaven i H:S har mange facetter. Den omfatter 20 grunduddannelser, videreuddannelse for 9 faggrupper og efteruddannelse for det samlede personale. Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at området trods sin forskelligartede struktur i større omfang bør indgå i H:S' styringskæde.

### Vagtplanlægning

34. Rigsrevisionen har konstateret, at der til brug for udarbejdelsen af vagtplaner benyttes forskellige edb-baserede vagtplanlægningsystemer samt manuelle systemer. Rigsrevisionen finder det positivt, at vagtplanlægningsmodulets modultjenestetid (MTT) fra 2000 skal implementeres på alle hospitalerne, forudsat det kan anvendes i forhold til en langsigtet planlægning og løbende opfølgning på timeforbruget samt kan kommunikere med lønsystemet. Rigsrevisionen finder det positivt, at der løbende følges op på timeforbruget.

### Kapacitetsudnyttelse

35. Rigsrevisionen har bemærket, at de ortopædkirurgiske afdelinger/klinikker i vid udstrækning anvender registreringer fra operationsgangene i deres opfølgning på operationsaktiviteterne for derved at forbedre planlægningen.

Rigsrevisionen har endvidere konstateret, at der generelt på de undersøgte afdelinger/klinikker er en høj udnyttelse af operationskapaciteten, samt at dette ikke har medført omfattende problemer i forhold til mængden af operationsaflysninger. Rigsrevisionen finder, at dette kan tilskrives en god planlægning og systematisk opfølgning på operationsaktiviteterne.

#### Rigsrevisionens undersøgelse har vist:

- at der i H:S er en løbende og systematisk rapportering om og vurdering af budgetoverholdelsen,
- at der i H:S er en begrænset fokus på aktivitets- og produktivetsoplysninger, og at styringsprocessen ikke er tilrettelagt, så ledelsen har mulighed for at vurdere, om der er en hensigtsmæssig kobling mellem de tildelte ressourcer (økonomi) og den forventede aktivitet,
- at aktivitetsmålene ikke omfatter alle hovedområder, men kun dele af patientbehandlingen, hvorfor rapporteringen ikke er fuldt dækkende for den samlede økonomiforvaltning,
- at den manglende sammenhæng mellem økonomi og aktivitet på en række hovedopgaver svækker ledelsens mulighed for at prioritere,
- at H:S' økonomistyring og regnskabsafregning ikke har været tilrettelagt på en sådan måde, at man efterfølgende har kunnet opgøre, i hvilket omfang Sygehusplan

2000's økonomiske forudsætninger var opfyldt, og at Rigsrevisionen derfor trods en fornyet gennemgang ikke har kunne at opgøre, i hvilket omfang de realiserede besparelser kan henføres til Sygehusplan 2000,

- at der i 1998 blev udpeget en række indsatsområder for kvalitetsudvikling i H:S, som i forskelligt omfang indgår i kvalitetsstrategierne på afdelinger, centre og klinikker, men at styringen af disse kvalitetstiltag endnu ikke indgår i H:S' løbende styringsproces,
- at H:S i 1994 opstillede 10 servicemål, men at en systematisk rapportering herom til H:S Bestyrelsen først blev påbegyndt i 1998 og kun vedrørende en del af de opstillede mål, og
- at de undersøgte afdelinger/klinikker til brug for vagtplanlægning anvender såvel edb-baserede vagtplanlægningssystemer som manuelle systemer i deres registreringer, og at der generelt på de undersøgte afdelinger/klinikker er en høj udnyttelse af operationskapaciteten.

## II. Indledning, formål, metode og afgrænsning

### A. Indledning

36. Denne beretning afgives til statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997. Beretningen omfatter forhold inden for Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og er udarbejdet sideløbende med beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998, som blev afgivet februar 2000. H:S blev ved lov nr. 1132 af 21. december 1994 om Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S-loven) etableret som en selvstændig forvaltningsenhed med virkning fra 1. januar 1995.

37. Bevillingen til H:S er optaget på finansloven under Sundhedsministeriet, statsregnskabet konto 16.51.02. Hovedstadens Sygehusfællesskab og udgjorde 762,9 mio. kr. for 1999. Dette tilskud skal dække: 1) H:S' særlige opgaver som universitetssygehusvæsen, 2) Rigshospitalets særlige opgaver som sundhedsvidenskabeligt udviklingscenter, 3) finansiering af en kompensationspulje til amtskommunerne, Københavns og Frederiksberg kommuner, Færøernes og Grønlands Hjemmestyre, Bornholms Amt samt 4) en særlig bonuspulje til Bornholms Amt. Bevillingen er

størrelsesmæssigt fastsat, så den svarer til den hidtidige statslige bevilling til Rigshospitalet. Hertil kom et ekstraordinært statstilskud på 1 mia. kr., som er optaget på Indenrigsministeriets konto § 13.81.13. Dette tilskud ydes for at nedbringe Københavns og Frederiksberg kommuners sygehusudgifter, begrundet i hovedstadsområdet særlige demografiske og sociale forhold, og nedtrappes med 100 mio. kr. årligt frem til 2005. Tilskuddet udgjorde 776,4 mio. kr. i 1999-prisniveau. Det samlede statstilskud udgjorde således i 1999 ca. 1,54 mia. kr.

Udlægning af sygehusdriften til en særlig forvaltningsenhed, Hovedstadens Sygehusfællesskab, byggede på aftaler, som regeringen og Københavns og Frederiksberg kommuner indgik i juni 1994 om den kommunale økonomi for 1995. Aftalerne indeholdt en række elementer til genopretning af Københavns og Frederiksberg kommuners økonomi, og det blev forudsat, at de 2 hovedstadskommuner skulle betale den løbende drift i forhold til deres forbrug suppleret med det nævnte statstilskud. Det blev lagt til grund, at H:S som et fælles sygehusvæsen kunne sikre, at et flerårigt effektiviseringsprogram ville blive ført ud i livet. Sammen med en forventet vækst i det kommunale udskrivningsgrundlag for de kommende år ville det betyde, at kvaliteten i hovedstadens sygehusvæsen kunne fastholdes trods nedtrapningen af det statslige tilskud.

38. H:S omfattede i 1999: Hvidovre, Bispebjerg og Sct. Hans Hospital, alle tidligere Københavns Kommune. Hertil kom Frederiksberg Hospital (tidligere Frederiksberg Kommune) og Rigshospitalet (tidligere staten). Herudover kom Amager Hospital, der drives i fællesskab mellem H:S og Københavns Amt samt en række tværgående driftsinstitutioner. H:S administrerer ca. 1/5 af Danmarks samlede udgifter til hospitalsdrift. Hospitalerne i H:S har ifølge H:S' budget for 1999 driftsudgifter på 7.623,2 mio. kr., indtægter på 1.692,4 mio. kr. og beskæftiger 16.985 medarbejdere.

39. I henhold til H:S-lovens § 9 er det overordnede ansvar for sygehusfællesskabet pålagt en bestyrelse bestående af 15 medlemmer, hvoraf sundhedsministeren udpeger 6 og Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser udpeger henholdsvis 7 og 2 medlemmer. Kommunalbestyrelser-

ne og sundhedsministeren har instruktionsbeføjelse over for deres bestyrelsesmedlemmer og kan til enhver tid afsætte dem. Bestyrelsen kan træffe beslutninger ved stemmeflertal, idet forslag med vidtrækkende betydning for tilrettelæggelsen af det samlede danske sygehusvæsen dog kræver mindst 10 stemmer, jf. H:S-lovens § 12.

Ifølge H:S-lovens § 11 ansætter bestyrelsen en direktion, som varetager den daglige administrative og økonomiske ledelse inden for de rammer, der fastlægges af bestyrelsen. Det er i § 11 bestemt, at de nærmere regler om sygehusfællesskabets styrelse mv. fastsættes i en vedtægt, der vedtages af bestyrelsen og godkendes af indenrigsministeren efter forhandling med sundhedsministeren og Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser.

40. H:S' årsregnskab udarbejdes af H:S Direktionen og forelægges H:S Bestyrelsen til godkendelse. Regnskabet revideres af et privat revisionsfirma, som bestyrelsen har udpeget, jf. § 42 i lov om kommunernes styrelse.

Legalitetstilsynet med H:S varetages af indenrigsministeren og udføres på samme måde som tilsynet med kommunerne efter lov om kommunernes styrelse.

41. Rigsrevisionens undersøgelse er sket med hjemmel i rigsrevisorlovens § 4, stk. 1, nr. 2, jf. § 6. Rigsrevisionens hjemmel fremgår tillige af H:S-lovens § 6, stk. 3, hvorefter rigsrevisor af egen drift eller på anmodning af statsrevisorerne kan foranstalte undersøgelser i henhold til rigsrevisorloven af sygehusfællesskabets regnskaber samt udvalgte regnskabsområder herunder.

## **B. Formål**

42. Undersøgelsen har som hovedformål at belyse og vurdere H:S' styring af økonomi og kvalitet, herunder at beskrive styringsprocesserne i H:S. Det organisatoriske styringskæde består i praksis af H:S' bestyrelse og direktion, sygehusledelse og henholdsvis afdelings-, center- og klinikniveau. På afdelings-, center- og klinikniveauet sker "produktionen" af de brugerrettede sygehusydelser.

Rigsrevisionen vil i undersøgelsen gennemgå,

- om styringsprocesserne er tilrettelagt, så ledelsen har mulighed for at vurdere, om der er en hensigtsmæssig sammenhæng mellem økonomi og aktivitet,
- om der løbende og systematisk rapporteres til ledelsen om disse sammenhænge,
- om ledelsen prioriterer organisationens aktiviteter og budgetter i overensstemmelse med de overordnede mål,
- hvordan styringen af kvalitet og service foregår, og om der løbende og systematisk foretages opfølgning herpå, og
- hvordan kapaciteten udnyttes i klinikker og afdelinger på udvalgte områder inden for vagtplanlægning og operationsplanlægning.

Yderligere foretages en selvstændig opfølgning på beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998. Rigsrevisionen vil i den forbindelse søge at foretage en opgørelse af de besparelser, som H:S har foretaget, og som direkte kan henføres til Sygehusplan 2000.

Rigsrevisionens undersøgelse har været bredt anlagt på de forskellige H:S-niveauer, men afrapporteringen sætter primært fokus på det overordnede niveau.

43. Beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998 havde som overordnet formål at belyse, hvorvidt H:S gennem sin opgavevaretagelse og planlægning havde opfyldt de forudsætninger, som H:S-loven byggede på, herunder i hvilket omfang H:S havde gennemført Sygehusplan 2000 og bidraget til en bedre ressourceudnyttelse. Rigsrevisionens undersøgelse viste bl.a., at H:S på stort set alle punkter havde gennemført Sygehusplan 2000's mange og omfattende ændringer i strukturer og opgavefordeling, og at Sygehusplan 2000 havde givet anledning til betydelige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner og effektiviseringer. Der forelå imidlertid ikke regnskabsmæssige oplysninger, der gjorde det muligt at opgøre de realiserede besparelser som følge af Sygehusplan 2000, og det havde derfor ikke været muligt entydigt at vurdere, i hvilket omfang Sygehusplan 2000's økonomiske forudsætninger blev opfyldt. Det blev ligeledes konstateret, at der fortsat udestår et udviklingsarbejde med henblik på at

kunne opgøre sygehusproduktionen mere nuanceret samt udarbejde sikre produktivitetsanalyser vedrørende sygehussektoren.

Statsrevisorerne tilkendegav i deres bemærkning til beretning nr. 4/99, at denne undersøgelse også skulle indeholde en vurdering af, hvilke af de gennemførte besparelser, som H:S havde foretaget, der direkte kunne henføres til Sygehusplan 2000.

### **C. Metode**

44. Rigsrevisionens undersøgelse er bl.a. gennemført ved interview med H:S Direktionen, hospitalsledelsen ved Rigshospitalet, Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital og Hvidovre Hospital, samt afdelings-, center- og klinikledelse på disse hospitaler inden for det kirurgiske speciale (ortopædkirurgi) og det medicinske speciale (kardiologi). Specialerne er udvalgt, idet de både er meget store, og som de eneste findes på alle 4 hospitaler. Dette giver bedre mulighed for at vurdere styring på tværs af hospitalerne uafhængigt af de eventuelle forskelle, der måtte være mellem opgaverne inden for de forskellige lægelige specialer.

45. Rigsrevisionens undersøgelse omfatter Rigshospitalets direktion, Hjertecentret, herunder Medicinsk Klinik, samt HovedOrtoCentret, herunder Ortopædkirurgisk Klinik. På Frederiksberg Hospital omfatter undersøgelsen hospitalets direktion, Medicinsk Center, herunder Kardiologisk Klinik samt Elektivt Kirurgisk Center, herunder Ortopædkirurgisk Klinik. På Hvidovre Hospital omfatter undersøgelsen hospitalets direktion, Medicinsk Center, herunder Kardiologisk Klinik samt Ortopædkirurgisk Afdeling. Endelig omfatter undersøgelsen hospitalsdirektionen på Bispebjerg Hospital, Medicinsk Center, herunder Kardiologisk Klinik samt Ortopædkirurgisk Afdeling.

Rigsrevisionen har i alt gennemført 19 interview af en varighed på 2-3 timer. Referat af de gennemførte interview har efterfølgende været fremsendt til godkendelse med mulighed for kommentarer fra de interviewede.

I forbindelse med undersøgelsen af vagtplanlægning har der været gennemført interview med vagtplanlæggere på de enkelte hospitaler. Ved undersøgelsen af operationsplanlægning har der været foretaget uddybende interview med ledelsen af de ortopædkirurgiske klinikker og afdelin-

ger, herunder også personale fra de centrale operationsgange. Interviewene har været gennemført i løbet af 1999.

46. Rigsrevisionen har gennemgået H:S' materiale omfattende bl.a. bestyrelsesreferater, budget- og regnskabsmateriale, Sygehusplan 2000 og Status for Sygehusplan 2000, strategier, kontrakter og evalueringsrapporter m.m.

47. I lighed med beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter har Rigsrevisionen som led i dette beretningsarbejde anvendt en fokusgruppe bestående af personer fra forsknings- og hospitalssektoren med særligt kendskab til området. Rigsrevisionen har i den indledende fase bl.a. diskuteret undersøgelsens metode og kriterier med fokusgruppen. Et beretningsudkast indeholdende undersøgelsens resultater og foreløbige konklusioner/anbefalinger har ligeledes været drøftet med gruppen. Det skal dog understreges, at Rigsrevisionen har det fulde ansvar for undersøgelsens gennemførelse og konklusioner.

48. Et udkast til beretningen har været forelagt H:S, Sundhedsministeriet og Indenrigsministeriet. Kommentarerne herfra er i vidt omfang indarbejdet i den endelige beretning.

#### **D. Afgrænsning**

49. Undersøgelsen omfatter Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital (de 3 hospitaler) og Rigshospitalet, men ikke Sct. Hans Hospital, der som et psykiatrisk hospital har en anden karakter end de øvrige hospitaler. Amager Hospital er ligeledes udeladt af undersøgelsen, idet det drives i et driftsfællesskab med Københavns Amt og derfor ikke ledes selvstændigt af H:S. Rigsrevisionens undersøgelse omfatter heller ikke en række institutioner under H:S, som fx H:S Blodbank og H:S Apotek samt en række tværgående funktioner på de enkelte hospitaler som fx røntgen-, køkken- og portørfunktionerne. Undersøgelsen vedrører styringen i 1999.

50. H:S har i april 2000 om Rigsrevisionens afgrænsning af undersøgelsen til 1999 anført, at H:S i 1999 har truffet beslutning om en række initiativer, der skulle træde i kraft i 2000. Det vedrører punkterne: akkreditering, dvs. en systematisk ekstern kvalitetsvurdering, kontrakter, nettosty-



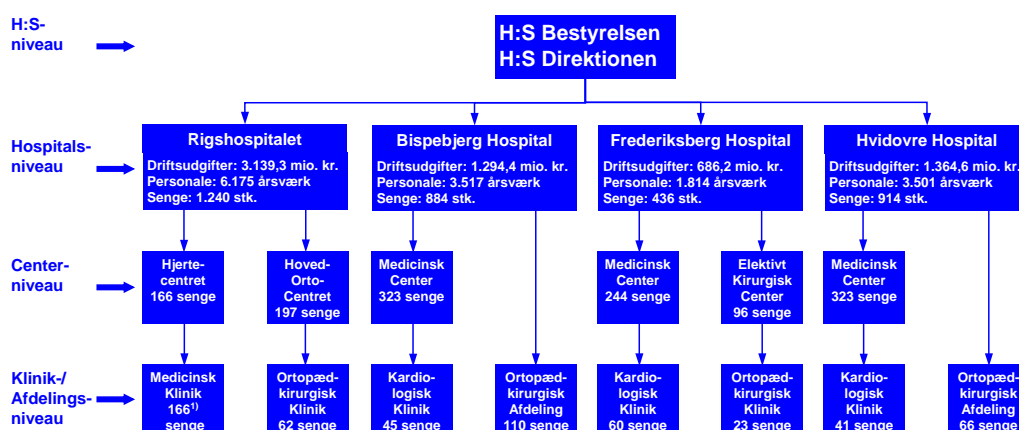
ring og præstationsbudgetter. H:S finder, at disse tiltag har væsentlig betydning for H:S' virksomhed, og at de imødekommer en række af Rigsrevisionens kritikpunkter.

Den gennemførte undersøgelse søger at give et billede af styringen, som den var tilrettelagt i H:S i 1999. Effekten af de fremadrettede initiativer vil derimod først kunne vurderes, når de er nærmere analyseret i nye undersøgelser.

Rigsrevisionen finder det positivt, at H:S i 1999 – efter at have været informeret om Rigsrevisionens undersøgelse og bekendt med en række af Rigsrevisionens betragtninger – tidligt i forløbet har taget en række nye initiativer til at forbedre den økonomiske styring i H:S. For at give et billede af de effekter, der fremover kan forbedre økonomistyringen, har Rigsrevisionen i vidt omfang indarbejdet H:S' kommentarer vedrørende de fremadrettede tiltag i de punkter, hvor de i øvrigt falder naturligt ind.

51. Der er i **figur 1** vist, hvilke enheder på de 4 hospitaler der indgår i Rigsrevisionens undersøgelse, og hvilke styringsrelationer der er mellem de enkelte enheder og driftsudgifter på de undersøgte 4 hospitaler samt sengenormering på hospitals-, center-, afdelings- og klinikniveau. Det fremgår af ledelsesregelsættet, at et center kan indeles i klinikker eller andre mindre enheder. Dette er tilfældet i de medicinske centre, hvor centerledelserne har til opgave at styre de underliggende klinikker.

Figur 1. Oversigt over de undersøgte hospitaler, centre, klinikker og afdelinger



- <sup>1)</sup> Sengenormeringen for Hjertecentret på Rigshospitalet er ikke specificeret på klinikker. Medicinsk Klinik og Thoraxkirurgisk Klinik under Hjertecentret på Rigshospitalet har tilsammen en sengenormering på 166.

Kilde: H:S Budget 1999. Tallene for sengenormering er gennemsnitstal.

Det fremgår af figur 1, at strukturerne på de 4 hospitaler er forholdsvis ensartede, blot indgår der hverken centre på det kirurgiske område på Bispebjerg Hospital eller på Hvidovre Hospital. Det fremgår ligeledes af figuren, at de undersøgte enheder varierer i størrelse, hvad angår sengenormering, ikke mindst på klinik- og afdelingsniveau. Hospitalerne har i øvrigt eget optagområde og en række grundlæggende funktioner inden for de medicinske specialer, psykiatri og akut modtagelse. Alle enheder på hvert niveau har en selvstændig ledelse, der refererer til en enhed på et overliggende niveau.

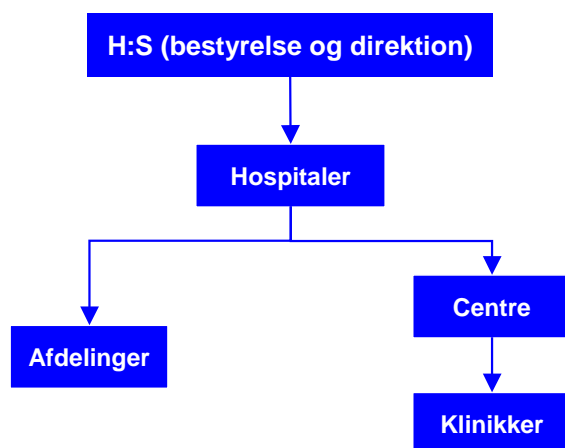
### III. H:S' organisation, styringskæde og opgaver

52. Styringen i H:S sker gennem en hierarkisk styringskæde. H:S' ledelse består af H:S Bestyrelsen som øverste myndighed og af H:S Direktionen, som varetager den daglige administrative og økonomiske ledelse inden for de rammer, der fastlægges af H:S Bestyrelsen. H:S Direktionen udarbejder bl.a. forslag til bestyrelsens beslutninger om overordnede rammer, strategier og målsætninger for hospitalerne. Det næste led i styringskæden er hospitalsniveauet med en hospitalsdirektion under ledelse af en hos-

pitalsdirektør. Hospitalsdirektøren har ansvaret for hospitalets samlede virksomhed over for H:S Direktionen og skal bl.a. udarbejde retningslinjer for sit arbejde og indsende disse til H:S Direktionen.

Styring og organisationen er illustreret i **figur 2**.

**Figur 2. Styringsrelationerne inden for H:S**



53. Under hospitalernes ledelse ligger centre og afdelinger. Et center ledes af en centerdirektør eller -chef. Der kan dog i centrets ledelse indgå andre personer, men centerdirektøren/-chefen er ansvarlig for centrets samlede virksomhed. Hospitalsdirektionerne på de enkelte hospitaler fastsætter nærmere retningslinjer for centerdirektørens/-chefens arbejde. Klinikkerne eller andre mindre enheder under et center ledes af en chef – almindeligvis en læge – men der kan indgå andre personer i ledelsen.

Indgår der ikke centre i hospitalernes interne organisering, er opgavevaretagelsen udlagt til afdelinger. En hospitaletsdeling ledes af en afdelingsledelse, som typisk består af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. Afdelingsledelsen har i fællesskab ansvaret for afdelingens samlede virksomhed. Afdelingsledelsen refererer direkte til hospitalets direktion, som også fastsætter nærmere retningslinjer for afdelingsledelsens arbejde og den endelige sammensætning. Forskellen mellem klinik- og afdelingsledelserne ligger i, at en klinikledelse refererer til en centerledelse, mens en afdelingsledelse direkte refererer til hospitaletsdirektionen.

54. Hospitalsdirektørens opgaver er fastlagt i et ensartet ledelsesregelsæt for alle hospitalerne, som H:S Direktionen har vedtaget i marts 1996. Centerstrukturen indgår som nævnt på samtlige hospitaler på det medicinske område, mens de på det kirurgiske område kun findes på Rigshospitalet og på Frederiksberg Hospital. I **skema 1** er vist, hvornår de enkelte centre er etableret.

#### Skema 1. Centrenes etablering

Hospital/center	Etableret
Rigshospitalet, Hjertecentret.....	1995
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret .....	1995
Bispebjerg Hospital, Medicinsk Center .....	Årsskiftet 1997/98
Frederiksberg Hospital, Medicinsk Center .....	Årsskiftet 1997/98
Frederiksberg Hospital, Elektivt Kirurgisk Center .....	Januar 1997
Hvidovre Hospital, Medicinsk Center .....	Juli-august 1998
Kilde: Status for Sygehusplan 2000, januar 1999.	

Bortset fra centrene på Rigshospitalet er etableringen af medicinske centre på de øvrige hospitaler samt Elektivt Kirurgisk Center på Frederiksberg Hospital initiativer, der følger af Sygehusplan 2000. Centrene på Rigshospitalet har eksisteret i længere tid, hvilket er relevant for vurderingen af centrenes styring.

Det fremgår af ledelsesregelsættet, at et center kan inddeles i klinikker eller andre mindre enheder. Dette er tilfældet i de medicinske centre, hvor centerledelserne har til opgave at styre de underliggende klinikker. Centerstrukturen findes tillige på det kirurgiske område på Frederiksberg Hospital og på Rigshospitalet.

55. H:S har ifølge loven til opgave at varetage sygehusbehandling mv. af borgerne i Københavns og Frederiksberg kommuner, af lands- og landsdelspatienter fra amtskommunerne samt af øvrige borgere, der efter lov om sygehusvæsenets regler om frit sygehusvalg ønsker behandling på sygehuse i sygehusfællesskabet. H:S skal tillige som universitetssygehusvæsen i tæt samarbejde med det øvrige danske sundhedsvæsen sikre, at det danske sundhedsvæsen på et højt fagligt niveau kan varetage 1) undersøgelse, behandling og pleje af patienter, 2) forsknings- og udviklingsarbejde samt 3) uddannelse af sundhedspersonale. Sy-

gehusfællesskabet skal tillige medvirke til 4) at udvikle den sundhedsfremmende og forebyggende indsats samt varetage de opgaver, der i øvrigt efter lovgivningen er henlagt til sygehusvæsenet. Endvidere skal H:S sikre Rigshospitalet som et sundhedsvidenskabeligt udviklingscenter med særlige opgaver inden for patientbehandling, forskning og uddannelse.

Den fælles planlægning og drift af sygehusene skulle bl.a. ifølge bemærkningerne til H:S-loven have som hovedformål at sikre en bedre udnyttelse af den samlede kapacitet, hvorved effektiviteten ville blive øget til fordel for patienterne.

#### **IV. Den økonomiske styring**

56. Formålet med undersøgelsen af den økonomiske styring er på de enkelte niveauer, at undersøge,

- om styringsprocesserne er tilrettelagt, så ledelsen har mulighed for at vurdere, om der er en hensigtsmæssig sammenhæng mellem økonomi og aktivitet,
- om der løbende og systematisk rapporteres til ledelsen om disse sammenhænge, og
- om ledelsen prioriterer organisationens aktiviteter og budgetter i overensstemmelse med de overordnede mål.

##### **A. Den økonomiske styring på det overordnede H:S-niveau**

###### **a. Strategi og overordnede mål**

57. Af H:S-lovens § 11 fremgår det, at de nærmere regler om sygehusfællesskabets styrelse mv. fastsættes i en vedtægt, der vedtages af bestyrelsen og godkendes af indenrigsministeren efter forhandling med sundhedsministeren og Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser. H:S har udarbejdet en vedtægt, der er tiltrådt af bestyrelsen den 21. december 1994 og godkendt af Indenrigsministeriet ved skrivelse af 1. december 1995.

Det fremgår af § 15, stk. 1, i vedtægten, at H:S Direktionen skal udarbejde forslag til bestyrelsens beslutning om bl.a. overordnede mål og opgaver for H:S, herunder aktivi-

tets-, kvalitets- og servicemål, en plan for tilrettelæggelse af virksomheden, overordnede retningslinjer for bl.a. forskning, uddannelse samt personale- og informationspolitik.

58. H:S Direktionen udarbejdede i overensstemmelse med H:S-lovens § 13 en plan for tilrettelæggelsen af Hovedstadens Sygehusfællesskab, benævnt Sygehusplan 2000. Sygehusplan 2000 blev vedtaget af H:S Bestyrelsen i december 1995. Gennemførelsen af Sygehusplan 2000's forskellige hovedmålsætninger blev nærmere analyseret i beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998, kap. V, pkt. 59-96.

Formålet med Sygehusplan 2000 var at konkretisere H:S-lovens forventninger om kvalitetsmæssige forbedringer og en bedre ressourceudnyttelse. H:S Direktionen har tilkendegivet, at arbejdet med strategifastsættelse/-udvikling inden for patientbehandling, forskning, personalepolitik og medicinsk teknologivurdering (MTV) har haft høj prioritet.

59. De gældende overordnede styringsprincipper for H:S blev godkendt på bestyrelsesmødet den 22. februar 1995 og vedrører forholdet mellem H:S Direktionen og hospitalsledelserne. Det fremgår heraf, at den overordnede målfastsættelse skal ske centralt i H:S, men at der bør være en udpræget decentral kompetence med hensyn til valg af midler. H:S Bestyrelsen vedtog på mødet, at man ville opretholde den økonomiske rammestyring med den begrundelse, at den erfaringsmæssigt er velegnet til at dæmpe omkostningsudviklingen. Da rammestyring generelt ikke vurderes at indebære tilstrækkelige incitamenter til produktivitetsforbedringer, var det nødvendigt med krav om supplerende målfastsættelse, fx i form af krav til aktivitetsomfang mv. Det fremgik af bestyrelsesmødereferatet, at bestyrelsen var af den holdning, at der i forbindelse med budgettet for 1996 skulle tages udgangspunkt i en kontrakttankegang. Anvendelsen af kontrakter kunne give ledelsen af det enkelte hospital en udstrakt frihed til at disponere og samtidig synliggøre sammenhængen mellem mål og økonomiske rammer for de disponerende enheder. Kontrakterne skulle på længere sigt baseres på virksomhedsplaner fra de enkelte afdelinger og bl.a. omhandle hospitalets overordnede mål, opgaver og optageområde,

skøn over forventede antal behandlede patienter opdelt på relevante kategorier, kvalitets- og servicemål samt aftalens økonomiske rammer. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at H:S Bestyrelsen frem til og med 1999 har opretholdt den økonomiske rammestyring som bærende princip.

60. Personalestyringen skulle ske ved styring på stillingskategorier. Oprettelse, nedlæggelse og konvertering af stillinger under lønramme 36 skulle frit kunne ske inden for institutionens budgetramme – for Rigshospitalet dog lønramme 37 – mens ændringer vedrørende stillinger i og over lønramme 36 som udgangspunkt skulle forelægges H:S Direktionen.

Den enkelte hospitalsledelse skulle ifølge styringsprincipperne have hjemmel til at delegere bl.a. ansættelses- og afskedigelseskompetence til afdelings-, center- og klinikniveau.

#### **b. Budgettering og budgetstyring**

61. De budgetforslag, der udarbejdes, er som udgangspunkt lig sidste års rammer korrigeret for ændringer som følge af tilførsel eller flytning af specialer, besparelser og/eller demografiske ændringer. Hospitalerne har mulighed for at fremsætte korrektionsønsker, der dog principielt skal holdes inden for den samlede økonomiske ramme. Undtaget fra dette princip er udgifter til ny medicin, nye behandlingsmetoder, IT-udbygning mv., hvor der kan afholdes særlige forhandlingsrunder på baggrund af selvstændige puljer afsat til disse formål. Det endelige budget foreligger typisk i december måned forud for budgetåret, når budgetterne for Københavns og Frederiksberg kommuner er vedtaget. Udmøntningen af rammerne bl.a. på afdelings- og klinikniveau sker på de enkelte hospitaler.

62. Rigsrevisionen har noteret sig, at H:S i budgettet fastsætter en samlet udgifts- og indtægtsramme for de enkelte hospitaler for budgetåret. Der er ikke i budgetudmeldingen fra H:S en direkte kobling mellem de tildelte ressourcer (økonomi) og den forventede aktivitet. Forud for H:S' etablering havde de tidligere kommunale sygehuse været bruttostyrede, mens Rigshospitalet var nettostyret. Ved nettostyring har institutionen ret til at beholde eventuelle merindtægter i forhold til budgettet, så der kan afholdes flere

udgifter, uden at det samlede budget overskrides. Baggrunden for nettostyringen af Rigshospitalet var, at en stor del af aktiviteten var styret af amternes efterspørgsel. Det blev derfor fundet rimeligt, at Rigshospitalet bl.a. kunne afholde merudgifter, hvis der opstod øget efterspørgsel fra amterne. Dette princip er opretholdt og gælder tilsvarende for tværgående driftsinstitutioner, som fx H:S Apotek.

63. Budgettet er på udgiftssiden inddelt i løn og øvrige driftsudgifter og er vejledende for anvendelsen af bevillingen. De enkelte hospitaler kan dermed inden for den samlede ramme foretage budgetomplaceringer mellem løn- og driftsudgifter. Hensynet til overholdelse af H:S' samlede budget betyder, at H:S Direktionen dels kan gribe ind i hospitalernes bevillingsanvendelse, og dels kan fastlægge, at mindreindtægter skal modsvares af besparelser. H:S Direktionen har tillige bemyndigelse til at foretage budgetomplaceringer mellem hospitaler og udgiftsområder i løbet af året.

Der budgetteres ikke særskilt på de 4 hovedformål: patientbehandling, forskning, uddannelse og forebyggelse. Rigsrevisionen finder dette uhensigtsmæssigt og skal pege på, at hospitalernes økonomiske styring bør tilrettelægges, så ressourcetildeling og forbrug på hovedaktiviteterne kan dokumenteres i budgetter og regnskabsaflæggelse. Rigsrevisionen har bemærket, at der er taget forskellige skridt til at anvende særskilt forskningsbudgettering, men at det fortsat ikke er muligt at udlede af budgetter og regnskaber, hvor mange ressourcer der anvendes på forskning, hverken på hospitalsniveau – bortset fra i budgetteringen på Rigshospitalet – eller i H:S samlet.

64. H:S har i april 2000 tilkendegivet, at det i praksis er overordentligt vanskeligt at afgøre, hvorvidt en given behandling udelukkende er behandling, eller der endvidere er elementer af forebyggelse og vice versa. Hvad angår forskning og uddannelse, foregår aktiviteter på disse hovedformål oftest som en integreret del af patientbehandlingen. Det vil som følge heraf være vanskeligt at opnå en regnskabsmæssig registrering, der præcist afspejler fordelingen på hovedformål i praksis. H:S er derfor af den opfattelse, at budgettering på de 3 hovedformål: patientbehandling, forskning og uddannelse er relevant, samtidig



med at det dog er vigtigt at have en pragmatisk holdning til ambitionsniveauer. Man vil inden for H:S fremover arbejde med udvikling af forskningsbudgetter. Budgettering af intern forskning afventer erfaringer fra Rigshospitalet, der siden 1997 har arbejdet med etablering af systematisk forskningsbudgettering, mens budgetteringen af ekstern forskning (indtægtsgivende), der hidtil kun har været budgetteret på Rigshospitalet fra og med budget 2000, budgetteres på alle hospitaler.

Rigsrevisionen har forståelse for, at der kan være en række grænsetilfælde, der vanskeliggør en præcis fordeling på formål inden for de nævnte hovedkategorier, men skal pege på, at H:S gennem fælles retningslinjer for hospitalernes budgettering og regnskabsafleggelse i højere grad vil kunne sikre en mere afklaret holdning til disse grænsetilfælde og finder, at retningslinjer vil medvirke til at harmonisere registreringerne.

### **c. Aktivitetsmål og produktivitet**

#### **Aktivitetsmål**

65. Rigsrevisionen har ved sin gennemgang konstateret, at der som led i H:S' årlige budgetudmelding opstilles kapacitetsmæssige forudsætninger og overordnede aktivitetsmål for de enkelte hospitaler, afdelinger og klinikker. Aktivitetsmålene er udtryk for forventninger til aktivitetsniveauet på tidspunktet for udarbejdelsen af budgetforslaget og er som udgangspunkt vejledende for disponeringen af budgettet. Væsentlige ændringer i budgettets forudsætninger og forventninger om kapacitet, aktivitet mv. skal forelægges bestyrelsen.

For kapaciteten er der for de enkelte hospitaler for indværende år og budgetforslagsåret opstillet en personaleoversigt, som bl.a. viser antallet af fuldtidsstillinger i lønramme 36 og derover og antallet af stillinger under lønramme 36 (for Rigshospitalet lønramme 37). Der er tillige opstillet en oversigt for budgetforslagsåret indeholdende antal normerede senge, antal udskrivninger samt heldøgns- og deldøgnsseudlæg fordelt på hospitalets afdelinger og klinikker. Hospitalerne kan som udgangspunkt primært påvirke fordelingen af sengemassen i de årlige budgetforhandlinger. Endelig er der i budgettet opstillet en nøgle-

talsoversigt for hvert hospital. Et eksempel herpå fremgår af **tabel 1**.

**Tabel 1. Nøgletalsoversigt 1999, Frederiksberg Hospital, løbende priser**

	R 1997	B 1998	B 1999
Udgifter (driftsbudget, mio. kr.) .....	661,7	680,6	697,0
Stillinger (antal årsværk) .....	1.819	1.881	1.814
Normerede sengepladser .....	440	423	436
<b>Aktiviteter:</b>			
Udskrivninger .....	14.790	13.523	13.978
Heldøgnsseudskrivninger .....	142.121	138.760	143.398
Deldøgnsseudskrivninger .....	28.775	32.800	35.150
Ambulante besøg .....	85.396	93.920	100.540
Operationer .....	10.438	10.675	10.675
<b>Produktivitet/enhedsomkostninger:</b>			
Udgift pr. heldøgnsudskrivning .....	44.740	50.329	49.861
Udgift pr. heldøgnsseudskrivning .....	4.656	4.905	4.860
Stillinger pr. 100 udskrivninger .....	12,3	13,9	13,0
Belægningsprocent .....	88,5	89,9	90,1
Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning (dage) .....	9,9	10,3	10,3
Note: R=regnskab og B=budget.			
Kilde: H:S' budget 1999.			

Tabel 1 viser, at nøgletalsoversigten indeholder hospitalets ressourcer og kapacitet, mål for aktiviteten samt nogle produktivitetsmål, dog kun på heldøgnsområdet. Endvidere er der i budgettet opstillet overordnede forudsætninger om belægningsprocent på hospitalsniveau.

Budgettet indeholder tillige en selvstændig kapacitetsoversigt med måltal for antal normerede hel- og deldøgns-senge, antal heldøgnsudskrivninger og hel- og deldøgns-sengedage samt nøgletal fordelt på hospitalernes afdelinger og klinikker. Der er imidlertid ikke – hverken i budgettet eller generelt – opstillet mål for udnyttelsen af udstyr, som fx operationsudstyr eller scannere.

66. Der er i budgettet kun opstillet aktivitetsforudsætninger vedrørende patientbehandlingen, men der er ikke angivet aktivitetsforudsætninger for de øvrige af H:S' hovedopgaver: forskning, uddannelse og forebyggelse. Det overlades herved til de enkelte hospitaler at foretage en priori-

tering mellem hovedopgaverne samt at udmønte H:S' strategier herom. Rigsrevisionen finder, at H:S Bestyrelsen burde have sikret sig, at alle opgaver tildeles de nødvendige ressourcer, og at alle opgaver får den nødvendige ledelsesmæssige opmærksomhed.

H:S har i april 2000 over for Rigsrevisionen oplyst, at man via de resultatkontrakter, der er indgået i 2000 i det væsentligste imødekommer den nævnte problemstilling. Der henvises til, at H:S Bestyrelsen har vedtaget mål for H:S' hovedopgaver, som er blevet ført videre i resultatkontrakterne med hospitalerne. H:S har videre anført, at det inden for de økonomiske rammer, som tillige er angivet i resultatkontrakterne, anses for at være hospitalsdirektionernes ansvar at prioritere opgaverne, så de varetages i overensstemmelse med de fastsatte mål. Rigsrevisionen finder det positivt, at H:S har taget problemstillingen op i 2000, men skal pege på, at det overordnede ansvar for, at H:S lever op til de lovfastede mål, fortsat ligger hos H:S Direktionen og Bestyrelsen, som løbende bør følge op på, om mål realiseres.

### Aktivitetsopfølgning

67. Det fremgår som tidligere nævnt af H:S' vedtægt, at H:S Direktionen mindst 4 gange årligt skal udarbejde en økonomi- og aktivitetsrapport til H:S Bestyrelsen indeholdende en redegørelse for betydende budget- og aktivitetsafvigelser for de enkelte hospitaler og for det forventede samlede regnskabsresultat for H:S. Rigsrevisionen har konstateret, at H:S Direktionen systematisk hvert kvartal udarbejder en økonomi- og aktivitetsrapport til H:S Bestyrelsen. Rapporterne bygger bl.a. på månedlige økonomi- og aktivitetsrapporter fra hospitalerne. Kvartalsrapporten indeholder en redegørelse for det forventede regnskabsmæssige resultat for det pågældende år og for forventningerne til økonomi- og aktivitetsudviklingen for året som helhed, samt hvilke overvejelser dette giver anledning til. I **tabel 2** er vist et eksempel på de aktivitetsoplysninger, der indgår i en økonomi- og aktivitetsrapport.

**Tabel 2. Nøgletaloversigt for Frederiksberg Hospital 1. januar - 31. december 1998**

	Revideret budget 1998	Prognose 1998	Afvigelse
	----- Antal -----		%
Sengepladser .....	422	422	0,0
Udskrivinger .....	13.523	15.484	14,5
Heldøgnsseudage.....	138.760	136.118	÷1,9
Deldøgnsseudage.....	32.800	28.414	÷13,4
Ambulante besøg .....	93.700	95.208	1,6
Operationer .....	10.675	11.215	5,1
Gennemsnitlig liggetid, dage.....	10,3	8,8	÷14,3

Kilde: Økonomi og aktivitetsrapport 1998, IV.

Tabel 2 viser, at kvartalsrapporten indeholder oplysninger om antal udskrivinger og antal sengedage på hospitalsniveau. For begge mål er der angivet budget- og prognosetal baseret på udviklingen fra år til dato samt afvigelsen mellem budget og prognose. I bilagsdelen til økonomi- og aktivitetsrapporterne er antal udskrivinger og antal hel-/deldøgn tillige specificeret på afdelings- og kliniskniveau.

Det fremgår af bestyrelsesreferaterne, at bestyrelsens behandling af økonomi- og aktivitetsrapporterne kun i mindre udstrækning omhandler aktivitetsoplysningerne, men i stedet fokuserer på budgetopfølgning.

### Produktivitet

68. I H:S' budget 1999 anføres, jf. fx tabel 1, produktivitet ved målene: udgift pr. udskriving, udgift pr. heldøgnsseudage, stillinger pr. 100 udskrivinger, belægningsprocent og gennemsnitlig liggetid pr. udskriving. Målene relaterer sig alene til heldøgnsaktivitet, ikke aktivitet på det ambulante- og deldøgnsområdet eller for skadestue. Aktiviteten på heldøgnsområdet, dvs. ekskl. ambulante mv., sættes imidlertid i forhold til totaludgiften, dvs. ikke alene de udgifter, der er medgået til den pågældende aktivitet. På den baggrund finder Rigsrevisionen, at værdien af de opstillede nøgletal er begrænset.

Det er også et problem, at der ikke er taget højde for forskelle i det ressourceforbrug, der rent faktisk medgår til at afslutte det enkelte behandlingsforløb. Ressourcetrækket i de enkelte behandlingsforløb er meget forskellige, da de spænder fra lette behandlinger som fx ukomplicerede fødsler til meget komplicerede hjertebehandlinger, som er

særdeles omkostningstunge. Som det blev anført i beretning nr. 4/99, pkt. 111, er det da også allerede erkendt generelt i sygehussektoren, at produktivitetsmål, som kr. pr. heldøgnsudskrivning, ikke i tilstrækkelig grad kan tilgode-se økonomiske styringsbehov.

69. Rigsrevisionen har konstateret, at der hverken i de kvartalsvise økonomi- og aktivitetsrapporter til bestyrelsen eller i H:S' regnskaber indgår oplysninger om produktivitet.

H:S har i april 2000 over for Rigsrevisionen angivet, at man fandt, at der er betydelige vanskeligheder forbundet med at bruge de eksisterende produktivitetsmål i den løbende styring og opfølgning. Dette skyldes både historiske afvigelser imellem registreringsgrundlag på de hospitaler, der indgår i H:S, og øvrige registreringsmæssige forhold. Hertil kommer, at der er sket mange ændringer af opgaver m.m. for hospitalerne, hvorfor sammenligninger over tid er vanskelige at foretage. Endelig er der generelle forhold vedrørende produktivitetsmåling af sygehuse, som begrundes, at mere valide produktivitetsmål ikke har kunnet opstilles. Rigsrevisionen er enig med H:S i, at produktivitetsmålinger i sygehussektoren er forbundet med betydelige praktiske problemer. I den tidligere beretning om H:S konkluderede Rigsrevisionen bl.a., at registrerings- og metodemæssige problemer vanskeliggør udarbejdelse af sikre produktivetsanalyser af sygehussektoren generelt, og at der fortsat udestår en udviklingsarbejde med henblik på at opføre sygehusproduktionen mere nuanceret. Rigsrevisionen finder analyser af produktivetsudviklingen i H:S relevante og skal anbefale, at H:S så vidt muligt arbejder på at videreudvikle mulighederne for at foretage mere målrettede og dækkende produktivetsmålinger.

70. Rigsrevisionen har noteret sig, at H:S' økonomiske opfølgning ikke giver incitament for hospitalerne til produktivetsforbedringer. Rigsrevisionen savner en synliggørelse af sammenhængen mellem mål og økonomiske rammer for de disponerende enheder. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at produktivetsoplysninger bør indgå med større vægt i budgetopfølgningen.

H:S har i april 2000 anført, at arbejdet med udvikling af nye styringsprincipper generelt har måttet vige for arbejdet med de store omlægninger i forbindelse med gennemførel-

se af Sygehusplan 2000. Budgetoverholdelsen har i perioden været højt prioriteret af H:S Direktionen, og dette har krævet særlig opmærksomhed. H:S har i øvrigt vurderet, at radikale ændringer af styringsprincipperne, herunder fx overgang til mål- og rammestyring/kontrakter, mest hensigtsmæssigt lader sig realisere i en situation, hvor behandlingsorganisationen er konsolideret.

71. H:S Direktionen har erklæret sig enig med Rigsrevisionen i, at aktivitets- og produktivetsopfølgning bør tillægges større fokus, hvilket Rigsrevisionen finder positivt. H:S peger i den forbindelse på, at aktivitetsmålene i budget 2000 er angivet på et mere detaljeret niveau end tidligere (center-/afdelingsniveau). Endvidere er der indført kontraktstyring på de 4 hospitaler, og der planlægges gennemført tværgående analyser af balancen mellem ressourcer og aktiviteter ved samtlige hospitaler i 2001. Rigsrevisionen finder dette positivt, men må bemærke, at der primært er tale om nye initiativer, hvis effekt først kan vurderes efter, at planerne er iværksat.

### **Prioritering og styring**

72. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der i H:S foretages en løbende prioritering vedrørende budgetoverholdelsen. Den manglende sammenhæng mellem økonomi og aktivitet svækker imidlertid ledelsens mulighed for at prioritere med henblik på at sikre, at alle hovedopgaver tildeles de nødvendige ressourcer, og alle opgaver får den nødvendige ledelsesmæssige opmærksomhed. Rigsrevisionen finder dette uheldigt.

H:S har endvidere i april 2000 påpeget, at styringen fra og med 2000 er ændret. H:S har i den forbindelse oplyst, at H:S Bestyrelsen den 8. december 1999 har godkendt "Mål for H:S i 2000". Målene for H:S i 2000 knytter sig til hospitalernes væsentligste opgaver og udspringer dels af de forpligtelser, H:S har i relation til regeringsaftale med amterne om amternes økonomi i 2000, og dels af ønsket om en videreudvikling af H:S' tidligere servicemål.

Der er fra 1. januar 2000 indført resultatkontrakter mellem H:S Direktionen og de enkelte hospitalers direktioner. H:S anfører bl.a., at resultatkontrakterne er indført for at skabe en tydeligere sammenhæng mellem aktivitet, kvalitet og økonomi. Resultatkontrakterne er en del af en sam-

let pakke af nye styringsværktøjer. De nye styringsværktøjer er:

- a) indførelse af nettobevilling ved alle hospitaler,
- b) resultatkontrakter,
- c) 90/10-ordningen med DRG-baserede aktivitetsbetingede bevillinger, dvs. begrænset mer- eller mindrebevillinger afhængig af realiseret aktivitetsomfang samt
- d) overførselsadgang vedrørende mindredgifter på indtil 1,5 % af nettodriftsudgifterne for hospitalerne.

Som anført af H:S er pkt. a) og c) udtryk for et princip om, at meraktivitet udløser et øget økonomisk råderum for hospitalerne. Rigsrevisionen finder det positivt, at H:S har taget initiativ til at ændre og forbedre sine styringsprincipper.

#### **Rigsrevisionens bemærkninger**

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at H:S Bestyrelsen frem til og med 1999 har opretholdt den økonomiske rammestyring som bærende princip. Der var ikke i budgetudmeldingen fra H:S en direkte kobling mellem de tildelte ressourcer (økonomi) og den forventede aktivitet. H:S' budget indeholder kapacitetsmæssige forudsætninger og overordnede aktivitetsmål for de enkelte afdelinger og klinikker for dele af patientbehandlingen, men ingen for de øvrige hovedopgaver: forskning, uddannelse og forebyggelse. Dette indebærer, at det er op til de enkelte hospitaler at foretage prioritering mellem hovedopgaverne samt at udmønte H:S' strategi herom. Rigsrevisionen finder, at H:S Bestyrelsen burde have sikret sig, at alle opgaver tildeles de nødvendige ressourcer, og at alle opgaver får den nødvendige ledelsesmæssige opmærksomhed.

Det fremgår af bestyrelsesreferaterne, at bestyrelsens behandling af økonomi- og aktivitetsrapporterne kun i mindre udstrækning omhandler aktivitetsoplysningerne, men i stedet fokuserer på budgetopfølgning.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at der i H:S er en løbende og systematisk rapportering til ledelsen om den budgetmæssige overholdelse, men at der hverken i de kvartalsvise økonomi- og aktivitetsrapporter til H:S Bestyrelsen eller i H:S' regnskaber indgår oplysninger om produktivitet.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at H:S' økonomiske opfølgning ikke giver incitamenter for hospitalerne til produktivetsforbedringer. Rigsrevisionen savner en synliggørelse af sammenhængen mellem mål og økonomiske rammer for de disponerende enheder.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der i H:S foretages en løbende vurdering vedrørende budgetoverholdelsen.

Rigsrevisionen finder det positivt, at H:S har taget en række initiativ til at forbedre sine styringsprincipper.

## B. Den økonomiske styring på hospitalerne

73. Det fremgik af afsnittet ovenfor, at H:S ikke havde opstillet overordnede mål for alle H:S' aktiviteter, og at udmøntningen af detailbudgetteringen var overladt til hospitalsledelserne. I dette afsnit beskrives, hvordan ledelserne på hospitalerne indgår i H:S' styringskæde.

I **tabel 3** er der givet et samlet overblik over de 4 hospitalers styringsredskaber.

**Tabel 3. Hospitalernes styring i 1999**

	Rigshospitalet	Bispebjerg Hospital	Frederiksberg Hospital	Hvidovre Hospital
Strategi m.m. ....	x	x	x	x
Styringsprincip .....	Kontraktstyring	Rammestyring	Rammestyring	Rammestyring
Aktivitetsbudgetter .....	x	-	(x)	-
Note: Et kryds ud for styringsredskaberne til højre indikerer, at hospitalerne anvender dette i deres styring. Parentes angiver, at redskabet anvendes i begrænset omfang.				

Tabel 3 viser, at Rigshospitalets styring 1999 var mere udbygget end de på øvrige hospitaler. På Rigshospitalet er der bl.a. indarbejdet en kontraktmodel, mens styringen frem til primo 2000 på de øvrige hospitaler kunne karakteriseres som rammestyring, dvs. en videreførelse af H:S' styringsprincip.

### a. Strategier og overordnede mål

74. Rigsrevisionen har konstateret, at der på alle 4 hospitaler i 1999 var opstillet strategier:

#### De 3 hospitaler: Bispebjerg, Hvidovre og Frederiksberg Hospital

75. Rigsrevisionen finder, at det var kendetegnende for alle strategierne, at de generelt var relativt overordnede og kun indeholdt få konkrete mål eller initiativer til, hvorledes de overordnede målsætninger skulle nås. Endvidere var der ingen tidshorison for, hvornår de skulle være op-



fyldt. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at opstilling af præcise mål er en forudsætning for en værdifuld opfølgning. Rigsrevisionen finder, at hospitalsledelserne af hensyn til løsning af alle hovedopgaver burde opstille konkrete mål og resultatkrav for alle H:S' aktiviteter.

Rigsrevisionen har konstateret, at ingen af de 3 hospitalsledelser i 1999 har indgået kontrakter med centre eller afdelinger/klinikker. Dette skyldes ifølge det oplyste, at hospitalerne ikke rådede over økonomiske midler til at belønne enheder, som udviste en større aktivitet end planlagt.

### Rigshospitalet

76. På Rigshospitalet var strategierne mere specifikke end på de øvrige hospitaler. Det fremgik således af strategierne, hvilke initiativer der skulle iværksættes for at nå de opstillede mål, hvem der var ansvarlig for opgaven, og hvornår der skulle foretages en evaluering af de iværksatte initiativer. Rigshospitalet havde tillige evalueret strategiens enkelte elementer og inddraget erfaringerne herfra i udformningen af en ny strategi for hospitalet. Strategiernes målsætninger vedrørte kvalitet, patientbehandling, forskning og uddannelse og er efter Rigsrevisionens opfattelse generelt konsistente med H:S' overordnede målsætninger. Der var dog ikke udarbejdet strategier for forebyggelse.

77. I modsætning til styringen på de 3 hospitaler var brugen af kontrakter et centralt element i styringen på Rigshospitalet. Hospitalsdirektionen indgik de første kontrakter i 1998 med 3 af hospitalets centre. Fra 1999 var der indgået 1-årige kontrakter med alle hospitalets centre. Derudover var der på visse centre indgået kontrakter mellem centerledelsen og de enkelte klinikledelser. Hospitalets økonomi- og planlægningsafdeling havde forud for kontraktsudarbejdelsen opstillet en skabelon til brug for centrenes kontraktudformning. Skabelonen indeholdt følgende bindende elementer:

- Rigshospitalets strategi skulle afspejles i kontrakten i sammenhæng med centrets strategi
- Alle succeskriterier skulle være målbare
- Forsknings- og udviklingsbudgettering skulle være indeholdt

- Kontrakten skulle indeholde en form for DRG-profil
- Der skulle opstilles mål for så vidt angår relationer til andre centre.

Det enkelte center udarbejdede selv et udkast til kontrakt, mens udarbejdelsen af den endelige kontrakt foregik i dialog mellem center og direktion.

78. Vedrørende de 2 centre, som Rigsrevisionens undersøgelse omfatter, er det bemærket, at målene og initiativerne i kontrakten for Hjertecentret primært angår de enkelte klinikker. Kontrakten for HovedOrtoCentret omhandlede ud over mål for klinikkernes hel- og deldøgnsudskrivninger, antal ambulante besøg og antal operationer også en oversigt over udveksling af projekter mellem direktion og center. Flere af projekterne/målene blev efterfølgende operationaliseret i forhold til klinikkerne. Det er Rigsrevisionens vurdering, at ikke alle de forudsatte punkter i kontraktskabelonen indgik i de gennemgåede kontrakter, og systemer var dermed ikke fuldt implementeret. Til gengæld afspejledes Rigshospitalets strategi i stor udstrækning i de 2 kontrakter og i de strategier/visioner, som centrene havde opstillet. Forsknings- og udviklingsbudgettering indgik i en vis udstrækning i kontrakterne, for HovedOrtoCentrets vedkommende dog i mindre omfang. Ingen af kontrakterne indeholdt mål for relationer til andre centre, men begge kontrakter indeholdt i øvrigt mål om at øge DRG-værdi gennem forbedrede registreringer. Rigshospitalets direktion har om opfølgning på de opstillede mål oplyst, at denne primært sker i relation til kontrakterne. Som led heri skulle der årligt afholdes 2 dialogmøder mellem direktionen og centerledelserne.

## **b. Budgettering og budgetstyring**

### **De 3 hospitaler: Bispebjerg, Hvidovre og Frederiksberg Hospital**

79. På de 3 hospitaler bestod budgetteringen på hospitalsdirektionsniveau hovedsageligt i en udmøntning af den udmeldte ramme og kapacitet fra H:S' øverste niveau, der havde fastsat rammer på afdelings-, center- og klinikniveau. Det var derfor i praksis op til den enkelte hospitalsdirektion at fastlægge eller sikre fastlæggelsen af dels en

hensigtsmæssig normering på decentralt niveau, og dels mængden af de materialer og tjenesteydelser, der skulle anvendes til at gennemføre aktiviteten.

80. Budgetudmeldingen fra H:S til det enkelte hospital byggede på foregående års budget korrigeret for et forventet liggetidsfald, demografiske udvikling, ændringer i Sygehusplan 2000, udmeldte sparekrav fra H:S samt diverse korrektioner. Budgetterne omfattede et personalebudget og et budget for varer og tjenesteydelser for alle afdelinger, centre og klinikker, herunder også tværgående funktioner. Personalebudgettet indeholdt normering og lønkroner specificeret på stillingskategorier. I de tilfælde, hvor en afdeling, et center eller en klinik selv kunne disponere over midler til inventar og apparatur, indgik dette også i budgettet.

### **Rigshospitalet**

81. Der var som led i kontraktstyringen på Rigshospitalet opstillet principper for intern økonomistyring. Principperne fastlagde bl.a. den økonomiske kompetencefordeling mellem direktion og den enkelte centerdirektør samt, hvilke økonomiske dispositionsregler der knyttede sig til den økonomiske ramme. Der var ikke udarbejdet en samlet budgetvejledning for Rigshospitalet, men i stedet blev årligt udarbejdet en form for ad hoc-budgetvejledning.

82. Budgettet var opdelt efter aktivitet, der vedrører H:S-området og den takstbelagte aktivitet vedrørende brugeramterne, hvorfra der opkræves betaling.

På H:S-området anvendtes samme model som for de øvrige 3 H:S-hospitaler, dvs. foregående års budget korrigeret for et forventet liggetidsfald, demografiske udvikling, ændringer i Sygehusplan 2000, udmeldte sparekrav fra H:S og/eller Rigshospitalet og diverse øvrige korrektioner. Dertil kom, at behovet for ny medicin og nye behandlinger også indgik i fastlæggelsen af budgettet.

83. På det takstbelagte område byggede budgettet på aftaler med brugeramterne. Der blev årligt udarbejdet et katalog til amterne over behandlingstyper, herunder nye behandlinger samt særydelser. Sidstnævnte var fx indtægter fra særlig dyr medicin eller behandlinger, som opkrævedes direkte hos amterne for amtspatienter og indgik således ik-

ke i de fastlagte takster. Der var derudover udarbejdet et takstkatalog, hvor taksterne for de forskellige behandlinger fremgik. Rigshospitalets økonomi- og planlægningsafdeling udarbejdede bl.a. med udgangspunkt i ovenstående et aftaleforslag med brugeramterne, som drøftes mellem Rigshospitalets direktion og repræsentanter for amterne. Centrene inddrages i fastsættelsen af taksterne. Takstrukturen var detaljeret og omfattede bl.a. procedurer ved de enkelte behandlinger, herunder tid for behandling, faggrupper, medicin og timeløn.

Som led i aftaleforslaget udarbejdede økonomi- og planlægningsafdelingen en ramme for den takstbelagte aktivitet til centerledelsens udtalelse. Fastlæggelsen af budgettet skete generelt i dialog mellem Rigshospitalets økonomi- og planlægningsafdeling og centerledelserne, herunder også som led i kontraktudarbejdelsen.

84. Der blev ikke foretaget afregning mellem centrene for internt leverede ydelser. Ved fastlæggelsen af budgetter (og indgåelse af kontrakter) skulle der foreligge en aftale mellem Laboratoriecentret/Billedcentret og hvert af de sengebærende centre om den forudsatte leverance af laboratorie- og røntgenydelser. Rigsrevisionen finder det hensigtsmæssigt, at forholdet til de tværgående funktioner inddrages, idet det kan forbedre sammenhængen mellem afhængige funktioner og modvirke flaskehalse.

### **Opfølgning**

#### **De 3 hospitaler: Bispebjerg, Hvidovre og Frederiksberg Hospital**

85. Direktionerne på alle 3 hospitaler foretog budgetopfølgning for afdelings-, center- og klinikniveau gennem månedlige økonomirapporter, der indeholdt budget, forbrugstal og afvigelser for bl.a. personalenormering, lønkroner samt varer og tjenesteydelser. På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital var der ud over afvigelsen mellem de forskellige poster i budgettet tillige opgjort akkumuleret afvigelse. På Bispebjerg Hospital udarbejdedes en samlet oversigt over afdelingernes/klinikkernes mer-/mindreforbrug pr. måned og år til dato, hvilket kan medvirke til at give overblik og dermed lette opfølgningen.

## Rigshospitalet

86. På Rigshospitalet blev månedlig foretaget en budgetopfølgning. Indholdet i det månedlige opfølgningsmateriale på Rigshospitalet fremgår af **figur 3**.

**Figur 3. Opfølgningsmateriale på Rigshospitalet**

Oprindeligt budget	Revideret budget	Regnskab (måned)	Budget (perioden)	Regnskab (perioden)	Afvigelse	Afvigelse i %	Vejledende prognose
--------------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------	---------------	---------------------

Figur 3 dækker såvel personale- som driftsrammen samt særydelser og eventuelle andre indtægter. Oversigten forelå på klinisk niveau, mens den på det enkelte center var specificeret på afdelings-/enhedsniveau (AE-niveau). Der er entydig sammenhæng mellem ansvarsenheder og klinikkerne både om økonomi og aktivitet, herunder en entydig placering af ansvaret for budgetopfølgningen, hvilket efter Rigsrevisionens opfattelse kan bidrage til at kvalificere budgetopfølgningen.

### c. Aktivitetsmål og produktivitet

#### Aktivitetsmål

##### De 3 hospitaler: Bispebjerg, Hvidovre og Frederiksberg Hospital

87. Der opstilles ikke aktivitetsbudgetter på Bispebjerg og Hvidovre Hospital, mens der på Frederiksberg Hospital udarbejdes aktivitetsbudgetter, der vedrører patientbehandling. Rigsrevisionen finder, at der bør opstilles aktivitetsbudgetter på alle hospitaler, og at der heri bør opstilles mål og resultatkrav, som dækker hovedparten af hospitalernes aktiviteter. Dette kan medvirke til at synliggøre aktivitetskrav til underliggende niveauer og dermed danne baggrund for prioriteringen af ressourcer.

H:S har i april 2000 anført, at der ved Hvidovre og Bispebjerg Hospitaler også sker en udmelding af aktivitetsbudgetter på linje med Frederiksberg Hospital, og at der løbende følges op herpå, men på en mindre formaliseret vis end ved Frederiksberg Hospital. Endvidere finder H:S Direktionen det af stor vigtighed, at resultatkontakter mellem H:S Direktionen og hospitalsledelserne i 2000 ventes at indebære ændringer af hospitalernes interne styringsprincipper, som er i overensstemmelse med Rigsrevisio-

nens anbefalinger. Rigsrevisionen finder dette positivt, men må dog anføre, at det endnu er for tidligt at vurdere omfang og effekt heraf.

### Rigshospitalet

88. Der var på Rigshospitalet i lighed med Frederiksberg Hospital opstillet aktivitetsbudgetter vedrørende patientbehandling. H:S har efterfølgende tilføjet, at Rigshospitalet har indført kontraktstyring med aktivitetsbudgettering, hvor aktivitetsbudgettet er angivet i beløb med anvendelse af omkostningsbestemte takster. Der beregnes mer- eller mindrebevilling efter en 80/20-model, dvs. der udløses merbevilling ved produktionsstigninger på op til 20 % af den budgetterede DRG-værdien, henholdsvis en garanteret bevilling på 80 % af den budgettede DRG-værdi ved produktionsfald. DRG-analysemetoden blev beskrevet i statsrevisorernes beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998, pkt. 122-129.

### Produktivitet

#### De 3 hospitaler: Bispebjerg, Hvidovre og Frederiksberg Hospital

89. Rigsrevisionen har konstateret, at hospitalerne i begrænset omfang havde foretaget produktivitetsanalyser. På Bispebjerg Hospital blev det oplyst, at der havde været 2 projekter: 1 vedrørende den centrale operationsafdelings aktiviteter og 1 vedrørende simpel produktivitetmåling på Ortopædkirurgisk afdeling. På Hvidovre Hospital havde der været foretaget sammenligning af sekretærnormeringer på en række af hospitalets medicinske afdelinger, herunder normeringer i forhold til aktivitet. Der havde også været foretaget nøgletalssammenligninger både på børneafdelinger og på fødselsområdet, hvor der indgik sammenligninger med 9 andre sygehuse, herunder Rigshospitalet og Frederiksberg Hospital. Som produktivitetsmål blev bl.a. anvendt antal fødsler pr. faktisk stillingsforbrug og pr. bruttonormering. På Frederiksberg Hospital havde der ikke været udarbejdet egentlige produktivitetsanalyser, men der blev dog foretaget beregninger af gennemsnitspriser på indlæggelser.

## Rigshospitalet

90. På Rigshospitalet blev der udarbejdet produktivetsanalyser både på hospitals- og på centerniveau. Produktiviteten blev defineret som ressourceforbrug dels i forhold til den takstvejede aktivitet, og dels i forhold til aktiviteten målt som antal udskrivinger og antal berørte CPR-numre. Disse opgørelser af produktivitet blev udsendt til hospitalets centre. Rigsrevisionen finder det positivt, at der arbejdes med produktivetsopgørelser på Rigshospitalet, men er samtidig af den opfattelse, at de anvendte mål for aktiviteten er relativt summariske. De kunne fx suppleres med antallet af operationer, antal ambulante besøg m.m. Anvendelsen af den takstvejede aktivitet er hensigtsmæssig, da den, forudsat at de fastsatte takster er korrekte, er udtryk for aktiviteternes produktionsværdi. Rigsrevisionen har modtaget nogle speciale gennemgange/aktivitets- og produktivetsanalyser, bl.a. af øjenklinikken fra 1998 og af Nefrologiklinikken fra 1999. Der indgår heri en analyse af omkostnings- og produktivetsudviklingen. Rigshospitalet havde endelig i sin strategi angivet, at man årligt skulle gennemføre aktivitets- og produktivetsanalyser af 3-5 specialers virksomhed, og at benchmarking ville blive anvendt til dette formål. Endvidere vil Rigshospitalet fokusere på arbejdet med produktivetsanalyse under hensyntagen til det arbejde, der sker på landsplan med udarbejdelse af DRG-analyser.

91. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at de 3 hospitaler kun i begrænset omfang har påbegyndt udarbejdelse af produktivetsanalyser. Rigshospitalet havde udarbejdet en række produktivetsanalyser, men Rigsrevisionen er af den opfattelse, at de anvendte mål for aktiviteten er relativt summariske.

H:S har i april 2000 oplyst, at H:S er enig med Rigsrevisionen i, at produktivetsanalyser bør anvendes, men at de ikke kan erstatte den indsigt, som lokalt opnås gennem dialog og konkret indsigt i forholdene på klinik- og centerniveau. Endvidere finder H:S, at der på trods af fraværet af produktivetsanalyser har været et stærkt fokus på produktiviteten i styringen af hospitalerne. Styringen sker primært gennem fokusering på udvikling i liggetider og belægningsprocent, hvormed udnyttelsen af ressourcerne optimeres og dermed produktiviteten. H:S Direktionen har

endelig anført, at anvendelse af produktivitetmåling forudsætter valide produktivitetstal.

Rigsrevisionen kan tilslutte sig H:S' synspunkter. Rigsrevisionen opfatter produktivetsanalyser som et redskab, der kan give overblik over udviklingen i produktiviteten på sygehuse, og som kan udpege områder, der med fordel kan analyseres nærmere bl.a. gennem dialog med de involverede. Fokus på liggetider og belægningsprocent er relevant, da det kan afspejle omlægning til en mere ressourcelet ambulant behandling. I den tidligere beretning gav Rigsrevisionen endvidere udtryk for, at H:S ud fra de foreliggende registreringer og oplysninger vil have grundlag for at videreudvikle udarbejdelsen af produktivetsanalyser på afdelingsniveau. Det er fortsat Rigsrevisionens opfattelse, at der stadig udestår et udviklingsarbejde med henblik på at kunne opgøre sygehusproduktionen mere nuanceret, og at udarbejdelsen og anvendelsen af produktivetsanalyser bør opprioriteres.

### **Incitamenter**

#### **De 3 hospitaler: Bispebjerg, Hvidovre og Frederiksberg Hospital**

92. Rigsrevisionen har konstateret, at der på Bispebjerg, Frederiksberg og Hvidovre Hospital kun i minimal udstrækning var opstillet incitamenter, som fremmer produktiviteten.

Rigsrevisionen har ved sin undersøgelse noteret sig en problemstilling omkring budgettet for EKC på Frederiksberg Hospital. Det blev anført, at materialebudgettet (som hører under budgettet for den centrale operationsgang) var en begrænsende faktor for klinikkernes aktivitet. Det blev videre oplyst, at der til det forventede antal grå stær-operationer var fastsat en personalenormering og et forventet materialeforbrug. Såfremt personalet kunne producere mere ved en given normering, var dette ikke muligt, da udgiften til ekstra øjenlenser ville resultere i budgetoverskridelse. Der er således ingen tilskyndelse til at være mere produktiv eller til at udnytte eventuel overskydende kapacitet.

Ortopædkirurgisk Klinik havde ultimo 1998 på tilsvarende vis ledig kapacitet på grund af manglende overensstemmelse mellem den aktivitet, som klinikken kunne gennemføre og protesebudgettet.



Rigsrevisionen finder, at der af hensyn til en hensigtsmæssig kapacitetsudnyttelse bør være en bedre sammenhæng mellem de enkelte klinikkers budgetter og budgettet for den centrale operationsgang. Efter Rigsrevisionens opfattelse er H:S' styring en medvirkende årsag til, at hospitalerne ikke har opstillet incitamentter til produktivetsforbedringer, idet hospitalsdirektionerne som nævnt vurderes på deres evne til at overholde budgettet. Rigsrevisionen har noteret sig, at H:S fra 2000 bl.a. gennem kontraktstyring vil forsøge at ændre på dette, hvilket Rigsrevisionen finder positivt.

### Rigshospitalet

93. På det takstbelagte område på Rigshospitalet var der automatisk en sammenhæng mellem økonomi og aktivitet. Såfremt den takstbelagte aktivitet ligger under den budgetterede, reguleres udgiftsrammen automatisk nedad svarende til 20 % af provenutabet. På tilsvarende vis overføres automatisk 20 % af provenuet til centrets udgiftsramme, hvis den takstbelagte aktivitet overstiger den budgetterede. I begge tilfælde gælder dog en grænse på 10 % af det samlede indtægtsbudget.

H:S Direktionen anfører efterfølgende, at der til støtte for incitamentter til meraktivitet samtidig er indført en ordning, hvorefter hospitalerne efter H:S Bestyrelsens godkendelse kan overføre et mindreforbrug på indtil 1,5 % af nettodriftsbudgettet til anvendelse til specificerede engangsformål i efterfølgende år. Rigsrevisionen er enig med H:S Direktionen i, at dette initiativ fremtidigt kan medvirke til at skabe de produktivetsfremmende incitamentter, som Rigsrevisionen har peget på som en mangel ved H:S' styring i 1999.

#### **Rigsrevisionens bemærkninger**

Rigsrevisionen har bemærket, at der på alle 4 hospitaler er opstillet strategier, men at strategierne på de 3 hospitaler er relativt overordnede og kun indeholder få konkrete mål eller initiativer til, hvorledes de overordnede målsætninger skal nås. På Rigshospitalet, hvor budgettet er styret ved en nettoramme, er strategierne mere specifikke, og der er indgået kontrakter mellem hospitalsledelsen og centrene. Rigsrevisionen finder, at H:S i samarbejde med hospitalsle-

delsene af hensyn til løsning af alle hovedopgaver burde opstille konkrete mål og resultatkrav for alle H:S' aktiviteter.

Rigsrevisionen har noteret sig, at afdelings-, center- og klinikniveauet på alle 4 hospitaler gennem månedlige økonomirapporter løbende foretager budgetrapportering til direktionerne.

Der er på Rigshospitalet i lighed med Frederiksberg Hospital opstillet aktivitetsbudgetter vedrørende patientbehandlingen. Rigsrevisionen finder, at alle hospitaler bør opstille aktivitetsbudgetter, og at de bør indeholde hovedparten af hospitalernes aktiviteter, både for at synliggøre aktivitetskrav til underliggende niveauer og for at danne baggrund for prioriteringen af ressourcer.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at de 3 hospitaler kun i begrænset omfang har påbegyndt udarbejdelse af produktivetsanalyser. Rigshospitalet havde udarbejdet en række produktivetsanalyser, men Rigsrevisionen er af den opfattelse, at de anvendte mål for produktiviteten er relativt summariske. Rigsrevisionen finder, at udarbejdelsen og anvendelsen af produktivetsanalyser bør opprioriteres.

## **C. Den økonomiske styring i centre, afdelinger og klinikker**

### **a. Styring i centre**

94. Det fremgik af stillingsbeskrivelserne for centerledelserne, at disse har det overordnede ansvar for strategiske ledelsesopgaver som fx målfastlæggelse, strategi- og kvalitetsudvikling, centrets samlede aktivitetsstyring samt forskning og kvalitetsudvikling. Rigsrevisionen finder, at centrene i vid udstrækning er underlagt de rammer, der er udstukket herfor fra overliggende niveauer. Det betyder, at centrene kun har ringe mulighed for at opstille egentlige incitamenter til produktivetsforbedringer for de underliggende klinikker, idet rammerne herfor ikke er udformet på H:S- og hospitalsniveau. Som det fremgik af kap. III om H:S' organisation, styringskæde og opgaver, var der inden for H:S forskelle på, hvor lang tid de enkelte centre har eksisteret samt størrelsen af centrene, herunder den administrative kapacitet i centrene. Fx var der centerøkonomer tilknyttet centrene på Rigshospitalet, mens centrene på de øvrige hospitaler ikke rådede over egentlig administrativt personale. Rigsrevisionen har konstateret, at centrene på Rigshospitalet spillede en betydelig rolle i hospitalets styringskæde, mens centrene på de øvrige hospitaler havde en

begrænset rolle. Der er i **tabel 4** givet et samlet overblik over omfanget af styring i centrene.

**Tabel 4. Centrenes styring**

	Rigshospitalet		Frederiksberg Hospital		Bispebjerg Hospital	Hvidovre Hospital
	HOC	MC	EKC	MC	MC	MC
Strategier .....	x	x	-	-	-	-
Aktivitet <sup>1)</sup> .....	x	x	-	-	-	-
Opfølgning .....	x	x	x	-	-	-
Budget <sup>2)</sup> .....	x	x	x	x	-	-
<sup>1)</sup> På Frederiksberg Hospital har centrene centralt udmeldte aktivitetsbudgetter. <sup>2)</sup> På Rigshospitalets centre er der detailbudgettering.						

Tabel 4 viser, at centrene styring på Rigshospitalet af de underliggende klinikker var mere detaljeret end på de 3 andre hospitaler. Styringen på Rigshospitalets centre indgik som et led i hospitalets styringskæde. De undersøgte centre, HovedOrtoCentret og Hjertecentret, varetog styringsopgaver både i relation til målfastlæggelse og udmøntning af overordnede strategier og foretog en generel opfølgning på aktivitet og økonomi.

H:S har i april 2000 anført, at centerledelserne er relativt frit stillet til at vælge styringsmodel for underliggende niveauer. De bindinger, som kontraktstyringen lægger på centret, indebærer imidlertid, at kobling mellem aktivitet og ressource på centerniveau reelt videreføres på klinikniveau. Videreførsel til underliggende niveauer fra centerledelse sker via fordeling af reserver, som ved årets start ikke er fordelt. Reserver, som kan bruges til anskaffelser og varer, fordeles oftest til underliggende niveauer efter princippet, at meraktivitet medfører en større andel, mens mindreaktivitet medfører en mindre andel. Yderligere har H:S Direktionen anført, at Rigshospitalet i forbindelse med budgetlægning i relation til både centre og klinikker fordeler produktivtetsbaserede besparelser. Disse besparelser fordeles efter det princip, at de mindst produktive centre/klinikker pålægges den største andel af de krævede besparelser. H:S Direktionen finder derfor, at der er et tæt kobling mellem aktivitet og ressourcer både på centerniveau og underliggende niveauer på Rigshospitalet. Rigsrevisionen er enig i, at denne kobling er etableret på Rigshospitalet,

mens centrene på de øvrige hospitaler ikke har haft samme styringsredskaber til rådighed. Det medførte bl.a. også, at disse centre kun i mindre udstrækning havde opstillet mål og resultatkrav for aktiviteterne, samt at aktivitetsopfølgningen var mindre systematisk.

95. De opstillede strategier på HovedOrtoCentret og Hjer-tecentret er efter Rigsrevisionens vurdering generelt konsistente med hospitalets overordnede strategi, om end de begge i sagens natur er relativt overordnede og ikke umiddelbart anvendelige i den konkrete styring.

#### **b. Funktionerne på afdelings- og klinikniveau**

96. Produktionen af de egentlige hospitalsydelser finder sted på afdelingerne og i klinikkerne, hvor styringen primært består i afdelingernes og klinikernes daglige drift og udvikling inden for de udstukne rammer.

Rammestyringen indebærer, at kapaciteten – såvel antal senge som personale – på afdelings- og klinikniveauet var fastsat. Afdelings- og klinikledelsernes opgave bliver derfor mere at sikre, at opgaverne løses så effektivt og med så høj kvalitet som muligt inden for de udstukne rammer.

#### **Budgettering, budgetstyring og opfølgning**

##### **De 3 hospitaler: Bispebjerg, Hvidovre og Frederiksberg Hospital**

97. Rigsrevisionen har konstateret, at klinikkerne/afdelingerne især på de 3 tidligere kommunale hospitaler kun i begrænset omfang blev inddraget i fastlæggelsen af budgettet. Det betyder, at klinikernes budgetstyring i det væsentligste blev koncentreret om budgetopfølgningen.

98. De enkelte klinikker og afdelinger har i varierende grad mulighed for at omdisponere inden for det udmeldte budget, der som tidligere nævnt primært var inddelt i personale og i varer og tjenesteydelser. For så vidt angår stillingskategorier var det hovedreglen, at centerledelsen eller primært hospitalsdirektionen skulle godkende varige ændringer.

Ingen af de undersøgte klinikker eller afdelinger har haft mulighed for at overføre et mindreforbrug til det efterfølgende år. Rigsrevisionen finder dette uheldigt, fordi

der således ikke er incitament til at udvise sparsommelighed eller effektivisere forretningsgange m.m.

H:S har i april 2000 i relation til den fremtidige styring med resultatkontrakter for 2000 anført, at resultatkontrakterne kun er bindende på hospitalsniveau, men hospitalslederne vedrørende mer-/mindreaktiviteter i forhold til 90/10-ordninger er pålagt at finde en ordning, så afvigelser får økonomiske konsekvenser på afdelingsniveau. Rigsrevisionen finder, at dette kan være et hensigtsmæssigt led i udviklingen af den eksisterende styring i H:S.

99. I overensstemmelse med de enkelte klinik- og afdelingsleders budgetansvar følges der månedligt op på, hvorvidt budgettet overholdes. Dette skete konkret ved en sammenholdelse mellem budget- og forbrugstal dels for personaleforbrug, og dels for øvrige udgifter (typisk varer og tjenesteydelser). Opfølgningen på personaleforbrug er væsentlig dels på grund af størrelsen heraf, og dels fordi overarbejde m.m. kan være vanskeligt at styre.

#### Rigshospitalet

100. På Rigshospitalet var klinikkerne ikke direkte involveret i drøftelserne med amterne, men klinikkerne blev inddraget i en vis udstrækning i drøftelser med centerledelserne ved udmøntningen af den økonomiske ramme.

På Rigshospitalet skete der en systematisk opfølgning på budgettet. Fx holdt ledelsen på Medicinsk Klinik hver måned møde med centerledelsen om opfølgning på budgettet. Som forberedelse hertil gennemgik klinikledelsen bl.a. de tilsendte økonomi- og aktivitetstal, herunder prognoser over forbrug. Disse blev sammenholdt med det budgetterede, og rapporter blev drøftet med de ansvarlige for de enkelte ansvarsenheder.

#### Aktivitetsmål

##### De 3 hospitaler: Bispebjerg, Hvidovre og Frederiksberg Hospital

101. Hovedparten af de undersøgte klinikker og afdelinger på de 3 tidligere kommunale hospitaler havde fastsat mål for deres aktivitet. Generelt vedrørte de opstillede mål patienter, personale, forskning, uddannelse samt samarbejde internt og/eller eksternt. Antallet af mål varierer mel-

lem de enkelte afdelinger og klinikker. Generelt var de opstillede mål konsistente med såvel H:S' overordnede målsætninger som de mål, der derudover måtte være opstillet på hospitals- og centerniveau. Det var fælles for hovedparten af målene, at de var meget overordnede, og efter Rigsrevisionens opfattelse vanskeligt målbare. Det fremgik til lige heller ikke, hvordan der skulle følges op på målene.

102. På Rigshospitalet og på Frederiksberg Hospital blev der månedligt fulgt op på aktivitetsbudgetterne. Efter Rigsrevisionens opfattelse er opfølgningen særlig systematiseret på Rigshospitalet, idet der månedligt skete en kvalificering af afvigelser fra aktivitetsbudgettet.

#### Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at der på Rigshospitalet er etableret en vis kobling mellem aktiviteter og ressourcer på centerniveau og underliggende niveauer, mens centrene på de øvrige hospitaler ikke har haft samme styringsredskaber til rådighed. Det medførte bl.a. også, at disse centre kun i mindre udstrækning havde opstillet mål og resultatkrav for aktiviteterne, samt at aktivitetsopfølgningen var mindre systematisk.

På alle 4 hospitaler følges der på afdelings- og klinikniveau løbende op på budgetoverholdelsen.

Hovedparten af de undersøgte klinikker og afdelinger på de 3 hospitaler har aktivitetsmål, som vedrører patienter, personale, forskning og uddannelse og samarbejde internt og/eller eksternt. Antallet af mål varierer, men er i store træk konsistente med såvel H:S' overordnede målsætninger som de mål, der derudover måtte være opstillet på hospitals- og centerniveau. Det er fælles for hovedparten af målene, at de er meget overordnede og efter Rigsrevisionens opfattelse vanskeligt målbare. Endvidere er det ikke angivet, hvordan der skal følges op på målene.

På Rigshospitalet og på Frederiksberg Hospital følges der månedligt op på de underliggende niveaurs rapportering om overholdelsen af aktivitetsbudgetterne. På Rigshospitalet er denne rapportering suppleret med en månedlig kvalificering af afvigelser fra aktivitetsbudgettet.

#### D. Den samlede økonomistyring

103. Styringskæden i H:S består som nævnt af H:S Bestyrelsen og H:S Direktionen, hospitalsledelserne samt afdelings-, center- og klinikniveauet.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at det overordnede H:S-niveau løbende og systematisk vurderer og prioriterer den samlede budgetoverholdelse. Økonomistyringen baserer sig primært på økonomi- og aktivitetsrapporter, som H:S Direktionen hvert kvartal forelægger for H:S Bestyrelsen. Det fremgår af bestyrelsesreferaterne, at bestyrelsens behandling af økonomi- og aktivitetsrapporterne kun i mindre udstrækning omhandler aktivitetsoplysningerne, men i stedet fokuserer på budgetopfølgning. Rapporten er en redegørelse for det forventede regnskabsmæssige resultat og bygger bl.a. på månedlige økonomi- og aktivitetsrapporter fra hospitalsledelserne. På afdelings-, center- og klinikniveauet foretages der en løbende opfølgning på budgetoverholdelsen. Der er således tale om en løbende og sammenhængende rapportering, som involverer alle niveauer i styringskæden.

104. Rigsrevisionen har konstateret, at der er manglende sammenhæng mellem aktivitet og økonomi. Dette reducerer muligheden for en løbende og systematisk rapportering til ledelsen om disse sammenhænge, ligesom ledelsen ikke fuldt ud har grundlag for prioritering og opfølgning i forhold til aktivitetsmål og produktivitet samt de 4 overordnede opgaver: forskning, uddannelse, forebyggelse og patientbehandling.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at styringsprocesserne ikke er tilrettelagt, så H:S' ledelse har mulighed for at vurdere, om der er en hensigtsmæssig kobling mellem økonomi og aktivitet.

Rigsrevisionen finder, at H:S' styringsprocesser kan forbedres på en række punkter bl.a. gennem videreudvikling af målrettede og dækkende produktivitetsmål, opstilling af incitamenter til produktivetsforbedringer samt overførselsadgang ved mindreforbrug. Rigsrevisionen har i den forbindelse noteret sig H:S Direktionens oplysninger om, at der fra 2000 er igangsat en række nye styringstiltag med henblik på at forbedre den samlede økonomistyring.

Rigsrevisionen finder, at det fortsat vil være vigtigt at sikre en tæt økonomiopfølgning med henblik på at overholde den samlede ramme, men også i højere grad end tidligere at kunne specificere økonomien på konkrete tiltag. Rigsrevisionen finder, at de nye styringsmekanismer kan

være et hensigtsmæssigt led i udviklingen af den eksisterende styring.

#### Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen har konstateret, at der i højere grad bør ske en kobling af aktivitet og økonomi for at give grundlag for prioritering og opfølgning i forhold til aktivitetsmål og produktivitet samt de 4 overordnede opgaver: forskning, uddannelse, forebyggelse og patientbehandling.

Rigsrevisionen finder, at det fortsat vil være vigtigt at sikre en tæt økonomiopfølgning med henblik på at overholde den samlede ramme, men også i højere grad end tidligere at kunne specificere økonomien på konkrete tiltag. Rigsrevisionen finder, at de nye styringsmekanismer kan være et hensigtsmæssigt led i udviklingen af den eksisterende styring.

## V. H:S' målopfyldelse af sparekrav i forhold til Sygehusplan 2000

105. Det fremgik af aftalen om etableringen af H:S, at et forpligtende fælles sygehusvæsen ville være den vigtigste sikring af, at et flerårigt effektiviseringsprogram ville blive ført ud i livet. Hertil kom en forventet vækst i det kommunale udskrivningsgrundlag, hvorved nedtrapningen på 100 mio. kr. årligt frem til 2005 af det ekstraordinære statstilskud på oprindeligt 1 mia. kr. kunne ske med fastholdelse af kvaliteten i hovedstadens sygehusvæsen. H:S Bestyrelsen godkendte i december 1995 Sygehusplan 2000, der var en omstruktureringsplan for H:S og havde til hensigt at konkretisere H:S-lovens forventninger om kvalitetsmæssige forbedringer og en bedre ressourceudnyttelse og skulle gælde frem til og med 2000.

Sygehusplanen indebar en reduktion i H:S' udgifter, der fra 2000 og fremefter kunne forventes at medføre en årlig besparelse på 435 mio. kr. Planen skulle ses i sammenhæng med, at det var et hovedformål med oprettelsen af Hovedstadens Sygehusfællesskab, at der gennem fælles planlægning og drift af sygehusene skulle sikres en bedre udnyttelse af den samlede sygehuskapacitet, hvorved effektiviteten ville blive øget til fordel for patienterne.



106. Rigsrevisionen har tidligere analyseret H:S' gennemførelse af Sygehusplan 2000, jf. statsrevisorernes beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998, kap. V. Kapitlet indeholdt tillige, jf. afsnit C.b, s. 37-41, en analyse af, i hvilket omfang H:S havde nået de sparekrav, som var forudsat i Sygehusplan 2000.

Undersøgelsen viste, at der var en vis usikkerhed ved H:S' opgørelser af både omfanget af og årsagen til de gennemførte besparelser. Rigsrevisionen fandt – på baggrund af H:S' egne opgørelser – at Sygehusplan 2000 havde givet anledning til betydelige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner og effektiviseringer, men at besparelserne dog ikke blev så store som forventet i Sygehusplan 2000. Det fremgik også, at H:S ikke kunne opføre, i hvilket omfang de sparekrav der var forudsat i planen rent faktisk var opfyldt. Statsrevisorerne tilkendegav i bemærkningerne til deres beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998, at de forventede, at den anden beretning også ville indeholde en vurdering af, hvilke af de gennemførte besparelser der direkte kunne henføres til Sygehusplan 2000. Formålet med dette kapitel er at undersøge, i hvilket omfang det er muligt yderligere at specificere besparelseskraevne.

107. Rigsrevisionens undersøgelse i beretning nr. 4/99, pkt. 76-85, viste, at der var knyttet en vis usikkerhed til H:S' opgørelser af både omfang og årsagen til de gennemførte besparelser. Dette skyldtes, at H:S ikke havde udarbejdet en samlet opgørelse af realiserede besparelser som følge af Sygehusplan 2000, idet økonomistyringen i H:S ikke havde været tilrettelagt på en sådan måde, at man efterfølgende kunne opføre, i hvilket omfang sparemålene i Sygehusplan 2000 var opfyldt. Besparelserne blev opgjort fra budgetsiden, og Rigsrevisionens undersøgelse havde vist, at Sygehusplan 2000's budgetterede besparelser ikke nødvendigvis blev realiseret. Det skyldtes, at der blev foretaget betydelige ombudgetteringer i løbet af året, uden at registreringen af disse ombudgetteringer nødvendigvis vedrørte Sygehusplan 2000. H:S anførte hertil, at H:S Direktionen aldrig havde lagt skjul på, at der på konkrete områder var problemer med fuldt ud at realisere Sygehusplan 2000's besparelser i de foregående år, og at der var gennemført andre varige driftsbesparelser end forudsat i

Sygehusplan 2000, bl.a. for at imødegå dette problem. Endelig havde H:S anført, at H:S Direktionen over for H:S Bestyrelsen havde redegjort for, hvorfor det ikke var muligt at isolere virkningen af Sygehusplan 2000 fra andre udgiftsændringer på hospitalerne.

108. De opgjorte besparelser var således behæftet med usikkerhed på 2 områder. For det første havde H:S opgjort besparelserne på grundlag af de årlige budgetter. Da opgørelserne således baserede sig på budgettet og ikke på regnskabstal, var der ikke sikkerhed for, at de opgjorte besparelser reelt var gennemført. For det andet havde H:S ikke kunnet adskille besparelserne som følge af Sygehusplan 2000 fra andre besparelser, selv om de forventede besparelser ifølge Sygehusplan 2000 alene vedrørte konsekvenser af specialesammenlægninger, effektiviseringer og kapacitetsændringer.

109. H:S Direktionen havde i 1999 til brug for beretningen nr. 4/99 fordelt de budgetterede varige besparelser inddelt i 4 hovedformål for besparelser i H:S i 1995-2000. Tabellen er gengivet i [tabel 5](#).

**Tabel 5. Besparelser i H:S 1995-2000 i faste priser, PL=1995**

	1996	1997	1998	1999	2000
	----- Mio. kr. -----				
a) Kapacitetsreduktioner, afdelings-sammenlægninger m.m. ....	÷33,9	÷121,0	÷143,6	÷241,9	÷308,0 <sup>1)</sup>
b) Tværgående rationaliseringer .....	÷11,3	÷33,9	÷47,9	÷70,5	÷83,5
c) Opgaveafgrænsning.....				÷17,4	÷33,9
d) Andre besparelser.....	÷2,6	÷2,6	÷36,5	÷89,6	÷120,1 <sup>1)</sup>
I alt.....	÷48,7	÷157,5	÷228,0	÷418,6	÷545,6 <sup>1)</sup>
<sup>1)</sup> En fejl fundet ved dekomponeringen, jf. oplysninger i april 2000, førte til en forhøjelse af besparelsen på 15 mio. kr. PL-2000, eller 12,2 mio. kr. i PL=1995 i forhold til tabel 14 i beretning nr. 4/99.					
Note: Opgørelsen er foretaget af H:S Direktionen i december 1999.					

110. Tabel 5 viser, at H:S for perioden havde indbudgetteret betydelige varige besparelser fordelt på 4 besparelseskategorier. Af Sygehusplan 2000 fremgik det imidlertid, at de forventede besparelser ifølge Sygehusplanen alene vedrørte konsekvenser af specialesammenlægninger, effektiviseringer og kapacitetsændringer. Rigsrevisionen fandt

derfor, at besparelserne under kategori c) "Opgaveafgrænsning" og i vidt omfang også kategori d) "Andre besparelser" burde holdes ude af opgørelsen, idet disse 2 typer af besparelser bl.a. hidrørte fra en tilpasning af opgavevaretagelsen. Kategori c) "Opgaveafgrænsninger" var således primært en følge af en aftale med Københavns Kommune, der var indgået efter vedtagelsen af Sygehusplan 2000. Ifølge denne aftale skulle der ske en tilpasning af H:S' opgaveprofil, hvorefter H:S fra 1999 fx var ophørt med at drive fysiurgiske klinikker og havde reduceret antallet af socialrådgivere. Kategori d) "Andre besparelser" indeholdt forskellige besparelser, som ikke nødvendigvis skyldtes effektiviseringer som led i Sygehusplan 2000.

111. Som det ovenfor er omtalt, havde økonomistyringen i H:S ikke havde været tilrettelagt på en sådan måde, at man efterfølgende kunne opgøre, i hvilket omfang sparemålene i Sygehusplan 2000 var opfyldt. Det havde derfor ikke været muligt for Rigsrevisionen at opgøre de realiserede besparelser i forbindelse med Sygehusplan 2000. Dette skal også ses i sammenhæng med, at Sygehusplan 2000 ikke indeholdt projektbesparelse på driftsudgiftssiden for de enkelte områder, men alene en samlet besparelsesforudsætning på i alt 435 mio. kr. i 2000, en forventet reduktion på i alt 458 heldøgnsenge frem til og med 1998 fordelt på hospitaler og for 1999 en reduktion på det samlede antal senge på 175, dog ikke hospitalsfordelt. Der var derimod ikke fastlagt et afløb af konkrete projekter med tilhørende økonomiske forudsætninger.

Rigsrevisionen har konstateret, at der, bortset fra de enkelte henvisninger til det årlige budget eller budgetoverslag, hverken i Sygehusplan 2000 eller i nogen af de årlige budgetter blev anført beløb for de forventede økonomiske størrelser på projektniveau. Det er derfor heller ikke muligt at sammenholde forventede besparelser vedrørende kategori a) "Kapacitetsreduktioner, afdelingssammenlægninger mv." med realiserede besparelser. Tilsvarende gælder for kategori b) "Tværgående rationaliseringer". Som nævnt i beretning nr. 4/99, pkt. 82, fandt Rigsrevisionen, at kun disse 2 kategorier kunne indgå i opgørelsen af de besparelser, der var en følge af Sygehusplan 2000. Den manglende adskillelse mellem besparelser som følge af Sygehusplan 2000 og andre varige besparelser skyldes som nævnt i be-

retning nr. 4/99, at der ikke på forhånd var tale om en berregnet projektøkonomi, hvor hvert enkelt projekt har kunnet gøres op med hensyn til mer- eller mindrebesparelser.

112. Med henblik på en nærmere vurdering af, hvilke af de gennemførte besparelser der kunne henføres til Sygehusplan 2000's besparelser, anmodede Rigsrevisionen i marts 2000 H:S om at redegøre mere specifikt for målopfyldelsen i forhold til Sygehusplan 2000. H:S Direktionen udarbejdede herefter en dekomponering af de opgjorte besparelser, jf. tabel 5, ovenfor. H:S Direktionen understregede i den forbindelse, at det som tidligere oplyst ikke var muligt skarpt at sondre mellem effekten af Sygehusplan 2000 og andre ændringer i perioden. H:S har efterfølgende på et møde med Rigsrevisionen i april 2000 nærmere præciseret grundlaget for de opgjorte besparelser.

113. Rigsrevisionen har gennemgået det fremsendte materiale, der er en specifikation af tabel 5. Under kategori a) "Kapacitetsreduktioner, afdelingssammenlægninger m.m." består dekomponeringen af 26 poster, mens kategori b) "Tværgående rationaliseringer" er dekomponeret i 8 poster. Ifølge H:S bygger oversigten på udtræk fra H:S' interne budgetsystem inden for et givet budgetår. H:S påpegede i den forbindelse, at det – som følge af kompleksiteten i omlægninger og ombudgetteringer i løbet af året – kan være vanskeligt at anvende udtræk fra systemet i analyser på tværs af årene. I **tabel 6** er opgjorte besparelser som følge af specialesammenlægninger, effektiviseringer og kapacitetsændringer, svarende til de typer af besparelser, som forudsættes i Sygehusplan 2000.

**Tabel 6. H:S' opgørelse af årlige budgetterede varige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner, afdelingssammenlægninger og rationaliseringer i H:S sammenlignet med det planlagte i Sygehusplan 2000 i faste priser, PL=1995**

	1996	1997	1998	1999	2000
	----- Mio. kr. -----				
a) Kapacitetsreduktioner, afdelings-sammenlægninger m.m.....	÷33,9	÷121,0	÷143,6	÷241,9	÷308,0 <sup>1)</sup>
b) Tværgående rationaliseringer.....	÷11,3	÷33,9	÷47,9	÷70,5	÷83,5
I alt besparelser a) og b) ifølge H:S.....	45,2	154,9	191,5	312,4	391,5
Forventede besparelser i Sygehusplan 2000....	50,0	130,0	225,0	380,0	435,0
Difference.....	÷4,8	24,9	÷33,5	÷67,6	÷43,5 <sup>1)</sup>
<sup>1)</sup> En fejl fundet ved dekomponeringen, jf. oplysninger i april 2000, førte til en forhøjelse af besparelsen på 15 mio. kr. PL-2000, eller 12,2 mio. kr. i PL=1995 i forhold til tabel 14 i beretning nr. 4/99.					

Det fremgår af tabel 6, at H:S i sine budgetter har indarbejdet betydelige varige besparelser som forudsat i Sygehusplan 2000, men at de faktiske besparelser – på nær i 1997 – ikke helt har nået det planlagte niveau som forudsat i Sygehusplan 2000. Rigsrevisionen skal tillige anføre, at i kategorien besparelser ”ifølge H:S” er opgjort fra budgetsiden, og derfor ikke nødvendigvis viser de realiserede besparelser.

Rigsrevisionens undersøgelse har endvidere vist, at H:S havde haft sværere ved at nå de forventede varige besparelser som følge af Sygehusplan 2000, end tabel 6 antyder. Det fremgik således af H:S' regnskab for 1996, at det var forudsat, at Sygehusplan 2000's gennemførelse ville give budgetforbedringer på 50 mio. kr. i 1996. I regnskabet oplystes det, at dette mål ikke var opfyldt, idet der kun var hjemtaget en besparelse på 15 mio. kr. i 1996 som følge af Sygehusplan 2000. Årsagen hertil skyldtes efter det oplyste forsinkelser i Sygehusplan 2000's gennemførelse. I stedet var der foretaget en række engangsbesparelser, og det er bl.a. disse engangsbesparelser, som er medregnet i tabellen, ”I alt besparelser a) og b), ifølge H:S” på 45,2 mio. kr. i 1996.

114. Rigsrevisionen har som nævnt i den tidligere beretning hæftet sig ved, at det af 1. delrapport fra arbejdsgruppen vedrørende det økonomiske grundlag for H:S 1999-2002 fra maj 1998 fremgår, at Sygehusplan 2000 stort set var gennemført, og at lukningen af Kommunehospitalet på mellemlangt sigt ville give en yderligere driftsbesparelse

---

på 140 mio. kr. Da de budgetterede driftsbesparelser frem til 1998 udgjorde 191,5 mio. kr., ville disse tillagt de 140 mio. kr. udgøre i alt 331,5 mio. kr. og således ikke medføre de planlagte besparelser på 435 mio. kr. i 2000. Besparelser ud over de 331,5 mio. kr. må derfor som udgangspunkt hidrøre fra andre besparelser end Sygehusplan 2000's.

115. Rigsrevisionen har imidlertid ikke grundlag for at anfægte H:S' specifikke opgørelse af, at Sygehusplan 2000 har givet anledning besparelser af en størrelsesorden af 391,5 mio. kr., jf. tabel 6. Når det ikke er muligt at kunne komme målopfyldelse nærmere, skyldes det flere forhold.

For det første indeholdt Sygehusplan 2000 alene et samlet tal for de årlige driftsbesparelser, idet der var ikke foretaget en specifikation på projekter. På baggrund af den fornyet gennemgang må Rigsrevisionen konkludere, at det – som følge af manglende specifikationer i Sygehusplan 2000 til de forventede beløbsmæssige besparelser på enkelte projekter, og at det på baggrund af tilsvarende manglende regnskabsmæssige registreringer og et mangelfuldt datagrundlag – fortsat ikke vil være muligt regnskabsmæssigt nærmere at efterprøve, i hvilket omfang besparelserne helt konkret skyldes elementerne i Sygehusplan 2000 eller andre varige besparelser.

Sygehusplan 2000 indeholdt på de enkelte lægelige områder som fx Ortopædkirurgi en beskrivelse af strukturen på området, herunder sengeantal på daværende tidspunkt, en beskrivelse af udviklingstendenser og fremtidig struktur. Vedrørende den fremtidige struktur blev der givet en beskrivelse af, hvorledes afdelinger og funktioner skulle lægges sammen, omflyttes o.l. samt eventuelle afgrænsningsspørgsmål til andre specialer. Endvidere indeholdt Sygehusplan 2000 en tidsfølgeplan samt forventet status for sengekapacitet på de enkelte hospitaler frem til ultimo 1998, hvorefter sengekapaciteten i alt skulle reduceres med i alt 458 senge. Tallene var ufordelt, og der var ikke specificeret besparelser på sengekapacitet for 1999 og 2000. Disse forhold indebærer, at det ikke er muligt efterfølgende at afprøve, i hvilket omfang de enkelte projekter har bidraget til de ønskede besparelser.

For det andet betyder fravær af projektøkonomien, at der ikke i regnskabet kan angives en formålsorienteret oversigt over opnåede besparelser på enkelte projekter, og efter regnskabet for 1997 foretager H:S ikke længere opgørelser af realiserede driftsbesparelser i forhold til Sygehusplan 2000's mål.

For det tredje har H:S som tidligere nævnt opgjort besparelserne fra budgettiden, hvor Rigsrevisionen har konstateret dels, at budgetterede besparelser ikke nødvendigvis realiseres, og dels at der i forbindelse med de 4 årlige økonomi- og aktivitetsrapporter er foretaget betydelige ombudgetteringer. Vedrørende de gennemførte ombudgetteringer har H:S i maj 2000 oplyst, at H:S Bestyrelsen ikke har benyttet tillægsbevillinger med det sigte at formindske sparekravene vedrørende Sygehusplan 2000. Uagtet at det årlige budget er overholdt, hindrer den valgte procedure ikke, at manglende besparelser som følge af Sygehusplan 2000 er blevet kompenseret af andre driftsbesparelser.

116. Rigsrevisionen kan sammenfattende konkludere, at H:S har gennemført store årlige driftsbesparelser i den undersøgte periode, men at de besparelser, der direkte kan henføres til Sygehusplan 2000, er mindre end oprindeligt forudsat. På baggrund af den fornyede gennemgang må Rigsrevisionen dog også konkludere, at det – som følge af manglende regnskabsmæssige registreringer og datagrundlag – ikke er muligt at komme videre i sagen.

Rigsrevisionen finder fortsat som nævnt i beretning nr. 4/99, at H:S' økonomistyring og regnskabsafleggelse burde have været tilrettelagt på en sådan måde, at man efterfølgende kunne have opgjort, i hvilket omfang Sygehusplan 2000's økonomiske forudsætninger var opfyldt. Rigsrevisionen skal anbefale, at H:S tilrettelægger sin økonomistyring med mere fokus på sammenhængende opgørelser af de forventede og realiserede økonomiske konsekvenser af igangsatte initiativer og besparelser, så det i fremtiden vil være muligt mere præcist at opgøre de økonomiske konsekvenser heraf.

H:S har i april 2000 tilkendegivet, at man vil tilrettelægge sin styring med mere fokus på sammenhængende opgørelser af de forventede og realiserede økonomiske konsekvenser af igangsatte initiativer og besparelser, så

det i fremtiden vil være muligt at opgøre de økonomiske konsekvenser heraf.

Rigsrevisionen finder dette tilfredsstillende.

#### **Rigsrevisionens bemærkninger**

Som følge af manglende regnskabsmæssige registreringer og datagrundlag har det ikke i den fornyede undersøgelse været muligt at foretage en præcis opgørelse af, i hvilket omfang de gennemførte besparelser kan henføres til Sygehusplan 2000.

Rigsrevisionen har imidlertid ikke haft grundlag for at anfægte størrelsesordenen af H:S' specifikke opgørelse af besparelserne i relation til Sygehusplan 2000. Ifølge denne opgørelse udgjorde de årlige varige besparelser 391,5 mio. kr. eller ca. 43,5 mio. kr. mindre end det forudsatte i Sygehusplan 2000. Når det ikke er muligt at kunne komme mål-opfyldelsen nærmere, skyldes det en række forhold i tilrettelæggelsen af den økonomiske styring.

Rigsrevisionen kan konkludere, at H:S' samlede årlige driftsbesparelser i den undersøgte periode overstiger sparekravene i Sygehusplan 2000. De produktivetsforbedrende besparelser, der direkte kan henføres til Sygehusplan 2000, er dog mindre end oprindeligt forudsat.

Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at H:S vil tilrettelægge sin styring med mere fokus på sammenhængende opgørelser af de forventede og realiserede økonomiske konsekvenser af igangsatte initiativer og besparelser, så det i fremtiden vil være muligt at opgøre de økonomiske konsekvenser heraf.

## **VI. H:S' strategi for kvalitetsudvikling og -styring mv.**

117. Formålet med Rigsrevisionens gennemgang er at undersøge, hvordan styring af kvalitet og service foregår i H:S, og om der løbende og systematisk foretages opfølgning herpå. Da forskning og uddannelse ligeledes er midler, der kan bidrage til at nå målsætningen for kvalitetsudvikling, indgår disse temaer også i Rigsrevisionens undersøgelse.

Rigsrevisionens undersøgelse har primært fokuseret på de 10 servicemål, idet disse var implementeret på tidspunktet for Rigsrevisionens undersøgelse.



## **A. H:S' kvalitetsudvikling og servicemål**

### **a. Kvalitetsstyring på H:S-niveau**

118. Det blev i Sygehusplan 2000 udmeldt, at der skulle formuleres målsætninger og udarbejdes fælles strategi for kvalitetsudvikling i H:S. Det var hensigten, at rammerne og de overordnede kvalitetsmål skulle fastsættes centralt, mens hvert hospital, center og afdeling skulle opstille en strategi, der skulle omsætte de overordnede kvalitetsmål til lokale mål for den faglige indsats og service. Ideen var, at de personer, som arbejder med opgaverne i hverdagen, er de bedste til at følge og forbedre kvaliteten. Brugere skulle inddrages i kvalitetsudviklingen, og der skulle oprettes Tværfaglige Kvalitetsråd på tværs af hospitalerne. Yderligere skulle der formuleres en strategi for kliniske databaser, medicinsk teknologivurdering (MTV) og for udvikling af en elektronisk patientjournal. En del af dette arbejde skulle foregå i H:S' Tværfaglige Kvalitetsråd og i de Sundhedsfaglige Råd.

119. H:S Tværfaglige Kvalitetsråd er sammensat af repræsentanter fra H:S hospitalerne i Københavns og Frederiksberg Kommuner samt Stadslægeembedet i København. Rådet rådgiver H:S Direktionen om kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering. Inden for dette regi er der udarbejdet en række rapporter og strategier.

H:S har ligeledes etableret Sundhedsfaglige Råd, hvoraf de første blev etableret i 1997. Rådene blev organiseret i henhold til specialer og sammensat tværfagligt og med repræsentation fra primærsektor samt med en relevant ledelsesmæssig tyngde. Sammensætningen skal sikre mulighed for implementering af Rådets beslutninger. Rådene har til opgave at beskæftige sig med kvalitetsudvikling og dokumentation af de sundhedsfaglige ydelser, helhed i og planlægning af patientforløb på tværs af sektorer, samt hvor det er relevant, at sikre en ensartet praksis. Ifølge H:S Direktionen er der aktuelt etableret 20 Sundhedsfaglige Råd.

120. Rigsrevisionen har konstateret, at H:S bl.a. i Sygehusplan 2000 har taget en række initiativer på kvalitetsområdet. Rigsrevisionen har dog hæftet sig ved, at H:S i april 2000 oplyste, at H:S havde valgt at mindske ambitionerne

for udvikling af politikker og strategier for forskning, uddannelse og kvalitetsviklingen i den periode, hvor hospitalet gennemgik omfattende omstruktureringer og opgaveflytningerne, samtidig med at H:S blev pålagt yderligere sparekrav. Vurderingen byggede ifølge H:S på, at det ikke ville være muligt at opnå den tilstrækkelige fokus og medvirken fra såvel ledere som medarbejdere under de vanskelige og omskiftelige forhold til at gennemføre meget vidtgående forslag.

121. H:S Direktionen og H:S Tværfaglige Kvalitetsråd udsendte i oktober 1998 "Strategi for kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering i H:S 1998 til år 2002". Strategien indeholdt 7 indsatsområder for arbejdet med kvalitetsudvikling og MTV:

- Hensigtsmæssige patientforløb
- Forbedring af den kliniske dokumentation
- Øget brugerinddragelse
- Fokus på kommunikationen mellem behandler og bruger
- Fokus på den kliniske hverdag
- Medicinsk teknologivurdering på alle beslutningsniveauer
- Opfølgning og dokumentation af H:S' servicemål.

122. Opgaver og ansvar i relation til indsatsområderne fremgik af en særskilt rapport "Baggrund og rammer for kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering i H:S", oktober 1998, udarbejdet af H:S Direktionen og H:S' Tværfaglige Kvalitetsråd. Ifølge rapporten skulle evaluering af de enkelte indsatsområder bl.a. ske ved, at afdelinger, centre og klinikker foretog en årlig kvalitetsrapportering. Opfølgning og evaluering af strategi for kvalitetsudvikling og MTV skulle ske i et samarbejde mellem hospitalsdirektionerne, lokale kvalitetsråd og H:S Tværfaglige Kvalitetsråd. Det er hensigten, at der i 2001 skal foretages en samlet afrapportering.

H:S har i april 2000 tilføjet en række initiativer, der har haft til formål at udbrede viden om strategi, mål og metode på forskellige niveauer. Bl.a., at der er etableret en pul-

je til tværgående kvalitetsudviklingsprojekter, udvikling af kliniske databaser, etablering af MTV-enhed på Hvidovre Hospital, udarbejdelse af diverse understøttende publikationer/rapporter, kvalitetskonference og Sundhedsfaglige Råd.

Rigsrevisionen finder det positivt, at der er udvalgt indsatsområder og opstillet mål for det videre arbejde med kvalitetsudvikling og MTV, samt at H:S har planlagt at gennemføre en evaluering af de forskellige projekter. Rigsrevisionen vurderer på den baggrund, at H:S' styring af kvalitetstiltag ikke løbende indgår i en styringsproces baseret på løbende rapportering, men mere sker ved ad hoc-opfølgning.

### **Patientforløbsbeskrivelser**

123. Rigsrevisionen har noteret sig, at arbejdet med kvalitetssikring bl.a. kan ske gennem udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser. H:S har i rapport om "Kvalitetsudvikling – begreber og metoder" givet retningslinjer for, hvad en ideel patientforløbskrivelse bør indeholde. Det er ifølge rapporten hensigten, at forløbsbeskrivelserne bl.a. skal medvirke til at sikre, at patientforløbet hænger sammen uden unødvendige forsinkelser og ventetid, at der ydes den bedst mulige sundhedsfaglige indsats, at der er en rimelig grad af ensartethed i klinisk praksis på den enkelte afdeling og på tværs af afdelingerne samt sikre en effektiv ressourceudnyttelse. Patientforløbsbeskrivelserne skal også fungere som vejledning i daglig klinisk praksis, medvirke til forbedring af patientforløbet i retning af ideelle forløb og endelig medvirke til at forbedre kvaliteten. Det anførtes, at der skal være plads til velbegrundede individuelle afvigelser i patientforløbsbeskrivelsen.

Rigsrevisionen finder, at udarbejdelsen af patientforløbsbeskrivelser er et nyttigt værktøj.

### **Puljer til tværgående kvalitetsudviklingsprojekter**

124. Ifølge H:S råder Direktionen over centrale puljemidler til kvalitetsudvikling på 7,3 mio. kr. i 1999 (13 mio. kr. i 2000). Disse puljer anvendes til understøttelse af strategiske udviklingsområder som kliniske databaser, udvikling af indikatorer for god kvalitet, system til brugerevaluering, arbejdet i de Sundhedsfaglige Råd, landsdækkende indika-

torer og akkreditering. H:S har dog også anført, at puljen i 2000 ikke er udbudt, da midlerne er bundet til forberedelse og gennemførelse af akkreditering.

### **Akkreditering**

125. Akkreditering er en systematisk ekstern kvalitetsvurdering, der foretages af en uafhængig akkrediteringsorganisation. I akkrediteringen vurderes det enkelte hospital på patientrelaterede funktioner og på, i hvilket omfang der sikres løbende kvalitetsudvikling. For at blive akkrediteret skal hospitalet have en klar beskrivelse af mål og visioner for al patientkontakt, og det skal kunne vises, at indsatsen virkelig kan forbedre kvaliteten af pleje og behandling. Der blev i H:S i 1999 foretaget en foranalyse til akkreditering ved 3 konsulenter fra et amerikansk akkrediteringsinstitution. H:S Bestyrelsen har februar 2000 vedtaget at forsøge at opnå egentlig akkreditering af alle hospitaler primo 2002. H:S Direktionen forventer, at akkrediteringen skal fungere som ramme for dokumentation, forbedring og evaluering af kvaliteten på hospitalerne i H:S i de kommende år.

Rigsrevisionen finder arbejdet med akkreditering interessant, men har noteret sig, at der er tale om initiativer, som først iværksættes om et par år, hvorfor betydningen heraf endnu ikke kan vurderes.

### **Kliniske databaser**

126. En klinisk database er et register, der indeholder udvalgte kvantificerbare indikatorer, der kan anvendes til belyse dele af eller den samlede kvalitet af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe. Formålet med kliniske databaser er på alle niveauer at bidrage til en positiv udvikling af sundhedsvæsenets indsats med henblik på at opnå større tilfredshed, øget faglig kvalitet og bedre ressourceudnyttelse. Ifølge H:S er flere af de Sundhedsfaglige Råd i gang med at påbegynde udviklingen af en klinisk database. Endvidere dækker H:S' driftsomkostninger af 7 landsdækkende kliniske databaser.

### **Medicinsk Teknologivurdering (MTV)**

127. Medicinske teknologivurdering (MTV) er en alsidig, systematisk vurdering af forudsætninger for og konse-

kvenserne af at anvende medicinsk teknologi (undersøgelse, behandling mv.). Det fremgår af rapporten: ”Baggrund og rammer for kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering i H:S”, at arbejdet med MTV gradvist var ved at vinde indpas i beslutningsprocesserne på alle niveauer, ligesom elementer af MTV i højere grad end tidligere indgår i forskning. Der er bl.a. påbegyndt enkelte MTV-projekter på flere af hospitalerne, og på fx Frederiksberg Hospital ligger MTV til grund for beslutninger om apparaturanskaffelser.

128. Rigsrevisionen har bemærket, at H:S Direktionen i forordet til ”Strategi for kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering” har anført, at strategiens mål ikke nødvendigvis skal opfyldes af alle hospitaler inden for den fastsatte tidsperiode. Der henvises i den forbindelse til den øjeblikkelige økonomiske situation og hospitalernes forskellige aktiviteter og profiler på området. Rigsrevisionen finder, at en sådan tilkendegivelse indebærer en risiko for, at arbejdet med kvalitetsudvikling og MTV ikke får en tilstrækkelig prioritet. H:S har i den anledning i april 2000 anført, at formuleringen skulle forstås ud fra hensyn til igangværende udviklingsaktiviteter på hospitalerne, som H:S Direktionen ikke ønskede at blokere, samt behovet for økonomiske stramminger. Rigsrevisionen finder, at det er væsentligt, at kvalitetselementerne får høj prioritet, da dette i sidste ende er afgørende for patientbehandlingen.

## 10 servicemål

129. Ud over de forskellige kvalitetsinitiativer vedtog H:S Bestyrelsen i december 1994, som anført i statsrevisorernes beretning nr. 4/99 om H:S’ økonomi og aktiviteter 1995-1998, pkt. 90, 10 servicemål. Opstillingen af servicemål fulgte på baggrund af krav i aftalen med regeringen og amterne om amternes økonomi.

**Servicemål 1:** Maks. 7 dage fra hospitalet har modtaget henvisningen, indkaldes patienten til forundersøgelse/indlæggelse, og der sendes kopi til egen/henvisende læge.

**Servicemål 2:** Maks. 14 dage fra hospitalets afsendelse af indkaldelse til forundersøgelse og til forundersøgelsen finder sted.

**Service­mål 3:** Maks. 3 måneders ventetid fra henvisning til operation/behandling.

**Service­mål 4:** Udskrivningsbrev (epikrise) bør afsendes på udskrivningsdagen og senest 3. hverdag efter patientens udskrivning.

**Service­mål 5:** Patienter må kun undtagelsesvis henvises til at ligge på gangen. Der udarbejdes nærmere retningslinjer herom.

**Service­mål 6:** Med henblik på at optimere kontinuiteten i indlæggelsesforløbet bør der for alle patienter – i det omfang det er muligt – på indlæggelsesdagen fastlægges en samlet plan for forløbet, normalt omfattende undersøgelse, behandling, pleje og information, ligesom læge- og plejeteams bør indføres.

**Service­mål 7:** Den maksimale ventetid inden påbegyndt undersøgelse og behandling i forbindelse med skadestuebesøg bør ikke overstige 1 time.

**Service­mål 8:** I ambulatoriet bør patienten ikke vente mere end 15 minutter, og egen læge bør tilsendes lægebrev eller kopi af ambulatorienotatet med jævne mellemrum.

**Service­mål 9:** Maks. 5 % aflyste operationer af årsager, som ikke skyldes patientens tilstand.

**Service­mål 10:** Det bør sikres, at der på alle hospitaler og afdelinger under H:S formuleres og arbejdes med kvalitetsmål inden for områder, som vurderes som vigtige for kvaliteten af de enkelte afdelingers samlede ydelser, samt systematisk indhentes dokumentation for opfyldelsen af disse mål.

**Service­mål 1-9** er generelle mål, som bl.a. omhandler ventetider til undersøgelse og aflysning af operationer, mens det **10. servicemål** omhandler fastlæggelse af kvalitetsmål for hospitalernes kerneydelser. Servicemålene skal bidrage til at forbedre servicen over for patienterne, informere borgerne samt fungere som et styringsredskab for H:S. Servicemålene er et led i H:S' kvalitetsudviklingsstrategi, hvor hospitalerne skal sikre høj kvalitet for patienten fra første til sidste kontakt. Hensigten med servicemålene var at rette opmærksomheden mod udvalgte områder af den samlede hospitalsydelse, som anses for at være af betydning for

borgernes/brugernes oplevelse af god kvalitet, og samtidig var det forventningen, at målopfyldelse skaber grundlag for en kontinuerlig kvalitetsvurdering og udvikling af hospitalernes ydelser.

130. Det fremgik af en statusredegørelse om måling af servicemålene, som H:S Bestyrelsen behandlede på et møde den 21. juni 1995, at der var store problemer med at få etableret en valid dokumentation for opfyldelsen af servicemålene. Problemerne bestod bl.a. i en utilstrækkelig edb-mæssig operationalisering og indholdsmæssig præcisering af servicemålene, en utilstrækkelig registreringsdisciplin og manglende registreringsmæssigt grundlag. En tværinstitutionel arbejdsgruppe nedsat af H:S udsendte i februar 1996 rapporten ”De 10 servicemål i H:S”. Rapporten blev behandlet på et bestyrelsesmøde i marts 1996. Det fremgår af referatet fra mødet, at der var opbakning til en præcisering af servicemålene og af de krav, der skal opfyldes, før man kan registrere målopfyldelsen ordentligt. Der blev tillige efterlyst handlingsplaner for opfyldelsen af servicemålene.

H:S har i april 2000 anført, at konkretiseringen førte til en ændring af de grundlæggende IT-software, og at dette arbejde har været i gang i et år. I forbindelse med organisering af afrapportering fra hospitalerne på servicemål for H:S 2000 vil der ifølge H:S ske en forbedring. Rigsrevisionen konstaterer, at H:S’ arbejde med at forbedre registreringerne af målopfyldelsen af servicemålene aktuelt ikke er afsluttet.

131. I **tabel 7** er vist hospitalernes opfyldelse af de servicemål, som registreres i GS på hospitalerne, dvs. **servicemål 1-4 og 7**, og som derfor er de eneste mål, som H:S Bestyrelsen følger op på. **Servicemål 5, 6 og 8-10** opgøres ikke elektronisk og systematisk, og arbejdet med opgørelse af servicemålene sker hovedsageligt på hospitalerne. Tabellen indeholder oplysninger om målopfyldelse i perioden fra maj til september 1999. Opgørelsen omfatter ikke psykiatriske afdelinger.

**Tabel 7. Oversigt over hospitalernes opfyldelse af servicemål 1-4 og 7 samt fraserterede i perioden maj-september 1999**

	Rigshospitalet	Bispebjerg Hospital	Frederiksberg Hospital	Hvidovre Hospital
	----- % -----			
Servicemål 1 .....	62,0	63,0	81,0	72,0
Frasorterede .....	56,0	33,0	26,0	54,0
Servicemål 2 .....	47,0	44,0	52,0	63,0
Frasorterede .....	11,0	-	0,4	15,0
Servicemål 3 .....	83,0	96,0	81,0	88,0
Frasorterede .....	11,0	-	0,4	13,0
Servicemål 4 .....	32,0	67,0	62,0	47,0
Frasorterede .....	31,0	16,0	41,0	36,0
Servicemål 7 <sup>1)</sup> .....	-	62,0	68,0	77,0
Frasorterede .....	-	3,6	11,0	5,0

<sup>1)</sup> På grund af lukningen af Rigshospitalets skadestue for personer, der henvender sig uden anvisning, foreligger der ikke oplysninger om Rigshospitalets opfyldelse af servicemål 7.

Kilde: Servicemål maj-september: bilag til bestyrelsesmøde 27. oktober 1999.

Tabel 7 viser, hvor mange % af det samlede antal registreringer inden for hvert servicemål, der er fraserteret, og derfor ikke indgår i opgørelsen af målopfyldelsen. Det fremgår heraf, at Rigshospitalet i maj-september 1999 havde en målopfyldelsesgrad på 32 % for **servicemål 4**. Ifølge rapporterne til H:S Bestyrelsen var der i alt 23.661 registreringer, som vedrørte **servicemål 4**. Af forskellige årsager blev der fraserteret 7.487 registreringer, og ud af de resterende 16.174 registreringer opfyldte 5.253 servicemålet.

### Frasorteringer i servicemål

132. Årsagerne til fraserteringerne er forskellige for de enkelte servicemål. For **servicemål 1** – hvor der maksimalt må gå 7 dage fra hospitalet har modtaget henvisningen til patienten indkaldes til forundersøgelse/indlæggelse – blev angivet, at svangerskabsundersøgelser udgjorde 50 % af de fraserterede. Andre årsager var, at den henviste var blevet omvisiteret til et andet hospital eller skyldtes passiv ventetid ønsket af patienten.

For **servicemål 4** er årsagerne til det store antal fraserteringer angivet til at være manglende indtastning af praktiserende læges navn, og at mange afdelinger skriver ud-



skrivningsbreve (epikriser) i andre systemer end GS. Der forekommer således en del frasorteringer, fordi en række afdelinger og klinikker benytter andre systemer end GS.

H:S Direktionen har oplyst, at et højt antal frasorterede ikke er ensbetydende med en dårlig kvalitet, men udelukkende et udtryk for, at visse patientforløb inden for en række specialer og administrative procedurer ikke passer til de opstillede mål.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der i H:S bør tages et fælles initiativ for at sikre, at det omfattende antal frasorteringer mindskes. H:S Direktionen anfører i april 2000, at dette allerede delvist er sket. H:S Direktionen anfører tillige, at der foreligger ret fyldestgørende forklaringer fra hospitalerne, og at den seneste opdatering af målesystemerne i GS vil tage højde for en del af de forudsigelige frasorteringer, så de ikke optræder i så massive mængder i dataudtrækkene fremover.

Rigsrevisionen finder det positivt, at H:S arbejder på at mindske antallet af frasorteringer, som hidtil har haft et alt for stort omfang.

### Målopfyldelse af servicemål

133. Som det fremgår af tabel 7, er der relativt stor forskel på målopfyldelsesgraden mellem de enkelte servicemål og mellem hospitalerne. Opfyldelsen af **servicemålene 1, 3 og 7** ligger umiddelbart relativt højt, fx har Frederiksberg Hospital en målopfyldelse på 81 % inden for **servicemål 1**, mens opfyldelsen af især **servicemål 2 og 4** omvendt er lav. En årsag til den lave opfyldelse af **servicemål 2** – hvor der maksimalt må gå 14 dage fra hospitalets afsendelse af indkaldelse til forundersøgelsen og til forundersøgelsen finder sted – er ifølge H:S bl.a., at målet ikke afspejler udviklingen inden for den kliniske praksis, idet flere afdelinger ikke benytter forundersøgelse af patienten, men udreder og behandler allerede ved 1. besøg. En anden årsag er, at en del afdelinger indkalder patienten senere for at give patienten betænkningstid inden behandling.

Årsagen til den lave opfyldelse af **servicemål 4** er bl.a. tekniske problemer ved registrering og udsendelse af udskrivningsbrev (epikrise). De tekniske problemer forklarer til dels det store antal frasorterede. Det fremgår af referatet fra bestyrelsesmødet den 30. juni 1999, at **servicemål 4** vil blive ændret med henblik på, at udskrivningsbrev (epikri-

se) principielt skal udfærdiges og udsendes samme dag, patienten udskrives alternativt, at patienten får udleveret en udskrivningsmeddelelse.

134. Rigsrevisionens har konstateret, at H:S' opfølgning på servicemålene, herunder rapporteringer til H:S Bestyrelsen i perioden fra H:S' etablering og til medio 1998 har været noget usystematisk. Først på et bestyrelsesmøde den 25. maj 1998 blev det besluttet, at der medio 1998 skulle foretages en systematisk rapportering af servicemålene til H:S Bestyrelsen, og at dette på sigt kunne indarbejdes i de kvartalsmæssige økonomi- og aktivitetsrapporter. Rapporteringen til H:S Bestyrelsen af servicemålene er hidtil sket i selvstændige rapporter.

Rigsrevisionen har konstateret, at rapporteringen til H:S Bestyrelsen udelukkende omfatter de servicemål, der kan opgøres i GS, dvs. **servicemål 1-4 og 7**. H:S Direktionen har i relation hertil oplyst, at der på administrativt niveau i perioden frem til 1998 har været gjort forsøg på at indsamle sammenlignelige data fra hospitalerne. På baggrund af disse erfaringer blev det muligt at påbegynde en systematisk afrapportering til H:S Bestyrelsen fra og med 1998. H:S Direktionen finder derfor, at det ikke tidligere har været meningsfuldt at gennemføre en systematisk afrapportering på servicemålene.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at der først medio 1998 blev påbegyndt en systematisk opfølgning på servicemålene, og at denne opfølgning på nuværende tidspunkt kun omfatter 5 af de vedtagne 10 servicemål.

## **b. Kvalitetsstyring på hospitalsniveau**

### **Kvalitets- og servicemål**

135. På de 3 hospitaler (Frederiksberg, Hvidovre og Bispebjerg Hospital) består hospitalsdirektionernes styring af kvalitet i stor udstrækning i styring på H:S' 10 servicemål. På Rigshospitalet er der i hospitalets overordnede strategi opstillet flere målsætninger for kvalitet. Bl.a. skal der udarbejdes en politik og strategi for medical audit og medicinsk teknologivurdering, og der skal gennemføres metodeudvikling for evaluering af specialer for at kunne sikre, at disse matcher international standard, bl.a. for så vidt an-

går patientforløb. I de indgåede kontrakter med centrene er der opstillet forskellige initiativer for kvalitetsudvikling.

Det fremgår fx af kontrakterne for centrene på Rigshospitalet, at nogle af servicemålene er specifikke satsningsområder. Til støtte for opfyldelsen af de 10 servicemål skal der på Rigshospitalet, ifølge strategiplanen, iværksættes systematiske initiativer til sikring af, at Rigshospitalet opfylder servicemålene og tillige foretager en etablering af edb-redskaber. Ingen af hospitalerne har centralt fastlagte operationelle mål for kvaliteten eller servicen herudover.

### Opfølgning på kvalitets- og servicemål

136. Rigsrevisionen har konstateret, at hospitalsledelserne i varierende grad følger op på afdelingers, centres og klinikkers arbejde med kvalitet. Direktionen på Bispebjerg Hospital udarbejder årligt en oversigt over igangværende og afsluttede kvalitetssikringsprojekter og modtager tillige årligt en oversigt over resultater af patienttilfredshedsundersøgelser, men følger dog ikke nærmere op herpå. Udviklingen i antallet af klager over hospitalets behandling følges også. På Frederiksberg Hospital udarbejdes der en årlig oversigt over kvalitetsudviklingsaktiviteter på de enkelte centre og klinikker.

På Hvidovre Hospital følges bl.a. op på kvalitetsudviklingen via en intern kvalitetsdatabase, som indeholder oplysninger om hospitalets kvalitetsprojekter. Herudover foretager hospitalsledelsen en løbende opfølgning på kvalitetsarbejdet, men det sker ikke systematisk.

Opfølgningen på centrenes og klinikkernes kvalitetsmålsætninger på Rigshospitalet sker primært som led i opfølgningen på kontrakterne. Herudover modtager den lægelige direktør en rapportering om de forskellige kvalitetsprojekter.

137. Rigsrevisionen har konstateret, at hospitalsdirektionernes systematiske opfølgning på servicemålene primært omfatter **servicemål 1-4 og 7**, hvorimod opfølgningen på de øvrige servicemål generelt sker mere usystematisk. H:S Direktionen har efterfølgende anført, at den manglende kvantificering og registrering af de øvrige servicemål er årsag til den manglende systematiske opfølgning herpå. H:S anfører videre, at der visse steder er etableret systemer til overvågning af fx ventetider i ambulatorier. Patienter på

gangene kan ikke opgøres via belægningsprocenter og er i øvrigt ulovligt ifølge brandvedtægten, hvorfor servicemålet derfor bør være unødvendigt. H:S Direktionen anfører videre, at servicemål vedrørende plan for behandling, undersøgelser mv. indgår i H:S' nye "Mål for H:S 2000" og oplyser, at der skal tilvejebringes en plan for, hvorledes der kan følges op herpå. H:S finder endvidere, at **servicemål 10**, som vedrører mål for de sundhedsfaglige ydelser, er meget omfattende og ikke kan opfølges systematisk, men vurderes via aktiviteter i de Sundhedsfaglige Råd og på de enkelte afdelinger.

138. Det er Rigsrevisionens vurdering, at de nuværende problemer med servicemålene kunne mindskes, hvis forslagene om månedlige statistikker til samtlige niveauer samt fælles retningslinjer for registrering gennemføres. Rigsrevisionen har noteret sig, at H:S har taget initiativ til at løse nogle af de konstaterede problemer.

H:S Direktionen anfører således i april 2000, at dataudtræk af målopfyldelse på afdelingsniveau og afdelingsledelser allerede sker rutinemæssigt de fleste steder. H:S anfører ligeledes, at H:S Styregruppen vedrørende servicemål specifikt har haft til opgave at følge op på og forbedre både afrapportering og resultater. Den forbedring, som er opnået, er sket ved udvikling på det tekniske område samt understøttelse af den lokale pædagogiske og holdningsbe arbejdende indsats.

### **c. Kvalitetsstyring på afdelings-, center- og klinik-niveau**

#### **Kvalitetsmål**

139. Rigsrevisionen har konstateret, at alle afdelings- og klinikledelser har opstillet kvalitetsmål. Servicemålene vedrører primært standarder og forløbsbeskrivelser, uddannelse, information og forskning. Servicemålene varierer dog i detaljeringsgrad. Rigsrevisionen har bemærket, at der på en række afdelinger og klinikker ikke følges systematisk op på de opstillede kvalitetsmål. Dette kan hænge sammen med, at hovedparten af servicemålene ikke er konkrete, samt manglende handlings- og tidsplaner.

### **Patientforløbsbeskrivelser**

140. Rigsrevisionen har konstateret, at de fleste af afdelingerne og klinikkerne bruger patientforløbsbeskrivelser til oplæring og vejledning af personalet og som kvalitetssikring. Generelle afvigelser fra planen i patientforløbet registreres i sygeplejeturnalen, og enkelte steder følges der op herpå af afdelingssygeplejerskerne.

Rigsrevisionen har konstateret, at opfølgningen på og kvalitetssikring af forløbsbeskrivelserne varierer mellem de enkelte klinikker og afdelinger. Enkelte afdelinger og klinikker har en løbende opfølgning, hvor enkelte punkter i beskrivelsen diskuteres. På andre afdelinger og klinikker foregår evalueringen bl.a. ved kvalitetssikringsprojekter.

### **Kvalitetskontrol**

141. Rigsrevisionen har konstateret, at enkelte afdelinger og klinikker og de Sundhedsfaglige Råd har påbegyndt anvendelsen af audit til kvalitetssikring. En audit indeholder en systematisk og faglig gennemgang af patientforløb med henblik på at afdække, om forholdene er tilfredsstillende efter kriterier for god klinisk praksis.

På det medicinske center på Bispebjerg Hospital er det planlagt at foretage løbende audit af den lagte plan for patientforløbet, så den enkelte medarbejder får feedback på sit arbejde. Det er hensigten, at denne kvalitetssikring af patientforløbene skal kobles sammen med oprettelsen af kliniske databaser.

Rigsrevisionen finder, at anvendelsen af audit kan yde et godt bidrag til at sikre kvalitet i patientbehandlingen.

### **Elektroniske patientjournaler**

142. Hidtil har den fysiske journal været den væsentligste bærer af information i forhold til kerneydelserne patientbehandling og pleje. I journalen opbevares og formidles alle væsentlige patientdata, og de medarbejdergrupper, der er i kontakt med patienten, benytter journalen. Journalen benyttes endvidere til at opsamle svar på diverse undersøgelser og dækker således informationsbehovet, der knyttes til patientbehandlingen. Herudover benyttes journalen til lagring af de forskellige informationer, der skal anvendes i efterfølgende processer og udgør dokumentation for den givne behandling.

De enkelte faggrupper har egne notater, der altid eller i perioder opbevares et andet sted end i patientjournalen fx i sygeplejerskernes sygeplejekardex.

En række af de informationer, der findes i patientjournalen, indtastes i GS og i kliniske databaser, og der oprettes typisk en ny journal for hvert nyt forløb og i hver afdeling.

Rigsrevisionen havde noteret sig, at det den generelle opfattelse, at Elektronisk PatientJournalsystem (EPJ) ville kunne bidrage til at overskueliggøre de enkelte patientforløb samt forenkle arbejdsgangene og skabe fundament for, at de enkelte faggrupper/sektorer kunne blive mere fælles om patientforløbene.

Af ”Baggrund og rammer for kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering i H:S”, 1998, fremgår bl.a., at hospitalsdirektionerne skal understøtte initiativer med henblik på udvikling af fælles patientjournal, og at H:S Direktionen, herunder Kvalitetsrådet, skal initiere og sikre en koordineret udvikling af EPJ i H:S. Det fremgår endvidere, at der arbejdes med udvikling af en fælles journal på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, samt at der på Hvidovre Hospital er planlagt 2 EPJ-projekter.

Af ”Strategi for kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering i H:S 1998 til år 2002” fremgår det, at der på en lang række områder ikke er kendskab til kvaliteten af hospitalernes ydelser og resultater, og at der er behov for en forbedring af den kliniske dokumentation. Forbedringen af den kliniske dokumentation skal bl.a. ske via udviklingen af en fælles patientjournal og af rationelle IT-redskaber til brug for den daglige kliniske dokumentation, herunder en elektronisk patientjournal.

143. Rigsrevisionen har konstateret, at der på Rigshospitalet i 1999 af et konsulentfirma blev foretaget et såkaldt Feasibility Study vedrørende mulighederne for at etablere en elektronisk patientjournal, der kan i mødekomme Rigshospitalets behov for systemunderstøttelse på det patientorienterede område. På Frederiksberg Hospitals medicinske center er der fra den 1. juni 1999 indført en fælles journal for hele centret og på Kardiologisk Klinik på Hvidovre Hospital har man samlet læge- og sygeplejersjournalen i et omslag. På Bispebjerg Hospital har hospitalets

medicinske center fået bevilliget 2 mio. kr. til en fælles journal og et arkivsystem til scanning af dokumenter.

Rigsrevisionen finder det positivt, at der er iværksat et arbejde med at indføre elektroniske patientjournaler samt fælles journaler på flere centre og afdelinger.

#### **Rigsrevisionens bemærkninger**

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at der i 1998 blev udpeget en række indsatsområder for kvalitetsudvikling i H:S, som i forskelligt omfang indgår i kvalitetsstrategierne på afdelinger, centre og klinikker, men at styringen af disse kvalitetstiltag endnu ikke indgår i H:S' løbende styringsproces.

Rigsrevisionens undersøgelser har ligeledes vist, at H:S' styring på serviceområdet sker gennem de 10 servicemål, som H:S opstillede i 1994. Undersøgelsen viste også, at en systematisk rapportering af servicemålene til H:S Bestyrelsen imidlertid først er påbegyndt i juni 1998, og at den kun omfatter 5 af de 10 servicemål.

Rigsrevisionen har konstateret, at afdelingerne og klinikkerne i forskelligt omfang anvender patientforløbsbeskrivelser, kliniske databaser og audit i sikringen af kvalitet i patientbehandlingen. Endvidere er der iværksat et arbejde med at indføre elektroniske patientjournaler samt fælles journaler på flere centre og afdelinger.

## **B. Forskning**

144. Som nævnt fremgår det af H:S-loven, at H:S i tæt samarbejde med det øvrige danske sundhedsvæsen skal sikre, at det danske sundhedsvæsen på et højt fagligt niveau kan varetage bl.a. forsknings- og udviklingsarbejde. H:S skal derfor bl.a. koordinere forskningsindsatsen på tværs af hospitalerne og skabe gode vilkår for forskningsindsatsen i almindelighed i H:S. De konkrete forskningsaktiviteter i H:S foregår på samtlige hospitaler og ved 6 selvstændige forskningsinstitutioner, hvortil H:S yder en grundbevilling.

145. H:S har nedsat af et Tværfagligt Forskningsråd, som er sammensat på tværs af institutionerne med repræsentanter fra hospitalernes forskningsudvalg. Forskningsrådet rådgiver H:S Direktionen om bl.a. anvendelse af ressourcer, medvirker ved fondsfunktion og foreslår nye forskningsinitiativer. H:S Direktionen har supplerende anført, at Forskningsrådet siden dannelsen af H:S har rådgivet om anven-

---

delse af H:S' centrale forskningsmidler, som er steget fra 5 mio. kr. i 1995 til 21,6 mio. kr. i 2000. Ifølge H:S er forskningsmidlerne bl.a. anvendt til Skolarstipendiat, sabbatordninger for overlæger i H:S, ph.d.-stipendier og -studieafgifter samt apparatur.

146. H:S har i samarbejde med H:S Tværfaglige Forskningsråd udgivet en årlig forskningspublikation omhandlende væsentlige forskningsområder, samt årligt udgivet en publikationsliste over udgivelser fra de enkelte afdelinger/klinikker i H:S. Dertil kommer udgivelsen af rapporten "Forskning i H:S 1995-2005, der dels er en opfølgning på den oprindelige forskningspolitik, som blev beskrevet i Sygehusplan 2000, dels en opfølgning og status i forbindelse med vedtagelse af en national delstrategi for sundhedsforskning. Ifølge H:S danner rapporten grundlag for det videre arbejde bl.a. i H:S Forskningsråd, herunder i relation til problemstillinger som forskningsuddannelse, forskerrekuttering, og -faciliteter, forskningsbudgettering og -formidling, implementering og evaluering samt forskningssamarbejde. H:S har herunder udgivet "Forskning i H:S – en vejledning", som er en praktisk håndbog for forskere i H:S.

147. H:S har udmeldt nogle satsningsområder, som anses for at være særligt værdifulde for sygehusfællesskabet, og har prioriteret forskningsaktiviteter af mere tværgående karakter som sygepleje og omsorgsforskning samt ældreforskning. H:S Centrale forskningspulje er i 2000 ifølge H:S tilført yderligere 5,0 mio. kr. Endvidere er der på de enkelte hospitaler oprettet forskningsråd, der i samarbejde med hospitalsdirektionen har opstillet overordnede mål og rammer for forskningen på hospitalet.

Rigsrevisionen har konstateret, at der kun i mindre omfang har været opstillet mål for forskning fra hospitals- eller centerniveau, og at den løbende styring og prioritering af forskningen i det væsentligste varetages af afdelings- og klinikledelserne.

148. Det er over for Rigsrevisionen oplyst, at forskningen i H:S primært udføres af personale, der er ansat i egentlige forskningsstillinger. Det kan fx være forskningssygeplejer-



sker, kliniske assistenter eller ph.d.-studerende, der ikke indgår i hospitalernes normale vagtfunktioner.

H:S Direktionen har supplerende i april 2000 anført, at H:S har opgjort antallet af forskerstillinger i 1997 til i alt 521 stillinger, heraf 215 ph.d.-studerende og 145 kliniske assistenter, 6 eksternt finansierede professorer og 44 kliniske professorater.

149. Rigsrevisionen har konstateret, at hospitalsdirektionernes støtte til forskning primært sker ved at stille rammer til rådighed, bl.a. i form af edb og andet materiel. Den øvrige finansiering af forskningen indhentes eksternt, fx støtte fra medicinalfirmaer og fonde.

Rigsrevisionen har konstateret, at der ikke finder en egentlig tidsregistrering sted, som kan dokumentere tidsforbrug på bl.a. forskningsaktiviteter. Det er vanskeligt at følge op på, i hvilken grad forskningen tilsidesættes af andre aktiviteter.

#### **Rigsrevisionens bemærkninger**

Rigsrevisionen har konstateret, at der kun i mindre omfang har været opstillet mål for forskning fra hospitals- eller centerniveau, og at den løbende styring og prioritering af forskningen i det væsentligste varetages af afdelings- og klinikledelserne.

Rigsrevisionen har konstateret, at der ikke finder en egentlig tidsregistrering sted, som kan dokumentere tidsforbrug på bl.a. forskningsaktiviteter.

### **C. Uddannelse**

150. Uddannelsesaktiviteter kan dels omfatte uddannelse af yngre personale, dels efteruddannelsesaktiviteter, som tilbydes personale med henblik på en højnelse af kompetenceniveauet i de enkelte afdelinger og klinikker. Rigsrevisionen har primært valgt at fokusere på uddannelsesaktiviteter i relation til oplæring af personale, både hvad angår det lægefaglige personale og det sygeplejefaglige. Alle de afdelinger og klinikker, som Rigsrevisionen har besøgt, har en sådan forpligtelse, som derfor er en del af opgavevaretagelsen på afdelings- og klinikniveau.

151. Uddannelsen af yngre læger foretages hovedsageligt af over- eller afdelingslægerne, som i en række tilfælde

har fået uddelegeret det overordnede ansvar for uddannelsen på afdelingen eller klinikken. Der anvendes uddannelsesprogrammer i videreuddannelsen af læger. De uddannelsessøgende læger får tildelt vejledere, og som led i uddannelsesforløbet afholdes en indledende samtale, en midtvejs og en afsluttende samtale mellem uddannelsessøgende og vejleder. Nogle afdelinger og klinikker, men ikke alle, anvender et "mesterlæreprincip", hvor en erfaren læge har en tutorfunktion over for en yngre læge.

152. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at uddannelsesforpligtelsen over for nyt personale generelt er integreret i de daglige funktioner. Den praktiske erfaring suppleres løbende gennem konferencer, bl.a. daglige morgenkonferencer.

En række afdelinger og klinikker påpegede, at det var problematisk at leve op til uddannelsesforpligtelsen. Som årsager blev bl.a. anført mangel på 1. reservelæger, mangel på erfarent personale og stramme personalemæssige normeringer.

Der foretages ikke systematisk opgørelse af tidsforbruget, men ifølge rapport fra Sygehusinstituttet, DSI rapport 98.02 "Hospitalslægers arbejdstilrettelæggelse, uddannelse, arbejdsglæde og produktivitet – evaluering af lægernes faststillingsreform" fremgik det, at uddannelsessøgende læger brugte 8 % af den samlede arbejdstid på at modtage uddannelse, og at de uddannelsesgivende læger brugte 6 % på at give uddannelse.

153. Rigsrevisionen har dog konstateret, at der er en vis utilfredshed blandt det lægefaglige personale med hensyn til prioriteringen af uddannelsesaktiviteter. En undersøgelse vedrørende de medicinske centre i H:S fra den 5. februar 1999 viste, at hovedparten af lægerne havde den opfattelse, at der ikke er tid til uddannelse, idet den pressede hverdag resulterer i mindre tid til uddannelse og supervision. Det var endvidere lægernes opfattelse, at uddannelsen af de yngre læger burde prioriteres højere, så uddannelse og kurser foregår i arbejdstiden. Rigsrevisionen har noteret sig, at forholdene for disse uddannelses- og efteruddannelsesaktiviteter ikke er systematiseret i H:S og finder, at der af hensyn til muligheden for en bedre styring af området er behov for generelle retningslinjer.

154. Undervisningen af det sygeplejefaglige personale ydes ad hoc og i de fleste tilfælde af læger fra de enkelte klinikker eller afdelinger, eller af mere erfarent sygeplejepersonale. Rigsrevisionen kan konstatere, at uddannelsesaktiviteter generelt indgår i de daglige opgaver. Rigsrevisionen finder, at der generelt er gjort en indsats med henblik på at skabe procedurer og tydeliggøre ansvar i forbindelse med uddannelsesaktiviteter.

155. H:S har efterfølgende i april 2000 anført, at uddannelsesopgaven i H:S er ganske betydelig og har mange facetter. Den omfatter uddannelse af 20 grunduddannelser, videreuddannelser for 9 faggrupper og efteruddannelse for det samlede personale. H:S Direktionen har over for Rigsrevisionen kategoriseret sundhedsuddannelserne: erhvervsuddannelser omfattende social- og sundhedsassistenter, køkkenassistenter, lægesekretærer o.a., mellemlange uddannelser som sygeplejersker, jordemoder, ergoterapeut, socialrådgiver og endelig akademiske uddannelser som læge, tandlæge, psykolog og medikotekniker. Uddannelserne består i varierende omfang af teoretisk og praktisk/klinisk undervisning på henholdsvis skole/statslig institution og hospitalsafdelinger. Dette forklarer, at uddannelserne har en meget forskellig struktur og finansiering, der ifølge H:S umuliggør en ensartet styring af området. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at området trods sin forskelligartede struktur i større omfang bør indgå i H:S' styringskæde.

#### **Rigsrevisionens bemærkninger**

Rigsrevisionen har bemærket, at H:S' uddannelsesaktiviteter generelt indgår i de daglige opgaver, men at der ikke foretages en systematisk opgørelse af tidsforbrug. Rigsrevisionen har noteret sig, at forholdene om uddannelse og efteruddannelse ikke er systematiseret fra H:S' side og finder, at der af hensyn til muligheden for en bedre styring på området er behov for generelle retningslinjer.

## **VII. Styring på særlige områder**

156. Rigsrevisionens gennemgang har til formål at undersøge, hvordan kapaciteten udnyttes i afdelinger og klinikker på udvalgte områder inden for vagtplanlægning og

operationsplanlægning på de ortopædkirurgiske afdelinger/klinikker.

## **A. Vagtplanlægning**

157. Der er fra centralt hold udmeldt en samlet personale-normering. Afdelings- og klinikledelserne har ansvaret for, at personalerammen udmøntes i vagtplaner, som sikrer en hensigtsmæssig disponering af medarbejderressourcer i forhold til de funktioner, der varetages i de enkelte afdelinger og klinikker.

Rigsrevisionen har undersøgt, hvorledes afdelings- og klinikledelserne varetager vagtplanlægningen for henholdsvis læger og sygeplejersker, herunder hvordan der styres og følges op på medarbejdernes over- og undertimer, samt hvilke systemer der anvendes i vagtplanlægningen og opfølgningen herpå.

### **a. Læger**

158. Udarbejdelsen af vagtplanen er decentraliseret til en overlæge, en yngre læge eller en læge i hvert vagtlag. De besøgte afdelinger og klinikker benytter rulleskemaer til planlægningen af vagten med undtagelse af Ortopædkirurgisk Klinik på Frederiksberg Hospital, som arbejder ud fra ugeskemaer, hvor lægerne har faste vagtdage. Weekend-vagterne går dog på skift.

159. Rigsrevisionen har konstateret, at der til brug for udarbejdelsen af vagtplaner benyttes forskellige edb-baserede vagtplanlægningssystemer samt manuelle systemer. Vagtplanlæggeren udarbejder typisk et foreløbigt udkast til en vagtplan, som sendes til ”høring” blandt lægerne. Herefter udarbejdes den endelige vagtplan. Vagtplanens længde afhænger af den fastsatte normperiode og indeholder en overordnet beskrivelse af, hvornår den enkelte medarbejder skal møde og i hvilken afdeling/afsnit. Vagtplanen danner udgangspunkt for den ugentlige arbejdsplan. Arbejdsplanen (funktionsskemaet) er mere specifik og giver et billede af, hvem der fx dækker stuegang eller deltager i vagthold i løbet af ugen.

Opfølgningen på det faktiske fremmøde foretages enten af vagtplanlæggeren eller sekretæren. Herefter udskrives der månedligt et mødeskema fra vagtplanlægningssystemet.

met, som skal godkendes af klinikchefen. Ved afvigelse fra planen udarbejdes en afvigelsesmeddelelse, som efterfølgende registreres i vagtplanlægningsystemet.

160. Rigsrevisionen konstaterede i beretning nr. 3/96 om Rigshospitalets økonomistyring og produktivitet 1991-1996, at Rigshospitalet ikke kunne levere opgørelser over antallet af over- og undertimer. Rigsrevisionen fandt, at Rigshospitalet af hensyn til en optimal ressourceudnyttelse burde fremskynde et modultjenestetidsprojekt, så alle afdelinger blev udstyret med edb-baserede planlægningsværktøjer. Ved anvendelsen heraf kunne der opnås en bedre styring af over- og undertimer, og planlægningen gøres bedre. Rigsrevisionen har konstateret, at Rigshospitalet har påbegyndt anvendelsen af vagtplanlægningsmodulets modultjenestetid (MTT). Systemet kan bl.a. beregne konsekvensen af eventuelle ændringer i vagtplanen, hvorved det er muligt for klinikken at styre de ansattes samlede arbejdstid. Det nye system benyttes til at følge op på timeantallet og forventes at sikre en bedre planlægning og dermed en bedre bemanning.

Vagtplanlægnings- og lønsystemet kan efter det oplyste kommunikere med hinanden. Ledelsen på HovedOrtoCentret på Rigshospitalet påpegede, at systemet kunne sikre en effektiviseringsgevinst især blandt lægerne, hvor der havde været en del overtimer og overarbejdsbetaling.

Rigsrevisionen finder det positivt, at vagtplanlægningsmodulets modultjenestetid (MTT) fra 2000 skal implementeres på alle sygehuse, forudsat det kan anvendes i forhold til en langsigtet planlægning og løbende opfølgning på timeforbruget samt kan kommunikere med lønsystemet.

161. Ifølge lægernes overenskomst må den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid højst være 37 timer opgjort efter udløb af en normperiode. Normperiodens længde varierede mellem de enkelte afdelinger og klinikker og mellem lægekategorierne. En enkelt afdeling havde en normperiode på 6 måneder, hvilket gav den ansvarlige vagtplanlægger mulighed for løbende at nedbringe eventuelle overtimer blandt personalet. Derved opnås der mulighed for at reducere eller undgå overarbejdsudbetalingen eller mængden af afspadsring efter normperiodens udløb. Der er på

de enkelte hospitaler indgået lokalaftaler med hensyn til afspadsring og udbetaling af overarbejde.

Vagtplanlæggerne følger op på, hvorvidt den enkelte læge har overskud eller underskud i forhold til tjenestetiden. Typisk sker dette ud fra egne systemer og udskrifter fra lønkontoret. Over- og undertimer er overskud eller underskud af timer i forhold til den overenskomstfastsatte arbejdstid i en given periode. Overskud af timer kan enten føre til overarbejdsudbetaling eller afspadsring, hvorimod undertimer i forhold til den fastsatte arbejdstid er tabt for hospitalet. Det er således vigtigt, at afdelings- og klinikledelserne er opmærksomme på forbruget af over- og undertimer. På enkelte afdelinger og klinikker kontrollerer klinikchefen eller en ansvarshavende overlæge lægernes over- og undertimer. Herudover foretages der på en enkelt klinik ad hoc-registreringer over forbruget af timer på klinikken samt opkald i hjemmet. En enkelt klinik har på grund af for meget overarbejde blandt overlægerne indført, at der skal udfyldes en seddel med årsag til overarbejde.

Rigsrevisionen finder det positivt, at der foretages en opfølgning på forbruget af timer ud fra vagtplanlæggernes og lønkontorenes opgørelser af over- og undertimer.

## **b. Sygeplejersker**

162. Oversygeplejerskerne har det overordnede ansvar for vagtplanlægningen blandt sygeplejen.

Udarbejdelsen af vagtplaner og ansvaret for den løbende kontrol er typisk uddelegeret til afdelingssygeplejerskerne på de enkelte afsnit. Normperioden for sygeplejen er typisk mellem 4-8 uger, og i de fleste tilfælde udbetales overarbejde.

Til udarbejdelsen af vagtplaner benyttes hovedsageligt manuelle skemaer, såsom ”ønskeskemaer” eller rulleskemaer. De fleste afdelingssygeplejersker anvender papirskemaer, som efterfølgende indtastes i vagtplanlægnings-systemet. På Rigshospitalet benyttes vagtplanlægningsmodulet MTT eller en fast rulleplan for den enkelte medarbejder, idet visse vagter går igen.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at oversygeplejersken på de fleste afdelinger og klinikker følger op på forbruget af timer, bl.a. til overarbejde.

### Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen har konstateret, at der til brug for udarbejdelsen af vagtplaner benyttes forskellige edb-baserede vagtplanlægningsystemer samt manuelle systemer.

Rigsrevisionen finder det positivt, at vagtplanlægningsmodulets modultjenestetid (MTT) fra 2000 skal implementeres på alle hospitalerne, forudsat det kan anvendes i forhold til en langsigtet planlægning og løbende opfølgning på timeforbruget samt kan kommunikere med lønsystemet.

Rigsrevisionen finder det positivt, at der løbende følges op på timeforbruget.

## B. Kapacitetsudnyttelse i ortopædkirurgiske afdelinger/klinikker

163. Rigsrevisionen har undersøgt planlægning og gennemførelse af operationer på de 4 ortopædkirurgiske afdelinger/klinikker. Formålet hermed har været at beskrive, hvordan de enkelte afdelinger/klinikker planlægger deres operationer, samt hvilken betydning planlægningen har for udnyttelsen af operationskapacitet og omfanget af operationsaflysninger.

### a. Planlægning af operationer

164. Rigsrevisionen har konstateret, at operationsplanlægningen varetages på forskellig vis på de 4 afdelinger/klinikker. Kun Ortopædkirurgisk Klinik på Rigshospitalet anvender et særligt elektronisk bookingsystem til planlægning og opfølgning på klinikkens aktiviteter. Systemet indeholder funktioner til kapacitetsstyring, bl.a. gennem en synliggørelse af, hvilke operationsressourcer der rådes over hvornår, samt funktioner til en løbende opfølgning på det faktiske tidsforbrug ved de enkelte operationsaktiviteter, overvågning af flaskehalse og ventetider mv. Rigsrevisionen har fået oplyst, at de hidtidige erfaringer med systemet har været gode, hvilket bl.a. skyldes en øget synlighed om ledige tider m.m. Klinikledelsen har oplyst, at det der ved er blevet muligt at planlægge og udføre flere operationer end tidligere.

De ortopædkirurgiske afdelinger/klinikker på de øvrige hospitaler anvender i varierende omfang et planlægningsmodul i Grønt System. På disse afdelinger varetages opfølgning på operationsaktiviteterne ved at indtaste data i supplerende elektroniske systemer.

165. Rigsrevisionen har bemærket, at der er forskellige betingelser for planlægningen af operationer. Andelen af henholdsvis akutte og elektive patienter giver forskellige muligheder for at planlægge indsatsen, idet planlægning af akutte aktiviteter må baseres på en forventet aktivitet. Bispebjerg Hospital har oplyst, at det er meget vanskeligt at foretage estimater over den forventede akutte aktivitet, idet denne ikke synes at være baseret på nogen særlig systematik. Det er derfor nødvendigt at opretholde et vist beredskab, som kan klare udsving i denne aktivitetstype.

Fordelingen mellem akutte og elektive operationer for de 4 afdelinger/klinikker fremgår af **tabel 8**.

**Tabel 8. Fordeling mellem akutte og elektive operationer**

	Elektive	Akutte
	----- Andel i % -----	
Rigshospitalet .....	ca. 50	ca. 50
Bispebjerg Hospital.....	ca. 30	ca. 70
Frederiksberg Hospital.....	100	0
Hvidovre Hospital <sup>1)</sup> .....	ca. 15-20	ca. 80-85

<sup>1)</sup> Tallene bygger på oplysninger indhentet gennem interview i de enkelte afdelinger/klinikker.

Tabellen viser, at Ortopædkirurgisk Klinik på Frederiksberg Hospital udelukkende har elektive aktiviteter. På Ortopædkirurgisk Klinik på Rigshospitalet udgør den akutte aktivitet ca. halvdelen af klinikkens samlede aktiviteter, mens afdelingerne på Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital har en væsentlig højere andel af akutte patienter. Afdelingerne på Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital er derved mere udsatte for udsving i den akutte aktivitet, hvilket gør det vanskeligere at planlægge de samlede aktiviteter. De 3 afdelinger/klinikker, hvor der både varetages elektive og akutte aktiviteter, har oplyst, at akutte aktiviteter ikke bør medføre aflysninger i det elektive program. Derfor anvendes så vidt muligt særskilte lejer til de akutte aktiviteter, så den elektive aktivitet ikke forstyrres.

166. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at der i planlægning af aktiviteter på operationsgangene, hvor flere afdelinger er involveret, i reglen forekommer en dialog mellem de involverede parter forud for aktiviteterne. Det gælder fx i relation til operationsplanlægning, hvor afdelinger-



ne/klinikkerne bl.a. udmelder deres behov for operationslejer til de centrale operationsgange, hvorefter der forhandles om, hvilke operationer der kan foretages på hvilke lejer og hvornår.

HovedOrtoCentret på Rigshospitalet har oplyst, at aktivitetsbudgetteringen for de kirurgiske funktioner drøftes med ledelsen af anæstesi- og operationsklinikken med henblik på at få kapaciteten i hjælpefunktionerne tilpasset den forventede aktivitet.

## **b. Undersøgelse af kapacitetsudnyttelse**

167. Rigsrevisionens undersøgelse af kapacitetsudnyttelse bygger på registreringer fra afdelingernes og klinikkernes operationsgange. Rigsrevisionen har modtaget data til brug for undersøgelsen for marts og september 1999. På grund af huller i registreringen i marts måned på Rigshospitalet er der i stedet herfor modtaget data fra februar 1999.

Ortopædkirurgisk Afdeling på Hvidovre Hospital registrerer ikke, hvornår de første operationer på dagen påbegyndes, idet opfølgningen på operationsaktiviteterne hovedsageligt fokuserer på udskiftningstider, som ikke forudsætter denne oplysning. Hvidovre Hospital indgår derfor ikke i denne del af Rigsrevisionens undersøgelse.

168. Rigsrevisionen definerer kapacitetsudnyttelse som den andel af den samlede operationskapacitet, der rent faktisk anvendes til operationer. Rigsrevisionen definerer kapacitet som den tid, hvori de enkelte afdelinger og klinikker råder over operationsstuer med tilknyttet operationspersonale. Kapacitetsudnyttelsen er baseret på den tid, hvor operationsstuen anvendes til aktiviteter i relation til patientbehandling. Denne tid kaldes operationsstuetid og omfatter både forberedelse, operation og afslutningsaktiviteter i forbindelse med operationen.

Rigsrevisionen har endvidere undersøgt omfanget af operationsaflysninger, idet en høj kapacitetsudnyttelse godt kan forekomme samtidig med en uhensigtsmæssig planlægning, fx ved at den enkelte afdeling/klinik overbooker, så der ikke opstår mangel på patienter. Dette vil dog øge risikoen for operationsaflysninger eller overarbejde som følge af, at der er indkaldt flere patienter, end det

er muligt at operere inden for den planlagte åbningstid på operationsgangene.

Rigsrevisionens undersøgelse omfatter ikke en særskilt opgørelse af overarbejde. Det skyldes, at elektive aktiviteter efter normal åbningstid ikke nødvendigvis fører til overarbejde, idet sådanne aktiviteter kan varetages af den akutte bemanning, såfremt der ikke samtidig varetages akutte aktiviteter. Rigsrevisionen har dog ud fra de modtagne data konstateret, at elektive operationer kun sjældent strækker sig ud over normal åbningstid. Det skal dog pointeres, at denne tid ikke indgår som operationsstuetid i Rigsrevisionens opgørelse.

169. Rigsrevisionen har nedenfor opgjort dels, hvilken kapacitet der har været budgetteret med i den undersøgte periode for de 3 afdelinger/klinikker, dels hvilken tid der har været anvendt på operationsstuerne i relation til patienterne. De 2 opgørelser danner grundlag for Rigsrevisionens samlede opgørelse af kapacitetsudnyttelse. Af **tabel 9** fremgår kapaciteten for de 3 afdelinger/klinikker.

**Tabel 9. Operationskapacitet for 3 ortopædkirurgiske afdelinger/klinikker i marts og september 1999**

	Kapacitet					
	Elektiv		Akut		I alt	
	Marts	September	Marts	September	Marts	September
	----- Minutter -----					
Rigshospitalet .....	33.840	37.320	16.800	18.480	50.640	55.800
Bispebjerg Hospital.....	27.300	26.520	17.722	16.296	45.022	42.816
Frederiksberg Hospital.....	20.070	32.400	-	-	20.070	32.400

Rigsrevisionen har konstateret, at åbningstiden for operationslejer varierer mellem afdelingerne. Frederiksberg Hospital har færre operationsstuer end de øvrige afdelinger/klinikker, men holder længere åbent.

170. Rigsrevisionen har opgjort kapaciteten ud fra den samlede åbningstid. I planlægningen af operationer er det imidlertid nødvendigt at tage højde for, at der ikke kan udføres operationer i hele dette tidsrum.

Det er tidligere nævnt, at der mellem operationer vil være noget udskiftningstid, som bl.a. skal anvendes til ren-

gøring af stuer, klargøring af personale m.m. Den tid, der går hermed, indregnes i planlægningen. Rigsrevisionen har fået oplyst, at der ikke findes fælles standarder for, hvor lang tid der bør påregnes til aktiviteter mellem operationer. Ortopædkirurgisk Afdeling på Bispebjerg Hospital har oplyst, at afdelingen i planlægningen fratrækker 20 % af den samlede tid, som skal anvendes til udskiftning mellem operationer. Det betyder fx, at et operationsleje med en åbningstid på 7½ time skal bruge 90 minutter til udskiftning. Således kan der kun planlægges operationer i 6 timer på det pågældende operationsleje.

171. Stuetiden for elektive og akutte operationer i marts og september 1999 fremgår af **tabel 10**.

**Tabel 10. Stuetid i marts og september 1999**

	Elektive operationer		Akutte operationer		Stuetid i alt	
	Marts	September	Marts	September	Marts	September
	----- Minutter -----					
Rigshospitalet.....	24.298	29.713	9.932	11.534	34.230	41.247
Bispebjerg Hospital .....	20.525	18.959	8.090	9.624	28.615	28.959
Frederiksberg Hospital .....	16.397	27.473	83	-	16.480	27.473

Ud fra de 2 opgørelser fås kapacitetsudnyttelsen i de 3 afdelinger/klinikker. Kapacitetsudnyttelsen fremgår af **tabel 11**.

**Tabel 11. Kapacitetsudnyttelse i de 3 afdelinger/klinikker i marts og september 1999**

	Elektive lejer		Akutte lejer		Udnyttelse i alt	
	Marts	September	Marts	September	Marts	September
	----- % -----					
Rigshospitalet.....	72	80	59	62	68	74
Bispebjerg Hospital .....	75	72	46	59	64	67
Frederiksberg Hospital .....	82	85	-	-	82	85

Det fremgår af tabellerne, at kapacitetsudnyttelsen på de elektive operationsstuer generelt er høj. Fratrækkes tid til udskiftning mellem operationer, vil udnyttelse af de elektive lejer således generelt være høj.

Kapacitetsudnyttelsen på elektive operationer er højere på Ortopædkirurgisk Klinik på Frederiksberg Hospital end på de øvrige hospitaler i begge de opgjorte perioder, men der kan ikke umiddelbart konstateres store forskelle mellem de 2 andre afdelinger/klinikker.

Kapacitetsudnyttelsen på de akutte lejer er noget lavere end på de elektive, hvilket kan skyldes, at det er nødvendigt at opretholde et beredskab, som ikke nødvendigvis kommer i anvendelse. En kontinuerlig lav udnyttelsesgrad på de akutte operationslejer kan dog indikere, at der generelt er et for højt beredskab. Afdelingen på Bispebjerg Hospital har oplyst, at sådanne overvejelser gøres løbende, og at der fra tid til anden ændres på fordelingen mellem akutte og elektive lejer. Rigsrevisionen finder det positivt, at sådanne overvejelser løbende foretages, og at de aktuelle betingelser giver anledning til ændringer med henblik på at få et større udbytte af ressourcerne.

Rigsrevisionen kan konstatere, at Ortopædkirurgisk Klinik på Frederiksberg Hospital samlet har en større kapacitetsudnyttelse, hvilket – foruden en højere udnyttelse af den elektive kapacitet – kan tilskrives det forhold, at klinikken ikke skal opretholde et beredskab til akutte aktiviteter, som medfører en lavere kapacitetsudnyttelse for de øvrige klinikker. Rigshospitalets ortopædkirurgiske klinik har en anelse højere kapacitetsudnyttelse end Ortopædkirurgisk Afdeling på Bispebjerg Hospital, hvilket dels hænger sammen med en høj udnyttelse af den akutte aktivitet, dels at klinikkens elektive aktiviteter vægter mere på Rigshospitalet end på Bispebjerg Hospital.

### Operationsaflysninger

172. Som tidligere omtalt er der behov for at supplere kapacitetsudnyttelsen med oplysninger om operationsaflysninger. Rigsrevisionen har derfor opgjort antallet af operationsaflysninger på de 3 afdelinger/klinikker for marts og september 1999. For Rigshospitalet vedrører opgørelsen som tidligere nævnt dog februar og september 1999.

Aflysninger kan forekomme af flere årsager. Rigsrevisionen har fået oplyst, at der den 12. september 1996 blev afholdt et møde i H:S, hvor der blev aftalt fælles betegnelser for årsager til operationsaflysninger i forbindelse med registrering af **servicemål 9**. Rigsrevisionen har konstateret, at sådanne registreringer foretages enten manuelt eller elektro-

nisk på de besøgte afdelinger og klinikker, men at oplysninger ikke videresendes til H:S. H:S har oplyst, at der i første omgang har været problemer med, at operationsaflysninger ikke registreres på samme måde på de forskellige afdelinger/klinikker. Siden er der kommet et initiativ fra Sundhedsstyrelsen omkring fælles operationsaflysningsårsager for alle amter. H:S afventer for tiden et nyt initiativ på området fra Sundhedsstyrelsen. H:S har oplyst, at der i stedet arbejdes på at finde måder, hvorved registreringer kan foretages på en ensartet og sammenlignelig måde.

173. Af **tabel 12** fremgår aflysningsprocenten for operationer i forhold til årsager, der henholdsvis har og ikke har patientens tilstand som årsag.

**Tabel 12. Operationsaflysninger i marts og september 1999 for de 3 afdelinger/klinikker**

	Rigshospitalet		Bispebjerg Hospital		Frederiksberg Hospital	
	Marts	September	Marts	September	Marts	September
	----- % -----					
Ikke patientens tilstand som årsag.....	4,0	-	0,8	0,7	4,5	3,1
Patientens tilstand som årsag.....	2,7	-	4,4	3,6	3,8	3,6
Ikke oplyst.....	0,7	8,5	-	0,5	-	-

Rigsrevisionen kan konstatere, at alle 3 afdelinger/klinikker i begge opgørelser overholder H:S' servicemål om, at maks. 5 % af operationerne må aflyses af årsager, der ikke har patientens tilstand som årsag. Rigsrevisionen kan dog konstatere, at Ortopædkirurgisk Klinik på Frederiksberg Hospital har en væsentlig højere aflysningsprocent end de øvrige. Det kan endvidere konstateres, at flere af aflysningerne skyldes overbooking af elektive patienter, hvilket Rigsrevisionen finder overraskende, bl.a. i kraft af, at den elektive aktivitet ikke forstyrres af akutte aktiviteter. Rigsrevisionen kan dog også konstatere, at der på Ortopædkirurgisk Klinik på Frederiksberg Hospital er en høj kapacitetsudnyttelse. Samtidig hermed har Rigsrevisionen gennem de indhentede registreringer kunnet konstatere, at der kun undtagelsesvist forekommer operationer, der strækker sig ud over den planlagte åbningstid, men at der generelt

planlægges meget tæt på den normale lukketid på operationslejerne, hvilket giver en god kapacitetsudnyttelse, men også flere aflysninger – uden at hospitalet dog overskrider det fastsatte servicemål.

Rigsrevisionens undersøgelse har således vist, at der ikke er nogle afdelinger eller klinikker, der har en høj aflysningsprocent som følge af, at der indkaldes flere patienter, end kapaciteten kan håndtere.

#### **Rigsrevisionen bemærkninger**

Rigsrevisionen har bemærket, at de ortopædkirurgiske afdelinger/klinikker i vid udstrækning anvender registreringer fra operationsgangene i deres opfølgning på operationsaktiviteterne for derved at forbedre planlægningen.

Rigsrevisionen har endvidere konstateret, at der generelt på de undersøgte afdelinger/klinikker er en høj udnyttelse af operationskapaciteten, samt at dette ikke har medført omfattende problemer i forhold til mængden af operationsaflysninger. Rigsrevisionen finder, at dette kan tilskrives en god planlægning og systematisk opfølgning på operationsaktiviteterne.

Rigsrevisionen, den 17. maj 2000

Morten Levysohn  
fg.

/Peter Kock