



Beretning til Statsrevisorerne om sygehusenes økonomi i 2009

December
2010

revision
revision

revision

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og resultater	1
II.	Indledning	6
	A. Baggrund	6
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	7
III.	Sygehusenes budgetoverskridelser i 2009.....	9
	A. Budgetoverskridelser og de forventede konsekvenser	9
IV.	Sygehusenes og afdelingernes budgetter i 2009.....	14
	A. Sygehusenes budgetter.....	14
	B. Afdelingernes budgetter.....	20
V.	Opfølgning på sygehusenes aktiviteter og udgifter i 2009.....	26
	A. Regionernes opfølgning.....	26
	B. Sygehusenes og afdelingernes opfølgning.....	29
	Bilag 1. Ordliste.....	33

Rigsrevisionen afgiver denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997 som ændret ved lov nr. 590 af 13. juni 2006.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010

Bertel Haarder: februar 2010 -

I. Introduktion og resultater

1. Denne beretning handler om sygehusenes økonomi i 2009. Det er regionerne, som har ansvaret for driften af sygehusene.

2. Rigsrevisionen har igangsat undersøgelsen af egen drift i marts 2010. Baggrunden for undersøgelsen var de budgetoverskridelser på sygehusene, som blev konstateret i foråret 2010. Nogle sygehuse har efterfølgende været nødt til at reducere deres udgifter og som følge heraf afskedige medarbejdere.

3. Den samlede økonomiske ramme for regionernes drift af sundhedsområdet fastsættes hvert år i den årlige økonomiaftale mellem regeringen og Danske Regioner. Økonomiaftalen fastsætter også, hvilken aktivitet der samlet set skal være på sygehusene. Der har desuden på finansloven hvert år siden 2002 været afsat midler til det statslige aktivitetsafhængige tilskud, der udbetales ved meraktivitet på sygehusene.

Den økonomiske ramme skal dække al behandling af regionernes borgere, herunder både behandling i praksissektoren og behandling på sygehusene. Behandling på sygehusene omfatter regionernes udgifter til behandling på egne sygehuse, behandling på andre regioners sygehuse, behandling på private sygehuse efter udbud og behandling på private sygehuse som følge af ordningen om det udvidede frie sygehusvalg. Regionerne skal i deres styring tage højde for dette.

Den økonomiske ramme er udgangspunktet for regionernes styring, og regionerne skal inden for denne ramme fastsætte de nærmere principper for styring af sundhedsområdet og sygehusene.

4. Regionerne udfordres på sundhedsområdet af en række eksterne forhold, som påvirker regionernes og sygehusenes muligheder for at styre sygehusenes økonomi. Der er et pres for øget aktivitet på regionernes sygehuse, bl.a. som følge af, at flere patienter henvises til behandling på sygehusene og ordningen om det udvidede frie sygehusvalg. Regionerne er ifølge sundhedsloven ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder den enkelte patient behandling. Endvidere tilskynder statens aktivitetsafhængige tilskud til meraktivitet og principper om aktivitetsbestemte budgetter på sygehusene til øget aktivitet på sygehusene.

Ud over de eksterne forhold er der også internt på sygehusene en kompleks styringsmæssig udfordring, som kræver ledelsesmæssige prioriteringer for at styre sygehusenes aktiviteter og udgifter inden for de økonomiske rammer.

5. Formålet med undersøgelsen er at kortlægge omfanget af sygehusenes budgetoverskridelser i 2009 og undersøge årsager hertil. Formålet er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Hvad var omfanget og konsekvenserne af sygehusenes budgetoverskridelser i 2009?
- Har sygehusene og afdelingerne haft et sikkert grundlag for budgetstyringen i 2009?
- Har regionerne og sygehusene i 2009 løbende fulgt op på og tilpasset sygehusenes aktiviteter og udgifter til budgetterne?

Aktiviteten på et sygehus er de behandlinger mv., som foregår på sygehuset.

Meraktivitet er den aktivitet, der ligger ud over det aftalte for sygehusene.

Statens tilskud til meraktivitet

Staten har siden 2002 årligt på finansloven afsat midler til det statslige aktivitetsafhængige tilskud. Sygehusene kan ved meraktivitet få del i dette tilskud, indtil puljen er opbrugt.

I 2009 var tilskuddet til regionerne 2.538 mio. kr.

Tilskuddet fordeles mellem regionerne efter samme fordelingsnøgle som bloktilskuddet. Den enkelte region udmønter derefter sin andel til de sygehuse, som har gennemført meraktivitet, indtil puljen er opbrugt.

Undersøgelsen peger endvidere på initiativer, som kan styrke budgetstyringen på sygehuse.

6. I undersøgelsen indgår Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne, herunder sygehuse. Der er p.t. 37 sygehuse i Danmark. Endvidere er budgetoverskridelserne på 3 udvalgte sygehuse undersøgt nærmere. På hvert af de 3 sygehuse er der udvalgt en afdeling med stor budgetoverskridelse, som også indgår i undersøgelsen.

7. Undersøgelsen vedrører budgetåret 2009. Oplysningerne i beretningen er indsamlet fra marts 2010 til november 2010.

UNDERSØGELSENS RESULTATER

Flertallet af de offentlige sygehuse havde budgetoverskridelser i 2009. Selv om hovedparten af sygehuse havde relativt beskedne budgetoverskridelser, har nogle sygehuse i absolutte tal haft store budgetoverskridelser. Overskridelserne har på nogle sygehuse og afdelinger haft væsentlige konsekvenser, bl.a. i form af afskedigelser og ansættelsesstop.

Det er en særlig udfordring for regionerne og sygehuse at styre sygehuses økonomi. Sundhedsområdet skal styres inden for en fast økonomisk ramme, som sætter en grænse for sygehuses forbrug, samtidig med at sygehuse ved at gennemføre meraktivitet kan øge deres budget og dermed deres forbrug.

Sundhedsområdet var i 2009 særligt påvirket af en lavere vækst i de økonomiske rammer set i forhold til tidligere år. Tillige medførte strejken i 2008 lange ventelister til behandling på sygehuse. Hertil kom hensynet til patienterne, herunder pakkeforløbene på kræftområdet, ordningen om det udvidede frie sygehusvalg og de maksimale ventetider for visse livstruende sygdomme, som tilskyndede sygehuse til en høj aktivitet.

Det er Rigsrevisionens samlede vurdering, at det er en kompleks opgave at styre sygehuses økonomi, og at der også fremover vil være risiko for budgetoverskridelser.

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at regionerne og sygehuse på en række punkter kan forbedre styringen af sygehuse. Styringen kan bl.a. forbedres ved at:

- sikre afdelingerne realistiske budgetter
- sikre et bedre grundlag for at vurdere sammenhængen mellem budgettet og personalenormeringen på afdelingerne
- sikre et bedre løbende kendskab til omkostningerne ved de enkelte behandlinger, som kan forbedre grundlaget for sygehuses prioriteringer og vurderinger af, om aktiviteten kan øges inden for den budgetmæssige ramme
- sikre mere tidstro og pålidelige data for aktiviteten på afdelingerne, så afdelingerne løbende kan vurdere de økonomiske konsekvenser af den aktuelle aktivitet
- regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i fællesskab overvejer, hvordan aktivitetsbestemt finansiering bedst anvendes, så fordelene ved incitamentsstyringen høstes, samtidig med at usikkerheden i den økonomiske styring minimeres
- regionerne fortsat styrker deres økonomiopfølgning.

Denne samlede vurdering er baseret på følgende:

Alle regionerne havde i 2009 større udgifter til sygehusene, end der var budgetteret med. 21 ud af regionernes 37 sygehuse havde budgetoverskridelser. Budgetoverskridelserne har på nogle sygehuse haft væsentlige konsekvenser, bl.a. i form af afskedigelser og ansættelsesstop.

- Regionerne overskred samlet set i 2009 den økonomiske ramme for sundhedsområdet med 1,817 mia. kr., svarende til 2,2 %. Regionerne havde således større udgifter til sundhedsområdet end aftalt i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner.
- Alle regioner havde i 2009 større udgifter til deres sygehuse, end regionerne havde budgetteret med i deres korrigerede budgetter. Sygehusenes samlede budgetoverskridelser var i 2009 på 662 mio. kr., svarende til 1,2 %.
- Hovedparten af sygehusene havde relativt beskedne budgetoverskridelser. Nogle sygehuse har dog i absolutte tal haft store budgetoverskridelser.
- Konsekvenserne af sygehusenes budgetoverskridelser er bl.a. tilpasning af personalenormeringen. Der er i 2010 bl.a. gennemført afskedigelser, indført ansættelsesstop, nedlagt et større antal stillinger og reduceret i forbruget af vikarer og over-/merarbejde.

De 3 sygehuse og de 3 afdelinger i undersøgelsen havde ikke et sikkert grundlag for budgetstyringen i 2009. Det endelige mål for sygehusenes og afdelingernes produktionsværdi forelå først i foråret 2009, og sygehusenes budgetter blev ændret adskillige gange i løbet af året. Dette gjorde styringen vanskelig. Endelig havde ikke alle afdelinger realistiske budgetter ved årets start, bl.a. fordi der ikke var sammenhæng mellem budgettet og de udgifter, den aktuelle personalenormering medførte. Hertil kom den usikkerhed, der på nogle afdelinger knyttede sig til afregningen for meraktivitet.

Sygehusenes budgetter

- Regionerne udarbejdede sygehusenes budgetter for 2009 på baggrund af viden om udviklingen på sundhedsområdet.
- Hvert sygehus fik fra regionen i starten af 2009 et basisbudget og et foreløbigt mål for værdien af sygehusets produktion. Den endelige produktionsværdi for 2009 blev udmeldt i løbet af foråret 2009. Indtil da planlagde de enkelte sygehuse og afdelinger ud fra en foreløbig produktionsværdi og regionernes krav til antal ambulante besøg, operationer og udskrivninger for de enkelte sygehuse.
- Den sene udmelding af den endelige produktionsværdi kan bidrage til usikkerhed i styringen. Dette skyldes, at afdelingerne på nogle sygehuse kun havde 3. og 4. kvartal til at tilpasse aktiviteten og udgifterne. Selv små ændringer i et sygehus' samlede produktionsværdi kan have betydning for de enkelte afdelinger. Fra 2011 udmeldes den endelige produktionsværdi tidligt på året.
- På 2 af sygehusene i undersøgelsen blev der i 2009 gennemført meraktivitet for at dække de budgetoverskridelser, som de 2 sygehuse allerede primo 2009 forventede for året. Underskuddene blev imidlertid ikke dækket, da meraktiviteten blev gennemført til for høje omkostninger.

Produktionsværdi

Regionerne fastsætter årligt et mål for produktionen på det enkelte sygehus.

Målet fastsættes som en produktionsværdi, der udtrykker værdien af sygehusets produktion. Denne produktionsværdi kaldes også baseline.

Baseline udregnes ved at gange sygehusets ydelser med den værdi i kroner, som ydelserne har. Derved kan sygehusets aktiviteter udtrykkes i en samlet værdi i kroner.

- Det er væsentligt for både sygehus og afdelinger, at de råder over et opdateret basisbudget og en opdateret produktionsværdi. Sygehusenes basisbudgetter, produktionsværdier og aktivitetsmål blev løbende ændret i 2008, 2009 og ind i 2010, og sygehusene skulle således forholde sig til et betydeligt antal ændringer.
- Flere af regionerne var i 2009 tilbageholdende med at fordele budgetterne mellem sygehusene ved sammenlægninger og flytning af opgaver. Budgettet og personalenormeringen blev således i nogle tilfælde først endeligt aftalt, efter at det modtagende sygehus havde overtaget opgaven. Uklarhed om budgetterne ved sammenlægninger af afdelinger på tværs af sygehuse medfører usikkerhed om budgetstyringen på de involverede afdelinger.

Afdelingernes budgetter

- De 3 afdelinger i undersøgelsen fremhæver alle, at deres budgetter for 2009 ikke var realistiske. Afdelingernes budgetter tog enten ikke højde for en øget aktivitet eller kendte organisatoriske ændringer på afdelingerne.
- Der var igennem 2009 et betydeligt antal ændringer i afdelingernes basisbudgetter og baseline, som afdelingerne skulle forholde sig til.
- På 2 af sygehusene i undersøgelsen var der ikke tilstrækkelig sammenhæng mellem den enkelte afdelings budget og personalenormering. Alle 3 sygehuse har haft for lidt fokus på sammensætningen af lønudgifter til fast personale, vikarer og over-/merarbejde.
- Regionerne styrer aktiviteten på sygehusene ved hjælp af takststyring. Sygehuse fastsætter selv, hvordan regionens takststyring anvendes på de enkelte afdelinger. Alle 3 afdelinger i undersøgelsen afregnes for deres meraktivitet, men på forskellig vis. På ét af sygehusene kendte afdelingerne på forhånd afregningen for meraktivitet. På de 2 andre sygehuse kendte afdelingerne ikke på forhånd afregningen for henholdsvis meraktivitet og ikke-aftalt meraktivitet, og det bidrog til usikkerhed i afdelingernes budgetstyring.

Regionerne fulgte i 2009 sygehusenes aktiviteter og udgifter, og regionsrådene har været orienteret om udviklingen i sygehusenes økonomi. Erfaringerne fra 2009 viser behovet for, at regionerne fortsat styrker deres opfølgning på sygehusenes økonomi. Der er desuden behov for en skærpet opfølgning på, om de igangsatte initiativer for at overholde budgetterne virker. Flere regioner har fra 2010 indført krav om, at sygehusene hver måned rapporterer til regionen om økonomien. Regionerne og sygehusene gennemførte ikke i 2009 tilstrækkelige initiativer til at imødegå budgetproblemerne.

Regionernes opfølgning

- Regionerne fulgte i 2009 løbende udviklingen i sygehusenes aktiviteter og udgifter i forbindelse med økonomirapporterne til regionsrådene. Det fremgik klart af økonomirapporterne, at sygehusene havde problemer med at overholde budgetterne. Regionsrådene var således i 2009 orienteret om udviklingen i sygehusenes økonomi.
- 2 af sygehusene i undersøgelsen havde også budgetoverskridelser i 2008 og skulle således allerede ved starten af 2009 reducere deres udgifter for at overholde budgetterne.

- Nogle af regionerne stillede ultimo 2009 krav om en månedlig økonomirapportering fra sygehusene. Dette var sent i forhold til, hvornår det stod klart, at sygehusene ikke kunne overholde deres budgetter. Andre regioner har fra 2010 stillet krav om månedlig økonomirapportering fra sygehusene.
- Da sygehusenes budgetproblemer i 2009 stod klart for regionerne, pålagde de sygehusene at udarbejde handlingsplaner og tage konkrete initiativer til at imødegå budgetproblemerne. Planerne var dog ikke tilstrækkelige til, at budgetterne blev overholdt.

Sygehusenes og afdelingernes opfølgning

- De 3 sygehuse i undersøgelsen overvågede løbende i 2009 deres aktiviteter og udgifter, og der blev holdt møder mellem de forskellige ledelsesniveauer på sygehusene.
- De 3 afdelinger havde i 2009 de data for løn og øvrig drift, som var nødvendige for at følge økonomien. Tidstro og pålidelige data om aktiviteten på afdelingerne havde givet afdelingerne bedre muligheder for at følge op på budgetterne.
- De 3 afdelinger havde også budgetoverskridelser i 2008 og skulle således allerede ved starten af 2009 reducere deres udgifter for at overholde budgettet.
- Der var på alle 3 afdelinger planer for, hvordan afdelingerne i 2009 kunne overholde budgetterne. Det lykkedes for de 3 afdelinger i 3. kvartal 2009 at bremse udviklingen i de samlede lønudgifter. For 2 af afdelingerne steg de samlede lønudgifter dog igen i 4. kvartal. Initiativerne var samlet set ikke tilstrækkelige til, at afdelingerne kunne undgå budgetoverskridelser.

II. Indledning

A. Baggrund

8. Denne beretning handler om sygehusenes økonomi i 2009. Baggrunden for undersøgelsen er de budgetoverskridelser på sygehusene, som blev konstateret i foråret 2010. Foreløbige tal pegede dengang på, at ca. 2.000 stillinger skulle nedlægges i de kommende år.

9. Rigsrevisionen har igangsat undersøgelsen af egen drift i marts 2010, da budgetoverskridelserne på nogle sygehuse har haft store konsekvenser og bl.a. har ført til afskedigelser. I flere af regionerne var sygehusenes budgetoverskridelser af et sådant omfang, at sygehusene først i løbet af en årrække vil have tilbagebetalt deres budgetoverskridelser fra 2009. Rigsrevisionen ønsker med beretningen at pege på nogle af de væsentlige områder, hvor styringen på sygehusene kan styrkes.

Beretningen kortlægger omfanget og konsekvenserne af sygehusenes budgetoverskridelser i 2009. Endvidere undersøges årsager til budgetoverskridelserne.

10. Regionerne udfordres på sundhedsområdet af en række eksterne forhold, som har betydning for regionernes og sygehusenes muligheder for at styre sygehusenes økonomi.

Den samlede økonomiske ramme for regionernes drift af sundhedsområdet fastsættes hvert år i den årlige økonomiaftale mellem regeringen og Danske Regioner. Økonomiaftalen fastsætter også, hvilken aktivitet der skal være på sygehusene.

Den økonomiske ramme skal dække al behandling af regionernes borgere, herunder både behandling i praksissektoren og behandling på sygehusene. Behandling på sygehusene omfatter regionernes udgifter til behandling på egne sygehuse, behandling på andre regioners sygehuse, behandling på private sygehuse efter udbud og behandling på private sygehuse som følge af ordningen om det udvidede frie sygehusvalg. Regionerne skal i deres styring tage højde for dette.

I økonomiaftalen for 2009 var der en lavere stigning i væksten i sundhedsudgifterne end tidligere år. Regionerne måtte derfor tilpasse udgifterne på sundhedsområdet til en lavere stigningsstakt end tidligere. Det statslige krav om en produktivitetstigning på 2 % på sygehusene blev videreført som i tidligere år i økonomiaftalen for 2009, hvilket betød, at sygehusene også i 2009 skulle præstere en stigning i aktiviteten på 2 % uden stigning i udgifterne.

Ud over økonomiaftalen er regionerne underlagt aktivitetsbestemt finansiering, hvor regionerne kan få del i statens meraktivitetspulje (den såkaldte "Løkkepose"), hvis sygehusene producerer mere aktivitet end aftalt med regionen.

Produktivitetskrav er et krav om, at sygehuset skal levere en højere aktivitet, uden der følger finansiering med. Økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner har i mange år indeholdt et krav om, at produktiviteten på sygehusene hvert år skal stige med 2 %.

Sideløbende med den aktivitetsbestemte finansiering har patienterne fået rettigheder på en række områder, herunder ordningen om det udvidede frie sygehusvalg. Denne giver patienter, som er henvist til sygehusbehandling, ret til at vælge at blive behandlet på et andet offentligt eller privat sygehus eller en privatklinik, hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for 1 måned på egne sygehuse.

I 2008 betød strejken på de offentlige sygehuse, at ventelisterne på sygehuse voksede betydeligt. Der var derfor i forlængelse af strejken et betydeligt pres på sygehuse for at afvikle ventelisterne.

Derudover var en del sygehuse i 2009 berørt af omorganiseringer som følge af Sundhedsstyrelsens nye specialeplan, Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det akutte område og regionernes hospitalsplaner. Formålet med den nye specialeplan er, at undersøgelse og behandling sker med høj faglig kvalitet og helhed i patientforløbene under hensyn til en effektiv udnyttelse af resurserne. Med den nye specialeplan varetages specialiseret behandling fremover kun på sygehuse, hvor det er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Ud over de særlige forhold i 2009 er sygehuse generelt påvirket af en større efterspørgsel efter behandling på sygehuse. Endvidere sker der en betydelig udvikling i sygdomsbehandlingen, hvor sygehuse indfører nye og dyrere behandlingsformer og ny medicin. Denne udfordring skærpes yderligere af en generel forventning om øget kvalitet i behandlingen.

Endelig udgør de akutte patienter for nogle sygehuse og afdelinger en stor del af det samlede antal patienter. Kendetegnen for de akutte patienter er uforudsigelighed i, hvornår behandlingen skal foretages, og sygdommens kompleksitet. Der skal derfor på mange sygehuse – uafhængigt af patienttilgangen – altid være et beredskab til at behandle akutte patienter.

Således er der en række forhold, der har betydning for regionernes og sygehuses muligheder for at styre økonomien på sygehuse.

B. Formål, afgrænsning og metode

Formål

11. Formålet med undersøgelsen har været at kortlægge omfanget af sygehuses budgetoverskridelser i 2009 og undersøge årsager hertil. Formålet er belyst ved at besvare følgende spørgsmål:

- Hvad var omfanget og konsekvenserne af sygehuses budgetoverskridelser i 2009?
- Har sygehuse og afdelinger haft et sikkert grundlag for budgetstyringen i 2009?
- Har regionerne og sygehuse i 2009 løbende fulgt op på og tilpasset sygehuses aktiviteter og udgifter til budgetterne?

12. Undersøgelsen belyser styringen af sygehuses økonomi i 2009 og peger endvidere på initiativer, som kan styrke budgetstyringen på sygehuse.

Afgrænsning og metode

13. Undersøgelsen omfatter de 5 regioner, herunder sygehuse. Undersøgelsen er afgrænset til budgetåret 2009, dog omtales i enkelte tilfælde relevante forhold i 2008 og 2010.

14. I undersøgelsen indgår Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne, herunder sygehuse. Endvidere er budgetoverskridelserne på 3 udvalgte sygehuse – Herlev Hospital, Odense Universitetshospital og Ålborg Sygehus – blevet undersøgt nærmere. De 3 sygehuse er alle store sygehuse, hvor der har været betydelige budgetoverskridelser i 2009.

Sundhedsstyrelsens specialeplan omlægger den specialiserede behandling på sygehuse i Danmark.

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med de faglige selskaber og regionerne gennemgået de 36 lægelige specialer og fastlagt kravene til sygehuses basisbehandling og til specialiseret behandling.

Sundhedsstyrelsen har i juni 2010 udmeldt, hvilke sygehuse i landet der skal varetage de forskellige former for specialiseret behandling.

De 3 afdelinger

I undersøgelsen indgik:

- en onkologisk afdeling (kræftbehandling)
- en ortopædkirurgisk afdeling (skader i knogler og led)
- en urologisk afdeling (sygdomme i nyrer, urinveje og kønsorganer).

Alle 3 afdelinger var i 2009 relativt store afdelinger med 139-400 årsværk.

På de 3 sygehuse blev sygehusledelsen, økonomiafdelingen og en udvalgt afdeling interviewet for at undersøge dels procedurerne for budgetlægning og -opfølgning på sygehuse og afdelingerne, dels initiativer til at genoprette økonomien. De 3 udvalgte afdelinger havde store budgetoverskridelser i 2009.

15. Undersøgelsen baserer sig endvidere på materiale fra regionerne og sygehusene, herunder bl.a. regionernes årsregnskaber for 2009, regionernes økonomirapporter til regionsrådene i 2009 og sygehusenes retningslinjer for budgetlægning og -opfølgning. Regionerne har endvidere besvaret et spørgeskema fra Rigsrevisionen om omfanget og konsekvenserne af sygehusenes budgetoverskridelser.

16. I beretningen bruges betegnelsen regioner som en samlet betegnelse for forvaltningen og regionsrådet. De steder i teksten, hvor det er væsentligt at præcisere regionsrådets rolle, er betegnelsen regionsrådet anvendt. Betegnelsen sygehus bruges om sygehuset som helhed inkl. sygehusledelsen. Enkelte steder, hvor det er relevant, er det præciseret, at der er tale om sygehusledelsen.

17. Beretningen har i udkast været forelagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Desuden har beretningen (kap. III-V) været forelagt regionerne. Indenrigs- og Sundhedsministeriets og regionernes bemærkninger er i videst muligt omfang indarbejdet i beretningen.

18. Bilag 1 indeholder en ordliste med forklaringer på væsentlige udtryk og betegnelser.

III. Sygehusenes budgetoverskridelser i 2009

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Alle regionerne havde i 2009 større udgifter til sygehusene, end der var budgetteret med. 21 ud af regionernes 37 sygehuse havde budgetoverskridelser. Budgetoverskridelserne har på nogle sygehuse haft væsentlige konsekvenser, bl.a. i form af afskedigelser og ansættelsesstop.

19. Rigsrevisionen har undersøgt omfanget og konsekvenserne af sygehusenes budgetoverskridelser i 2009, herunder:

- omfanget af regionernes budgetoverskridelser i 2009 for sundhedsområdet som helhed og samlet for hver regions sygehuse
- de forventede konsekvenser af budgetoverskridelserne i 2009 for sygehusene.

20. Regionerne har ifølge sundhedsloven ansvaret for opgaverne på sundhedsområdet, herunder ansvaret for sygehusene og for, at borgerne har adgang til praksissektoren. Regionerne er endvidere ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder den enkelte patient behandling, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 med senere ændringer.

21. Regionernes forvaltning var i 2009 reguleret ved regionsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 693 af 3. juli 2009, og ved bekendtgørelse nr. 756 af 24. juni 2009 om regionernes budget- og regnskabsvæsen, revision mv. I bilag 1 til bekendtgørelsen fastsættes regler for regionernes budget- og regnskabssystem, herunder bl.a. for formen af regionernes årsbudget, flerårige budgetoverslag og regnskab.

Regionerne aflægger både et omkostningsbaseret og et udgiftsbaseret regnskab. Det fremgår af bekendtgørelse nr. 756 af 24. juni 2009, at det i økonomiaftalen for 2008 mellem regeringen og Danske Regioner blev aftalt, at regionerne fra 2009 fuldt ud skulle overgå til omkostningsbaserede bevillinger.

A. Budgetoverskridelser og de forventede konsekvenser

22. Rigsrevisionen har undersøgt omfanget af regionernes budgetoverskridelser i 2009 for sundhedsområdet som helhed og samlet for hver regions sygehuse.

23. Regionernes udgifter til sundhedsområdet omfatter udgifter til:

- sygehuse
- behandling af regionens patienter i andre regioner og på private sygehuse
- patienterstatninger og patientbefordring

Omkostningsbaseret og udgiftsbaseret regnskab

I et omkostningsbaseret regnskab bogføres udgiften, i takt med at ydelsen forbruges (typisk over flere år).

I et udgiftsbaseret regnskab bogføres udgiften på det tidspunkt, hvor betalingen gennemføres. Der kan således mellem de 2 regnskaber være en forskel i periodiseringen af udgiften, som medfører en forskel i årets resultat.

- praksissektoren
- diverse udgifter og indtægter
- andel af fælles formål og administration.

Praksissektoren omfatter bl.a. udgifter til alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger, tandlæger, tandplejere og fysioterapeuter.

Diverse udgifter og indtægter omfatter administration af sundhedsområdet i regionen. Andel af fælles formål og administration omfatter sundhedsrådets andel af administrative udgifter, der er fælles for regionens 3 aktivitetsområder: sundhed, social- og specialundervisning og regional udvikling.

Regionernes budgetoverskridelse på sundhedsområdet

24. Finansieringen af sundhedsområdet aftales i den årlige økonomiaftale mellem regeringen og Danske Regioner. Økonomiaftalen indgås for regionerne under ét (og ikke for den enkelte region) og er den samlede ramme for regionernes budgetlægning. Aftalen for 2009 indeholder de økonomiske rammer og forudsætninger for sundhedsområdet i 2009, herunder hvilken aktivitet og stigning i produktiviteten der skulle være på sygehusene.

25. Tabel 1 viser økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner for 2009 (efter fordeling mellem regionerne), regionernes regnskaber for 2009 og regionernes budgetoverskridelse på sundhedsområdet i forhold til økonomiaftalen. Et negativt fortegn i tabellen markerer en budgetoverskridelse.

Tabel 1. Regionernes budgetoverskridelse i 2009
(Mio. kr.)

Region	Økonomiaftalen inkl. korrektioner	Regnskab for 2009	Budgetafvigelse	Budgetafvigelse i %
Hovedstaden	26.553	27.201	+648	+2,4
Sjælland	12.780	13.192	+412	+3,2
Syddanmark	17.857	17.916	+59	+0,3
Midtjylland	17.751	18.127	+376	+2,1
Nordjylland	8.698	9.020	+322	+3,7
I alt	83.639	85.456	+1.817	+2,2

Note: Tabellen viser nettodriftsudgifter til sundhedsområdet ekskl. medicintilskud til praksissektoren i pris- og lønniveau 2009. Tabellen tager ikke højde for overført mer- eller mindreforbrug fra 2008 til 2009. Det kan betyde, at den enkelte regions underskud kan være delvist dækket af et overført overskud fra 2008.

Økonomiaftalen er inkl. korrektioner, som fx er kommet til under finanslovsforhandlingerne.

Kilde: Danske Regioner.

Det fremgår af tabel 1, at 4 af regionerne havde budgetoverskridelser på sundhedsområdet på mellem 2,1 % og 3,7 %, mens Region Syddanmark havde en overskridelse på 0,3 %.

Det fremgår videre af tabel 1, at regionerne i 2009 havde en samlet budgetoverskridelse i forhold til økonomiaftalen på 1,817 mia. kr., svarende til 2,2 %. Regionerne havde således større udgifter til sundhedsområdet, end de fik dækket af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner.

26. Regionernes budgetoverskridelser på sundhedsområdet dækker dels overskridelser på sygehusene (se pkt. 29 ff.), dels budgetoverskridelser på andre dele af sundhedsområdet, herunder bl.a.:

- Praksissektoren, hvor regionerne i 2009 samlet havde en budgetoverskridelse på ca. 400 mio. kr. Dette skyldes ifølge regionerne bl.a. flere konsultationer hos praktiserende læger og speciallæger, fysioterapeuter og tandlæger.
- Behandling uden for regionen (både på private sygehuse og i andre regioner).
- Patienterstatninger, patientbefordring og særlig dyr medicin. Regionernes udgifter til patienterstatninger steg i 2009 med 131 mio. kr. til 568 mio. kr.

27. En del af regionernes budgetoverskridelser på sundhedsområdet ligger ifølge regionerne på de såkaldte vanskeligt styrbare områder. Det kan fx være områder som praksissektoren, behandling uden for regionen, patienterstatninger og patientbefordring. På disse områder er der ifølge regionerne ingen eller kun ringe muligheder for at styre aktiviteterne, da den afhænger af patienternes rettigheder og efterspørgsel efter behandling.

Ifølge regionerne må de stigende udgifter på de vanskeligt styrbare områder finansieres ved effektiviseringer og besparelser på de områder inden for sundhedsområdet, hvor styring er mulig. Det vil primært sige sygehusene. Én af regionerne fremhæver i den forbindelse, at besparelser, der reducerer aktiviteten på regionens sygehuse, kan betyde, at patienterne – som følge af ordningen om det udvidede frie sygehusvalg – vælger at blive behandlet på private sygehuse eller i andre regioner. Derved stiger regionens udgifter til behandling uden for regionen. Der er ifølge regionen en grænse for, hvor store besparelser der kan gennemføres på regionens sygehuse, uden at sygehusenes aktivitet falder, hvilket kan medføre endnu større udgifter til behandling uden for regionen.

28. Regionerne må ikke overføre udgifter mellem deres 3 aktivitetsområder: sundhed, social- og specialundervisning og regional udvikling.

Sygehusenes budgetoverskridelser

29. Regionernes budget til sygehusene gives i form af et basisbudget, under forudsætning af at sygehuset opnår en aftalt aktivitet. Tabel 2 viser, hvor meget sygehusene samlet for hver region har overskredet budgettet med i 2009. Et negativt fortegn i tabellen markerer en budgetoverskridelse.

Tabel 2. Sygehusenes budgetoverskridelser for hver region i 2009
(Mio. kr.)

Region	Samlet korrigeret budget for regionens sygehuse	Samlede udgifter for regionens sygehuse	Budgetafvigelse	Budgetafvigelse i %
Hovedstaden	19.465	19.751	+286	+1,5
Sjælland	7.007	7.054	+47	+0,7
Syddanmark	12.439	12.559	+120	+1,0
Midtjylland	11.738	11.822	+ 84	+0,7
Nordjylland	5.807	5.932	+125	+2,2
I alt	56.456	57.118	+662	+1,2

Kilde: Rigsrevisionen.

Tabel 2 viser forskellen mellem regionernes korrigerede budgetter for sygehusene og sygehusenes endelige regnskaber. Regionerne korrigerer løbende sygehusenes budgetter som følge af fx økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner, organisatoriske ændringer, nye opgaver og afregning af mer- eller mindreaktivitet. De korrigerede budgetter i tabel 2 indeholder de budgetændringer, som regionerne foretog i løbet af 2009 i sygehusenes budgetter. De korrigerede budgetter er dog opgjort uden den tillægsbevilling i årets sidste økonomirapport, som regionsrådet i nogle regioner giver til sygehusene for at tilpasse bevilningerne til det forventede regnskab.

Det fremgår af tabel 2, at sygehusenes samlede budgetoverskridelse i 2009 var 662 mio. kr., svarende til 1,2 %. Region Nordjylland og Region Hovedstaden havde de største budgetoverskridelser på henholdsvis 2,2 % og 1,5 % af de korrigerede budgetter. Hver region havde i 2009 større udgifter til deres sygehuse, end regionen havde budgetteret med.

30. Tabel 3 viser antallet af sygehuse med budgetoverskridelser i 2009.

Tabel 3. Sygehuse med budgetoverskridelser i 2009 (Antal)

Sygehuse i regionerne i alt (inkl. behandlingspsykiatrien)	37
Sygehuse med budgetoverskridelser i 2009	21
Sygehuse med budgetoverskridelser på mellem 0 % og 1 %	5
Sygehuse med budgetoverskridelser på mellem 1 % og 2,5 %	8
Sygehuse med budgetoverskridelser på mellem 2,5 % og 5 %	5
Sygehuse med budgetoverskridelser på mere end 5 %	3

Kilde: Rigsrevisionen.

Det fremgår af tabel 3, at 21 ud af regionernes 37 sygehuse havde budgetoverskridelser i 2009. 8 sygehuse havde overskridelser på mellem 1 % og 2,5 % af de korrigerede budgetter, mens 5 sygehuse havde overskridelser på mellem 2,5 % og 5 %. 3 sygehuse havde en overskridelse på mere end 5 %. I alt havde 16 sygehuse budgetoverskridelser på mere end 1 % af de korrigerede budgetter.

Konsekvenserne af budgetoverskridelserne

31. Alle regioner har udarbejdet handlingsplaner og spareplaner for sygehusene. Regionerne har oplyst, at der på sygehusene har været og fortsat vil være følgende konsekvenser af budgetoverskridelserne:

- afskedigelser, nedlæggelse af stillinger og ansættelsesstop
- reduktion/stop for vikarer og reduktion i over-/merarbejde
- ændret tilrettelæggelse af opgaver, opgaveglidning, effektivisering af lægestrukturen og optimering af driften på alle områder
- generelle besparelser, kapacitetsreduktioner, begrænsninger i indkøb og omlægning af sengeafsnit
- nedsættelse af serviceniveauet, nedprioritering af udviklings- og forskningsopgaver og reduktion i bemanningen til visse funktioner.

32. Én af regionerne har i forbindelse med afskedigelserne givet jobgaranti inden for regionen, mens en anden region har givet jobgaranti i forbindelse med en reduktion i antallet af administrative stillinger i såvel regionen som på sygehusene.

33. Tabel 4 viser dels, om regionerne forventer, at sygehusene overholder deres budgetter for 2010, dels hvornår sygehusene forventes at tilbagebetale deres budgetoverskridelser fra 2009. Nogle af regionerne oplyser, at der knytter sig nogen usikkerhed til tabellens oplysninger om sygehusenes budgetoverholdelse i 2010.

Tabel 4. Sygehusenes budgetoverholdelse i 2010 og tilbagebetaling af budgetoverskridelserne fra 2009

Region	Sygehusenes budgetoverholdelse i 2010	Tilbagebetaling af sygehusenes budgetoverskridelser fra 2009
Hovedstaden	Forventer, at 8 af regionens 13 sygehuse overholder deres budgetter for 2010.	I perioden 2010-2012.
Sjælland	Forventer, at regionens sygehuse overholder deres budgetter for 2010.	Sygehusenes bevilling reduceres ved budgetoverskridelser med maks. 1 % det følgende år. Derudover afvikles der ikke gæld.
Syddanmark	Forventer, at 4 af regionens 5 sygehuse overholder deres budgetter for 2010.	I perioden 2013-2015, idet det pågældende sygehus først skal afdrage gæld fra 2007 og 2008.
Midtjylland	Forventer, at 4 af regionens 8 sygehuse overholder deres budgetter for 2010.	I perioden 2010-2013.
Nordjylland	Forventer ikke budgetoverholdelse på alle regionens sygehuse i 2010 – heller ikke samlet set.	En eventuel tilbagebetaling af sygehusenes gæld indgår i regionens budgetdrøftelser af budgettet for 2012.

Kilde: Rigsrevisionen.

Det fremgår af tabel 4, at én region forventer, at regionens sygehuse vil overholde deres budgetter i 2010. De 4 andre regioner forventer, at ét eller flere af deres sygehuse får budgetoverskridelser i 2010. Det fremgår videre af tabellen, at sygehusene forventes at tilbagebetale deres budgetoverskridelser fra 2009 over flere år.

Vurdering

34. Regionerne overskred samlet set i 2009 den økonomiske ramme for sundhedsområdet med 1,817 mia. kr., svarende til 2,2 %. Regionerne havde således større udgifter til sundhedsområdet end aftalt i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner.

35. Alle regioner havde i 2009 større udgifter til deres sygehuse, end regionerne havde budgetteret med i deres korrigerede budgetter. Sygehusenes samlede budgetoverskridelser var i 2009 på 662 mio. kr., svarende til 1,2 %.

36. Hovedparten af sygehusene havde relativt beskedne budgetoverskridelser. Nogle sygehuse har dog i absolutte tal haft store budgetoverskridelser.

37. Konsekvenserne af sygehusenes budgetoverskridelser er bl.a. tilpasning af personale-normeringen. Der er i 2010 bl.a. gennemført afskedigelser, indført ansættelsesstop, nedlagt et større antal stillinger og reduceret i forbruget af vikarer og over-/merarbejde.

IV. Sygehusenes og afdelingernes budgetter i 2009

UNDERSØGELSENS RESULTAT

De 3 sygehuse og de 3 afdelinger i undersøgelsen havde ikke et sikkert grundlag for budgetstyringen i 2009. Det endelige mål for sygehusenes og afdelingernes produktionsværdi forelå først i foråret 2009, og sygehusenes budgetter blev ændret adskillige gange i løbet af året. Dette gjorde styringen vanskelig. Endelig havde ikke alle afdelinger realistiske budgetter ved årets start, bl.a. fordi der ikke var sammenhæng mellem budgettet og de udgifter, den aktuelle personalenormering medførte. Hertil kom den usikkerhed, der på nogle afdelinger knyttede sig til afregningen for meraktivitet.

38. Rigsrevisionen har undersøgt, om sygehusene og afdelingerne har haft et sikkert grundlag for budgetstyringen i 2009.

A. Sygehusenes budgetter

39. For at vurdere, om sygehusene i 2009 havde et sikkert grundlag for budgetstyringen, har Rigsrevisionen undersøgt, om:

- regionerne har udarbejdet sygehusenes budgetter for 2009 på baggrund af viden om udviklingen på sundhedsområdet
- sygehusene i 2009 havde et basisbudget og et mål for værdien af sygehusets produktion
- sygehusene i 2009 havde klarhed over budgetterne ved sammenlægninger af afdelinger på tværs af sygehuse.

40. I alle 5 regioner indgår regionerne en driftsaftale med det enkelte sygehus, hvor sygehusets økonomiske ramme knyttes til aktivitets- og produktivetsmål og service- og kvalitetsmål.

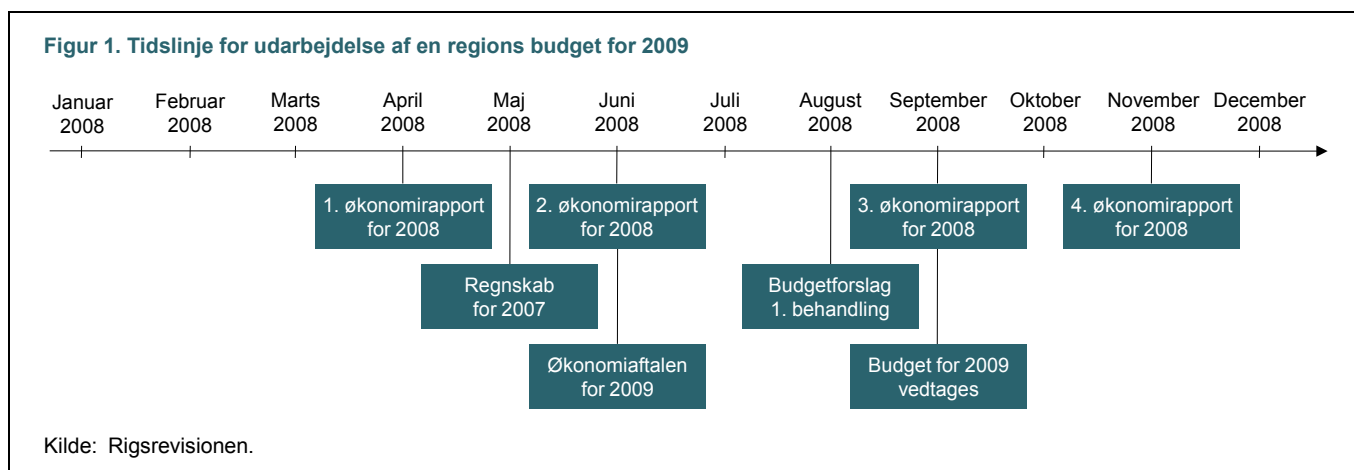
Sygehuset har ansvaret for sygehusets drift, herunder ansvaret for, at behandlingen af patienterne følger lovgivningen, og at sygehuset overholder sit budget. Sygehuset kan selv disponere inden for sit budget. Fx kan sygehuset omplacere midler mellem løn og øvrig drift. Derudover har sygehuset ansvaret for at leve op til de aktivitets- og produktivetsmål og service- og kvalitetsmål, som regionen fastsætter for sygehuset. Det er praksis, at et eventuelt overskud eller underskud på sygehuset overføres helt eller delvist til sygehusets budget det følgende år.

Service- og kvalitetsmål er enten politisk fastsatte i de enkelte regioner eller lovbestemte. Målene udtrykker den kvalitet og service, som patienterne kan forvente i mødet med regionens sundhedsvæsen. Et servicemål er fx, at den 1. undersøgelse af en patient højst må ligge 4 uger efter, at sygehuset har modtaget patientens henvisning.

Grundlaget for sygehusenes budgetter

41. Regionerne fastlagde sygehusenes budgetter for 2009 ved en løbende proces, der startede i foråret 2008. Regionerne tog i forhold til udarbejdelsen af sygehusenes budgetter for 2009 et lidt forskelligt udgangspunkt. Budgetteringen for 2009 baserede sig enten på budgetterne for 2007 eller 2008 med efterfølgende pris- og lønregulering eller på budgetoverslaget for 2009. Endvidere blev budgetterne reguleret for eventuelle ændringer i struktur og organisation samt for nye opgaver.

42. Figur 1 viser en tidslinje for udarbejdelsen af en regions budget for 2009. Økonomirapporterne foreligger ikke på samme tidspunkt i alle regionerne, og figuren skal derfor betragtes som et eksempel.



I løbet af foråret og sommeren 2008 indarbejdede regionerne en række ændringer i budgetterne for 2009, bl.a. på baggrund af budgetopfølgninger og regnskabet for 2007. Da økonomiaftalen for 2009 mellem regeringen og Danske Regioner forelå i juni 2008, blev budgetterne revurderet på baggrund af aftalen, jf. figur 1. Endvidere blev budgetterne revurderet på baggrund af regeringens lov- og cirkulæreprogram. Endelig var der en dialog med de enkelte sygehuse om budgettet samt nye initiativer og de økonomiske konsekvenser deraf. Det skal bemærkes, at 2008 var et atypisk år på grund af den langvarige strejke på sygehusene.

43. Regionerne vedtog deres budgetter for 2009, herunder sygehusenes budgetter, i oktober 2008.

BOKS 1. BEKENDTGØRELSEN OM REGIONERNES BUDGET OG REGNSKABSVÆSEN, REVISION MV.

Ifølge bekendtgørelse nr. 475 af 4. maj 2010 om regionernes budget- og regnskabsvæsen, revision mv. skal forretningsudvalget i regionen senest den 15. august forud for det pågældende regnskabsår udarbejde et forslag til regionens årsbudget og flerårige budgetoverslag til regionsrådet.

Regionrådets 1. behandling af forslaget til årsbudget og flerårige budgetoverslag skal ske senest den 24. august, og 2. behandlingen senest den 1. oktober.

En budgetopfølgning viser, hvordan udgifter og indtægter har udviklet sig i forhold til budgettet i en given periode.

Budgetopfølgninger kan bl.a. vise, hvor der er væsentlige ændringer og nye forhold, som kan få indflydelse på årets resultat, fx hvis der er markant stigende udgifter på et område som fx patienterstatninger.

DRG-takster

Der er for de fleste ydelser på sygehuse- ne tilknyttet en takst, dvs. et beløb i kroner. Dette beløb udtrykker de landsgennemsnitlige omkostninger, der er ved at gennemføre den pågældende ydel- se, fx en operation.

Baseline beregnes ved at gange sygehusets ydelser med de DRG- takster, som ydelserne har. Derved kan syge- husets aktivitet udtryk- kes i en samlet værdi i kroner.

Sygehusernes budgetter

44. Regionerne fastlægger ved deres årlige budgetlægning for hvert sygehus et basisbud- get og et mål for værdien af sygehusets produktion – også kaldet baseline.

Basisbudgettet er den ramme, sygehuset må disponere over det pågældende år til bl.a. løn. Baseline er et mål for den produktion, som sygehuset skal nå det pågældende år. Baseline udregnes ved at gange sygehusets ydelser med de DRG-takster, som ydelserne har. Derved kan sygehusets aktivitet udtrykkes i en samlet værdi i kroner.

Ud over baseline fastsætter nogle regioner ved årets start også andre mål for sygehusets aktiviteter, fx krav om et bestemt antal ambulante besøg, operationer og udskrivninger. Ba- seline er således ikke det eneste mål for aktiviteten på sygehuserne, jf. boks 2.

Sygehuset skal således både styre i forhold til at gennemføre en bestemt aktivitet (målt ved baseline og aktivitetsmål) og samtidig holde sig inden for basisbudgettets ramme.

BOKS 2. EKSEMPEL PÅ ET SYGEHUS' BASISBUDGET, BASELINE OG AKTIVITETSMÅL VED ÅRETS START

Basisbudget	2.581 mio. kr.
Baseline:	
Foreløbig baseline (DRG-værdi af aktiviteterne)	2.786 mio. kr.
Foreløbig baseline inkl. meraktivitet på sygehuset	2.913 mio. kr.
Aktivitetsmål:	
Antal udskrivninger inkl. meraktivitet	63.848
Antal ambulante besøg inkl. meraktivitet	416.443
Antal operationer inkl. meraktivitet	35.524

Kilde: Rigsrevisionen.

Sygehusets basisbudget gives under forudsætning af, at sygehuset opnår den aftalte aktivi- tet fastsat ved sygehusets baseline. Gennemføres den aftalte aktivitet ikke, reduceres syge- husets basisbudget. Tilsvarende hæves sygehusets basisbudget, hvis der gennemføres me- re aktivitet end det aftalte.

Basisbudgettet øges med midler fra regionens pulje til meraktivitet (jf. pkt. 3 ff.). Denne pul- je er imidlertid af begrænset størrelse, og sygehuset kan således kun få del i puljen, indtil den er opbrugt. Har sygehuset aktivitet ud over dette, får sygehuset ingen betaling for denne mer- aktivitet.

Baseline

45. I 2009 fik sygehuserne ved årets start en foreløbig baseline. Sygehusernes og dermed af- delingernes endelige baseline for 2009 forelå på forskellige tidspunkter i regionerne fra me- dio marts til primo juni 2009. Før den endelige baseline kunne udmeldes, skulle sygehuse- ne afslutte registreringen af deres aktiviteter for 2008. Herefter behandlede Sundhedsstyre- lsen de sidste tal for aktiviteten og meldte den endelige aktivitet for 2009 ud til regionerne. På baggrund heraf beregnede regionerne sygehusernes endelige baseline for 2009, og syge- husene den endelige baseline for hver afdeling.

Afdelingerne kan løbende følge deres aktiviteter ud fra data om antal ambulante besøg, udskrivninger og operationer, som findes i sygehusenes ledelsesinformationssystem. Data om disse aktivitetsmål er ikke afhængige af data fra Sundhedsstyrelsen, og afdelingerne kan ud fra disse data vurdere, om de når deres aktivitetsmål i form af antal besøg osv. En vurdering af, om afdelingerne når deres aktivitetsmål, giver dog ikke nødvendigvis et korrekt billede af, om afdelingerne også når deres baseline.

46. Det kan have stor betydning for de enkelte afdelinger på sygehusene, hvornår den endelige baseline udmeldes. Fx gør den sene udmelding af den endelige baseline i juni det vanskeligt for afdelingerne at tilpasse aktiviteten og udgifterne, da afdelingerne så kun har 3. og 4. kvartal til at tilpasse aktiviteten i forhold til den endelige baseline. Selv små ændringer i et sygehus' samlede baseline kan have betydning for de enkelte afdelinger.

47. Én af regionerne fremhæver, at sygehuse og afdelinger i regionen også har 2. kvartal til at tilpasse aktiviteten i forhold til baseline, da den pågældende region udmelder sygehusenes endelige baseline i marts. Regionen fremhæver endvidere, at regionens sygehuse efter budgetlægningen i vid udstrækning har sikkerhed for såvel basisbudget som aktivitetsmål, da regionen ikke gennemfører væsentlige ændringer efter budgetvedtagelsen, og sygehusenes driftsaftaler også indeholder aktivitetsmål i form af antal udskrivninger, besøg og operationer.

48. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har aftalt med Danske Regioner, at ministeriet på baggrund af det datagrundlag, der foreligger i januar 2011, udmelder den endelige baseline for 2011. Dette er ca. 2 måneder tidligere end i de foregående år, og regionerne vil således tidligere kunne melde den endelige baseline ud til de enkelte sygehuse.

Sygehusenes interne mål for produktionen

49. På 2 af sygehusene i undersøgelsen vidste sygehusene allerede i starten af 2009, at de formodentlig ikke kunne overholde deres basisbudget for 2009.

Det ene sygehus valgte som løsning at budgettere med mere aktivitet på sygehuset end den baseline, som regionen havde udmeldt til sygehuset. Strategien på sygehuset var at gennemføre meraktivitet, uden at udgifterne steg tilsvarende. På den måde kunne sygehuset gennem regionens betaling for meraktivitet (fra regionens meraktivitetspulje) få dækket sygehusets underskud. Den pågældende region var orienteret om sygehusets strategi.

På det andet sygehus blev der ikke budgetteret med mere aktivitet, men til gengæld blev der månedligt igennem 2009 udarbejdet prognoser over aktiviteten. Prognoserne forudså meraktivitet på sygehuset, og sygehuset forventede derfor afregning for meraktiviteten fra regionen. Sygehuset planlagde med, at meraktiviteten kunne gennemføres, uden at udgifterne steg tilsvarende. Dette indgik i sygehusets styring og i handlingsplanerne for nogle af de afdelinger, som havde problemer med at overholde budgetterne. Ved at fastholde udgifterne – trods stigningen i aktiviteten – kunne afregningen for meraktiviteten medvirke til at løse sygehusets problemer med at overholde budgettet.

50. Det ene sygehus nåede i 2009 den aktivitet, som var udmeldt af regionen, men nåede ikke den meraktivitet, der var fastsat som et internt mål af sygehuset selv. Ifølge den nuværende sygehusledelse var den planlagte meraktivitet urealistisk høj. Meraktiviteten blev på begge sygehuse gennemført med større udgifter til personale end forudsat, og det lykkedes således ikke at gennemføre meraktiviteten uden stigning i udgifterne. De 2 sygehuse fik derfor ikke et tilstrækkeligt økonomisk overskud ud af meraktiviteten til at dække de 2 sygehusenes budgetunderskud. Begge sygehuse havde budgetoverskridelser i 2009.

Ledelsesinformationssystemet er et it-system, der indeholder ledelsesinformation.

Ledelsesinformation er centrale informationer om sygehusets og afdelingernes aktiviteter, forbrug på løn og vikarer og øvrige omkostninger. Ledelsesinformation skal understøtte ledelsens muligheder for at tage kvalificerede beslutninger.

Ændringer i sygehusenes basisbudget og baseline

51. Både sygehusenes basisbudget og baseline ændres løbende gennem året af regionerne, fx som følge af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner, organisatoriske ændringer, nye opgaver og afregning af mer- eller mindreaktivitet. Ændringerne sker ifølge regionerne i dialog med de enkelte sygehuse.

52. I tabel 5 er antallet af ændringer i 2009 i basisbudgettet for 2009 opgjort for de 3 sygehuse i undersøgelsen.

Tabel 5. Ændringer i 2009 i sygehusenes basisbudget for 2009 (Antal)

Sygehus A	Sygehus B	Sygehus C
86	81	64

Kilde: Rigsrevisionen.

Det fremgår af tabel 5, at de 3 regioner, hvis sygehuse indgik i undersøgelsen, i 2009 foretog henholdsvis 86, 81 og 64 ændringer i de 3 sygehuses basisbudget for 2009. Der var således et betydeligt antal ændringer i de 3 sygehuses basisbudgetter, som sygehusene skulle forholde sig til.

53. I tabel 6 er ændringer i baseline og aktivitetsmål for 2009 opgjort for 2 sygehuse i undersøgelsen.

Tabel 6. Ændringer i 2008, 2009 og 2010 i 2 sygehuses baseline og aktivitetsmål for 2009

	Ændringer i baseline for 2009 og den samlede ændring i kroner	Ændringer i aktivitetsmål for 2009
Sygehus A	2008: 8 ændringer. 2009: 16 ændringer. Baseline blev ændret fra 1.955 mio. kr. til 2.466 mio. kr., svarende til 26 %.	Udskrivinger stiger fra 38.306 til 53.215, svarende til 39 %. Ambulante besøg stiger fra 340.062 til 408.500, svarende til 20 %.
Sygehus B	2009: 7 ændringer. 2010: 1 ændring. Baseline blev ændret fra 2.907 mio. kr. til 2.989 mio. kr., svarende til 3 %.	Udskrivinger stiger fra 63.849 til 64.005, svarende til 0,2 %. Ambulante besøg stiger fra 411.880 til 433.416, svarende til 5 %. Operationer stiger fra 35.126 til 35.841, svarende til 2 %.

Kilde: Rigsrevisionen.

Det fremgår af tabel 6, at der er en del ændringer i sygehus A's baseline, som samlet set stiger med 26 % i løbet af 2009. Det fremgår endvidere af tabellen, at regionens krav til sygehus A i form af antal udskrivinger og ambulante besøg stiger markant – henholdsvis 39 % og 20 %. På sygehus B er den samlede ændring af baseline 3 %, mens kravet til antal udskrivinger og ambulante besøg stiger henholdsvis 0,2 % og 5 %.

Ændringer i sygehusenes basisbudgetter og baseline for 2009 kan ikke forelægges til politisk beslutning efter 2009. Dog korrigeres sygehusenes budgetter i nogle regioner i 2010 for den mer- eller mindreaktivitet, som sygehusene har gennemført i 2009.

54. Regionerne fremhæver, at hensigten med hovedparten af ændringerne er at sikre stabile og uforandrede driftsvilkår for sygehusene, og det er ifølge regionerne væsentligt med løbende ændringer, da dette styrker sikkerheden for sygehusene. Endvidere peger regionerne på, at:

- en stor del af ændringerne i basisbudgettet er tekniske, hvor budgettet står på centrale konti, men reelt er aftalt omplaceret til sygehuset
- basisbudgettet og baseline løbende skal tilpasses som led i økonomistyringen og ændringer i sygehusenes opgaver, fx hvor ændret behandling eller organisatoriske ændringer, herunder flytninger af opgaver mellem sygehusene, medfører ændringer i basisbudgettet og aktiviteten
- sygehusenes basisbudgetter typisk ændres som følge af bl.a. afregning for meraktivitet, pris- og lønfremskrivninger, helårseffekter af tidligere besluttede nye aktiviteter og interne omflytninger på sygehusene som en følge af tilsvarende flytninger af bogføringer
- mange af ændringerne kun har en marginal nettovirkning på afdelingerne og derfor ikke ændrer afdelingernes styringsgrundlag.

Økonomiske rammer ved sammenlægninger

55. 4 af regionerne har i forskellig grad gennemført sammenlægninger af afdelinger og sygehuse.

56. 2 af sygehusene i undersøgelsen havde i 2009 selv ansvaret for at dele budgettet ved sammenlægninger mellem den afdeling, som afgav opgaven, og den afdeling, som modtog opgaven.

Der var på de 2 sygehuse forud for de organisatoriske ændringer et meget langt forløb, hvor de involverede sygehuse ikke kunne blive enige om konsekvenserne af sammenlægningerne. På det ene sygehus blev problemerne endvidere forstærket af, at en del personale sagde op fra den afgivende afdeling, hvorfor det modtagende sygehus hurtigere end forudsat måtte overtage opgaven. Det betød bl.a., at sygehuset måtte opsætte pavilloner og etablere andre midlertidige funktioner.

Uenigheden om budgetterne betød, at budgetter og personalenormering i nogle tilfælde først blev aftalt, efter at sammenlægningen var gennemført. Indtil budgettet blev afklaret, arbejdede de berørte afdelinger efter et internt budget, hvor sygehuset havde anslået budget og normering. Samtidig betød de midlertidige lokaler og behovet for ansættelse af nyt personale, at den sammenlagte afdeling ikke kunne gennemføre en så høj aktivitet som forudsat. Det lykkedes derfor ikke sygehuset på kort sigt at opnå den aktivitet og effektivisering, der var forudsat ved sammenlægningen.

Først da de 2 sygehuse opgav at løse uenighederne om budgetterne, traf de 2 regioner en afgørelse.

57. Én af regionerne fremhæver, at hovedparten af sammenlægningerne økonomisk set blev afklaret inden 2009 eller primo 2009. De resterende sager, som blev afklaret i løbet af 2009, var enten af mindre størrelse eller sager, hvor sygehuset overtog en udefunktion. Ved en udefunktion sker der ikke en fysisk sammenlægning, men derimod overtager sygehuset det økonomiske og ledelsesmæssige ansvar for en funktion på et andet sygehus. Regionen konstaterer dog videre, at der ved visse sammenlægninger har været en forsinkelse i forhold til at afklare den økonomiske ramme. Endelig fremhæver regionen, at sammenlægninger siden starten af 2010 følges tættere, og at regionen tidligere fastlægger budget- og personalenormering ved uenighed mellem det afgivende og det modtagende sygehus.

Normeringen på afdelingen fastsætter antallet af medarbejdere i de forskellige stillinger, fx antallet af sygeplejersker på afdelingen.

I en anden region blev der i 2009 gennemført specifikke analyser af de enkelte sammenlægninger. Fremover vil regionen anvende en fælles model for, hvordan budgettet fordeles ved sammenlægninger og omstruktureringer på sygehusene, så det afgivende sygehus ikke efterlades med et krav om en ekstra besparelse, som sygehuset ikke kan realisere.

Vurdering

58. Regionerne udarbejdede sygehusenes budgetter for 2009 på baggrund af viden om udviklingen på sundhedsområdet.

59. Hvert sygehus fik fra regionen i starten af 2009 et basisbudget og et foreløbigt mål for værdien af sygehusets produktion. Den endelige produktionsværdi for 2009 blev udmeldt i løbet af foråret 2009. Indtil da planlagde de enkelte sygehuse og afdelinger ud fra en foreløbig produktionsværdi og regionernes krav til antal ambulante besøg, operationer og udskrivninger for de enkelte sygehuse.

60. Den sene udmelding af den endelige produktionsværdi kan bidrage til usikkerhed i styringen. Dette skyldes, at afdelingerne på nogle sygehuse kun havde 3. og 4. kvartal til at tilpasse aktiviteten og udgifterne. Selv små ændringer i et sygehus' samlede produktionsværdi kan have betydning for de enkelte afdelinger. Fra 2011 udmeldes den endelige produktionsværdi tidligt på året.

61. På 2 af sygehusene i undersøgelsen blev der i 2009 gennemført meraktivitet for at dække de budgetoverskridelser, som de 2 sygehuse allerede primo 2009 forventede for året. Underskuddene blev imidlertid ikke dækket, da meraktiviteten blev gennemført til for høje omkostninger.

62. Det er væsentligt for både sygehus og afdelinger, at de råder over et opdateret basisbudget og en opdateret produktionsværdi. Sygehusenes basisbudgetter, produktionsværdier og aktivitetsmål blev løbende ændret i 2008, 2009 og ind i 2010, og sygehusene skulle således forholde sig til et betydeligt antal ændringer.

63. Flere af regionerne var i 2009 tilbageholdende med at fordele budgetterne mellem sygehusene ved sammenlægninger og flytning af opgaver. Budgettet og personalenormeringen blev således i nogle tilfælde først endeligt aftalt, efter at det modtagende sygehus havde overtaget opgaven. Uklarhed om budgetterne ved sammenlægninger af afdelinger på tværs af sygehuse medfører usikkerhed om budgetstyringen på de involverede afdelinger.

B. Afdelingernes budgetter

64. For at vurdere, om afdelingerne i 2009 havde et sikkert grundlag for budgetstyringen, har Rigsrevisionen undersøgt, om:

- sygehusene i 2009 sikrede afdelingerne realistiske budgetter
- sygehusene i 2009 sikrede sammenhæng mellem afdelingernes budget og personalenormering
- sygehusenes takststyring af afdelingerne i 2009 bidrog til en sikker budgetstyring på afdelingerne.

Realistiske budgetter

65. Et realistisk budget er en forudsætning for, at budgettet kan fungere som et styringsværktøj for opgaveløsningen.

66. Sygehusledelsen er ansvarlig for at udarbejde afdelingernes budgetter. På de 3 sygehuse i undersøgelsen er de besøgte afdelingers budget udarbejdet på lidt forskelligt grundlag. Sygehusene har således i forskellig grad inddraget budgettet for sygehuset som helhed, afdelingens budget for 2008, udviklingen i afdelingens forbrug og aktivitet i 2008, afdelingens regnskab for 2007 og eventuelle ønsker fra den enkelte afdeling.

På ét af sygehusene var afdelingernes budgetter for 2009 i vid udstrækning en videreførelse af budgetterne fra 2008, dog blev alle afdelingernes budgetter reduceret for at dække et fælles udgiftsbehov.

67. Alle 3 afdelinger i undersøgelsen fremhæver, at deres budget for 2009 ikke var realistisk. Budgetterne tog bl.a. ikke højde for øget efterspørgsel efter behandling eller kendte organisatoriske ændringer, og ifølge afdelingerne forventede de primo 2009, at afdelingernes budgetter ikke ville holde.

Én afdeling fremhæver således, at afdelingen gennem de senere år har udvidet aktiviteten markant som følge af, at opgaver er blevet flyttet, og pakkeforløbene på kræftområdet indført. I samme periode havde afdelingen ubalance mellem budgettet og aktiviteten. Den pågældende region anerkender, at afdelingen i 2009 havde et skævt budget forbundet med nogen usikkerhed.

På en anden afdeling gik sygehuset ind i 2009 med et krav om at finde besparelser for 120 mio. kr., bl.a. som følge af et underskud på sygehuset i 2008. Sygehusledelsen vidste godt, at det ville betyde, at nogle afdelinger kom til at stå over for en stor styringsopgave, som de ikke kunne løse. Afdelingen orienterede i januar 2009 sygehusledelsen om, at afdelingen uden initiativer ville ende med et underskud på 40 mio. kr. De 40 mio. kr. var dels en budgetusikkerhed i forbindelse med, at opgaver skulle flyttes fra afdelingen, dels en reel styringsopgave, der handlede om at reducere afdelingens udgifter med 20 mio. kr.

Desuden kendte afdelingen først sent på året det endelige basisbudget. Afdelingsledelsen underskriver normalt i februar eller marts en driftsaftale for budgetåret, der indeholder afdelingens basisbudget, baseline og aktivitetsmål. I maj 2009 underskrev afdelingsledelsen en foreløbig aftale med et foreløbigt basisbudget på 246 mio. kr. Den endelige aftale underskrev afdelingsledelsen i oktober 2009 med et basisbudget på 229 mio. kr.

Den 3. afdeling oplyser, at afdelingens budget for 2009 var baseret på budgettet for 2008 og aktiviteten i 2008, hvor afdelingen havde underskud. Afdelingen havde høj aktivitet i både 2007 og 2008, men udgifterne hertil blev ikke indarbejdet i afdelingens budget for 2009, og afdelingen forventede derfor heller ikke, at budgettet for 2009 kunne holde. Et budget med øget aktivitet uden tilsvarende stigning i udgifterne var dog netop sygehusets strategi for at dække sygehusets underskud, jf. pkt. 49 ff., hvilket blev afspejlet i de enkelte afdelingers budgetter.

Endvidere var en del af afdelingens aktivitet i tidligere år blevet afregnet på forventet tillægsbevilling. Afdelingen havde i 2007 og 2008 fået tillægsbevillinger for at kunne leve op til de maksimale ventetider for visse livstruende sygdomme. Disse tillægsbevillinger var ikke indregnet i afdelingens budget for 2009.

Pakkeforløbene på kræftområdet beskriver patientforløbet inden for specifikke kræftsygdomme og fastlægger, hvornår de enkelte undersøgelser og behandlinger skal foregå i et på forhånd planlagt forløb. Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om kræftsygdom, gennem udredning, diagnose og behandling til efterbehandling.

Formålet med pakkeforløbene er at tilbyde patienterne optimal undersøgelse og behandling uden unødigt ventetid og derved forbedre prognosen, opnå bedre livskvalitet og mindske utrygheden.

Maksimale ventetider for visse livstruende sygdomme

Patienter med en livstruende kræftsygdom og visse tilstande af hjertesygdomme har ret til, at behandlingsforløbet sættes i gang inden for en bestemt tidsperiode.

De maksimale ventetider er ikke en samlet ventetid, men derimod en række maksimale ventetider til forundersøgelse, behandling og efterbehandling, som sygehusene skal forsøge at leve op til.

68. I tabel 7 er ændringer i 2009 i basisbudgettet og baseline for 2009 opgjort for de 3 afdelinger i undersøgelsen.

Tabel 7. Ændringer i 2009 i de 3 afdelingers basisbudget og baseline for 2009

	Ændringer i basisbudgettet og baseline for 2009	Ændring i afdelingernes basisbudget i 2009 i kroner
Afdeling A	16	Basisbudgettet blev ændret fra 355 mio. kr. til 377 mio. kr., svarende til 6 %.
Afdeling B	36	Basisbudgettet blev ændret fra 247 mio. kr. til 229 mio. kr., svarende til ÷7 %.
Afdeling C	15	Basisbudgettet blev ændret fra 60 mio. kr. til 73 mio. kr., svarende til 21 %.

Note: For afdeling B har regionen oplyst, at både budget og forbrug er ændret i 18 ud af de 36 budgetændringer. Der er således ifølge regionen ingen styringsmæssige konsekvenser af disse ændringer.

Kilde: Rigsrevisionen.

Det fremgår af tabel 7, at der i 2009 var henholdsvis 16, 36 og 15 ændringer i de 3 afdelingers basisbudget og baseline. Der var således løbende igennem 2009 et betydeligt antal ændringer af basisbudgetterne og baseline, som afdelingerne skulle forholde sig til. Det fremgår videre af tabellen, at basisbudgettet på de 3 afdelinger blev ændret med henholdsvis 6 %, ÷7 % og 21 % i løbet af 2009.

Sammenhæng mellem budget og personalenormering

69. Rammerne for afdelingernes opgaver beskrives typisk i en driftsaftale, som afdelingen indgår med sygehusledelsen. Af driftsaftalen fremgår bl.a. afdelingens basisbudget, baseline og aktivitetsmål. Hovedparten af afdelingernes budget går til lønudgifter.

Ud fra afdelingens budget udarbejdes en såkaldt fremmødeplan, der beskriver det antal sygeplejersker, SOSU-assistenten og læger, der skal være på afdelingen i dag-, aften- og weekendvagter. Fremmødeplanen viser ikke, hvem der konkret skal være på arbejde, men alene hvilken personalenormering afdelingen kan have i de forskellige vagter.

Såfremt fremmødeplanen hænger sammen med afdelingens budget, vil fremmødeplanen angive, hvilken personalenormering afdelingen kan have i de forskellige vagter, når afdelingen skal holde sig inden for budgettet.

Ud fra fremmødeplanen udarbejdes afdelingens vagtplan. Vagtplanen beskriver konkret, hvem af afdelingens ansatte der skal være på arbejde og hvornår.

70. På 2 af sygehusene i undersøgelsen blev afdelingernes vagtplaner i 2009 ofte udarbejdet ud fra tilgangen af patienter til den pågældende afdeling – og ikke ud fra afdelingens fremmødeplan og dermed afdelingens budget. Vagtplanen kunne således medføre, at afdelingen overskred sit budget. Samtidig var afdelingerne på de 2 sygehuse i mindre grad opmærksomme på muligheden for at reducere afdelingernes lønudgifter i forbindelse med vagtplanen, fx gennem reduktion af vikarforbrug, over-/merarbejde og sammensætningen af personalet.

Fremmødeplanen

fastlægger den normering af sygeplejersker, SOSU-assistenten og læger, der skal være på afdelingen i dag-, aften- og weekendvagter.

Vagtplanen beskriver konkret, hvem af afdelingens ansatte der skal være på arbejde og hvornår.

De 2 sygehuse er i 2010 ved at indføre fremmødeplaner til brug for vagtplanlægningen på alle afdelinger, så personaleforbruget afspejler den enkelte afdelings budget. Det ene sygehus har også udarbejdet et økonomisk styringsværktøj til at beregne lønudgifterne til sygeplejerskerne i fremmødeplanerne. Værktøjet kan udregne, hvad ændringer i sygeplejerskernes normering betyder for afdelingens budget.

71. På det sidste af de 3 sygehuse i undersøgelsen var afdelingernes fremmødeplaner knyttet til afdelingernes budgetter. Ved ændringer af afdelingernes budgetter blev også fremmødeplanerne og efterfølgende vagtplanerne ændret. Sygehusledelsen fremhæver dog, at der har været behov for øget fokus på dels afdelingernes budgetoverholdelse, dels på udvikling af styringsværktøjer, hvor det kan følges, om lønforbruget passer til afdelingens budget.

Takststyring på sygehuse

72. Regionerne styrer aktiviteten på sygehuse ved hjælp af takststyring og aktivitetsmål om et bestemt antal ambulante besøg, operationer og udskrivninger. Som led i takststyringen fastsætter regionerne via sygehusets baseline værdien af den aktivitet, sygehuset skal have det pågældende år, jf. pkt. 45 ff.

Hvis sygehuset gennemfører mere aktivitet end aftalt med regionen i baseline, får sygehuset hævet sit basisbudget. Gennemfører sygehuset mindre aktivitet end aftalt, reduceres sygehusets basisbudget. Det er sygehusledelsens ansvar at fastlægge, hvordan regionens takststyring anvendes på de enkelte afdelinger.

73. Regionerne og sygehuse takststyrer på forskellig vis. Tabel 8 viser, hvordan de 3 regioner, hvis sygehuse indgår i undersøgelsen, anvender takststyring.

Takststyring betyder, at sygehusets bevilling afhænger af sygehusets aktivitet. Et sygehus, der gennemfører mere aktivitet end aftalt med regionen, får således øget sin bevilling.

Tabel 8. Afregning af sygehuse og afdelinger

Region	Afregning af sygehuset			Afregning af afdelingerne
	Afregning ved meraktivitet	Afregning ved mindreaktivitet	Afregning ved ikke-aftalt meraktivitet	
Hovedstaden	50 % af DRG-taksten.	50 % af DRG-taksten.	Regionen skelner ikke mellem aftalt og ikke-aftalt meraktivitet.	Afdelingerne ved ikke på forhånd, om og hvor meget af meraktiviteten de får afregning for.
Syddanmark	55 % af DRG-taksten.	55 % af DRG-taksten.	Regionen skelner ikke mellem aftalt og ikke-aftalt meraktivitet.	Afdelingerne får 40-49 % af DRG-taksten ved indlagte patienter. Ved ambulante patienter får afdelingen 52 %.
Nordjylland	70 % af DRG-taksten, hvis meraktivitet er aftalt.	70 % af DRG-taksten.	20 % af DRG-taksten.	Afdelingerne får afregning ved aftalt aktivitet. Ved ikke-aftalt aktivitet ved afdelingerne ikke på forhånd, om de får afregning.

Note: Hvilken procentsats af DRG-taksten sygehuse afregnes med, afhænger af, hvilket incitament regionen ønsker, at sygehuse skal have til at nå deres baseline og producere meraktivitet.

2 af regionerne skelner ikke mellem aftalt og ikke-aftalt meraktivitet. Sygehuse får således samme afregning (fx 50 % af DRG-taksten) ved ikke-aftalt meraktivitet som ved aftalt meraktivitet.

Kilde: Rigsrevisionen.

Det fremgår af tabel 8, at de 3 sygehuse i undersøgelsen får afregnet deres mer- og mindreaktivitet med forskellige procentsatser af DRG-taksten. Sygehusene afregnes således med enten 50 %, 55 % eller 70 % af DRG-taksten ved både mer- og mindreaktivitet alt afhængigt af, hvilken region sygehuset er lokaliseret i. I Region Nordjylland gælder dette dog kun, hvis sygehusenes meraktivitet er aftalt på forhånd. Er sygehusenes meraktivitet ikke aftalt på forhånd med regionen, får sygehusene 20 % af DRG-taksten.

Det fremgår videre af tabel 8, at afdelingerne afregnes på forskellig vis, når de gennemfører meraktivitet.

I Region Hovedstaden fører sygehuset i undersøgelsen ikke takststyringen direkte ud på afdelingerne. Begrundelsen er, at mange afdelinger – ud over de afdelinger, der behandler patienter – er involveret i at skabe aktiviteten. Samtidig ønsker sygehuset ikke at reducere budgettet for de afdelinger, der har mindreaktivitet, bl.a. på grund af ordningen om det udvidede frie sygehusvalg og maksimale ventetider for visse livstruende sygdomme. Afdelingerne bliver dog ofte afregnet for en del af meraktiviteten, men dette sker ikke automatisk, og afdelingerne ved ikke på forhånd, hvor meget de får afregning for. Afdelingerne har således ikke sikkerhed for afregningens størrelse, og det er derfor usikkert for den enkelte afdeling, om meraktiviteten vil bidrage til et underskud for afdelingen.

I Region Syddanmark fører sygehuset i undersøgelsen takststyringen ud på afdelingerne, så afdelingerne automatisk får finansieret meraktivitet med 40-49 % af DRG-taksten. Ved ambulante patienter får afdelingerne 52 % af taksten. Den øvrige del af afregningen op til 55 % går til de tværfaglige afdelinger, fx røntgenafdelingen og laboratoriet.

I Region Nordjylland fører sygehuset i undersøgelsen takststyringen ud på afdelingerne ved aftalt meraktivitet med en afregning på 70 % af DRG-taksten. Hvis afdelingerne gennemfører ikke-aftalt meraktivitet, er situationen dog en anden. Her er det uvist for afdelingerne, om de får afregning for meraktiviteten. Den enkelte afdeling har således en usikkerhed ved ikke-aftalt meraktivitet. Den maksimale afregning på 20 % giver afdelingen et økonomisk incitament til at begrænse ikke-aftalt meraktivitet, da afregningen måske ikke dækker afdelingens udgifter til meraktiviteten, og afdelingen risikerer således budgetoverskridelse.

74. Afdelingerne har peget på, at deres fokus på at overholde budgetterne udfordres af pakkeforløbene på kræftområdet, ordningen om det udvidede frie sygehusvalg og de maksimale ventetider for visse livstruende sygdomme, der tilskynder til et højt aktivitetsniveau. Dette har betydet, at nogle afdelinger har gennemført meraktivitet trods risikoen for budgetoverskridelser.

Én af regionerne har oplyst, at sygehusene i 2009 bestræbte sig på at løse alle de pålagte opgaver som følge af ordningen om det udvidede frie sygehusvalg, maksimale ventetider for visse livstruende sygdomme og pakkeforløbene på kræftområdet. Regionen har nu indskærpet over for sygehusene, at der også fremover skal fokuseres på at overholde budgetterne. En anden region har oplyst, at sygehusene fra 2010 kun kan planlægge med at få afregnet meraktivitet, hvis det på forhånd er aftalt med regionen.

Vurdering

75. De 3 afdelinger i undersøgelsen fremhæver alle, at deres budgetter for 2009 ikke var realistiske. Afdelingernes budgetter tog enten ikke højde for en øget aktivitet eller kendte organisatoriske ændringer på afdelingerne.

76. Der var igennem 2009 et betydeligt antal ændringer i afdelingernes basisbudgetter og baseline, som afdelingerne skulle forholde sig til.

77. På 2 af sygehusene i undersøgelsen var der ikke tilstrækkelig sammenhæng mellem den enkelte afdelings budget og personalenormering. Alle 3 sygehuse har haft for lidt fokus på sammensætningen af lønudgifter til fast personale, vikarer og over-/merarbejde.

78. Regionerne styrer aktiviteten på sygehusene ved hjælp af takststyring. Sygehusene fastsætter selv, hvordan regionens takststyring anvendes på de enkelte afdelinger. Alle 3 afdelinger i undersøgelsen afregnes for deres meraktivitet, men på forskellig vis. På ét af sygehusene kendte afdelingerne på forhånd afregningen for meraktivitet. På de 2 andre sygehuse kendte afdelingerne ikke på forhånd afregningen for henholdsvis meraktivitet og ikke-aftalt meraktivitet, og det bidrog til usikkerhed i afdelingernes budgetstyring.

V. Opfølgning på sygehusenes aktiviteter og udgifter i 2009

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Regionerne fulgte i 2009 sygehusenes aktiviteter og udgifter, og regionsrådene har været orienteret om udviklingen i sygehusenes økonomi. Erfaringerne fra 2009 viser behovet for, at regionerne fortsat styrker deres opfølgning på sygehusenes økonomi. Der er desuden behov for en skærpet opfølgning på, om de igangsatte initiativer for at overholde budgetterne virker. Flere regioner har fra 2010 indført krav om, at sygehusene hver måned rapporterer til regionen om økonomien. Regionerne og sygehusene gennemførte ikke i 2009 tilstrækkelige initiativer til at imødegå budgetproblemerne.

79. Rigsrevisionen har undersøgt, om regionerne og sygehusene i 2009 løbende fulgte op på og tilpassede sygehusenes aktiviteter og udgifter til budgetterne. For at vurdere dette har Rigsrevisionen undersøgt, om:

- regionerne i 2009 fulgte udviklingen i sygehusenes økonomi og tog initiativer til at imødegå eventuelle budgetproblemer
- sygehusene løbende i 2009 fulgte op på og tilpassede udgifterne for at imødegå eventuelle budgetproblemer.

A. Regionernes opfølgning

80. Regionerne har ansvaret for, at deres budgetter på sundhedsområdet overholdes, mens det er det enkelte sygehus, som har ansvaret for sygehusets budget.

Det er både regionernes og sygehusenes ansvar, at der ved budgetoverskridelser på sygehusene tages de nødvendige initiativer til at opnå balance i sygehusenes økonomi. Dette kræver bl.a. en tæt opfølgning på sygehusenes aktiviteter og udgifter samt viden om effekterne af de initiativer, der gennemføres for at sikre balance mellem sygehusenes budgetter og udgifter.

Økonomirapporter

81. Det er en væsentlig opgave for regionerne at følge udviklingen i økonomien på sundhedsområdet, herunder sygehusenes aktiviteter og udgifter, og rapportere om dette til regionsrådene.

Der rapporteres til regionsrådene 3-4 gange om året via økonomirapporter, som indeholder økonomiske nøgletal for sygehusene, herunder forventet årsforbrug og sygehusenes korrigerede budgetter. Derudover rapporteres der om sygehusenes aktivitet. Grundlaget for økonomirapporterne til regionsrådene udgøres af indberetninger fra sygehusene.

82. Tabel 9 viser regionernes forventninger til sygehusenes regnskaber i 2009 ved 1.-4. økonomirapport. Et negativt fortegn i tabellen markerer en budgetoverskridelse.

Tabel 9. Forventet og endeligt regnskab samlet for hver regions sygehuse i 2009 (Mio. kr.)

Region	1. økonomi-rapport	2. økonomi-rapport	3. økonomi-rapport	4. økonomi-rapport	Endeligt regnskab
Hovedstaden	Balance	+50	+120	+291	+286
Sjælland	Balance	Balance	+129	+100	+47
Syddanmark	+37	+210	+184	Udarbejdes ikke	+121
Midtjylland	Balance	+100	+100	+144	+84
Nordjylland	+27	+48	+69	+125	+125

Note: Sygehusene i Region Syddanmark rapporterer 3 gange årligt til regionen.

Kilde: Økonomirapporterne til regionsrådene i de 5 regioner.

Det fremgår af tabel 9, at Region Syddanmark og Region Nordjylland ved 1. økonomirapport forventede, at deres sygehuse ville ende året med budgetoverskridelser på henholdsvis 37 mio. kr. og 27 mio. kr. Ved 2. økonomirapport var det 4 regioner, der forventede budgetoverskridelser for sygehusene ved årets udgang.

Ved 3. økonomirapport forventede alle 5 regioner budgetoverskridelser samlet for sygehusene i størrelsesordenen 69-184 mio. kr. Den endelige budgetoverskridelse (endeligt regnskab) var dog i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland væsentligt lavere end forventet i 3. og 4. økonomirapport.

83. Der er i økonomirapporterne forskellige forklaringer på sygehusenes budgetoverskridelser. Der peges dog på 3 hovedforklaringer:

- Flere sygehuse havde en højere aktivitet, end der var aftalt med regionen i sygehusenes driftsaftaler. Den høje aktivitet krævede brug af eksterne vikarer, over-/merarbejde og frivilligt ekstraarbejde fra personalet, og dette medførte høje lønudgifter. De høje lønudgifter betød, at sygehusenes udgifter til meraktivitet var større end den betaling for meraktivitet, som sygehusene modtog fra regionen.
- Andre sygehuse havde mindre aktivitet end forudsat i driftsaftalerne, uden at sygehusenes udgifter blevet tilpasset. Særligt personaleforbruget blev ikke nedjusteret svarende til den mindre aktivitet.
- Endelig nåede nogle sygehuse deres mål for aktiviteten, men til for høje udgifter som følge af især øgede lønudgifter. Herudover bidrog især en stigning i medicinudgifterne nogle steder til et merforbrug.

I økonomirapporterne peger nogle af regionerne desuden på strejken i 2008 og de deraf følgende ventelister til behandling som baggrund for sygehusenes høje aktivitet. Desuden havde flere sygehuse problemer med at rekruttere personale, hvorfor sygehusene måtte bruge eksterne vikarer. Endelig peger regionerne på øgede krav til behandlingen, fx som følge af pakkeforløbene på kræftområdet, som en medvirkende årsag til de stigende udgifter.

84. 2 af sygehusene i undersøgelsen havde også budgetoverskridelser i 2008 og skulle således allerede ved starten af 2009 reducere deres udgifter for at overholde budgettet.

Merarbejde og frivilligt ekstraarbejde

Sygehuset kan indgå aftale med medarbejderne om merarbejde og frivilligt ekstraarbejde. En aftale om merarbejde skal være midlertidig, af væsentligt omfang og sædvanligvis over en periode på mindst 4 uger.

Frivilligt ekstraarbejde sigter på aktiviteter, der ikke kan nås med den aktuelle normering eller via over-/merarbejde. Frivilligt ekstraarbejde er typisk opgavemæssigt og tidsmæssigt afgrænset og planlagt, fx projekter til nedbringelse af ventelister.

Sygehusenes handlingsplaner

85. Da det i 2009 stod klart for regionerne, at sygehusene havde vanskeligt ved at overholde budgetterne, pålagde regionerne sygehusene at udarbejde handlingsplaner og tage konkrete initiativer til at imødegå budgetproblemerne. Flere sygehuse havde dog forudgående selv taget initiativ til at udarbejde handlingsplaner og over for regionen redegjort for deres økonomiske problemer.

Handlingsplanerne omfattede bl.a. såkaldte kvalificerede ansættelsesstop, hvor fastansættelse af personale på forhånd skulle godkendes af sygehusledelsen. Endvidere omfattede planerne reduktion eller stop for brug af vikarer, over-/merarbejde og frivilligt ekstraarbejde. Flere steder forsøgte sygehusene at undgå afskedigelser og reducerede primært personaleforbruget ved at undlade at genbesætte vakante stillinger. Regionerne forventede på baggrund af handlingsplanerne, at sygehusene kunne overholde budgetterne, eller at overskridelserne blev minimeret.

86. Trods sygehusenes handlingsplaner gik hovedparten af regionernes sygehuse ud af 2009 med budgetoverskridelser, jf. tabel 3. Dette skyldes til dels, at handlingsplanerne ikke blev gennemført som planlagt. Bl.a. blev der fortsat gjort brug af vikarer, over-/merarbejde og frivilligt ekstraarbejde. Samtidig var det vanskeligt på kort sigt at reducere en række af sygehusenes øvrige driftsudgifter, fx medicinudgifter.

Rigsrevisionen har ikke undersøgt, i hvilken udstrækning handlingsplanerne har reduceret sygehusenes budgetoverskridelser. Den reduktion i budgetoverskridelserne, der ses i regionernes endelige regnskab i forhold til 3. eller 4. økonomirapport, jf. tabel 9, kan indikere, at handlingsplanerne har haft en effekt. Der kan dog også knytte sig usikkerhed til økonomirapporterne, hvilket kan afspejle sig i opgørelserne.

87. Én region fremhæver, at opgaven for sygehusene i 2009 særligt var at sikre stigende aktivitet og etablere pakkeforløb på kræftområdet. Sygehusene havde derfor særligt fokus på initiativer, der skulle sikre, at regionen kunne leve op til pakkeforløbene på kræftområdet.

88. Regionerne drøftede løbende i 2009 budgetter og handlingsplaner med sygehusene. Nogle regioner stillede endvidere krav om en månedlig økonomirapportering fra sygehusene. Den øgede rapportering blev dog først indført ultimo 2009 eller primo 2010, hvilket var sent i forhold til, hvornår det stod klart, at sygehusene havde budgetproblemer. En enkelt region iværksatte på baggrund af betydelige budgetproblemer på ét af regionens sygehuse desuden en analyse af sygehusets budgetproblemer.

Vurdering

89. Regionerne fulgte i 2009 løbende udviklingen i sygehusenes aktiviteter og udgifter i forbindelse med økonomirapporterne til regionsrådene. Det fremgik klart af økonomirapporterne, at sygehusene havde problemer med at overholde budgetterne. Regionsrådene var således i 2009 orienteret om udviklingen i sygehusenes økonomi.

90. 2 af sygehusene i undersøgelsen havde også budgetoverskridelser i 2008 og skulle således allerede ved starten af 2009 reducere deres udgifter for at overholde budgetterne.

91. Nogle af regionerne stillede ultimo 2009 krav om en månedlig økonomirapportering fra sygehusene. Dette var sent i forhold til, hvornår det stod klart, at sygehusene ikke kunne overholde deres budgetter. Andre regioner har fra 2010 stillet krav om månedlig økonomirapportering fra sygehusene.

92. Da sygehusenes budgetproblemer i 2009 stod klart for regionerne, pålagde de sygehusene at udarbejde handlingsplaner og tage konkrete initiativer til at imødegå budgetproblemerne. Planerne var dog ikke tilstrækkelige til, at budgetterne blev overholdt.

B. Sygehusenes og afdelingernes opfølgning

93. Rigsrevisionen har videre undersøgt, hvordan sygehusene og afdelingerne overvågede aktiviteter og udgifter, sygehusenes og afdelingernes grundlag for at følge op og afdelingernes tilpasning af økonomien.

Overvågning af aktiviteter og udgifter på sygehusene

94. På de 3 sygehuse overvågede og drøftede sygehusledelsen og økonomiafdelingen i 2009 sygehusets aktiviteter og udgifter på månedlige møder. Endvidere afholdt sygehusledelsen og afdelingsledelserne faste månedlige møder, hvor økonomiafdelingen som regel deltog. På møderne blev afdelingernes budget, forbrug, aktiviteter og eventuelle planer for at rationalisere og omlægge behandlingen drøftet. På nogle af sygehusene blev møderne ugentlige, da det blev klart, at afdelingerne ville få betydelige budgetoverskridelser i 2009.

95. På afdelingerne var der ligeledes faste møder (i nogle tilfælde ugentlige møder) mellem afdelingsledelsen, de ansvarlige læger og afdelingssygeplejerskerne, hvor økonomi og drift i afdelingen blev drøftet.

Sygehusenes og afdelingernes grundlag for opfølgning

96. Sygehusledelsen og afdelingerne modtog lønrapporter og økonomioversigter månedligt om forbrug på løn og øvrig drift inden hvert økonomimøde. Endvidere havde sygehusledelsen og afdelingsledelserne selv mulighed for løbende at danne økonomirapporter.

Ud fra rapporterne kunne afdelingerne følge udviklingen i lønforbruget, herunder løn til vikarer, og øvrige driftsudgifter. Afdelingerne havde desuden mulighed for via lønsystemet at følge lønforbruget og udbetaling af over-/merarbejde. Afdelingerne kunne ud fra rapporterne tage stilling til, om lønforbruget lå over eller under budgettet.

97. Sygehusledelsen og afdelingerne har på et overordnet niveau mulighed for at følge udviklingen i antallet af operationer, ambulante besøg og udskrivelser via sygehusenes ledelsesinformationssystem. Afdelingerne kan ud fra disse oplysninger vurdere, om de lever op til aktivitetsmålene i den driftsaftale, afdelingen har indgået med sygehusledelsen. De 3 afdelinger i undersøgelsen havde dog i forhold til disse opgørelser 3 problemer, som kan påvirke afdelingernes mulighed for at styre aktiviteten.

For det første manglede afdelingerne tidstro og pålidelige data for aktiviteten. Tidstro og pålidelige data om afdelingens aktivitet, fx om fordelingen af bestemte typer operationer og undersøgelser i ambulatoriet, kan give afdelingen en bedre mulighed for løbende at tilpasse bemanningen på afdelingen, så den i højere grad er tilpasset de aktiviteter, som gennemføres på afdelingen.

For det andet kunne aktivitetsdata opdelt på de enkelte afsnit i afdelingen give afdelingsledelsen et mere detaljeret grundlag for at tilpasse bemanningen til det enkelte afsnits aktivitet. Dermed får afdelingsledelsen mulighed for en bedre samlet udnyttelse af personaleresurserne i afdelingen.

For det tredje var data for afdelingernes produktionsværdi ikke altid opdaterede og pålidelige. De afdelinger, som styres ud fra et aktivitetsbestemt budget, havde således ikke altid et aktuelt billede af afdelingens produktionsværdi. Det gjorde det vanskeligt at følge op på, om afdelingen nåede sin baseline.

Afsnit

En afdeling kan være opdelt i flere afsnit, der varetager forskellige opgaver. Fx kan en onkologisk afdeling (kræftafdeling) være opdelt i 3 afsnit: en sengeafdeling, et ambulatorium og en stråleterapi.

Afdelingens produktionsværdi opgøres ved at gange afdelingens ydelser med den enkelte ydelses DRG-takst. Derved fås en værdi for afdelingens aktivitet.

Det patientadministrative system er et it-system, der indeholder data om patienterne.

98. Én af regionerne fremhæver, at der i sygehusenes ledelsesinformationssystemer og patientadministrative systemer allerede er en betydelig mængde information, som i vidt omfang er til rådighed for afdelingerne. Endvidere fremhæver regionen, at strømmen af information til afdelingerne hele tiden vurderes kritisk af sygehusledelserne, så afdelingerne understøttes bedst muligt i deres styrings- og prioriteringsopgaver.

Endelig fremhæver en anden region, at der ikke i regionen har været forsinkede data i en sådan grad, at det har gjort opfølgningen på afdelingernes økonomi vanskelig.

99. Aktivitetsdata er af forskellige grunde ikke altid opdaterede, fx hvis registreringen på afdelingerne og/eller Sundhedsstyrelsens behandling af aktivitetsdataene er forsinket. Regionerne fremhæver, at de bl.a. er afhængige af de opgørelser, som de modtager fra Sundhedsstyrelsen. Det er derfor væsentligt, at Sundhedsstyrelsen ikke leverer data for sent til regionerne. Data kan også forsinkes, fra regionerne modtager data fra Sundhedsstyrelsen, til de fremgår af sygehusenes ledelsesinformationssystem.

Sygehusene og afdelingerne kan med fuldstændige og tidstro registreringer, hvor færdigregistreringen af patienterne sker umiddelbart efter, at patienterne er færdigbehandlet, løbende følge deres aktivitet.

I 2009 var nogle afdelinger i perioder bagud med at registrere deres aktivitet. Dette betød, at afdelingernes månedlige opgørelser over gennemført aktivitet ikke indeholdt alle afdelingernes færdigbehandlede patienter. Dette var dog ikke afgørende for at følge den overordnede udvikling i afdelingernes udgifter og aktiviteter.

Afdelingernes tilpasning af økonomi i 2009

100. De 3 afdelinger i undersøgelsen havde allerede budgetoverskridelser i 2008 og skulle derfor i starten af 2009 reducere udgifterne.

2 af afdelingerne havde på den baggrund allerede primo 2009 udarbejdet handlingsplaner for, hvordan afdelingerne i 2009 kunne opnå budgetoverholdelse. Den 3. afdeling blev underlagt de besparelseskra, som sygehusledelsen indførte på sygehuset i april 2009.

Planerne omfattede bl.a., at arbejdsgange skulle omlægges og optimeres, at ny arbejdskraft-besparende teknologi skulle tages i brug, og at behandling skulle omlægges fra indlæggelse til ambulante behandling. Endvidere skulle der på den ene af afdelingerne udarbejdes nye fremmødeplaner som grundlag for at styre personaleforbruget. Derudover skulle alle afdelinger reducere forbruget af vikarer og over-/merarbejde, og endelig skulle indkøb af apparatur og vedligeholdelse begrænses.

101. Tabel 10 viser udviklingen i lønudgifter i 2009 til fastansat personale, overarbejde, frivilligt ekstraarbejde og vikarer på de 3 afdelinger i undersøgelsen.

Tabel 10. Lønudgifter til personale på de 3 afdelinger i 2009 (1.000 kr.)

	1. kvartal	2. kvartal	3. kvartal	4. kvartal
Afdeling A:				
Fastansat personale	42.955	47.712	44.161	43.909
Overarbejde	1.033	1.053	977	1.034
Frivilligt ekstraarbejde	1.304	1.668	1.326	314
Vikarer (interne og eksterne)	3.035	1.968	1.035	1.932
I alt	48.327	52.401	47.499	47.189
Afdeling B:				
Fastansat personale	45.181	50.777	45.792	46.693
Overarbejde	1.524	1.238	1.832	1.266
Frivilligt ekstraarbejde	0	0	0	0
Vikarer (kun eksterne)	759	568	1.457	1.609
I alt	47.464	52.583	49.081	49.568
Afdeling C:				
Fastansat personale	14.587	15.439	14.534	15.237
Overarbejde	300	545	464	285
Frivilligt ekstraarbejde	604	310	166	75
Vikarer (kun eksterne)	107	57	53	91
I alt	15.598	16.351	15.217	15.688

Note: Fastansat personale og vikarer er defineret forskelligt i de 3 regioner.

Kilde: Rigsrevisionen.

Det fremgår af tabel 10, at de samlede lønudgifter til personale på alle 3 afdelinger i undersøgelsen steg fra 1. kvartal til 2. kvartal 2009. Fx steg de samlede lønudgifter på afdeling A fra ca. 48,3 mio. kr. i 1. kvartal til ca. 52,4 mio. kr. i 2. kvartal. I 3. kvartal lykkedes det afdelingerne at bremse udviklingen, og alle 3 afdelinger fik reduceret deres lønudgifter i forhold til 2. kvartal.

For 2 af afdelingerne steg de samlede lønudgifter dog igen i 4. kvartal. Afdeling A fik i 4. kvartal reduceret afdelingens samlede lønudgifter til et lavere niveau end i 1. kvartal – fra ca. 48,3 mio. kr. i 1. kvartal til ca. 47,2 mio. kr. i 4. kvartal. På de 2 afdelinger, der anvendte frivilligt ekstraarbejde, blev udgifterne til frivilligt ekstraarbejde reduceret markant fra 1. kvartal til 4. kvartal 2009.

102. Afdelingerne har fremhævet, at de bl.a. var tilbageholdende med at afskedige personale, da de tidligere havde oplevet problemer med at rekruttere. Endvidere har afdelingerne fremhævet, at de mente sig forpligtet til en høj aktivitet for at efterkomme den efterspørgsel, der var for undersøgelse og behandling. Regionerne har også peget på, at baggrunden for den høje aktivitet bl.a. er etablering af pakkeforløbene på kræftområdet, ordningen om det udvidede frie sygehusvalg og maksimale ventetider for visse livstruende sygdomme.

Vurdering

103. De 3 sygehuse i undersøgelsen overvågede løbende i 2009 deres aktiviteter og udgifter, og der blev holdt møder mellem de forskellige ledelsesniveauer på sygehusene.

104. De 3 afdelinger havde i 2009 de data for løn og øvrig drift, som var nødvendige for at følge økonomien. Tidstro og pålidelige data om aktiviteten på afdelingerne havde givet afdelingerne bedre muligheder for at følge op på budgetterne.

105. De 3 afdelinger havde også budgetoverskridelser i 2008 og skulle således allerede ved starten af 2009 reducere deres udgifter for at overholde budgettet.

106. Der var på alle 3 afdelinger planer for, hvordan afdelingerne i 2009 kunne overholde budgetterne. Det lykkedes for de 3 afdelinger i 3. kvartal 2009 at bremse udviklingen i de samlede lønudgifter. For 2 af afdelingerne steg de samlede lønudgifter dog igen i 4. kvartal. Initiativerne var samlet set ikke tilstrækkelige til, at afdelingerne kunne undgå budgetoverskridelser.

Rigsrevisionen, den 8. december 2010

Henrik Otbo

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Ordliste

Afsnit	En afdeling kan være opdelt i flere afsnit, der varetager forskellige opgaver. Fx kan en onkologisk afdeling (kræftafdeling) være opdelt i 3 afsnit: en sengeafdeling, et ambulatorium og en stråleterapi.
Aktivitet	Det samlede antal behandlinger, undersøgelser og operationer, som foregår på sygehuset.
Aktivitetsbestemt budget	Et budget, der afhænger af afdelingens aktivitet. Afdelinger med et aktivitetsbestemt budget får et mål for deres produktionsværdi (baseline), som afdelingen skal nå. Når afdelingen ikke denne produktion, reduceres afdelingens budget, mens afdelingens budget øges, hvis afdelingen når en højere produktion end målet for produktionsværdien.
Aktivitetsbestemt finansiering	Når finansieringen afhænger af, at sygehuset gennemfører en bestemt aktivitet.
Aktivitetsmål	Et mål for, hvilken aktivitet i form af antal operationer, ambulante besøg og udskrivinger sygehuset og afdelingerne skal gennemføre det pågældende år. Aktivitetsmål aftales mellem regionen og sygehuset og mellem sygehusledelsen og afdelingerne.
Ambulante besøg	Undersøgelser, behandlinger og efterkontroller, der sker, uden at patienten er indlagt.
Baseline	Et mål for værdien af den produktion, som sygehuset og afdelingerne skal nå det pågældende år. Baseline udregnes ved at gange sygehusets ydelser med de DRG-takster, som ydelserne har. Derved kan sygehusets aktivitet udtrykkes i en samlet værdi i kroner. Baseline kaldes også produktionsværdi.
Basisbudget	Den ramme, som sygehuset må disponere over det pågældende år.
Budgetopfølgning	Viser, hvordan udgifter og indtægter har udviklet sig i forhold til budgettet i en given periode. Budgetopfølgninger kan bl.a. vise, hvor der er væsentlige ændringer og nye forhold, som kan få indflydelse på årets resultat.
DRG-takst	Der er til de fleste ydelser på sygehusene tilknyttet en takst, dvs. et beløb i kroner. Dette beløb udtrykker de landsgennemsnitlige omkostninger, der er ved at gennemføre den pågældende ydelse, fx en operation.
Fremmødeplan	Fastlægger den normering af sygeplejersker, SOSU-assistenters og lægers, der skal være på afdelingen i dag-, aften- og weekendvagter.
Frivilligt ekstraarbejde	Sygehuset kan indgå aftale med medarbejderne om frivilligt ekstraarbejde. Frivilligt ekstraarbejde sigter på aktiviteter, der ikke kan nås med den aktuelle normering eller via over-/merarbejde. Frivilligt ekstraarbejde er typisk opgavemæssigt og tidsmæssigt afgrænset og planlagt, fx projekter til nedbringelse af ventelister.
Hospitalsplaner	Hver region skal ifølge sundhedsloven udarbejde en samlet plan for regionens virksomhed på sundhedsområdet. Regionernes hospitalsplaner er et led i den samlede plan. Hospitalsplanerne beskriver bl.a. fordelingen af specialer og funktioner på regionernes hospitaler.
Korrigerede budgetter	Regionerne korrigerer i løbet af året sygehusenes budgetter som følge af fx økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner, organisatoriske ændringer, nye opgaver og afregning af mer- eller mindreaktivitet.
Kvalitetsmål	Kvalitets- og servicemål er enten politisk fastsatte i de enkelte regioner eller lovbestemte. Målene udtrykker den kvalitet og service, som patienterne kan forvente i mødet med regionens sundhedsvæsen.
Ledelsesinformationssystem	Et it-system, der indeholder ledelsesinformation, dvs. centrale informationer om sygehusets og afdelingernes aktiviteter, forbrug på løn og vikarer og øvrige omkostninger. Ledelsesinformation skal understøtte ledelsens muligheder for at tage kvalificerede beslutninger.

Maksimalle ventetider for visse kræftsygdomme	Patienter med en livstruende kræftsygdom og visse tilstande af hjertesygdomme har ret til, at behandlingsforløbet sættes i gang inden for en bestemt tidsperiode. De maksimale ventetider er ikke en samlet ventetid, men derimod en række maksimale ventetider til forundersøgelse, behandling og efterbehandling, som sygehusene skal forsøge at leve op til.
Meraktivitet	Aktivitet, der ligger ud over det aftalte for sygehusene.
Merarbejde	Sygehuset kan indgå aftale med medarbejderne om merarbejde. En aftale om merarbejde skal være midlertidig, af væsentligt omfang og sædvanligvis over en periode på mindst 4 uger.
Normering	Fastsætter antallet af medarbejdere i de forskellige stillinger, fx antallet af sygeplejersker på afdelingen.
Omkostningsbaseret regnskab	I et omkostningsbaseret regnskab bogføres udgiften, i takt med at ydelsen forbruges (typisk over flere år).
Ordningen om det udvidede frie sygehusvalg	Betyder, at patienter, som er henvist til behandling på et sygehus, har ret til at vælge et andet offentligt eller privat sygehus eller en privatklinik, hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for 1 måned ved egne sygehuse.
Pakkeforløbene på kræftområdet	Beskriver patientforløbet inden for specifikke kræftsygdomme og fastlægger, hvornår de enkelte undersøgelser og behandlinger skal foregå i et på forhånd planlagt forløb. Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om kræftsygdom, gennem udredning, diagnose og behandling til efterbehandling.
Patientadministrative system	Et it-system, der indeholder data om patienterne.
Produktivitetskrav	Er et krav om, at sygehuset skal levere en højere aktivitet, uden der følger finansiering med. Økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner har i mange år indeholdt et krav om, at produktiviteten på sygehusene hvert år skal stige med 2 %.
Produktionsværdi	Et mål for værdien af den produktion, som sygehuset og afdelingerne skal nå det pågældende år. Produktionsværdien udregnes ved at gange sygehusets ydelser med de DRG-takster, som ydelse har. Derved kan sygehusets aktiviteter udtrykkes i en samlet værdi i kroner. Produktionsværdien kaldes også baseline.
Servicemål	Service- og kvalitetsmål er enten politisk fastsatte i de enkelte regioner eller lovbestemte. Målene udtrykker den kvalitet og service, som patienterne kan forvente i mødet med regionens sundhedsvæsen.
Statslige aktivitetsafhængige tilskud	Staten har siden 2002 årligt på finansloven afsat midler til det statslige aktivitetsafhængige tilskud. Sygehusene kan ved meraktivitet få del i dette tilskud, indtil puljen er opbrugt. Tilskuddet fordeles mellem regionerne efter samme fordelingsnøgle som bloktilskuddet. Den enkelte region udmønter derefter sin andel til de sygehuse, som har produceret meraktivitet, indtil puljen er opbrugt.
Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det akutte område	Sundhedsstyrelsen har gennemgået det akutte beredskab og efterfølgende opstillet en række krav og anbefalinger til regionerne og kommunerne til brug for deres planlægning af det akutte beredskab.
Sundhedsstyrelsens specialeplan	Omlægger den specialiserede behandling på sygehusene i Danmark. Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med de faglige selskaber og regionerne fastlagt kravene til sygehusenes basisbehandling og til specialiseret behandling. Sundhedsstyrelsen har i juni 2010 udmeldt, hvilke sygehuse i landet der skal varetage de forskellige former for specialiseret behandling.
Takststyring	Betyder, at sygehusets bevilling afhænger af sygehusets aktivitet. Et sygehus, der gennemfører mere aktivitet end aftalt med regionen, får således øget sin bevilling.

Udefunktion	Når et sygehus overtager det økonomiske og ledelsesmæssige ansvar for en funktion på et andet sygehus.
Udgiftsbaseret regnskab	I et udgiftsbaseret regnskab bogføres udgiften på det tidspunkt, hvor betalingen gennemføres.
Vagtplan	Beskriver konkret, hvem af afdelingens ansatte der skal være på arbejde og hvornår.
Økonomiaftalen	Fastsætter den samlede økonomiske ramme for regionernes drift af sundhedsområdet. Økonomiaftalen indgås hvert år mellem regeringen og Danske Regioner – og indgås for regionerne under ét.
Økonomirapporter	Indeholder økonomiske nøgletal for sygehusene, herunder forventet årsforbrug, sygehusenes korrigerede budgetter og sygehusenes aktiviteter.