



Økonomistyring på sygehusene

Afreportering på spørgeskemaundersøgelse

Juni 2017

FORORD

Kortlægning af økonomistyringen på sygehusene

Denne kortlægning af *økonomistyring på sygehusene* gennemgår forskellige parametre af sygehusenes økonomistyring. Kortlægningen er gennemført af det partnerskab mellem Danske Regioner, Regionerne og Moderniseringsstyrelsen, som blev etableret med økonomiaftalen for 2017.

Formålet med kortlægningen er at etablere et grundlag for partnerskabets fremadrettede arbejde med økonomistyring på sygehusene ved at give et øjeblikksbillede af den nuværende praksis. På baggrund heraf udvælges et eller flere styringsområder, som konkretiseres i indsatser, der fremadrettet skal gennemføres under rammerne af partnerskabet.

Kortlægningen beror på en spørgeskemaundersøgelse udsendt til 26 sygehuse, herunder 4 psykiatrisygehuse. Kortlægningen, der har en besvarelsesprocent på 92 pct., bygger således på sygehusenes egne besvarelser.

Vi takker alle, der har bidraget til kortlægningen ved at besvare spørgeskemaet, og ønsker *god læselyst*.

Partnerskabet

Partnerskabet er en flerårig indsats, der har til formål at dele viden om og eksempler på god økonomistyringspraksis på tværs af regioner og sygehuse

Aftaletekst, ØA17:

"Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at fastholde fokus på en stærk og robust økonomistyring. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om at etablere et partnerskab, der opstiller og forpligter hinanden på at forfølge konkrete mål for udviklingen af økonomistyring i regionerne.

Arbejdet vil identificere de gode eksempler og tage afsæt i en evaluering af økonomistyringen i regionerne. Der afrapporteres om partnerskabets arbejde i økonomiaftalen for 2018."

<u>Indholdsfortegnelse</u>	Side
Forord	2
Indledning og overordnede resultater	3
Kortlægningens resultater	
Sygehusenes styringskompleksitet	5
Budgettering og budgetopfølgning	7
Strategi- og målstyring	14
Ledelsesinformation og data	18
Udfordringer og visioner for økonomistyringen	22
Bilag 1: Metode	26
Bilag 2: Spørgeskema	27

INDLEDNING OG OVERORDNEDE RESULTATER

Kortlægningens tilblivelse, temaer og læsevejledning

Kortlægningen er blevet til i et samarbejde mellem partnerskabets tre parter. Indledningsvist var der enighed om at fokusere på fire overordnede temaer:

- Budgettering og budgetopfølgning
- Strategi- og målstyring
- Ledelsesinformation og data
- Udfordringer og visioner for økonomistyringen

Dernæst udarbejdedes et spørgeskema i dialog mellem regionerne, Danske Regioner og Moderniseringsstyrelsen for at dykke ned i disse temaer.

Spørgeskemaet (se bilag 2) blev udsendt i marts 2017 til stabs- og økonomichefer på 26 sygehuse og havde en svarprocent på 92 pct. Se liste over respondenter i bilag 1.

På de følgende sider præsenteres besvarelsene. Fremstillingen er inddelt i fem temaer, der indeholder kortlægningens tematiske områder, samt et indledende afsnit om sygehusenes styringskompleksitet.

Hvert styringstema indledes med et kort resumé, der opridser hovedpunkterne i temaets besvarelser, hvorefter besvarelsene af de enkelte undersøgelsesspørgsmål præsenteres.

For de spørgsmål hvor besvarelsene viste regionale forskelle, præsenteres disse i slutningen af de enkelte underafsnit.

Overordnede resultater

Overordnet viser kortlægningen, at sygehusene både indenfor og på tværs af regionerne, tilrettelægger økonomistyringen meget forskelligt. Ca. 90 pct. af sygehusene overholdt deres økonomiske budgetter i 2015 og 2016, mens ca. 75 pct. af sygehusene overholdt aktivitetsbudgetterne i samme periode.

Under temaet *budgettering og budgetopfølgning* ses det, at de fleste sygehuse fremhæver *sidste års budget* samt *besparelsesplaner* som de væsentligste budgetforudsætninger, mens der er større variation i deres praksis indenfor periodisering af budgetterne og brug af afvigelsesforklaringer ved budgetafvigelser. Dertil er sygehusene delt hvad angår løbende regnskabslukning, som anvendes af ca. halvdelen.

71 pct. af sygehusene anvender *mål- og resultatplaner* mellem både region og sygehus, samt sygehus og decentrale enheder. Mål- og resultatplanerne udformes hovedsageligt i samarbejde mellem den centrale og decentrale enhed og indeholder i høj grad mål for udredningsgaranti og kvalitetsmål, mens eksempelvis produktivitetsmål indgår i mindre grad.

Der er relativ stor spredning i, hvilken information der indgår i den løbende *ledelsesinformation* og hvor ofte den indgår. De oftest anvendte data er på realiseret økonomi, sygefravær og klinisk kvalitet, mens der i mindre grad indgår data om projekter, strategisk målopfyldelse og outcome-mål. Derudover angiver sygehusene overordnet tilfredshed med tilgængelighed og kvalitet af data.

Som *udfordringer for økonomistyringen* peger sygehusene på faktorer som rekrutteringsudfordringer og tilhørende vikarudgifter, engangsudgifter til fx IT samt spareplaner. Fremadrettet har sygehusene visioner om, at udvikle økonomistyringen på områder som anvendelse og sammenstilling af data, kompetenceudvikling af budgetansvarlige samt udvikling af outcome-mål.

KORTLÆGNINGENS RESULTATER

Sygehusenes styringskompleksitet

Budgettering og budgetopfølgning

Strategi- og målstyring

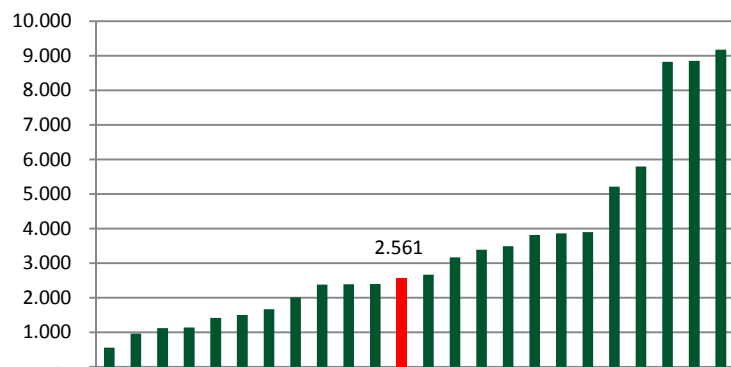
Ledelsesinformation og data

Udfordringer og visioner for
økonomistyringen

SYGEHUSENES STYRINGSKOMPLEKSITET

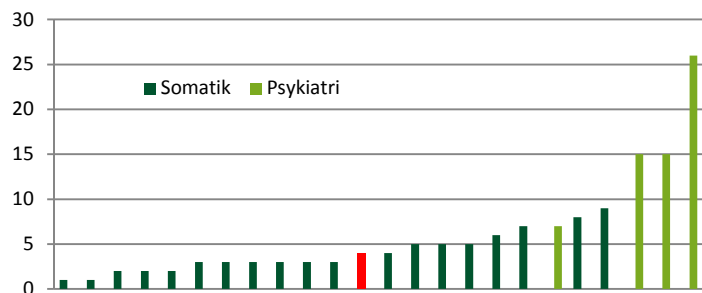
Styringen på de enkelte sygehuse påvirkes af sygehuse- styringskompleksitet, som fx antal årsværk, matrikler og specialer, hvorvidt sygehuset er organiseret i centre eller afdelinger, og hvor mange decentrale enheder der er. Her viser kortlægningen, at der er stor variation i sygehuse- størrelse, organisering og kompleksitet, jf. figur 1, 2 og 3, samt beskrivelse på side 6.

Figur 1: Antal årsværk pr sygehus pr. 1. januar 2017



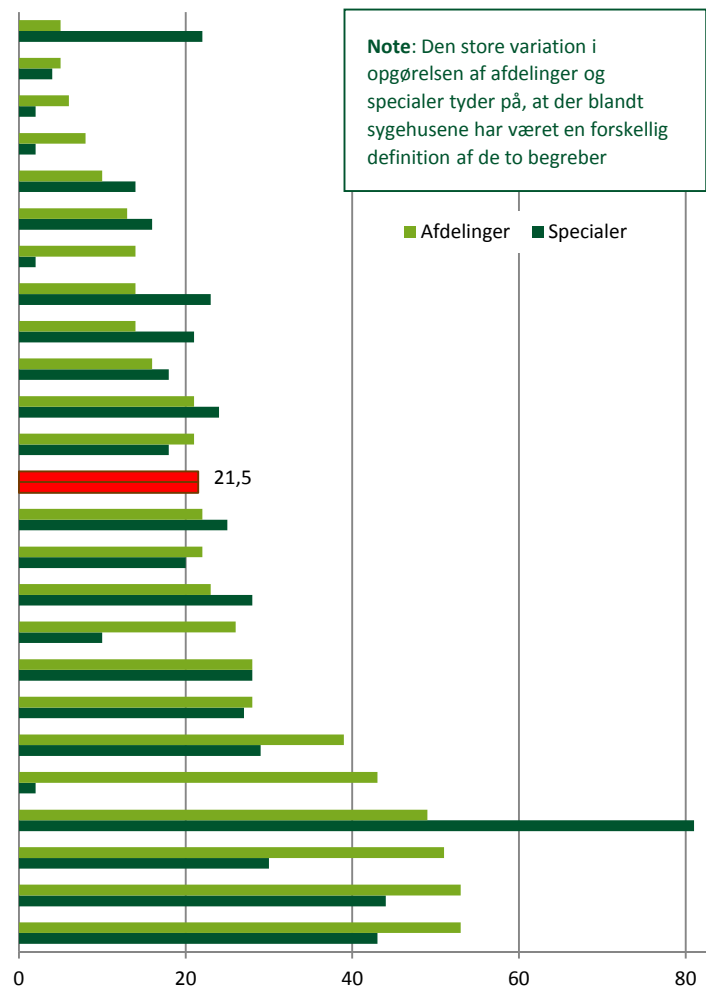
Kilde: Spørgsmål 1

Figur 2: Antal matrikler pr. sygehus



Kilde: Spørgsmål 2

Figur 3: Antal afdelinger og specialer pr. sygehus



Note: Den store variation i opgørelsen af afdelinger og specialer tyder på, at der blandt sygehuse- ne har været en forskellig definition af de to begreber

Kilde: Spørgsmål 3 og 4

SYGEHUSENES STYRINGSKOMPLEKSITET

SYGEHUSENES ORGANISERING

Sygehusene organiserer sig forskelligt. 17 sygehuse beskriver, at de er organiseret i afdelinger eller med en klinikstruktur, mens 5 er organiseret i centre. Inden for begge typer organisering findes flere variationer. Nogle sygehuse har store afdelinger, der dækker flere specialer, mens andre har flere mindre afdelinger med kun ét speciale. Flere beskriver også, at de både har små og store afdelinger. I kortlægningen blev sygehusene bedt om at beskrive de styringsmæssige fordele og ulemper ved deres organiseringsform.

Styringsmæssige fordele

Afdelingsstruktur (inkl. klinikstruktur) med ét eller flere specialer pr. afdeling

Strukturen giver den fordel, at budgetterne er nedbrudt til et niveau, hvor den budgetansvarlige afdelingsledelse kan overskue økonomien, samt at der er tydelighed mellem det aktivitetsbærende niveau og det tilsvarende budgetansvarlige niveau.

Organiseringen giver en flad ledelsesstruktur, hvor lederen har faglig indsigt i området og er tæt på deres afdeling og medarbejdere. Strukturen sikrer en klar og entydig ansvarsfordeling og giver en kort beslutningskæde. En høj grad af decentral økonomistyring styrker desuden, at prioriteringer og handlemuligheder foretages tæt på fagpersoner og patienter.

Herudover nævnes, at afdelinger med flere specialer reducerer dobbeltfunktioner på små enheder og giver mulighed for stordriftsfordele (fx. på vagtfællesskaber og fælles administration). Det gør det muligt at prioritere og planlægge for et større område og dermed bedre udnytte ressourcer, kompetencer og kapacitet.

Centerstruktur, der dækker flere klinikker eller afdelinger (specialer):

De styringsmæssige fordele, sygehusene peger på ved en centerstruktur, ligger i forlængelse af de fordele, sygehuse med afdelingsstruktur fremhæver ved at have flere specialer i samme afdeling.

Der peges på, at store enheder giver en kritisk masse og dermed grundlag for større ressourcefællesskab, samt optimale muligheder for samarbejde på tværs.

Herudover peges der på, at det giver et tydeligt værdimæssigt fokus på det sammenhængende patientforløb.

Styringsmæssige ulemper

17 sygehuse

Blandt de styringsmæssige ulemper ved en afdelingsstruktur nævner flere sygehuse bl.a., at det på afdelinger med flere specialer kan være svært for den ledende overlæge at udfylde den faglige lederrolle, da denne ofte kun har indgående kendskab til ét speciale, og at nogle specialer kan opleve at have 'længere til direktionen'.

Når der er mange afdelinger med budgetansvar, kræver det desuden stor fokus fra direktionens side for at have tilpas indblik i hver enkelt afdeling. Herudover giver mange afdelinger et stort ledelsesspænd for direktionen, og det kan være en udfordring at styre en stor ledergruppe i samme strategisk retning.

Endelig peger nogle på, at afdelingsstrukturen kan give en risiko for manglende helhedssyn og suboptimering.

5 sygehuse

Blandt de styringsmæssige ulemper ved en centerstruktur nævnes, at de store specialer med mange ledelsesområder kan være styringsmæssigt udfordret, og at det kan være svært for specialeledelsesniveauet at navigere i det økonomiske handlerum. Denne udfordring forstærkes yderligere, når der er forskellige styringskompetencer på specialeledelsesniveauet og på tværs af hospitalet. Herudover udfordres forløbsstrukturerne fra tid til anden af en budgetstruktur, som er sammensat af specialebudgetter og underliggende personaleledelsesområder. Ligesom ved afdelingsstrukturen peges desuden på risiko for silotænkning, manglende helhedssyn og suboptimering.

OPSUMMERING - BUDGETTERING OG BUDGETOPFØLGNING

Budgetoverholdelse og budgettering

92 pct. af sygehusene overholdt deres økonomiske budgetter i 2015 og 2016, mens ca. 75 pct. af sygehusene overholdt aktivitetsbudgetterne i samme periode.

Sygehusene har bredt set forskellig praksis for både budgettering og budgetopfølgning på sygehusene.

Budgetteringspraksis

Det fordeler sig nogenlunde lige, hvorvidt sygehusene arbejder med etårige eller flerårige interne budgetter. I Region Syddanmark har alle sygehuse flerårige budgetter, mens alle sygehuse i Region Sjælland og Region Nordjylland arbejder med etårige budgetter. Praksis varierer i Region Midtjylland og Region Hovedstaden.

Størstedelen af sygehusene udmelder de økonomiske budgetter til afdelingerne tidligere end 1. januar det år, budgettet træder i kraft, mens 46 pct. udmelder aktivitetsbudgettet på samme tidspunkt. 42 pct. af sygehusenes økonomifunktioner modtog information fra afdelingerne om det kommende års aktivitet før udmøntningen.

De tre vigtigste faktorer, der ligger til grund for budgetudmøntningen til afdelinger, er *sidste års budget*, *besparelsesplaner* og *strategiske mål*.

Budgetopfølgning

Det er forskelligt, hvilken metode sygehusene bruger til at vurdere det faktiske forbrug i forhold til det forventede forbrug. De mest anvendte metoder er, at sammenholde med et periodiseret budget, samt fremskrivning af forbruget til samlet årsforbrug, som sammenholdes med årets budget.

Bortset fra enkelte tendenser, som at afdelingerne på 96 pct. af sygehusene kender det økonomiske budget, før det træder i kraft, at alle sygehuse i Region Syddanmark anvender overførselsadgang med loft, og at alle sygehuse i Region Hovedstaden laver månedsvise regnskabsluk, så varierer praksis både inden for – og på tværs af regionerne.

75 pct. af sygehusene forelægger økonomiopfølgning for *regionen* kvartalsvis, mens de resterende gør det tre eller fem gange årligt. 58 pct. forelægger opfølgning til sygehusledelsen månedligt. For *afdelingsledelsen* er praksis mere varierende.

Overførselsadgang

Det er forskelligt, hvordan eventuelle mer- eller mindreforbrug i de decentrale enheder håndteres. 42 pct. af sygehusene angiver, at der *ikke* er overførselsadgang fra et budgetår til et andet. Blandt de, der *har* overførselsadgang, er det mest anvendte princip, at overførslen afgrænses med et fastsat loft.

Regnskabsluk og afvigelsesforklaringer

Halvdelen af sygehusene foretager månedsvise regnskabsluk på *øvrig drift*, mens 58 pct. lukker regnskaber for *løn* hver måned.

Størstedelen af sygehusene anvender afvigelsesforklaringer for afvigelser over en vis bagatelgrænse.

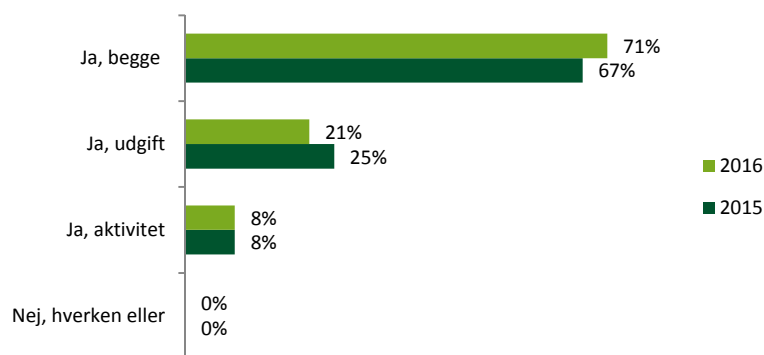
BUDGETTERING OG BUDGETOPFØLGNING

Budgetoverholdelse

Langt størstedelen af sygehusene overholdt både aktivitets- og udgiftsbudgettet i 2015 og 2016. Henholdsvis 21 og 25 pct. overholdt kun udgiftsbudgettet, mens 8 pct. kun overholdt aktivitetsbudgettet, jf. figur 4. Blandt årsagerne til overskridelser af budgettet angiver sygehusene fx:

- *rekrutteringsudfordringer (læger), der fører til store vikarudgifter;*
- *manglende realisering af budgetreduktioner på klinik og specialniveau, som følge af pålagte besparelser i de regionale budgetforlig;*
- *stigende udgifter til medicin, lægelige artikler og implantater, som følge af aktivitetsvækst;*
- *at implementeringen af et nyt patientsystem medførte aftagende aktivitet*

Figur 4: Overholdelse af udgifts- og aktivitetsbudgettet i 2015 og 2016



Kilde: Spørgsmål 7

Flerårighed og budgetudmelding

54 pct. af sygehusene angiver, at de har etårige interne budgetter, mens 46 pct. har flerårige budgetter, jf. figur 5. Heraf har seks sygehuse fireårige interne budgetter, mens yderligere to angiver en femårig horisont.

96 pct. af sygehusene udmelder de økonomiske budgetter til afdelingerne før 1. januar det år, budgettet træder i kraft, mens 46 pct. udmelder aktivitetsbudgettet på samme tidspunkt, jf. figur 6. 42 pct. af sygehusenes økonomifunktioner modtog, jf. figur 7, information fra afdelingerne om det kommende års aktivitet før udmøntningen.

Figur 5: Flerårighed i de nuværende interne budgetter



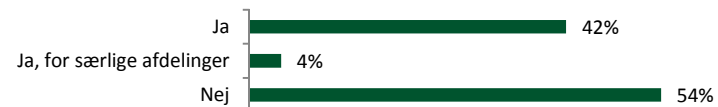
Kilde: Spørgsmål 13

Figur 6: Kender afdelingerne aktivitets- og økonomiske budgetter pr. 1. januar det år, hvor budgettet træder i kraft?



Kilde: Spørgsmål 9

Figur 7: Modtog økonomifunktion information fra afdelingerne om forventningerne til det kommende års aktiviteter, før udmøntning af budget 2017?



Kilde: Spørgsmål 10

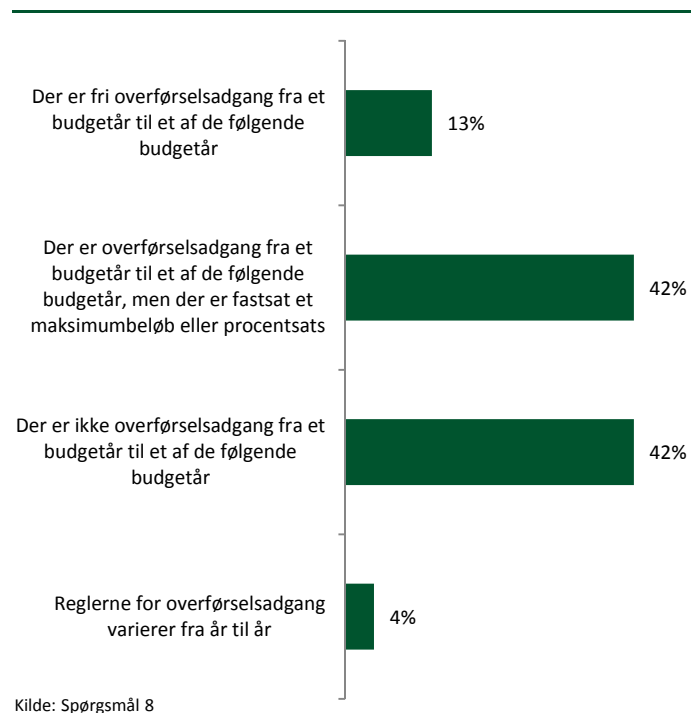
OVERFØRSELSADGANG

Overførselsadgang

Principper for overførselsadgang mellem budgetår redegør for, hvordan eventuelle mer- eller mindreforbrug håndteres på sygehuse decentraler enheder. Principperne bidrager typisk til at forme den incitamentsstruktur hos de budgetansvarlige, som sygehuset ønsker at fremme.

42 pct. af sygehusene angiver, at der ikke er overførselsadgang fra et budgetår til et andet. Blandt de, der har overførselsadgang, er det mest anvendte princip, at overførslen afgrænses med et fastsat maksimumbeløb eller en procentsats. 13 pct., svarende til tre sygehuse, anvender fri overførselsadgang, jf. figur 8.

Figur 8: Hovedregel for overførselsadgang for de decentrale enheder



Uddybning af praksis for overførselsadgang

Fri overførselsadgang

Hos sygehuse med fri overførselsadgang optræder forskellige udgaver af den fri overførselsadgang. Den kan bl.a. afhænge af "afdelingernes opfyldelse af diverse mål, samt hospitalets generelle økonomiske situation" eller at de positive overførsler er "afhængig af, hvornår der pga. budgetloven er plads i rammen". Et sygehus angiver, at valget af overførselsprincip bl.a. "bunder i et ønske om at sikre fleksibilitet og ansvarlighed på tværs af budgetår".

Overførselsadgang med loft for overførsels størrelse:

Der er relativt stor variation i de enkelte principper for overførselsadgang med loft for overførsels størrelse. Maksimal procentsats for overførsler varierer fra 0,4 - 2 pct. af budgettet. Flere sygehuse angiver desuden, at der er forskellige procentsatser for hhv. mer- og mindreforbrug. Hos nogle er der fuld overførsel af merforbrug, mens der er sat en grænse på overførsel af mindreforbrug. Et enkelt sygehus angiver, at principperne derudover afhænger af den præsterede aktivitet.

Sygehuse med overførselsadgang med loft angiver at modellen giver "incitament til styring og budgetoverholdelse" og at den "giver afdelingerne et fleksibelt råderum, så afdelingerne ved mindreforbrug kan spare op til særlige engangsudgifter, og at afdelingerne "samtidig holdes ansvarlige ved, at merforbrug overføres." Der peges desuden på at "reglen sikrer, at omfanget af overførsler er på et håndterbart niveau og at den enkelte afdeling ikke kan spekulere i at oparbejde et stort mindreforbrug og heller ikke risikerer at blive ramt for hårdt af et eventuelt merforbrug."

Ikke overførselsadgang

Nogle af sygehusene, der ikke har overførselsadgang for de decentrale enheder angiver, at det skyldes at "sygehuset ikke har mulighed for at overføre midler fra år til år," eller at "den samlede økonomi ikke giver plads til overførsel til afdelinger med mindreforbrug uden der også overføres merforbrug". Andre peger på at "det giver bedre muligheder for omprioriteringer i løbet af året" eller at det er fordi der "ikke tænkes i silo'er, men i solidaritet".

Også her er der variation. Fx har nogle overførselsadgang for flerårige projekter, samt "i specielle tilfælde efter ansøgning". Et sygehus angiver, at underskud op til 1 pct. overføres, mens "et overskud tilgår fælleskabet efter en dialog med afdelingen".

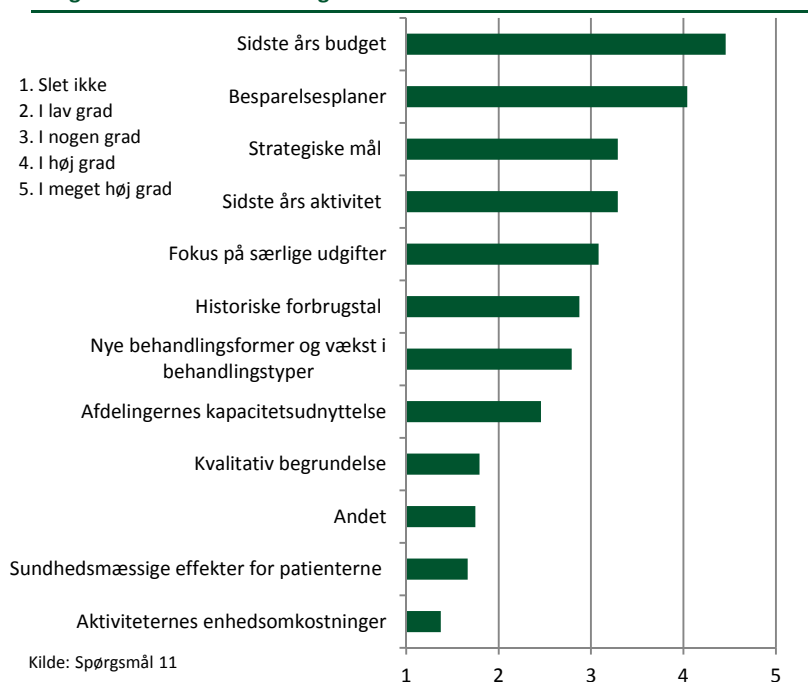
BUDGETTERING

Budgetteringspraksis

En af hjørnesteenene i økonomistyringen er sygehusets budget, som kan udarbejdes med flere forskellige metoder.

Kortlægningen viser, at de vigtigste faktorer, der ligger til grund for fordeling af budgettet til afdelinger er *sidste års budget*, *besparelsesplaner*, *strategiske mål*, samt *sidste års aktivitet*, jf. figur 9

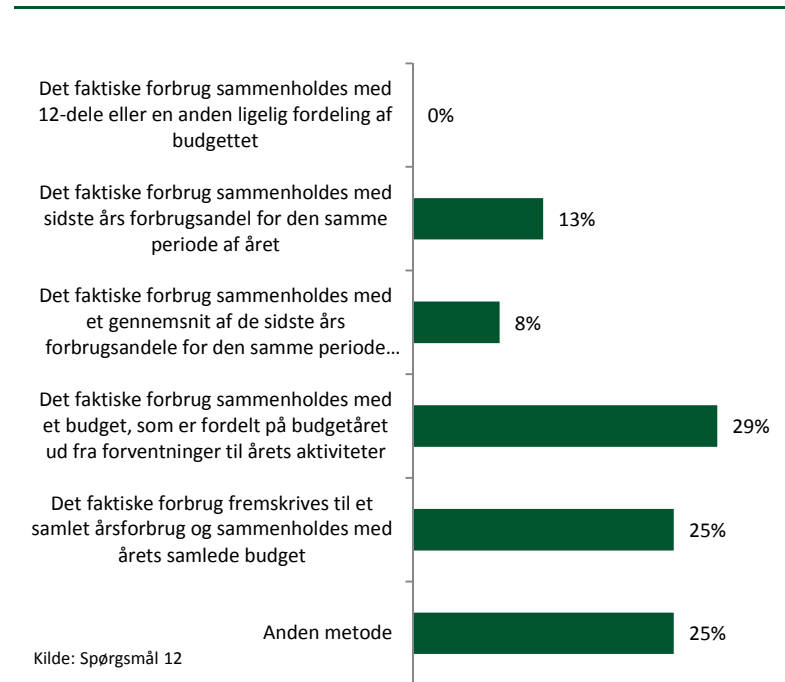
Figur 9: I hvilken grad lå følgende faktorer til grund for fordelingen af budgettet for 2017 til afdelingerne?



Periodisering

Der er relativ stor spredning i, hvilken metode sygehusene anvender til at vurdere det faktiske forbrug i forhold til det forventede forbrug. De mest anvendte metoder er, *'at sammenholde med et budget, der er fordelt på året ud fra forventninger til årets aktiviteter'*, samt *'fremskrivning af forbruget til samlet årsforbrug, som sammenholdes med årets budget'*. Besvarelsen 'anden metode', som angives af 25 pct. dækker typisk over variationer eller kombinationer af de forskellige metoder, jf. figur 10.

Figur 10: Hvilken af følgende metoder stemmer bedst overens med den generelle praksis for at vurdere det faktiske forbrug i forhold til det forventede forbrug på jeres sygehus?



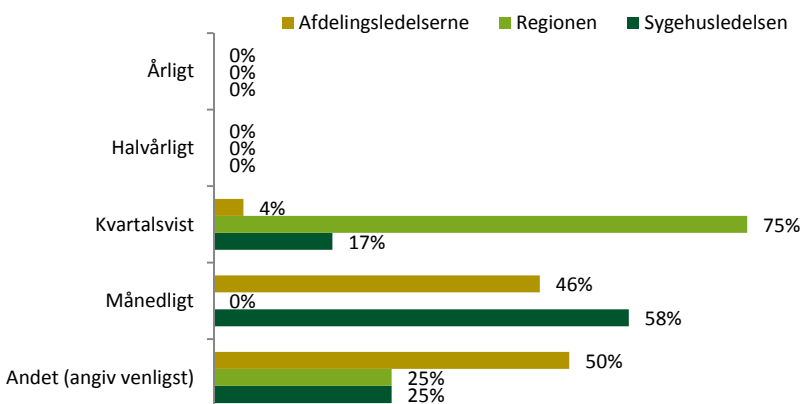
BUDGETOPFØLGNING

Frekvens for budgetopfølgning

Løbende opfølgning på budgettet giver mulighed for at vurdere, om forbruget forløber som forventet, og hvordan årets resultat lander i forhold til forventede regnskab.

Kortlægningen viser, at 75 pct. af sygehusene forelægger en økonomiopfølgning for regionen kvartalsvis, mens de resterende gør det tre eller fem gange årligt. 58 pct. forelægger en opfølgning til sygehusledelsen månedligt og de resterende gør det kvartalsvist eller mellem seks og ti gange årligt. For *afdelingsledelse* er praksis mere varieret. Flere følger op månedligt med undtagelse af enkelte måneder. Enkelte har ikke en fast kadence, men følger op efter behov eller angiver, at der er en løbende dialog., *jf. figur 11*

Figur 11: Frekvens for forelæggelse af økonomiopfølgningen til hhv. afdelingsledelserne, sygehusledelsen og regionen



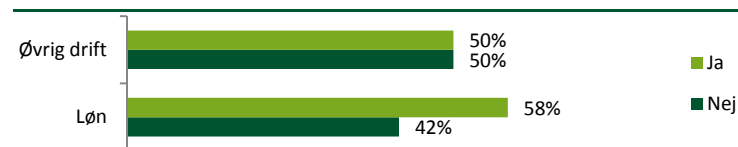
Kilde: Spørgsmål 14,15,16

Regnskabsluk og afvigelsesforklaringer

Halvdelen af sygehusene foretager månedsvise regnskabsluk på *øvrig drift*, mens 58 pct. gør for løn, *jf. figur 12*.

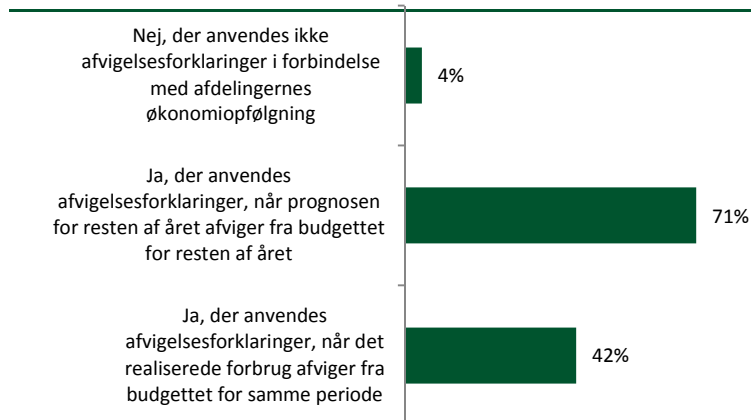
Størstedelen af sygehusene anvender afvigelsesforklaringer for afvigelser over en vis bagatelgrænse. Blandt de 4 pct., svarende til tre sygehuse, der angiver, at de ikke bruger afvigelsesforklaringer, *jf. figur 13*, beskriver to, at anvendelse af afvigelsesforklaring er case-afhængig, og én at det ikke anvendes.

Figur 12: Månedsvise regnskabslukninger på hhv. løn og øvrig drift



Kilde: Spørgsmål 17

Figur 13: Afgivelsesforklaringer i afdelingernes økonomiopfølgninger for afvigelser over en aftalt bagatelgrænse



Kilde: Spørgsmål 18

REGIONALE FORSKELLE - BUDGETTERING OG OPFØLGNING

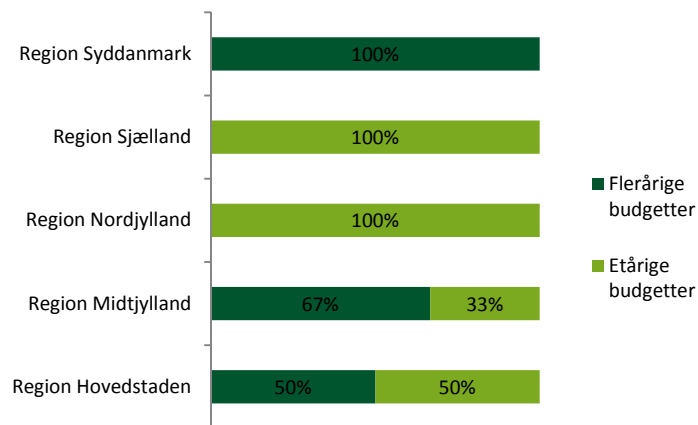
Praksisforskelle mellem regioner

For nogle områders vedkommende viser kortlægningen et sammenfald af praksis inden for budgettering og budgetopfølgning i de enkelte regioner.

Hvad angår flerårighed i budgetterne, angiver alle sygehuse i Region Syddanmark, at de arbejder med flerårige budgetter. Omvendt anvender alle sygehuse i Region Sjælland og Region Nordjylland etårige budgetter, mens besvarelsene for Region Midtjylland og Region Hovedstaden varierer, jf. figur 13.

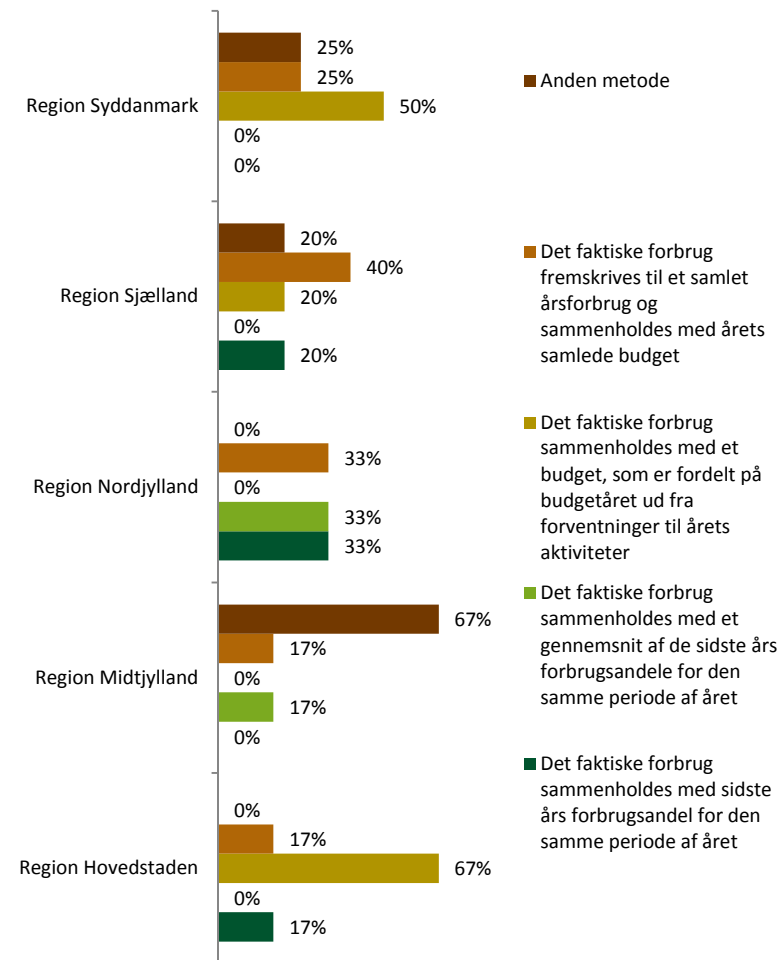
Også med hensyn til metoden til vurdering af det faktiske forbrug i forhold til forventet forbrug, er der variation mellem regionerne. Eksempelvis er den mest udbredte metode i Region Syddanmark og Region Hovedstaden at sammenholde det faktiske forbrug med et periodiseret budget, mens flertallet i Region Midtjylland angiver, at de anvender en 'anden metode'.

Figur14: Flerårighed i de nuværende interne budgetter



Kilde: Spørgsmål 13

Figur 15: Generel praksis i metode til vurdering af det faktiske forbrug i forhold til det forventede forbrug på jeres sygehus?



Kilde: Spørgsmål 12

REGIONALE FORSKELLE - BUDGETTERING OG OPFØLGNING

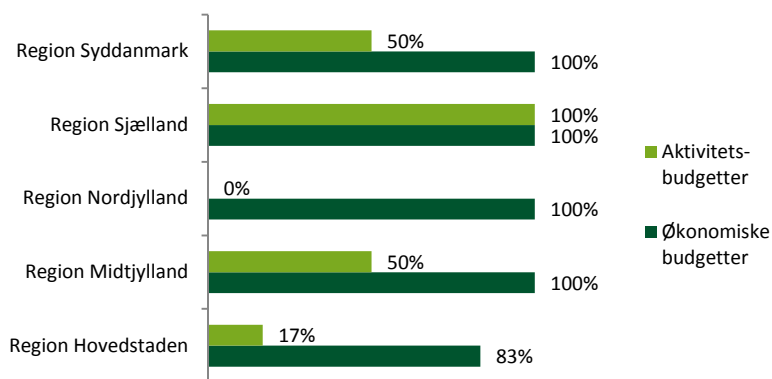
Budgetudmelding, overførselsadgang og regnskabsluk

Med en enkelt undtagelse i Region Hovedstaden, udmeldes det økonomiske budget til afdelingerne på alle sygehuse før 1. januar det år, hvor budgettet træder i kraft. Derimod varierer udmeldingen af aktivitetsbudgettet i langt højere grad *jf. figur 16*.

Over halvdelen af sygehusene i Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Hovedstaden angiver, at der ikke er overførselsadgang mellem budgetår. Alle sygehuse i Region Syddanmark anvender overførselsadgang med en fastsat procentsats, mens Region Midtjylland er den eneste region med sygehuse, der angiver at de har fri overførselsadgang, *jf. figur 17*.

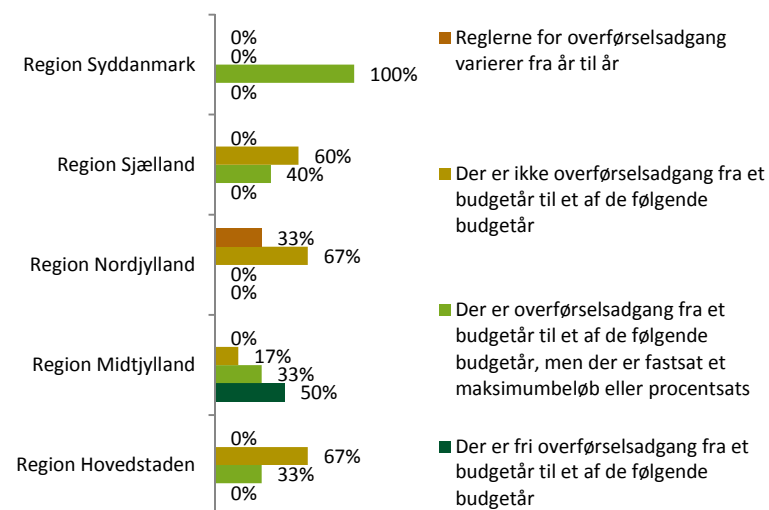
Der er stor variation mellem regionerne i forhold til anvendelse af månedlig periodeluk for hhv. løn og øvrig drift. I Region Hovedstaden og Region Syddanmark anvendes periodeluk i høj grad, mens det kun anvendes af ét sygehus i Region Midtjylland og slet ikke anvendes i Region Nordjylland, *jf. figur 18*.

Figur 16: Kender afdelingerne aktivitets- og økonomiske budgetter pr. 1. januar det år, hvor budgettet træder i kraft?



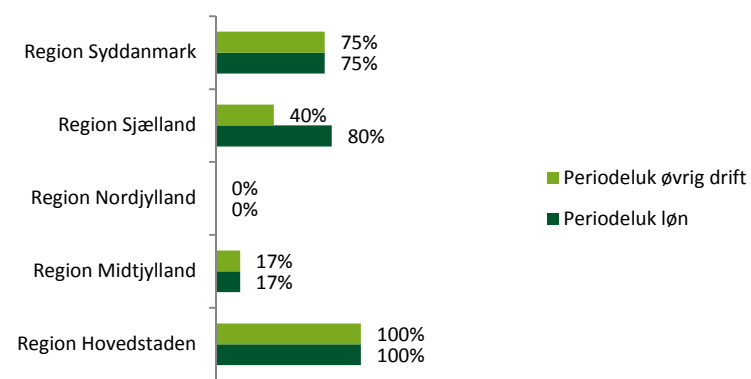
Kilde: Spørgsmål 9

Figur 17: Hovedregel for overførselsadgang for de decentrale enheder



Kilde: Spørgsmål 8

Figur 18: Månedsvise regnskabslukninger på hhv. løn og øvrig drift



Kilde: Spørgsmål 17

STRATEGI- OG MÅLSTYRING

Sammenhæng mellem strategi, aktiviteter og ressourceallokering

Fire sygehuse beskriver en specifik model til at skabe sammenhæng mellem henholdsvis strategi, faglige aktiviteter og ressourceallokering. 46 pct. beskriver en mere udefineret tilgang, hvor sammenhængen skabes gennem forskellige ikke-systematiske tiltag. 38 pct. angiver at, sammenhængen skabes løbende uden at beskrive en metode hertil, eller at der ikke arbejdes konkret med dette.

Mål- og resultatplaner

75 pct. af sygehusene har en mål- og resultatplan mellem regionen og sygehuset. Tilsvarende angiver 71 pct., at der er en mål- og resultatplan mellem sygehuset og de underliggende enheder. Størstedelen af sygehusene angiver, at der ikke er knyttet økonomiske incitamenter til opfyldelsen af målene, i mål- og resultatplanerne.

Måltyper

Mål- og resultatplanerne indeholder forskellige typer af mål. Alle sygehuse med mål- og resultatplaner har mål for 'udrednings- og behandlingsgaranti' samt 'kvalitetsmål' i mål- og resultatplanen mellem sygehuset og de underliggende enheder. En stor andel anvender desuden effekt- og/eller resultatmål, samt aktivitets og/eller produktionsmål. Den mindst brugte måltype er produktivitetsmål.

Blandt de væsentligste mål, som flest anvender, er *kvalitetsmål* som fx de nationale mål og måltal fra kliniske databaser; *udrednings- og behandlingsgaranti*, samt *økonomiske mål* som fx budgetoverholdelse og ressourceforbrug.

Udarbejdelse og opfølgning på mål- og resultatplanen

De fleste mål- og resultatplaner udformes i fællesskab mellem den centrale enhed (hhv. region og sygehus) og den decentrale enhed (hhv. sygehus og afdelinger) i 4. kvartal året før planen træder i kraft.

Med undtagelse af én region, der har et fast koncept med kvartalsvise driftsaftaleopfølgingsmøder og dialogmøder mellem direktionen og sygehusledelsen, varierer opfølgningen på mål inden for de enkelte regioner. Størstedelen af sygehusene har en opfølgningsskandence på 3 - 4 gange årligt mellem sygehusledelsen og regionsledelsen.

STRATEGI OG MÅL- OG RESULTATSTYRING

Sammenhæng mellem strategi, aktiviteter og ressourceallokering

Sygehusene arbejder med at skabe sammenhænge på mange forskellige måder. 17 pct. sygehuse foretager en systematisk kobling, 46 pct. har en mere udefineret tilgang, og 38 pct. arbejder ikke konkret med dette:

Fire sygehuse beskriver en model, hvor der er systematisk kobling mellem hhv. aktivitet, strategiske mål og budget, fx:

- *"Vi arbejder med aktivitetsafhængige bevillinger. Derfor korrigeres udgiftsbudgetterne, når aktivitetsniveauerne ændres."*
- *"Der er tæt sammenhæng mellem faglige aktiviteter og ressourceallokering. Derudover omfatter budgetprocessen drøftelser af strategiske mål og tilknyttede finansieringsmæssige udfordringer"*

11 sygehuse beskriver metoder, hvor der foretages en mere løs kobling mellem hhv. strategiske fokusområder, aktivitet og ressourceallokering. Eksempelvis ved ledelsesprioriteringer eller i årsaftaler med afdelinger, fx:

- *"Ved ressourceallokering til afdelingerne tages der så vidt muligt højde for at indsatserne i strategien understøttes."*
- *"I budgetplanlægningen er der øje på, hvordan budgetter, forbrug og aktivitet matcher direktionens vision for hospitalet."*
- *"I de årlige sparerunder prøver direktionen at prioritere budgettet efter den udvikling man ønsker enten at styrke eller reducere"*

Ni sygehuse beskriver ikke en metode til kobling eller angiver, at der ikke foretages nogen kobling, fx:

- *"Der tages løbende stilling til om de aktivitetsmæssige og ressourcemæssige vilkår ændrer sig for den enkelte afdeling"*
- *Ressourceallokering sker uden skarpt øje til de strategiske satsningsområder."*

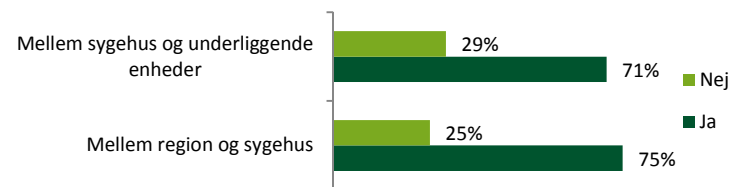
Kilde: Spørgsmål 20

Mål og resultatstyring

Hos 75 pct. af sygehusene er der udarbejdet en mål- og resultatplan mellem regionen og sygehuset. Tilsvarende angiver 71 pct., at der ligeledes er en mål- og resultatplan mellem sygehuset og de underliggende enheder, jf. figur 19.

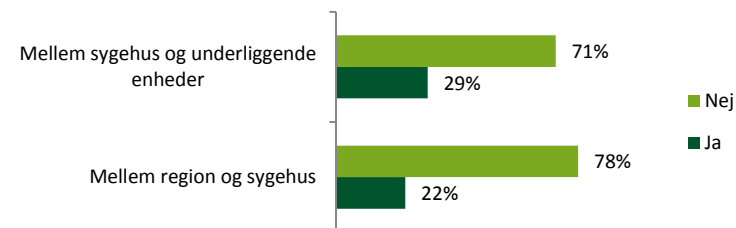
Størstedelen af sygehusene angiver, at der ikke er knyttet økonomiske incitamenters til opfyldelsen af målene i mål- og resultatplanerne, jf. figur 20.

Figur 19: Er der udarbejdet mål- og resultatplan (eller lignende) for 2017 for sygehuset?



Kilde: Spørgsmål 21

Figur 20: Er der knyttet økonomiske incitamenters (fx resultatløns eller kollektive belønninger) til opfyldelsen af målene i mål- og resultatplanen?



Kilde: Spørgsmål 27

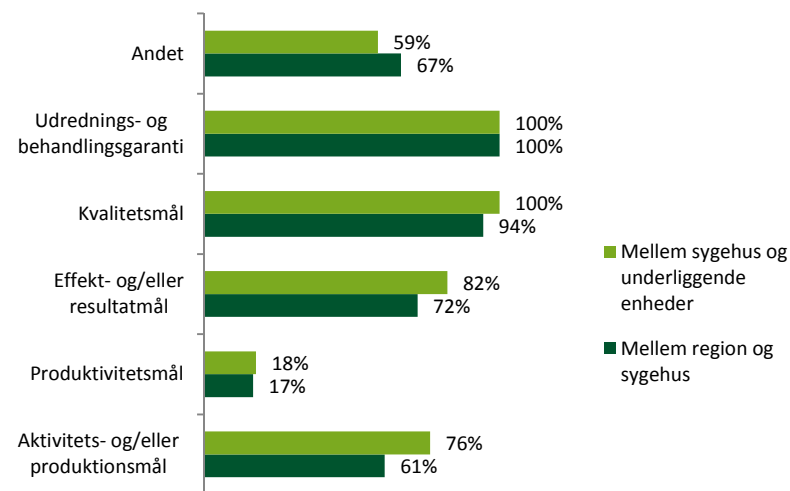
MÅL- OG RESULTATSTYRING

Måltyper

Mål- og resultatplanerne indeholder typisk forskellige typer af mål, som fx aktivitetsmål, produktivitetsmål eller kvalitetsmål. Kortlægningen viser, at alle sygehuse har mål for 'udrednings- og behandlingsgaranti' samt 'kvalitetsmål' mellem sygehuset og de underliggende enheder. 82 pct. anvender effekt- og/eller resultatmål og 76 pct. anvender aktivitets og/eller produktionsmål. Den mindst brugte måltype er produktivitetsmål.

De sygehuse, der angiver "andet", nævner bl.a. det regionale målbillede, overholdelse af kræftpakker, ventetid til operationer, sygefravær, ventetid i akutmodtagelsen, forskning, sundhedsinnovation, servicemål, værdibaserede styringsindsatser, udviklingsmål, fx i form af projektgennemførelse og budgetoverholdelse.

Figur 21: Typer af mål, der er formuleret i mål- og resultatplanen



Kilde: Spørgsmål 23

De væsentligste mål

Sygehusene blev i kortlægningen bedt om at angive de væsentligste mål i deres mål- og resultatplan.

De væsentligste mål, som flest angiver omfatter: *kvalitetsmål*, som fx de nationale mål og måltal fra kliniske databaser; *udrednings- og behandlingsgaranti*, samt *økonomiske mål*, som fx budgetoverholdelse og ressourceforbrug.

Herudover nævnes mål for aktivitet, kræftpakker, patienttilfredshed, samt uddannelse og rekruttering.

Der er et vist sammenfald af mål inden for Region Sjælland og Region Nordjylland.

I Region Midtjylland angiver alle sygehuse, at de anvender målene fra Regionens målbillede, som indeholder, a) forebyggelige indlæggelser blandt ældre, b) opfyldelse af kvalitetsmål i 2 kliniske kvalitetsdatabaser (Hofte- og lårbrud og Akutte hospitalskontakter), c) patientoplevelse inddragelse, d) somatiske/psykiatriske patienter udredt inden for 30 dage, og e) indlagte personer i psykiatrien, der bæltefikseres.

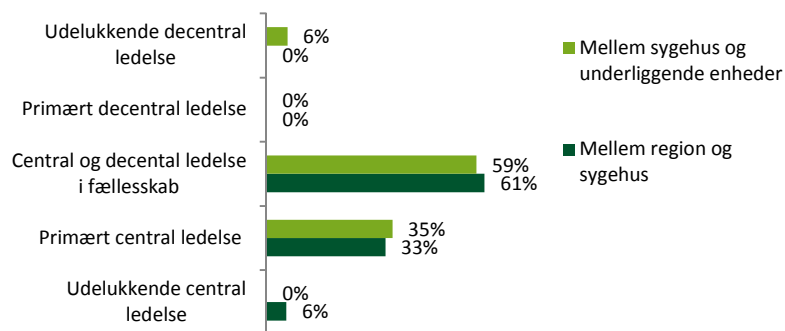
Kilde: Spørgsmål 24

MÅL- OG RESULTATSTYRING

Udarbejdelse af mål- og resultatplanen

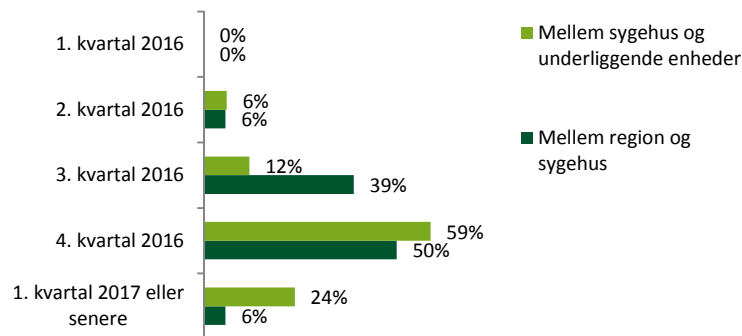
For størstedelen af sygehusenes vedkommende udformes mål- og resultatplanen i fællesskab mellem den centrale enhed (hhv. region og sygehus) og den decentrale enhed (hhv. sygehus og afdelinger), *jf. figur 22*. Tidspunktet for udarbejdelse falder for de fleste sygehuse i 4. kvartal året før planen træder i kraft, *jf. figur 23*.

Figur 22: Hvem udformer de konkrete mål i mål- og resultatplanen?



Kilde: Spørgsmål 25

Figur 23: Tidspunkt for udarbejdelse af mål- og resultatplanen



Kilde: Spørgsmål 22

Proces for opfølgning på mål og resultatplanen

I kortlægningen blev sygehusene bedt om at beskrive deres proces for opfølgning på mål- og resultatplanen.

Opfølgning mellem sygehus og region

Med undtagelse af Region Sjælland, der har et fast koncept med kvartalsvise driftsaftaleopfølgingsmøder og dialogmøder mellem direktionen og sygehusledelse, varierer opfølgningen på mål inden for de enkelte regioner.

Størstedelen af sygehusene har en opfølgingskadence på 3 - 4 gange årligt mellem sygehusledelsen og regionsledelsen, som enten foregår på dialog- eller driftsaftale-opfølgingsmøder.

To hospitaler fra Region Hovedstaden angiver, at de følger op ved månedlige concernledelsesmøder.

Opfølgning på mål mellem sygehus og afdelingsledelse

Der er stor variation i, hvor ofte sygehusene følger op på mål- og resultatplanen mellem sygehusledelsen og afdelingsledelsen.

Størstedelen af sygehusene følger op på målene mellem hver og hver anden måned på fx dialog- eller driftsmøder. Enkelte følger op to eller fire gange årligt, og nogle følger ugentligt op på specifikke mål på tavlemøder.

Endelig angiver ét sygehus, at opfølgningen foregår løbende og et andet, at opfølgningen varierer mellem centrene.

Kilde: Spørgsmål 26

LEDELSESINFORMATION OG DATA – OPSUMMERING

Ledelsesinformation til sygehus- og afdelingsledelsen

Ledelsesinformation til både sygehusledelsen og afdelingsledelsen følger stort set op på den samme type data på både økonomi-, HR- samt på produktion, kvalitet- og effekt.

I opfølgning på økonomi domineres ledelsesinformationen af data på *realiseret økonomi, afvigelser fra budget, og prognoser*. HR-data omhandler i høj grad *over-/merarbejde, sygefravær og løn- og årsværksprognose*. På afdelingsniveau er der lidt flere, der følger op på *over-/merarbejde og sygefravær* end på sygehusniveau.

I ledelsesinformation om produktion, kvalitet og effekt, følges der på begge niveauer op på data om den *kliniske kvalitet, kapacitetsudnyttelse, indlæggelsestid og produktion*. Langt størstedelen af sygehusene angiver, at de rapporterer på disse data månedsvis eller oftere. Data som *enhedsomkostninger, tidsregistrering og outcome-mål* er det, som oftest ikke indgår i ledelsesinformationen.

Tilgængelighed og anvendelse af data

For at kunne producere retvisende og styringsrelevant ledelsesinformation, kræver det tilgængelighed af data af høj kvalitet. Kortlægningen viser, at sygehusene generelt vurderer, at der er størst tilgængelighed og kvalitet fsva. økonomidata og lavest grad af tilgængelighed og kvalitet af kvalitets-og effektdata.

De nationale databaser anvendes i stor grad til ledelsesinformation og benchmarking og i mindre grad til budgettering og budgetopfølgning. De mest anvendte databaser er LUP, de kliniske kvalitetsdatabaser og landspatientregistret.

LEDELSESINFORMATION TIL SYGEHUSLEDELSEN

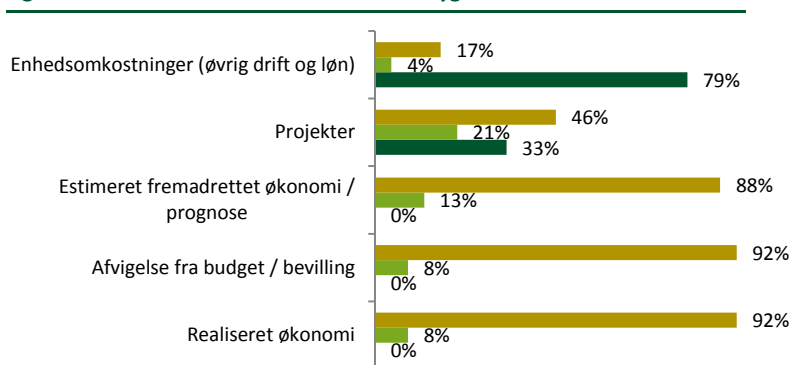
Ledelsesinformation på sygehuset

Ledelsesinformation er et værktøj til at skabe indsigt i forretningen, så ledelsen kan træffe beslutninger på et oplyst grundlag. Indholdet i ledelsesinformation varierer typisk afhængig af modtageren. Kortlægningen viser dog, at det i høj grad er den samme data, der følges op på til de to forskellige ledelsesniveauer på sygehusene.

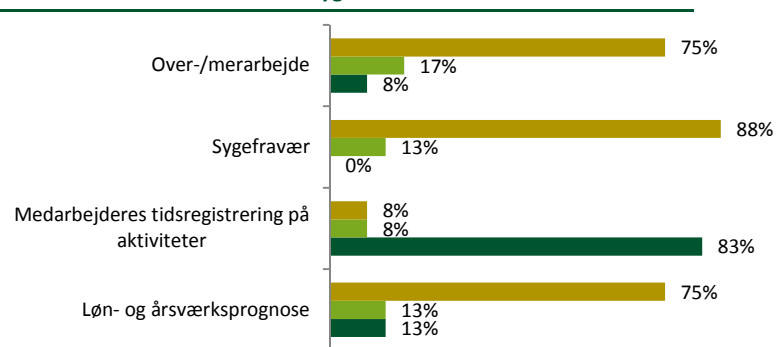
Ledelsesinformation til sygehusledelsen

Ledelsesinformationen til sygehusledelsen domineres af økonomidata om realiseret økonomi, afvigelser fra budget, og prognoser. For HR bruges data om over-/merarbejde, sygefravær samt løn- og årsværksprognose, og fagdata omhandler den kliniske kvalitet, kapacitetsudnyttelse, indlæggelsestid og produktionsdata. Størstedelen af sygehusene rapporterer på disse data månedsvis eller oftere. Færrest anvender data på enhedsomkostninger, tidsregistrering på aktiviteter og outcome-mål, *jf. figur 24, 25 og 26.*

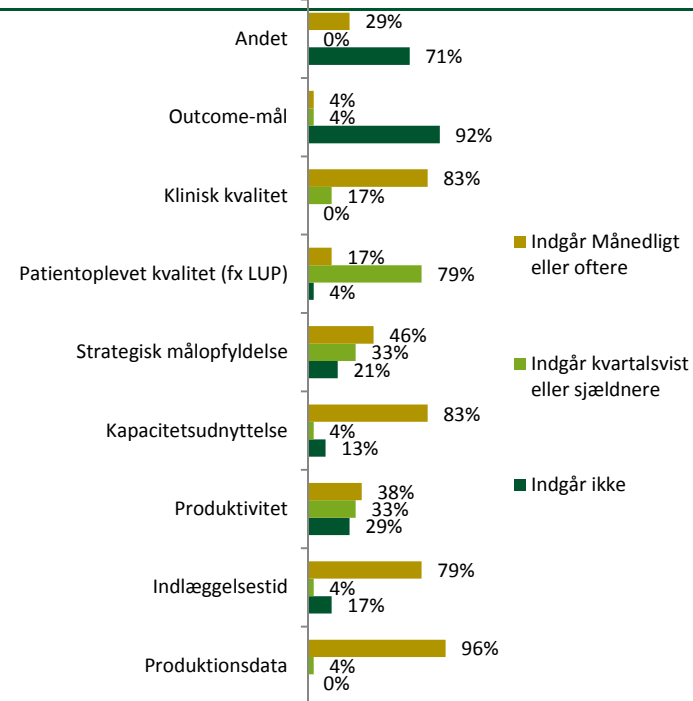
Figur 24: Økonomi-ledelsesinformation til sygehusledelsen



Figur 25: HR ledelsesinformation til sygehusledelsen



Figur 26: Ledelsesinformation om produktion, kvalitet- og effekt til sygehusledelsen

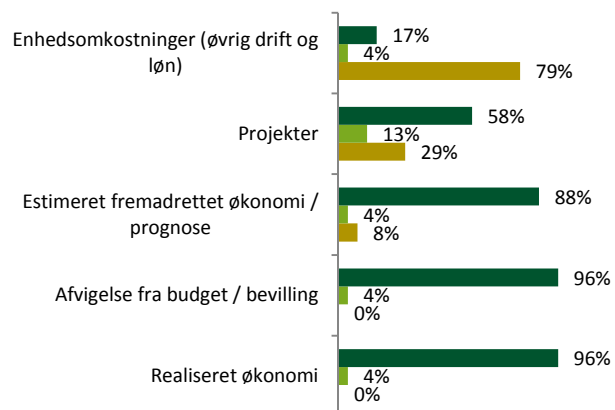


LEDELSESINFORMATION TIL AFDELINGSLEDELSEN

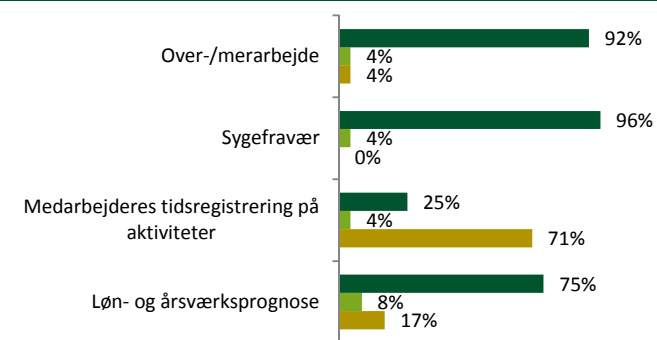
Ledelsesinformation til afdelingsledelsen

Ledelsesinformationen til afdelingsledelsen ligner i store træk ledelsesinformationen til sygehusledelsen. På økonomi følges der op på de samme parametre, mens der på HR-området er flere, der følger op på over-/merarbejde og sygefravær. For fagdata er det, som til sygehusledelsen, den kliniske kvalitet, kapacitetsudnyttelse, indlæggelsestid og produktionsdata, flest rapporterer på.

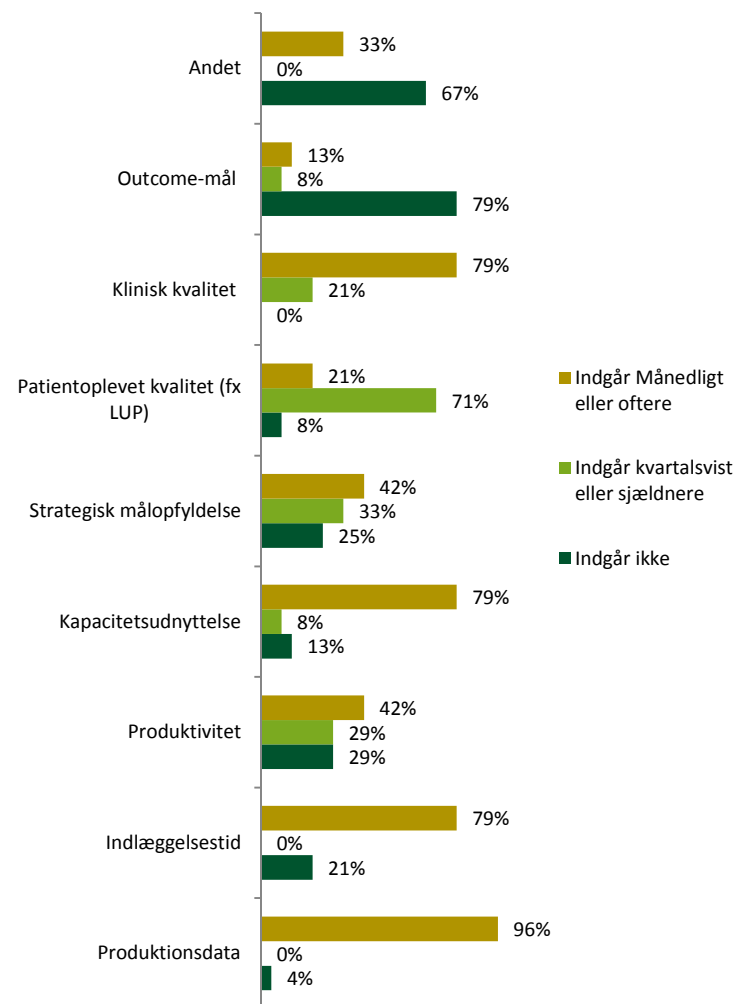
Figur 27: Økonomi-ledelsesinformation til afdelingsledelsen



Figur 28: HR-ledelsesinformation til afdelingsledelsen



Figur 29: Ledelsesinformation om produktion, kvalitet- og effekt til afdelingsledelsen



BRUG AF DATA

Tilgængelighed og anvendelse af data

For at kunne producere retvisende ledelsesinformation, kræver det tilgængelighed af data af høj kvalitet. Sygehusene vurderer, at der er højest tilgængelighed og kvalitet fsva. økonomidata og lavest grad af tilgængelighed og kvalitet på kvalitets- og effektdata, *jf. figur 30*.

De nationale databaser anvendes i stor grad til ledelsesinformation og benchmarking og i mindre grad til budgettering og budgetopfølgning. De mest anvendte databaser er LUP, de kliniske kvalitetsdatabaser og landspatientregistret, som primært bruges til ledelsesinformation *jf. figur 30*.

Anvendte datakilder til kvalitets- og effektdata

I kortlægningen blev de sygehuse, der angav at de har kvalitets- og effektdata i deres ledelsesinformation, bedt om at angive de dertil anvendte datakilder.

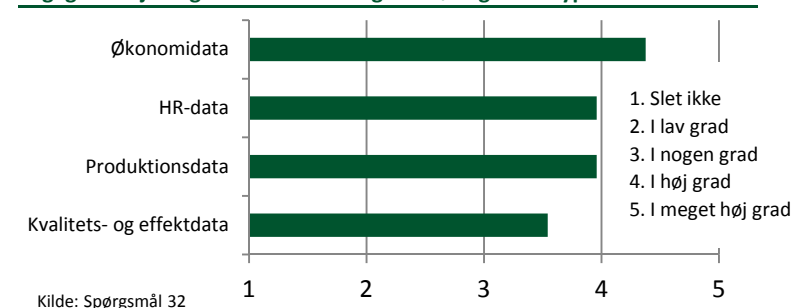
De datakilder, flest sygehuse angiver, at de anvender til kvalitets- og effektdata, er eksempelvis kliniske kvalitetsdatabaser, data fra det patientadministrative system, samt egne data i form af surveys, brugertilfredshedsundersøgelser, servicemålopførelser og data fra audits som fx gennemgang af medicinfejl.

Herudover anvendes også, omend i mindre grad, data fra LUP, HAIBA (fx til monitorering af infektioner), E-sundhed (fx til genindlæggelser), Silkeborg Data og tvangsdata (for de psykiatriske hospitaler)

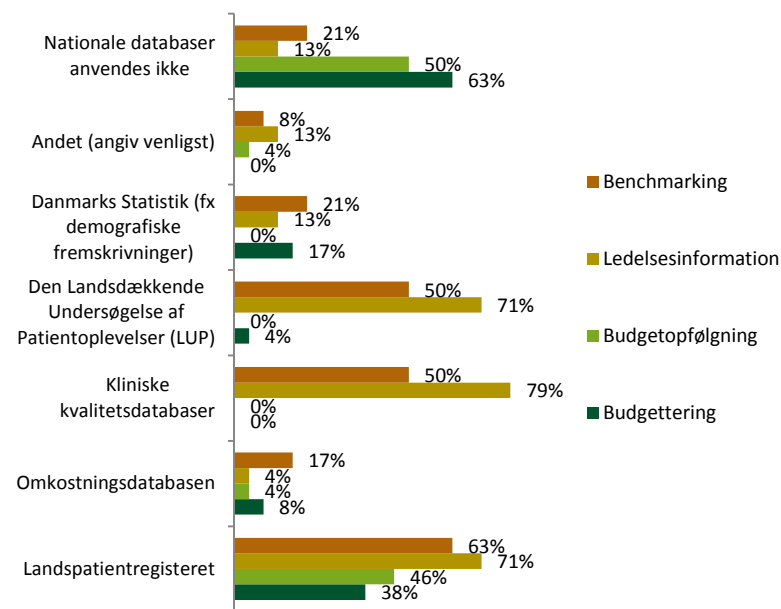
Blandt de datakilder, færrest sygehuse angiver, at de benytter nævnes: den nye nationale kvalitetsmonitorering, EPJ (SFI), Fælles medicinkort (FMK) (Psykiatriske hospitaler), GS/SP, LPR, PAS (liggesår), URP (Udredningsret fra Sundhedsdatastyrelsen), UTH data, Økonomi- og lønsystemer.

Kilde: Spørgsmål 30

Figur 30: Tilgængelighed og kvalitet af datatyper, til anvendelse i det daglige arbejde og til sammenstilling med øvrige datatyper



Figur 31: Anvendelse af nationale databaser i forbindelse med budgettering, budgetopfølgning, ledelsesinformation og benchmarking



UDFORDRINGER OG VISIONER FOR ØKONOMISTYRINGEN - OPSUMMERING

Faktorer, der påvirker sygehusenes økonomistyring

Sygehusenes styring påvirkes af en række ydre såvel som indre faktorer.

De ydre faktorer, der giver de største styringsmæssige udfordringer, beskrives bl.a. som politiske tiltag, udrednings og behandlingsgaranti, udvikling i medicinforbruget samt de overordnede økonomiske rammer og tidspunkt for udmøntning af disse i forhold til årets planlægning.

Blandt de indre faktorer nævnes engangsudgifter fx til nyt IT eller nye bygninger, centrale spareplaner og tidspunkt for udmelding af disse, organisatoriske ændringer med omrokering af personale og aktiviteter, samt aktivitetsafhængig afregning (fx på tværs af regionsgrænser). Hertil kommer rekrutteringsudfordringer og de heraf afledte udgifter til vikarer eller ikke-gennemførte aktiviteter også som en udfordrende faktor.

Samarbejde med andre enheder i sundhedsvæsenet

En anden væsentlig faktor i den daglige styring er samarbejdet med andre enheder i sundhedsvæsenet. Her angiver sygehusene, at de i høj grad vurderer samarbejdet med kommuner og sygehuse i egen region som velfungerende. Samarbejdet med hhv. praktiserende læger og andre sygehuse som fx privathospitaler ligger en anelse lavere.

Styringskompetencer og udvikling af økonomistyringen

Sygehusene angiver i stort omfang, at både afdelingslederne og de øvrige budgetansvarlige i høj grad er klædt på til at økonomistyre.

Også i sygehusenes arbejde med kompetenceudvikling, er der fokus på at klæde de budgetansvarlige godt på til at håndtere styringen.

Visioner for økonomistyringen

Sygehusene blev spurgt om, hvilke områder de vurderer, det kunne være gavnligt at sætte fokus på for at udvikle økonomistyringen på deres sygehus.

Flest sygehuse peger i den sammenhæng på anvendelse og sammenstilling af data, mens også kompetenceudvikling, udviklingen af outcome-mål, benchmarking og ressourcefordelingsmodeller nævnes af en stor del af sygehusene.

RAMMER OG VISIONER FOR ØKONOMISTYRING

Faktorer der påvirker sygehusenes økonomistyring

I kortlægningen blev sygehusene bedt om at beskrive, hvilke faktorer, der giver anledning til de største styringsmæssige udfordringer på deres sygehus. Der skelnes mellem *ydre faktorer*, som ligger uden for regionen og *indre faktorer*, som ligger inden for regionen eller eget sygehus.

Ydre faktorer:

Blandt de ydre faktorer nævnes emner som politiske tiltag og opmærksomhedsnedslag, henvisningsudsving fra praktiserende læger, udrednings og behandlingsgaranti, udvikling i medicinforbruget, ny medicin og nye behandlingsmetoder. Herudover peges på de overordnede økonomiske rammer (ØA, Finanslov, satspuljer) og tidspunkt for udmøntning af disse i forhold til årets planlægning.

Indre faktorer:

Blandt de indre faktorer nævnes eksempelvis

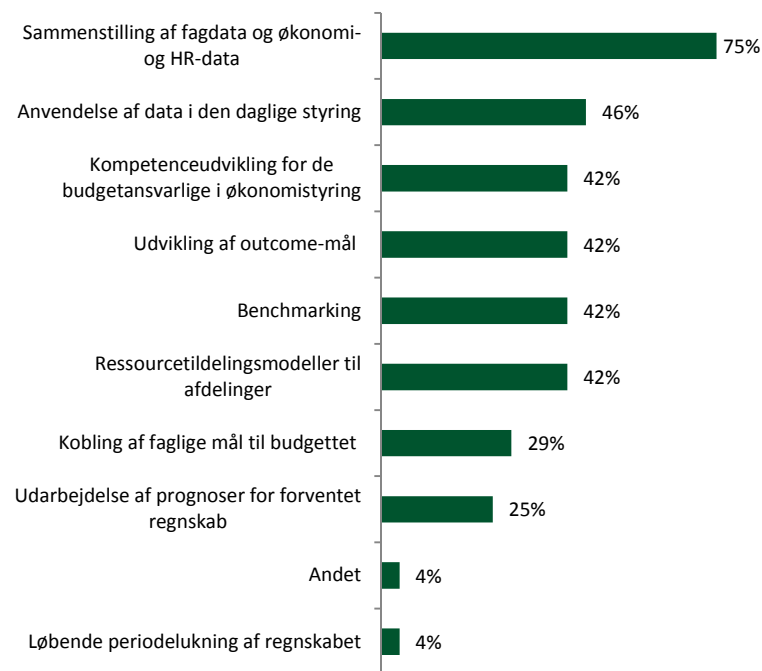
- Engangsudgifter (fx til nyt IT, nye bygninger, udflytning, centralisering af funktioner, mv.),
- Rekrutteringsudfordringer og de heraf udledte udgifter til vikarer eller ikke-gennemførte aktiviteter. Fx er det en udfordring, at lægemangel giver nedgang i aktivitet uden tilsvarende fald i det samlede udgiftsniveau,
- Centrale spareplaner og tidspunkt for udmelding af disse, samt anden form for usikkerhed om sygehusøkonomien (fx i forbindelse med budgettering af medicinudgifterne)
- Organisatoriske ændringer med omrokering af personale og aktiviteter, samt aktivitetsafhængig afregning (fx på tværs af regionsgrænser).

Kilde: Spørgsmål 33

Udvikling af økonomistyringen

Udvikling af økonomistyring er en kontinuerlig proces. Sygehusene blev i kortlægningen spurgt om, hvilke områder de vurderer, det kunne være gavnligt at sætte fokus på for at udvikle økonomistyringen. Flest sygehuse peger i den sammenhæng på anvendelse og sammenstilling af data, mens også kompetenceudvikling, benchmarking, udviklingen af outcome-mål og ressourcefordelingsmodeller nævnes af mere end 40 pct., jf. figur 32.

Figur 32: Områder sygehusene peger på som gavnligt fremadrettet at sætte yderligere fokus på i udviklingen af økonomistyringen



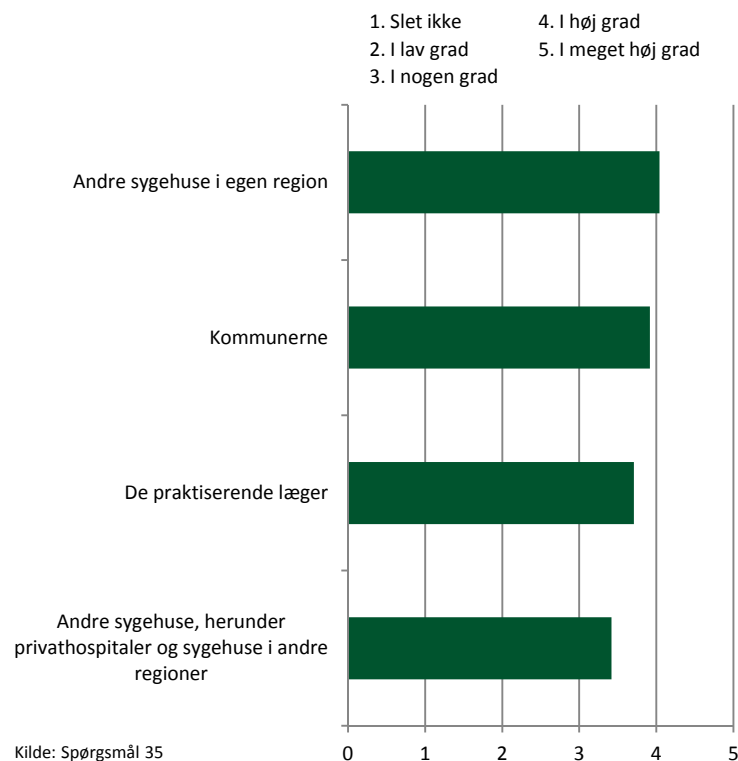
Kilde: Spørgsmål 34

SAMARBEJDE OG KOMPETENCEUDVIKLING

Samarbejde med andre enheder i sundhedsvæsenet

Sygehusene vurderer, at samarbejdet med kommuner og andre sygehuse i egen region i høj grad er velfungerende, mens samarbejdet med hhv. praktiserende læger og andre sygehuse som fx privathospitaler ligger lidt lavere, *jf. figur 33*.

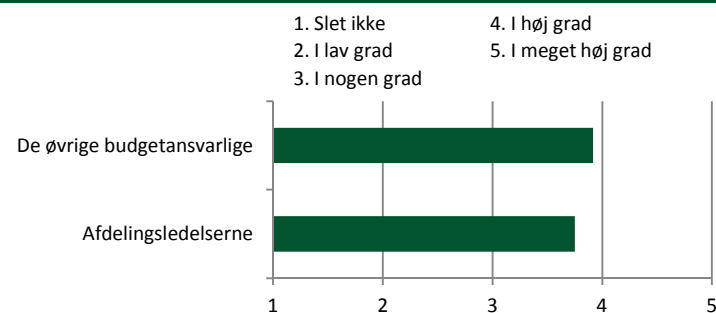
Figur 33: I hvilken grad opleves samarbejdet med følgende aktører som værende velfungerende i det daglige arbejde på jeres sygehus?



Styringskompetencer

I forhold til styringskompetencer, angiver respondenterne, at de vurderer at afdelingslederne såvel som de øvrige budgetansvarlige i høj grad er klædt på til at økonomistyre, *jf. figur 34*.

Figur 34: I hvor høj grad er afdelingsledere og budgetansvarlige klædt på til at økonomistyre?:



Kompetenceudvikling af nye budgetansvarlige:

Der er overordnet set stor fokus på at introducere nye budgetansvarlige til økonomistyring. Størstedelen af sygehusene har introforløb for nye budgetansvarlige og flere steder følges op med en struktureret eller ad hoc-baseret samarbejde med økonomifunktionen. Nogle sygehuse angiver, at de benytter Regionens lederuddannelse som introforløb.

Indholdet i kompetenceudviklingen af nye budgetansvarlige fokuserer hovedsageligt på emner som ledelsestilsyn, vagtplanlægning, ledelsesinformationssystem, fremmødeplaner, ledelsesudvikling, styringsmodeller og prognosemetoder.

Kilde: Spørgsmål 37

BILAG

Bilag 1: Metode og respondenter

Bilag 2: Spørgeskema

BILAG 1: METODE

Om spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskema udsendt d. 29.03.2017 med svarfrist d. 12.04.2017

Spørgeskema sendt til økonomi- og stabschefer på 26 sygehuse

Spørgeskemaet indeholdt 39 spørgsmål inden for følgende emner:

- Budgettering og budgetopfølgning
- Strategi- og målstyring
- Ledelsesinformation og data
- Udfordringer og visioner for økonomistyringen

Svarprocent: 92 pct.

Respondenter

Region Hovedstaden

Rigshospitalet
Nordsjællands Hospital
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Amager og Hvidovre Hospital
Herlev og Gentofte Hospital
Bornholms Hospital

Region Midtjylland

Regionshospitalet Randers
Hospitalsenhed Midt
Aarhus Universitetshospital
Hospitalsenheden Horsens
Hospitalsenheden Vest
Psykiatrien Region Midtjylland

Region Nordjylland

Regionshospital Nordjylland
Psykiatrien
Aalborg Universitetshospital

Region Sjælland

Nykøbing Falster Sygehus
Næstved, Slagelse og Ringsted
Psykiatrien Region Sjælland
Sjællands Universitetshospital
Holbæk Sygehus

Region Syddanmark

Psykiatrisygehuset - Region Syddanmark
Sygehus Sønderjylland
Odense Universitetshospital
Sydvestjysk Sygehus

BILAG 2: SPØRGESKEMA 1/3

#	Spørgsmål
Baggrund og organisering	
1	Hvor mange årsværk var der på jeres sygehus pr. 1. januar 2017 fordelt på følgende kategorier? Overlæge: _____ Yngre Læge (Herunder KBU): _____ Sygeplejerske: _____ Ergo/Fysioterapeut: _____ AC: _____ HK: _____ Øvrige: _____
2	Hvor mange matrikler er jeres sygehus fordelt på?
3	Hvor mange specialer har I på jeres sygehus? (der tages udgangspunkt i SSI's definition af specialer)
4	Hvor mange afdelinger er der på jeres sygehus?
5	Sygehusene organiserer sig forskelligt. Nogle har kun afdelinger, mens andre har centre. Nogle har brede afdelinger, der dækker flere specialegrupper, mens andre har en afdeling for hvert speciale. Beskriv venligst kort jeres sygehus' organisatoriske struktur
6	Beskriv venligst kort hvilke styringsmæssige styrker og udfordringer, der efter jeres vurdering er forbundet med den valgte organisationsstruktur
Budgettering og budgetopfølgning	
7	Overholdt jeres sygehus udgiftsbudgettet og aktivitetsbudgettet i 2015 og 2016 (hvis et af budgetterne ikke blev overholdt, angiv da venligst de primære årsager hertil)?
8	På nogle sygehuse har de decentrale enheder (eksempelvis afdelinger) overførselsadgang, således at de har ret til at overføre et mindreforbrug til efterfølgende budgetår, eller har mulighed for at bruge mere end deres budgetramme mod at bruge mindre i et efterfølgende år. Hvilken hovedregel gælder for overførsel af mer- og mindreforbrug for de decentrale enheder på jeres sygehus? Uddyb venligst dit svar og begrund venligst, hvilke styringshensyn der ligger bag dette valg:
9	9a: Kender afdelingerne på jeres sygehus deres <u>økonomiske</u> budgetter (foruden eventuelle centrale puljer til senere udmøntning) pr. 1. januar det år, hvor budgettet træder i kraft? 9b: Kender afdelingerne på jeres sygehus deres <u>aktivitetsbudgetter</u> pr. 1. januar det år, hvor budgettet træder i kraft?
10	Modtog sygehusets økonomifunktion information fra afdelingerne om forventningerne til det kommende års aktiviteter før udmøntning af budget 2017?
11	I hvilken grad lå følgende faktorer til grund for fordelingen af budgettet for 2017 til afdelingerne fra økonomifunktionens side på jeres sygehus?

BILAG 2: SPØRGESKEMA 2/3

Budgettering og budgetopfølgning - fortsat	
12	Økonomifunktionen kan anvende forskellige metoder til at vurdere det faktiske forbrug i forhold til det forventede forbrug. Hvilken af følgende metoder stemmer bedst overens med den <u>generelle praksis</u> på jeres sygehus?
13	Er der flerårighed i jeres nuværende <u>interne</u> budgetter?
14	Hvor ofte forelægges økonomiopfølgningen i form af en formel sagsfremstilling for hele sygehuset til sygehusledelsen??
15	Hvor ofte forelægges økonomiopfølgningen i form af en formel sagsfremstilling for hele sygehuset til regionen?
16	Hvor ofte forelægges økonomiopfølgningen i form af en formel sagsfremstilling for afdelingsniveauet for afdelingsledelsen?
17	Foretages der på jeres sygehus månedsvise regnskabslukninger på følgende områder?
18	Indeholder afdelingernes økonomiopfølgninger afvigelsesforklaringer for afvigelser over en aftalt bagatelgrænse? (Sæt evt. flere krydser)
19	Udarbejdes der ved afvigelser over en aftalt bagatelgrænse korrigerende handleplaner?
Strategi- og målstyring	
20	I henhold til Kodeks for God Økonomistyring skal man tilstræbe at skabe sammenhæng mellem strategi, faglige aktiviteter og ressourceallokering. Beskriv venligst, hvordan jeres sygehus arbejder med at skabe sammenhæng mellem disse faktorer?
21	Er der udarbejdet mål- og resultatplan (eller lignende) for 2017 for sygehuset?
22	(hvis ja på spørgsmål 21) 22a: Hvornår blev mål- og resultatplanen for 2017 mellem regionen og sygehuset udarbejdet? 22b: Hvornår blev mål- og resultatplanen for 2017 mellem sygehuset og underliggende enheder, eksempelvis centre eller afdelinger udarbejdet?
23	(hvis ja på spørgsmål 21a eller b) Hvilke typer af mål er der formuleret i jeres sygehus' mål- og resultatplan? 23a: Mellem region og sygehus?, 23b: Mellem sygehus og underliggende enheder?
24	Beskriv gerne de tre væsentligste mål i jeres sygehus' mål- og resultatplan (eller lign.). 24a: Mellem region og sygehus 24b: Mellem sygehus og underliggende enheder
25	Hvem udformer de konkrete mål i mål- og resultatplanen? 25a: Mellem region og sygehus? 25b: Mellem sygehus og underliggende enheder?
26	Beskriv venligst jeres sygehus' proces, herunder hyppighed og forum for opfølgning på de mål som er fastsat i mål- og resultatplanen? 26a: Mellem region og sygehus? 26b: Mellem sygehus og underliggende enheder?
27	Er der knyttet økonomiske incitamenter (fx resultatløns eller kollektive belønninger) til opfyldelsen af målene i mål- og resultatplanen? 27a: Mellem region og sygehus? 27b: Mellem sygehus og underliggende enheder?

BILAG 2: SPØRGESKEMA 3/3

Ledelsesinformation og data	
28	Med hvilken hyppighed er følgende typer af ledelsesinformation tilgængeligt for sygehusledelsen på jeres sygehus?
29	Med hvilken hyppighed er følgende typer af ledelsesinformation tilgængeligt for afdelingsledelserne på jeres sygehus?
30	(hvis der klikkes ja til mindst et af punkterne i kvalitets- og effektdata i 28 eller 29). I har angivet, at der indgår elementer af kvalitets- og effektdata i jeres løbende ledelsesinformation til sygehusledelsen/afdelingsledelserne. Angiv venligst hvilke datakilder I anvender til at hente dette data
31	Hvilke data fra nationale databaser anvendes i forbindelse med følgende processer på jeres sygehus? Budgettering, Budgetopfølgning, Ledelsesinformation og Benchmarking
32	I hvilken grad vurderer I, at følgende datatyper er tilgængelige og af en sådan kvalitet, at de kan anvendes i det daglige arbejde og sammenstilles med øvrige datatyper?
Udfordringer og visioner for økonomistyringen	
33	Økonomistyringen på sygehusene påvirkes af en lang række faktorer indre som ydre. Beskriv venligst, hvilke områder der giver anledning til de største styringsmæssige udfordringer på jeres sygehus.
34	Vurderer du, at jeres sygehus kunne have gavn af fremadrettet at sætte yderligere fokus på udviklingen af økonomistyringen inden for følgende områder? (sæt gerne flere krydser)
35	I hvilken grad opleves samarbejdet med følgende aktører som værende velfungerende i det daglige arbejde på jeres sygehus?
36	I hvor høj grad vurderer I, at afdelingsledelserne og de øvrige budgetansvarlige på jeres sygehus er klædt på til at økonomistyre, herunder har den nødvendige forståelse for ressourcetrivere, planlægning, opfølgning mv.?
37	Beskriv venligst jeres sygehus' indsatser for kompetenceudvikling af nye budgetansvarlige med hensyn til økonomistyring (det være sig introduktionsforløb eller løbende kurser i budgetlægning, anvendelse af ledelsesinformation, vagtplanlægning mv.)
38	Nærværende undersøgelse og det etablerede partnerskab har til formål at dele viden om og eksempler på god økonomistyringspraksis på tværs af regioner og sygehuse. I bedes derfor beskrive de konkrete eksempler på god økonomistyring, som I har kendskab til.
39	Hvilke emner eller temaer for god økonomistyring kunne I godt tænke jer, at partnerskabet arbejder videre med i 2017 og 2018?