

Budgetanalyse af sygehusvæsenet på Færøerne

20. november 2008

→ Overordnet sammenfatning

Udgifterne til sygehusvæsenet på Færøerne er steget markant de seneste år, og sygehusene har haft et betydeligt merforbrug i forhold til bevillingen på finansloven. Nærværende budgetanalyse analyserer udviklingen i driftsudgifterne til de tre sygehuse, patientbehandlingen i udlandet samt den overordnede politiske budgetproces og den interne økonomistyring på sygehusene.

Analysen består af en benchmarkanalyse af udgifterne til sygehusvæsenet på tværs af udvalgte geografiske områder, der er sammenlignelige med Færøerne. Endvidere omfatter analysen en kvalitativ vurdering af den overordnede sammenhæng mellem aktiviteten og det tildelte budget på finansloven samt en vurdering af sygehusenes interne økonomistyring. Det sidste med henblik på at identificere hovedårsagerne til stigningerne i udgifterne og merforbruget i forhold til bevillingerne.

Den overordnede sammenligning viser, at Færøerne i udgangspunktet har et lavere udgiftsniveau end både Danmark, Island og Bornholm, men at stigningen i sygehusudgifterne generelt har været større end i Danmark i perioden 2001-2007. Det sker samtidigt med, at patienterne indlægges hyppigere og har længere indlæggelsesforløb på Færøerne. Udviklingen i sygehusudgifterne kan være en naturlig udvikling mod et udgiftsniveau svarende til andre nordiske lande, men udviklingen kalder på fremadrettet styring. Fortsætter den nuværende udgiftsudvikling, vil sygehusudgifternes andel af BNI ligge på niveau med Danmark allerede i 2008.

Analysen viser desuden, at der er behov for en anderledes styring af både budgetprocessen og den interne økonomistyring på sygehusene, hvis den nuværende udgiftsudvikling skal kontrolleres. Der bør fremadrettet indføres flerårig budgettering baseret på mål for behandlingsaktivitet, der giver plads til langsigtet planlægning og mere bevidste beslutninger. Den interne økonomistyring bør samtidig overgå fra reel rammestyring med ensidig fokus på ressourceinputtet til en mere aktivitetsbaseret styring med fokus på enhedsomkostninger og klare ansvarsfordelinger for overholdelse af budgetter – herunder styring af udlandspuljen, hvor visitationsretten og budgetansvaret reelt er adskilt mellem forskellige institutioner.

Under budgetanalysens givne forudsætninger bør der derfor være væsentlige proces- og ressourcemæssige forbedringsmuligheder fra den politiske budgetproces til den daglige styring af sygehusenes økonomi. Sammenfattende er det vurderingen, at der er et ikke ubetydeligt potentiale for øget budgetdisciplin, større overblik over udgiftsdrivende faktorer, bedre styring og øget produktivitet.

→ Indholdsfortegnelse

→ Overordnet sammenfatning	2
→ Indholdsfortegnelse	3
→ Indledning	4
Baggrund	4
Kommissorium	4
Afgrænsning	4
Fremgangsmåde og datagrundlag	4
Læsevejledning	5
→ 1. Benchmarking	6
Metode	6
Benchmarkanalyse	9
Forventet fremtidig udvikling i sygehusudgifter	27
Afsluttende bemærkninger	32
→ 2. Budgetprocessen	34
Grundforudsætninger	34
Finanslovprocessen	39
Budgettering på sygehusene	41
Budgetopfølgning og -korrektion	44
Afsluttende bemærkninger	48
→ 3. Økonomistyring	50
Den økonomiske udvikling – et overblik	50
Den interne økonomistyring	51
Kritiske drivere for den økonomiske udvikling	53
Manglende redskaber for god økonomistyring	68
→ 4. Opsummering – og forslag til forbedringer	70
Den overordnede bevillingsstyring	70
Aktivitetsstyring	71
Ledelsesinformation – løbende aktivitetsopgørelser	72
Kobling af aktivitet og økonomi – udvikling af DRG-system	72
Klart definerede budgetansvarsområder	73
Organisering af administrative kompetencer og opgaver	74
Medicin	75
Udenlandspuljen	75
Specialeplanlægning	76
Samlet oversigt over indsatsområder	77
→ Bilag 1	79

→ Indledning

Baggrund

Færøernes landsstyre har besluttet at gennemføre en budgetanalyse af de 3 sygehuse samt patientbehandling i udlandet. Den konkrete årsag til, at budgetanalysen bliver iværksat er, at udgifterne er steget voldsomt de senere år, og sygehuse har haft betydelige merforbrug i forhold til bevillingen på finansloven.

Kommissorium

Budgetanalysen omfatter sygehusenes interne økonomistyring for perioden 2003-2008, den overordnede budgetproces, benchmark af nøgletal samt en række forbedringsforslag på baggrund af analysens tre første punkter.

Fuldt kommissorium findes som bilag 1.

Afgrænsning

Budgetanalysen har hovedsageligt været fokuseret på forbruget på Landssygehuset, der udgør langt den største del af det samlede forbrug. De mere generelle betragtninger omkring styring, budgetproces og anvendelse af behandlingsmuligheder i udlandet omfatter alle tre sygehuse. Budgetanalysen koncentrerer sig således om styrings- og procesmæssige forhold, men inddrager ikke en klinisk kvalitetsbedømmelse af de tre sygehuse.

Fremgangsmåde og datagrundlag

Budgetanalysen er baseret på en kombination af kvalitative interviews med nøglepersoner og kvantitativ databehandling af patientdata for patienter behandlet på Færøerne og i Danmark samt en opstilling af generelle økonomiske nøgletal på tværs af sammenlignelige geografiske områder.

Der er gennemført interviews med direktion, ledende overlæger og sygeplejersker fra udvalgte afdelinger og andre ledende medarbejdere på Landssygehuset og fra sygehuse i Klaksvig og på Suderø. Endvidere er der gennemført interviews med sundhedsministeren, finansministeren og ledende medarbejdere i Sundhedsministeriet og Finansministeriet.

Formålet med interviewene har været at opnå indsigt i og forståelse af budgetprocessen og den interne økonomiske styring og planlægning på sygehuse, herunder afklaring af specifikke drivere for den økonomiske udvikling.

Som supplement til og grundlag for den kvalitative analyse er der indsamlet patientdata for patienter behandlet på Færøerne og i Danmark. Patientdata er indhentet fra Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen i Danmark. Endvidere er der indsamlet økonomiske nøgletal fra relevante statistikbanker, der er anvendt til en mere overordnet benchmark af sammenlignelige geografiske områder.

Læsevejledning

Nærværende budgetanalyse beskriver i kapitel 1 resultatet af benchmarkanalysen af de overordnede økonomiske nøgletal. Kapitlet danner et grundlag for den overordnede forståelse af det færøske sundhedsvæsen. Kapitel 2 beskriver den eksisterende budgetproces, herunder takten og den konkrete bevillingsudmøntning i forhold til sygehusvæsenet. Kapitel 3 beskriver den eksisterende økonomistyring, herunder hvilke kritiske drivere der påvirker den økonomiske udvikling. Det afsluttende kapitel 4 indeholder en række konkrete anbefalinger til en mere fremadrettet økonomistyring og skitserer tidshorisont, effekt og ressourceindsats knyttet til det videre arbejde mod en mere jævn budgetproces og en bedre styring af den økonomiske udvikling.

→ 1. Benchmarking

I dette indledende kapitel er der opstillet en række sammenligninger af den overordnede udvikling i udgifter til sundhedsvæsenet, den generelle sundhedstilstand og befolkningens sammensætning på tværs af en række sammenlignelige lande og geografisk områder. Der sættes særligt fokus på sygehusvæsenet, herunder forbruget af sengedage, antallet af læger, sammensætningen af driftsudgifter og andre forklarende faktorer for sygehusøkonomiens udvikling.

Afslutningsvist er der opstillet en simpel fremskrivning af udgifterne til sygehusvæsenet baseret på befolkningsudviklingen.

Metode

Benchmarkanalysen er hovedsageligt baseret på statistiske databaser¹, som er tilgængelige på Internettet, suppleret med særligt bestilte opgørelser fra Hagstova Føroya og Danmarks Statistik. Regnskaberne for Færøernes tre somatiske sygehuse 2003-2007 er indhentet fra Sundhedsministeriet.

Metoden for indsamling af data til benchmarkanalysen har haft *sammenlignelighed* som vigtigste formål. Det gælder med hensyn til geografi og økonomiske data. Der er således indsamlet data for geografisk områder som Færøerne, Grønland, Island, Åland, Gotland og Bornholm, der er umiddelbart sammenlignelige. Disse tal er suppleret med data for Danmark på baggrund af Færøernes tilhørsforhold i Rigsfællesskabet.

Ifølge kommissoriet skal perioden 2003 til 2008 analyseres. Det har dog kun i begrænset omfang været muligt at indhente data for 2007 og 2008, hvorfor disse år kun indgår, hvor det har været muligt. For at sikre et tilstrækkeligt analysegrundlag er tidsperioden i benchmarkanalysen derfor udvidet til også at omfatte årene 2001 og 2002.

Sammenlignelighed mellem geografiske områder

Færøerne, Grønland, Island, Åland, Gotland og Bornholm er umiddelbart sammenlignelige på baggrund af geografi, men også tilhørsforhold til sammenlignelige nordiske lande, befolkningsstørrelse og bruttonationalindkomst (BNI). Sygehuse på Færøerne, Grønland, Åland, Gotland og Bornholm er alle basishospitaler, hvor de mere komplicerede patienter behandles på større hospitaler i bl.a. Danmark eller Sverige. Danmark og Island er geografiske områder, hvor alle former

¹ Hagstova (Færøerne) Danmarks Statistik (Danmark), Hagstova (Island), Grønlands Statistik (Grønland), Nordisk Råd og Nomesco.

for behandling typisk udføres. Ved opgørelser, hvor data for visse geografiske områder mangler eller er inkonsistent, er disse områder udeladt.

Sammenlignelighed mellem økonomiske data

Opgørelser af de offentlige udgifter i sundhedsvæsenet er baseret på den internationale klassifikation af offentlige udgifter efter formål, den såkaldte COFOG-opdeling² (Classification Of the Functions Of Government). Den funktionelle opdeling af forbrugsudgifter anvendes i alle nordiske lande, og sikrer størst mulig sammenlignelighed. Det gælder både mellem de geografiske områder og i forbrugsudgifternes udviklingstendens. De offentlige udgifter i sundhedsvæsenet er klassificeret efter:

- Medicinske produkter, apparater og udstyr
- Ambulant behandling
- Hospitalstjenester
- Forskning og udvikling inden for sundhedsvæsen
- Sundhedsvæsen m.v.

Klassifikationen indeholder endvidere udgifter til plejehjem og plejeboliger. Denne afgrænsning skal ses i sammenhæng med, at der til disse plejeforanstaltninger er tilknyttet sundhedsrelaterede ydelser og behandlinger. Primærkilderne til disse udgifter er typisk de kommunale regnskaber i de enkelte nordiske lande. Dette kan indebære mindre usikkerheder, da den kommunale kontoplan i Danmark f.eks. ikke afspejler en særskilt opdeling af udgifterne til plejehjem og plejeboliger og udgifter til hjemmehjælp og lignende, der er relateret til offentlige forbrugsudgifter på socialområdet. Endvidere kan kommunalreformen i Danmark, der medførte nye kommunale og regionale kontoplaner fra begyndelsen af 2007, påvirke opgørelsen af udgifterne i sundhedsvæsenet.

Nedenstående er de forskellige overordnede forhold beskrevet, der skal tages i betragtning ved direkte sammenligning af udgifts-, kapacitets-, produktivets- og sundhedstal på tværs af de enkelte geografiske områder. Disse forhold vil kun blive gentaget meget summarisk i selve benchmarkanalysen.

Opgørelser over udgifter

For alle geografiske områder gælder det, at udgifter til såvel somatiske som psykiatriske sygehuse er medtaget. Det færøske sygehusvæsen består kun af somatiske sygehuse med psykiatriske afdelinger, mens der bl.a. i Danmark findes rene psykiatriske sygehuse. Hvorvidt dette strukturelle forhold påvirker sammenligneligheden, er usikkert.

² COFOG-opdelingen er almindelig anvendt til udgiftsanalyse i Danmark.

Der er i analysen foretaget opgørelser af sygehusudgifter på arter på Færøerne og på Bornholm. Udgifter til sygehusvæsenet på Bornholm følger grupperingen i den kommunale kontoplan. For sammenligning med de tilsvarende udgifter i det færøske sygehusvæsen har det været nødvendigt at foretage en manuel gruppering af udgifter ved hjælp af beskrivelserne i regnskaberne³. Der findes altså ikke en sammenlignelig kontoplan på artsniveau, men det skønnes, at sammenligneligheden stadig er tilstrækkelig høj.

Udgifter til medicin har det ikke været muligt at isolere for Bornholm, men de indgår som en del af arten "Varekøb". Sammenligning af medicinudgifter ved hjælp af arter er på den baggrund ikke muligt. Udgifter til ekstern behandling er opgjort særskilt for Færøerne, mens de tilsvarende tal for Bornholm er identificeret i den kommunale kontoplan⁴.

Ved sammenligning af udgifter i sundhedsvæsenet på tværs af geografiske områder er analysen ikke korrigeret for forskelle i aldersfordelingen. Det bør derfor bemærkes, at en yngre befolkning typisk vil drive relativt færre sundheds- og sygehusudgifter end en ældre befolkning. Dette beskrives yderligere under afsnit om den generelle sundhedstilstand.

Opgørelser over kapacitet

Tal for sygehusenes kapacitet er indsamlet for læger, sygeplejersker, andet personale og sengepladser. Det har kun været muligt at indsamle tal for disponible sengepladser for Danmark og Bornholm frem til 2004. For 2005 og 2006 er anvendt normerede sengepladser.

Tal for antal læger, sygeplejersker og andet personale i 2006 i Danmark og på Bornholm er ikke offentligt tilgængelige. Data er heller ikke fundet i specifikke undersøgelser i Danmarks Statistik. Det har desuden ikke været muligt at få tal for andet personale på sygehuset på Gotland.

Opgørelser over produktivitet

Indlæggelser og sengedage er indsamlet for hospitaler i alle geografiske områder. Hvor det har været muligt, er der desuden indsamlet tal for gennemsnitlig belægningsprocent og patienter. Sengedage og indlæggelser for Danmark og Bornholm er tilgængelige for somatiske sygehuse og psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse, men ikke rene psykiatriske hospitaler.

³ Gruppe "11: Løn" i regnskaberne for de færøske sygehuse sammenstilles med hovedarten "1: Lønninger" i den kommunale kontoplan. Sygehusindtægter er udeladt i sammenligningerne af de artsopdelte udgifter.

⁴ Ekstern behandling identificeres ved art 4.7-8 i den kommunale kontoplan. Tal for Bornholm er udleveret.

For Gotland er antallet af indlæggelser ikke tilgængeligt. Derfor er antallet af udskrivninger blevet brugt som et udtryk for antal indlæggelser. Det vurderes, at udskrivninger er et brugbart mål for antal indlæggelser. Endvidere er tal for produktivitet for Gotland for 2004 interpoleret mellem tallene for 2003 og 2005.

Opgørelser over sundhedstal

I nærværende rapport er befolkningens aldersfordeling, den forventede gennemsnitlige levetid samt to større sygdomsbilleder medtaget som udtryk for regionernes generelle sundhedsbillede. Antallet af sengedage er ikke anvendt som en beskrivende faktor for den generelle sundhedstilstand. Hertil er tallet for påvirkeligt af lokale udskrivningsprocesser eller f.eks. kommunernes evne til at modtage færdigbehandlede patienter.

Opgørelser over kvantitative tal

Der er indsamlet data for Bruttonationalindkomsten (BNI) og befolkningsstørrelse for alle geografiske områder. Disse oplysninger gør det muligt at opstille sammenlignelige tal pr. indbygger og for sygehusudgifternes størrelse som andel af BNI på tværs af de udvalgte geografiske områder. Bruttonationalindkomsten er valgt frem for Bruttonationalproduktet (BNP) for at medtage den samlede indkomst, herunder betalinger som bloktilskud til Færøerne og Grønland.

Opgørelser over forventet fremtidig udvikling i sygehusudgifter

Som afslutning på benchmarkanalysen fremskrives Færøernes udgifter til sygehusbehandling til år 2040. Internationalt er der generelt stor opmærksomhed på udviklingen i sundhedsudgifter, da det i alle højtudviklede lande er netop denne enkeltpost på det offentlige budget, der har haft de største langsigtede stigninger⁵.

Beregningen af de fremskrevne sundheds-/sygehusudgifter medtager udviklingen i udgiften til sygehusvæsen per indbygger i forskellige aldersgrupper og en fremskrivning af befolkningsvæksten på baggrund af udviklingen i nettoindvandring, fertilitet og dødelighed. Specifikke forventninger til lønstigninger, stigninger i priserne på medicin og andre prisstigninger er kun medtaget via beregningen af de fremskrevne sundhedsudgifter.

Benchmarkanalyse

I dette afsnit er der opstillet en række sammenligninger af relevante nøgletal for sygehusvæsenet på Færøerne. Analysen tager udgangspunkt i den overordnede udvikling i sygehusudgifterne og fokuserer efterfølgende på de faktorer, som har

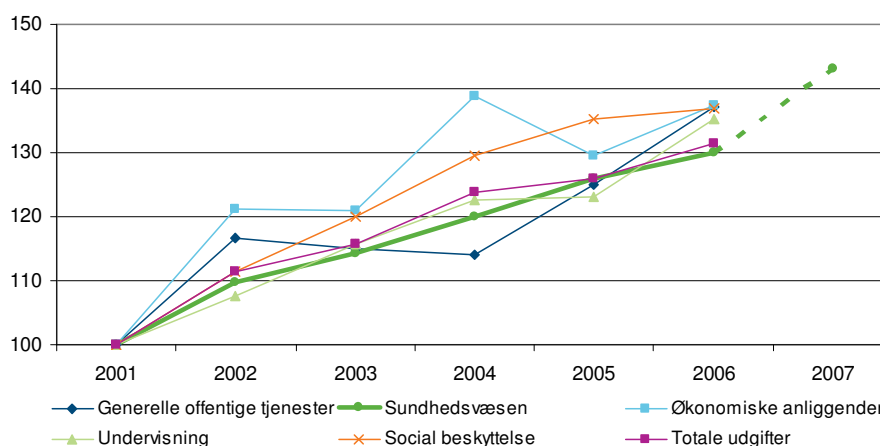
⁵ DREAM: "Langsigtet økonomisk fremskrivning 2006 – med vurdering af velfærdsreformen"

indflydelse på denne udvikling. Således vil såvel udgiftssiden som efterspørgslen efter sygehusydelse blive belyst.

De offentlige udgiftsområder

Den generelle udvikling på de største offentlige udgiftsområder på Færøerne er gengivet i nedenstående figur 1.1. Udviklingen på de største offentlige udgiftsområder, viser forskellige udviklingstendenser for Generelle offentlige tjenester, Sundhedsvæsenet, Økonomiske anliggender, Undervisning og Social beskyttelse. Samlet set er de forskellige områder steget mellem 30 og 37 pct. fra 2001 til 2006, hvor udgifterne til økonomiske anliggender er steget mest og udgifterne til sundhedsvæsenet er steget mindst.

Figur 1.1: Udvikling i udvalgte offentlige udgiftsområder, 2001-2007



Kilde: Hagstova. For sundhedsudgifterne er 2007 estimat.

De foreløbige udgifter til sundhedsvæsenet i 2007 er ligeledes medtaget. Udviklingen for 2007 viser et relativt stort spring i udgifterne til sundhedsvæsenet, der uden at kende udviklingen for de resterende udgiftsområder, kan indikere et spring i udgiftsniveauet relativt til flere af de andre udgiftsområder. Figuren viser, at udgifterne til sundhedsvæsenet har haft en mindre stigning over perioden relativt til de andre større udgiftsområder, hvorfor dette spring i udgifterne kan være et udtryk for, at sundhedsvæsenet i 2007 indhenter et "udgiftsmæssigt efterslæb". Udviklingen i sundhedsudgifterne analyseres nærmere i de kommende afsnit.

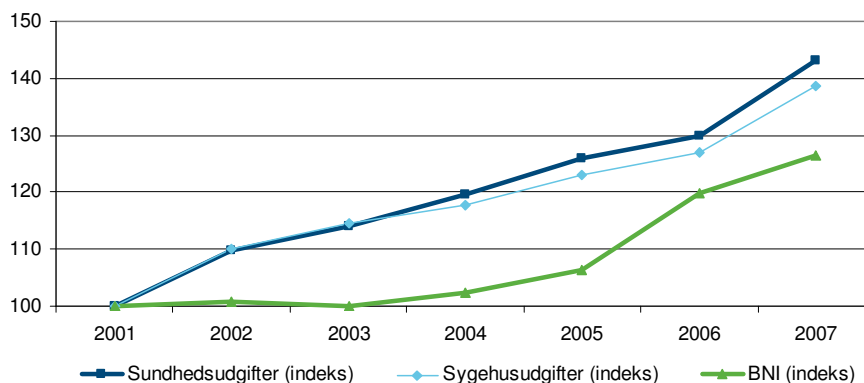
Udgifter til sundheds- og sygehusvæsenet

Figur 1.1 viser udviklingen i de samlede udgifter til sundheds- og sygehusvæsenet i forhold til udviklingen i den disponible bruttonationalindkomst (BNI), der angiver Færøernes samlede disponible indkomst, herunder overførsler fra Danmark (bloktilskud). Sundhedsudgifterne omfatter alle udgifter til sundhedsvæsenet på Færø-

erne, mens sygehusudgifterne kun vedrører de tre sygehuse og udlandsbehandlingen.

Figuren viser, at både de samlede udgifter til hele sundhedsvæsenet såvel som udgifterne til sygehuse hver især er steget med omkring 40 pct. fra 2001 til 2007. BNI er i samme periode steget med 27 pct. Det betyder, at en voksende andel af den samlede disponible indkomst på Færøerne er blevet brugt på sundhedsområdet, herunder til sygehuse og behandlinger i udlandet.

Figur 1.1: Udvikling i sygehusudgifter og BNI, 2001-2007

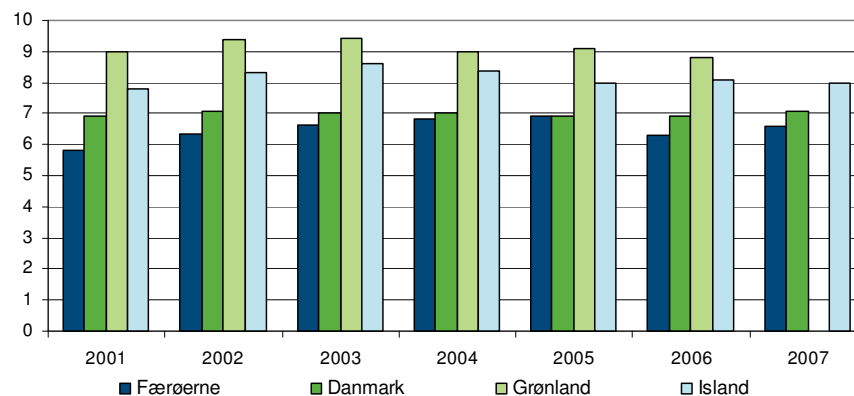


Kilde: Hagstova og egne beregninger. Tal for 2007 er estimeret af hhv. Sundhedsministeriet og Landsbanki Føroya.

Figur 1.2 viser udgifterne til det samlede sundhedsvæsenet som andel af den disponible bruttonationalindkomst i perioden 2001 til 2007. Af figuren fremgår det, at Danmark har et meget stabilt niveau for de samlede sundhedsudgifter, mens det tilsvarende tal for både Færøerne, Grønland og Island varierer hen over perioden. Dette må anses som værende udtryk for befolkningernes størrelse.

Som det fremgår af figuren, udgør sundhedsrelaterede udgifter den mindste andel af bruttonationalindkomsten for Færøerne, når der sammenlignes med Danmark, Grønland og Island. Særligt Grønland og Island ligger betydelig højere i perioden. De samlede sundhedsudgifters andel af den disponible bruttonationalindkomst har for Færøerne været stigende fra 4,3 pct. i 2001 og til 5,0 pct. i 2005, hvor niveauet modsvarer det danske. Faldet mellem 2005 og 2006 kan umiddelbart forklares af en historisk stor vækst i bruttonationalindkomsten på 12,8 pct., jf. figur 1.1. I 2007 udgør de samlede sundhedsudgifters andel af den disponible bruttonationalindkomst 4,7 pct. på Færøerne, mens andelen er 5,2 pct. for Danmark og 5,5 pct. for Island.

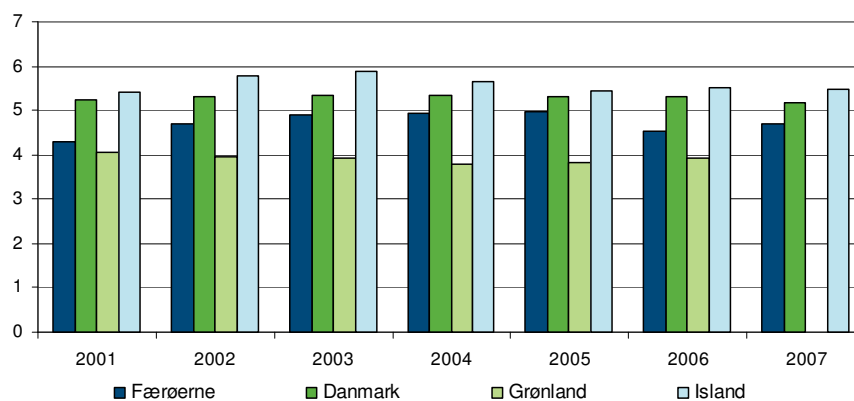
Figur 1.2: Sundhedsudgifter som pct. af BNI, 2001-2007



Kilde: Nordisk Råd, Hagstova, Danmarks Statistik og egne beregninger. For Færøerne er 2007 estimeret af Sundhedsministeriet.

Figur 1.3 viser samme opgørelse for de sygehusrelaterede – de tre sygehuse og udlandsbehandling – udgifters andel af den disponible bruttonationalindkomst. Opgørelsen omfatter alle udgifter til sygehusvæsenet. Figuren viser, at udgifterne til sygehusvæsenet følger samme tendens som de samlede udgifter til sundhedsvæsenet på Færøerne. Det samme gør sig gældende for både Danmark, Grønland og Island i perioden. Det relativt lave tal for Grønland må tilskrives en meget udbredt praksissektor på baggrund af de geografiske afstande. Praksissektoren udfører behandlinger, der andre steder umiddelbart udføres i sygehusvæsenet.

Figur 1.3: Sygehusudgifter som pct. af BNI, 2001-2007

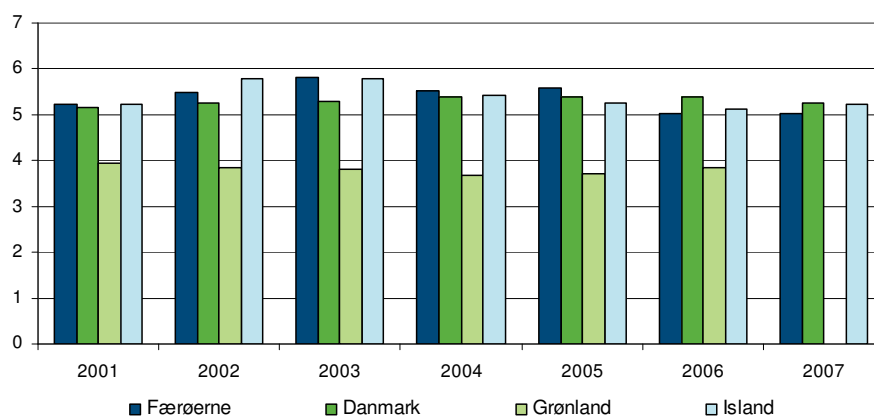


Kilde: Nordisk Råd, Hagstova, Danmarks Statistik og egne beregninger. For Færøerne er 2007 estimeret af Sundhedsministeriet.

Opstilles udgifterne til de tre sygehuse og udlandsbehandlingen som andel af bruttonationalproduktet (BNP) er billedet anderledes. Bruttonationalproduktet er den samlede indkomst eksklusiv formueoverførsler – for Færøerne og Grønland

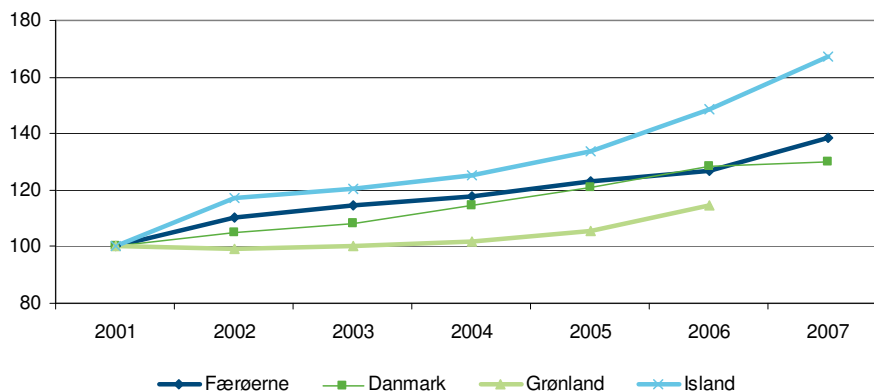
vil det sige uden bloktilskuddet fra Danmark. Figur 1.4 viser, at de sygehusrelaterede udgifter på Færøerne fra 2001 til 2005 har udgjort mellem 5,2 og 5,6 pct. og altså en større andel af bruttonationalproduktet end for både Danmark og Grønland, mens udviklingen ligner den islandske. For årene 2006 og 2007 ligger sygehusudgifter til gengæld lidt lavere end både Danmark og Island. Udviklingen efter 2005 kan igen forklares af en meget stor vækst i bruttonationalproduktet i 2006 og en estimeret høj vækst for 2007. På Færøerne udgør sygehusudgifterne i 2007 5,0 pct. af bruttonationalproduktet, mens de tilsvarende tal er 5,3 pct. for Danmark og 5,2 pct. for Island.

Figur 1.4: Sygehusudgifter som pct. af BNP, 2001-2007



Kilde: Nordisk Råd, Hagstova, Danmarks Statistik og egne beregninger. For Færøerne er 2007 estimeret af Sundhedsministeriet.

For at analysere udviklingen i sygehusudgifterne nærmere er udgifterne indekset for de udvalgte geografiske områder, hvor 2001 er angivet som indeks 100. Udviklingen er gengivet i figur 1.5.

Figur 1.5: Udviklingen i sygehusudgifter, 2001-2007

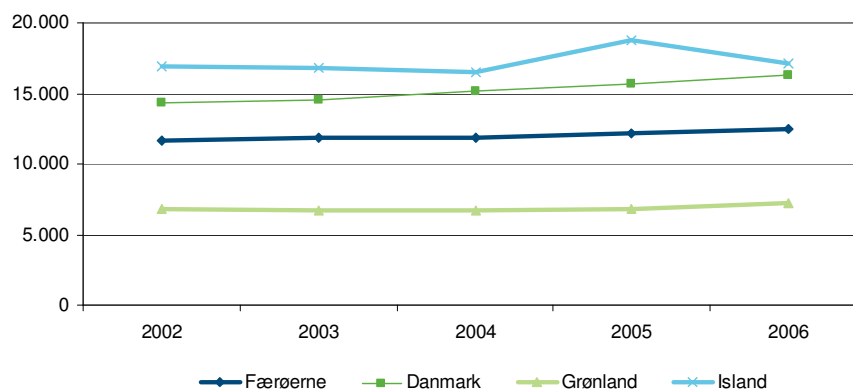
Kilde: Nordisk Råd, Hagstova, Danmarks Statistik og egne beregninger. For Færøerne er 2007 estimeret af Sundhedsministeriet.

Figuren viser, at Færøerne fra 2001 til 2006 har haft den samme stigning i sygehusudgifterne som Danmark og en lidt større stigning end Grønland. Udviklingen i udgifterne har dog været væsentligt lavere end udviklingen på Island. Som det fremgår af figur 1.2 og figur 1.3 ligger sundheds- og sygehusudgifterne på Færøerne på et relativt lavt niveau målt i forhold til den disponible bruttonationalindkomst, og udviklingen kan derfor synes naturlig.

Stigningstaksten bør dog nøje overvåges. Udviklingen i sygehusudgifterne i 2007 er foreløbigt opgjort til over 9 pct.⁶, svarende til indeks 139, og udgifterne forventes at stige med 6-7 pct. i 2008. Samtidigt er væksten i den disponible bruttonationalindkomst estimeret til 5-6 pct. i 2007. Sygehusudgifterne stiger således igen mere end den disponible bruttonationalindkomst som fra 2001 til 2005, og kan med samme stigningstakst forventes at udgøre samme niveau som Danmark inden for få år.

Sidst er udviklingen i de absolutte udgifter pr. indbygger til sygehusvæsenet opstillet. Dette er gengivet i danske kroner for Færøerne, Danmark, Grønland og Island i figur 1.6. Figuren viser, at Færøerne målt i absolutte udgifter ligger lavere end både Danmark og Island, mens udgifterne er højere end for Grønland. I 2006 udgør udgifterne pr. indbygger på Færøerne ca. 12.400 kr., mens det tilsvarende tal for Danmark er 16.300 kr., for Grønland 7.200 kr. og for Island 17.100 kr. Sammenligning af de absolutte udgifter bør tages med forbehold, da særligt lønninger og det generelle prisniveau påvirker resultatet.

⁶ Jf. Sundhedsministeriet.

Figur 1.6: Udgifter til sygehusvæsenet pr. indbygger, kr., 2001-2006

Kilde: Nordisk Råd, Hagstova, Danmarks Statistik og egne beregninger.

På baggrund af ovenstående sammenligninger kan det konkluderes, at Færøerne på nuværende tidspunkt har et mindre udgiftstungt sundheds- og sygehusvæsen. Men der er en klar tendens til stigende udgifter, der *kan* være en naturlig udvikling mod et niveau sammenligneligt med andre nordiske lande. En udgiftsvækst der dog bør kalde på fremadrettet styring, særligt når estimatet for 2007 og 2008 peger på fortsat meget høj udgiftsvækst.

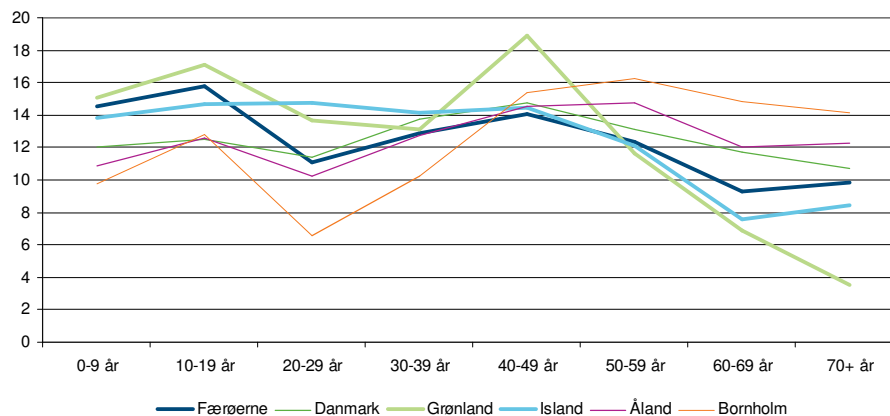
Den generelle sundhedstilstand

Sammenlignelighed mellem Færøerne, Danmark, Grønland og Island (samt Bornholm, Gotland og Åland) påvirkes af forskelle i befolkningernes aldersfordeling og generelle sundhedstilstand. Befolkningens alderssammensætning og generelle sundhedstilstand er helt afgørende faktorer for de fremtidige sygehusudgifter.

Den generelle sundhedstilstand kan som sådan ikke beskrives ved et samlet overordnet tal. Derimod kan en række forskellige opgørelser give et billede af befolkningens sammensætning og sundhedstilstand, der kan give et mere nuanceret grundlag for vurdering af udgifterne til sundheds- og sygehusvæsenet på tværs af forskellige geografiske områder.

Befolkningernes sammensætning er gengivet i figur 1.7. Figuren viser, at Færøerne har en relativ ung befolkning set i forhold til de andre geografiske områder, idet ca. 54 pct. af befolkningen er under 40 år. De tilsvarende tal for Grønland og Island er henholdsvis 59 og 57 pct., mens Danmark, Åland og Bornholm alle har en ældre befolkning, hvor eksempelvis kun 40 pct. af befolkningen på Bornholm er under 40 år.

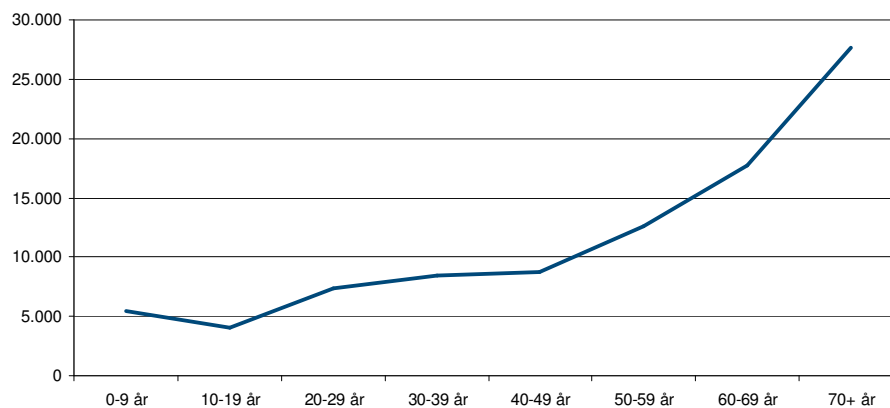
Figur 1.7: Befolkningernes alderssammensætning i pct., 2007.



Kilde: Nordisk Råd, Hagstova, Danmarks Statistik.

Befolkningens gennemsnitlige levetid og alderssammensætning er en vigtig indikator for udviklingen i sundhedsudgifterne. I Danmark udmøntes regionernes bevilling til sundhedsvæsenet således altovervejende på baggrund af regionernes befolkningssammensætning. Det skyldes, at forskellige aldersgrupper driver forskellige udgiftsniveauer. Nedenstående figur 1.8 viser forholdet mellem aldersgrupper og sundhedsudgifter pr. indbygger for i Danmark i 2007.

Figur 1.8: Sundhedsudgifter pr. indbygger i Danmark, 2007



Kilde: Sundhedsministeriet i Danmark.

Figuren viser, at sundhedsudgifterne pr. indbygger stiger med ca. 50. pct. pr. indbygger fra aldersgruppen 30-39-årige til aldersgruppen 50-59-årige. Der sker således en stor stigning begyndende ved 45-års alderen.

Befolkningernes gennemsnitlige levetid er gengivet i nedenstående tabel. Tabellen viser, at Færøerne har en relativt høj forventet gennemsnitlig levetid for kvin-

der, kun overgået af Island og Gotland. Derimod ligger det tilsvarende tal for mænds gennemsnitlige levetid på niveau med Danmark og hele tre år lavere end på Island. Grønland har langt den laveste gennemsnitlige levetid for både kvinder og mænd.

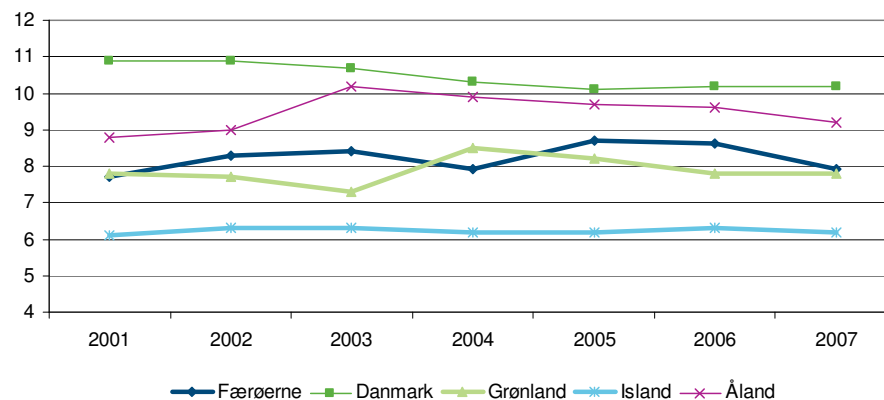
Tabel 1.1: Forventede gennemsnitlige levetid, 2006

	<i>Kvinder</i>	<i>Mænd</i>
Færøerne	82,0	76,5
Danmark	80,5	76,0
Grønland	71,0	65,7
Island	83,0	79,4
Gotland	83,1	79,0
Bornholm	80,5	76,0

Kilde: Nordisk Råd.

Den generelle sundhedstilstand kan endvidere beskrives af udviklingen i dødelighed og af de to nedenstående opgørelser over dødsfald forårsaget af hjerte-kar-sygdomme og cancerrelaterede sygdomme. Begge dødsårsager udgør samlet set den mest hyppige dødsårsag i de fleste lande. Figur 1.9 angiver dødeligheden pr. 1.000 indbyggere for Færøerne, Danmark, Grønland, Island og Åland.

Figur 1.9: Dødelighed pr. 1.000 indbyggere, 2001-2007



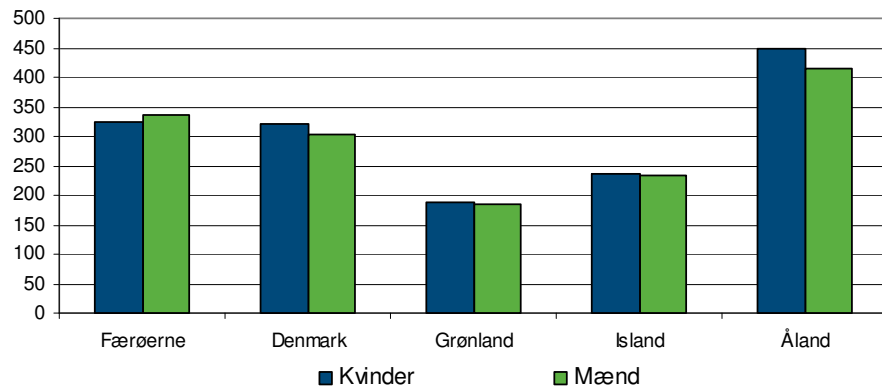
Kilde: Hagstova, Nordisk Råd.

Figuren viser, at dødeligheden på Færøerne generelt er lav sammenlignet med de andre geografiske områder. Kun Island har en generelt lavere dødelighed i perioden, mens Færøerne og Grønland konvergerer mod et identisk niveau. For at analysere dødeligheden nærmere, er dødeligheden for hjerte-kar-sygdomme og cancerrelaterede sygdomme opstillet nedenstående.

Figur 1.10 viser, at Færøerne har en marginalt større hyppighed af dødsfald relateret til hjerte-kar-sygdomme i forhold til Danmark, mens tallet er betydeligt større

end både Grønland og Island. Der er således 82 pct. flere dødsfald forårsaget af hjerte-kar-sygdomme i forhold til Grønland og 44 pct. flere i forhold til Island.

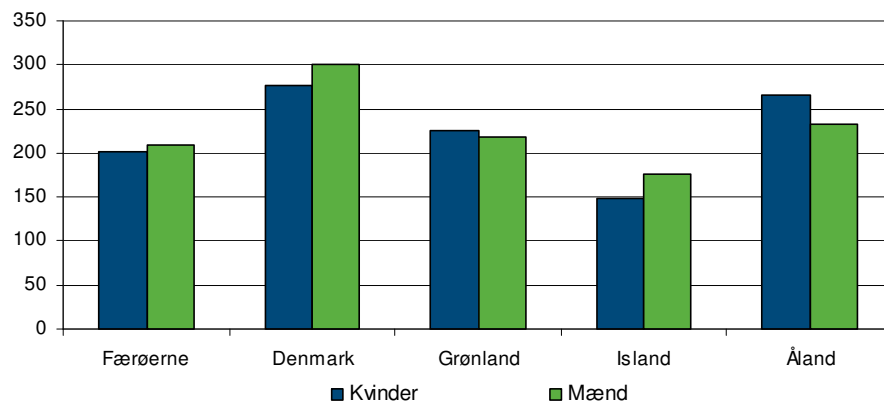
Figur 1.10: Dødsfalds forårsaget af hjerte-kar-sygdomme pr. 100.000 indbyggere, 2006



Kilde: Nordisk Råd.

Figur 1.11 viser, at tendensen er anderledes for dødsfald forårsaget af cancerrelaterede sygdomme. Færøerne har således færre dødsfald relateret til cancer i forhold til både Danmark, Grønland og Åland. Island ligger også for denne type dødsfald lavt relativt til de andre geografiske områder.

Figur 1.11: Dødsfalds forårsaget af cancerrelaterede sygdomme pr. 100.000 indbyggere, 2006



Kilde: Nordisk Råd.

Det er vigtigt at bemærke ved ovenstående opgørelser af sygdomsbillede og dødsårsager, at tallene for særligt Færøerne, Grønland og Åland er meget påvirkelige grundet befolkningstallene. Der skal således ikke mange dødsfald til at påvirke tallene, når der opgøres pr. 100.000 indbyggere.

På baggrund af den forventede levetid og sygdomsbilledet for hjerte-kar-sygdomme og cancerrelaterede sygdomme, viser ovenstående opgørelserne, at den generelle sundhedstilstand på Færøerne er relativt god, når ovenstående indikatorer sammenlignes med de udvalgte geografiske områder. Og der er umiddelbart ikke indikatorer, der taler for et generelt mere belastet sundheds- og sygehusvæsen.

Sammenligning af detailstørrelser

I dette afsnit opstilles en række mere detailorienterede opgørelser, der beskriver de faktorer, som typisk driver udgifterne i sygehusvæsenet.

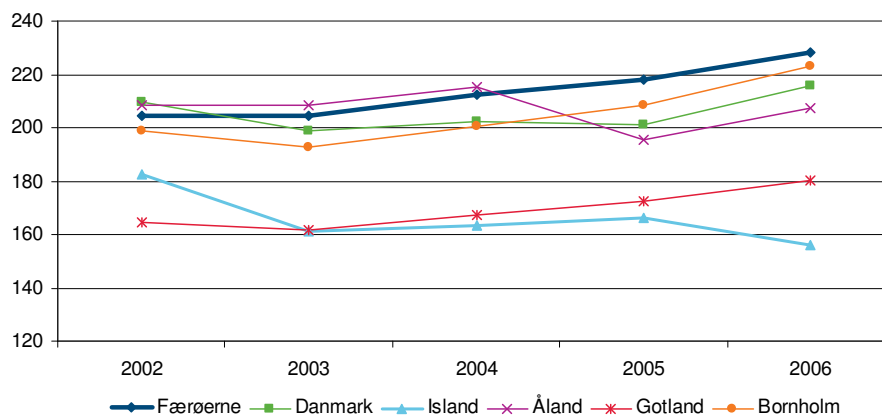
Indlæggelser pr. indbygger

Figur 1.12 viser antallet af indlæggelser⁷ pr. 1.000 indbygger for Færøerne, Danmark, Island, Åland, Gotland og Bornholm. Antallet af indlæggelser kan være et udtryk for befolkningens sygelighed, men kan også dække over strukturelle forskelle i indlæggelsestærskel, graden af uhensigtsmæssige indlæggelser på baggrund af f.eks. praksissektorens visitationsmønster eller mangel på kommunale alternativer som plejehjemspladser eller lignende.

Færøerne har et relativt højt antal indlæggelser pr. indbygger sammenlignet med andre geografiske områder, hvilket synes at være i modstrid med den generelle sundhedstilstand og en yngre befolkning, der bør drive færre sundhedsudgifter.

I årene 2005 og 2006 har Færøerne det højeste antal indlæggelser pr. 1.000 indbygger. I 2005 var der 218 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere, mens det tilsvarende tal i 2006 var 228. Antallet af indlæggelser i 2006 ligger dog kun 2 pct. højere end det tilsvarende tal for Bornholm, der har det næststørste antal indlæggelser pr. indbygger – men som har en betydelig ældre befolkningssammensætning.

⁷ Opgørelsen indeholder både somatiske og psykiatriske indlæggelser.

Figur 1.12: Indlæggelser pr. 1.000 indbygger, 2002-2006

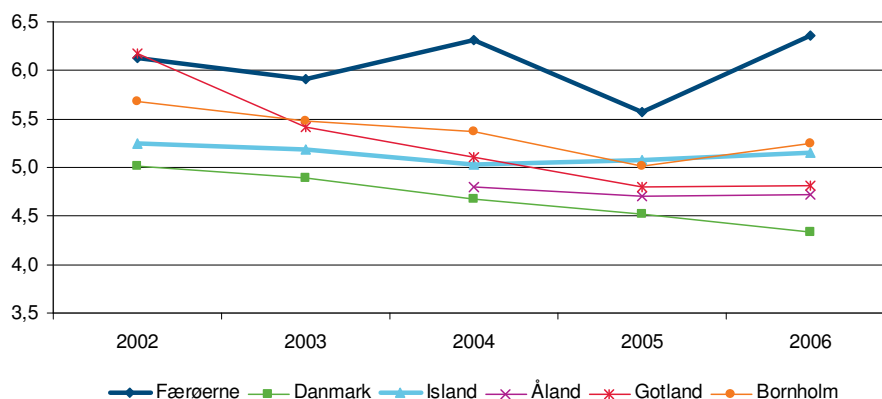
Kilde: Nordisk Råd, Hagstova, Danmarks Statistik.

Antallet af indlæggelser ligger i perioden 2002-2006 gennemsnitligt 4 pct. højere end i Danmark, 29 pct. højere end i Island, 3 pct. højere end i Åland, 26 pct. højere end i Gotland og 4 pct. højere end på Bornholm. Befolkningens størrelse kan påvirke dette tal, men set over perioden er det bemærkelsesværdigt, at Færøerne generelt har flere indlæggelser pr. indbygger. Dette forhold kan umiddelbart indikere en strukturel forskel mellem sygehusvæsenet på Færøerne og de andre geografiske områder.

Gennemsnitlig varighed pr. indlæggelse

Figur 1.13 viser det gennemsnitlige antal sengedage pr. indlæggelse for Færøerne, Danmark, Island, Åland, Gotland og Bornholm i perioden 2002 til 2006⁸. Det gennemsnitlige antal sengedage pr. indlæggelse kan overordnet siges at være et udtryk for, hvor effektivt sygehuset er til at behandle og udskrive patienterne igen efter indlæggelse – afhængigt af behandlingskompleksitet. Af figuren fremgår det således, at Færøerne har de gennemsnitligt længste indlæggelser, mens Danmark har de korteste indlæggelser. Dette skal sammenholdes med, at behandlinger af færøske patienter i udlandet ikke medgår i denne opgørelse. Hvorfor mere komplekse behandlinger bør kunne afvises som årsag til længere indlæggelser.

⁸ Der er mindre usikkerheder omkring opgørelsesmetoden for årene 2002-2003.

Figur 1.13: Gennemsnitlig varighed pr. indlæggelse, 2002-2006

Kilde: Nordisk Råd.

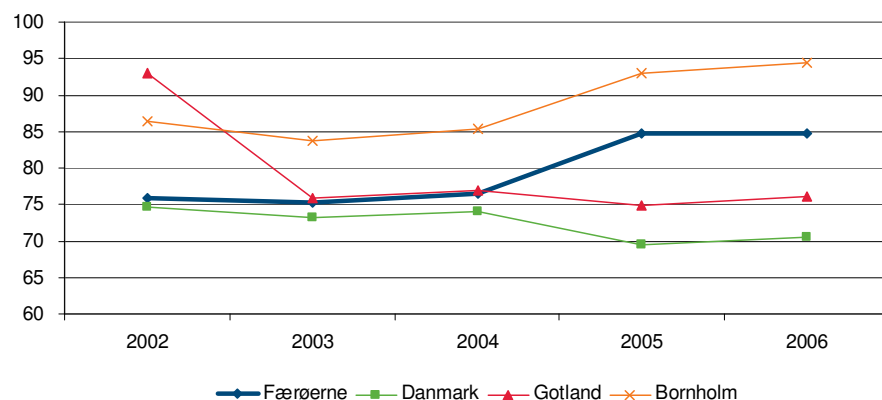
Der er en svagt faldende tendens i antallet af sengedage pr. indlæggelse for Danmark, Bornholm og Gotland, mens udviklingen har været ujævn – med en stigende tendens – på Færøerne. Udviklingen i antallet af sengedage pr. indlæggelse faldt kraftigt på Færøerne fra 6,3 dage i 2004 til 5,6 dage i 2005, men er efterfulgt af en tilsvarende stigning fra 2005 til 6,4 dage i 2006. Stigningen i antallet af sengedage pr. indlæggelse på Færøerne kan tilskrives en stigning på Landssygehuset i Thorshavn, da der i samme periode er oplevet en faldende varighed pr. indlæggelse på sygehusene i Klaksvig og på Suderø.

I Danmark har der igennem flere år været en systematisk substitution fra behandling under indlæggelse mod mere ambulat behandling – samt indførelse af både accelererede behandlingsforløb og patientpakker. Alt sammen med henblik på færre og kortere indlæggelser. Denne udvikling gør sig ikke gældende på Færøerne. Den kvalitative del af nærværende analysen har bekræftet, at der først og fremmest arbejdes på en overgang mod mere ambulat behandling men også fremtidig indførelse af patientpakker på Færøerne, men en sådan udvikling kan endnu ikke aflæses i antallet af indlæggelser og den gennemsnitlige varighed pr. indlæggelse⁹.

⁹ Stigende ambulat behandling og accelererede patientforløb har reelt to modsatrettede effekter på den gennemsnitlige varighed pr. indlæggelse. Mere ambulat behandling betyder, at lettere patienter (med korte indlæggelser) ikke længere indlægges, hvilket driver den gennemsnitlige varighed op, mens accelererede patientforløb via hurtigere udskrivinger generelt trækker den gennemsnitlige varighed pr. indlæggelse ned.

Figur 1.14 viser udnyttelsen af sengekapa­citeten på Færøerne sammenlignet med Danmark, Bornholm og Gotland. Figuren viser, at der er meget stor kapacitetsudnyttelse på Færøerne kun overgået af Bornholm. Dette kan indikere stort pres på sygehusvæsenet i form af ventelister, og dermed udnyttelse af al ledig kapacitet, eller det kan være et udtryk for, at sengene udnyttes længere tid, når der *ikke* er et udtalt pres for at udskrive den enkelte patient. Den kvalitative analyse har umiddelbart ikke givet et klart billede af ventelisteproblematikker på Færøerne, som det er kendt fra Danmark, hvor der er stort pres for at udskrive patienter hurtigst muligt efter endt behandling. Dog er der givet udtryk for, at patienter på Færøerne ofte bliver indlagt, mens de venter på plejehjemsplads eller behandling i udlandet.

Figur 1.14: Kapacitetsudnyttelse, pct., 2002-2006



Kilde: Nordisk Råd, Hagstova, Danmarks Statistik.

Sammenligningen af de detaljerede oplysninger om indlæggelser, sengedage og kapacitetsudnyttelse tegner umiddelbart et billede af en strukturelt anderledes måde at drive behandlingen i sygehusvæsenet på Færøerne. Der foretages flere indlæggelser af længere varighed, uden der kan findes åbenlyse forklaringer i befolkningssammensætningen eller det generelle sygdomsbillede.

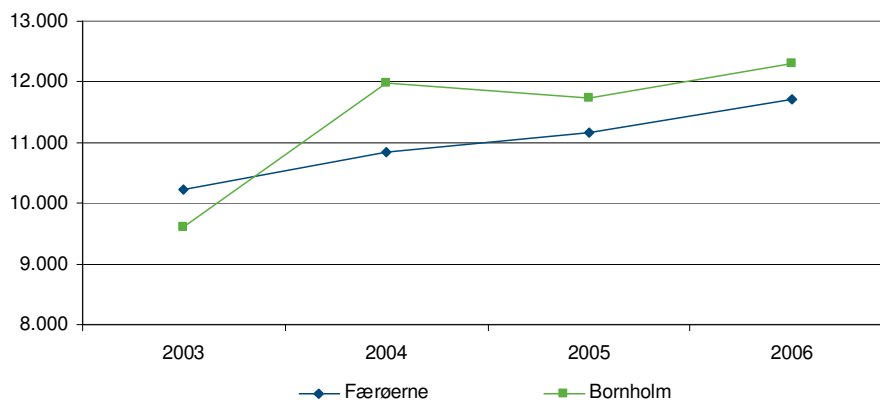
Rent økonomiske viser det sig dog, at de flere og gennemsnitligt længere indlæggelser kun har mindre effekt på den samlede sygehusøkonomi. Dette må betyde, at den gennemsnitlige patient er relativt mindre omkostningsdrivende end det ses i andre sammenlignelige lande. Forklaringer på dette kan være, at behandlingstærsklen er lavere (og patienterne dermed mindre komplicerede), eller at en del af de indlagte patienter er færdigbehandlede. Især færdigbehandlede patienter medfører relativt få (variable) ekstraomkostninger i form af mad, rengøring eller lignende. Prisen på den "sidste" sengedag (den marginale) er lav sammenlignet med den gennemsnitlige pris på en sengedag. Så længe de gennemsnitlige længere varigheder af indlæggelserne på Færøerne blot påvirker udnyttelsen af den

eksisterende kapacitet – og dermed ikke medfører stigning i det normerede senge- eller personaleantal – vil dette ikke slå mærkbart i gennem på de samlede sygehusudgifter. Reelt står sengene der alligevel, der er ikke ventelister, og plejepersonalet kan tilsyneladende varetage patienterne inden for den eksisterende normering.

En detaljeret sammenligning med Bornholm

Færøerne og Bornholm har meget identiske karakteristika i form af befolkningens størrelse og efterspørgslen efter behandlinger andre steder. Figur 1.15 nedenfor viser desuden, at målt pr. indbygger er de samlede driftsudgifter til sygehuse på Færøerne stort set identisk med driftsudgifterne på Bornholm¹⁰.

Figur 1.15: Driftsudgifter til sygehuse pr. indbygger på Færøerne og Bornholm, kr., 2003-2006



Kilde: Sygehusenes driftsregnskaber.

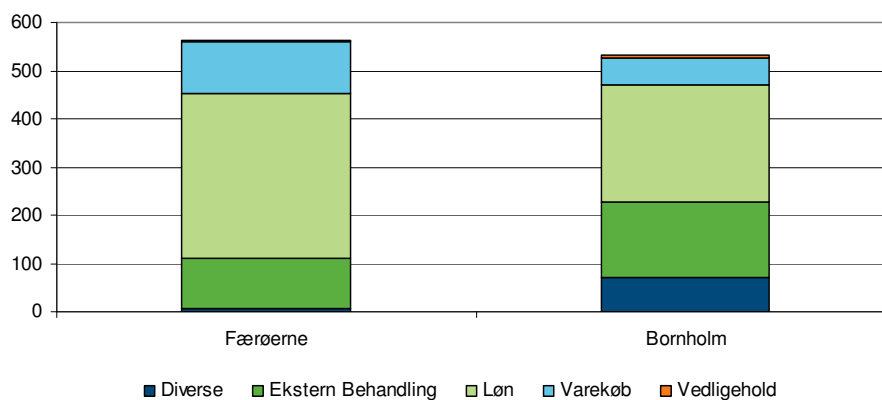
I dette afsnit fokuseres derfor mere detaljeret på driftsudgiftskomponenterne i sygehusvæsenet ved at sammenligne Færøerne og Bornholm¹¹. Udgifterne er således opgjort på arter, der giver mulighed for at sammenligne de færøske sygehuse med det bornholmske på de driftsorienterede konti løn, varekøb, vedligeholdelse og eksterne behandlingsudgifter.

¹⁰ For Landssygehuset er driftsomkostninger til de indtægtsdækkede virksomheder Vaskeri og Høyritol (høreapparater) ekskluderet for at sikre sammenlignelighed

¹¹ Det har ikke været muligt at lave lignende detaljeret opgørelse for Grønland og Island.

Som det fremgår af figur 1.16 nedenfor, har Færøerne lidt højere driftsudgifter end Bornholm, i alt 32 mio. kr. mere i 2006 svarende til 6 pct. Lønudgifterne på Færøerne udgør 342 mio. kr. mod 246 mio. kr. på Bornholm, mens de eksterne behandlinger udgør 104 mio. kr. på Færøerne mod 157 mio. kr. på Bornholm. De resterende udgifter er fordelt på posterne Varekøb, Vedligehold og Diverse.

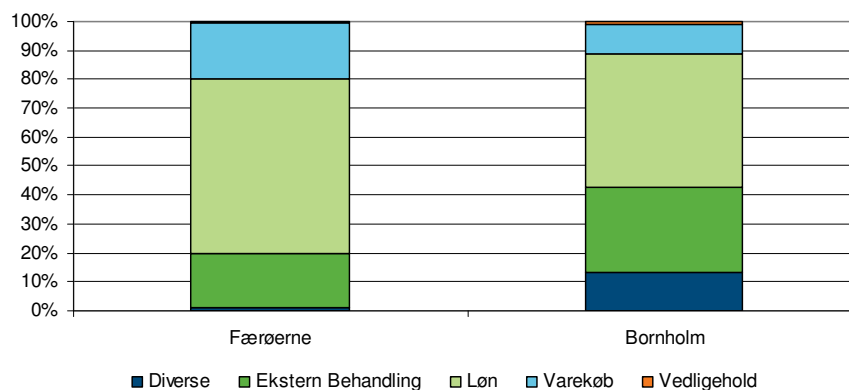
Figur 1.16: Driftsudgifter til sygehusene på Færøerne og Bornholm, mio. kr., 2006



Kilde: Sygehusenes driftsregnskaber.

Ikke kun i absolutte termer er der forskel på sammensætning af udgiftsarterne, også relativt er der markante forskelle. Dette er gengivet i figur 1.17. Lønandelen, som er langt den største udgiftspost for sygehusene på både Færøerne og Bornholm, udgør i 2006 henholdsvis 61 pct. og 46 pct. af de samlede udgifter. For de øvrige udgiftsposterne fordeler udgifterne på sygehusene sig som følger – Færøerne ca. 18 pct. og Bornholm ca. 30 pct. til ekstern behandling, Færøerne ca. 19 pct. og Bornholm ca. 10 pct. til varekøb samt Færøerne ca. 0,6 pct. og Bornholm ca. 1,2 pct. til vedligeholdelse.

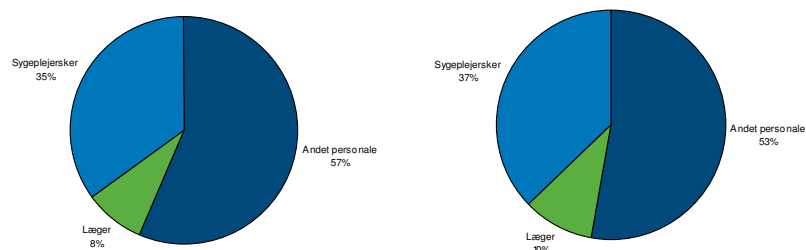
Figur 1.17: Udgifter opgjort på arter, 2006



Kilde: Sygehusenes driftsregnskaber.

Lønandelen kan brydes yderligere ned i personalesammensætning på læger, sygeplejersker og andet personale. Figur 1.18 viser fordelingen af personale på de færøske sygehuse og på Bornholm. Af figuren fremgår det, at fordelingen mellem forskellige personalegrupper er meget ens. Der er lidt færre læger og sygeplejersker på de færøske sygehuse, men dette kan også være et udtryk for, at visse personalegrupper ikke indgår i opgørelsen, da f.eks. rengøring eller lignende serviceydelser kan være helt eller delvist udliciteret og derfor ikke indgår i opgørelsen¹².

Figur 1.18: Personalesammensætning på de færøske sygehuse (venstre) og Bornholm (højre)



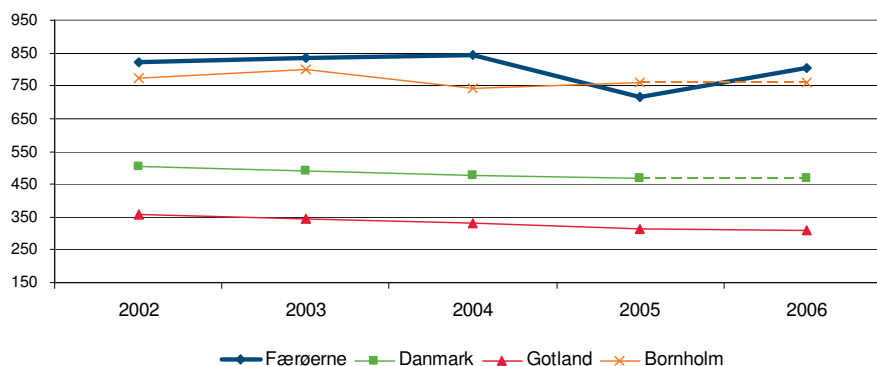
Kilde: Hagstova, Danmarks Statistik.

Antallet af sygehuslæger pr. indbygger kan beskrive dimensioneringen af sygehuse. Nedenstående figur 1.19 viser antallet af indbyggere pr. sygehuslæge for Færøerne, Bornholm, Danmark og Gotland. Forholdet mellem indbyggere og læger er mindst for Gotland, svarende til at der på Gotland er flest sygehuslæger pr.

¹² Det har ikke været muligt at dokumentere hvorvidt udlicitering af serviceydelser evt. påvirker tallene.

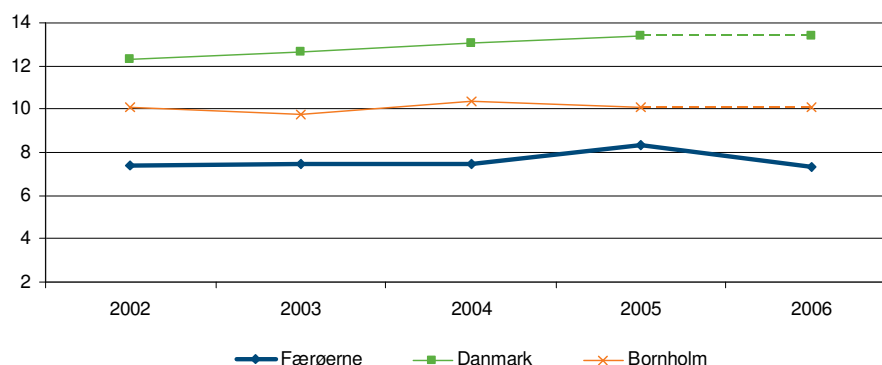
indbygger. Færøerne ligger på niveau med Bornholm, der historisk har skullet stille beredskab til rådighed for det samme antal indbyggere. Forholdet mellem indbyggere pr. læge er ikke et entydigt mål for produktivitet – og befolkningens størrelse vil alt andet lige påvirke forholdet. I 2006 gælder det, at der for Færøerne er 804 indbyggere pr. sygehuslæge, mens tallet for Danmark er 468 indbyggere, for Gotland 307 indbyggere og for Bornholm 760 indbyggere.

Figur 1.19: Indbygger pr. sygehuslæge, 2002-2006



Kilde: Hagstova, Danmarks Statistik. Tal for Danmark og Bornholm i 2007 er estimeret.

Antallet af indbyggere pr. sygehuslæge understøttes af nedenstående figur 1.20, der viser, at udviklingen i antallet af læger i forhold til det samlede personale udgør en stabil udvikling. Det samme gør sig gældende for Bornholm, mens det tilsvarende tal for Danmark generelt er stigende. Den stigende andel af læger i forhold til det samlede personale i Danmark kan forklares af en udvikling, der siden 1980 har peget mod stigende specialisering.

Figur 1.20: Lægers andel af det samlede personale, 2002-2006

Kilde: Hagstova, Danmarks Statistik. Tal for Danmark og Bornholm i 2007 er estimeret.

Sammenligningen af sygehusudgifterne viser, at Færøerne og Bornholm er meget identiske, hvad angår sammensætningen af udgifter. Personalesammensætningen i sygehusvæsenet på Færøerne adskiller sig marginalt, da andelen af læger og sygeplejersker i forhold til det samlede personale udgør en mindre andel end på Bornholm.

Sammenligningen mellem Færøerne og Bornholm bør endvidere sammenholdes med, at befolkningen på Færøerne er yngre, og den generelle sundhedstilstand er bedre. Dette underbygger til dels et billede af et sygehusvæsen, der med samme sygehusemæssige forudsætninger som Bornholm servicerer en befolkning, der alt andet lige bør være mindre belastende for sygehusvæsenet.

Forventet fremtidig udvikling i sygehusudgifter

De fremtidige udgifter til sundheds- og sygehusvæsenet er et fokusområde i samtlige OECD-lande, da sundhedsvæsenet er den nok mest centrale enkeltpost på det offentlige budget – og vigtigste for den fremtidige velfærd og økonomiske udvikling. Sundhedsvæsenet har i mange OECD-lande været underkastet en række forskellige reformer med fokus på udviklingen i udgifterne og alle med meget forskellige resultater. Et eksempel er indførelsen af aktivitetsafregning og DRG-takster i både Danmark og Norge.

OECD peger herunder på bekymringer omkring sygehuspersonalet som en "svag" gatekeeper funktion i forhold til udgiftsudviklingen. Det kan f.eks. være i forbindelse med udskrivning af medicin, der udgør en voksende andel af de samlede udgifter. Det sammenholdt med en generelt aldrende befolkning og væksten i såkaldte livsstilssygdomme, vil efterspørgslen og dermed udgifterne til sygehusvæsenet forventeligt stige¹³.

¹³ Se mere på www.oecd.gov/health.

Forudsætninger og metode for fremskrivning

Da sundhedsudgifter i høj grad retter sig mod den ældre befolkning, vil udviklingen mod en større ældreandel i befolkningen føre til en stigning i sundhedsudgitternes andel af BNI – det selv uden udgifterne til den enkelte person vokser hurtigere end BNI¹⁴. Det skyldes dels de store årgange, der når pensionsalderen, og dels en generelt stigende restlevetid for ældre. På den baggrund er udviklingen i befolkningens aldring og sammenhængen med efterspørgslen på sygehusvæsenet anvendt som en grundlæggende forudsætning for fremskrivningen af sygehusudgifterne.

Der stilles imidlertid flere steder (på debatniveau) spørgsmål til betydningen af aldringens betydning for sundhedsudgifterne. En anden betydende faktor kan være en såkaldt velstandseffekt på sygehusudgifterne. Kombinationen af tekniske og videnskabelige fremskridt betyder større specialisering og flere behandlingstyper til rådighed. Denne udvikling kombineret med udviklingen i den generelle velstand betyder, at samfundet er villig til at øge ressourcerne til livsforlængende behandlinger og forbedre livskvaliteten for borgerne. Denne effekt kan være betydelig, men er udeladt af nærværende fremskrivning af sygehusudgifterne.

Metoden til fremskrivning af sygehusudgifterne er således baseret på befolkningsudviklingen, herunder den stigende andel af ældre i befolkningen, men også nettoindvandringen, dødeligheden og fertiliteten har afgørende betydning for befolkningsudviklingen på Færøerne. Hagstovas model for befolkningsfremskrivningen er anvendt i denne sammenhæng, mens forholdet mellem sygehusudgifter og aldersgrupper er baseret på den danske sammenhæng¹⁵. Det betyder, at det relative udgiftstræk for befolkningen fordelt på alder i Danmark er lagt til grund for fremskrivningen.

Fremskrivning af sygehusudgifterne

Der har været store udsving i nettoindvandringen de seneste 20 år, mens der har været en stabilt og let faldende udvikling i fertiliteten og en relativt stabil dødelighed siden 1970. Disse tal er alle meget påvirkelige af befolkningens størrelse, men der er taget udgangspunkt i de trends, der har været i historiske data. Det betyder, at fremskrivningen af sundhedsudgifterne antages at være drevet af nettoindvandringen, hvor udviklingen i fertilitet (let faldende) holdes konstant i alle scenarier. Dødeligheden (konstant) holdes konstant i de tre første scenarier, men antages at være faldende i det sidste. Der er på den baggrund opstillet fire realis-

¹⁴ DREAM: "Langsigtet økonomisk fremskrivning 2006 – med vurdering af velfærdsreformen"

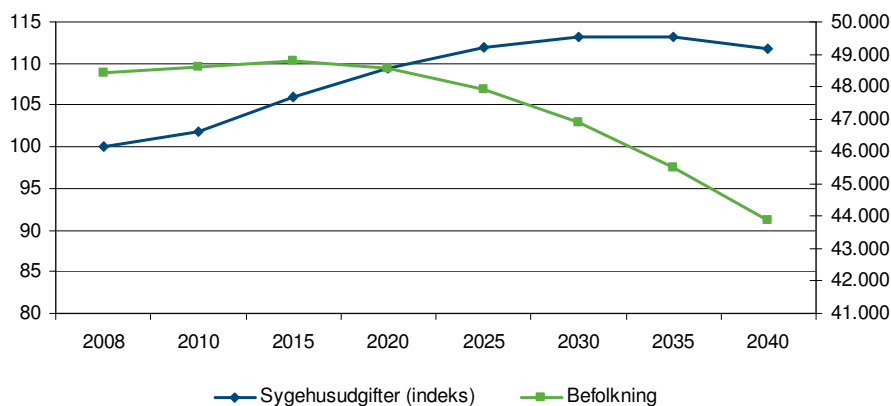
¹⁵ Sammenhængen mellem aldersgrupper og udgiftstræk på sygehusene er dokumenteret af Sundhedsministeriet i Danmark.

tiske scenarier for udviklingen i sygehusudgifterne, hvor forholdet mellem alder og efterspørgsel på sygehusedelser holdes konstant i alle tre scenarier:

- *Scenarie 1:* Lille fraflytning, svarende til niveauet i 2007, let faldende fertiliteten og uændret dødelighed
- *Scenarie 2:* Stor fraflytning, svarende til niveauet i 2005, let faldende fertilitet og uændret dødelighed
- *Scenarie 3:* Stor tilflytning, svarende til niveauet i 2003, let faldende fertilitet og uændret dødelighed
- *Scenarie 4:* Lille fraflytning, svarende til niveauet i 2007, let faldende fertiliteten og faldende dødelighed.

Figur 1.21 viser udviklingen i befolkningen og sygehusudgifterne i første scenarie. Den lille fraflytning fra Færøerne kombineret med let faldende fertilitet betyder, at befolkningstallet falder efter 2015, dog uden at have samme effekt på sygehusudgifterne. Sygehusudgifterne stiger på baggrund af den aldrende befolkning, der således oppebærer en stigende udgift frem til 2035. Udviklingen betyder, at sygehusudgifterne pr. indbygger stiger til indeks 113 i 2035 samtidigt med, at befolkningen falder med 6 pct. (3.000 indbyggere).

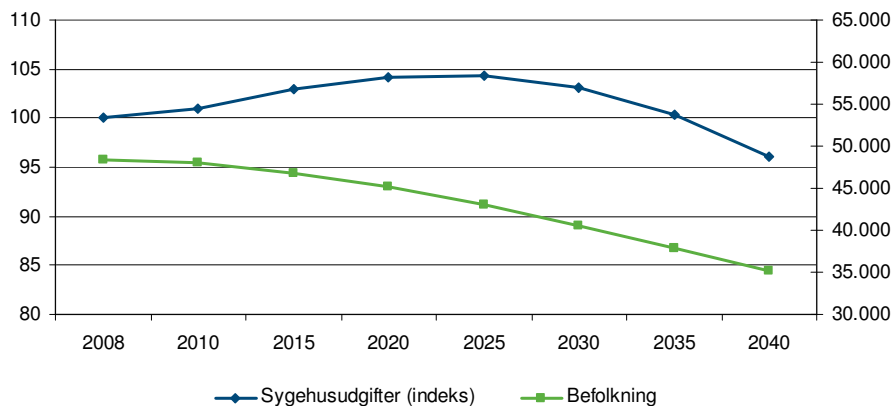
Figur 1.21: Scenarie 1: Lille fraflytning (2007-niveau), let faldende fertilitet og uændret dødelighed



Kilde: Hagstova (befolkningsudvikling) og egne beregninger.

Figur 1.22 viser udviklingen i befolkningen og sygehusudgifterne i det andet scenarie, hvor der er antaget en stor fraflytning svarende til niveauet i 2005. Den store fraflytning betyder, at befolkningen vil falde med 27 pct. i perioden. Sygehusudgifterne vil i samme periode stige frem til 2025, hvor effekten af den mindre befolkning vil overstige effekten fra befolkningens alder.

Figur 1.22: Scenarie 2: Stor fraflytning (2005-niveau), let faldende fertilitet og uændret dødelighed

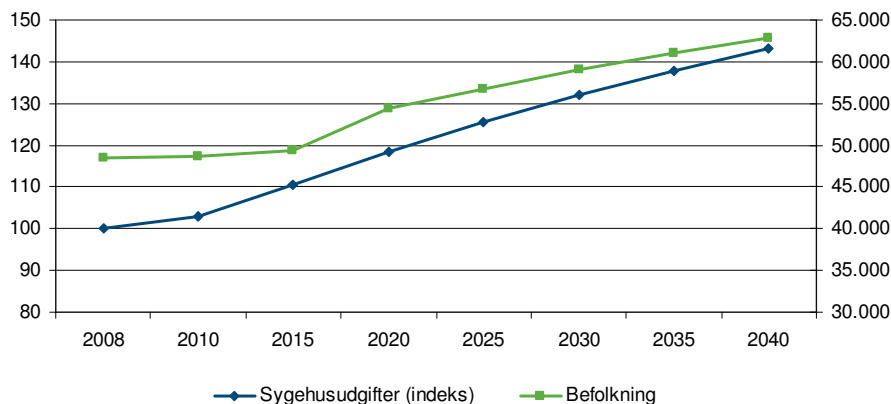


Kilde: Hagstova (befolkningsudvikling) og egne beregninger.

Figur 1.23 viser det tredje scenarie, hvor der er antaget en stor tilflytning og dermed befolkningsvækst på Færøerne. Fertiliteten og dødeligheden er stadig holdt uændret. Scenariet er det mest interessante med økonomiske briller, da befolkningstilvæksten har en meget stor effekt på de fremtidige sygehusudgifter.

Fremskrivningen viser, at befolkningen vil stige med 30 pct. frem mod 2040, mens sygehusudgifterne vil stige til indeks 143. I dette scenarie vil både det voksende befolkningsgrundlag og den aldrende befolkning bidrage til væksten i sygehusudgifterne.

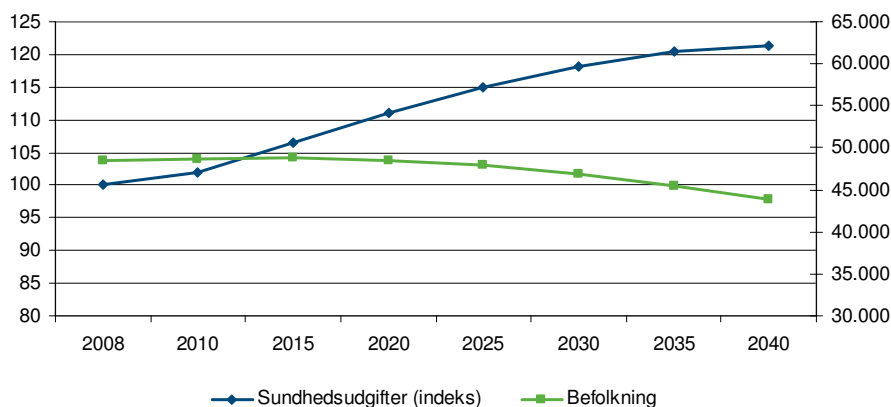
Figur 1.23: Scenarie 3: Stor tilflytning (2003-niveau), let faldende fertilitet og uændret dødelighed



Kilde: Hagstova (befolkningsudvikling) og egne beregninger.

Figur 1.24. viser det fjerde og sidste scenarie, hvor fraflytningen antages at svare til det relativt lille niveau i 2007 og hvor både fertiliteten og dødeligheden er faldende. Fremskrivningen viser, at sygehusudgifterne vil stige yderligere i forhold til det første scenarie, hvor dødeligheden er stabil. Den faldende dødelighed betyder stigende sundhedsudgifter til indeks 121 i 2040, selvom befolkningsantallet samtidig falder gennem hele perioden.

Figur 1.24: Scenarie 4: Lille fraflytning (2007-niveau), let faldende fertilitet og faldende dødelighed



Kilde: Hagstova (befolkningsudvikling) og egne beregninger.

Fremskrivningen af sygehusudgifterne på baggrund af befolkningens udvikling viser, at der er en forventelig stigning i udgiftsniveauet for de kommende 10-15 år. Færøernes demografi medfører stigende sygehusudgifter, uanset udviklingen i nettoindvandringen, der er anvendt som den centrale forklaringsvariabel. Der kan

endvidere spekuleres i nettoindvandringens sammensætning. Er det således de unge, der fraflytter Færøerne, mens det systematisk er ældre, der flytter tilbage til Færøerne i fremtiden? Benchmarkanalysen har vist, at befolkningen på Færøerne er relativt ung sammenlignet med de andre geografiske områder, men ændres dette forhold, kan det have en yderligere effekt under nærværende forudsætninger for sygehusudgifternes fremtidige udvikling.

Udviklingen i befolkningstallet skal sidst sammenholdes med, at alle scenarier viser stigende sygehusudgifter samtidigt med, at befolkningen falder i de tre scenarier. Det betyder, at skattebasen, der skal finansiere de stigende sygehusudgifter, reelt bliver mindre. Befolkningens udvikling kan således blive en "bombe" mod den fremtidige finansiering af sygehusvæsenet.

Afsluttende bemærkninger

Samlet set er der intet i benchmarkanalysen, som peger på, at Færøerne skulle have særlige vilkår, som umuliggør en sammenligning med de udvalgte geografiske områder.

På udgiftssiden ligger Færøerne på et generelt lavt niveau samtidigt med, at sundhedstilstanden generelt er god i forhold til de øvrige områder. Benchmarkanalysen viser, at:

- Sygehusudgifterne har haft en mindre udgiftsstigning i perioden 2001-2006 i forhold til andre store offentlige udgiftsområder på Færøerne – men også at sygehusudgifterne stiger betydeligt fra 2006 til 2007.
- Sygehusudgifternes andel af den disponible bruttonationalindkomst (BNI) ligger lavere for Færøerne end for både Danmark, Grønland og Island. Opgøres sygehusudgifterne i forhold til bruttonationalproduktet (BNP) viser billedet, at Færøerne er på niveau med Danmark, har højere udgifter end Grønland, men stadig er lavere end Island.
- Stigningstaksten i sygehusudgifter fra 2006 igen er større end stigningen i den disponible bruttonationalindkomst. Fortsætter stigningen kan Færøerne inden for få år ligge på niveau med Danmark.
- Befolkningens alderssammensætning og den generelle sundhedstilstand indikerer endvidere, at efterspørgslen efter sygehusedelser bør være lavere på Færøerne sammenlignet med Danmark – og specifikt Bornholm.
- Opgørelserne over antallet af indlæggelser og sengedage viser tegn på ledig kapacitet, idet man med lavere udgifter og generel god sundhedstilstand oftere indlægger patienterne og samtidig beholder dem på sygehuset, såfremt sengen ikke skal bruges akut af andre patienter. Dette indike-

rer strukturelle forskelle i indlæggelses- og behandlingsmønstrer, der f.eks. kan være drevet af en praksissektor, der oftere henviser patienter til sygehusbehandling, manglende mulighed for udskrivelse til plejehjemspladser eller blot en generel lavere indlæggelses- og behandlingstærskel.

- Antallet af læger i forhold til antallet af indbyggere er lavt i forhold til Bornholm, der har identiske karakteristika med Færøerne, uden det samtidigt giver indtryk af underbemanning.
- Sygehusudgifterne vil stige de kommende mange år på baggrund af udviklingen i befolkningens alderssammensætning – også selv om befolkningstallet vil være faldende. Det kan betyde øgede udgifter pr. indbygger og færre skatteborgere til at finansiere de stigende udgifter.

→ 2. Budgetprocessen

Dette kapitel gennemgår den eksisterende budgetproces på Færøerne, og oplysningerne bygger på interviews med nøglepersoner i processen, herunder afdelingsledelsen på Landssygehuset, sygehusdirektørerne, Sundhedsministeriet og Finansministeriet.

Kapitlet ser dels på budgetprocessens grundforudsætninger og dels på selve finanslovprocessen og budgetteringen på sygehusene. Under sidstnævnte afsnit vil også strukturelle forhold, såsom afregning mellem sygehuse og afregning i forhold til udlandspuljen blive gennemgået.

Grundforudsætninger

I dette afsnit gennemgås de grundforudsætninger, som budgetprocessen i sygehusvæsenet på Færøerne hviler på. Således ses der på aktørerne i budgetprocessen, den nuværende bevillingsstruktur samt andre strukturelle forhold.

Aktørerne

Aktørerne består af følgende parter: Lagtinget, Finansministeriet, Sundhedsministeriet, de 3 sygehuse, og for Landssygehusets vedkommende også de enkelte afdelinger. I tabellen nedenfor er parternes roller og ansvar beskrevet.

Tabel 2.1: Aktører i budgetprocessen

Aktør	Roller og ansvar
Afdelinger	Udarbejder budget for den enkelte afdeling, ansvarlig for overholdelse af lønbudget på den enkelte afdeling
Sygehuse	Samler afdelingsbudgetter og udarbejder det samlede budgetforslag for sygehuset, ansvarlig for overholdelse af budget til medicin og øvrigt driftsudgifter samt sygehusets samlede budget
Sundhedsministeriet	Samler sygehusbudgetterne, bevillingsansvarlige (alm. ministeransvar) for det samlede sygehusbudget samt driftsansvar for udlandspuljen og bevillingen til apparatur
Finansministeriet	Udarbejder forslag til Finanslov og forhandler med ressourceministerier, følger op på budgetoverholdelsen og evt. ansøgninger om tillægsbevillinger
Lagtinget	Forhandler og vedtager finansloven samt eventuelle tillægsbevillinger

Der er således tale om en ressortopdeling uden en mellemliggende forvaltningsenhed, som man kender det i den danske regionsstruktur.

Den nærmere proces omkring finanslovforhandlingerne og budgetteringen på sygehusene beskrives senere i dette kapitel.

Nuværende bevillingsstruktur

Bevillingerne til sygehusvæsenet på Færøerne gives som rene rammebudgetter, hvor der laves selvstændige bevillinger for hvert sygehus samt særlige bevillinger til sygehusbehandling i udlandet (udlandspuljen) og apparatur. Der er ikke knyttet noget krav om aktivitetsniveau til bevillingerne, men udelukkende et krav om budgetoverholdelse og behandling af patienterne svarende til "nordisk standard" – uden sidstnævnte er defineret nærmere.

Sygehusene er ansvarlige for deres respektive bevillinger, mens driftsansvaret for udlandspuljen og apparaturbevillingen er placeret i Sundhedsministeriet. For sygehusbevillingerne gælder det desuden, at de udelukkende er opdelt i en lønramme og en øvrig driftsramme, mens det indenfor disse er op til sygehuset selv at fordele rammen mellem de direkte aktivitetsafhængige udgifter (løn, medicin m.v.) og de mere grundlæggende udgifter (husleje, bygningsvedligehold, energi m.v.).

I tabellen nedenfor er udviklingen i bevillingerne til de tre sygehuse samlet set beskrevet.

Tabel 2.2: Udvikling i bevilling og regnskab for de 3 sygehuse 2003-2007 (tkr)

		2003	2004	2005	2006	2007
a	Bevilling	338.528	361.594	376.969	389.403	406.877
b	Ekstrabevilling	5.334	0	7.350	4.536	7.100
a+b	Bevilling, i alt	343.862	361.594	384.319	393.939	413.977
c	Forbrug, i alt	346.152	373.117	386.265	405.506	439.663
c-(a+b)	Merforbrug	2.290	11.523	1.946	11.567	25.686
c-a	Merforbrug, ekskl. ekstrabevilling	7.624	11.523	9.296	16.103	32.786
a/c ₁	ΔBevilling i pct. af forbrug året før	-	4,5 %	1,0 %	0,8 %	0,3 %

Kilde: Sundhedsministeriet.

Som det fremgår af tabellen, har bevillingerne været stigende over de seneste 5 år. Således er den totale bevilling, inkl. ekstrabevillinger, steget med godt 70 mio.kr fra 2003 til 2007, svarende til en stigning på 20 pct. I samme periode er sygehusenes forbrug steget med 93,5 mio.kr. eller 27 pct., og sammenlignes dette med de oprindelige bevillinger (dvs. før der er givet ekstrabevillinger), svarer det til

en gennemsnitlig årlig budgetoverskridelse på 4 pct. Generelt har ekstrabevillingerne været en forudsætning for at undgå store relative budgetoverskridelser hvert eneste år.

Tabellen viser desuden udviklingen i de initiale bevillingers størrelse, når de sammenlignes med sygehusenes forbrug året forinden. Således var sygehusbevillingerne i 2007 kun 0,3 pct. højere end forbruget i 2006. Dette skal naturligvis ses i sammenhæng med et merforbrug i 2006 på over 16 mio.kr., men antyder ikke desto mindre, at bevillingsstrukturen kun i mindre grad hviler på fuldstændige oplysninger om realiserede udgifter.

I de følgende tre underafsnit er udviklingen i bevillingerne til hhv. Landssygehuset, Klaksvig Sygehus og Suderø Sygehus beskrevet.

Landssygehuset

Landssygehuset er ubetinget den største aktør på Færøerne med en bevilling, der udgør knapt 78 pct. af de samlede sygehusbevillinger i 2007, jf. tabel 2.3 nedenfor.

Tablet 2.3: Udvikling i bevilling og regnskab for Landssygehuset 2003-2007 (tkr)

	2003	2004	2005	2006	2007
Bevilling	259.272	277.421	290.434	301.469	315.143
Ekstrabevilling	3.030	0	6.150	2.644	7.100
Bevilling, i alt	262.302	277.421	296.584	304.113	322.243
Forbrug, i alt	264.295	287.640	297.947	313.887	342.001
Merforbrug	1.993	10.219	1.363	9.774	19.758
Merforbrug, ekskl. ekstrabevilling	5.023	10.219	7.513	12.418	26.858
ΔBevilling i pct. af forbrug året før	-	5,0 %	1,0 %	1,2 %	0,4 %

Kilde: Sundhedsministeriet.

Som det fremgår af tabellen, har bevillingerne været stigende over de seneste 5 år. Således er den totale bevilling, inkl. ekstrabevillinger, steget med 60 mio.kr fra 2003 til 2007, svarende til en stigning på 23 pct. I samme periode er Landssygehusets forbrug steget med 77,7 mio.kr. eller godt 29 pct. Den gennemsnitlige årlige budgetoverskridelse, når der tages højde for tillægsbevillingerne, er på 4,2 pct.

Klaksvig Sygehus

Klaksvig Sygehus er det næststørste sygehus målt i udgifter med en bevilling, der udgør 12 pct. af de samlede sygehusbevillinger i 2007.

Som det ses af tabellen nedenfor, er bevillingen steget med 5 mio.kr. og forbruget med 8,5 mio.kr. i den betragtede periode. Dette betyder, at Klaksvig har haft den laveste relative stigning af de tre sygehuse, nemlig hhv. 11 pct. i bevilling og 18 pct. i forbrug.

Tabel 2.4: Udvikling i bevilling og regnskab for Klaksvig Sygehus 2003-2007 (tkr)

	2003	2004	2005	2006	2007
Bevilling	45.787	48.034	49.406	49.618	51.598
Ekstrabevilling	723	0	0	970	0
Bevilling, i alt	46.510	48.034	49.406	50.588	51.598
Forbrug, i alt	46.671	48.867	49.648	51.660	55.177
Merforbrug	161	833	242	1.072	3.579
Merforbrug, ekskl. ekstrabevilling	884	833	242	2.042	3.579
Δ Bevilling i pct. af forbrug året før	-	2,9 %	1,1 %	-0,1 %	-0,1 %

Kilde: Sundhedsministeriet.

Budgetoverskridelsen på Klaksvig Sygehuse har været lavere end for Landssygehuset, men med en gennemsnitlig årlig overskridelse på 3 pct. Det fremgår desuden, at bevillingerne i 2006 og 2007 var marginalt lavere end det regnskab, man afleverede året forinden. Selv hvis der blot sammenlignes med bevillingen for det foregående år, er der kun sket mindre justeringer.

Suderø Sygehus

Suderø Sygehus udgør 10 pct. af de samlede sygehusbevillinger i 2007, jf. tabel 2.5.

Tabel 2.5: Udvikling i bevilling og regnskab for Suderø Sygehus 2003-2007 (tkr)

	2003	2004	2005	2006	2007
Bevilling	33.469	36.139	37.129	38.316	40.136
Ekstrabevilling	1.581	0	1.200	922	0
Bevilling, i alt	35.050	36.139	38.329	39.238	40.136
Forbrug, i alt	35.186	36.610	38.670	39.959	42.485
Merforbrug	136	471	341	721	2.349
Merforbrug, ekskl. ekstrabevilling	1.717	471	1.541	1.643	2.349
Δ Bevilling i pct. af forbrug året før	-	2,7 %	1,4 %	-0,9 %	0,4 %

Kilde: Sundhedsministeriet.

I perioden 2003 til 2007 er bevillingen steget 5 mio.kr. og forbruget med 7,3 mio.kr., svarende til hhv. 15 pct. og 21 pct. Suderø Sygehus har den lavest gennemsnitlige budgetoverskridelse, når der tages højde for ekstrabevillingerne, nemlig 2,1 pct. Også bevillingerne til Suderø viser små stigninger i forhold til de foregående års forbrug, i 2006 var bevillingen endda næsten 1 pct. lavere end

forbruget i 2005. Dette skyldes dog formentlig tillægsbevillingen på 1,2 mio.kr. i 2005.

Øvrige bevillinger

Udover sygehusbevillingerne findes der som nævnt en separat bevilling til behandling i udlandet. I tabel 2.6 nedenfor er udviklingen i udgifter til denne pulje beskrevet. Samlet har der været en stigning på 28 pct. over perioden 2003-2007, hvor særligt transportudgifterne er steget meget. Den relative større stigning i transportudgifterne kan indikere en ændring i behandlingsmønstre, hvor der anvendes flere ambulante besøg i udlandet. Det kan desuden også være et udslag af praksis omkring, at man hjemtager patienterne til Færøerne, hvis der er mere end 14 dage mellem behandlinger.

Tabel 2.6: Udvikling i udgifter til behandling i udlandet, 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007	2003-07
Behandlinger	68.174	70.220	70.878	74.610	81.201	19 pct.
Transport	12.496	14.588	17.501	17.471	20.860	67 pct.
Hotel	10.409	11.700	11.292	11.621	14.373	38 pct.
Total	91.079	96.508	99.671	103.702	116.434	28 pct.

Kilde: Finansministeriet.

Endelig er udgifterne til medicotekniske apparater beskrevet i tabel 2.7.

Tabel 2.7: Udvikling i udgifter til medicotekniske apparater 2003-2008 (tdkk)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Regnskab	2.881	1.993	10.045	13.380	7.927	
Bevilling						8.000

Kilde: Sundhedsministeriet.

Her har der generelt været et væsentligt højere niveau fra 2005 og frem, og Landssygehuset oplyser da også, at bevillingerne for 2005 til og med 2007 specifikt er brugt til digitalisering af røntgen.

Andre strukturelle forhold

I det følgende beskrives ganske kort andre strukturelle forhold, som har indflydelse på den nuværende budgetproces samt mulighederne for at designe en alternativ proces i fremtiden.

Overenskomster

Færøerne har valgt at strukturere lønforhandlingerne på sygehusområdet således, at det er Finansministeriet, der er arbejdsgiver – og dermed den primære forhandler i forhold til fagforeningerne. Dette betyder, at sygehuse og Sundheds-

ministeriet ikke har indflydelse på startniveauet ved overenskomstforhandlingerne, mens Sundhedsministeriet dog deltager i den efterfølgende konkrete forhandling. Den faktiske overenskomsteffekt er gennemgået nærmere længere nede i kapitlet.

Rekruttering og afskedigelser

”Det er praktisk talt umuligt at afskedige medarbejdere, selv hvis de ikke leverer...”

Som i resten af Norden oplever Færøerne i disse år, at det kan være vanskeligt at skaffe tilstrækkeligt klinisk personale til sygehusene. Som det vil blive beskrevet senere, har man på flere områder fundet gode løsninger på rekrutteringsproblematikken. Men i tillæg til denne problemstilling findes der også en tjenestemandsproblematik, der betyder, at det ikke er muligt for sygehusene selv at afgøre, hvorvidt en tjenestemand skal afskediges eller ej. Da eksempelvis overlæger er ansat som tjenestemænd, er denne gruppe i praksis udenfor sygehusenes indflydelse, når det kommer til afskedigelser.

Dertil kommer, at såfremt en afdeling eller et sygehus ønsker at opsiges en større gruppe medarbejdere, f.eks. for at bortskære stillingerne, så skal denne beslutning accepteres rent politisk. Set i lyset af ønsket om at gøre stillingerne på Færøerne attraktive ved at give medarbejderne jobsikkerhed, er dette umiddelbart en fornuftig løsning. Men strukturen kan give store udfordringer, når det kommer til at tilpasse kapaciteten i situationer med budgetoverskridelser og/eller ændrede efterspørgselsmønstre og overgang til ambulans behandling. I særdeleshed, hvis sygehusenes oplevelse er, at man de facto ikke kan fyre medarbejdere.

Nærhed

”Man møder jo tit ministeren eller andre politikere nede i supermarkedet...”

At Færøerne er et samfund med ca. 50.000 indbyggere betyder, at den enkelte borger uvægerligt er meget tæt på den politiske proces. Hvis ikke fordi de selv er direkte involverede, så på grund af personlige bekendtskaber med politikere, eller fordi man mødes tilfældigt i det daglige. Dermed bliver beslutningstagerne også jævnligt konfronteret med konkrete historier og oplevelser fra borgerne, hvilket igen kan være med til at påvirke den politiske agenda. Det kan således være svært at argumentere for en ellers fornuftig budgetnedskæring, når man står overfor de folk, som det påvirker direkte.

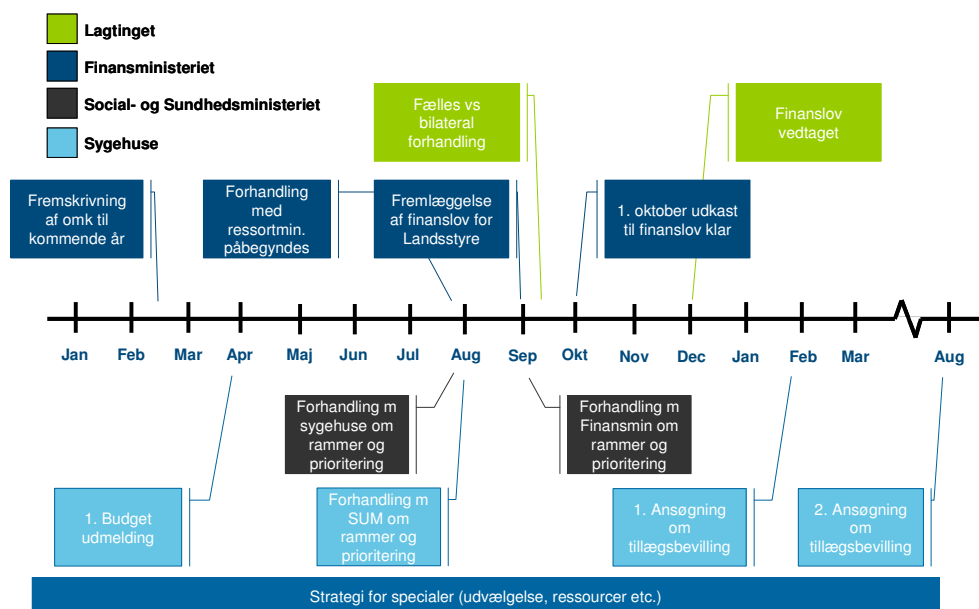
Finanslovprocessen

I det følgende afsnit gennemgås processen omkring forhandlingen af den årlige finanslov.

Den færøske finanslov tager afsæt i de realiserede tal for de tre foregående år og det indeværende år samt bevillingerne for det kommende år. Der er således i høj grad tale om en tilbageskuende proces, hvor man tager udgangspunkt i resultaterne for tidligere år. Tilsvarende er sygehusenes budgetter også udelukkende fo-

kuserede på det kommende år. I figur 2.1 er processen for vedtagelse af den færøske finanslov illustreret.

Figur 2.1: Tidslinje for vedtagelse af finansloven



Processen indledes med, at Finansministeriet og sygehusene i april uafhængigt af hinanden laver første udkast til bevilling/budget. Parterne har indledende diskussioner i foråret, men først efter sommerferien i august måned påbegyndes egentlige forhandlinger af det kommende års bevilling. Sygehusene indleder med at forhandle med Sundhedsministeriet om de enkelte sygehuses rammer og prioritering, hvorefter Sundhedsministeriet forhandler den samlede ramme med Finansministeriet.

I september måned forhandler Finansministeriet og Landsstyret det samlede udkast til finansloven, som skal foreligge den 1. oktober. Herefter følger den traditionelle proces med vedtagelse af finansloven, som normalt er afsluttet i december måned. Det er dog før sket, at der f.eks. på grund af valg ikke har kunnet vedtages en ny finanslov, og en provisorisk finanslov har i stedet måtte tages i anvendelse. Dette skete senest i efteråret 2007/foråret 2008.

Allerede i februar/marts har Sundhedsministeriet de seneste år måtte søge om første tillægsbevilling på vegne af sygehusene. Og i august måned er muligheden for anden tillægsbevilling også typisk benyttet.

Konklusion og anbefaling

Alt i alt gennemføres den faktiske budget- og forhandlingsproces på knap to måneder hvert år, nemlig i august og september. Og da der udelukkende arbejdes med et-årige budgetter, skal man hvert år starte fuldstændigt forfra med processen. Dette betyder dels, at der er fare manglende gennemsigthed og uensartet informationsniveau mellem parterne, dels at tidspresset vil vanskeliggøre en tilstrækkelig høj kvalitet af beregninger m.v., hvorved man risikerer mange tilbageløb og efterfølgende budgetoverskridelser.

Valcon anbefaler derfor, at man begynder at arbejde med flerårige budgetter, således at man i perioden op til finanslovforhandlingerne udelukkende skal se på justeringer af budgettet for det kommende år, mens man eksempelvis i foråret kan arbejde med udkast til de kommende års budgetter.

Alternativt, såfremt flerårige budgetter ikke ønskes, bør budgetprocessen som minimum forlænges, så der gives tilstrækkelig tid til at gennemføre beregninger og forhandlinger. Dette kan ske ved allerede før sommerferien at påbegynde rammeforhandlingerne samt lave budgetanalyser og -forbedringer.

Budgettering på sygehusene

Som beskrevet ovenfor er sygehusenes årlige bevillinger givet som to rammer til hhv. løn og øvrig drift, som der efterfølgende kan forbruges indenfor. I perioden indtil finansloven er vedtaget, kan der under finanslovforhandlingerne desuden flyttes midler mellem de to rammer, ligesom det kan ske under behandlingen af til lægsbevillinger. Der er således ikke taget politisk stilling til fordeling af midler mellem artskonti (grund- og aktivitetsbevilling), ligesom der heller ikke stilles krav til aktivitetsniveau og -sammensætning.

Grund- og aktivitetsbevilling

Af benchmark kapitlet fremgik det, at sygehusudgifterne på Færøerne består af en højere lønandel end et sammenligneligt område som Bornholm. Dette kan der være flere årsager til.

En forklaring kan være, at idet bevillingen gives som en ramme, er det muligt for sygehusene i perioden op til vedtagelse af finansloven at substituere budget afsat til vedligehold over til lønkroner i stedet. Det vil sige, at lønbudgettet har en acceptabel størrelse, mens der er underforbrug på nogle af de øvrige artskonti m.v. En sådan prioritering kan der være mange konsistente grunde til, men er det en prioritering, som gentages flere år i træk, vil det hurtigt betyde et efterslæb på eksempelvis vedligeholdelsen af aktivmassen. Et efterslæb, som muligvis medfører udgifter til renovering, som langt overstiger de beløb, som er sparet de foregående år.

En anden forklaring kan være, at de budgetterede udgifter til vedligehold m.v. ligger på et tilstrækkeligt niveau, men at man til gengæld har sammensat sit lønbudget anderledes end Bornholm. Dette kunne eksempelvis skyldes, at man har ansat relativt flere overlæger, mere erfarne sygeplejersker, har større administration etc. Dette vil give højere gennemsnitslønninger og dermed en relativt større lønandel. Nærværende analyse har ikke haft adgang til detaljerede oplysninger til sammenligninger på dette niveau, men det er en øvelse, som man relativt nemt kan gennemføre.

Endelig bør det bemærkes, at der over de seneste 10 år har været afsat store summer til nybyggeri og andre større investeringer på sygehusområdet. Disse bevillinger ligger ansvarsmæssigt placeret hos Landsingeniøren, hvorfor der findes midler til større vedligeholdelsesopgaver udover de bevillinger sygehusene modtager. Investeringsbevillingerne er lovmæssigt bundet til konkrete bygninger.

Konklusion og anbefaling

Gennem interviews og ved selvsyn kan det konstateres, at det nok er underbudgettering på de mere grundlæggende artskonti, som er den primære årsag til forskellene, særligt på Landssygehuset. De ældre bygninger giver tydeligt indtryk af mangel på vedligehold, og det kan forventes, at der snart vil vise sig et behov for større investeringer. Men med den nuværende bevillingsstruktur er det ikke muligt at give sygehusene et incitament til løbende vedligehold etc. Dertil kommer igen, at givet der kun budgetteres 1 år frem, er det ikke muligt for ministerierne på forhånd at forberede sig på denne kommende omkostning, selv hvis sygehusene faktisk kender omkostningerne flere år i forvejen.

Valcon anbefaler derfor, at man opdeler sygehusenes bevilling i to nye rammer, som budgetteres og opfølges detaljeret. En grundbevilling, som skal dække vedligehold af aktivmassen og faste udgifter til energi, administration m.v. samt en aktivitetsbevilling, som afhænger af aktivitetsniveauet på det enkelte sygehus, jf. næste afsnit.

Aktivitetssammensætning

Sygehusbudgettet på Landssygehuset laves på baggrund af detaljerede lønbudgetter fra de enkelte afdelinger samt budgetudkast fra disponenterne på medicin, apparatur, vedligehold m.v. På de øvrige sygehuse laves budgetterne samlet for hele sygehuset, baseret på samme type oplysninger.

Da aktivitetsdata er svært tilgængelige i de elektroniske systemer, bliver det ofte andre faktorer, som anvendes til budgetteringen. Således fremskrives udgifterne til medicin, energi m.v. ofte med den forventede prisstigningsfaktor, mens lønbudgetterne udelukkende hviler på den eksisterende personalesammensætning samt

forventninger til nyansættelser. En sådan metode giver stor sårbarhed for alle parter i en forhandlingssituation, hvor man er begrænset til udelukkende at diskutere beløbets størrelse – og ikke de ydelser man ønsker at få for beløbet.

I dag registrerer alle sygehuse deres aktiviteter i elektroniske patientadministrative systemer. Men det nuværende system giver ikke mulighed for løbende at trække data ud af systemet. Således kan der af tidsmæssige årsager udelukkende laves udtræk fra systemet en gang om året, hvorved der igen bliver tale om opfølgning og forklaring i stedet for fremskrivning og prognostisering. I det daglige arbejde har afdelingerne derfor ikke mulighed for at vurdere, om en given patientmasse er større eller mindre end tidligere år, om sygdomsbilledet har ændret sig, og dermed heller ikke mulighed for at kunne advare administrationen på baggrund af sådanne forandringer.

De manglende aktivitetsdata betyder også, at man ikke kender sine enhedsomkostninger til de enkelte behandlinger på sygehusene. Man har dermed ikke viden om, hvor det er mest effektivt at behandle en given patient. Det kunne tænkes, at det ikke altid er det mest (omkostnings)effektive at behandle en bestemt gruppe patienter på Færøerne, da det kræver tilstedeværelse af en speciallæge på området. I stedet kunne det være bedre at sende patienterne til udlandet. Tilsvarende er der god grund til at se på enhedsomkostningerne de færøske sygehuse imellem, hvor der formentlig også kan findes forskelle, som har betydning for, hvor man bør vælge at behandle en patient.

Konklusion og anbefaling

Manglende aktivitetsdata gør budgetterings- og forhandlingssituationerne usikre, idet beslutninger træffes på et mangelfuldt grundlag. Politikerne ved i praksis ikke, hvilken vare de køber og til hvilken pris, når de bevilliger penge til sygehusvæsenet. Og når sygehusene og Sundhedsministeriet stilles over for besparelseskrav, har de ikke mulighed for at kræve, at politikerne prioriterer aktiviteterne som følge deraf.

Valcon anbefaler derfor, at man hurtigst muligt får etableret et datasystem, hvor aktivitetsdata løbende kan udtrækkes fra. Der er igangsat et arbejde med indførelse af elektroniske patientjournaler (EPJ), og systemet er allerede taget i brug på visse afdelinger. Det er afgørende, at dette system indeholder såvel statistiske som patientadministrative funktioner.

Der bør desuden fremover budgetteres på aktivitetsniveau, således at sygehusene estimerer den aktivitet, de forventer at kunne løse indenfor deres budgetudspil, mens Lagtinget og Finansministeriet til gengæld tager stilling til, hvilket aktivitetsniveau og bevillingsstørrelse, som ønskes.

For at gøre ovennævnte beslutningsgrundlag praktisk anvendeligt, bør det overvejes at regne enhedsomkostninger for de enkelte behandlinger og/eller patientkategorier.

Afregning mellem sygehuse

Der er i den nuværende struktur ikke mulighed for at afregne ydelser mellem de tre sygehuse. Så hvis et sygehus henviser en patient til et andet sygehus, har det ingen regnskabsmæssige konsekvenser for det henvisende sygehus, men kan have stor effekt for det modtagende. Tilsvarende har sygehusene intet budgetansvar for udlandspuljen, hvorfor en henvisning til behandling i udlandet betyder en umiddelbar lettelse af budgettet.

Konklusion og anbefaling

Disse strukturer kan skabe negative incitamenter i form af kassetækning, hvor det enkelte sygehus søger at maksimere sit eget overskud/minimere sit underskud ved at overføre patienter til andre budgetkonti.

Det skal dog understreges, at der intet tegn er på, at sådan adfærd eksisterer i dag. Men såfremt det ikke overvejes at ændre incitamentsstrukturen, kan det ikke afvises, at sådanne faktorer fremover vil komme til at gøre sig gældende.

Valcon anbefaler derfor, at man begynder at arbejde med afregning mellem sygehusene, ligesom en del af budgetansvaret for udlandspuljen bør påhvile sygehusene på Færøerne. Til dette formål skal det overvejes, om der skal arbejdes med en DRG-lignende gruppering af patienterne for derved at kunne estimere gennemsnitlige priser for behandlingen. Alternativt kan der arbejdes med en ren sengedagstakst, som i nogen grad kan bruges som estimat på de faktiske omkostninger.

Budgetopfølgning og -korrektio

Dette afsnit vil udelukkende beskæftige sig med den overordnede budgetopfølgning set i forhold til finanslovbevillingerne. Den interne budgetopfølgning på sygehusene vil blive gennemgået i næste kapitel om økonomistyring.

Afsnittet vil fokusere på to store områder, som kan nødvendiggøre korrektioner, nemlig resultaterne af overenskomstforhandlingerne samt situationer med overskridelse af rammebudgetterne for de enkelte sygehuse.

Korrektion af overenskomsteffekter

Der har gennem en årrække været en gentagende debat omkring forskellen i den lønfremskrivning, man fra Finansministeriets side anvender i bevillingerne, og den faktiske lønstigning, man når frem til i overenskomstforhandlingerne. Nedenstående tabel opsummerer for de seneste to år forskellene i de budgetterede lønstigninger og de lønstigninger, der blev realiseret som følge af forhandlingerne.

Som det fremgår, var der især fra 2006 til 2007 en væsentlig forskel på 2,2 pct. point.

Tabel 2.8: Realiseret overenskomsteffekt

	2006/2007	2007/2008
Realiseret overenskomsteffekt	3,9 pct.	4,5 pct.
Lønfremskrivningsfaktor	1,7 pct.	3,75 pct.
Forskel	2,2 pct.	0,75 pct.

Kilde: Finansministeriet.

Dette betyder, at for sygehusene, hvis budget i høj grad hviler på beregninger af det eksisterende personales forventede lønninger i det kommende år, vil effekterne af højere lønninger have vidtgående konsekvenser for budgetoverholdelsen.

Således kan effekten illustreres med et simpelt regneeksempel:

Tabel 2.9: Eksempel på konsekvens af overenskomsteffekter

	Budget År 0	Frem- skrivnings- faktor	Budget År 1	Realiseret stigning	Afledt budget år 1	Overskri- delse
Løn	75	2 pct.	76,5	4 pct.	78,0	1,5
Øvrig drift	25	2 pct.	25,5	2 pct.	25,5	0,0
I alt	100	-	102	-	103,5	1,5

I den skitserede situation har sygehuset tre valgmuligheder: man kan nedbringe lønnen gennem afskedigelser og/eller nedskæringer på arbejdstid, man kan hente det manglede beløb til løn på den øvrige drift, eller man kan bede om en tillægsbevilling. Allerede her skal man altså begynde at ombryde sit budget for at kunne imødegå effekter, som måske burde være forudset i budgetteringsfasen.

Betragtes udelukkende årene 2006 til 2008 kan tabel 2.10 opstilles. Tabellen viser udviklingen i lønbudgetter og -udgifter, hvor regnskabstal for 2008 er opgjort som bevilling plus ekstrabevilling. De faktiske regnskabs- og budgettal fremgår, ligesom stigningen i forhold til det foregående år er opgjort i hhv. tkr. og i procent. Sidst i tabellen er lønfremskrivningsfaktoren sammenholdt med den realiserede overenskomsteffekt.

Tabel 2.10: Udvikling i lønudgifter og –budget, 2006-2007 og 2007-2008

	2006	2007	2008
Regnskab, løn	346.527	370.752	393.526 ¹
Stigning i udgifter ift. forrige år, tkr.	-	24.225	22.774
Stigning i udgifter ift. forrige år, pct.	-	7,0 pct.	6,1 pct. ²
Budget, løn	347.424	358.430	384.725
Stigning i budget ift. forrige år, tkr.	-	11.006	26.295
Stigning i budget ift. forrige år, pct.	-	3,2 pct.	7,3 pct.

¹ Regnskab opgjort som bevilling inkl. tillægsbevilling, ² Beregnet på baggrund af bevillingstal for 2008
Kilde: Finansministeriet og Sundhedsministeriet.

Som det fremgår, var der i 2007 budgetteret med en stigning i lønbudgetterne på 3,2 pct., hvoraf 1,7 pct. point var lønfremskrivningsfaktoren, jf. tabel 2.8. Dermed var der afsat 1,5 pct. til øvrige stigninger, eksempelvis til ansættelse af yderligere personale. Samlet blev stigningen i lønudgifterne dog på 7 pct. svarende til 3,1 pct. i øvrige stigninger, når den realiserede overenskomsteffekt er fratrukket.

Den høje stigning i lønbudgettet fra 2007 til 2008 (7,3 pct.) må forventes delvist at skyldes indhentelse af det efterslæb, som forskellen mellem regnskab og budget i 2007 efterlod. Med en overenskomsteffekt 4,5 pct., jf. tabel 2.8, efterlader dette 2,8 pct. til øvrige stigninger i 2008.

Betragtes dernæst overenskomsteffekten i forhold til det samlede sygehusbudget fremkommer nedenstående tabel.

Tabel 2.11: Udvikling i sygehusudgifter og –budget, 2006-2007 og 2007-2008

	2006	2007	2008
Regnskab, samlet drift	405.506	439.663	475.134 ¹
Stigning i udgifter ift. forrige år, tkr.	-	34.157	35.471
Heraf overenskomsteffekt, pct.	-	3,9 pct.	4,5 pct.
Heraf overenskomsteffekt, tkr.	-	13.515	16.684
Budget, samlet drift	389.403	406.877	444.160
Samlet merforbrug	16.103	32.786	30.974
Heraf manglende overenskomstudligning, pct. ²		2,2 pct.	0,75 pct.
Heraf manglende overenskomstudligning, tkr.	-	7.624	2.781

¹ Regnskab opgjort som bevilling inkl. tillægsbevilling, ² Beregnet som forskellen mellem lønfremskrivningsfaktoren og den realiserede overenskomsteffekt
Kilde: Finansministeriet og Sundhedsministeriet.

Som det fremgår, var stigningen i sygehusudgifterne fra 2006 til 2007 på 34 mio. kr. Overenskomsteffekten er opgjort til 3,9 pct. af lønudgifterne svarende til 13,5 mio. kr. Fra 2007 til 2008 var den samlede stigning på 35,5 mio. kr., hvoraf 16,7 mio. kr. kom fra overenskomsterne. Det er altså knapt halvdelen af de samlede udgiftsstigningerne pr. år, som skyldes lønudviklingen.

Af tabel 2.11 fremgår det desuden, at den samlede budgetoverskridelse i 2007 var på knap 33 mio. kr. Den budgetterede effekt (lønfremskrivningsfaktoren) var på 1,7 pct., hvilket svarer til en forventet stigning på 5,9 mio. kr. Holdes dette op mod den realiserede overenskomsteffekt på 13,5 mio. kr. betyder dette, at kun 7,6 mio. kr.¹⁶ af budgetoverskridelsen i 2007 kan forklares af overenskomsteffekten. For 2008 var det samlede merforbrug på 31 mio. kr., hvoraf forskellen mellem lønfremskrivningsfaktoren og den realiserede overenskomsteffekt stod for de 2,8 mio. kr. Overenskomsteffekten er altså langt fra at forklare den samlede budgetoverskridelse.

Konklusion og anbefaling

De involverede ministerier har gennem en årrække underestimeret den faktiske overenskomsteffekt på sygehusområdet, hvilket har resulteret i løbende overskridelser af lønbudgetterne på de tre sygehuse. For den enkelte budgetansvarlige virker det hurtigt meget demotiverende, at det planlagte budget allerede tidligt på året sprænges, ligesom der kan blive en tendens til at forklare alle overskridelser på lønbudgettet med "overenskomsteffekt". Der kan dog samtidig være en stor politisk signalværdig i ikke at budgettere med for høje forventede lønstigninger på finansloven, da disse ellers uundgåeligt vil indgå i fagforeningernes forventninger og udspil til lønforhandlingerne. Det bør desuden bemærkes, at overenskomsteffekten kun i begrænset omfang kan forklare de samlede årlige budgetoverskridelser.

Valcon anbefaler derfor, at man indfører en "automatisk" regulering af bevillingerne, som afspejler den faktiske effekt af overenskomsterne. Dermed vil man fjerne den uigennemsigtighed, der hviler over bevægelserne på lønbudgettet, ligesom det vil give arbejdsgiveren (Finansministeriet) et yderligere incitament til tilbageholdenhed, da højere lønstigninger umiddelbart kan aflæses på bevillingerne. I Danmark arbejder man i regionerne med forskellige metoder for sådanne reguleringer, disse kan muligvis bruges som inspiration for Færøerne, om end der skal tages højde for forskellene i den strukturelle rolle- og ansvarsfordeling.

Korrektion af samlede budgetoverskridelser

"Når man beder om en tillægsbevilling i Lagtinget, så får man den også..."

Som det fremgik af afsnittet om grundforudsætninger, har der i årene 2003 og 2005-2007 været givet tillægsbevillinger til sygehusvæsenet. Disse bevillinger har typisk ligget i størrelsesordenen 1-2 pct. af den oprindelige bevilling, svarende til mellem 2,6 og 7,1 mio.kr.

¹⁶ Beregnet som (3,9 pct. – 1,7 pct.) * 3,465 mio. kr. = 7,6 mio. kr.

At tillægsbevillingerne falder så fast, og oven i købet ofte ansøges allerede i februar måned, tyder på en indgroet tilbøjelighed til at løse umiddelbare ressourceudfordringer ved yderligere tilførsel af budgetkroner.

Såfremt den tidlige tillægsbevilling skyldes den tidligere nævnte udfordring med overenskomsteffekter, er det naturligvis forståeligt, men intet i de gennemførte interviews tydede på, at dette er den direkte årsag. En anden forklaring kunne være, at man på sygehusene ikke får taget fuldt højde for den endelige bevilling, der er resultatet af finanslovforhandlingerne, men fortsat agerer i forhold til det oprindelige budgetforslag, man udarbejdede. Dette kan ske mere eller mindre ufrivilligt, f.eks. som følge af den personalesammensætning man har – og som man ikke umiddelbart kan ændre på, jf. afsnittet om andre strukturelle forhold.

Konklusion og anbefaling

Med en budget- og bevillingsproces, som ofte først er afsluttet umiddelbart før finansårets påbegyndelse, er det rent overordnet set alt for tidligt at måtte søge tillægsbevilling i februar måned. En sådan bevilling bør udelukkende skyldes udefrakommende faktorer (f.eks. personalemangel og strejker, væsentlige ændringer i sygdomsbilledet etc.), og ikke være begrundet i 'normale' overskridelser af lønbudgetter, medicinudgifter m.v. I en situation, hvor tillægsbevillinger er nødvendige, og dermed forelægges Lagtinget, kan man forvente, at de vil blive vedtaget. Dette skyldes bl.a. de strukturelle forhold omkring nærhed, som er beskrevet under afsnittet om øvrige strukturelle forhold. Skal man imødegå disse strukturer, er det nødvendigt at give politikere og embedsmænd det nødvendige grundlag at træffe beslutninger ud fra.

Valcon anbefaler derfor, at man tilstræber at udarbejde budgetter og bevillinger der indeholder en tilstrækkelig detaljeringsgrad til at muliggøre en grundig planlægning og opfølgning. Bevillingen bør således være baseret på et givent aktivitetsmål og i tilfælde af, at tillægsbevillinger er nødvendige, skal der udarbejdes afvigelsesforklaringer og konkrete alternativberegninger, så der kan træffes beslutninger på så oplyst et grundlag som muligt.

Afsluttende bemærkninger

Alt i alt kan det konkluderes, at der findes en række hovedtemaer, som går igen i hele budgetprocessen, uanset fra hvilken vinkel den betragtes.

Således er der en klar tendens til at fokusere mere på den bagudrettede opfølgning end på den fremadrettede planlægning. Når man udelukkende planlægger et år frem ad gangen, kan det ikke undgås at agere reaktivt frem for proaktivt. Det bør derfor overvejes at udvide budgetperioden for derved at skabe større gennemsigthed omkring kommende års aktiviteter og de udgifter, der venter i en nær fremtid.

En anden gennemgående faktor er den manglende kobling mellem aktivitet og bevilling. En sådan kobling vil muliggøre en mere præcis politisk prioritering af ydelserne, som sygehusvæsenet skal levere, ligesom forhandling og opfølgning kan baseres på mere detaljerede oplysninger end blot samlet overholdelse af budgetrammen. Dermed bliver det også muligt at stille konkrete krav til produktivtetsforbedringer, hvor man eksempelvis i Danmark opererer med et krav på 2 pct.

Endelig er der sammenhængen mellem placering af budgetansvaret og den, som udløser udgiften. Idet der ikke arbejdes med afregning mellem sygehuse og i forhold til udlandspuljen, er der incitament til at flytte udgifterne til andre budgetter, uden den modtagende enhed har indflydelse på dette. Der bør derfor overvejes at lave en tættere kobling mellem disse parter for at undgå fremtidig suboptimering.

→ 3. Økonomistyring

I dette kapitel sættes der fokus på udviklingen i sygehusøkonomien og den konkrete økonomistyring i sygehusvæsenet. Kapitlet analyserer økonomistyringen på sygehusniveau og søger at identificere hovedårsagerne til stigningerne i udgifter og merforbruget i forhold til bevillingerne, herunder økonomistyringen af udgifter til behandling uden for Færøerne. Det primære fokus har været på Landsygehuset i Thorshavn.

Kapitel beskriver indledningsvist udviklingen i den samlede økonomi i sygehusvæsenet, herunder udviklingen i de enkelte regnskabsarter. Herefter redegøres kort for den aktuelle styring af sygehusøkonomien, herunder hvilke redskaber og processer der ligger til grund herfor.

Der tages direkte udgangspunkt i den faktiske økonomistyring på Landssygehuset. Efterfølgende beskrives og analyseres de trends og kritiske drivere for sygehusøkonomiens udvikling, der er identificeret via de kvalitative interviews og efterfølgende regnskabsanalyser. De kritiske drivere for økonomien beskrives med henblik på at godtgøre eventuelle forbedringsinitiativer i et styringsmæssigt perspektiv.

Afslutningsvist opsummeres med en række anbefalinger og forbedringsforslag til den konkrete økonomistyring, der tager udgangspunkt i de identificerede drivere og den faktiske økonomistyring på Landssygehuset.

Hvor beskrivelsen af den økonomiske udvikling og styring vedrører de lægefaglige områder, er konklusioner og anbefalinger udelukkende gengivet ud fra en økonomistyringsmæssig vinkel. Hvor vidt der kan være relevante lægefaglige forklaringer på den økonomiske udvikling, er der ikke taget særskilt stilling til.

Den økonomiske udvikling – et overblik

Dette afsnit beskriver kort og helt overordnet den samlede udvikling i sygehusøkonomien på Færøerne i perioden 2003 til 2007. Den samlede udvikling i driftsudgifter for Landssygehuset, Klaksvig Sygehus og Suderø Sygehus er opgjort i nedenstående tabel 3.1.

Tabel 3.1: Samlede sygehusudgifter i mio.kr., 2003 til 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	2003-07
Løn	303.367	324.162	337.052	346.526	370.752	22 pct.
Vare- og tjenesteydelser	95.911	103.670	108.239	116.081	131.382	37 pct.
- heraf medicin	14.406	15.820	18.150	21.954	25.048	74 pct.
Andre driftsudgifter	10.146	10.652	7.231	9.897	6.233	-39 pct.
Indtægter	-63.272	-65.368	-66.257	-67.000	-68.703	9 pct.
Forbrug, i alt	346.152	373.116	386.265	405.504	439.663	27 pct.

Note: Medicin har ikke været mulig at isolere på Suderø Sygehus.

Tabellen viser de samlede udgifter til sygehusdriften fordelt på løn, vare- og tjenesteydelser, herunder udviklingen i medicinudgifterne, andre driftsudgifter samt indtægter. Endvidere er den procentvise ændring i udgifterne i perioden opgjort.

Udviklingen i udgifterne er hovedsageligt drevet af en stigning i udgifterne til løn på 22 pct. og en stigning i vare- og tjenesteydelser på 37 pct., hvorunder andelen af udgifter til medicin er steget 74 pct. Den relativt større stigningstakt for vare- og tjenesteydelser betyder, at denne post udgør en stigende andel i det samlede regnskab.

Renset for indtægter udgør lønandelen 73 pct. af de samlede driftsudgifter i 2007, mens det tilsvarende tal for vare- og tjenesteydelser udgør 26 pct. Det forhold adskiller sig fra danske sygehuse, hvor de tilsvarende tal typisk udgør 60 pct. for løn henholdsvis 40 pct. for andre driftsudgifter. Denne forskel skal ses i sammenhæng med, at udlandspuljen ikke indgår i sygehusenes regnskaber. Tillægges udgifter til behandling i udlandet, udgør lønandelen i 2007 57 pct. af de samlede udgifter, jf. beregning for 2006 i kapitel 1.

Den interne økonomistyring

Dette afsnit skitserer den interne økonomistyring på Landssygehuset. Helt overordnet beskrives de styringsværktøjer, der anvendes, og hvordan den generelle økonomistyring udmøntes. Formålet med den kvalitative interviewfase har været at få en generel forståelse af den løbende interne økonomistyring.

Den kvalitative analyse har vist, at den interne styring grundlæggende har karakter af rammestyring, hvor der ikke styres på de enkelte budgetposter. Der findes et fælles økonomisystem, hvor udgifterne på kontoniveau løbende opgøres på faktisk forbrug i forhold til budgetteret forbrug. Der er dog givet udtryk for, at flere afdelinger reelt ikke anvender det eksisterende økonomisystem til opfølgning eller konkret styring.

Økonomisystemet kan ikke sidestilles med et centralt ledelsesinformationssystem, hvor alle budgetansvarlige på en simpel og overskuelig måde løbende kan følge

udviklingen i økonomi, behandlingsaktivitet, sygefravær og andre relevante nøgletal på tværs af hele sygehuset.

Den afdelingsspecifikke økonomistyring er derfor hovedsageligt drevet af den centrale administration, der på månedsbasis udarbejder konkrete – og detaljerede – rapporter, der angiver den aktuelle udvikling i lønudgifterne måned for måned på de respektive afdelinger. Månedrapporthene diskuteres på økonomimøder mellem den centrale administration og afdelingsledelserne. Opfølgning på udviklingen i vare- og tjenesteydelser, herunder medicinudgifterne, sker derimod med de ansvarlige disponenter for indkøb.

”Det er svært at påvise, om udviklingen måske kunne være undgået ...”

De månedlige økonomimøder med afdelingerne søger at forklare udviklingen i lønforbruget, men fører ikke nødvendigvis til korrigerende handlinger ved løbende budgetoverskridelser. Dette hænger umiddelbart sammen med manglende budgetdisciplin og en uklar ansvarsfordeling mellem sygehusledelse og afdelingsledelse, der står uden sanktionsmuligheder ved gentagne budgetoverskridelser.

Der har traditionelt ikke været stor indblanding i afdelingernes ressourceanvendelse, og derfor heller ikke indarbejdet et grundlag for traditionel udgiftsbevidst adfærd. Lønbudgettet søges typisk inddækket via ressourceallokeringer fra andre driftskonti – eller medfører en samlet ansøgning om ekstrabevilling til inddækning af budgetoverskridelsen.

En ansøgning om ekstrabevilling fører typisk til, at der ikke iværksættes korrigerende handlinger, så længe ansøgningen behandles. Og det betyder samtidigt, at den manglende budgetdisciplin opretholdes. Dette er et resultat af, at budgetrammen ofte ikke kendes ved årets start, at der opretholdes en tradition for ekstrabevillinger, og hvor manglende budgetdisciplin kan dækkes ind under ekstrabevillinger. Fokus på, hvad der reelt skal til for at overholde budgettet, forsvinder.

Konklusion og anbefaling

Det nuværende grundlag for intern økonomistyring må anses som værende problemfyldt for den fremadrettede økonomistyring for både sygehusledelse og afdelingsledelser. Den kvalitative analyse har ikke givet indtryk af bevidst dårlig økonomistyring, men der opretholdes dårlig budgetdisciplin samtidigt med, at ikke eksisterer et robust fundament for god fremadrettet økonomistyring.

Valcon anbefaler derfor, at man udarbejder klare retningslinjer, klar ansvarsfordeling, klare instrukser til de budgetansvarlige og vigtigst af alt skaber gennemsigtighed i økonomien – så det fremgår, hvad får man for pengene!

Mere herom i næste afsnit.

Kritiske drivere for den økonomiske udvikling

Analysen fokuserer i dette afsnit på at identificere og dokumentere de trends og kritiske drivere, der påvirker udviklingen i sygehusudgifterne. På baggrund af de gennemførte interviews og gennemgang af tilgængelige regnskabsoplysninger, beskrives de mest centrale drivere – fra den overordnede bevilligende myndighed over medicin og overenskomsteffekter til den daglige detailstyring på sygehuset.

De gennemførte interviews har givet indtryk af meget forskellige holdninger til, hvad der reelt driver økonomien – og hvad budgetoverskridelserne skyldes. De kritiske drivere er alle beskrevet og forsøgt analyseret, men det har for enkelte områder ikke været muligt at fremskaffe et dokumenteret grundlag for at vurdere den faktiske konsekvens for økonomien. Det gælder blandt andet udviklingen i ambulante besøg, påvirkningen fra den primære sektor, der beskrives som "svag", og anvendelsen af vikarer. De identificerede trends og kritiske drivere for udviklingen i sygehusøkonomien beskrives i det nedenstående.

Befolkningsgrundlaget

Helt grundlæggende betyder et befolkningsgrundlag på godt 50.000 mennesker og en relativt beskedent sygehusøkonomi, at selv ganske få patienter, der kræver særlig behandling, kan påvirke den samlede sygehusøkonomi. Det kan være patienter, der kræver behandling med særlig dyr medicin, patienter der kræver speciel eller bare langvarig behandling i udlandet eller indførelse af nye kostbare behandlingsmetoder. På den baggrund er der risiko for, at der forekommer større eller mindre udsving i de samlede sygehusudgifter hen over en given periode.

God styring af økonomi sørger dog altid for at forudsige disse situationer gennem tæt opfølgning og god forståelse af de økonomiske effekter. Befolkningsgrundlaget bør i udgangspunktet altid give anledning til en række analyser af medicin, udlandsbehandlinger, opretholdelsen af specialer og beredskab og andre kritiske drivere for den økonomiske udvikling.

Den overordnede bevillingsstyring – fra politiker til sygehus

Analysen har vist en generel meget reaktiv styring af den samlede økonomi – det gælder både på det helt overordnede politiske niveau og som beskrevet styringen af den enkelte afdelingsøkonomi.

Ingen klare økonomiske rammer

På det overordnede politiske niveau er dette umiddelbart et udslag af en meget ujævn budgetproces, som gennemgås i kapitel 2. De endelige budgetter ligger først fast meget sent og til tider inde i det aktuelle år – og giver ikke sygehusene klare økonomiske rammer at rette sig efter.

Analysen har vist, at budgetprocessen ikke baseres på et detaljeret informationsgrundlag. Bevillingens størrelse er baseret på tidligere års forbrug – ikke hvad der reelt bliver behov for det kommende år. Dette understøttes af det stigende behov for ekstrabevillinger, der samtidigt søges på et ugenomsigtigt grundlag. Det gælder både ansættelser af nye læger, opretholdelse af eksisterende specialer og investeringer i apparatur eller vedligehold. Styringen af den overordnede sygehusøkonomi risikerer på den baggrund at blive baseret på italesatte problemstillinger, der ikke nødvendigvis er godt nok analyseret eller dokumenteret.

For at imødekomme en bedre overordnet styring i forhold til stigninger i udgifterne og det tilbagevendende merforbrug i forhold til bevillingerne, kræves en langt større gennemsigthed i både sygehusøkonomi og behandlingsaktivitet, men også en mere aktiv politisk rolle.

Med større gennemsigthed menes en langt større indsigt i udgifterne ved at drive sygehusvæsenet – f.eks. ved opretholdelse af specifikke specialer, sende patienter til behandling i udlandet og indgå konsulentaftaler med eksterne sygehuse. Behandlingsaktiviteten er adskilt fra økonomien og sammenhæng mellem indsats og resultat (input og output) er reelt ukendt.

Der følger ingen "bestilling" med bevillingen

Politisk kan der med fordel stilles krav til "produktionen" på sygehusene, så der skabes klare rammer for, hvad der fra politisk side rent aktivitetsmæssigt forventes af sygehusvæsenet. Der er fra det lægefaglige område givet udtryk for, at der mangler en klar "opgavebeskrivelse" – hvad skal bevillingen bruges til? For nuværende går "man" bare i gang!

Kombineres en større politisk vilje til at stille konkrete krav til de bevilligede midler, med en større økonomisk og behandlingsmæssig gennemsigthed, kan der opnås en langt bedre sammenhæng mellem betalingssystemet og de udførende sygehuse. Det politiske niveau skal vide, hvad de får for pengene.

Eksisterende beredskab og sygehusstruktur

I den nuværende sygehusstruktur er de tre sygehuse på Færøerne selvstændige enheder, der har separate bevillinger, ingen automatisk kapacitetsudjævning og alle opretholder et akutberedskab.

Det kan således ikke undgås, at der bruges flere ressourcer med den nuværende struktur, end hvis alle sygehuse var samlet i én enhed, der drives ud fra samme principper og rammer. Som det er gennemgået i kapitel 2 betyder de separate bevillinger, at der kan skabes negative incitamenter til at flytte patienter mellem sygehuse for at minimere egne udgifter. Tilsvarende kan der opstå situationer med ledig kapacitet på ét sygehus, mens et andet henviser patienter til udlandet grundet manglende plads på afdelingerne. Endelig er befolkningsgrundlaget på Færøerne ikke tilstrækkeligt stort til at godtgøre, at der opretholdes akutberedskab på tre sygehuse samtidig.

Når dette er sagt, er det dog væsentligt at tage højde for visse strukturelle faktorer, som også har betydning. Således betyder de store afstande til eksempelvis Suderø, at det kan være nødvendigt at opretholde et vist beredskab på øen. Tilsvarende kan der være politiske grunde til at ønske at bibeholde arbejdspladser i form af sygehuse andre steder end i Thorshavn.

Der har tidligere været lavet større analyser af, hvordan sygehusene bør fordeles og styres, og der arbejdes fremadrettet på at lave en fælles overordnet sygehusledelse for at undgå visse af ovennævnte problemstillinger. Nærværende analyse vil ikke gå yderligere i dybden med denne problematik, men blot opfordre til at det nøje overvejes, hvordan man kan optimere kapacitetsudnyttelsen, f.eks. ved at samle specialer og/eller behandlinger på bestemte sygehuse, og minimere det nødvendige akutberedskab, f.eks. ved brug af lægeambulancer, ambulancehelikoptere og lignende.

Overenskomsteffekter

Der er i interviewfasen generelt peget på overenskomsterne som den kritiske driver for udviklingen i lønudgifter – og for de tilbagevendende budgetoverskridelser. Der peges på, at overenskomsteffekten reelt er større end de bevilligede beløb, og budgetoverskridelserne derfor nærmest er uundgåelige. Der er således et ud-talt ønske om større sammenhæng mellem overenskomster og de faktisk tilførte lønkroner.

I kapitel 2 blev denne sammenhæng undersøgt nærmere, og resultatet var, at stigningen i de samlede lønudgifter ikke udelukkende kan forklares af overenskomsteffekterne – og derfor heller ikke kan forklare budgetoverskridelserne til fulde. Metoden tager både højde for udviklingen i anciennitet, kompetencegivende efteruddannelse og udviklingen i antallet af årsværk (f.eks. ved indvielsen af ny bygning). Der må således findes mindst een anden underliggende driver for udviklingen i lønudgifterne – for eksempel substitution mod mere løntunge årsværk. Den nuværende styring er umiddelbart ikke gearret til at dokumentere en sådan effekt, hvorfor overenskomsteffekter kan tillægges for stor forklaringsvægt. Overenskomsteffekterne er uden tvivl kritiske drivere for den økonomiske udvikling –

det vil det altid være! Men dette er også et udmærket eksempel på problemstillinger, der *måske* "mentalt" fylder for meget, når budgetoverskridelser skal forklares.

Nyansættelser og specialeplanlægning

"Nyansættelser er en bombe under budgettet ..."

Der er i interviewfasen givet udtryk for, at sygehusafdelingerne og dermed de ansvarlige for ansættelsen af nye læger reelt sidder uden en opgavebeskrivelse – eller et konkret politisk ønske om, hvilke behandlingstilbud der skal eksistere for det enkelte speciale. Der er således kun en overordnet politisk stillingtagen til specialeplanlægningen. Det betyder, at processen omkring ansættelser af nye læger bliver en kritisk driver for både udviklingen i udgifterne, men også for udviklingen i de samlede behandlingstilbud.

Ansættelsen af nye læger er beskrevet som værende netværksdrevet. Det vil sige, at det lægefaglige netværk aktivt bruges til at udsøge kandidater til fremtidige stillinger. Der er således en stor bevidsthed om hvilke læger, der typisk i Danmark kan tiltrækkes til stillinger på Færøerne – oftest flere år i forvejen. Dette må anses som en god og proaktiv måde at sikre rekrutteringen af nye læger. Men der er flere faktorer, der umiddelbart synes udeladt i udsøgnings- og ansættelsesproceduren, og som kan være relevante at inddrage.

Der kan med fordel inddrages direkte konsekvensanalyser ved nyansættelser – både med hensyn til økonomi og patientgrundlag. Hvad koster det at ansætte ekstra personale? Ansættelser af nye læger kan medføre en række indirekte udgifter i form af investeringer i nyt apparatur og andet udstyr, men reelt også påvirke behandlingstærsklen for det enkelte speciale. Der er således givet udtryk for, at der ofte identificeres et nyt eller mere nuanceret sygdomsbillede som følge af nyan-satte speciallæger. Endvidere kræver et fuldt beredskab for et givent speciale, at der typisk opretholdes tre lægestillinger.

"Specialedækningen er afhængig af hvem man kan få ..."

Dette skal ses i sammenhæng med, at nyansættelser kan ske uden direkte politisk indflydelse på, hvilke specialer eller behandlinger man på politisk niveau ønsker at stille til rådighed på Færøerne. Ønsker man således et fuldt udbygget sundhedsvæsen? Og kan man reelt opretholde en given specialiststilling med det eksisterende befolkningsgrundlag?

Der er i interviewfasen peget på, at man ønsker at opretholde 20-25 specialer på Færøerne. Sundhedsstyrelsens i Danmark anbefaler i forhold til danske standarder, at:

"For at sikre et højt kvalitetsniveau i behandlingen har Sundhedsstyrelsen derfor – på baggrund af anbefalinger fra samtlige lægelige selskaber – som altovervejende hovedregel anbefalet et befolkningsunderlag på 200-250.000 indbyggere for ba-

sisbehandlinger. For specialet intern medicin er det fagligt anbefalede befolkningsunderlag dog væsentligt lavere, nemlig 50-100.000 indbyggere¹⁷”.

Ansættelsesproceduren og den afledte specialeplanlægning betyder groft sagt, at den færøske sundhedspolitik på visse områder foregår på den enkelte sygehusafdeling! Og man bør politisk være bevidst om, hvorvidt de tilstedeværende behandlingstilbud og specialiststillinger er realistiske at opretholde i et lille samfund.

Medicin

”Medicinudgifterne er eksploderet ...”

Interviewfasen såvel som den efterfølgende regnskabsanalyse har givet et klart billede af medicin som en markant driver for udviklingen i sygehusøkonomien – særligt i forhold til budgetoverskridelser. Udgifter til medicin udgør en voksende andel af de samlede udgifter. Udgifterne er således steget med 74 pct. fra år 2003 til 2007 – og er den enkeltstående udgiftskomponent, der står for den mest iøjnefaldende stigning i analyseperioden. Samlet set udgør udgifterne til medicin kun en mindre andel af den samlede forbrug på sygehusene, men der er i flere interviews peget på udviklingen i medicinudgifterne som problematiske.

Udviklingen i medicinudgifterne kan umiddelbart ikke isoleres til enkelte faktorer, men skal forklares af flere forskellige omstændigheder, herunder:

Ny medicin

Der er alment anerkendt, at der løbende kommer ny og mere såkaldt livsforlængende medicin på markedet – medicin der også er dyrere at behandle med. Det vurderes, at det særligt er ny medicin til behandling af kræft-, gigt- og sclerosepatienter, der påvirker de samlede medicinudgifter.

Behandlinger startet uden for Færøerne

”Rigshospitalet igangsætter behandlinger, der fortsætter på Færøerne ...”

En anden markant faktor for udviklingen i medicinudgifterne vurderes at være dyre medicinske behandlinger startet i Danmark eller andre steder i udlandet, som fortsættes på Færøerne. Der er således ikke supervision eller anden form for ”kontrol” med de typer af medicinske behandlinger, der igangsættes, når færøske patienter behandles i udlandet – behandlinger der typisk fortsættes, når patienterne vender tilbage til Færøerne. Den samlede sygehusøkonomis beskedne størrelse gør den meget sårbar over for denne type patienter. Dette diskuteres yderligere nedenstående.

¹⁷ Kilde: ”Danmark som foregangsland – Kvalitet, service og effektivitet i sygehusvæsenet”, Sundhedsministeriet. I en senere anbefaling er også intern medicin sat til et befolkningsunderlag på 200-250.000 indbyggere.

Behandlingspraksis og disponering af indkøb

Den gængse behandlingspraksis er, at ingen patient må stilles ringere end i andre nordiske lande. Det betyder, at der indkøbes medicin, så længe den er påviselig virkningsfuld, og at det suverænt er den enkelte overlæge, der beslutter, om der skal indkøbes særlig (dyr) medicin.

Denne behandlingspraksis kan denne analyse ikke vurdere rent lægefagligt, men det kan konstateres, at i en meget påvirkelig sygehusøkonomi som den færøske kan selv ganske få "økonomisk forkerte" beslutninger på den enkelte afdeling reelt påvirke den samlede økonomi i meget negativ retning.

Det kan anbefales, at der opstilles klare retningslinier for det reelle ansvar for medicinbudgettet, så der er en naturlig sammenhæng mellem det medicinske ansvar og det økonomiske ansvar på de respektive afdelinger. Budgetansvaret må ikke "falde mellem to stole". Denne sammenhæng kan erfaringsmæssigt føre til større omkostningsbevidsthed – uden kompromis på det lægefaglige område. – Og det kan give et langt større incitament for såkaldt "early warning", hvor indkøb af særlig dyr medicin adviseres på forhånd.

Endvidere kan der med inspiration fra det danske sygehusvæsen oprettes en pulje for særlig dyr medicin. En sådan pulje vil skabe yderligere fokus på udvikling i medicinudgifterne og formentligt "udglatte" udviklingen i basismedicin indkøbt og administreret lokalt på sygehuset.

Vedligeholdelse af bygninger og arealer

"Manglende vedligeholdelse kommer til at koste inden længe ..."

Vedligeholdelse af bygninger og arealer er blevet identificeret som en kritisk driver for de fremtidige driftsudgifter. De gennemførte interviews har antydnet, at der afsættes meget få ressourcer til direkte vedligeholdelse af bygninger på Landssygehuset. Dette skal ses i sammenhæng med den centrale bevilling til udbygning af Landssygehuset, der er angivet i nedenstående tabel 3.2.

Tabel 3.2: Investeringsbevillinger 2003-2007, mio. DKK.

	2003	2004	2005	2006	2007
Medicoteknisk udstyr	2.881	1.993	10.045	13.380	7.927
Landssygehuset	55.335	40.053	35.354	28.434	41.784
Klaksvig Sygehus	0	0	1.995	-1.628	991
Suderø Sygehus	0	0	0	0	0
Total	58.216	42.046	47.394	40.186	50.702

Kilde: Finansministeriet.

Tabellen viser, at der fra 2003 til 2007 årligt er anvendt mellem 28 og 55 mio.kr. på udbygningen af Landssygehuset. Samtidigt viser gennemgang af Landssyge-

husets regnskaber, at driftsudgifter til direkte vedligehold¹⁸ udgør i omegnen af 5 mio.kr. i 2007. Dette beløb må ud fra en erfaringsmæssig betragtning anses som meget beskedent i forhold til sygehusbygningernes generelle tilstand, alder og størrelse. Vedligeholdelse af bygninger og arealer kræver typisk både en klar prioritering og en langsigtet planlægning af ressourceanvendelsen – som det er tilfældet med investeringer i udbygning af Landssygehuset. Interviewfasen har umiddelbart givet indtryk af en generel meget kortsigtet planlægning, hvad angår vedligeholdelse, hvad fraværet af flerårig budgettering også understreger.

Fraværet af langsigtet investeringsplanlægning kan betyde, at der reelt "skubbes" endog meget store investeringer relativt til den samlede sygehusøkonomi, der under de nuværende forudsætninger ikke kan løftes inden for de nuværende budgetter. Der kan således være behov for, at investeringspuljen anvendes til vedligeholdelse såvel som nybyggeri.

Behandling uden for Færøerne (udlandspuljen)

Puljen til behandling af færøske patienter i udlandet har været et selvstændigt fokusområde i nærværende analyse. Fokus har været på den generelle udvikling i udgifterne til den såkaldte udlandspulje og de bagvedliggende drivere for denne udvikling. Puljen til behandlinger i udlandet er som beskrevet budgetmæssigt forankret under Sundhedsministeriet.

Udviklingen i de samlede udgifter til behandling i udlandet er gengivet i nedenstående tabel 3.3.

Tabel 3.3: Udvikling i udgifter til behandling i udlandet, 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007	2003-07
Behandlinger, kr.	68.174	70.220	70.878	74.610	81.201	19 pct.
Transport, kr.	12.496	14.588	17.501	17.471	20.860	67 pct.
Hotel, kr.	10.409	11.700	11.292	11.621	14.373	38 pct.
Total	91.079	96.508	99.671	103.702	116.434	28 pct.
Behandlingsophold	1.499	1.774	1.972	1.975	2.277	52 pct.
Raske ledsagere	1.080	1.137	1.452	1.415	1.759	63 pct.

Kilde: Finansministeriet.

Tabellen viser, at de samlede udgifter er steget med 28 pct., mens antallet af behandlingsophold er steget med hele 52 pct. i analyseperioden. Antallet af behandlingsophold er således steget betydeligt mere end de totale udgifter til behandlinger uden for Færøerne. Det betyder, at prisen på et gennemsnitlige behandlingsophold er faldende – den gennemsnitlige enhedspris pr. behandling er i perioden

¹⁸ Regnskabsposterne 42 Bygninger og arealer, 43 Tekniske installationer og 46 Værktøjer og driftsmaterialer.

faldet med ca. 22 pct. fra en gennemsnitspris på ca. 45.500 kr. til ca. 35.600 kr. Hvis der antages en vis plausibel sammenhæng mellem en behandlingskompleksitet og den afregnede behandlingspris, kan udviklingen umiddelbart tolkes i retning af stadig mindre komplicerede patienter sende til behandling i udlandet.

Samtidigt er udviklingen i transportudgifterne steget med 67 pct. Denne udvikling kan tolkes som stadig mere ambulante behandling i udlandet, hvor færøske patienter har flere kontakter med udenlandske behandlingssteder i selve behandlingsforløbet. Mere herom nedenstående.

Antallet af raske ledsagere er endvidere steget med 63 pct. i perioden. Udviklingen i ledsagere bør analyseres nærmere med hensyn til behovet, særligt transportens voksende andel af de samlede udgifter taget i betragtning. Er det således nødvendig med ledsagere i godt 80 pct. af alle tilfælde?

Udviklingen i udgifterne til selve behandlingen uden for Færøerne skal blandt andet findes i visitationspraksis og manglende sammenhæng mellem visiterende og betalende institution.

Visitationspraksis

Visitationspraksis for behandling i udlandet er overordnet styret af et visitationsnævn, der laver behandlingsaftaler med udenlandske sygehuse. Visitationsnævnet er forankret i Sundhedsministeriet og har desuden til formål at udarbejde og vedligeholde regler for visitation til udlandet, overvåge forbruget på de udenlandske behandlingssteder, udarbejde indstillinger om hjemtagning af behandlinger, eller ændrede aftaler med de udenlandske behandlingssteder, føre tilsyn med forholdet mellem udnyttelsen af de eksisterende specialer og udenlandske behandlinger samt håndtering af personspørgsmål omkring konkrete behandlinger. Visitationsnævnet varetager det løbende budgetansvar, men det er lovmæssigt givet, at det endelige budgetansvar påhviler den siddende sundhedsminister. Visitationsnævnet mødes månedligt med henblik på ovenstående formål og forpligtigelser, herunder opfølgning på den økonomiske opfølgning.

Visitationspraksis betyder, at der frit kan visiteres til danske sygehuse, hvis mulighederne for behandling på Færøerne vurderes udtømte, mens der arbejdes på opstilling af en såkaldt positivliste over udenlandske sygehuse, der kan visiteres til på baggrund af specialer¹⁹. Det betyder, at den enkelte overlæge frit kan visiterer til et almindeligt dansk sygehus. Ønsker man at visiterer til specielle behandlingssteder, skal en sådan visitation godkendes i visitationsnævnet.

¹⁹ Der foreligger forslag om en ændring af visitationspraksis, således at der fremover udelukkende arbejdes med en positivliste over behandlingssteder i Danmark, Island, Sverige, Norge, Storbritannien m.fl. Denne er dog endnu ikke vedtaget.

Tilstedeværende kompetencer afgør visitation til udlandet

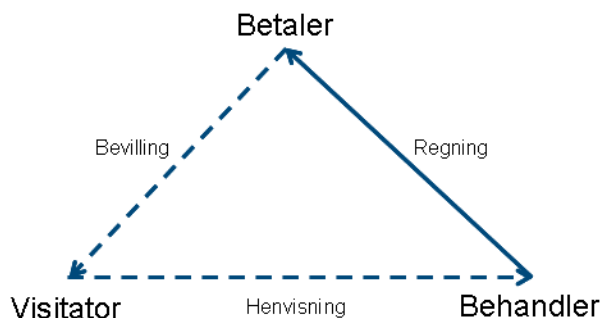
Der er i interviewfasen givet udtryk for, at det typisk er den tilstedeværende lægekompetence, der er afgørende for, hvorvidt den enkelte patient sendes til behandling i Danmark eller andre steder uden for Færøerne. Det betyder, at vurderingen kan variere mellem forskellige læger med visitationsret. Der er i den sammenhæng ikke tradition for en samtidig økonomisk vurdering – det er en ren lægefaglig vurdering.

Dette er rigtigt i det enkelte tilfælde, men på mere overordnet niveau bør dette afspejle en mere økonomisk tilgang til anvendelse af behandling i udlandet. Der er ikke en umiddelbar bevidsthed omkring pris eller forløb for et givent behandlingsophold, der kan variere fra sygehus til sygehus. Der er således ingen sammenhæng mellem visitation og budgetansvar på dette område.

Visitor, behandler og betaler

Sammenhængen mellem visitation, den behandlende institution i udlandet og den separate bevilling til betaling af udlandsbehandlinger er illustreret i nedenstående figur 3.1.

Figur 3.1: Sammenhæng mellem visitor, behandler og betaler



Den betalende institution stiller en bevilling til rådighed for visitation af patienter til behandling i udlandet. Bevillingen stilles til rådighed uden mulighed for detailopfølgning på overordnede forventninger og krav til anvendelsen af bevillingen. Der findes således kun en kautionanmodning, der er mere formel, end den er informativ. På den baggrund følges op på den enkelte regning uden konkret indblik i behandlingsforløb eller baggrund for visitation, herunder hvem der har visiteret. Regningen forholdes kun kautionen, og om den enkelte patient er færing. Der er således ingen direkte informationsudveksling mellem betaler og visitor (angivet med en stiple pil).

De visitationsansvarlige visiterer, som beskrevet ovenstående til behandling i udlandet, uden obligatoriske overvejelser omkring økonomi. Når en patient er overdraget til behandling i udlandet, er der umiddelbart ikke direkte informationsud-

veksling, eller løbende opfølgende opfølgning på behandlingen (angivet med stiplet pil). Information i forbindelse med obligatorisk kaution, der løber seks måneder fra behandlingsstart, foregår direkte mellem den visiterende læge og det udenlandske sygehus.

Den behandlende institution, det udenlandske sygehus, modtager patienten og behandler for den givne lidelse (diagnose). Det udenlandske sygehus kan henvende sig direkte til patienten i behandlingsforløbet, selvom det ønskes at henvendelsen sker til den visiterende læge. Det sker ved opfølgning, eller hvis behandlingen foregår helt eller delvist ambulant (patienten pendler mellem Færøerne og det udenlandske sygehus). Når patienten er færdigbehandlet på det udenlandske sygehus, udskrives patienten, eller overdrages til det færøske sygehusvæsen, hvis behandlingen kan fortsættes her. Herefter afregnes for udført behandling (solid pil).

Konklusion og anbefaling

Processen viser, at manglende eller ufuldstændig informationsudveksling mellem de involverede led, giver meget lidt gennemsigtighed for den bevilligende myndighed, der udsteder en bevilling og modtager en regning, uden direkte indsigt i, hvad patienten er behandlet for. Det er således uklart, hvad man konkret får for den samlede bevilling til behandling i udlandet – og om det er de "rigtige" og økonomisk mest fair patientforløb, der betales for.

Derfor kan man heller ikke vurdere, om der med fordel kan hjemtages visse behandlingstyper til det færøske sygehusvæsen, eller behandlingen kan håndteres via konsulentordninger med læger fra udenlandske sygehuse, der foretager behandlingen på Færøerne. Denne manglende detailinformation, giver meget ringe muligheder for at lave en konkret styring af udviklingen i udgifter til behandling i udlandet.

Valcon anbefaler derfor, at der sikres langt bedre information til gavn for den overordnede styring, men også til gavn for den visitationsansvarlige, der skal bevidstgøres om prisen for en konkret behandling, men også om selve behandlingsforløbet. Hvor kan denne behandling udføres bedst og billigst?

Det kræver, at den visitationsansvarlige helt eller delvist ansvarliggøres for opfølgning på patientforløbet uden for Færøerne, at visitationsnævnet får indsigt i hvem, der visiterer, hvorfor der visiteres, og om visitationen modsvarer den ydelse, der betales for. Budgetansvaret skal knyttes tættere på den visitationsansvarlige, og den nødvendige detailinformation skal tilflyde den betalende institution og visitorator.

Patienter behandlet i Danmark 2005 til 2008

For en nærmere kvantitativ analyse af behandlingsaktivitet, behandlingstyper og den generelle udvikling i de samlede udgifter til behandlinger i udlandet, er der indhentet patientdata fra Sundhedsstyrelsen i Danmark. Data omfatter alle patienter med bopæl på Færøerne, der er behandlet på danske offentlige sygehuse i perioden 2005 til 2008²⁰. Grundet databrud har det ikke været muligt at indhente data for hele analyseperioden. Endvidere fokuseres der hovedsagelige på den stationære aktivitet.

Nedenstående tabel 3.4 viser, at antallet af stationære kontakter på danske sygehuse har haft en svag faldende tendens siden 2005, mens der i samme periode har været en markant stigning i antallet af ambulante besøg. Denne udvikling er i interviewfasen ligeledes blevet bekræftet.

Tabel 3.4: Udvikling i antal behandlinger i Danmark, 2005-2008

	2005	2006	2007	2008F	2005-08
Stationære kontakter	1.242	1.199	1.162	1.128	-9 pct.
Ambulante kontakter	4.001	4.210	4.688	4.970	24 pct.

Kilde: Sundhedsstyrelsen i Danmark.

Tabel 3.5 viser udviklingen i antallet patienter under behandling i Danmark med henholdsvis én ambulant kontakt, 2-5 ambulante kontakter, 6-10 ambulante kontakter og mere end 10 ambulante kontakter i behandlingsforløbet. Tabellen viser, at særligt antallet patienter der har 2-5 ambulante kontakter i behandlingsforløbet har været stigende – ca. 35 pct. er denne gruppe steget fra 2003 til 2007²¹.

Tabel 3.5: Udvikling i ambulante behandlinger pr. patient i Danmark, 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
1 kontakt	704	732	776	772	825
2-5 kontakter	757	870	1.014	945	1.029
6-10 kontakter	218	287	297	327	242
10+ kontakter	226	346	309	388	245

Kilde: Sundhedsministeriet.

Der er således tegn på en substitution fra stationær til ambulant behandling. Det er i den forbindelse nærliggende at trække en parallel til de totale transportudgifter til behandlinger i udlandet. Påvirker denne udvikling transportudgifterne i opadgå-

²⁰ Der er indsamlet data for første halvår 2008. Erfaringsmæssigt er der dog stor forsinkelse i sygehusenes registreringer af behandlinger, hvorfor 2008-tallene er forbundet med en vis usikkerhed.

²¹ Tabellen medtager årene 2003-2004, der er tilgængelige i Sundhedsministeriet, og hvor der er sket markant udvikling i antallet af patienter i de forskellige kategorier.

ende retning? Betyder det, at der med fordel kan hjemtages ambulante behandlinger, således den ambulante del af behandlingen foregår på Færøerne?

For en nærmere analyse af de færøske patienter behandlet i Danmark, er samtlige stationære behandlingskontakter på Færøerne i 2007 grupperet efter den danske DRG-grupperingslogik²². Det betyder, at behandlingskontakterne på Færøerne og i Danmark direkte kan sammenlignes på et klinisk niveau.

Figur 3.2 viser behandlingsaktiviteten på Færøerne og for færøske patienter behandlet i Danmark fordelt på MDC-grupper. De 25 MDC grupperes definitioner er gengivet nedenstående, hvor de typiske specialer er angivet i parentes.

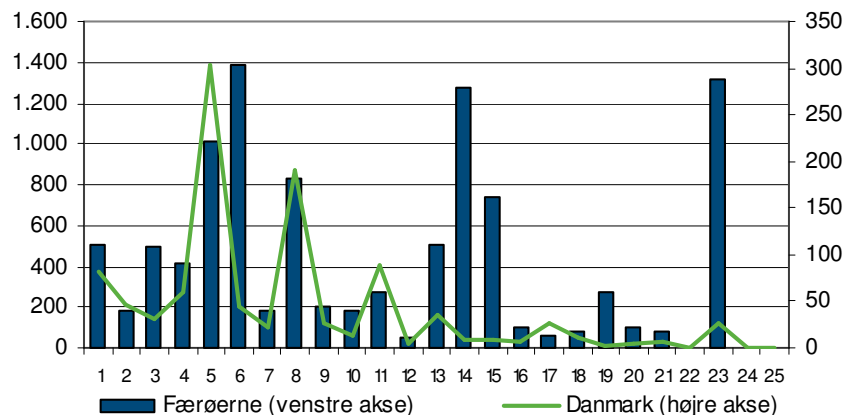
- *MDC 1:* Sygdomme i nervesystemet (neurologi, neurokirurgi)
- *MDC 2:* Øjensygdomme (oftalmologi)
- *MDC 3:* Øre-, næse- og halssygdomme (oto-, rhino-, laryngologi)
- *MDC 4:* Sygdomme i åndedrætsorganerne (lungekirurgi, lungemedicin)
- *MDC 5:* Sygdomme i kredsløbsorganerne (thoraxkirurgi, karkirurgi, kardiologi)
- *MDC 6:* Sygdomme i fordøjelsesorganerne (gastroenterologi)
- *MDC 7:* Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel (hepatologi)
- *MDC 8:* Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (ortopædkirurgi, reumatologi)
- *MDC 9:* Sygdomme i hud, underhud og mamma (dermatologi, mammakirurgi)
- *MDC 10:* Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme (endokrinologi)
- *MDC 11:* Nyre- og urinvejssygdomme (nefrologi)
- *MDC 12:* Sygdomme i mandlige kønsorganer (urologi)
- *MDC 13:* Sygdomme i kvindelige kønsorganer (gynækologi)
- *MDC 14:* Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab (obstetrik)
- *MDC 15:* Sygdomme i perinatalperioden (pædiatri)
- *MDC 16:* Sygdomme i blod og bloddannende organer (hæmatologi)
- *MDC 17:* Svulster i lymfatisk og bloddannende væv (onkologi)

²² Sundhedsstyrelsen i Danmark har inden for de seneste år udviklet et dansk casemix-system, bestående af Diagnose Relaterede Grupper (DRG). Formålet med udviklingen af systemet har været at få en beskrivelse af sygehusenes produktion, som tager hensyn til forskelle i patienternes sammensætning med hensyn til ressourceforbrug ved behandling. Systemet består endvidere af 25 hoveddiagnosegrupper såkaldte MDC-grupper (Major Diagnostic Categories). Disse grupper omfatter typisk et større organsystem, f.eks. nervesystemet eller åndedrætsorganerne.

- *MDC 18*: Infektionssygdomme og parasitære sygdomme (infektionsmedicin)
- *MDC 19*: Psykiske sygdomme (psykiatri)
- *MDC 20*: Misbrug (plastikkirurgi)
- *MDC 21*: Ulykkestilfælde og forgiftninger
- *MDC 22*: Forbrændinger
- *MDC 23*: Øvrige
- *MDC 24*: Signifikant multitraume (inter medicin)
- *MDC 25*: HIV infektion (infektionsmedicin)

Figuren viser en stor lighed mellem de patienter, der sendes til behandling i Danmark, og de patienter, der behandles på Færøerne.

Figur 3.2: Behandling af færøske patienter fordelt på MDC grupper, 2007



Kilde: Sundhedsministeriet, Færøerne, og Sundhedsstyrelsen, Danmark.

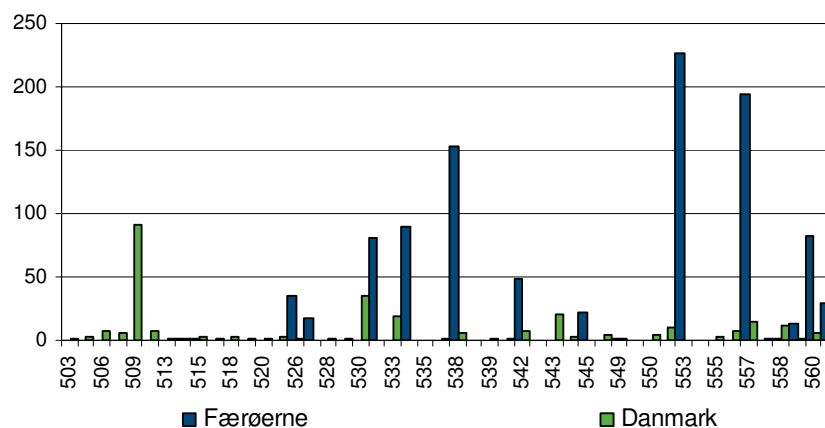
De overordnede diagnosegrupper, som hovedsageligt bliver behandlet i Danmark, er også diagnosegrupper, der "fylder meget" i behandlingen på Færøerne. Det er typisk MDC gruppe 5, sygdomme i kredsløbsorganerne, der vedrører behandlinger for hjertesygdomme, herunder pacemaker-operationer, og MDC gruppe 8, sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv, der vedrører ortopædkirurgi. Der er i analysen ingen indikation på diagnosegrupper, hvor patienter konsekvent sendes til behandling i Danmark.

For at analysere nærmere på spredningen inden for de enkelte MDC grupper kan behandlingsaktiviteten analyseres på det lavere DRG-niveau. DRG-grupperne inden for hver af de overordnede MDC-grupper er grundlæggende opbygget således, at de første DRG-grupper er de mest komplicerede og derfor mest udgifts-

tunge²³. Det er derfor interessant at analysere, hvordan behandlingsaktiviteten på dette niveau fordeler sig mellem behandlinger på Færøerne og i Danmark. Sendes de mest komplicerede patienter f.eks. til Danmark? Der er taget udgangspunkt i MDC-gruppe 5 og 8, der samlet set udgør 78 pct. af alle behandlinger af færøske patienter gennemført i Danmark i 2007.

Figur 3.3 viser antallet af behandlinger grupperet til MDC-gruppe 5, sygdomme i kredsløbsorganerne.

Figur 3.3: Behandling af færøske patienter fordelt på MDC gruppe 5, 2007



Kilde: Sundhedsministeriet, Færøerne, og Sundhedsstyrelsen, Danmark.

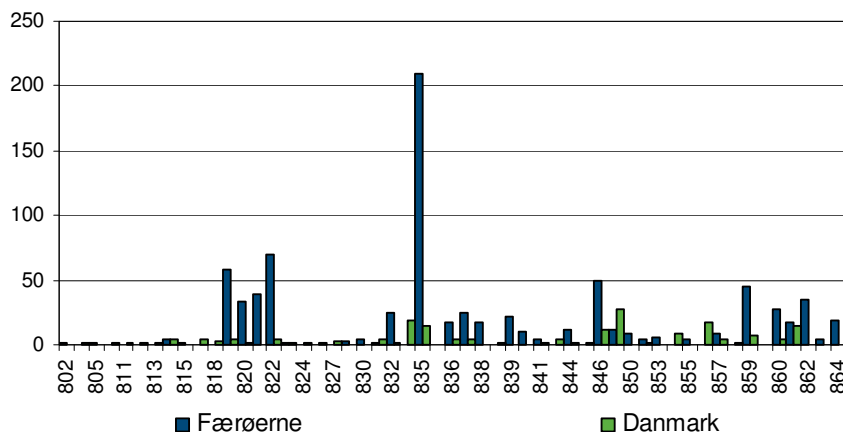
Figuren viser, at i hvert fald en af de mere komplicerede behandlinger foregår i Danmark. DRG gruppe 50924, by-pass operationer, gennemføres konsekvent i Danmark. Derudover er der ikke en klar systematik mellem hvilke behandlinger, der foretages på Færøerne og i Danmark. Behandlingsmønsteret er meget spredt inden for diagnosegruppen, der således er spredt til de fleste behandlinger.

Figur 3.4 viser den tilsvarende opgørelse for MDC-gruppe 8, sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv.

²³ DRG-systemet er opbygget som et beslutningstræ, hvor hoveddiagnosen bestemmer MDC-gruppen, mens kirurgiske- og behandlingskoder bestemmer DRG-gruppen. Således er de første DRG-grupper oftest tunge kirurgiske grupper, dernæst kommer de lettere kirurgiske grupper, herefter de tunge medicinske grupper, for at ende med de rene observationsgrupper.

²⁴ Se Sundhedsstyrelsens Visual DkDRG for nærmere beskrivelse af DRG-grupperne – www.visualdkdrg.sst.dk/2008/.

Figur 3.4: Behandling af færøske patienter fordelt på MDC gruppe 8, 2007



Kilde: Sundhedsministeriet, Færøerne, og Sundhedsstyrelsen, Danmark.

Figuren viser, at der inden for denne MDC-gruppe umiddelbart ingen systematik er i hvilke behandlinger, der gennemføres på Færøerne og i Danmark. Behandlingsgrupperne er spredt – og der er en klar tendens til, at langt de fleste patienter behandlet i Danmark ligger i den "lette" ende.

Fordelingen af behandlingerne gennemført i Danmark for de to udvalgte MDC-grupper viser, at der kun er meget lidt systematik omkring patientgrupper, der visiteres til Danmark. Dette behandlingsbillede kan skyldes forskellige faktorer som f.eks. manglende dækning af de aktuelle specialer, manglende kapacitet eller generelle ventelister for de givne diagnosegrupper.

"Man kan ikke opretholde beredskabet uden en vis form for aktivitet ..."

Konklusion og anbefaling

Behandlingsbilledet kan også betyde, at praksis omkring visitation til behandling i Danmark ikke er systematiseret, og at behandling i Danmark er at sidestille med at sende en patient til behandling på en "søsterafdelingen". Analysen har således ikke identificeret tilbagevendende problemer med kapacitet eller ventelister. Samtidigt er visitator som beskrevet ikke budgetansvarlig.

Valcon anbefaler, at denne simple analyse giver anledning til to overvejelser: Skal man helt droppe visse specialer og sende alle patienter til Danmark, eller skal alle patienter så vidt muligt hjemtages til behandling på Færøerne. Dette vil selvsagt have økonomiske konsekvenser i opad eller nedadgående retning for sygehusøkonomien og puljen til behandling i udlandet.

”Vi er bagud. Vi sidder med gammeldags rammestyring ...”

Manglende redskaber for god økonomistyring

Det er kendetegnende for de områder, der er identificeret på baggrund af interviews og regnskabsanalyse, at der er generel mangel på processer og redskaber for god styring – god økonomistyring er i sig selv den mest kritiske driver for udviklingen i økonomien. Hovedårsagen til de tilbagevendende budgetoverskridelser er, som beskrevet indledningsvist, manglende gennemsigthed, som først og fremmest skal forbedres, hvis man ønsker en bedre og mere stram styring af sin økonomi – og undgå budgetoverskridelser.

God økonomistyring er helt overordnet kendetegnet ved at sikre et godt informationsgrundlag omkring planlægning og optimering af indsats og ressourceudnyttelse. Dette kan ikke siges at være fuldt opfyldt hverken på politisk, ministerielt eller sygehusniveau. Betingelserne er heller ikke tilstede.

Den økonomiske styring er ensidigt baseret på udgiftsstyring, der er helt afkoblet selve behandlingsaktiviteten. Det gælder både på den helt overordnede styring af sygehusvæsenet, styringen af det enkelte sygehus og detailstyringen af den enkelte afdeling. Der styres kun på de anvendte ressourcer, fordi man ikke løbende kan følge op på produktionen – det vil sige behandlingsaktiviteten. Der mangler redskaber, der sikrer et faktisk grundlag – et røntgenbillede af den samlede økonomiske situation på alle organisationsniveauer.

Som beskrevet i afsnittet om den interne økonomistyring søger den centrale sygehusadministration at understøtte en samlet styring af udviklingen af lønudgifterne, men denne styring er utilstrækkelig i forhold til at forklare afvigelser, der måske kunne være undgået. I et tænkt eksempel vil stigende udgifter naturligt kunne forklares af stigende behandlingsaktivitet. Stigende behandlingsaktivitet kan betyde bedre udnyttelse af beredskabet (i økonomiske termer ”kapitalapparatet”) og dermed faldende enhedspriser, hvorfor økonomien reelt er blevet bedre. Sådanne afgørende nuancer forsvinder i en ensidig fokusering på ramme- og budgetstyring.

Den nuværende styring er karakteriseret ved at være umiddelbar reaktiv og input-fokuseret. Samtidigt har den centrale ledelse kun begrænsede muligheder for at iværksætte korrigerende handlinger i forhold til en given økonomisk udvikling. Sygehusafdelingerne har stor frihed til at handle på egen hånd, hvilket reducerer den centrale administrations manøvre muligheder.

Fremadrettet er der ikke tegn på, at en mere stram styring og kobling af økonomi og aktivitet vil påvirke den lægefaglige kvalitet, så længe der er klart definerede ansvarsområder, og de rigtige processer og værktøjer stilles til rådighed. Det vil understøtte den samlede styring samtidigt med, at klare ansvarsområder netop giver mulighed for at ansvarliggøre de enkelte ledelser for deres økonomiske

dispositioner. Det vil også give de ansvarlige mulighed for at forklare en given udvikling i økonomien på et faktisk grundlag.

→ 4. Opsummering – og forslag til forbedringer

For at styrke den fremadrettede styring af den samlede sygehusøkonomi kan der opstilles en række muligheder for både at styrke den interne økonomistyring såvel som den overordnede politiske bevillingsstyring.

Det er først og fremmest en klar svækkelse af den eksisterende styring på alle niveauer og deraf handlemuligheder, at fokus kun er på udgifter – helt afkoblet selve produktionen.

Den overordnede bevillingsstyring

Lagtingets politikere skal tage stilling til, hvad de vil have for pengene – en mere aktiv stillingtagen til de udbudte behandlingsformer er nødvendig. På nuværende tidspunkt fokuseres ensidigt på overholdelse af bevillingsrammen.

Den bevilligende myndighed bør i stedet forholde sig kritisk til, hvilke behandlingstilbud, der skal være repræsenteret, og hvilke specialer befolkningsgrundlaget reelt kan bære. Det politiske niveau på Færøerne bør indtage samme rolle, som regionerne har i det danske sundhedsvæsen. Regioner laver de overordnede planer og sikrer en rationel udnyttelse af specialer og behandlingstilbud indenfor de regionale grænser.

Når man politisk har truffet beslutning om det niveau, man ønsker det færøske sygehusvæsen skal befinde sig på, skal det samtidig sikres, at midlerne fordeles på en sådan måde, at det understøtter de udstukne rammer. Det er således nødvendigt at overgå fra en simpel rammestyring til en mere detaljeret bevillingsstyring.

”Der er ingen, der har blandet sig i, hvad pengene bliver brugt til ...”

Næste skridt

For at sikre tilstrækkelig tid til at gennemføre den politiske proces og deraf følgende prioritering bør man overgå til flerårige budgetter, hvor der kan forhandles ikke blot for det kommende år, men også træffes strategiske beslutninger, som rækker længere frem i tiden. Derudover vil en opdeling af bevilningerne i en detaljeret grund- og aktivitetsbevilling sikre, at der ikke utilsigtet omfordeles midler mellem rammerne, samtidig med at sygehusene kan synliggøre de faktiske omkostninger forbundet med den daglige drift.

Tidshorison: En ændring af budgetprocessen kræver beslutning i Lagtinget, og forslag om ændring har været fremsat tidligere. Processen idriftsættes i forbindelse med næste finanslov

Effekt: Stor

Ressourceindsats: Større indsats de(t) første år, derefter samme indsats som i dag, men fordelt over en større del af året.

Aktivitetsstyring

Løbende opgørelser på diagnose- og behandlingstypeniveau vil sikre et langt bedre grundlag for styring af sygehusene – såkaldt aktivitetsstyring. Aktivitetsstyring understøtter en langt større gennemsigtighed og forståelse for udgifternes udvikling. Anvendelse af aktivitetsregistreringen kan rent styringsmæssigt give et klart billede af, hvilke behandlinger der udføres, og fremadrettet hvilke udgifter de medfører. Dette er en vigtig del i en fremadrettet økonomistyring, hvis man ønsker at knytte aktivitet og økonomi tættere sammen. Koblingen af økonomi og aktivitet har erfaringsmæssigt kvalificeret økonomidiskussionen lige fra afdelingsniveau til sygehus-, region- og ministerniveau.

Næste skridt

De nuværende patientadministrative systemer har vist sig uegnede til dataudtræk og dermed også aktivitetsstyring, hvorfor et projekt omkring elektroniske patientjournaler (EPJ) er igangsat. Næste skridt er derfor at færdiggøre arbejdet med implementering af EPJ, og det skal samtidig sikres, at systemet indeholder et anvendeligt modul til statistiske analyser.

Tidshorison: EPJ forventes færdigimplementeret i løbet af 2009

Effekt: Meget stor

Ressourceindsats: Lille, udover nuværende indsats på EPJ

Ledelsesinformation – løbende aktivitetsopgørelser

Aktivitetsstyring kræver opsamling af de registrerede diagnose- og behandlingskoder. Analysen har vist, at behandlingsaktiviteten rent datamæssigt ikke trækkes systematisk ud af de centrale registreringssystemer i dag. Derfor skal der fremadrettet som minimum laves månedlige udtræk til sygehus- og afdelingsledelser, der styrker den økonomiske styring og ved at kvalificere forklaringsmulighederne ved budgetfravigelser. Den nuværende udrulning af EPJ bør sikre et fremtidigt grundlag for løbende aktivitetsopgørelser.

Næste skridt

I sammenhæng med etableringen af EPJ skal der etableres en egentlig rapporteringscyklus, herunder identifikation af relevante modtagere og ansvarlige for etableringen af ledelsesinformationen, en proces for udtræk af aktivitetsdata, design af rapporter m.v.

Tidshorison: Kan først tages i drift, når EPJ er på plads – men analyse og design kan med fordel påbegyndes inden.

Effekt: Stor

Ressourceindsats: Mellem, kræver separat projekt og muligvis ekstern assistance, kan evt. starte simpelt og siden videreudvikles til reel performance management.

Kobling af aktivitet og økonomi – udvikling af DRG-system

DRG har vist sig som et glimrende grundlag for faktuelle økonomidiskussioner

For at understøtte aktivitetsstyring vil det være relevant at gruppere behandlingsaktiviteten efter et såkaldt casemix-system – f.eks. den danske diagnoserelaterede gruppering. En DRG-gruppering af behandlingsaktiviteten vil give et bedre grundlag for at diskutere udviklingen – både i form af behandlingstyper og ressourcer.

Som det er vist i analysen af færøske patienter behandlet i Danmark, giver en sådan gruppering bedre mulighed for mere kvalificeret analyse af behandlingsaktiviteten. Den registrerede behandlingsaktivitet kan endvidere grupperes direkte med den danske grupperingslogik, da det færøske sundhedsvæsen registrerer diagnoser og behandlingskoder efter samme kliniske system som i Danmark.

Næste skridt

For at skabe en sammenhæng mellem aktivitet og økonomi via et DRG-system er det nødvendigt at etablere en omkostningsdatabase på de tre sygehuse. Database skal indeholde oplysninger om de gennemførte behandlinger og disse behandlings omkostninger, således at der kan udregnes enhedsomkostninger. Når databasen er etableret, kan man som udgangspunkt vælge at benytte den danske DRG-grupperingsnøgle – men med de færøske omkostninger – da der formentlig ikke er væsentlige forskelle på danske og færøske patienter.

Tidshorison: Kan først gå i drift, når EPJ er på plads – men arbejdet med etablering af omkostningsdatabase kan påbegyndes inden, så den er klar, når EPJ går i drift

Effekt: Meget stor

Ressourceindsats: Stor, kræver separat projekt og sandsynligvis ekstern assistance

Klart definerede budgetansvarsområder

Der mangler på flere områder klart definerede roller med hensyn til budgetansvar – særligt mellem sygehusledelse og afdelingsledelser. Som led i en udvikling mod en mere proaktiv økonomistyring kan der med fordel ske en præcisering af opgaver, pligter, ansvar og roller i forbindelse med den interne styring af sygehusets økonomi. Klart beskrevet ansvar giver større omkostningsbevidsthed og incitament for såkaldt "early warning" med hensyn til beslutninger, der påvirker udgiftsudviklingen. Det kræver dog samtidigt, at der stilles detaljeret økonomisk information til rådighed for de budgetansvarlige – f.eks. priser på medicin eller behandlinger i udlandet. Indkøb af særlig dyr medicin og visitation til behandling i udlandet er netop to gode eksempler på områder uden klart definerede budgetansvar.

Næste skridt

Rent praktisk bør der udarbejdes klare instrukser til (nye) budget- og økonomiansvarlige, der beskriver, hvilke forpligtigelser budget- og økonomiansvar medfører. Sygehusledelsen arbejder på nuværende tidspunkt med at lægge yderligere ansvar ud til de enkelte ledelser, således de lægefaglige beslutninger knyttes tættere til de økonomiske konsekvenser.

Tidshorison: Kan påbegyndes umiddelbart

Effekt: Mellem

Ressourceindsats: Mindre indsats at etablere, men kræver mere administration, såfremt der udpeges nye budget- og økonomiansvarlige

Organisering af administrative kompetencer og opgaver

Der er i interviewfasen blevet peget på, at der mangler reelle administrative kompetencer på afdelingsniveau. Ønsker sygehusledelsen at skubbe yderligere administrativt ansvar ud på afdelingerne, bør det sikres, at opgaven rent faktisk kan løftes lokalt. En situation med manglende administrative kompetencer på sygehusafdelingerne kan medføre en risiko for, at selv mindre lokale administrative opgaver og problemstillinger tilflyder sygehusledelsen. Lokale problemstillinger bør kun sjældent fjerne sygehusledelsens fokus på den overordnede drift, da overblikket kan forsvinde i for stor involvering i detailstyring.

Næste skridt

For at løfte disse administrative opgaver bør det overvejes at ansætte et antal sygehusøkonomer – med opfølgingsansvar enten på center- eller afdelingsniveau. Disse sygehusøkonomer kan, afhængigt af sygehusets og/eller afdelingernes størrelse placeres decentralt eller centralt i administrationen. Vigtigst er det, at de udfylder en egentlig kontrolfunktion og ikke blot indtager en bogholderfunktion.

Tidshorison: Kan påbegyndes umiddelbart

Effekt: Mellem

Ressourceindsats: Mindre indsats at etablere, den øgede administration på afdelingsniveau skulle gerne modsvares af mindre administration og detailstyring på sygehusledelsesniveau

Medicin

For at sikre større fokus på udviklingen i medicinudgifterne kan der med fordel oprettes en pulje til indkøb af særlig dyr medicin. Det vil understøtte større bevågenhed og en bevægelse væk fra en tilbagevendende "budgetoverraskelse" – og undgå store chok til udgifterne drevet af få, men medicinsk dyre patienter. Baggrunden for eventuelle ansøgninger om ekstrabevillinger bliver samtidigt langt mere kvalificerede, hvad angår udviklingen i medicinudgifterne.

Næste skridt

Der skal laves en analyse af de nuværende medicinudgifter, herunder en definition af hvilke præparater, som skal være omfattet af en pulje til særlig dyr medicin. Her kan man muligvis tage udgangspunkt i tilsvarende lister i andre nordiske lande, der også arbejder med sådanne puljer/bevillinger. Det skal desuden besluttes, hvor en sådan bevilling placeres ansvarsmæssigt – er det en separat bevilling som til apparatur eller et rammebudget som til løn – ligesom der skal designes en proces for ansøgning om og udbetaling af midler fra puljen.

Tidshorison: En opsplitning af de nuværende rammebudgetter så der er afsat separate midler til medicin, kan gøres ifm den årlige budgetproces. Etableres en egentlig selvstændig bevilling kræver det vedtagelse i Landstinget ifm finanslovsprocessen

Effekt: Mellem

Ressourceindsats: Stor, driftsansvar skal placeres, og der skal etableres en "gatekeeper" funktion

Udenlandspuljen

Betaling for behandling i udlandet sker uden sammenhæng mellem visitator og betaler. Der er umiddelbart ingen eller kun meget overordnet information og gennemsigtighed i processen, hvilket gør det meget vanskeligt at lave andet end ramlestyring af udlandspuljen.

Budgetansvaret påhviler således Sundhedsministeriet, og i sidste ende ministeren, der i praksis er uden mulighed for løbende påvirkning af visitationerne, mens de visitationsansvarlige henviser patienterne uden at have tilstrækkelig information om de udgifter, der genereres.

Der bør derfor sikres langt bedre information til gavn for den overordnede styring, men også til gavn for den visitationsansvarlige, der skal bevidstgøres om prisen

for en konkret behandling, men også om selve behandlingsforløbet. Hvor kan denne behandling udføres bedst og billigst?

Det kræver, at den visitationsansvarlige helt eller delvist ansvarliggøres for opfølgning på patientforløbet uden for Færøerne, at visitationsnævnet får indsigt i hvem der visiterer, hvorfor der visiteres og om visitationen modsvarer den ydelse, der betales for. Budgetansvaret skal knyttes tættere på den visitationsansvarlige, og den nødvendige detailinformation skal tilflyde den betalende institution og visitator.

Næste skridt

Som det allerede er påbegyndt, bør der udarbejdes egentlige positivlister, på baggrund af hvilken den visitationsansvarlige kan henvise patienter. Det er afgørende, at positivlisten ikke udelukkende udarbejdes på baggrund af kliniske argumenter, men at den også kobles med økonomiske effekter.

Således kan man starte med at udvælge de sygehuse og afdelinger, hvor man finder det klinisk relevant at behandle patienterne. Dernæst bør der indledes forhandling med disse, så der kan udarbejdes prisoversigter. På baggrund heraf kan de mest omkostningseffektive behandlingssteder (f.eks. 3 pr. behandlingsområde) udvælges og indgå i positivlisten.

Der findes allerede en række aftaler med eksisterende sygehuse, ligesom forhandlinger på baggrund af det nuværende udkast til positivliste alligevel skulle gennemføres. Der udestår derfor en gennemgang af, om der er tilstrækkeligt med alternative behandlingssteder på listen samt en økonomisk prioritering og udvælgelse af de steder, som skal indgå i listen. I den forbindelse bør eksisterende aftaler – herunder med Rigshospitalet – analyseres med henblik på optimering.

Tidshorisont: En forhandling og prioritering burde kunne gennemføres i løbet af 2-3 måneder

Effekt: Meget stor

Ressourceindsats: Betydelig indsats i første udarbejdelse af listen. Derefter mindre indsats i løbende vedligeholdelse og videreudvikling.

Specialeplanlægning

Ved specialeplanlægningen bør der gennemføres konsekvensanalyser både i forhold til de faktiske udgifter, men også i forhold til udlandsbehandlinger og behandlinger via konsulenter. Det bør være et bevidst politisk valg, om man vil opretholde et speciale, og det skal bl.a. gøres på baggrund af en vurdering af de totale økonomiske effekter: Kan man nedbringe antallet af patienter behandlet i udlandet, og

er det udgiftseffektivt i forhold til en konsulentordning, hvor udenlandske speciallæger behandler patienter på Færøerne? Stilles der det rigtige grundlag til rådighed i form af beregnede enhedspriser gennem kobling af aktivitet og økonomi, vil specialeplanlægning kunne foretages på et langt mere kvalificeret grundlag.

Næste skridt

Konsekvensanalyserne bør gennemføres som egentlige cost-benefit analyser, i stil med de såkaldte MTV'er (Medicinsk Teknologi Vurdering). Det vil være en meget stor opgave at analysere samtlige eksisterende specialer på Færøerne. I stedet foreslås det, at såfremt det besluttet at arbejde med enhedsomkostninger i sygehusvæsenet, kan man på baggrund af disse udvælge særligt dyre områder/specialer til nærmere analyse og evt. sanering af antallet af specialer.

Tidshorison: Det fremadrettede arbejde med konsekvensanalyser kan for så vidt igangsættes umiddelbart, idet resultaterne allerede nu kan og bør anvendes i beslutningsprocessen på sygehusniveau.

Effekt: Stor

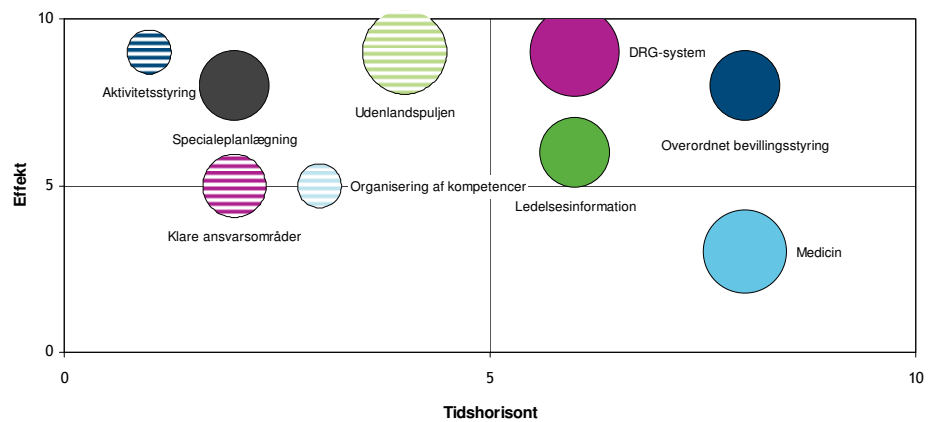
Ressourceindsats: Det vil kræve en større indsats af sygehusene, særligt de første gange, at lave konsekvensanalyserne. Samtidig vil en indarbejdelse af resultaterne i den politiske proces formentlig kræve en ændret tilgang i forhandlingssituationerne.

Note: Se www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Medicinsk_teknologivurdering for yderligere information om MTV.

Samlet oversigt over indsatsområder

Nedenstående er der opstillet en matrix, der grafisk viser en kvalitativ vurdering af forholdet mellem tidshorison, effekt og ressourceindsats for hver enkelt af de ovenstående forbedringsområder relativt til hinanden. Vurderingen er baseret på en samlet vurdering af realiseringsgevinsten i forhold til tid, ressourceindsats og effekt – og giver et bedre overblik over prioritering og indsats i forhold til potentielle forbedringstiltag. Således vises tidshorisonen for indsatsen vandret, effekten af indsatsen lodret, mens størrelsen af boblerne indikerer ressourceindsatsen forbundet hermed.

Figur 4.1: Tids-, effekt- og ressourcevurdering



Som eksempel er ressourceindsatsen ved indførelse af *udlandspuljen* vurderet som værende relativ ressourceetung, mens tidshorisonten er kort, og effekten vurderes også værende meget høj i forhold til både den interne økonomistyring og den generelle gennemsigtighed på både sygehusniveau og politisk niveau. Vurderingen er baseret på Valcons erfaringer samt de generelle indtryk og oplevelser interviews med klinikere, administratorer og politikere har givet.

→ Bilag 1**Kommissorium****Angående:****Budgetanalyse af sygehusvæsenet**

Tórshavn, den 27. juni 2008

Færøernes landsstyre har besluttet at gennemføre en budgetanalyse af de 3 sygehuse samt patientbehandling i udlandet. Den konkrete årsag til, at budgetanalysen bliver iværksat er, at udgifterne er steget voldsomt de senere år, og sygehusene har haft betydelige merforbrug i forhold til bevillingen på finansloven.

Budgetanalysen skal for perioden 2003-2008 omfatte:

- Økonomistyring:
Analyse af økonomistyringen samt identificering af hovedårsagerne til stigningerne i udgifterne og merforbruget i forhold til bevillingerne, herunder økonomistyringen af udgifterne til behandling udenfor Færøerne.
- Budgetproces:
Analyse af budgetprocessen, herunder vurdering af sammenhængen mellem aktiviteten og det tildelte budget på finansloven.
- Benchmarking:
 - 1) Sammenligning af udgiftsniveauet og udviklingen i udgifterne til driften i forhold til udgifterne i andre lande/geografiske områder som Island, Åland, Gotland og Bornholm.
 - 2) Sammenligning af de nationaløkonomiske udgifter til sygehus- og sundhedsvæsen på Færøerne i forhold til andre nordiske lande – opgjort som andel af BNP, BNI og pr. person, samt forventninger til kommende års udvikling i udgifterne til sundhedsvæsenene, f.eks. baseret på oplysninger fra OECD eller lignende.
- Forslag til forbedringer:
På baggrund af analysen i hendhold til punkt 1-3 skal der udarbejdes et begrundet forslag til forbedring af de økonomiske og styringsmæssige forhold samt af budgetprocessen.

Budgetanalysen skal være færdig medio oktober måned 2008.

Budgetanalysen organiseres med en styregruppe som opdragsgiver og gennemføres af uafhængige konsulenter. I styregruppen er departementscheferne i Finansministeriet og Social- og sundhedsministeriet samt Direktøren i Lagmandens kontor. Departementschefen i Finansministeriet er formand.

Ledelserne på de tre sygehuse og andre i det offentlige system skal være behjælpelige med fremskaffelse af nødvendige oplysninger, som konsulenterne har brug for i analysen.