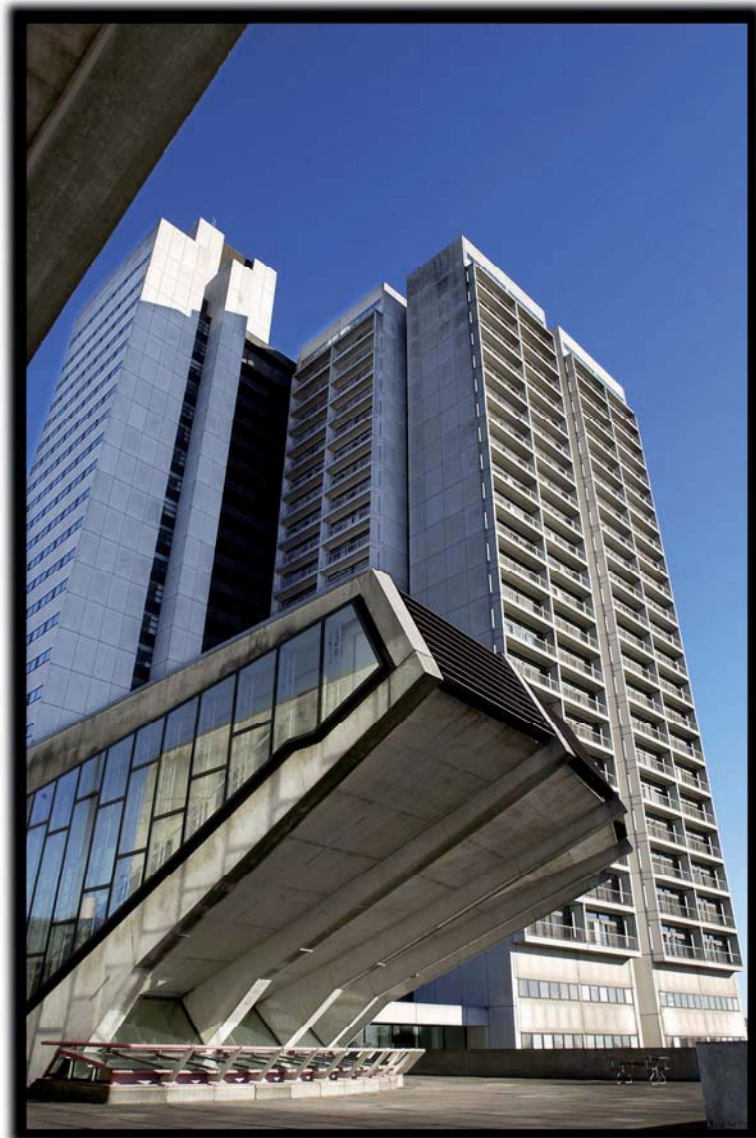


Master of Health Management – Hold 2009
Copenhagen Business School

Budgetoverskridelser på Herlev Hospital

- er der en logisk forklaring?



Masterafhandling
December 2010

Lisa Bang
Anya Brandt

Vejleder: Karsten Vrangbæk

Indholdsfortegnelse

English summary	5
1. Kapitel: Indledning	7
1.2 Problemfelt.....	8
1.2.1 Problemformulering.....	9
1.2.2 Afgrænsning af problemstillingen	9
1.3 Afhandlingens videnskabsteoretiske ståsted.....	10
1.3.1 Ontologi - genstandsfelt.....	10
1.3.2 Epistemologi - erkendelsesteori.....	11
1.3.3 Metodologi - analysestrategi	11
1.3.4 Afhandlingens opbygning og teorivalg.....	12
1.4 Definition af institutioner og hvordan vi benytter dem i afhandlingen.....	13
1.5 lagttagelsesposition	14
1.6 Empiri	15
1.6.1 Empirivalg.....	15
1.6.2 Kvalitative interviews	15
1.7 Afhandlingens relevans	17
2. Kapitel: Beskrivelse af hovedaktørerne	18
2.1 Region Hovedstaden	18
2.2 Herlev Hospital	18
3. Kapitel: Udvikling af vores analysemodel.....	20
3.1 De institutionelle rammer for økonomistyring på Herlev Hospital.....	20
3.2 Analyse af institutioner – i et ny-institutionelt perspektiv	20

3.3 Vores analysemodel	21
3.4 Den overordnede styringsramme for budgetlægning på Herlev Hospital – et teoretisk perspektiv ...	22
3.5 Teoretiske redskaber til at beskrive aktørernes handlinger indenfor de institutionelle rammer	25
3.5.1 Principal-agent perspektivet på takststyring.....	26
3.5.2 Budgetadfærdsteori	28
3.5.3 Aktørernes beslutningsprocesser.....	29
3.5.4. Professionsteori og hybridledere	33
3.6 Afrundende afsnit om vores analysemodel	34
4. Kapitel: Rammerne for den overordnede styring på Herlev Hospital	36
4.1 Ledelseskæden	36
4.2 Rammer for budgettilblivelse og -overholdelse på Herlev Hospital	37
4.2.1 Den finansielle styringsmodel for Herlev Hospital.....	37
4.2.2 Takststyring i sygehusvæsenet.....	38
4.2.2.1 Region Hovedstadens takststyringsmodel.....	40
4.2.3 Budgetlægningsprocessen	41
4.2.3.1 Økonomiaftalerne mellem Finansministeriet og Danske Regioner	42
4.2.4 Budgetopfølgingsprocessen	43
4.2.5 Fakta om budgetlægning og korrektioner for Herlev Hospital	44
5. Kapitel: Analyse	46
5.1 Første delanalyse - de institutionelle rammer for økonomistyring på Herlev Hospital.....	46
5.1.1 Styringsmodellen for budgetlægning.....	46
5.1.2 Delkonklusion - Rationalet i den overordnede styringsramme.....	49
5.2 Anden delanalyse - Hvordan handler aktørerne indenfor de givne institutionelle rammer?	50
5.2.1 Takststyring i et konsekvenslogisk perspektiv – Principal Agent teori.....	50

5.2.2 Budgetadfærdsteori	56
5.2.3 Aktørernes beslutningsprocesser.....	62
5.2.4 Hybridledernes fagprofessionelle rationaler i forhold til budgetoverholdelse.....	66
5.2.5 Delkonklusion - Rationalet bag vores aktørers handlinger indenfor de givne rammer	72
6. Kapitel: Konklusion og diskussion.....	74
6.1 Konklusion	74
6.2 Diskussion.....	75
7. Kapitel: Perspektivering.....	77
Litteraturliste.....	78
Empiriske kilder	79
Bilag 1: Interviewguide.....	82
Bilag 2: Region Hovedstaden: Årsregnskab 2009, Herlev Hospital (s. 60)	83

English summary

The Capital Health Region experienced a huge budgetary deficit in 2009 that resulted in layoffs of hospital employees by the hundreds. Herlev Hospital was the first to deal with budget related layoffs. With Herlev Hospital as a case study, this master thesis focuses on the major question:

What is the best explanation for the budgetary deficits at Herlev Hospital – focusing on the incentive management system?

The following subsidiary questions will also be addressed:

- 1. How is the managerial budgetary system composed, and what incentives are given to comply with the hospital budget?*
- 2. How can we explain the budgetary actions of senior consultants, the hospital, and regional CEO?*

This thesis applies a broad theoretical framework of institutionalism, substantiated with budget management theories, principal-agent and behavioural theories, and theories of professions.

The epistemological method relies on a qualitative approach with empirical data consisting of 6 semi-structured interviews and a great amount of written material cached from web sites such as Herlev Hospital, Capital Health Region, Ministries of Health and Finance, Danish Regions and The Danish Institute for Health Service Research.

This Master's thesis describes the budgetary management structure. By applying a budgetary management model it is explained that the institutional structure of the budget process at Herlev Hospital is passing on from the incremental phase over to the managerial phase. When the Capital Health Regions Hospital Plan 2007 is fully implemented and Herlev Hospital becomes full- fledged in 2017, the institution will probably pass on to a more stable strategic phase.

The conclusion suggests that in spite of management incentives to constrain budgets, the senior consultants and hospital CEO increased spending activity. Other competing managerial schemes might have had an influence.

- Comprehensive mergers primarily resulting in increased activity at Herlev Hospital took place disregarding the lack of budgetary agreements.

- Increased demands occurred following legislation giving patients the right of free choice and reimbursing their private hospital bills if treatment cannot be guaranteed within a month at a public hospital.

Budgetary decisions by doctors and administrators were based on bounded rationality and “muddling through”. Decisions often stemmed from past experiences and professional norms rather than a comprehensive understanding of the complexity of the current situation and fully rational choices. Some decisions may have been organizationally rational by protecting the core mission of the hospital.

1. Kapitel: Indledning

I januar 2010 måtte Herlev Hospital opsigte 136 medarbejdere som følge af store budgetoverskridelser i 2009¹. Hospitalsdirektøren måtte fratræde sin stilling, og med budgettet for 2010 skulle hospitalet spare 195 mio. kr.² Herlev Hospital var ikke alene om at have store problemer med at overholde hospitalsbudgettet. Andre hospitaler fulgte efter med endnu større overskridelser. Siden har det vist sig, at de fleste regioner havde store problemer med at holde budgetterne i 2009.

Et halvt år før havde dagsordenen været en ganske anden. Bekymringerne i afdelingsledelser og hospitalsdirektioner gik da på, hvordan de skulle rekruttere personale, mens de mente, at de økonomiske opgaver overvejende var lykkedes (Krevi, 2009, s. 15-16).

Dagens medicin skrev 15. januar 2010 med overskriften *"Det kan koste fyringer at øge produktiviteten"*, hvor det beskrives at 40 % ekstra patienter var strømmet til Herlev Hospital, mens budgettet kun blev forhøjet med 11 %. Den tidligere hospitalsdirektør udtrykte i artiklen: *"Det er simpelthen gået for stærkt for os, og derfor har vi været sårbare. Hillerød og Gentofte hospitaler lukkede afdelinger, personalet flyttede hertil, og patienterne kom før planlagt. Vi har fået en økonomisk ramme og prøvet at tilpasse os den, men vi er blevet ramt af, at vi har haft for høj aktivitet"*. I samme artikel udtrykker koncerndirektøren for Region Hovedstaden, at det grundlæggende problem ikke er fusionerne, men det årlige effektiviseringskrav på to procent, som hospitalerne har svært ved at levere.

Hermed er der i hvert fald mindst to forskellige forklaringer på, hvorfor de økonomiske problemer opstår, begge kan føres hen på hospitalernes aktivitet.

Ifølge Jes Søgaard, Dansk Sundheds Institut er sundhedsudgifterne i Danmark steget dobbelt så meget som væksten i BNP siden 2000. Antallet af ansatte på de offentlige sygehuse er steget med 11 % fra 2001 til 2009, heraf er antallet af læger steget med 28 %, og det gik rigtigt stærkt i 2009. Men produktiviteten er steget endnu mere med en aktivitetsstigning på 4-6 % pr. år. I 2009 steg aktiviteten med 7-8 %, og samtidigt blev aktivitetspuljen nedsat til 1,5 % mod tidligere 4-5 % (Søgaard, J indlæg på DSI debatseminar 15. september 2010 "Hvordan økonomistyrer en blæksprutte?").

¹ Det samlede merforbrug i 2009 endte på 124 mio. kr., som skal gældsafvikles med 41 mio. kr. i 2010 og 83 mio. kr. i 2011 som negative genbevillinger. Kilde: Region Hovedstadens årsregnskab 2009, side 60-61

² Besparelsen i 2011 bliver 54 mio. kr. "Forslag til besparelser i budget 2011 på Herlev Hospital" 23-8-2010

På Herlev Hospital var værdien af den aktuelle aktivitet i 2009 på 2.621 mio. kr., og sammenlignet med budgettet på 2.466 mio. kr. svarer det til en overskridelse på 6,3 % (Region Hovedstadens årsregnskab 2009, s. 41-42).

Vi har valgt at gøre Herlev Hospital til vores case, da de var først med store budgetoverskridelser, som skabte stor medieomtale. Herlev Hospital er også interessant på grund af de mange strukturelle ændringer, idet hospitalet har fået funktion som nær- og områdehospital i planlægningsområde midt. Det medfører, at hospitalet har modtaget mange funktioner fra bl.a. Gentofte og Glostrup Hospital i forbindelse med en centralisering af opgaverne. Hospitalet er desuden et af de 6 kræftcentre på landsplan.

1.2 Problemfelt

Vi undrer os over, hvordan budgetoverskridelser i den størrelsesorden kan forekomme, når takststyring er introduceret som et incitament til at øge aktivitet på hospitalerne med indbygget loft for udbetaling, så regionernes totale økonomiske ramme ikke sprænges. Hvorfor oplever vi alligevel budgetoverskridelser? Har incitamentsstyringen virket så godt, at loftet blev usynligt?

Hvad var årsagen til, det gik så galt specielt på Herlev Hospital? Hvorfor producerede Herlev Hospital for meget uden at have budget til det? Mange forskellige styringstiltag er nævnt som delårsager: takststyring, genindførelsen af udvidet frit sygehusvalg med en måneds behandlingsgaranti fra juli 2009, kræft-hjertepakker og accelererede fusioner som følge af hospitalsplan 2007³. Hvad gør aktørerne for at sikre at budgettet holdes? Hvilke styringsredskaber har de til det?

Region Hovedstadens udgangspunkt for økonomisk incitamentsstyring er, at hospitalerne er aktivitetsstyret indenfor en given økonomisk ramme. Udfordringen ligger i at lave styringstiltag, der giver incitament til øget effektiv produktion⁴ inden for denne ramme.

Budgetoverskridelser kan forekomme, når hospitalsdirektioner og afdelingsledelserne ikke overholder de budgetaftaler, de har indgået med henholdsvis regions- og hospitalsdirektion, med andre ord, når de bruger flere midler end bevilliget til drift og aktivitet.

³ Region Hovedstadens hospitalsplan 2007 vil frem til 2012 samle funktioner på færre enheder for at opnå driftsbespareser med en på 250-300 mio. kr. pr. år.

⁴ Med effektiv produktion forstår vi en produktion af sundhedsydelser til lavest mulige omkostninger og at aktiviteten ikke kan omallokeres således, at nogen vil opnå større nytte herved.

Vi beskæftiger os med det økonomiske incitament: takststyring. Med incitamenter mener vi i denne afhandling tilskyndelser, som skal motivere organisationer og individer i sundhedsvæsenet til en bestemt adfærd. Denne brede definition svarer til definitionen i Pedersen et al (2006).

Vi vil med denne afhandling belyse Herlevs Hospitals budgetoverskridelser ud fra en vurdering af takststyringens betydning for økonomistyringen på hospitals- og afdelingsledelsesplan.

1.2.1 Problemformulering

Hvordan kan man bedst forklare budgetoverskridelser på Herlev Hospital med fokus på Region Hovedstadens økonomiske incitamentsstyring de seneste to år?

For at kunne svare på problemformuleringen har vi følgende underspørgsmål:

1. Hvordan ser den overordnede styringsramme ud, og hvilke incitamenter giver dette for budgetoverholdelse på Herlev Hospital?
2. Hvordan kan vi forklare de ledende overlæger, hospitalsdirektionen og Region Hovedstadens direktions handlinger indenfor de givne rammer?

Underspørgsmålene vil fungere som en opdeling af vores analyse. Således vil første delanalyse være deskriptiv og besvare første underspørgsmål ud fra en sammenstilling af både en teoretisk gennemgang af den økonomiske styringsstruktur og en beskrivelse af de faktiske økonomiske rammer for økonomistyring på Herlev Hospital.

Anden delanalyse vil på samme vis besvare andet underspørgsmål, idet vi opstiller en analysemodel og med udgangspunkt i de teoretiske tilgange, vil vi nå frem til fire arbejdshypoteser.

Arbejdshypoteserne skærper vores problemformulering og danner udgangspunkt for den del analyse, der bidrager til en forståelse af, hvordan aktørerne handler indenfor den overordnede styringsramme, som er beskrevet i første delanalyse.

1.2.2 Afgrænsning af problemstillingen

Det er nødvendigt at gøre nogle til- og fravalg i udarbejdelsen af en masterafhandling, og vi vil kort begrunde nogle af disse.

Vores primære interesse er, i hvilket omfang budgetoverskridelser kan forklares ud fra en vurdering af den samlede økonomiske styringsramme, som hospitals- og afdelingsledere handler indenfor. For at forklare budgetoverskridelse, vil vi beskrive aktørerne i ledelseskæden, og gøre

rede for hvilke roller og hvilket ansvar, de har i budgetprocessen. I analysen vil vi begrænse os til at have fokus på de budgetansvarlige ledende overlæger og hospitalsdirektionen på Herlev Hospital samt koncern og økonomidirektøren i Region Hovedstaden, der alle spiller en væsentlig rolle i budgetprocessen for Herlev Hospital.

Vores betragtninger af adfærden blandt aktørerne starter i 1. januar 2009 og slutter pr. 1. oktober 2010, idet vi kan se, at aktørerne er dynamiske og ændrer adfærd over tid. Med hensyn til økonomiske incitamentter beskæftiger vi os med takststyring, som den ser ud i perioden i Region Hovedstaden. Vi vælger ikke at give et længere historisk gennemgang og uddyber af samme grund ikke ren rammestyring og kontraktstyring. Økonomisk koncentrerer vi os om overholdelse af præstationsbudgettet, hvorfor vi ikke inddrager investeringer, afvikling af gæld etc. i denne afhandling.

Vi skriver om budgetadfærd på afdelings- og hospitalsniveau, og gennemfører derfor ikke en analyse af policy processen bag de økonomiske styringsmekanismer eller af budgettilblivelse.

Med hensyn til øvrige styringsmekanismer afgrænser vi os til at undersøge om udvidet frit sygehusvalg, Region Hovedstadens Hospitalsplan 2007, pakkeforløb (kræft og hjerter) og specialeplan har betydning for budgetprocessen på Herlev Hospital.

Vi har valgt at fokusere på de budgetansvarlige ledere, da vi søger forklaring på budgetoverskridelser, og vi inddrager ikke patienternes eller sundhedspersonalets perspektiver.

1.3 Afhandlingens videnskabsteoretiske ståsted

Vi er funderet i naturvidenskaberne, hvor man direkte iagttager den fysiske materielle verden, men vi har samtidig forståelse for at fortolkninger og udsagn om den sociale verden kan påvirke fysiske og materielle dispositioner over tid. Da vi beskæftiger os med et problemfelt, der skal løses ved hjælp af samfundsvidenskabelige metoder, vil vi lægge til grund, at udsagn, fortolkninger og hele diskurser kan forme institutioner og aktørers adfærd, dvs. være social konstrueret (Andersen, 1999).

1.3.1 Ontologi - genstandsfelt

Genstanden for vores analyse er de institutionelle rammer for budgetprocessen og incitamentstyring på Herlev Hospital.

1.3.2 Epistemologi - erkendelsesteori

Målet med erkendelse i denne afhandling er at forstå, hvordan de ledende overlæger, hospitalsdirektion og koncerndirektion konstruerer, fortolker og handler i de institutionelle rammer for budgetprocessen. Vi søger med dette perspektiv efter forståelse uden en forestilling om, at vi kan udvikle lovmæssigheder, da vi indtager et vidensideal, hvor sandheden er flertydig.

Vores erkendelsesmæssige interesse er, at forklare de institutionelle rammer for budgetprocessen og hermed budgetoverskridelserne på Herlev Hospital. Vi ser på aktørernes fremstilling af budgetprocessen for at finde meninger og forklaringer på budgetoverskridelserne. Som konstruktion har budgettet dog en næsten objektiv virkelighedskarakter.

Vi indtager et andenordensperspektiv, idet vi med vores analyse iagttager, hvordan aktørerne fortolker årsagerne til budgetoverskridelser på Herlev Hospital og deres oplevelse af, hvordan økonomisk incitamentsstyring influerer herpå. Denne vinkel tager vi, da vi ønsker at se på, hvordan budgetoverskridelser og økonomisk incitamentsstyring fremkommer og fortolkes.

1.3.3 Metodologi - analysestrategi

Vi vil benytte et kvalitativt design med singlecasestudie af budgetprocessen på Herlev Hospital. Casestudiet er valgt, da vi undersøger organisationen Herlev Hospital og budgetprocessens institutionelle rammer. Casestudiet er empirisk og kan bruges til at studere et fænomen som i vort tilfælde budgetbeslutningsprocessen på Herlev Hospital. Vores vidensmål er at beskrive og forklare budgetprocessen, hvilket casestudiet netop er velegnet til. Den kvalitative metode er valgt, fordi vi ønsker at få en dybere forståelse af væsentlige aktørers interesser og fortolkninger. Den induktive metode er ligeledes velegnet, da den kan bidrage til at opnå denne dybere forståelse af aktørerne i budgetprocessen. Formålet med at interviewe er at undersøge vore aktørers meningsproduktion om de institutionelle rammer for budgetprocessen og incitamentsstyring på Herlev Hospital.

Vi har valgt at arbejde med flertydig, åben og meningsbaseret empiri, hvilket vi gør ved at gennemføre kvalitative semi-strukturerede interviews samt sammenstille forskellige empiriske kilder for at fremskaffe viden om de institutionelle rammer for budgetproces og incitamentsstyring på Herlev Hospital.

1.3.4. Afhandlingens opbygning og teorivalg

Efter dette indledende kapitel præsenterer vi Region Hovedstaden og Herlev Hospital både faktuelle oplysninger og visioner i kapitel 2.

Vores problemformulering besvares med en mere beskrivende første del og en andel del, hvor vi søger forklaringer.

Da vi vil beskrive institutionelle rammer tager vi indledningsvist i kapitel 3 afsæt i ny-institutionel teori inspireret af den brede tilgang som W. Richard Scott (2008), har med både regulative og normative-kognitive søjler, som institutioner hviler på. Vi lader os desuden inspirere af James Marchs skelnen mellem konsekvens og normlogikker, når vi opstiller en model, der danner grundlag for vores analyser med henblik på at forklare de ledende overlæger, hospitals- og regionsdirektionen handlinger inden for de institutionelle rammer omkring budgetprocesserne.

Med henblik på at beskrive Herlev Hospitals økonomiske styringsstruktur, og hvilke incitamenter den giver for budgetoverholdelse, anvender vi teori om styremodellen for budgetlægning i form af Jørgensen og Mouritzens "Udgiftspolitik og budgetlægning" fra 2005 suppleret med den seneste udgave opdateret af Munk Christiansen i 2009. Principperne for takststyringen beskrives teoretisk med afsæt i Pedersen (2006).

Herefter opstiller vi en analysemodel baseret på ny-institutionel og beslutningsteori inspireret af March (2005) og Scott (2008). Modellen fungerer som ramme for vores anden delanalyse, der skal give os en forståelse for de budgetbeslutningsprocesser, som de ledende overlæger, hospitalsdirektionen og Region Hovedstadens direktion er aktører i.

Vi vil i selve analysemodellen benytte principal-agent teori, budgetadfærds- og beslutningsteori samt professionsteori.

Med afsæt i teorierne, vil vi generere fire arbejdshypoteser, som benyttes til at strukturere anden delanalyse.

De teoretiske bidrag er tænkt som udfyldende og ikke konkurrerende, da det ikke er vores formål at undersøge om den konsekvenslogiske eller den normlogiske logik har størst forklaringskraft, men vi forventer med de supplerende teorier at kunne finde bredere forklaringer på Herlev Hospitals budgetoverskridelser.

I kapitel 4 er et beskrivende afsnit, hvor vi redegør for ledelseskæden og den finansielle styringsmodel for Herlev Hospital med henblik på at beskrive incitamenter til budgetoverholdelse.

Vi fokuserer specielt på takststyring herunder Region Hovedstadens takststyringsmodel. Vi følger herefter den årligt tilbagevendende budgetlægningsproces fra rammerne bliver lagt fast ved økonomiaftalerne i juni/juli mellem staten og Danske Regioner via Region Hovedstaden, der vedtager budgettet i september med oplæg fra direktionserne på regionshospitalerne herunder Herlev Hospital for at slutte af med budgetopfølgingsprocesserne både mellem afdelingsledelser og direktion på Herlev og mellem hospitals- og regionsdirektion.

For at vurdere hvilke incitamenter, der er for budgetoverholdelse, kaster vi i kapitel 5 lys over styringsmodellen for budgetlægning med teori om styremodellen, da den har regulativ betydning for vore aktørers handlerum. Herefter bruger vi vores analysemodel til de forklarende analyser, som vi reflekterer over i delkonklusioner, som bidrager til konklusionen.

1.4 Definition af institutioner og hvordan vi benytter dem i afhandlingen

Den institutionelle kontekst har betydning for, hvordan vores aktører handler i beslutningsprocessen, og hvordan de påvirkes af incitamentsstyring. Institutionel teori bliver derfor styrende for vores analyse. Den institutionaliserede kontekst består af regler, normer, viden og forestillinger, som både muliggør og begrænser handlinger (Nielsen, 2005, s. 45).

Institutionen skal her forstås som den styringsramme, som har indflydelse på afdelingsledelsen, hospitalsdirektionen som embedsmænd i Region Hovedstaden handlemuligheder for at overholde Herlev Hospitals budget.

En organisation har altid en grænse (hospitalet, regeringen, sundhedsstyrelsen), mens en institution går på tværs af organisationer og netværk som en norm, der ikke kan lokaliseres til kun én organisation. Man bruger organisationer til at se på institutioner og derved få et overblik over, hvor og hvordan rammerne sættes for institutionen⁵.

Institutionsbegrebet er meget bredt og betegner, afhængigt af teoretisk udgangspunkt, alt fra lovgivning og stabile normer til indgroede vaneforestillinger og rutiner (Scott, 2008).

En organisation, som søger at overleve i højt organiserede omgivelser, som hospitalsvæsenet, må hele tiden søge at vinde omgivelsernes accept, hvis den skal få adgang til livsvigtige ressourcer fx kvalificeret arbejdskraft, kapital eller informationer. Organisationen må fremstå legitimt overfor omgivelserne for at overleve. Omgivelserne er ligeledes gennemorganiserede, og samtidig er de gennemsyret af bestemte forestillinger om, hvad der er rationelle former for adfærd – de

⁵ Fra undervisningsnoter om institutioner, Morten Knudsen og Peter Kjær 15/9/09

forestillinger kalder Meyer & Rowan (1977) "rationaliserede myter", hvilket antyder, at forestillingerne er meget generelle og abstrakte, men også at de er svære at kritisere, fordi de er udbredte og accepterede.

Når organisationer ændrer adfærd som følge af legitimitetspres fra forskellige samfundsinstitutioner for at opnå ensretning af organisationers formelle strukturer, er der tale om institutionel isomorfisme (Powell og DiMaggio, 1983). En organisation indgår altid i et organisatorisk fællesskab med andre komplementære organisationer omkring visse fælles aktiviteter og er underlagt visse fælles reguleringsstrukturer. Derfor er det nødvendigt at se på det organisatoriske felt og dets dynamik for at forstå, hvad der driver en organisation som Herlev Hospital i en bestemt retning. Normativ isomorfisme præger hospitalsvæsenet, da det er et felt, der domineres af grupper og organisationer, som har koblet deres eksistens op på varetagelsen af bestemte forestillinger om rationel og rigtig adfærd. Specielt er professioners faglige normer af stor betydning, ligesom der i den offentlige sektor lægges stor vægt på legitimitet.

Institutionelle forandringer af grundlæggende værdier på hospitaler sidestilles ofte med at være lige så besværlige at gennemføre som at vende en supertanker. Selv ved målrettet strategi er det vanskeligt, da forandringerne støder på modstand fra de fagprofessionelle fx læger, som er påvirket af fundamentale normer, som ikke lige ændres.

1.5 Iagttagelsesposition

Inden empirien fremlægges, skal der knyttes en kort kommentar til forfatternes baggrund og de metodevalg, der er truffet for at minimere eventuelle bias i dataindsamlingen.

Gruppens medlemmer indtager forskellige positioner som iagttagere af økonomistyringen i det offentlige hospitalsvæsen. Den ene af gruppens medlemmer er økonom i et privat medicinalfirma og har tidligere beskæftiget sig med bl.a. strategisk planlægning og budgetopfølgning. Gruppens andet medlem er læge, ansat som mellemlider på Herlev Hospital fra 2007 med tillidspost i Lægeforeningens Ethiske Udvalg. Forskning i egen organisation giver nogle særlige problemstillinger, som delvist er forsøgt løst ved at vælge informanter fra andre afdelinger end lægens egen, og delvist ved at være bevidste, om hvilke rollefordeling gruppens medlemmer påtager sig i interviewsituationerne.

Blinde pletter hos lægen er blevet udfordret af økonomien og vice versa. De forskellige positioner, der tager afsæt i økonomens verden præget af konsekvenslogik og lægens normer, har udfordret forudindtagne holdninger og bidraget dynamisk i masterprocessen, idet vores differentierede

tilgang til hospitalsvæsenet, som henholdsvis engageret medlem og til tider kritisk tilskuer, har givet mange givtige og afklarende snakke om vores forskellige forståelsesrammer.

1.6 Empiri

1.6.1 Empirivalg

Vores skriftlige empiriske materiale består af rapporter fra Dansk Sundheds Institut, DSI og KREVI, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, samt politikpapirer fra Danske Regioner, økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner, Region Hovedstadens Hospitalsplan 2007, budget- og regnskabsrapporter fra Region Hovedstaden samt visioner for Herlev Hospital, alt sammen offentligt tilgængelige dokumenter fundet på institutionernes hjemmesider. En komplet fortegnelse over den anvendte skriftlige empiri findes umiddelbart efter litteraturlisten.

Vi har desuden deltaget i et debatseminar "Hvordan økonomistyres en blæksprutte?" den 15. september 2010 arrangeret af DSI, efter at de havde udgivet rapporten "Økonomi og styring i sygehusvæsenet" i juni 2010. Under mødet skrev vi referat også af den efterfølgende debat, og inddrager pointerne i et af sundhedsministeriets debatindlæg i en af vore analyser.

1.6.2 Kvalitative interviews

Vi har fremstillet kvalitative interviews af ledere i det danske hospitalsvæsen, som har indflydelse på eller er involveret i de rammer, som påvirker Herlev Hospitals økonomiske situation. Informanterne indtager forskellige positioner i ledelseskæden, og kan derfor have interessekonflikter, hvorfor en vurdering af deres værdi som sandhedsvidner må tage udgangspunkt i deres roller i det institutionelle hierarki og i den historiske sammenhæng, de indgår i.

På Herlev Hospital har vi interviewet to ledende overlæger fra henholdsvis en kirurgisk og medicinsk afdeling. De er begge hybridledere, der i interviewene giver udtryk for loyalitet overfor den tidligere hospitalsdirektør, der har en lægelig baggrund, og måtte fratræde efter budgetoverskridelserne i 2009. Sandhedsværdien i hybridledernes udsagn skal derfor vurderes i forhold til denne loyalitet. Vi overvejede endvidere, om vi skulle interviewe oversygeplejerskerne, der indgår i afdelingsledelsen på de pågældende afdelinger, men undlod, da den ledende sygeplejerske på medicinsk afdeling påpegede, at det ville være irrelevant på grund af arbejdsdelingen i afdelingsledelsen. Tilsvarende forhold gør sig gældende på kirurgisk afdeling.

Den tidligere direktør må have en særlig viden omkring budgetoverskridelserne i 2009, men da han ikke længere er aktør, har vi en formodning om, at hans rolle som sandhedsvidne, ville være problematisk. Vi har derfor ikke forsøgt at interviewe ham.

Vi har derimod interviewet den nye hospitalsdirektør, der er DJØFer. I Region Hovedstaden interviewer vi såvel økonomidirektøren som koncerndirektøren med økonomi som ansvarsområde, da denne står meget for skud hos flere af de øvrige informanter.

Den nye hospitalsdirektør og koncerndirektøren har været aktører på henholdsvis hospitals og amtskommunalt niveau i over 20 år og har begge haft ledende poster i det tidligere Københavns Kommunes og Hovedstadens Sygehusvæsen. Denne baggrund viser sig i interviewet, ved at de har et historisk perspektiv på, hvilken betydning store omstillingsprocesser, som hospitalsplanens ændringer, kan have på budgetprocesserne.

I Danske Regioner interviewer vi en økonom med bredt kendskab til processen for tilblivelse af økonomiaftalen mellem Danske Regioner og Finansministeriet. Dette interview og interviewet med regionens økonomidirektør har tjent til baggrund for vores beskrivelse af den overordnede styringsramme og budget- og opfølgingsprocessen på Herlev Hospital, som vi inddrager i kapitel 4, hvor rammerne beskrives. Vi bruger et par gange en hovedpointe om den interviewedes position til analysen.

Vi har valgt at benytte semistrukturerede kvalitative interviews. En af fordelene ved denne interviewform er den åbenhed, der gør det muligt at forfølge de relevante svar i modsætning til de mere bundne spørgeskemaer og strukturerede interviews med ledende spørgsmål og begrænsede svarmuligheder. Der er ingen standardteknikker eller regler for et kvalitativt interview, men der er metodiske valg, der skal træffes.

Vi udarbejdede en interviewguide (bilag 1), inden vi kontaktede de udvalgte informanter. Vi testede guiden med pilotinterviews af medstuderende på MHM holdet⁶, der er afdelingsledere. Vi tilrettede interviewguiden til det konkrete interview og gav også plads til at informanterne kunne svare meget frit, intuitivt associerende. Deltagerne blev kontaktet pr. mail med en kort introduktion af os og vores formål med masterafhandlingen. Gruppemedlemmerne har på skift interviewet og refereret, således at økonomien interviewede de ledende overlæger og hospitalsdirektøren, mens lægen interviewede de øvrige informanter. Alle interview er optaget på

⁶ Master of Health Management uddannelsen hold 2009

lydfil, og efterfølgende udskev vi hovedpunkter i de to baggrundsinterview, men de øvrige fire interview er transskriberet til almindeligt talesprog til brug for analyserne som citater.

Vi har tilstræbt en etisk tilgang, således at de interviewede behandles respektfuldt, idet vi ønsker at tilgodese princippet om at risikoen for at skade den interviewede er så lille som mulig (Kvale, 2009, s. 92). For at sikre os, at de interviewede føler sig korrekt behandlet, har vi allerede ved introduktionen til det pågældende interview:

- informeret om vores undersøgelses overordnede formål
- spurgte om tilladelse til at optage interviewet
- givet deltageren mulighed for at godkende de citater, vi har valgt at benytte i denne afhandling.

Informanterne er vendt tilbage med rettelser, der ikke medfører betydningsændringer i forhold til anvendelsen af citaterne i vores analyse.

Vi har valgt ikke at indsætte de interviewedes navne i opgaven, men kun personens funktionsbetegnelse for at kunne generalisere udsagnene.

Interviewene er indsamlet i perioden 16. september til 1. november 2010.

I opgaven anvender vi interviewene i form af citater og meningsbeskrivelser. Det samlede interviewmateriale indgår ikke i opgaven, men er en væsentlig del af vores empiriske materiale.

1.7 Afhandlingens relevans

Budgetoverskridelser med konsekvenser i form af masseafskedigelse af hospitalsansatte er fortsat aktuelle. Sundhedsøkonomerne undrer sig over, at det kan lade sig gøre, når takststyringssystemet blev designet med indbygget ramme. Som fagprofessionel kan de stigende produktionskrav med krav om budgetreduktion på de fusionerede afdelinger forekomme svære at forstå. Logikken i Sundhedsministeriet, Danske Regioner og Region Hovedstaden er, at der ikke er flere penge i de offentlige kasser til at betale for stadigt flere sundhedsydelser, som de mere forbrugerorienterede patienter kræver. Der er således et bredere behov for at de forskellige logikker får en forståelse for hinandens positioner.

2. Kapitel: Beskrivelse af hovedaktørerne

2.1 Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har godt 40.000 ansatte og et nettoudgiftsbudget i 2011 på 32,6 mia. kr. Regionsrådet består af 41 folkevalgte medlemmer. Regionen varetager administrationen af regionens 12 hospitaler⁷. Nettoudgiftsbudget til sundhed udgør 31,8 mia. kr. i 2011 (Region Hovedstadens Forslag til budget 2011 s. 5). For at overholde økonomiaftalen med regeringen skal Region Hovedstadens virksomheder bidrage med besparelser på 400 mio. kr. på årsbasis (Region Hovedstadens Budgetaftale 2011 dateret 9. september 2010).

Som en af de første gerninger efter strukturreformen fremlagde Region Hovedstaden "Hospitalsplan 2007", hvorefter regionen blev inddelt i 4 planlægningsområder med et områdehospital og et eller flere nærhospitaler i hvert område. Planen indebærer, at en række specialafdelinger samles på færre enheder, og den forventes implementeret ved udgangen af 2012, om end processen er blevet accelereret, siden planen blev vedtaget i 2007. Når planen er gennemført forventer regionen at kunne opnå en rationaliseringsgevinst på 250- 300 mio. kr. per år (Hospitalsplan 2007, s. 109).

Visionerne med planen er at skabe et stærkt offentligt hospitalsvæsen, der fremmer sundhed og mindsker social ulighed i sundhed, hvor borgere har ret til fri, lige og gratis adgang til forebyggelse, udredning, pleje og behandling på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau. Samtidigt skal sundhedsvæsenet være præget af effektiv ressourceudnyttelse. Der skal udvikles stærke faglige miljøer med evidensbaseret forskning, udvikling og uddannelse (Hospitalsplan 2007, Bilag 1 Hensigtserklæringer).

2.2 Herlev Hospital

Herlev Hospital er et nær- og områdehospital med akutfunktion i område Midt, og varetager sammen med nærhospitalet Gentofte betjeningen af ca. 425.000 indbyggere – der er ca. 4.500 medarbejdere svarende til 3.342 fuldtidsansatte. Inden for kirurgi samarbejder Herlev med Gentofte Hospital, som huser udefunktioner, der betjenes af læger tilknyttet Herlev Hospital. Hospitalet er et af landets 6 kræftcentre. I forbindelse med hospitalsplanen vil Herlev Hospital

⁷ Oktober 2010: Rigshospitalet, Herlev, Hvidovre, Bispebjerg, Hillerød, Amager, Bornholms, Frederiksberg, Frederikssund, Helsingør, Gentofte og Glostrup Hospitaler.

blive samlingssted for mange fusionerede afdelinger og nye specialer. Fusionerne blev accelereret både på grund af personaleflugt fra afdelinger, der skulle nedlægges, og for at opnå budgetbesparelser.

Herlev Hospital vil blive udbygget og planlægges at stå færdigt 2017. Det er i mellemtiden en stor udfordring at huse de mange nye funktioner, for de fysiske rammer er ved at sprænges. Mange funktioner er flyttet ud i midlertidige pavilloner. Den ambulante og operative kapacitet er udvidet ved at forlænge åbningstiderne til ydertimerne.

Driftsbudgettet for Herlev Hospital øges i 2011 med 11,7 % hovedsageligt på grund af tilflytninger af funktioner (Region Hovedstaden, Forslag til budget 2011-14, s. 50-51).

Herlevs Hospitals nuværende hospitalsdirektør er DJØFer. Han tiltrådte som konstitueret hospitalsdirektør 26. januar 2010, da den tidligere hospitalsdirektør, som havde lægelig baggrund, måtte forlade posten efter 2009s budgetoverskridelser. I hospitalsdirektion sidder endvidere 2 vicedirektører, der henholdsvis er grunduddannet som læge og sygeplejerske. Der er 20 afdelingsledelser på Herlev Hospital.

Herlev Hospitals visioner er "Højest oppe – tættest på". Herlev Hospital er Danmarks højeste bygning og vil gerne være højest oppe, når det gælder specialefaglig udvikling, kvalitet i patientforløb, prioritering af forskningsforløb og uddannelse samt visionære byggeprojekter. Herlev Hospital er tættest på, når det gælder den gode oplevelse for både patienter, pårørende og personale (Herlev Hospital Udviklingsplan 2009).

3. Kapitel: Udvikling af vores analysemodel

I det følgende afsnit beskriver vi de institutionelle rammer, der har betydning for Herlev Hospitals budgetoverholdelse. Vores analyseramme har et institutionelt perspektiv, og vi benytter teorier som belyser vores aktørers institutionelle handlinger i spejlet mellem at være rationel, begrænset rationel eller normativ aktør.

3.1 De institutionelle rammer for økonomistyring på Herlev Hospital

De institutionelle rammer for budgetprocessen og incitamentsstyring på Herlev Hospital er væsentlig at inddrage for at forstå vores aktørers ageren, da rammerne i kombination med organisationens kultur og adfærd påvirker aktørernes adfærd i forhold til budgetoverholdelse og incitamentsstyring.

Som det fremgår af afsnit 1.4 beskriver vi, hvordan vi forstår institutionsbegrebet bredt som alt fra lovgivning og stabile normer til indgroede vaneforestillinger og rutiner. Denne forståelse vil vi benytte til at se på institutionen omkring Herlev Hospitals budgetoverskridelser.

De formelle rammer beskriver vi i kapitel 4 ud fra ledelseskæden, offentlige hospitalers styringsmodeller for henholdsvis finansiering, takststyring, budgetlægning samt økonomiaftaler. Dertil kommer at aktørerne i vores analyse også påvirkes af deres omgivelser eksempelvis lægeforening, videnskabelige selskaber, medier og kollegaer, hvorfor det er vigtigt også at se på de kulturelle forhold.

Rammerne omkring vores aktørers handlinger kan både ses som regulative fx økonomiaftalen og takstmodellen, og som normative, når fx fagprofessionelles handling efter mange års kollektiv ageren bliver til normer for fremtidig handling.

3.2 Analyse af institutioner – i et ny-institutionelt perspektiv

For at vurdere hvordan aktørerne handler inden for de givne rammer, vil vi benytte en institutionel tilgang. Vi vælger denne vinkel for at se på, om det er rammerne, som har skabt budgetoverskridelsen, eller om årsagen også kan findes i aktørernes adfærd i forhold til rammebetingelserne.

Inden for den rationelle ny-institutionalisme⁸ baserer individets rationalitet sig på en konsekvenslogik⁹, hvilket betyder, at der foretages nytteberegninger forud for hver enkelt handling. Institutioner regulerer aktørernes handlinger ved regler.

Indenfor den sociologiske ny-institutionalisme baserer individers rationalitet sig på en tilpasnings- eller normlogik¹⁰, hvilket betyder, at aktørerne forsøger, at tage hensyn til, hvilke handlinger, der forventes i situationen, ud fra aktørens rolle og under hensyntagen til organisationens kulturelle rammer. Institutionerne skaber mening (Jacobsen, 2002, s. 305).

Vi ønsker at se på, hvordan og hvornår aktørerne på afdelings- og hospitalsniveau handler konsekvenslogisk, eller om aktørernes handlinger er styret mere af normlogik. Vores fagprofessionelle aktører synes ikke styret af en målrationalitet, men snarere af legitimitet og internaliserede normer (Munk Christiansen, 2009, s. 34).

Institutionel teori hjælper os med at forstå rammerne, som påvirker aktørernes identitet og handling. Ny institutionel teori fremhæver nemlig, at der er særlige kognitive, normative og regulative omgivelser, som kan forklare handlinger, der ikke nødvendigvis følger strengt økonomiske incitamenter. Mange ny institutionelle bidrag lægger ofte vægt på enten en normativ, en kognitiv eller kulturel tilgang. Sociolog og organisationsteoretiker W. Richard Scott inddrager alle aspekter inklusiv "rational choice" i sin typologi og argumenterer for at alle skal inddrages i et balanceret perspektiv (Scott, 2008 samt Nielsen, 2005, s. 19).

Vi er blevet inspireret af Scotts typologi, der opdeler institutionelle påvirkninger i regler, normer og kognition, der sammen i kombination bliver til institutioner. Scotts model beskriver, hvad der karakteriserer, bærer og understøtter institutioner. Han nævner, at alle tre elementer er vigtige. De kan fungere i kombination med hinanden, men de opererer med forskellige mekanismer og processer. Mange professionelle holder sig til normative standarder, idet de agerer ud fra deres værdier og grundlæggende antagelser (også kaldet ubevidst adfærd), hvilket kan være i modstrid til de mere regelbaserede krav fra stat, region og hospitalsdirektion (Scott, 2008, s. 61).

3.3 Vores analysemodel

Vi vælger at opstille en model, hvor institutionen ansues i et kontinuum gående fra de regulative til de normative påvirkninger.

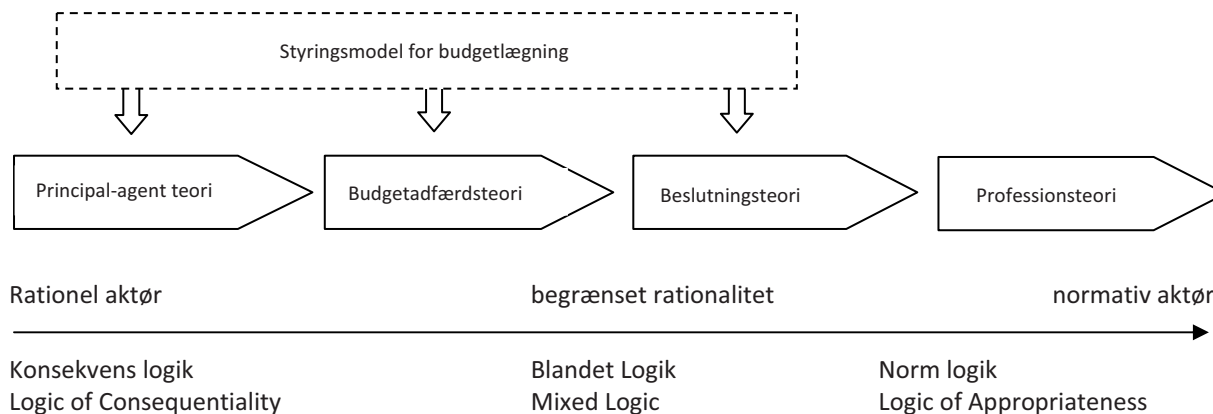
⁸ Rational Choise Institutionalisme

⁹ Logic of consequentiality

¹⁰ Logic of appropriateness

Vi har valgt supplerende teorier til vores analyserammer (se figur 1), som kan bidrage til dybere forståelse af, hvordan aktørerne handler inden for de givne rammer for Herlev Hospital.

Vores teoretiske tilgang til at undersøge institutionerne:



Figur 1

Vi benytter indledningsvis teori om styremodellen for budgetlægning, for at forklare, hvorfor styringsrammen for økonomistyringen på Herlev Hospital er blevet, som den er. Denne del af analysen er beskrivende, og er samtidig bestemmende for styringsrammen, som vores aktører agerer indenfor. Med andre ord danner den grundlaget for den videre analyse, som indledes med et sundhedsøkonomisk perspektiv, der bygger på en regulativ tilgang med principal-agent teori. Herved anskuer vi, hvordan de ledende overlæger, hospitalsdirektion og region påvirkes af økonomisk incitamentsstyring, når de antages at være rationelle. Dernæst anskuer vi aktørerne ved hjælp af budgetadfærdsteori og beslutningsteori for at forklare deres adfærd. Udgangspunktet er nu aktører, der handler med blandet rationalitet. Afslutningsvis vil vi inddrage professionsteori for at forklare, hvordan de fagprofessionelles kulturelle normer spiller ind.

3.4 Den overordnede styringsramme for budgetlægning på Herlev Hospital – et teoretisk perspektiv

Vi undersøger med denne første del af analysemodellen, hvordan den overordnede styringsramme for budgetprocessen og budgetoverholdelse på Herlev Hospital ser ud, samt hvilke specifikke incitamenters denne ramme giver for budgetoverholdelse på Herlev Hospital.

Ud fra Jørgensen og Mouritzens "Udgiftspolitik og budgetlægning" fra 2005 samt opdateret version af samme af Munk Christiansen fra 2009 beskrives den teoretiske overordnede styringsmodel for budgetlægning, da den udgør en del af de institutionelle rammer for økonomistyring på Herlev Hospital. Denne del af analysemodellen benytter et konsekvenslogisk perspektiv på den overordnede styringsramme, som er grundlæggende for, hvordan vores aktørers kan lægge og overholde Herlev Hospitals budget.

Budgetlægning er en tilbagevendende årlig begivenhed, og aktørerne ved, at fejltagelser altid kan korrigeres næste år. Man kan genkende rituelle elementer i budgetprocessen, som foregår mellem stat, regioner og hospitaler. Hospitalets og regionens rolle indskrænkes til at skulle indsende bidrag til henholdsvis regionen og finansministeriet inden for de rammer, som udstikkes herfra (Munk Christiansen, 2009, s. 18).

Budgetlægning er kortsigtet og ofte på det operationelle niveau i modsætning til udgiftspolitik, som ofte har langsigtede formål på et overordnet niveau. Det er relevant at se på udgiftspolitik i forbindelse med budgetlægning i hospitalsvæsenet, idet hospitalejerne (regionerne) kan have nogle udgiftspolitiske holdninger, som skal formidles samtidig med, at budgettet skal holdes. Hospitalsledelsen og afdelingsledelserne bliver vurderet på, om de overholder budgettet, og skal samtidig overholde de politiske retningslinjer og regler, de bliver pålagt, så som hjertepakker, kræftpakke og udvidet frit sygehusvalg.

Ud fra incitamentsbaseret budgetteori er aktørerne i budgetlægningen rationelle, samtidig med de følger egne interesser i kombination med deres organisationers interesser. Beslutningen om det samlede budget kan ikke træffes ét sted, da det ikke er muligt at samle al relevant information på bare et bord. Derfor bliver det samlede budget en sum af mange enkeltbeslutninger. Incitamentsbaseret budgetteori er et forsøg på at opnå størst mulig rationalitet i et system, der i den grad består af interessemodsatninger.

I forbindelse med budgetlægning kan man også se på udgiftspolitik, da de to områders aktiviteter har en stor fælles mængde – dog er der megen budgetlægning som udgiftspolitisk er irrelevant. Omvendt har budgetlægning i de seneste årtier i høj grad været præget af udgiftspolitiske målsætninger om at dæmpe eller stoppe udgiftsvæksten og effektivisere den offentlige sektor, hvilket er det langsigtede mål, som man forsøger at passe ind i den mere kortsigtede budgetlægning (Jørgensen, 2005, s. 14). De politiske målsætninger indskrives blandt andet i de årlige økonomiaftaler mellem Finansministeriet og Danske Regioner.

Inkrementalistisk budgetadfærd opleves ofte i hospitalsvæsnet, idet størstedelen af budgettet er et resultat af beslutninger, der er truffet tidligere. Løsningerne søges som marginale forandringer til den eksisterende politik. Inkrementalistisk budgetadfærd er en simpel metode til at reducere usikkerhed og forenkle virkeligheden, karakteriseret ved en forestilling om et budgetsystem, der er totalt isoleret fra omgivelserne.

Til tider kan man også opleve at budgetadfærden er sekventiel, når systemet retter sig periodisk mod udvalgte problemer.

Ressourceknaphed er den mest basale betingelse for budgetlægning (Jørgensen, 2005, s. 29), hvorfor man på institutionsniveau må tage højde for, hvad man havde sidste år, og hvad man ønsker at få det kommende år, pris- og lønstigninger, ændringer i behov og budgettets sammensætning.

Konsekvenser af ressourceknaphed er besparelser i budgetterne, der kan håndteres i tre faser:

I **den inkrementalistiske fase** bliver beslutnings- og allokeringsmetoden udfordret, når ressourceknapheden stiger. Specielt når institutionen stilles overfor besparelser år efter år. Metoden går ud på, at man fjerner unødigt fedt, udskyder vedligeholdelse og anlægsprojekter for dernæst at fordele besparelserne procentuelt på de enkelte aktiviteter. Metoden kaldes populært "grønthøstermetoden", da alle må bære noget af besparelserne. Det er billigt og hurtigt at gennemføre og minimerer konflikter, men for hver gang denne proces gentages, ophobes flere problemer. Gentagne udskydelser af vedligeholdelse og anlæg skaber nedslidning og forældelse. Organisationers evne til fornyelse og omprioriteringer nedsættes ligeledes.

Færre og færre besparelser kan hentes på denne inkrementalistiske måde, samtidig med at skadevirkningerne bliver større og større. Alligevel er det snarere reglen end undtagelsen, at budgetlægning i den offentlige sektor tager udgangspunkt i sidste års budget, både fordi det er nemt, men også fordi store afvigelser fra sidste års budget giver konflikter (Munk Christiansen, 2009, s. 53).

Når mulighederne i den inkrementalistiske fase er udtømte, indtræder **managementfasen**, hvor der ses på sammenhænge mellem de forskellige aktiviteter, som udgør produktionssystemet. Jagten efter besparelser orienteres mod at sikre den interne produktivitet bl.a. ved hjælp af rationalisering, effektivisering og strukturændringer for at opretholde samme produktion med færre omkostninger.

På et tidspunkt vil organisationen heller ikke ved denne metode kunne hente tilstrækkelige besparelser, hvilket fører os over i **den strategiske fase**, hvor der må vælges/prioriteres mellem forskellige aktiviteter. Denne proces er besværligt og kræver rationalitetsværktøjer, men på dette tidspunkt forsvinder forudsætningerne for at bruge dem, da situationen på grund af nødvendige og synlige valg ml. aktiviteter politiseres. Den "forhandlede" orden trues, uoverensstemmelser om målsætninger kommer på bordet. Her kan rationalet blive:

".. vi vil kun kunne overleve hvis vi smider noget væk ... selvom det er værdifuldt, .. derved undgås at alle går ned" (Jørgensen, 2005, s. 144). Man taler her om asymmetrisk udgiftstilpasning, fordi udgifterne tilpasses forskelligt afhængigt af om aktiviteten går op eller ned (Munk Christiansen, 2009, s. 51).

Effektsynlighed i forbindelse med besparelser er centralt for hospitalsvæsenet, som producerer serviceydelser, og konsekvenser af besparelser kan blive længere ventetider eller enkeltsager i pressen til fordel for patienter med specielle og livstruende sygdomme. I disse tilfælde har politikkerne svært ved at sige nej (Jørgensen, 2005, s. 107), hvilket kan forklare vanskelighederne ved at dæmpe udgifter overfor mange konkrete begrundede ønsker om flere bevillinger.

Aktivitetsafhængige bevillinger ses som en bestræbelse på at undgå, at der opbygges (for meget) slack¹¹ i de offentlige organisationer. Takststyring sikrer, at der føres flere (færre) penge til de områder og institutioner, der har vækst (fald) i aktiviteten (Munk Christiansen, 2009, s. 51).

3.5 Teoretiske redskaber til at beskrive aktørernes handlinger indenfor de institutionelle rammer

Indledningsvist benyttes et sundhedsøkonomisk rationale for at beskrive den rationelle aktør. Dernæst søger vi hjælp i budgetadfærds- og beslutningsteori med henblik på at synliggøre de institutionelle begrænsninger for at det rationelle perspektiv ikke kan stå alene. Der er andet på spil, hvorfor vi til sidst benytter professionsteori til at inddrage kultur og normer fra den fagprofessionelle verden.

¹¹ Slack er et mål for forskellen mellem sygehusenes faktiske ressourcer og det ressourceforbrug, der er nødvendigt, hvis sygehuset producerer mest effektivt. Egentlig betydning: De løse ender på et tov, der opstår, når man knytter to tov sammen med et knob.

3.5.1 Principal-agent perspektivet på takststyring

Staten har arbejdet med at styre udbuddet gennem det såkaldte New Public Management, som i Danmark forstås som kontrakt, mål og resultatstyring, der udmøntes i konkrete teknikker og systemer inspireret af den private sektor (Bendix, 2008, s. 254), eksempelvis årsregnskaber og takststyringssystemer.

Principalens udformning af afregningssystemet er en vigtig brik i bestræbelserne på at få agenten til at agere som principalen ønsker. Det er i denne forstand, at afregningssystemet bliver en del af incitamentsstrukturen (Pedersen, 2006, s. 67). Staten tilskynder indirekte til reguleret adfærd i hospitalsvæsenet ved at give incitamentet til at øge produktion og effektivitet.

Vi fokuserer på takststyring og benytter principal-agent teori for at undersøge, hvordan de ledende overlæger og hospitalsdirektionen påvirkes af økonomisk incitamentsstyring. Dette sundhedsøkonomiske perspektiv tager udgangspunkt i en nytteetik¹².

Principal-agentteorien bygger på den antagelse, at principalen (den overordnede) og agenten (den udførende) begge er optaget af at vælge den løsning, som de vurderer, er bedst for dem selv i den givne situation, dvs. egen nyttemaksimering. Netop denne antagelse kan have en interessekonflikt, idet såvel principal som agent kun tilgodeser modpartens præferencer, hvis de er i overensstemmelse med egne interesser.

Principal-agent-teorien, som er beskrevet af Fama, EF & Jensen, M (1983), omhandler *relationer*, hvor en principal uddelegerer udførelsen af en given opgave til en agent. Selv om principalen indgår en *kontraktlignende* aftale med agenten med den forventning, at agentens handlinger afspejler principalens hensigter, er det ikke sikkert, at agenten rent faktisk lever op til principalens ønsker.

Principalen kan skjule informationer for agenten, men har samtidig ikke den fulde viden, om hvordan agenten handler. Agenten er opportunistisk, handler kun delvist rationelt og er ikke risikovillig. Der kan være en konflikt mellem parterne om målet, og det er ikke muligt for principalen at overvåge agentens adfærd fuldt ud. Der er tale om asymmetrisk informationen mellem principalen og agenten.

Principal-agent teorien er blevet næsten identisk med incitamentsteori, da forholdet mellem region og hospital er en klassisk principal-agent relation (Pedersen, 2006, s. 67). Denne anskuelse

¹² etisk retning, hvor målet er størst mulig nytte for flest mulige.

kan i denne afhandling overføres til, at takststyring, som regionens afregning overfor Herlev Hospital, giver hospitalet incitament til at overholde regionens præference om, at øget aktivitet indenfor budgetrammen.

Regionens udfordring er at udforme takstafregningssystemet, således at hospitalet oplever incitament til i højere grad at agere som regionen ønsker det. Det er i denne forstand, at afregningssystemet bliver en del af incitamentsstrukturen (Pedersen, 2006, s. 67).

Hospitalets adfærd afhænger af selve takstmodellen, afdelingsbudgetterne og egne præferencer, som ikke altid vil være kendt af regionen.

I vores case ses følgende principal-agent relationer:

Relation:		Kontraktlignende aftale:
Principal:	Agent:	
Stat	Region Hovedstaden	Økonomiaftale med takststyring
Region Hovedstaden	Herlev Hospitalsdirektion	Hospitalets budget og dialogbaseret aftale
Herlev Hospitalsdirektion	Afdelingsledelsen	Afdelingsbudgettet og dialogbaseret aftale

Figur 2

I analysen undersøger vi, om takststyring giver incitament til at agenterne de ledende overlæger og direktionen på Herlev Hospital øger aktiviteten med mål om budgetoverholdelse med specielt fokus på følgende principal-agent relationer:

- Region Hovedstaden – Hospitalsdirektion
- Hospitalsdirektion - afdelingsledelsen

Vi benytter den konsekvenslogiske tilgang til at undersøge, hvorvidt takststyringen fungerer indenfor sin egen logik og opstiller følgende arbejdshypotese:

H1 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen tilskyndes af takststyring til øget aktivitet.

Den danske takststyringsmodel blev designet, så budgetoverskridelser ikke burde kunne finde sted ud fra den sundhedsøkonomiske rational choice logik. Regionen som principal giver kun begrænset

økonomisk belønning for produktion ud over budgetrammen, og hospitalsdirektion og ledende overlæger som konsekvenslogiske agenter forventes at ophøre med at producere, når det ikke længere kan betale sig for dem. Agentteorien supplerer med forklaringer om usikkerhed, uklarhed, risiko og konflikt. Imidlertid har vi brug for at supplere vores analyse med teorier om budgetadfærd og beslutningsteori for at finde en forklaring på, klare de valg og beslutninger, der bliver truffet af regions-, hospitals- og afdelingsledelsernes med budgetkonsekvenser.

3.5.2 Budgetadfærdsteori

Teori om budgetadfærd bidrager til forståelsen af aktørers incitament og motivation til at overholde budgetter.

Budgetter kan have forskellige anvendelser ud fra hvilket formål de skal tjene, for eksempel kan budgettet bruges som periode kalkulemodel, koordinationsmodel, som delegerings- og kontrolproces eller som motivationsmetode. Budgettet kan også tjene politiske formål, da bliver budgetsystemet et decentralt instrument, der kan fungere som oplæg for virksomhedens styringsmæssige diskussion (Birnberg, 1983, s. 111-129). For at lederen kan gøre brug af budgettet som styringsredskab, er der behov for en kontrolfunktion (Birnberg, 1983, s. 112).

Det er relevant at lave budgetopfølgning for at

- kontrollere målopfyldelse
- fokusere opmærksomhed samt
- løse problemer ifølge Simon (Birnberg, 1983, s. 112)

Virksomheder befinder sig i forskellige styringssituationer afhængigt af enigheden om mål og midler i virksomheden (Birnberg, 1983). Et budget kan have effekt på de underordnedes motivation til at efterleve budgetter (Hofstede, 1968 i Birnberg, 1983, s. 116). Hvis budgetter opleves unfair, medfører det, at såvel motivation som præstation falder. Det er nødvendigt at inddrage de underordnede i budgetlægningsprocessen, da aktørerne bedre kan leve sig ind i budgettet og følgende forsøge at efterleve det.

Aktører vil forsøge at manipulere informationen, så den passer til egne formål (Birnberg, 1983, s. 120). Forvrængningsmetoder af informationssystemer i organisationer kan klassificeres (Birnberg, 1983). I forbindelse med budgetoverskridelser og incitamentsstyring på Herlev Hospital undersøger vi to af dem nemlig:

1. *Påvirkning*¹³, når man vælger mellem flere budskaber og kun videresender dem, man anser for favorable. Dette bruges bedst til at estimere fremtidige scenarier
2. *Spil*¹⁴ eller moral hasard, foregår ved at underordnede tilpasser aktiviteten til at maksimere givne måleparametre, uanset at de så i virkeligheden fravælger nogle aktiviteter, der i større grad ville være i virksomhedens interesse. Spil opstår, når man kun har surrogatparametre at måle på i stedet for at måle på det virkelige ønskede outcome.

Ledelsens anvendelse af budgetinformation kan opdeles i 3 ledelsesstile (Hopwood, 1976 i Birnberg, 1983):

1. *Budget constrained*: Lederen vurderer de underordnedes præstationer, især med fokus på negative afvigelser ud fra kortsigtede budgetmål, der bliver et mål i sig selv. Reaktionen vil være tilpasninger som Birnbergs forvrængningsmetoder.
2. *Non-accounting*: Lederen styrer mere efter mål og værdier end efter konkrete budgetmål, og har respekt for andres ideer – ofte i professionelle organisationer. Regnskabsinformation spiller en uvæsentlig rolle ved evaluering af de underordnedes præstationer.
3. *Profit conscious*: Budgettet anvendes som et kreativt instrument, uden at budgetmål bliver altafgørende. Budgettet er mere et middel til at fastholde kreative processer omkring resultater end et mål i sig selv. Regnskabsinformation bruges til evaluering af de underordnedes præstationer på en forsigtig og fleksibel måde.

Budgetadfærdsteorier bidrager til at forstå, hvordan ledende overlæger og hospitalsdirektionen kan manipulere budgetinformation afhængigt af deres deltagelse i budgetprocessen. Vi vil undersøge, hvordan vores aktører handler i forhold til budgetoverholdelse ved hjælp af følgende arbejdshypotese:

H2 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen bruger forvrængningsmetoder, når de oplever budgetter som unfair.

3.5.3 Aktørernes beslutningsprocesser

Når de ledende overlæger, eller hospitalsdirektionen træffer beslutninger, om udvidelse af den akutte eller planlagte patientbehandling, har det konsekvenser for budgettet. De skal foretage en beslutningsproces, ved at indsamle information og vælge mellem alternative muligheder på

¹³ Biasing

¹⁴ Gaming

baggrund af en række vurderinger og handlinger, der fører frem til en afgørelse, der så kan gennemføres (Jacobsen, 2002, s. 296). Beslutningsteorien, der er rundet af adfærdsteorien kan hjælpe os med at forstå disse processer. Et vigtigt begreb er rationalitet.

Rational-choice forudsætter, at beslutningstagere har fuldstændig information om en sag og samtidig helt klare mål og præferencer i deres nyttemaksimerende beslutningstagning. Beslutningstageren er et individ og typologien¹⁵ kaldes economic man. En af kritikerne af rational-choice modellen, Herbert Simon, giver udtryk for at forudsætningerne er naive, da beslutningstagerne som regel hverken har fuld information eller ubegrænset kapacitet til at opstille alternativerne og kalkulere fordele og ulemper. Der er i stedet tale om begrænset rationalitet, idet beslutningstagerne i stedet for at søge den rationelt set optimale løsning må nøjes med at finde en tilfredsstillende løsning (Nielsen, 2005, s. 51). Vurderingen af, hvad der er en tilfredsstillende løsning, er ikke rent subjektiv, men afhænger af den sociale kontekst og afspejler social interaktion ud fra, hvad aktøren opfatter som tilfredsstillende (Nielsen, 2005, s. 116). Beslutningstageren vælger den første tilfredsstillende løsning i stedet for at vælge den bedste af flere mulige løsninger. Forskellene fremgår af figur 3 nedenfor. Typologien her betegnes administrative man.

Economic man	Administrative man
<ol style="list-style-type: none"> 1. har klare mål 2. har fuldstændig information om alle alternative løsninger og kan vurdere alle konsekvenserne 3. kan rangere alternativerne 4. vælger det alternativ, der er mest egnet til at nå målet 	<ol style="list-style-type: none"> 1. har ofte uklare og foranderlige mål 2. vurderer enkelte mulige løsninger og enkelte af disses konsekvenser 3. vurderer løsningerne en efter en efterhånden som han får kapacitet til at behandle dem 4. vælger den første tilfredsstillende

Figur 3 (Jacobsen, 2002, s. 298 og 303)

Organisationsteoretikeren James March skelner mellem individuel og organisationsmæssig rationalitet. Når et individ træffer beslutninger alene ud fra, hvordan vedkommende kan opnå de mest fordelagtige konsekvenser betegnes beslutningsrationaliteten som konsekvenslogik eller Logic of consequentiality. Beslutningstagere i organisationer må tage hensyn, til hvad der er passende i forhold til organisationens strukturelle og kulturelle normer. Adfærd i organisationer er ofte fastlagt ved standardiserede procedurer, professionelle standarder, kulturelle normer og

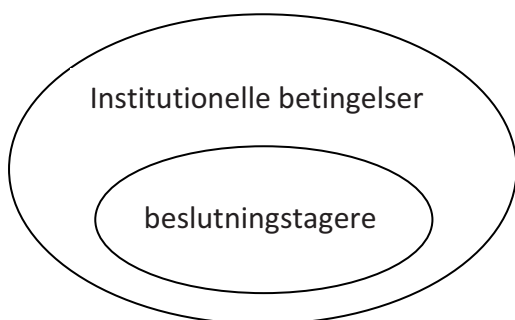
¹⁵ Typeinddeling på grundlag af systematiske forskelle og ligheder

institutionelle strukturer, hvorfor aktører må finde ud af, hvad der er et passende valg at træffe ud fra pligter, forskrifter og roller snarere end ren nyttemaksimerende konsekvens (March, 2005, s. 44). Denne beslutningsrationalitet betegnes normlogik eller Logic of appropriateness. Begge former for rationalitet optræder parallelt i de fleste organisationer, da beslutningstagerne både handler individuelt og som organisationsmedlemmer (Jacobsen, 2002, s. 305).

Konsekvenslogik Logic of consequentiality Individuel rationalitet	Normlogik Logic of appropriateness Organisationsmæssig rationalitet
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvad er mine alternativer? 2. Hvad er mine værdier? 3. Hvilke konsekvenser har disse alternativer for mine værdier? 4. Vælg det alternativ, der har de bedste konsekvenser. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilken slags situation står jeg i? 2. Hvem er jeg? 3. Hvor passende er forskellige handlinger for mig i denne situation? 4. Vælg det mest passende alternativ.

Figur 4 (tillempet model fra March & Olsen, 1989, s. 23)

Vores beslutningstagere, de ledende overlæger, hospitals- og koncerndirektionen, befinder sig i et institutionelt felt, som beskrevet i afsnit 3.2. Det institutionelle felt omkring Herlev Hospitals økonomiske styringsstruktur giver nogle betingelser for de beslutninger, som de ledende overlæger, hospitals- og koncerndirektionen tager. Det institutionelle felt træffer ikke beslutninger, men aftegner nogle mønstre, som er styrende og formende for de beslutninger, afdelingslederne kan træffe.



Figur 5 (fra forelæsning 15/5-09 "Institutioner og institutionelle perspektiver" ved Peter Kjær)

Når informationen, som vores afdelingsledere har til rådighed for beslutningstagning, når frem til dem, vil den være udvalgt og sorteret på en bestemt måde afhængig af organisationens struktur,

kultur, magtforhold og omgivelser. Disse forhold er med til at bestemme beslutningsgrundlaget (Jacobsen, 2002, s. 328-29).

Beslutningerne, som vores afdelingsledere skal tage, har et formål, men målet i sig selv kan være noget uklart og forandre sig over tid. Charles Lindblom opstillede en såkaldt "Muddling through" model, der kan forklare vore aktørers beslutningsprocesser. Ifølge denne model er rækkefølgen ikke nødvendigvis, at mål kommer før middel (Jacobsen, 2002, s. 310-12).

I analysen af alternative løsninger og deres konsekvenser opdager man nye mål (Jacobsen, 2002, s. 311). Af denne grund er det ikke muligt at foretage en mål-middel-analyse. I stedet reflekterer man over erfaringer fra tidligere handlinger og virkningerne af disse. Endvidere vælger man den fremgangsmåde, som man kan få størst tilslutning til, hvilket ikke behøver at være den bedste. Analysen af alternativer og konsekvenser er ufuldstændig, og man træffer inkrementelle beslutninger (Jacobsen, 2002, s. 311).

Dette er et brud med rationalitetsantagelsen, eftersom beslutningstageren ikke har klare mål. Muligheden for at opdage nye og andre mål er væsentlig og bidrager derfor til billedet af uklare mål.

March vælger at se på beslutningsteori ud fra valg, vaner og visioner. Maksimal nytte er ikke den eneste mening, der driver mennesker og organisationer. Identitet, symbolisme og ambitioner spiller ofte en større rolle for folks adfærd (March, 2005, s. 15).

Valg er tillært gennem vores egne erfaringer og ikke mindst via andres erfaringer. Vaner benyttes, når der er fokus på andre logikker end konsekvens og kalkulerende fornuft. Visioner hjælper os til at eksperimentere med ting, som ikke giver mening umiddelbart, men som kan komme til at gøre det på et senere tidspunkt. Vi vil med dette udgangspunkt tolke de ledende overlægers, hospitals- og koncerndirektions valg, vaner og visioner, for herved at finde forklaringer på de valg, som andre aktører oplever som irrationelle.

Beslutningsteori kan hjælpe med at belyse de dilemmaer mellem konsekvens- og normlogik, som de ledende overlæger og hospitalsdirektionen må håndtere. Følgende arbejdshypotese hjælper os med at få svar herpå:

H3 Budgetoverskridelser er organisationsmæssigt rationelle

3.5.4. Professionsteori og hybridledere

Ansvar for budgetstyring på afdelingsniveau ligger hos afdelingsledelserne på Herlev Hospital. Vi fokuserer i denne afhandling på de ledende overlægers rolle i forhold til budgetoverholdelse. De er hybridledere, der står i et krydspres mellem deres lægelige fagprofessionelle normer og et krav om øget produktion og budgetoverholdelse. For at kunne forstå, hvordan budgetoverskridelser kan være rationelle ud fra de fagprofessionelle normer, har vi søgt hjælp i professionsteoriene. Fagkulturen blandt lægelige ledere og læger i det hele taget kan forstås ud fra professionsteorier, da lægestanden er en ideel profession.

Det, som gør professioner til noget særligt, er deres relativt udbredte magt over vidensområder, men også deres succes med at kontrollere de institutionelle rammer for deres arbejde. De søger at kontrollere definitionen af selve arbejdet ved at skabe en institutionel ramme, der støtter deres aktiviteter i bredest mulig forstand. De professionelle kontrollerer ikke blot deres eget arbejde, men de opnår også megen kollektiv kontrol over de administrative beslutninger, som påvirker dem, så lovgivning, autorisationer, uddannelse, forskning og værdier begunstiger de fagprofessionelle. Der er ingen måde at kontrollere professionens arbejde på udenfor professionen selv.

De fagprofessionelle er modstandere af bureaukratiske regler, afviser bureaukratiske standarder og overvågning og kan kun forventes at have en begrænset loyalitet overfor organisationen. De henholder sig til deres egne standarder tilegnet gennem lang uddannelsessocialisering, og vil være tilbøjelige til at dekolle og ignorere bureaukratiske krav, hvis de ikke finder dem relevante (Scott i Jacobsen, 2002, s. 96).

Lægeprofessionen har en kultur baseret på, at de leverer hospitalets kerneydelse i form af diagnostik og behandling af syge. Professionen sætter en ære i at levere sundhedsydelse af høj faglig kvalitet, der baserer sig på evidensbaseret forskning og innovation. Lægerne definerer sig selv som den ledende profession på hospitalerne, og ser det som en naturlig del af deres opgave, at skulle prioritere mellem patienter med forskellige behandlingsbehov. Lægestanden søger at alliere sig med patienter og offentlighed ved tavshedspligt, interne etiske regler og ved at bidrage til politikdannelse på sundhedsområdet gennem offentlige råd. Lægeetikken er en pligtetik, hvor patienternes behov for behandling kommer før andre hensyn (Jespersen, 2001, s. 24). Lægevidenskaben bygger på naturvidenskabelige, evidensbaserede principper og hylder specialiseringen ligesom den individuelle lægefaglige vurdering betragtes som en kunst (Jespersen, 2005, s. 71-72).

Jespersen (2005) ser de ledende overlæger som hybridledere påvirket af to grundlæggende forskellige sfærer. Hybridledere dækker et ledelsesfelt, der strækker sig over sundhedsfaglig ledelse af det kliniske personales daglige indsats til ledelsesopgaver i form af økonomistyring, personaleledelse, udvikling og strategi (Jespersen, 2005, s. 159). Opgaven er på en ressourceeffektiv måde at sikre, at indsatsen på afdelingen udmønter sig i sundhedsydelse, patienterne kan være tilfredse med også i tiden fremover (Bendix, 2008, s. 109).

De professionelle projekter står overfor organisatoriske krav, som formuleres af lokale ledelser på baggrund af institutionelle krav fra det organisatoriske felt. De ledende overlæger kan således opleve at være i et konfliktfyldt felt, når deres faglige identitet og prioriteringen mellem behandling af konkrete patienter bliver udfordret af krav om budgetoverholdelse (Jespersen, 2005, s. 75-76).

Professionsteorien viser, at hybridlederen står i et prioriteringsdilemma mellem deres lægelige normlogik og den administrative konsekvenslogik. På den baggrund opstiller vi følgende arbejdshypotese:

H4 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen påvirkes af normlogik til øget aktivitet.

3.6 Afrundende afsnit om vores analysemodel

Hvordan kan man bedst forklare budgetoverskridelser på Herlev Hospital med fokus på Region Hovedstadens økonomiske incitamentsstyring de sidste to år?

Vi vil med den første delanalyse undersøge, hvordan den overordnede styringsramme for budgetprocessen og budgetoverholdelse på Herlev Hospital ser ud, samt hvilke specifikke incitamenter denne ramme giver for budgetoverholdelse på Herlev Hospital.

Da den anden delanalyse vil undersøge, hvordan aktørerne handler indenfor de givne rammer, tager vi udgangspunkt i rammerne i kapitel 4. Introducerende indtager vi et principal-agent fokus, men det kan ikke alene besvare vores problemstilling, idet aktørerne påvirkes af institutionelle faktorer, som umuliggør et rent rationelt beslutsgrundlag. Vi inddrager derfor først budgetadfærds- og beslutningsteori, som antager at aktørerne agerer under begrænset rationalitet, da de er placeret i et institutionelt felt, som hospitalsvæsenet, der påvirkes af fagprofessionelles normer og andres forventninger hertil. Afslutningsvis indfører vi professionsteori, som bidrager til at forstå afdelingsledernes dilemma, da de som hybridledere

både skal være ledere med økonomisk ansvar samt læger. Følgende arbejdshypoteser udviklet ovenfor bliver styrende for vores analyser:

H1 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen tilskyndes af takststyring til øget aktivitet.

H2 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen bruger forvrængningsmetoder, når de oplever budgetter som unfair.

H3 Budgetoverskridelser er organisationsmæssigt rationelle.

H4 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen påvirkes af normlogik til øget aktivitet.

4. Kapitel: Rammerne for den overordnede styring på Herlev Hospital

Budgetoverskridelserne på Herlev Hospital er afhængige af den overordnede styringsramme, som her beskrives ved rammerne for hospitalsafdelingers budgetter, herunder den finansielle styringsmodel for offentlige sygehuse, tankerne bag incitamentsstyring og Region Hovedstadens takststyringsmodel.

Indledningsvis beskrives ledelseskæden for at se på aktørernes roller i processen. Efterfølgende bliver rammerne for budgettilblivelses- og opfølgingsprocessen beskrevet.

Herefter gennemgår vi mere detaljeret budgetlægnings- og opfølgingsprocessen ud fra Herlev Hospitals perspektiv, da afdelingsleders og hospitalsdirektionens handlingsmuligheder i forbindelse med budgetoverholdelse afhænger heraf.

4.1 Ledelseskæden

Ledelseskæden fra ministerierne over Danske Regioner til Region Hovedstaden, direktionen på Herlev Hospital og afdelingsledelserne giver et mere fuldstændigt billede af den overordnede styringsramme, og hvem der har hvilket ansvarsområde.

Finansministeriet forhandler på regeringens vegne økonomaftalerne med Danske Regioner. Ved aftalen for 2009 blev der sat 25 mia.kr af til nyt sygehusbyggeri. Finansministeriet har sammen med **Indenrigs- og Sundhedsministeriet** taget initiativ til at indføre takststyring i sygehusvæsenet for alvor i 2003. Lovgivning om frit udvidet sygehusvalg, kræft- og hjertepakker er forberedt i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, inden de vedtages i Folketinget. DRG sekretariatet, takststyringsenheden, huses i Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Statens rolle i sundhedsvæsenet er lovgivning, planlægning, information og finansiering.

Danske Regioner varetager regionernes fælles interesser, og skal sikre de økonomiske rammer ved årligt at indgå økonomaftale med staten. Samtidigt aftales særlige indsatområder for det pågældende år.

Region Hovedstadens økonomiske styring er administrativt lagt i Koncern Økonomi, der refererer til en af koncerndirektørerne. Her udarbejdes budgetterne efter at regionsrådet og forretningsudvalget har fastsat de generelle mål og udstukket de overordnede principper.

Der indgås dialogaftaler med de enkelte hospitaler omfattende aftale om indsatsen det pågældende år (Region Hovedstaden, Forslag til budget 2011-14, s. 116). Det enkelte hospital er aktivitetsmæssigt takststyret, men med en ramme inden for præstationsbudgettet¹⁶. Det er hospitalernes ansvar at tilrettelægge aktiviteterne, så de fastsatte mål realiseres inden for rammen, så kompetence og ansvar er delvist decentraliseret.

Direktionen på Herlev Hospital består af en hospitalsdirektør og 2 vicedirektører, der har selvstændigt ledelsesansvar for specifikke afdelinger. Hospitalsdirektøren har det overordnede administrative ansvar for hospitalets drift og udvikling, herunder de samlede opgaver, den økonomiske styring og personaleledelsen.

Afdelingsledelsen består typisk af en ledende overlæge og en oversygeplejerske. Afdelingsledelsens ansvarsområder omfatter strategisk ledelse, faglig ledelse af specialet, udvikling og drift, økonomiledelse samt ledelse af uddannelse, undervisning, forskning og kvalitet. Specielt vedrørende økonomiledelsen har afdelingsledelsen ansvaret for indgåelse og overholdelse af den dialogbaserede aftale¹⁷ med sygehusdirektionen, for overholdelse af budget, aktivitets- og servicemål samt for månedlig opfølgning (Standard for ledelse af afdelinger på Amtssygehuset i Herlev¹⁸).

4.2 Rammer for budgettilblivelse og -overholdelse på Herlev Hospital

4.2.1 Den finansielle styringsmodel for Herlev Hospital

Herlev Hospital ejes af Region Hovedstaden, som politisk styres af regionsrådet.

Regionen kan ikke udskrive skat og kan derfor kun i beskedent omfang selv påvirke indtægterne. Regionens budget er dermed et udgiftsbudget på basis af stort set eksterne indtægter fra henholdsvis stat og kommune (Munk Christiansen, 2009, s. 17).

Regionerne fungerer som bevillingsgivere i forhold til hospitalerne. Siden 2004 har man set en stigende grad af takststyring på hospitalsområdet, således at hospitalernes bevillinger er afhængige af deres præsterede aktivitet i modsætning til tidligere gennem kontraktstyring og rammebudgetter. Den økonomiske styring af hospitalerne foregår nu efter baseline¹⁹, takststyring

¹⁶ på nær regionseksterne patienter

¹⁷ årlige kontraktaftaler mellem afdelingsledelserne og hospitalsdirektion på Herlev Hospital

¹⁸ Findes på Herlev Hospitals hjemmeside og ses ikke at være revideret siden strukturreformen.

¹⁹ Baseline svarer til præstationsbudgettet

og fortsat rammestyring (Pedersen, 2006, s. 150). Grundlæggende er der tale om økonomisk rammestyring, hvor den øgede takststyring udspiller sig indenfor en samlet bindende økonomisk ramme.

Baseline er en beregning af, hvad de enkelte regioner forventes at producere. Baseline svarer til præstationsbudgettet. Baseline skal være nået, før man kan få andel i ekstra statslige midler fra en aktivitetspulje, ofte omtalt som Løkkeposen²⁰.

Målet var i 2006 at øge hospitalernes aktivitetsbestemte bevilling til 50 %²¹ i løbet af en årrække, med ønsket om, at hospitalerne skulle skabe mest mulig aktivitet for færrest mulige ressourcer inden for den givne udgiftspolitiske ramme (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006, Takststyring i de nye regioner, s. 3).

Region Hovedstadens økonomiske styring bygger på delegering af kompetence og ansvar til hospitalet. Regionsrådet og forretningsudvalget fastsætter de generelle mål og foretager de overordnede prioriteringer, hvorefter det er hospitalets ansvar at tilrettelægge aktiviteterne, så de fastsatte mål realiseres inden for rammen.

Den individuelle dialogaftale mellem regionen og Herlev Hospital omfatter målene for indsatsen for det enkelte år. Herudover fremgår målene af hospitalets budget- og aktivitetsmæssige rammer samt forudsætningerne herfor af regionens budget (Region Hovedstaden, Forslag til budget 2011-14, s. 112 + 116).

4.2.2 Takststyring i sygehusvæsenet

Som led i New Public Management bølgen (Hood, 1995) har man forsøgt, at indføre markedslignende principper som takststyring. Ifølge Kjeld Møller Petersen et al. (2006) er der 4 grunde til stigende brug af takstafregning frem for rammebudgetter. For det første forventer man at opnå højere aktivitetsniveau, for det andet højere produktivitet, for det tredje øget fokus på opfyldelse af produktionsmål og for det fjerde øget omkostningsbevidsthed uden at kvaliteten påvirkes. (Pedersen, 2006, s. 10).

Ved indførelsen af takststyring var man fra ministeriel side opmærksom på risikoen for, at styringen af de samlede hospitalsudgifter ville svækkes, idet selv mindre overskridelser på 5 % ville svare til det samlede råderum for væksten i de offentlige udgifter (Takststyring på

²⁰ Indført i 2002

²¹ Var 42 % i 2005 i det område der svarer til Region Hovedstaden

sygehusområdet, 2003, s. 38). Ifølge rapporten skulle "DRG-systemet fortsat understøtte en adfærd, hvor regionerne og sygehusene sikrer borgerne mest mulig sundhed for de penge, der prioriteres til sundhedsvæsenet" (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Effektiv styring på sygehusområdet, 2009, s. 14).

Rammestyningen sikrer en god udgiftskontrol, mens takststyringen kan give en bedre kobling mellem aktivitet og økonomi, men til gengæld manglende styring af de totale udgifter (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Effektiv styring på sygehusområdet, 2009, s. 17). For at forhindre at takststyring medfører en stigende utilsigtet aktivitet og dermed en øgning af totale udgifter, gælder det, at aktivitetsstigning over 2 % ikke fører til yderligere takstafregning, men til gengæld indregnes ufinansieret i basisaktiviteten næste år.

Takstafregning kaldes ofte DRG-afregning blandt vores aktører. DRG står for Diagnose Relaterede Grupper. I 2010 findes der 648 case-mix grupper (samt 161 DAGS²² grupper, kilde: www.im.dk), og alle udskrivelser og patientforløb skal placeres i én af disse grupper. Patienterne grupperes efter case-mix på baggrund af følgende variable: *indgrebet*, forstået som den behandling patienten har modtaget, *alder, køn og kontaktmåden*, efter om patienten er indlagt, ambulant eller i skadesforløb. Grupperne er dannet, således at de tilhørende patienter har nogenlunde samme ressourcetræk.

DRG-systemet forekommer at være meget komplekst pga. de mange faktorer som indgår. Derudover har rækkefølgen af registrering af patientens diagnoser også en betydning. Hvis patienten har flere diagnoser, er det op til lægen, at angive hvilken der er aktionsdiagnosen, og dermed den vigtigste kodning for den aktuelle behandling, da den styrer DRG-grupperingen.

DRG-systemets mål i forhold til takststyring er, at korrekt klinisk kodning medfører, at den udførte behandling honoreres korrekt. DRG taksten beregnes som et landsgennemsnit for den faktiske udgift af behandlingen af patienter i den enkelte DRG gruppe det foregående år.

Diagnose Relaterede Grupper anvendes både som et *takstafregningssystem* mellem regioner og som et *finansieringssystem* til fordeling af såvel statslige aktivitetspuljer, som statens bloktilskud til regionerne, og ved beregning af den kommunale medfinansiering. Budgetteringen opgøres i aktivitet og prissættes i DRG kroner.

Den gradvise overgang til aktivitetsbaseret afregning har skabt mere fokus end nogensinde på behovet for økonomistyring og økonomiforståelse. Det gælder både for hospitals- og

²² Dansk Ambulant GrupperingsSystem casemixsystem til somatiske ambulante patienter

afdelingsledelser. Dertil har aktivitetsbaseret afregning også skabt øget opmærksomhed omkring korrekt registrering af fx DRG ydelser, fordi det har økonomiske konsekvenser (Bendix, 2008, s. 165).

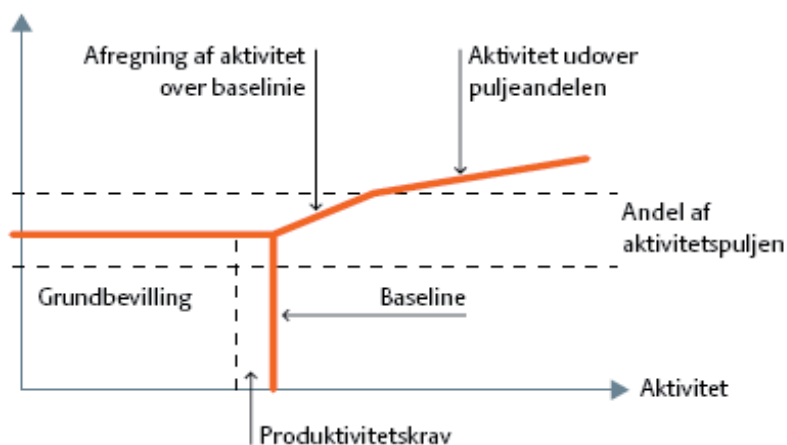
Regionerne styrer leveringen af sundhedsydelser (produktionen) på hospitalerne vha. takststyring. De regionale modeller for takststyring giver mulighed for at prioritere bestemte typer behandling. Dermed kan regionerne regulere aktiviteten indenfor udvalgte områder (Danske Regioner, Styr på Regionerne 2010, s. 15).

4.2.2.1 Region Hovedstadens takststyringsmodel

Region Hovedstadens takststyringsmodel er uden loft for udbetaling, dog kan administrationen om nødvendigt indføre en begrænsning for at fastholde budgetsikkerhed og for at undgå utilsigtede virkninger.

Det enkelte hospital har et præstationsbudget, som tager udgangspunkt i antallet af behandlede patienter, udskrivelser og ambulante besøg, og holdes op mod det aktuelle aktivitetsregnskab. Præstationsbudgettet og aktivitetsregnskabet opgøres i en produktionsværdi, dvs. antallet af aktiviteter multipliceret med de gældende DRG/DAGS takster.

Takststyringsmodellernes grundlæggende konstruktion



Figur 6 (tillempet figur s 120 i Danske Regioner: "Styr på Regionerne 2010")

Aktivitet udover præstationsbudgettet afregnes samlet for hvert hospital med 50 % af produktionsværdien. Eksempelvis vil Herlev Hospital modtage 20 mio. kr., når de i 2010 ender med en produktionsværdi på 40 mio. kr. mere end budgetteret (Region Hovedstaden, 3. økonomirapport, sept. 2010, s. 33).

Fra 2011 kan hospitalet ikke længere overskride præstationsbudgettet og samtidig opnå en merbevilling for den ekstra aktivitet via takststyringsordningen - medmindre overskridelsen er godkendt af regionens administration på forhånd (Region Hovedstaden, Budget 2011-14, s. 139).

Reglerne for mindre aktivitet i forhold til præstationsbudgettet vil fortsætte som hidtil med en automatisk korrektion af hospitalets driftsbudget med en mindre bevilling beregnet som 50 % af DRG-værdien af afvigelsen. Det vil sige, hvis Herlev Hospital kommer ud med en produktionsværdi som er 10 mio. kr. lavere end budgettet, da skal hospitalet tilbagebetale 5 mio. kr.

Ændringerne i Region Hovedstadens nye takstmodel vil betyde, at man går væk fra den helt symmetriske model, som regionalt kunne rette op på eventuelle uligheder opstået i fordelingen af penge mellem regionens hospitaler fx i forbindelse med fusioner.

4.2.3 Budgetlægningsprocessen

Via gennemgang af budgetlægningsprocessen kortlægges rammerne, som Herlev Hospital og afdelingsledelserne har i forbindelse med sammensætning af budgettet. Herved opnås overblik over, hvilke handlemuligheder man har som henholdsvis hospitalsdirektør og afdelingsleder.

Processen for tilblivelse af det endelige budget for Herlev Hospital tager udgangspunkt i økonomiaftalen mellem Danske Regioner og Finansministeriet, som indgås i juni året før. I forhandlingsperioden får Danske Regioner input fra de 5 regioner, både deres ønsker og indsigelser kan inddrages. Endvidere anvendes Danske Regioners økonomiske analyser. Danske Regioner går som interesseorganisation videre i forhandlingerne for at opnå den for regionerne bedst mulige aftale. Indholdet af økonomiaftalerne mellem Danske Regioner og Finansministeriet beskrives i afsnit 4.2.3.1 nedenfor.

Når økonomiaftalen ligger fast, er det Region Hovedstadens opgave at sætte både et driftsbudget som et præstationsbudget op for regionens virksomheder herunder Herlev Hospital. Alle tilgængelige informationer fra både hospitalsdirektion, økonomiaftalen og internt i regionen inddrages i processen, før regionen fremlægger det endelige budget. Regionen indkalkulerer virkningerne af hospitalsplanen i budgetterne, og forsøger at justere budgetterne ud fra

kommende kendte ændringer eksempelvis fusioner som følge af hospitalsplanen (Økonomidirektør Region Hovedstaden).

Driftsbudgettet vedtages som regel i september året inden, det træder i kraft, mens præstationsbudgettet først ligger fast, når det tidligere år er afsluttet og den aktuelle aktivitet er opgjort og tillagt en ufinansieret produktionsvækst. Den ufinansierede produktivitetsvækst fremgår af økonomiaftalen, hvoraf det fremgår, at produktiviteten på hospitalerne skal stige med ca. 2 % om året.

Mens regionen arbejder med hospitalets samlede budgetter, påbegynder hospitalsdirektionen udarbejdelse af afdelingernes drifts- og præstationsbudgetter, som tilrettes, når det endelige hospitalsbudget er godkendt af regionsrådet. Direktionen har månedlige økonomimøder med alle afdelingsledelser, hvor overholdelse af såvel præstationskrav som udgifter drøftes, herved oparbejdes information, som kan benyttes til fastsættelse af de kommende afdelingsbudgetter. Trenden vil være at enkelte afdelingers aktiviteter vil gå op, mens andres går ned, det kan både være i antal eller værdi, dvs. aktivitetsændringer kan også medføre ændringer i driftsbudget og vise versa.

Hele budgetlægningsprocessen afhænger af indholdet i årets økonomiaftale mellem Finansministeriet og Danske Regioner.

4.2.3.1 Økonomiaftalerne mellem Finansministeriet og Danske Regioner

Økonomiaftalen mellem Finansministeriet og Danske Regioner styrer rammerne for budgetaftalerne ned igennem systemet.

Først og fremmest beskriver økonomiaftalen regionernes økonomiske budgetramme. Aftalen kortlægger regionernes samlede indtægt, hvor ca. 86 % af midlerne er rammebevilliget, mens de resterende 14 % er aktivitetsafhængige²³.

Økonomiaftalen foreskriver endvidere hvilke områder, som Danske Regioner og Finansministeriet har aftalt at fokusere på det følgende år. For aktivitet har aftalerne blandt andet indeholdt følgende formuleringer:

²³ regionernes samlede indtægt fordelt på: statens bloktilskud (ca. 79 %), det statslige aktivitetsbestemte tilskud (ca. 3 %), det kommunale grundbidrag²³ per indbyggere/år (ca. 7 %) og den kommunale medfinansiering af aktiviteter baseret på indbyggernes forbrug af sundhedsydelser (ca. 11 %)

- DRG-systemet skal bidrage til effektivitet og understøtte et stabilt driftsgrundlag i regionerne og på hospitalerne. På den baggrund skal de kunne foretage flere behandlinger samme dag eller omlægge til ambulante behandling (Økonomiaftalen 2009).
- den regionale takststyring generelt skal tilrettelægges, så den supporterer en mere prioriteret aktivitetsudvikling (Økonomiaftalen 2011).

Forskrifterne om den økonomiske rammefordeling ligger temmelig stabilt. På samme måde fremgår det af Økonomiaftalerne, at regionernes udgifter i både budgetter og regnskaber skal ligge indenfor rammerne af aftalen. Formuleringerne er blevet stærkere med årene, herunder ønsket om tæt løbende opfølgning. Regionerne skal foretage aktiv styring, som fokuserer på både aktivitets- og omkostningssiden, så regionsrådene i tide kan foretage politiske prioriteringer.

Økonomiaftalen 2011 har specielt tre ændringer i forhold til aftalerne de tidligere år med hensyn til, hvor regionerne skal sætte ind:

- Fristen for endelig udmelding af præstationsbudgettet skærpes til januar 2011, tidligere var kravet, at præstationsbudgettet skulle ligge fast inden 30. juni.
- Der lægges op til en mere afdæmpet aktivitetsvækst via en skærpet prioritering af nye behandlinger og ny medicin. Specielt ordet "prioritering" går igen i Økonomiaftalen for 2011.
- Fokus på overholdelse af budgetter via strammere regional styring, idet der indføres nye standardiserede økonomiske kvartalsopgørelser. Samt aftale om at et hospital kun kan planlægge et udvidet aktivitetsniveau med regionens accept, dvs. hvis der er det fornødne budget.

Økonomiaftalen mellem Danske Regioner og Finansministeriet udstikker den økonomiske ramme for det følgende budgetår, og henstiller til, hvordan regionerne bør varetage deres styringsopgave samt – retningslinjer til hvordan hospitalerne skal tilrettelægge deres aktiviteter for at opnå effektivitet og prioriteret aktivitetsudvikling.

4.2.4 Budgetopfølgningsprocessen

Herlev Hospitals direktion har månedlige økonomimøder med afdelingsledelserne, hvor der følges op på såvel præstationsbudget og driftsbudget. Dertil modtager afdelingsledelsen hver måned statusrapporter for både aktivitets- og driftsbudget dog med en relativ lav detaljeringsgrad.

Afdelingsledelsen kan selv se detaljerne efter i sømmene ved at benytte det såkaldte WEBLIS²⁴ eller søge hjælp i økonomiafdelingen.

Som følge af Økonomiaftalen for 2011 skal kvartalsvise økonomirapporter forelægges for regionsrådet senest den 10. i den efterfølgende måned og indrapporteres til Finansministeriet (Region Hovedstaden, 2. økonomirapport 2010, bilag 1). Økonomirapporter viser på hospitalsniveau, hvordan det går med hensyn til det samlede driftsbudget og præstationsbudget. Opgørelserne indeholder en kort begrundelse for afvigelser, samt ønsker om eventuelt begrundede tillægsbevillinger og deraf et korrigeret budget. Påvirkninger både udefra og indefra kan medføre, at der i løbet af budgetåret opstår behov for korrektioner. Påvirkninger udefra kan være fusioner, der gennemføres før planlagt, mens påvirkninger indefra kan skyldes store budgetoverskridelser på driftsomkostningerne eller forsinkede registreringer, der giver store variationer i aktiviteten.

4.2.5 Fakta om budgetlægning og korrektioner for Herlev Hospital

Mange udtaler sig om Herlev Hospitals budgetoverskridelser og økonomiske vanskeligheder, men hvordan ser det ud faktisk med udgangspunkt i Region Hovedstadens årsregnskab 2009, økonomirapporterne i 2010 samt regionens budget for 2011.

I 2009 udgør Herlev Hospitals driftsudgifter 2.682,1 mio. kr., hvilket er en overskridelse af på 26,7 mio. kr. i forhold til det korrigerede budget fremlagt i december 2009 i 4. økonomirapport. På det tidspunkt forventes et underskud på 135 mio. kr. Det endelig underskud i 2009 ender på 124 mio. kr., som forventes tilbagebetalt som negativ genbevilling med 41 mio. kr. i 2010 og resten i 2011 og 2012 (Bilag 2).

Seneste økonomirapport viser, at Herlev Hospital kun har mulighed for at gældsafvikle 6 mio. kr. i 2010 (Bilag 2 + Region Hovedstaden, september 2010, s. 32-33).

Hospitalsvæsenet er udpræget personaleintensivt. Omkring 65 % af Herlevs driftsudgifter går i 2009²⁵ til personale, og lønudgifterne forventes at udgøre samme andel i 2010 (Region Hovedstadens 3. økonomirapport 2010, s. 32). Fra 4. kvartal 2010 forventes lønforbruget at være i balance med hospitalets genopretningsplan, som blev iværksat i januar 2010. På grund af lange opsigelsesvarsler er størstedelen af det personale, som i januar blev afskediget som følge af budgetoverskridelsen i 2009, lønberettiget indtil september 2010.

²⁴ Ledelsesinformationssystem, der anvendes via Herlev Hospitals intranet.

²⁵ Region Hovedstadens årsregnskab 2009 s. 60: lønudgifter 1854mio kr. ud af samlede driftsudgifter på 2895 mio. kr.

Herlevs Hospitals produktionsværdi /Aktivitetsregnskab:

Mio. kr.	2009 ²⁶	2010 ²⁷	2011 ²⁸
Oprindeligt Budget	2.533	2.878	3.062
Korrigeret Budget	2.466	2.947	
Faktisk/forventet aktivitet	2.621	2.987 ²⁹	
Overskridelse af korrigeret budget	6,3 %	3,8 %	

Figur 7 (Kilde Region Hovedstaden – se noter med referencer nederst på siden)

Af ovenstående figur 7 ses at produktionsværdien for aktiviteterne 2009 oversteg præstationsbudgettet med 6,3 %, hvilket medførte at 4,3 % af aktivitet udført i 2009 ikke blev finansieret, idet kun 2 % meraktivitet finansieres ved hjælp af den statslige meraktivitetspulje. Øvrig meraktivitet kan kun finansieres, hvis regionen har penge til overs.

²⁶ Region Hovedstaden, Årsregnskab 2009, s. 42

²⁷ Region Hovedstaden, 3. Økonomirapport, september 2010

²⁸ Region Hovedstaden, Budget 2011-2014

²⁹ Herlev Hospital forventer i 3. økonomirapport (Region Hovedstaden, sept 2010, s. 33), at der i 2010 vil være en meraktivitet (især på onkologisk og kardologisk aktiviteter) på ca. 40 mio. kr.

5. Kapitel: Analyse

Indledningsvis benytter vi teori om den overordnede styringsmodel for budgetlægning til at analysere, hvorvidt rammen giver incitament til budgetoverholdelse på Herlev Hospital med henblik på at svare på den deskriptive del af vores problemformulering i første delkonklusion.

Dernæst går vi over til den forklarende del af analysen, hvor vi analyserer med udgangspunkt i vores analysemodel s. 21. Vi deler denne del af analysen op i fire delafsnit ud fra de tidligere opstillede arbejdshypoteser, som vi besvarer med afsæt i Principal-agent teorien med et sundhedsøkonomisk rationale, supplerer med budgetadfærds- og beslutningsteori med gennemgang af organisatorisk rationalitet for til sidst at inddrage professionsteori. Disse analyser danner baggrund for den anden delkonklusion.

De forklarende delanalyser er struktureret, så vi først inddrager vores skriftlige empiri i analysen, siden analyserer vi emneopdelte bidrag fra de kvalitative interview, hvorefter vi summerer op i forhold til arbejdshypoteserne.

5.1 Første delanalyse - de institutionelle rammer for økonomistyring på Herlev Hospital

5.1.1 Styringsmodellen for budgetlægning

Rammen for den samlede styringsstruktur på Herlev Hospital er beskrevet i kapital 4, og i denne del af analysen sammenholdes den med den overordnede styringsmodel for at vurdere, hvorvidt styringsrammen muliggør budgetoverholdelse.

Hospitalsvæsenet præges af den teknologiske udvikling i form af ønske om ny teknologi, ny medicin og nye behandlingsformer, som udvikles stadigvæk hurtigere, hvilket lægger pres på de sundhedsprofessionelle om at bruge de nye mere effektive teknologier (DSI, 2010, s. 24). Denne udvikling skaber øget behov for ny kapacitet, men de samlede økonomiske midler øges ikke i samme takt, derfor er der de seneste år kommet øget fokus på, hvordan ressourcerne bruges.

Udviklingen er de seneste 10 år gået fra et udbudsstyret til et efterspørgselsstyret sundhedsvæsen, hvilket giver nye udfordringer for planlægning af produktion og økonomistyringen på hospitalerne (DSI, 2010, s. 23, Vrangbæk, 2007 og Pedersen, 2006).

En af målsætningerne i sundhedsvæsenet er at skabe mest mulig sundhed for de ressourcer, som anvendes, hvilket skal opnås via hensigtsmæssig prioritering og effektiv drift (Vrangbæk, 2007, s. 15). Det har den økonomiske incitamentsstyring for hospitalsvæsenet sat fokus på specielt ved hjælp af takststyringens øgede betydning.

Budgetadfærden er sekventiel, idet økonomiaftalen mellem Finansministeriet og Danske Regioner fokuserer på, hvad der skal prioriteres i det kommende år i det danske hospitalsvæsen og dermed også på Herlev Hospital. Eksempelvis var fokus i 2008 personalemangel, mens det i 2010 handlede om helt andre forhold: budgetoverskridelser.

Region Hovedstaden lægger Herlev Hospitals budget med input fra såvel økonomiaftalen som hospitalets direktion, således at der også tages højde for kendte ændringsforhold for budgetåret. Der er to budgetter: driftsbudgettet og præstationsbudgettet. Præstationsbudgettet afhænger af foregående års aktivitet tillagt 2 % ufinansieret produktivitetsøgning.

Ressourceknaphed har en fremtrædende rolle for budgetlægningen på Herlev Hospital. Hvilket betyder, at institutionen i høj grad benytter sidste års fakta for næste års budget. Det medfører problemer i 2009, da hospitalet modtager 17 afdelinger.

Inkrementalistisk håndtering af ressourceknaphed har været anvendt i mange år, men da mulighederne for besparelser er ved at være opbrugt, bevæger Herlev Hospital sig over i **management fasen** de seneste år. Nu forsøger Herlev Hospital at sikre produktivitet ved eksempelvis at fremrykke hospitalsplanen. Besparelserne i 2011 skal indføres ved at fremskynde hospitalsplanen yderligere, så Herlev Hospital hjemtager de nordlige kommuner før tid (Region Hovedstaden, Budget 2011-2014).

Med hospitalsplanen sigter Region Hovedstadens og dermed Herlev Hospital mod **den strategiske fase**, der først forventes at blive stabiliseret, når hospitalet er udbygget som forventet i 2017³⁰. Herlev Hospital er et af regionens fire områdehospitaler.

Denne strategiske fase udfordrer budgetprocessen, idet forudsætninger for budgettet til tider ændres i løbet af året. I forbindelse med fusioner flyttes dele af såvel drifts- som præstationsbudget, opgørelsen heraf kaldes udligningsregnskabet, og kan medføre en del uenighed mellem hospitalsdirektionerne på det afgivende og det modtagende hospital.

³⁰ Herlev Hospital skal udbygges for 2,4 mia. kr. bevilget efter indstilling fra regeringens ekspertudvalg.

Der er eksempler på, at udligningsregnskabet først er kommet på plads op til 9 måneder efter den reelle flytning har fundet sted, hvilket medfører manglende mulighed for at følge op på produktionen i forhold til budgettet.

Hospitalets aktivitet afregnes ved hjælp af DRG-takster, som udtryk for den aktuelle produktion. Hospitalerne indberetter til landspatientregisteret i form af diagnose og behandlingskoder. Det er en lægelig opgave at registrere aktiviteten, men det kan være svært at sikre korrekt registrering, så kun reel aktivitet inddrages. Både under- og overregistrering kan forekomme ifølge hospitalsdirektøren. Et af de ledende overlægers kritikpunkter er, at takstafregningen går til hospitalet og ikke direkte til afdelingen.

Besparelser i hospitalsvæsenet har en vis synlighed, da konsekvenserne kan blive længere ventetider, eller enkeltsager i pressen til fordel for patienter med specielle eller livstruende sygdomme. Dette understreges af, at vores informanter er klar over, hvad der er i mediernes søgelys. De forventer ikke at komme på avisernes forside, fordi der ligger en masse ældre medicinske patienter på gangene, men til gengæld frygter de negativ presseomtale, hvis behandlingsgarantien ikke overholdes for en kræftpatient. Den førte udgiftspolitik er med til at prioritere, hvordan den altruistiske adfærd bør være.

Politisk er det udvidede frie sygehusvalg indført for at nedbringe ventelisterne (Bertel Haarder i Altinget Sundhed 15. september 2010). Det er et eksempel på, at den førte udgiftspolitik kan være i konflikt med budgetlægningen, idet ordningens bagside kan være en øget aktivitet af ikke nødvendige indgreb. Men ingen tør tage skridtet og begynde at prioritere i patienternes ret til behandling³¹.

Den økonomiske styringsmodel giver i sin egen logik incitament til budgetoverholdelse for såvel direktionen som afdelingsledelserne på Herlev Hospital. Hospitalet skal nemlig levere ydelser svarende til præstationsbudgettet (baseline), før det får del i de ekstra statslige aktivitetsmidler, og aktivitet over baseline vil kun blive afregnet med 50 % af DRG taksten. Fra 2011 vil aktivitet udover baseline kun blive afregnet efter konkret forhåndsgodkendelse, så der strammes betydeligt op som konsekvens af budgetoverskridelserne i 2009. Der er således tale om, at takststyringen fungerer indenfor en fast budgetramme.

De kvartalsvise rapporter giver regionen og hospitalsdirektionen en idé om, hvordan Herlev Hospitals aktivitet og driftsomkostninger ligger i forhold til budgettet. Dog kan hospitalet mangle

³¹ Økonomaftalen 2011 indeholder dog aftale om kulegravning af fedme og rygoperationsområdet.

overblik over, hvordan uforudsete påvirkninger som uplanlagte fusioner vil spille ind på de afdelinger, som modtager såvel patienter som personale, hvis udligningsregnskabet ikke gøres op i tide.

Budgetoverskridelser er svære at undgå, hvis der ikke følges op i løbet af året. Man mangler information om den faktiske udgiftsramme og aktuelle facts, fx som følge af ufuldstændige og forsinkede indberetninger og ledelsesinformationssystemer, der ikke er målrettet til afdelingsledelserne.

Danske Regioner ønsker øget fokus på prioritering og fremhæver ved interviewet, at ordet "prioritering" er gentaget mange gange i økonomiaftalen for 2011. De skriver, at de regionale modeller for takststyring giver mulighed for at prioritere bestemte typer behandlinger, og dermed kan regionerne regulere aktiviteten inden for udvalgte områder (Danske Regioner, Styr på Regionerne, 2010, s. 15). Med det frie udvidede sygehusvalg er prioriteringsmulighederne dog ret teoretiske.

5.1.2 Delkonklusion - Rationalet i den overordnede styringsramme

Den overordnede styringsramme beskrevet i kapitel 4 og nu sammenholdt med den overordnede styringsmodel udgør baggrunden for den efterfølgende brede forklarende analyse.

Herlev Hospital er, med den fremskyndede hjemtagning af Hospitalsplanens optageområde Midt, nu i managementfasen. Regions- og hospitalsdirektion ser hospitalet på vej mod en mere stabil strategisk fase, der dog først realiseres, når Hospitalet er færdigudbygget i 2017.

Takststyring giver incitamenter til øget aktivitet, men for at udgifterne ikke skal løbe løbsk, er der lagt et loft for udbetaling, som skal sikre at budgetrammen overholdes.. Med andre ord, der er indlagt en bremse for aktiviteten i takststyringsmodellen, så hospitalsvæsenet er fortsat rammestyret. Det er ikke muligt at producere sig ud af økonomiske problemer, da meraktivitet fra 2011 kun finansieres efter forudgående aftale. Såvel takstafregningen som driftsomkostningerne ved at producere mere aktivitet kommer fra samme offentlige kasse.

Konkurrerende styringstiltag kan imidlertid give anledning til overskridelse af hospitalets præstationsbudget. Forbedrede patientrettigheder i form af pakkeforløb for kræft og hjerte og udvidet frit sygehusvalg sætter aktiviteten op uden hensyntagen til budgetoverholdelse. Herlev Hospital ønsker ikke at ende på avisernes forside for manglende behandling, som pt. antages politisk korrekt, hvorfor de efterlever den givne lovgivning. Budgetoverholdelse kan også blive

uoverskuelig på grund af ufuldstændige og forsinkede registreringer, ikke operationelle ledelsesinformationssystemer samt uafklarede fordelingsbudgetter efter fusioner.

Den økonomiske styringsramme kan betragtes som principalens valg af agentens univers, men hvordan vores aktører vælger at handle i dette univers er ikke entydigt, hvilket bringer os over i den næste del af analysen.

5.2 Anden delanalyse - Hvordan handler aktørerne indenfor de givne institutionelle rammer?

Vores analyse tager udgangspunkt i de teoretiske redskaber udredt i vores analysemodel, hvor vi bevæger vores aktørperspektiv fra en regulativ over i en mere normativ tilgang. Vi ønsker at undersøge hvordan de ledende overlæger, hospitalsdirektionen og Region Hovedstadens direktion handler inden for de givne rammer, som vi beskriver ovenfor i første delanalyse.

Analyserne er opbygget med henblik på at undersøge arbejdshypoteserne. Vi analyserer først den skriftlige empiri i form af, hvad andre har skrevet, og dernæst hvad de kvalitative interview bidrager med. Afslutningsvis vil vi summere over arbejdshypotesen.

5.2.1 Takststyring i et konsekvenslogisk perspektiv – Principal Agent teori

Undersøgelse af arbejdshypotesen:

H1 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen tilskyndes af takststyring til øget aktivitet

Med takststyring forventer man at opnå højere aktivitetsniveau og produktivitet, øget fokus på opfyldelse af produktionsmål og større omkostningsbevidsthed uden at kvaliteten påvirkes (Pedersen, 2006, s. 10).

DSI rapporten ” Økonomi og styring i sygehusvæsenet” (juni 2010) omhandler blandt andet regionernes underskud i 2009, som fremkom på trods af en væsentlig aktivitetsfremgang, der var større end budgetteret. Rapporten beskriver DRG-afregning, som den hidtil bedste afregningsform, hvis pengene skal følge sygehuspatienterne. DRG-systemet har dog en række uhensigtsmæssigheder, som kan give styringsproblemer for sygehusøkonomien (DSI, 2010, s. 10).

Debatseminaret, som DSI afholdt 15. september 2010, tog udgangspunkt i ovennævnte rapport, og her udtalte en kontorchef fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet sig om sygehusvæsenets manglende styring:

”Der er en klar rollefordeling, idet Staten stiller penge til rådighed, regionerne skal overholde indgåede aftaler og Sygehusene skal overholde deres budgetter. Vi [Staten] har gjort hvad vi skal – vi stiller hvert år flere penge til rådighed... Der er behov for at tale prioritering!” (Kontorchef, Indenrigs- og sundhedsministeriet)

Herved understreger han klart sin statslige principalholdning overfor regionerne som agenter.

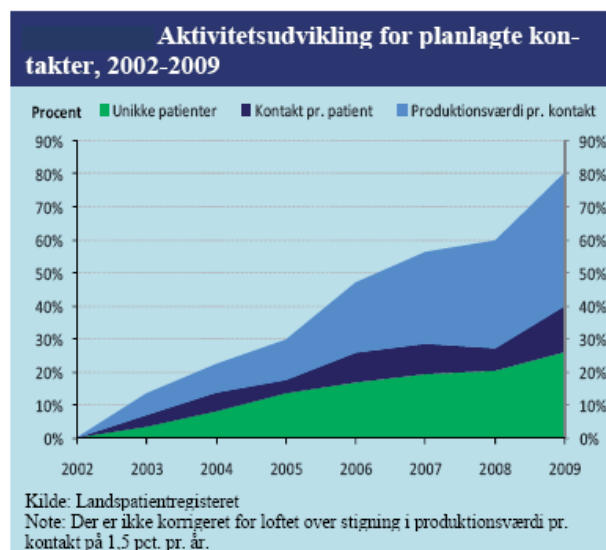
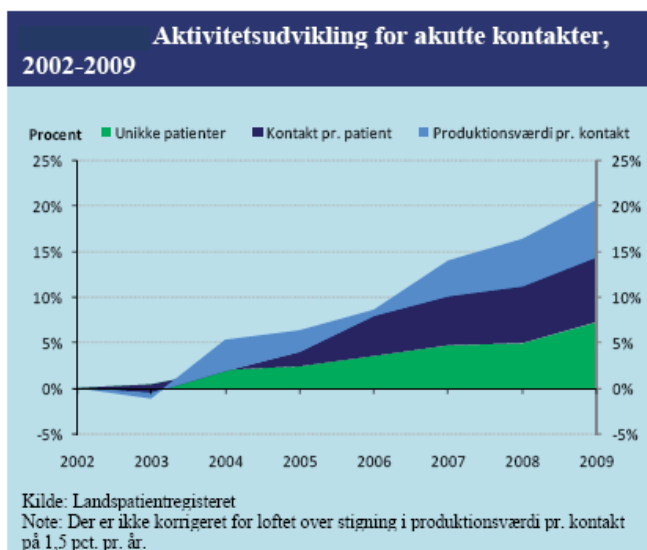
Af rapporten fremgår flere principal-agent relationer tydeligt, og såvel økonomiaftalen, budgetter og takstafregning beskrives som de styringsmæssige incitamenter, der skal til for at principalen kan opnå sine mål om økonomistyring i sygehusvæsenet. Takststyringen kunne tilskynde til indikationsskred, så der udføres operationer på flere patienter, der tidligere blev sendt til diætist eller fysioterapeut. Danske regioner og staten har aftalt at forholdene omkring fedme- og rygoperationer skal kulegraves (Økonomiaftalen 2011).

Økonomiaftalen 2009 havde specielt fokus på, at man skulle øge produktiviteten og indeholdt formuleringer som opfordrede til, at der skulle produceres:

”Udfordringen er at få afviklet den pukkel, der er opstået som følge af konflikten [i 2008], så hurtigt som muligt og på en økonomisk forsvarlig måde” (Økonomiaftalen 2009, s. 2).

Indenrigs- og sundhedsministeriets rapport ”Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet” fra juni 2010 beskriver, at produktionsværdien, som angiver værdien af den udførte aktivitet i sygehusvæsenet, er steget med 53 % i perioden 2002-2009. Over halvdelen af denne vækst skyldes, at behandlingsudgiften per patient er vokset, hvilket primært forklares ved, at hver sygehuskontakt er blevet dyrere, men også at der er flere kontakter per patient (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2010, s. 5-7 + 29).

Det planlagte område bidrager med en større stigning i produktionsværdien per kontakt end det akutte område. Det akutte område har omvendt en større andel af den aktivitetsudvikling, som forklares ved flere kontakter per patient. Derudover har den ambulante behandlingsaktivitet haft en væsentlig stigning (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2010, s. 13-15). Se grafer nedenfor.



Figur 8 (Kilde Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2010, s. 14)

Rapporten beskriver at 40 % af den øgede aktivitetsudvikling fra 2002 til 2009 kommer fra indsatsområder som kræft og livstruende hjertesygdomme (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2010, s. 6), hvilket er en synliggørelse af den politiske prioritering på netop disse indsatsområder.

Af aktivitetsrapporten kan det tyde på, at takststyring har haft en indflydelse på hospitalernes adfærd, således at takststyring har påvirket udbydere til reel øget aktivitet, men også til at indkalde patienter flere gange eller til at registrere mere klinisk korrekt end tidligere.

Interviews

Vores informanter har forstået budskabet med takststyring og er enige om, at formålet er at give incitament til at der laves mere på hospitalerne og afdelingerne. Hospitalsdirektøren husker tydeligt indførelsen af takststyringen:

*”Da man gik fra rammestyling til takstfinansiering, oplevede jeg det virkelig som en revolution. Mange afdelinger var lynhurtige til at omstille sig. Der blev virkelig sat ting i gang. Lige pludselig kunne man få penge for det, man gerne ville lave”
 (Hospitalsdirektør).*

Takststyring gør det muligt for de kirurgiske afdelinger, at planlægge deres produktion, så de honoreres for den ekstra indsats. Dette gælder for hofteproteseoperationer, som er nemme

operationer med et standardforløb. Her kan man planlægge ud fra gevinsten, da udgiften til protesen kun udgør 1/12 af DRG-taksten (Ledende overlæge kirurgisk afdeling).

Andre informanter oplever, at det kan være svært at planlægge aktiviteten. Man ved ikke hvor megen aktivitet, der skal ydes og hvornår behovet indtræffer. Denne usikkerhed er problematisk i forhold til at påvirke den reelle aktivitet, specielt for afdelinger med megen akut aktivitet, så som skadestue og medicinske afdelinger. Hospitalsdirektøren fortæller:

*”Jeg har jo også siddet med afdelinger, der næsten pr. definition er rammestyrede. Det er fx akutte afdelinger, hvor 80-90 % af patienterne kommer med blå blink. Der nytter det ikke noget at sige, at man udvider. Det kan man slet ikke styre”
(Hospitalsdirektør).*

Principal-agent forholdet spiller ind mellem Hospitalsdirektionen og afdelingsledelsen, og afdelingens præstationsbudget udgør en kontraktlignende aftale mellem de to parter. Direktionen forventer i sin rolle som principal, at afdelingen vil agere i henhold til at overholde budgettet. Der er eksempler på at afdelingsledelsen tilgodeser direktionens mål, om at budgettet skal holdes og holder fast i planlagt aktivitet. Takststyring virker som forventet:

”Budgettet er sat efter produktionen. Der er nogen, der forsøger at aflyse de elektive [patienter] for at få nogen flere akutte på, men her holder jeg fast i, at de elektive skal opereres. De giver god indtjening. De akutte bliver opereret, mens de elektive, vi tager af, dem mister vi indtjeningen på” (Ledende overlæge kirurgisk afdeling).

Men afdelingsledelsen kan også til tider have et andet mål end hospitalsdirektionen:

”Hver måned får vi at vide, hvor mange procent vi ligger forud eller bagud. Det er en fordel for os selv at have fat i tømme. Vi kan jo selv skrue ned. Vi er på 111 % af det de forventer af os. De kommer og roser os, I havner jo på 115 %, men jeg siger nej, vi havner på 100 %” (Ledende overlæge medicinsk afdeling).

Man kan tolke rationalet i afdelingslederens udtalelse som, at han ikke ønsker at bidrage med mere aktivitet end oprindeligt aftalt på trods af, at hospitalet som helhed ville kunne hjælpes af denne afdelings ekstra aktivitet. Afdelingslederen deler altså ikke hospitalsdirektionens målsætning.

Rationalet med takststyring får ikke helt den ønskede effekt i principal-agent forholdet, det skyldes blandt andet den asymmetriske information mellem parterne, men også at takstmodellens udformning påvirker afdelingslederens adfærd.

I 2009 oplevede Region Hovedstaden i sin rolle som principal, at Herlev Hospital, som udførende, ikke levede op til de udstukne retningslinjer i form af budgettet. Regionen blev ligefrem overrasket, da man fandt ud af, at Herlev Hospital ved kvartalsmøderne i 2009 gav forklaringer på løbende budgetoverskridelser, som i sidste ende ikke var de egentlige forklaringer.:

”Der blev fremlagt for os en plan før sommerferien [2009] om, hvordan Herlev kunne komme ud af året og begrænse overskridelserne til 25 millioner. Vi fik regionsrådet til at give en merbevilling på 25 mil. kr. i tiltro til den fremlagte handlingsplan. Vi kunne efterfølgende konstatere, at handlingsplanen ikke var blevet gennemført. Dvs. tingene foregik på en anden måde, end det der var blevet aftalt” (Koncerndirektør).

Der var således tale om asymmetrisk information mellem principal og agent, idet Region Hovedstaden ikke havde fuld information om den faktiske situation på Herlev Hospital, hvilket hæmmede regionens kontrol over økonomistyringen. Vi har dog i interviewene med de ledende overlæger og hospitalsdirektionen fået et mere nuanceret billede af forholdene i 2009, hvor regionen lovede Herlev Hospital penge til indførelse af kræftpakker i tiltro til, at regeringen ville bevilge midler ved indførelsen, men bevillingen levede langt fra op til forventningerne og det lovede beløb, og Herlev Hospital havde ansat personalet, da beløbets faktiske størrelse blev kendt. Perspektivet i Principal-agentforholdet er her meget forskelligt.

Flere aktører udtaler sig som principaler, og fralægger sig samtidigt ansvar for opgaverne. Ved DSI debatmødet udtaler kontorchefen fra Sundhedsministeriet, at der er bevilliget rigeligt med midler til hospitalerne, og regionerne bare skal overholde budgetterne. Danske Regioner er som interesseorganisation opmærksomme på at regionerne risikerer at få et kort liv, hvis ikke de kan styre hospitalsøkonomien (interviewoplysning), og økonomidirektøren i regionen ser det som sit ansvar at levere budgettet, mens hospitalsdirektionerne blot har at overholde det. Det ansvar anerkender hospitalsdirektøren, der dog er langt mere reflekteret over de vanskeligheder, der ligger i opgaven.

I et konsekvenslogisk perspektiv bør hospitalet eller afdelingen, stoppe deres produktion, når indtjeningen ved at behandle ikke dækker omkostningen ved at behandle. Men hospitalet kan ikke bare lukke ned for produktionen. Hospitalsdirektøren på Herlev opridser problemerne med at skulle levere i døgndrift med uforudsigeligt indtag af akutte patienter:

”Som udgangspunkt er vi jo generelt takststyrede. Alt hvad vi laver er DRG belagt. Dermed ikke være sagt, at vi er ude på et fuldstændigt frit marked. På et frit marked kan man jo som leverandør vælge, om man vil levere. Vi skal jo levere. Jeg tænker ikke mindst på de akutte patienter. I kan jo ikke sige, i dag vil I kun have 5 fødsler” (Hospitalsdirektør).

Summering

Aktiviteten er øget med 53 % i perioden 2002-2009. Incitamentet til øget aktivitet virker, når taksten honorerer behandlingen godt. Denne form for motivation kan være tidsbegrænset, da taksten vil falde det efterfølgende år, hvis den lavere omkostning er en tendens for hele landet.

Herlev Hospital overskred i 2009 præstationsbudgettet med 6,3 %³², hvilket blandt andet kan skyldes agenternes fortolkning af Økonomiaftalen 2009, som jo udtrykkeligt indeholdt et ønske om øget produktivitet.

Takstsystemet bidrager til at de ledende overlæger fokuserer på øget produktion, dog ikke altid indenfor det givne budget. Takststyring understøtter de ledende overlægers mål om at opnå høj aktivitet, men er i konflikt med deres mål om ikke at overskride præstationsbudgettet.

Såvel afdelingsledelsen som hospitalsdirektionen vælger i den udførende rolle, at følge politikernes prioriteringer frem for at leve op til budgettet. Der er altså tale om en interessekonflikt, idet målet om at behandle patienterne synes at være stærkere end målet om at overholde budgettet.

Takststyringen understøtter ikke nødvendigvis det konsekvenslogiske rationale om at opnå mere sundhed for de samme penge. Hvis flere patienter opereres for lidelser, de var bedre tjent med at få diætist eller fysioterapeutisk behandling for, kunne der ligefrem være tale om mindre sundhed. Når behandlingsudgiften til den enkelte patient stiger, og den enkelte patient har flere sygehuskontakter end tidligere, kan det være, fordi flere patienter har et mere sammensat sygdomsbillede, men det kunne også tænkes at de flere sygehuskontakter per patient havde noget med DRG tænkning at gøre. Det vil vi belyse nærmere i den næste delanalyse.

Takststyring i et sundhedsøkonomisk rationale tilskynder til øget aktivitet, incitamentet virker, og nedenstående arbejdshypotese kan bekræftes:

H1 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen tilskyndes af takststyring til øget aktivitet.

³² Kalkuleret ud fra data i Region Hovedstadens årsregnskab 2009, s 42

Men om takststyringen er den eneste årsag til aktivitetsøgningen kan diskuteres. For at vurdere hvordan aktørerne influeres af andre konkurrerende styringstiltag i forhold til budgetoverholdelse vil vi i det følgende afsnit inddrage budgetadfærds- og beslutningsteorier, hvor man går skridtet videre og taler om aktørernes begrænsede rationalitet.

5.2.2 Budgetadfærdsteori

Undersøgelse af arbejdshypotesen:

H2 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen bruger forvrængningsmetoder, når de oplever budgetter som unfair.

Motivationen til budgetoverholdelse påvirkes af rammerne omkring budgetlægningsprocessen og budgetopfølgningen. Vores aktører i ledelseskæden forventes at være mere motiverede til overholdelse af budgettet, når de oplever at budgettet er fair, og hvis de har været inddraget i budgetlægningsprocessen.

Indenrigs- og sundhedsministeriet er klar over, at takststyring giver incitament til at ambulante besøg og kontroller, som principielt kunne foretages samme dag, spredes over forskellige dage. Dette incitament skyldes bl.a. at sygehusene takstafregnes for hver sygehuskontakt som led i regionernes takststyring af sygehusene (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010, s. 30).

Interviews

På Herlev Hospital inddrager hospitalsdirektionen afdelingslederne, ligesom Region Hovedstaden inddrager hospitalsdirektionen, hvilket burde føre til bedre indsats for overholdelse af budgettet (Birnberg 1983). Hospitalsdirektøren beskriver budgetlægningsprocessen:

"Budgettet vedtages jo af vores politiske ledelse Regionsrådet. Budgettet tager jo typisk udgangspunkt i indeværende års budget, og så ser man på, hvad bringer regeringsaftalen³³, og hvad er der i øvrigt sket af budgetændringer undervejs i det foregående år og derudaf fremspringer der så en ramme - dels på udgiftssiden, og der ved vi jo at den går nedad, og dels på indtægtssiden altså præstationsbudgettet. der tager man så udgangspunkt i, hvad har man opnået i år, hvortil der lægges 2 % på det næste år... vi [har] selvfølgelig mulighed for at komme

³³ Økonomaftalen mellem Finansministeriet og Danske Regioner.

med vores forslag og ønsker Præstationsbudgettet halter altid noget bagefter, fordi man først skal se, hvad der er produceret i [det forgangne] år. Vi har faktisk været ude for at være et halvt år inde i året, før vi kendte det endelige præstationsbudget ... Vi har selvfølgelig en fornemmelse af, hvad der skal præsteres, og det, vi gør som direktion, er at vi drøfter præstationskravet med hver enkelt afdeling. Vi holder månedlige økonomimøder, og der forsøger vi at skyde os ind på, hvad er rimeligt" (Hospitalsdirektør).

Eksistensen af dialog mellem hospitalsdirektion og afdelingsledelser medfører større incitament til at efterleve budgettet. Men deres egentlige indflydelse kan dog opleves begrænset, da de overordnede økonomiske rammer for budgettet er fastlagt ud fra økonomiaftalen.

Budgetlægningen er samtidig præget af inkrementalisme, idet det er nemt at tage udgangspunkt i sidste års budget. Hermed undgår man store afvigelser, der kan skabe konflikter mellem de budgetansvarlige aktører, som til enhver tid vil foretrække mere frem for mindre, hvis man antager rationel adfærd.

Økonomidirektøren i Region Hovedstaden beskriver, at regionen har månedligt dialogmøde med hospitalsdirektionen for at følge op, høre om udviklingstrenden og om det planlagte kan finansieres indenfor budgetrammen. Dertil er der strammet op i rapporteringen.

Økonomistyringen er dermed blevet meget mere detaljeret, og der er løbende opfølgning i fht. præstationsbudgettet. Det svarer til at sygehusene styres efter simple mål med høj præcision i de underliggende data. Den fagprofessionelle opfattelse af patientforløbene, som individuelle og komplekse, er dermed økonomisk og ledelsesmæssigt reduceret til forhold, der svarer til en simpel produktionslinje.

Takststyring har konsekvenser for afdelingerne både ved for lav aktivitet (reduktion i budgettet) og ved for høj (ufinansieret krav om vedvarende produktionsøgning fremover), og afdelingsledelserne vil naturligvis have fokus på at ramme præstationsbudgettet så præcist som muligt.

Region Hovedstadens hospitalsplan har som tidligere nævnt resulteret i en del fusioner, der kan rumme uoverensstemmelser mellem hospitalerne/afdelingen og regionen.

"Der er ingen tvivl om, at det er vanskeligt at styre økonomi under store omlægninger. Det stiller større krav til økonomistyring, end hvis du har en jævn drift. Det betyder rigtigt meget, og det er i sådanne omstillingsprocesser, at der er meget, der kan gå galt, og som også er gået galt" (Koncerndirektør).

Fusioner fylder meget i vores informanternes forklaringer om budgetoverskridelser i Region Hovedstaden. Økonomistyringen omkring fusioner kan være meget kompleks. Det handler om hvor mange penge og hvor megen aktivitet, der skal følge med fra den afgivende til den modtagende afdeling. Afdelingslederne eller hospitalsdirektionen kan vælge at benytte forvrængningsmetoder (Birnberg), eksempelvis hvis afdelingen oplever, at budgettet er unfair, hvis de er blevet pålagt ekstra aktivitet, uden at der følger nok penge med til opgaven.

Vi oplever, at aktørerne agerer ved spil og påvirkning, hvorved information manipuleres, så den passer til egne formål. Et eksempel på spil er, når den medicinske afdelingsleder forsøger, at tilpasse sin afdeling eller sit hospital til takststyringen ved at ændre på registreringerne, så patientforløbene udløser højere DRG takster.

”På ambulatoriet kommer de ind til enkeltydelser, hvor vi sagtens kunne lave pakkeforløb, men det gør vi ikke. I stedet for et besøg får de tre. Det er jo idioti... i hvert fald de første 3-4 kunne man lave på samme dag. Hvis vi gør det, får vi kun for et fremmøde plus en undersøgelse. Så derfor må kørselsafdelingen betale transporterne frem og tilbage, så synes patienterne måske det er lidtvi skal jo producere nogle DRG point. Det gør vi så ved at lade folk komme til små ting, der tæller hver gang” (Ledende overlæge på medicinsk afdeling).

Denne form for aktivitet er uhensigtsmæssigt spild af både patienten og sundhedspersonalets tid, men registreres som øget aktivitet. Et mildere eksempel er at omlægge fra ambulante til indlagte forløb, hvor det er reelt:

”Vi har også lavet daghospital for at få nogle flere kroner, vi får for lidt i vores ambulatorium. Hvis vi har nogle patienter, der er lidt tunge, så får vi 10 gange så meget per patient” (Ledende overlæge på medicinsk afdeling).

Spil finder altså sted, når man har ensidig fokus på opfyldelse af præstationsbudgettet og ikke på den egentlige opgave, en handling der sjældent er i patientens eller hospitalets interesse.

Region Hovedstadens koncerndirektør beskriver Herlev Hospitals brug af påvirkning:

”Noget af det der gjorde det svært omkring Herlev var, at vi fik en forklaring på overskridelserne om foråret og en anden forklaring på overskridelserne i efteråret. For om efteråret i august var forklaringen, at det var alle de medicinske patienter, der var kommet til. Hvor forklaringen før sommerferien var noget andet. Og så blev vi

*nødt til at grave os ned i hvad der kunne være oppe og ned på det her”
(Koncerndirektør).*

Den ledende overlæge benytter non-accounting ledelsesstil, når han med sin professionelle baggrund styrer efter mål og værdier frem for konkrete budgetmål.

Koncerndirektionen i Region Hovedstaden veksler situationsbestemt mellem forskellige ledelsesstilarter. De benytter non-accounting anvendelse af budgetinformation, når de midt i 2009 indstiller til regionsrådet at acceptere budgetoverskridelse fra Herlev Hospitals side. De argumenterer med, at hospitalet er nødt til at modtage patienter fra afdelinger på andre hospitaler, der bliver ramt af personaleflugt, efter at det er blevet besluttet, at de skal nedlægges som følge af hospitalsplan 2007. Koncerndirektøren mener, at fusionsdiskursen er vigtigere end budgetoverskridelserne på dette tidspunkt og styrer efter disse mål og værdier i stedet for de konkrete budgetmål.

*”Men vi lagde åbent frem for vores politikere i sommeren, at det tegner til en overskridelse, så det var de fuldt opmærksomme på. Vi anbefalede at i og med at vi var i en turbulent periode, så skulle man ikke gå ud og lave nye spareplaner for året. Det ville efter vores mening være uhensigtsmæssigt at bryde de processer, der var i gang. Der var så nogen af de processer, der så ikke var i gang, sådan som vi havde fået det fortalt og stillet i udsigt, og det gjorde så at resultatet blev noget værre”
(Koncerndirektør).*

Region Hovedstaden udviser senere på året *budget constrained* ledelsesstil, når Herlev Hospital vurderes med særligt fokus på de negative budgetafvigelse ud fra kortsigtede budgetmål. Regionen vælger at se på budgetoverskridelsen momentant, på trods af at de accelererede fusioner får en del af skylden set med Herlev Hospitals øjne. Fusionerne er en del af den langsigtede hospitalsplan, hvor effekten først ses, når situationen igen er stabil, hvilket kan tage år.

På afdelingsniveau modtager man månedlige rapporter, om hvor afdelingen ligger i forhold til både drifts- og præstationsbudget. En ledende overlæge kommenterer sine opfølgingsmuligheder:

”Det er så OK for mig. Men hvis du skal ind og se, hvor meget de enkelte afsnit bruger, så kan man ikke se det. Der er ingen tvivl om, at det kan blive meget bedre det der WEBLIS [Herlev Hospitals ledelsesinformationssystem]. Det er stadigvæk meget groft. Det er ligesom om du kan se, at du har brugt de der penge, men hvad de er blevet

brugt til det, det er lidt sværere at se. Man kan godt gå ind for læger og grupper, men det er et kæmpe arbejde, for man skal gå ind og lægge det ind i excel regneark ved siden af og det tager let 1 eller 2 dage. Nogen gange tager jeg ned i økonomiafdelingen, men jeg prøver selv at gøre det...” (ledende overlæge kirurgisk afdeling).

Afdelingsledere er hybridledere, dvs. delt mellem både fagprofessionelle og ledelsesmæssige opgaver. De er ikke talknuser, og dermed ikke oplært til at analysere store datamængder, hvilket stiller krav til at datamaterialet, som stilles til rådighed for deres økonomiske styring af afdelingens aktivitet, skal være tilgængeligt i et umiddelbart brugbart set-up.

Dertil skal det siges, at afdelingslederne bliver bedre til at registrere den faktisk afholdte aktivitet, der måske tidligere ikke blev registreret korrekt. Afdelingsledelsen opfordrer deres kolleger til klinisk meningsfuld kodning. Begge de ledende overlæger, vi interviewede, læser afdelingens udskrivningsbreve igennem for at sikre, at afdelingen bliver krediteret for faktisk afholdt aktivitet.

”En lille ting er jo epikriserne³⁴. Jeg forventer at alle overlægerne er fuldstændigt inde i hvilke diagnoser, der giver mest og er korrekte. Jeg læser alle de yngre lægers og afdelingslægeres epikriser igennem og sætter nye diagnoser. Det er 2/3 af alle 2.500 vi har indlagt om året. Jeg har regnet ud, at jeg tjener mellem 3 og 5 millioner..” (Ledende overlæge på medicinsk afdeling).

Summering

Det kan bemærkes, at såvel afdelingsledelse som hospitalsledelse inddrages i budgetprocessen. De er dog underlagt en politisk styret organisation, hvor de økonomiske rammer fastlægges i økonomiaftalen. Regionen er ikke selv skatteudskrivende, hvilket begrænser muligheden for at påvirke regionens egen økonomi. Budgettet tilrettes løbende, og præstationsbudgetterne, der fastsættes inkrementalistisk efter sidste års resultat plus mindst 2 % ligger først fast flere måneder inde i det aktuelle år.

Herlev Hospital oplevede konsekvenslogikken, da tidligere hospitalsdirektør måtte forlade sin stilling, som følge af de store budgetoverskridelser i 2009. Hermed blev såvel hospitalsdirektionen som afdelingslederne opmærksomme på, at manglende budgetoverholdelse kan have konsekvenser.

³⁴ Udskrivningsbreve, der opsummerer indlæggelsen med diagnose- og behandlingskoder, der bliver indberettet til Landspatientregisteret.

Budgetadfærd i form af informationsforvrængninger finder sted på Herlev Hospital, hvilket vanskeliggør økonomistyringen og dermed budgetoverholdelsen. Manglende informationer, om hvordan det virkelige billede ser ud, medfører uheldige ledelsesbeslutninger, som ikke hjælper til genopretning af økonomien. Den ledende overlæge oplever, at han agerer rationelt ud fra takststyringsrationalet, men den form for aktivitet giver, hverken rationel produktivitetsøgning ud fra en konsekvens- eller en normlogik.

Eksistensen af dialog mellem hospitalsdirektion og afdelingsledelser medfører større incitament til at efterleve budgettet. Men deres egentlige indflydelse kan dog opleves begrænset, da de overordnede økonomiske rammer for budgettet er fastlagt ud fra økonomiaftalen.

Budgetlægningen er samtidig præget af inkrementalisme, idet det er nemt at tage udgangspunkt i sidste års budget. Hermed undgår man, at store afvigelser, skaber konflikter mellem de budgetansvarlige aktører, som til enhver tid vil foretrække mere frem for mindre, hvis man antager rationel adfærd.

Fusionsprocesserne præger verden for vores informanter og bringer stor usikkerhed ind i budgetprocessen, da man ikke har tilstrækkelig budgetinformationer i forhold til de ændrede vilkår i løbet af året. Desuden er et mere generelt problem at ledelsesinformationssystemerne fungerer sub-optimalt pga. manglende detaljeringsgrad til løbende budgetopfølgning.

Endvidere kan spil og påvirkning vanskeliggøre økonomistyringen, når hospitalsdirektionen og koncerndirektionen modtager forvrængede oplysninger.

Man kan overveje om informationsniveauet for vores aktører er godt nok til budgetlægning og budgetopfølgning. Afdelingsledere mener, at den centrale opgave med at skabe velfungerende ledelsesinformation mangler at blive løftet, mens regionernes økonomidirektører og hospitalernes økonomichefer mener, at opgaven allerede er delvist løftet (Krevi, 2009). De to forskellige syn på tilgængeligheden af velfungerende ledelsesinformation, kan skyldes at informanterne befinder sig i to forskellige verdener: den DJØFicerede og den professionelle.

De ledende overlæger er hybridledere, med en fod i hver verden. De har mange andre opgaver end økonomistyring og kan dermed have behov for lettere tilgang til relevante data, som kan hjælpe dem til bedst mulig budgetoverholdelse på afdelingen. Måske har DJØFerne ret i, at der findes ledelsesinformation, som kan bruges på direktionsniveauerne, men vores hybridledere har formentlig brug for en mere detaljeret viden for at kunne bruge informationerne til effektiv styring. Økonomiaftalen 2011 følger op på, at der skal være bedre ledelsesinformationer (Rigsrevisionen, 2010, s. 4).

Takststyringen er et meget komplekst styringsinstrument, og DRG systemet er svært at gennemskue for de ledende overlæger og andre fagprofessionelle, som vælger forvrængningsmekanismer som spil.

Vi bekræfter med udgangspunkt i den netop gennemførte analyse arbejdshypotesen:

H2 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen bruger forvrængningsmetoder, når de oplever budgetter som unfair.

For at forklare, hvordan aktørerne handler i forhold til budgetoverholdelse indenfor rammer, der influeres af mange konkurrerende styringstiltag vil vi i det følgende afsnit inddrage budgetadfærds- og beslutningsteorier, hvor man går skridtet videre og taler om aktørernes begrænsede rationalitet.

5.2.3 Aktørernes beslutningsprocesser

Undersøgelse af arbejdshypotesen:

H3 Budgetoverskridelser er organisationsmæssigt rationelle

De ledende overlæger, hospitals- og koncerndirektionerne må træffe beslutninger i forhold til de institutionelle rammer, de er en del af. Takststyring indenfor et rammebudget er blot et af de styringstiltag, de skal forholde sig til. Når der er mange samtidige agendaer, kan det være svært for dem at overskue de fulde konsekvenser af de valg, de træffer, og de vil være tilbøjelige til at støtte sig på deres tidligere erfaringer, institutionelle standarder og visioner for fremtiden.

Vore aktører er under et stigende efterspørgselspres. Regeringen vælger at (gen-)indføre patientrettigheder. Med genindførelsen af udvidet frit sygehusvalg midt i 2009 får patienterne igen rettigheder til behandling på private sygehuse på regionens regning. Ventelisterne var 60 dage før konflikten i 2008 og voksede til 80 dage efter konflikten. Først juni 2010 er ventelisterne nede på 55 dage (Danske Regioner, Erfaret ventetid, 7.9.2010).

Kræftområdet har stor politisk bevågenhed efter skandalesager nogle år forinden med lange ventetider (Politiken 19.11.2006), og jævnligt dukker nye sager op i pressen. Folketinget gør kræft til en akut sygdom. Herlev Hospital har som et af landets 6 kræftcentre i forvejen påtaget sig en øget aktivitet på grund af centralisering af kræftbehandlingen i regionen, og skal nu yderligere behandle kræftpatienterne akut. Dette betyder, at der skal være en vis overkapacitet for at kunne honorere dag til dag variationerne på henviste patienter.

Hospitalsplanen bliver fremrykket, som konsekvens af, at afdelinger, der skal nedlægges eller fusioneres, bliver affolket før tid. Den stigende efterspørgsel kommer samtidigt med manglen på hospitalspersonale og problemer med dyre vikarer optager vore aktører (Krevi, 2009, s. 15-16). Herlev må som områdehospital modtage 17 nye funktioner overvejende i form af fusioner, der ikke kan rummes i de eksisterende bygninger. Hospitalet står med både et lokalt og bemandingsproblem, der delvist løses ved at udvide dagfunktioner til ydertimerne, delvist ved at leje sig ind med udefunktioner og delvist ved at hyre vikarer (egne oplysninger).

Vore aktører har dårlige erfaringer med negativ presseomtale ved ikke at påtage sig opgaverne, mens de indtil december 2009 har erfaringer for at budgetoverskridelserne nok skal blive eftergivet, når de påtager sig flere opgaver. Kjeld Møller Pedersen påpeger som noget nyt, at der i modsætning til tidligere skal tilbagebetales det efterfølgende år, hvilket har gjort fyringer nødvendige på nogle sygehuse (DSI, 2010, s. 14). De ledende overlæger har indtil 2009 erfaring for, at budgetunderskud kan eftergives.

Interviews

Under strejken i 2008 voksede ventelisterne til planlagte operationer. Da det udvidede frie sygehusvalg bliver genindført 1.7.2009, er der et pres på de offentlige hospitaler for at øge den planlagte produktion, da regionen alternativt skal betale for at få udført behandlingerne på privathospitalerne. De ledende overlæger har øget antallet af planlagte operationer i forventning om at få tilført økonomi til dem:

"I stedet for at sidde på hænderne, og sige at de andre selv måtte lave deres patienter, så har vi bare taget imod patienterne her, og så bare lavet behandlingerne og håbet på, at vi fik budgettet efterbevilget" (Ledende overlæge kirurgisk afdeling).

Han beskriver endvidere, at der i specialet gøres meget for at sikre, at patienter, der ønsker at bruge behandlingsgarantien, får et tilbud i det offentlige, så regionen ikke skal sende pengene til privatsygehusene.

De ledende overlæger og hospitalsdirektionen er blevet vant til at øget aktivitet finansieres over meraktivitetspuljer, og selv om de ved, at der teoretisk findes en ramme, handler de vanebundet ud fra organisatorisk begrænset rationalitet, når de øger aktiviteten. Som hospitalsdirektøren udtrykker det:

"Efter "lækkeposen" kom, var budskabet gennem mange år producer, producer producer, nedbring ventetid, pengene kommer. Det blev vendt på hovedet i

*økonomiaftalen 2010, og budskabet er nu prioriter, prioriter, prioriter..."
(Hospitalsdirektør).*

Den begrænsede rationalitet bliver brugt, når målene forandrer sig. I og med at budskabet plejer at være øget produktion, beslutter den ledende overlæge og hospitalsdirektøren at øge den planlagte operative aktivitet, da det er den første tilfredsstillende løsning for afdelingen og hospitalet. Beslutningen tages ud fra konsekvenser i fortiden, hvor de har erfaring for, at øget aktivitet finansieres via meraktivitetspuljer.

Den ledende overlæges beslutning om at øge den operative aktivitet træffes uden at konsekvenserne er beregnet, da han ikke kan samle den information, der er nødvendig. Beslutningen forekommer organisationsmæssigt rationel, da beslutningstagerne har erfaring med en løbende budgetregulering og tidligere har haft succes med at øge operationsaktiviteten.

Beslutninger, der forekommer hospitalets beslutningstagere tilfredsstillende, bliver dog opfattet på en anden måde i koncerndirektionen, hvor man ikke længere vil acceptere at præstationsbudgettet³⁵ bliver opskrevet:

"der blev produceret for lidt i forholdt til, hvad man havde ansat folk til... At man nogle steder havde ansat personale til at producere mere end det, der stod i det grundbudget, man havde fået fra os. Og så havde man skrevet sit interne aktivitetsbudget op og sit interne udgiftsbudget op. Det er så også en anden ting, som vi har sagt, at den går ikke længere" (Koncerndirektør).

Han reagerer med økonomens klarhed i bagklogskabens lys, og har tydeligvis en konsekvenslogisk holdning til budgetoverskridelserne på Herlev Hospital.

Den ledende overlæge opdager, at den alvor, budgetmålene skal tages med, ændrer sig over tid. Han får nye erfaringer, der kan blive til vaner ved kommende beslutningsprocesser:

"Nu vil vi i hvert fald prioritere at overholde vores lønbudgetter.... Og så håbe på at enheder som Frederiksberg og Gentofte, som er elektive enheder... kan producere og lave den elektive produktion, der skal til" (Ledende overlæge kirurgisk afdeling).

Han retter ind og bevæger sig med ovenstående beslutning over i den mere konsekvenslogiske ende af skalaen i vores analyseramme.

³⁵ Præstationsbudgettet er det samme som aktivitetsbudgettet

Det institutionelle felt omkring Herlev Hospital afstikker betingelser for at træffe beslutningerne. Konsekvenserne af, at regionsrådet vedtager hospitalsplanen viser sig i form af, at flere afdelinger lukker før tid, og fusioner må gennemføres i accelereret tempo uden, at økonomien er afklaret. Koncerndirektøren har en vision om en bedre økonomi i regionen, når hospitalsplanen er gennemført.

"Når vi har en hospitalsplan på plads med de hospitaler, der skal være i en overskuelig fremtid, så kan vi godt køre det fornuftigt" (Koncerndirektør).

Denne vision giver ikke mening for de andre aktører, der umiddelbart oplever, at de accelererede fusioner giver problemer med økonomistyringen.

"I de sidste ca. 2 år har vi gennemført 18 hospitalsplansændringer, og de 17 af de 18 har gået en vej, sådan at Herlev skulle have eller Herlev skulle etablere. Så store flytninger giver budgetusikkerhed, og jeg vil ikke bruge udtrykket kaos, men det er en kæmpeproces... Pludselig var patienterne på Herlev, inden man var klar. Økonomien var ikke på plads... det giver selvfølgelig en kolossal udfordring for den økonomiske styring. Sådan noget koster penge i første omgang, og koster tit mange penge. Det er svært at håndtere for en organisation" (Hospitalsdirektør).

Hospitalsdirektionen og de ledende overlæger i vores case må under disse turbulente forhold træffe beslutninger på bedste beskub efter "muddling through" modellen. Beslutningstagerne er i 2009 i et felt med mange forskellige styringstiltag uden samstemmende og klare mål, hvor analysen af beslutningskonsekvenserne foregår på samme tid. De handler på baggrund af tidligere erfaringer og træffer den mest tilfredsstillende beslutning, om at tage imod patienterne fra de andre hospitaler før tid. Regionen har dog en anden vinkel på økonomien i forbindelse med fusionerne, og medinddrager hospitalsdirektionerne i ansvaret for at klare sparekravene ved fusionerne. På et spørgsmål, om der sættes penge af til, at det koster ekstra, at gennemføre fusioner, svarer koncerndirektøren:

"Nej, man skærer nogle penge ud, for der skal spares med det samme. Det er mest et krav fra hospitalerne, når vi skal lave spareplaner. Så udtrykker hospitalsdirektørerne: "nu må I for alt i verden ikke lave grønthøster, vi skal have nogle strukturelle besparelser". Og så siger vi: "Fint", og så laver vi nogle strukturelle besparelser. Og så kommer man og byder på det. Det er min erfaring, at det lige så meget er decentralt, at man har en stor optime om, hvad der kan lade sig gøre, som det er centralt" (Koncerndirektør).

Summering

Øget forbrugerbevidsthed og forbedrede patientrettigheder, øget centralisering, der sprænger de fysiske rammer på Herlev Hospital og personaleressourcer, der er en mangelvare, er nogle af de udfordringer vores aktører står overfor. Mange mål er på spil samtidigt. Hospitalsdirektion og de ledende overlæger vælger at øge aktiviteten på Herlev Hospital, før der er budget til det, da alternativet er, at patienterne står uden lokale behandlingsmuligheder.

Ifølge vore informanternes udsagn kan vi forklare, at beslutningstagerne vælger med begrænset rationalitet i forbindelse med meraktivitet og efter ”muddling through” modellen i forbindelse med de accelererede fusioner i 2009. De ser ud til at have indlejret noget organisatorisk erfaring efter de mange fyringer ved udgangen af 2009, hvilket fremover kan indleje sig som vaner. Visionen om hospitalsplanen kan repræsentere en drøm på længere sigt om mere stabile rammer i det institutionelle felt omkring Herlev Hospital.

Vi kan konkludere, at beslutninger i forhold til budgetoverskridelser kan være organisatorisk rationelle, når aktørerne må træffe inkrementalistiske ad hoc beslutninger på baggrund af mangelfuld information for at beskytte institutionens kerneopgaver. Vi kan således bekræfte arbejdshypotesen:

H3 Budgetoverskridelser er organisationsmæssigt rationelle .

Supplerende vil vi i næste delanalyse med udgangspunkt i anden adfærdsteori se nærmere på vore hybridlederens beslutningsprocesser.

5.2.4 Hybridledernes fagprofessionelle rationaler i forhold til budgetoverholdelse

Undersøgelse af arbejdshypotesen:

H4 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen påvirkes af normlogik til øget aktivitet.

De fagprofessionelle normer ligger dybt forankret i hybridlederne, hvilket fremgår af deres prioritering mellem rollerne. Ledende overlæger angav den faglige ledelsesopgave i form af faglig udvikling, evidens og klinisk udvikling som langt den vigtigste og langt vigtigere end at forene fag og økonomistyring, da Jespersen interviewede 23 administrerende overlæger (Jespersen, 2005, s. 119-131). De ser ansvaret for at sikre høj lægefaglig evidensbaseret diagnosticering og behandling, som deres vigtigste opgave.

Hybridlederen vil følge sin professionelle pligtetik³⁶ og stræbe mod at tilbyde patienterne den bedste behandling selvom det betyder, at budgetterne bliver overskredet. Hybridlederen vil gerne levere sundhedsydelser af høj faglig kvalitet, baseret på evidensbaseret forskning og innovation. De fagprofessionelle har været med til at drive væksten i hospitaler frem ved

- Medicoteknisk udvikling. Den teknologiske og medicinske udvikling gør lægevidenskaben i stand til at behandle tidligere, længere og flere patienter
- Diagnostiske tests bliver dyrere og mere komplicerede. Konventionelle røntgenundersøgelser erstattes af MR og CT skanninger
- Ny medicin, hvor billigere præparater erstattes med dyrere. Årlig vækst i udgifterne til medicin i sygehusvæsenet på 12-16 %, der fra 2000-2008 har betydet en samlet vækst på over 200 % (Danske Regioner, 2010, s. 46).

Det var en underliggende forudsætning ved indførelsen af takststyringen, at de fagprofessionelle normer ville garantere for at fastholde levering af ydelser af høj faglig kvalitet (Takststyring på sygehusområdet, 2003), (Vrangbæk, 2007, s. 28).

Llewellyn et. al. påviser, at takststyringens indførelse i England fremmer det gennemsnitlige frem for det excellente (Llewellyn & Northcott, 2005). De fagprofessionelle kan således føle at incitamentsstyringen modarbejder deres projekt for så vidt angår faglig udvikling, forskning og specialisering.

I Danmark har Kjeld Møller Pedersen et. al vist, at produktiviteten fra 1996-2004, altså allerede inden takststyringen for alvor blev indført, stiger med ca. 2 % årligt som følge af kortere liggetider og nye behandlinger udviklet med andre styringstiltag, og i høj grad ud fra fagprofessionelle normer om evidensbaseret forskning (Pedersen, 2006, kap.1). Produktiviteten stiger mest i de tidligere amter med centralsygehuse, mens amter med universitetshospitaler klarer sig markant dårligere. Det kan hænge sammen med, at universitetshospitalerne har en større andel af sjældne og komplicerede operationer og større forsknings-, uddannelses- og udviklingsaktivitet. Denne negative sideeffekt af takststyringen medfører ifølge deres interviewpersoner, at den faglige motivation og handlingsrationalitet bliver forstyrret (Pedersen, 2006, kap.1).

³⁶ den etiske form for etik, hvor man ser på om handlingen er i overensstemmelse med den gældende pligt eller bagved liggende regel.

Læger kan dog også misbruge magtpositionen. Tilskyndelsen til at øge produktionen på baggrund af økonomiske incitamenter medfører at hybridlederne er sat til at kontrollere de ansatte læger, der arbejder i både offentligt og privat regi, idet nogle mistænkes for at sætte patienter til operation på tvivlsom indikation³⁷. Denne mistanke er også rejst for læger der udelukkende arbejder på private hospitaler. Politisk har man med økonomiaftalen 2011 igangsat undersøgelser af henholdsvis fedme- og rygoperationer, da der er sket en kraftig stigning i antallet af disse operationer. Disse operationstyper udføres overvejende på privathospitaler.

Takststyring har aldrig været en del af det fagprofessionelle projekt. Som reaktion på takststyringsrapporten fra Sundhedsministeriet i 2003 advarer Lægeforeningens formand mod indførelse af "akkordløn" på sygehuse. Samtidigt udtrykker han bekymring for en skævvridning af sundhedsvæsenet, fordi økonomiske incitamenter til at øge produktionen inden for nogle områder medfører nedprioritering af andre (UFL 2003; 165 (06) s. 547). Lægeforeningen argumenterer fortsat for en differentiering i behandlingsgarantien for at sikre, at de sygeste patienter bliver behandlet først, da ordningen fortrinsvis tilgodeser patienter på venteliste til planlagte operationer.

Det udvidede frie sygehusvalg og den medfølgende øgede aktivitet har skabt meget debat i medierne om denne skævvridning af patientgrupper. Det er dog ikke en holdning sundhedsministeren deler.

".. jeg vil i øvrigt ønske, at alle, der udtaler sig om de her ting, vil være så venlige at anlægge borgernes synsvinkel på sagen. Det var af hensyn til borgerne, at vi indførte det her, fordi tingene ikke fungerede. Så har man jo lov at stille nogle krav, når man sender penge med. Hvis vi skal fratage borgerne nogle rettigheder i en situation, hvor der ikke spares noget ved at fratage dem nogle rettigheder, så er jeg imod. Men hvis man kan påvise ressourcetab og overflødige operationer, så er jeg lydhør, for det skal vi ikke have" (Indenrigs- og sundhedsminister Bertel Harder (Altinget, 15/9-10)).

Interviews

Blandt vore informanter finder vi hybridlederen, der handler som forventet med takststyringslogikken, og honorerer kravet fra politikere og patienter om øget aktivitet. Hybridlederen sørger for at afdelingen øger aktiviteten reelt og modtager meraktivitetsmidler, hvis baseline plus produktionsstigningskravet overskrides.

³⁷ betegnes indikationsskred

Produktionen øges på områder, hvor DRG taksten er gunstig, men produktionen overlades til andre, hvis det ikke er tilfældet:

”Vi har hidtil kunnet ændre lidt på indtag af ambulante patienter, så vi kunne få opereret nogle patienter, så vi fik en højere aktivitet. Hidtil har vi gjort meget for at holde en høj aktivitet. Prisen på knæ og hoftealloplasikker er faldet, så det kan godt betale sig at tage flere af dem elektivt, mens håndledsproteserne er dyrere end taksten, så det kan ikke betale sig” (Ledende overlæge på kirurgisk afdeling).

Han udtrykker endvidere bekymring for, hvordan det skal gå med afdelinger, der har mange højt specialiserede funktioner, hvor taksten ikke kan dække de faktiske omkostninger ved operationerne. Omvendt mener den medicinske overlæge, at taksterne forfordeler de afdelinger med højt specialiserede funktioner om end han senere giver udtryk for, at han godt ville have en del af funktionerne.

”I takt med at der hele tiden kommer nye specialiserede indgreb, så drejes økonomien derhen. De invasive afdelinger laver så højt specialiserede undersøgelser, så pengene altid følger med. De skærer ned på de almindelige undersøgelser Det må være DRG magthaverne eller dem der står for det” (Ledende overlæge medicinsk afdeling).

Hybridlederen kan føle sig motiveret til at prioritere ud fra økonomiske hensyn, så de planlagte patienter går forud for de akutte, idet afdelingen mister indtjening, hvis planlagte patienter aflyses og de akutte alligevel bliver opereret i vagten som den ledende kirurgiske overlæge oplyser i et tidligere citeret indlæg.

Ud fra pligtetiske hensyn vælger hybridlederne dog alligevel visse behandlinger, der er dyrere end den takst, de afregnes med, hvorfor hybridlederen fristes til at vælge en behandling, der er billigere, men medfører et dårligere patientforløb. Som den ledende overlæge for den kirurgiske afdeling udtrykker det:

Vi har f.eks. overvejet at stoppe med VAC³⁸ behandling af sår og gå tilbage til mere konventionel sårbehandling, fordi VAC behandlingen er meget dyrere end den takst vi får. Da leverandørerne hørte om det, satte de prisen for VAC ned til det halve. VAC

³⁸ Sårbehandling med skumsvamp og undertryk Vacuum Assisted Closure

behandlingen er fravalgt f.eks. på H Hospital³⁹. Over 100.000 kr. koster det, mens taksten pr besøg er omkring 3.000 kr.⁴⁰ (Ledende overlæge på kirurgisk afdeling).

Takststyringsmodellen har understøttet til at rette fokus mod at opnå aktivitet og nedbringe ventelister frem for at holde budgetterne. Vores informanter beskriver mentaliteten på hospitalerne efter strejken i 2008 ved, at der var en forståelse for, at man skulle producere i eget regi for at få ventelisterne ned. Holdningen blandt vore informanter både DJØFere og læger er, at der behandles patienter unødigt, når patienten har rettigheden til frit udvidet sygehusvalg.

Herlev Hospital er et af landet 6 kræftcentre, hvorfor indførelsen af kræftpakkeforløbene fik betydning for hospitalets økonomi.

”Opfattelsen er jo, at pengene ikke kom med i det omfang, de burde komme med. Hospitalerne er blevet presset ud i omprioriteringer. Pakkeforløbene har givet overskridelser i nogle afdelinger, fordi man skulle leve op til tidsfristerne i forløbene. Der har været stor opmærksomhed på det, og vi indberetter stadig til Sundhedsstyrelsen. Hvis ventetiden for mammacancer⁴¹ ryger fra 14 dage op til 3 uger, så kommer man på forsiden” (Hospitalsdirektør).

Langt den vigtigste forklaring på budgetoverskridelserne, som går igen blandt vores informanter, er den accelererede gennemførelse af hospitalsplanen med de mange fusioner:

”Herlev Hospital får over night to store kirurgiske afdelinger. Man udbeder sig 80 senge til dem, fordi Gentofte bryder sammen da de står uden personale. Herlev fik at vide at man skulle tage dem, og at man måtte finde ud af økonomien bagefter..”(Ledende overlæge medicinsk afdeling).

Ovenstående citat tydeliggør at hybridlederne overvejende var fagprofessionelle, da de modtog to så store afdelinger. De gennemfører faktisk fusionerne, idet de ansatte vikarer til at håndtere den øgede aktivitet, og udvidede dagarbejdstiden på operationsgange og ambulatorierne til kl. 18, 20 eller 22 for at rumme alle de tilflyttede funktioner på trods af, at udligningsøkonomien ikke var på plads.

³⁹ Et andet hospital i regionen

⁴⁰ Vores informant har tilføjet: DRG-taksten er hævet til 6000 kr. per besøg. Antallet af besøg gange prisen vil dog aldrig komme i nærheden af den reelle udgift.

⁴¹ Brystkræft

Mange års tradition for lægerne selv kontrollerer deres arbejde, og deres mulighed for at påvirke de administrative beslutninger som vedrører deres monopoliserede vidensområde, medfører at lægerne har protesteret højlydt i medierne det sidste års tid, idet de har svært ved at underlægge sig rammerne, som sættes ved indførelsen af lige behandlingsgaranti for alle lidelser. Hybridlederne ser det som en naturlig del af deres lægearbejde at skulle prioritere

"Jeg vil gerne påtage mig ansvaret for at prioritere. Det har jeg gjort altid. Som embedsmand er jeg parat til at gøre næsten, hvad der bliver sagt. Skal vi prioritere økonomien højt eller skal vi prioritere patientforløb højt eller skal vi prioritere patienttilfredshed eller kvalitet. Det kunne jeg godt tænke mig at vide. Hvis du spørger topembedsmænd siger de at vi skal tage os af det hele"(Ledende overlæge medicinsk afdeling).

Hospitalsdirektøren anerkender at den fagprofessionelle etik er en fordel:

"Det er jo et dejligt væsen vi er i, fordi folk vil rigtigt gerne, det er jo det skønne ved det her væsen" (Hospitalsdirektør).

Summering

Den ledende overlæge er ligesom den tidligere hospitalsdirektør hybridledere i et krydspres mellem rollen som manager med krav om øget produktion og budgetoverholdelse og rollen som fagprofessionel styret af pligtetik og normlogik⁴². Det fremgår både af den skriftlige empiri og vore interview, at de ser det som deres opgave at sikre høj lægefaglig evidensbaseret diagnosticering og behandling. Vore interview bekræfter, at takststyringen belønner standardindgrebene frem for de højtspecialiserede og giver incitamentter til den gennemsnitlige frem for den udmærkede behandling.

Selvom takststyringen ikke er en del af deres fagprofessionelle projekt, forsøger de som embedsmænd loyalt at leve op til den del af takststyringsrationaliteten, der handler om øget aktivitet. Det er heller ikke i modstrid med deres fagprofessionelle projekt. De accepterer, at tage imod patienterne, når de andre afdelinger må lukke, uden hensyn til om økonomien er på plads, som deres pligtetik foreskriver.

Sammenfattende kan vi derfor bekræfte nedenstående arbejdshypotese.

H4 De ledende overlæger og hospitalsdirektionen påvirkes af normlogik til øget aktivitet.

⁴² Logic of appropriateness

5.2.5 Delkonklusion - Rationalet bag vores aktørers handlinger indenfor de givne rammer

Sammenfattende kan vi ud fra den anden delanalyse konkludere, at vore aktører mener, at takststyringen har medført et højere aktivitetsniveau med højere produktivitet og mere fokus på produktionsmål.

Takststyringen belønner standardindgrebene frem for de højt specialiserede og giver incitamenter til den gennemsnitlige frem for den udmærkede behandling.

Både de ledende overlæger og hospitalsdirektionen vælger, at øge aktiviteten frem for at leve op til budgettet. Der er altså tale om en konflikt mellem norm- og legitimitetslogik, idet målet om at behandle patienten synes at være stærkere end målet om at overholde budgettet.

De giver udtryk for at være i et krydspres mellem forskellige styringstiltag.

- **Omfattende fusioner**, der langt overvejende betød at funktioner flyttede til Herlev Hospital, betyder usikkerhed i budgetprocessen, da beslutningstagerne ikke har tilstrækkelig budgetinformationer i forhold til de ændrede vilkår i løbet af året. Hospitalsdirektion og de ledende overlæger vælger at øge aktiviteten på Herlev Hospital, før der er budget til det. Det er vanskeligt at styre økonomien under så store omlægninger, når udligningsøkonomien er uafklaret længe efter fusionerne er sket.
- **Øget efterspørgsel** på baggrund af større forbrugerbevidsthed og forbedrede patientrettigheder med udvidet frit sygehusvalg og kræftpakkeforløb giver et generelt pres på sundhedsvæsenet, men Herlev Hospital bliver særligt ramt som stort kræfthospital. Takststyringen understøtter ikke nødvendigvis det konsekvenslogiske mål om at opnå mere sundhed for de samme penge, hvis aktivitetsøgningen ikke er til øget nytte for de behandlede ud fra et konsekvens- eller normlogisk perspektiv.
- **Fordeling af højt specialiserede funktioner**, som dog ikke har væsentlig betydning for budgetoverholdelsen på Herlev Hospital.

Vi har vist, at beslutningstagerne handler med begrænset rationalitet eller ud fra muddling through modellen. Beslutningsinformationen er uklar ligesom konsekvenserne af beslutningerne. De må tage udgangspunkt i deres vaner og tidligere erfaringer, og i øvrigt støtte sig til hospitalsplanen som den vision, der kan repræsentere den langsigtede løsning på mere institutionelle rammer.

Vi kan konkludere, at beslutninger i forhold til budgetoverskridelser kan være organisatorisk rationelle, når aktørerne må træffe inkrementalistiske ad hoc beslutninger på baggrund af mangelfuld information for at beskytte institutionens kerneopgaver.

Endvidere kan spil og påvirkning vanskeliggøre økonomistyringen, når hospitalsdirektionen og koncerndirektionen modtager forvrængede oplysninger. Takststyringen er et meget komplekst styringsinstrument, og DRG systemet er svært at gennemskue for de ledende overlæger og andre fagprofessionelle, som vælger forvrængnings mekanismer som spil for at forsøge at leve op til præstationsbudgettet.

Den ledende overlæge er, ligesom den tidligere hospitalsdirektør, hybridleder i et krydspres mellem rollen som manager med krav om øget produktion og budgetoverholdelse og rollen som fagprofessionel læge med pligtetik og normlogik. Når de beslutter at tage imod patienter, når de andre afdelinger må lukke, uden hensyn til om økonomien er på plads, er det fagprofessionelle normer i form af pligtetik, som kommer i spil, samtidig med visionen om at Herlev Hospital, efter fusioneringerne og nybyggeriet er på plads, vil være et velfungerende specialiseret områdehospital.

6. Kapitel: Konklusion og diskussion

6.1 Konklusion

Via denne masterafhandling søger vi svar på problemformuleringen:

Hvordan kan man bedst forklare budgetoverskridelser på Herlev Hospital med fokus på Region Hovedstadens økonomiske incitamentsstyring de seneste to år?

Vores svar hviler på de to delanalyser, hvor vi først beskriver de institutionelle rammer for økonomistyring på Herlev hospital og hvorvidt denne ramme giver incitament til budgetoverholdelse. I den anden delanalyse søger vi forklaringer på, hvordan de ledende overlæger, hospitalsdirektionen og Region Hovedstaden kan handle indenfor de beskrevne institutionelle rammer.

Vi har fundet frem til, at Herlev Hospital i mange år har håndteret hospitalsvæsenets ressourceknaphed ved inkrementalistisk økonomistyring. Besparelsesmulighederne er ved at være opbrugt, det er ikke længere ansvarligt at benytte grønthøstermetoden.

Herlev Hospital befinder sig nu i managementfasen, hvor man prøver at sikre produktiviteten bedst muligt, blandt andet ved at hjemtage patienter fra nye kommuner hurtigere end hospitalsplanen foreskriver. Region Hovedstaden tager med hospitalsplanen kurs mod den strategiske fase. Herlev Hospital bevæger sig i samme retning ved at hospitalsplanen og de tilhørende fusioner fremrykkes. Styringsrammen på Herlev Hospital er stadig præget af manglende stabilitet, men når det nye hospital står færdigt i 2017, forventer vi en mere stabil styringsramme.

Forandringsprocesser i hospitalsvæsenet foregår trægt og kan sammenlignes med at vende en supertanker.

Herlev Hospitals økonomiske styringsramme plages af mange komplicerede og til tider konkurrerende styringstiltag. Incitamenterne som gives af de institutionelle rammer for økonomistyring på Herlev hospital er:

- Takststyring giver incitament til øget aktivitet, men for at udgifterne ikke skal løbe løbsk, er der lagt et loft for udbetaling. Dette skal sikre, at budgetrammen overholdes, hvilket er blevet indskærpet over tid. Takststyringen belønner standardindgrebene frem for de

højtspecialiserede og giver incitament til den gennemsnitlige frem for den udmærkede behandling.

- Politisk indførte patientrettigheder som det udvidede frie sygehusvalg samt pakkeforløb for kræft bidrager til øget aktivitet uden hensyntagen til overholdelse af hospitalets præstationsbudget
- Regionens hospitalsplan og uafklarede fordelingsbudgetter efter fusioner bidrager til, at aktørerne Herlev Hospital ikke har den nødvendige information til at kunne tage konsekvenslogiske beslutninger.

I den forklarende delanalyse 2, fandt vi, at vores informanter mener, at takststyring har givet incitament til øget aktivitet.

Der er imidlertid en konflikt mellem norm- og legitimitetslogik, da målet om at behandle patienter synes stærkere end målet om at overholde budgettet.

Væsentlige årsager til budgetoverskridelse i 2009 og kampen om budgetoverholdelse i 2010 må findes i dynamikken omkring det institutionelle felt for økonomistyring på Herlev Hospital. I et ny-institutionelt perspektiv må vi acceptere, at tingene ændre sig. I 2009 er det legitimt at producere, idet ventelister fra konflikterne i 2008 skal afvikles, mens man i 2010 har fokus på at overholde sit budget.

De fagprofessionelle handler med begrænset rationalitet. Beslutningsgrundlaget er ofte uklart ligesom konsekvenserne af deres beslutninger. Derfor tager de ofte udgangspunkt i deres vaner og tidligere erfaringer, forsøger at beskytte kerneopgaven og støtter sig til hospitalsplanens vision, som et fælles projekt i håb om mere stabile rammer i fremtiden.

Med massefyringer af sundhedspersonale er der ved at indlejre sig nye erfaringer i forhold til budgetoverskridelserne. De ledende overlæger må gradvist opprioritere økonomitænkningen. De indskærpede økonomiske rammer og takststyring har bidraget til at ændre styringsbetingelserne og styringstænkningen blandt de ledende overlæger på Herlev Hospital.

6.2 Diskussion

Formålet med masterafhandlingen er ønsket om at opnå større forståelse for budgetoverskridelserne på Herlev Hospital. Vi finder flere mulige forklaringer på, hvad årsagen til overskridelserne kan være.

Vores undersøgelse bygger på et kvalitativt design, hvorfor vi ikke kan konkludere at have fundet de eneste forklaringer på vores problemstilling, og konklusionerne kan ikke uden videre generaliseres.

Vi har opnået bedre forståelse for den komplekse problemstilling, vi valgte at undersøge. Vi har kunnet afsløre fænomener som omfattende fusioner og øget efterspørgsel som følge af forbedrede patientrettigheder. Fusionerne skaber usikkerhed, når beslutningstagerne ikke har tilstrækkelig budgetinformation i forhold til den ændrede situation, som indtræffer i løbet af året.

Den kvalitative metode har nogle indbyggede begrænsninger, idet vi kun kan få en forståelse af de specifikke aktørers handlinger, men casestudiet kan bruges til at generere arbejdshypoteser, som kunne afprøve om vores konklusioner holder i en bredere kontekst i hospitalsvæsenet, i alt fald hvad angår de forbedrede patientrettigheder.

Vores interviews med henholdsvis økonomidirektøren i region Hovedstaden og en embedsmand i Danske regioner, bidrager med baggrundsviden til forståelse af rammen, og giver os indsigt i, hvordan embedsmænd i ledelsessystemet tænker.

De to interviews med koncerndirektøren og hospitalsdirektøren bidrager til at forstå, hvad man tænker på regions- og direktionsniveau. Den associative kvalitative tilgang var meget velvalgt til disse interviews, da informanterne var gode fortællere med en lang erfaring i det institutionelle felt.

Det er tænkeligt, at vi ville få en rigere forståelse, hvis vi havde interviewet flere ledende overlæger på andre typer afdelinger. Vi ville muligvis have fået flere forklaringer og måske en anden vægtning.

Vi er blevet klogere på såvel problem, undersøgelsesmetode og forståelsesramme. Det kvalitative design har givet os en dyb forståelse for de enkelte informanters syn på budgetoverskridelser samt takststyring. Vi har kunnet kaste lys over problemstillingen og fundet mange mulige forklaringer til budgetoverskridelser i 2009 og kampen for budgetoverholdelse i 2010 på Herlev Hospital.

Mange aktører fra det institutionelle felt har fundet vores problemstilling interessant undervejs i vores forløb med udarbejdelse af denne afhandling, og vi håber, at afhandlingen også kan give interesserede bedre forståelse for nogle af de mulige forklaringer på, hvorfor budgetoverholdelse på Herlev Hospital er en kompliceret sag.

7. Kapitel: Perspektivering

Staten og Danske Regioner vil fokusere på prioritering af hospitalsvæsenets aktiviteter, men meget er retorik, og i praksis er det kun gennemført for ganske begrænsede områder som reproduktion, hvor finanslovsforslaget for 2011 indebærer indførelse af brugerbetaling for behandling af ufrivillig barnløshed og sterilisationer i offentligt regi⁴³.

Produktiviteten og efterspørgslen er øget, men behandler vi de rigtige? En overvejelse der opstår, når vi i Danmark eksempelvis opererer næsten dobbelt så mange patienter som i Holland (se tabel 1), hvor de har en højere gennemsnitsalder⁴⁴.

Indikator	Danmark	Holland
Antal operationer, indlagte patienter, pr. 1000 indb. (2007)	76,1	39,8
Antal operationer, ambulante patienter, pr. 1000 indb. (2007).	Ca. 74,2	Ca. 40,5
Antal udskrivinger, indlagte patienter, pr. 1000 indbyggere, (2007)	169,8	109,3

Figur 9

Spørgsmålet om prioritering er rejst af mange aktører. Ved at give visse patientgrupper særlige rettigheder, må andre patienter nødvendigvis blive prioriteret ned, hvis den økonomiske ramme ikke øges. Kan takststyringsmodellen give mulighed for at prioritere, som Danske Regioner ønsker? Det er svært at tro af to grundlæggende årsager:

- Takststyring, skal skabe incitamenter, og er op mod regelbaseret styring, både i form af budgetter, men også udgiftspolitiske styringstiltag, som konkurrerer med takststyringsmodellens rationalitet.
- De fagprofessionelle er svære at styre. De ønsker med deres altruistiske baggrund at varetage patientens behov og leve op til den normative institutionelle forestilling om, hvad god lægegering er uden at blive begrænset af økonomisk styring.

⁴³ Lovforslaget 3. behandles i Folketinget 16. december 2010

⁴⁴ HIT rapporter DK, NL 2008

Litteraturliste

- Alban et al. (2006): Sundhedsøkonomi Principper og perspektiver, DSI Institut for Sundhedsvæsen
- Andersen I. (1999): Den skinbarlige virkelighed, Samfundslitteratur, "Hvad er samfundsvidenskabelig metode?" s. 18-23
- Bendix, H.W., Digmann, A., Jørgensen P. & Pedersen, K.M. (2008): Hospitalsledelse, Børsens Forlag kapitel 3, 5 og 8
- Birnberg, Turopolec & Young (1983): The Organizational context of Accounting I Accounting, Organizations and Society, Vol. 8, No 2/3 s. 111-129
- Borum, F. (2003): Ledelse i sygehusvæsenet, Handelshøjskolens forlag, kap. 1+2+4
- Fama, E.F. & Jensen, M. (1983): Agency Problems and Residual Claims, Journal of Law and Economics, Vol. 26
- Fuglsang L. & Olsen P.B. (2009): Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne, Roskilde Universitet, s. 7-78 + s. 349-358
- Hood, C. (1995): The "New Public Management" in 1980s: variations on a theme, Accounting Organizations and Society, Vol. 20, No. 2/3, s. 93-109
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2002): Hvordan organisationer fungerer, Hans Reitzels forlag, København, s. 97 + kap. 9
- Jespersen, P.K. (2001): New Public management reformer i det danske sygehusfelt, Nordisk Administrativt Tidsskrift Vol. 1 s. 22-40.
- Jespersen, P.K. (2005): Mellem profession og management, Handelshøjskolens Forlag, kap.1-kap.4
- Jørgensen, T.B. & Mouritzen, P.-E. (2005): Udgiftspolitik & budgetlægning, System Academic
- Kjær, P. (2002): Et institutionelt begreb af forandring, s. 42-50
i Voxted, S. (2002): Forandring af organisationer, Merko, Gyldendal Uddannelse
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): InterView, Hans Reitzels Forlag, kap. 2+4+5
- Le Grand, J. (2003): Motivation, Agency and Public Policy of Knights and Knaves, Prawns and Queens, Oxford University Press, Oxford, Kapitel 1 s. 1-19.

Lwellyn, S. & Northcott, D. (2005): The Average Hospital, Accounting, Organizations and Society, Vol 30 s. 555-583.

March, J. (2005): Valg vane og vision – perspektiver på aspiration, Samfundslitteratur, s.11-16 & s. 21-55

March, James G. & Johan P. Olsen (1989): Rediscovering institutions, The Free Press, New York, USA s. 23.

Meyer J. & Rowan B. (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony, The American Journal of Sociology, Vol. 83, No. 2, s. 340-363

Munk Christiansen, P. (2009): Budgetlægning og offentlige udgifter, Academica

Nielsen, K. (red.), (2005): Institutionel teori- en tværfaglig introduktion, 2. udgave, Roskilde Universitetsforlag, s. 11-92.

Pedersen K.M., Bech M. & Hansen M.B. (2006): Incitamentsstyring i sygehusvæsenet. Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamenter, Syddansk Universitetsforlag, s.9-79.

Powell, W. & DiMaggio, P. (1983): The Iron Gage Revisted: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in organizational fields, American Sociological Review, Vol. 48

Scott, W.R. (2008): Institutions and Organizations, 3. Ed., Sage Publications, California, kap. 1-2-3

Skærbæk, P. (2001): Økonomistyring uden budgetter? I Teori & Praksis, (Red.) Bøje Larsen & Sten Jönsson, 2001, DJØF's Forlag

Empiriske kilder

Altinget Sundhed 15. september 2010, Bertel Haarder om "behandlingsgarantien er en politisk sejr"

Dagens Medicin, 15. januar 2010 "Hurtigløb belønnes med fyringer",

www.dagensmedicin.dk/nyheder/2010/01/15/de-knokler-sig-ihjel/index.xml

Danske Regioner, marts 2010, "Styr på regionerne – regionernes økonomi i 2010"

Danske Regioner, 7.september 2010, Erfaret ventetid

DSI, Dansk Sundhedsinstitut, Jes Søgaard et al., juni 2010 "Økonomi og styring i sygehusvæsenet"

Herlev Hospital: "Forslag til besparelser i budget 2011 Herlev Hospital", 23-8-10

Herlev Hospital: Udviklingsplan 2009,

www.herlevhospital.dk/NR/rdonlyres/B472436C-4CC7-453A-9B15-96030BF64FE4/0/UdviklingsplanHerlevHospital20092012.pdf

Indenrigs- og Sundhedsministeriet: "Takststyring i de nye regioner", maj 2006. Udarbejdet i Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, www.im.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet: "Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet", juni 2010, www.sum.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside om DRG-systemet:

<http://www.im.dk/Sundhed/DRG-systemet.aspx>

KREVI, oktober 2009, " Udfordringer for økonomistyring på sygehusområdet", www.krevi.dk

Ministeriet for Sundhed og forebyggelse: Effektiv styring på sygehusområdet, juni 2009, www.sum.dk

Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, Finansministeriet, Amtrådsforeningen, H:S og Sundhedsstyrelsen, Evaluering af takststyring på sygehusområdet, 2005, www.im.dk

Politikken 19.11.2006: Kræftsager syltes",

<http://politiken.dk/indland/ECE201979/kraeftpatienters-sager-syltes/>

Region Hovedstaden: Budget 2010-2013, vedtaget 22.september 2009

Region Hovedstaden: Budget 2011-2014, vedtaget 21.september 2010

Region Hovedstaden: Budgetaftale 2011, indgået 9.september 2010

http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/5C690A7C-2ECB-4E15-AAEA-13D863D8E321/0/2011_Budgetforlig.pdf

Region Hovedstaden: Forslag til budget 2011-14, s 49-51 + s 112-123

Region Hovedstaden, Hospitalsplan 2007, maj-07,
<http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/A4CEAC59-7E41-4C4B-A9FF-A76C9FAA35C8/0/Hospitalsplanjuni2009.pdf>

Region Hovedstaden: 4. økonomirapport 2009, dec-09

Region Hovedstaden: 2. økonomirapport 2010, juni-10

Region Hovedstaden: 3. økonomirapport 2010, sept-10

Region Hovedstaden, Årsregnskab 2009,
Herlev Hospitals årsregnskab findes på s. 60 og er vedlagt her som bilag 2

Rigsrevisionen: Beretning til Statsrevisorerne om styring af aktiviteten på sygehusene, Folketinget 2010.

Standard for ledelse af afdelinger på Amtssygehuset i Herlev (Herlev Hospitals intranet)

Takststyring på sygehusområdet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, Økonomi- og erhvervsministeriet 2003, www.fm.dk

Ugeskrift for læger (UFL), 8.nov 2003, 165, 6 s. 547: Takststyring på Sygehusene, Jesper Poulsen:
http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/Artikelvisning?pUrl=/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2010/UFL_2003_06/UFL_2003_165_06_547

Vrangbæk K. & Røpke, I. (2007): Styringsredskaber for fremtidens sygehusvæsen, Danske Regioners prisopgave

Økonomiaftale 2009, Danske Regioner og Regeringen(Finansministeriet)

Økonomiaftale 2010, Danske Regioner og Regeringen(Finansministeriet)

Økonomiaftale 2011, Danske Regioner og Regeringen(Finansministeriet)

Eget referat af:

DSI Debatseminar 15. september 2010

Bilag 1: Interviewguide

1. Hvordan er din rolle i forhold til budget planlægning og ansvar for at overholde budgettet?
2. Hvor længe har du haft budgetansvar?
3. Hvilke redskaber har du til det?
4. Hvordan er du blevet (uddannet, informeret) klædt på til at forstå takststyring?
5. Hvor meget fylder takststyring i din hverdag?
6. Er de diagnoserelaterede grupper for rummelige, passende eller for snævre som styringsredskaber?
7. Hvordan påvirkede introduktionen af takststyringen din hverdag ift. at styre budgetterne?
8. Påvirker takststyring patientforløbene på din afdeling? Hvordan?
9. I hvilket omfang giver takststyringen anledning til ændret adfærd?
 - Kan du give et eksempel på sygehusniveau, afdelingsniveau og kliniker niveau?
10. Hvordan forventer du, at klinikerne på din afdeling handler ud fra takststyringslogikken?
11. Hvordan har hospitalsplanen (2007) ændret dine styringsmuligheder i forhold til at styre budgetterne?
12. Hvordan påvirker specialeplanen budgetstyringen?
13. Hvordan påvirker frit udvidet sygehusvalg budgetstyringen?
14. Hvordan påvirker pakkeforløb budgetstyringen?
15. Hvorfor har takststyringen ikke hjulpet til at overholde budgettet?
16. Der er fokus på prioritering.
 - Hvordan vil I prioritere afdelingsledelsesniveau?
 - Hvilke forventninger har du til klinikernes prioriteringer?
 - Hvilke forventninger har du til hospitalsledelsens prioriteringer?
17. Kan du nævne fordele ved takststyring?
18. Hvad skal der til for at takststyring kan fungere bedre?

Bilag 2: Region Hovedstaden: Årsregnskab 2009, Herlev Hospital (s. 60)

8.2.2.9 Herlev Hospital

Udgifts- og omkostningsregnskab ekskl. forskningsmidler

1.000 kr.	Oprindeligt budget 2009	Tillægsbevillinger 2009	Korrigeret budget 2009	Regnskab 2009	Afvielser	Pct. afvigelse
Lønudgifter	1.415.911	294.420	1.710.331	1.854.448	144.117	8,4
Øvrige driftsudgifter	911.522	234.119	1.145.641	1.040.438	-105.203	-9,2
Driftsudgifter i alt	2.327.433	528.539	2.855.972	2.894.886	38.914	1,4
Indtægter	-191.757	-8.785	-200.542	-212.757	-12.215	-6,1
Nettodriftsudgifter	2.135.676	519.754	2.655.430	2.682.129	26.699	1,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	9.103	1.748	10.851	32.497	21.646	199,5
Hensættelse til tjenestemandspension	16.600	0	16.600	18.736	2.136	12,9
Lagerforskydning	0	0	0	0	0	-
Afskrivninger	111.601	0	111.601	133.245	21.644	19,4
Omkostningselementer i alt	197.304	1.748	199.052	184.478	-45.426	-32,7
Nettoresultat i alt	2.272.980	521.502	2.794.482	2.866.606	72.124	2,6

Indtægtsdækket forskning

1.000 kr.	Oprindeligt budget 2009	Tillægsbevillinger 2009	Korrigeret budget 2009	Regnskab 2009	Afvielser	Pct. afvigelse
Lønudgifter	30.000	-30.000	0	36.529	36.529	-
Øvrige driftsudgifter	12.000	61.368	73.368	56.889	-16.479	-22,5
Driftsudgifter i alt	42.000	31.368	73.368	93.418	20.050	27,3
Indtægter	-42.000	-31.368	-73.368	-93.418	-20.050	-27,3
Nettodriftsudgifter	0	0	0	0	0	-

Økonomi

Herlev Hospitals regnskab 2009 udviser et driftsunderskud på 26,7 mio. kr. i forhold til korrigeret budget.

Det korrigerede budget blev i 2009 tilført 135 mio. kr. til dækning af forventet underskud. Det forventede resultat i 4. økonomirapport gav anledning til udarbejdelse af den økonomiske genopretningsplan for Herlev Hospital. I 4. økonomirapport 2009 er det forventede merforbrug 2009 samt takststyring henført til øvrig drift, hvorfor der i 2009 fremstår et meget stort merforbrug til løn og et mindreforbrug til øvrig drift.

Der har været et samlet merforbrug til medicin på 21,0 mio. kr. som fortrinsvis kan henføres til et betydeligt merforbrug i december 2009 inden for kræftområdet. Der er et tilsvarende mindreforbrug i januar måned 2010 – ligeledes inden for kræftområdet.

Når der tages højde for ændringer vedrørende medicinudgifter, faktiske barselsudgifter, indtægter vedr. behandling af fremmede patienter og det endelige takststyringsresultat, udviser det korrigerede regnskabsresultat et mindreforbrug på 11 mio. kr. Beløbet modregnes som forbedring i forhold til de forventede 135 mio. kr. i merforbrug i 4. økonomirapport, således at det samlede årsresultat udgør et merforbrug på 124 mio. kr.

På baggrund Herlev Hospitals økonomiske genopretningsplan gennemføres en toårig gældsafvikling. Det forudsættes, at der gennemføres en gældsafvikling i 2010 på 41 mio. kr., mens afvikling af den resterende gæld fra 2009 afvikles med 83 mio. kr. i 2011.