



ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGER I SYGEHUSENES ØKONOMISTYRING

FINANSMINISTERIET
SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET
SOCIAL- OG INDENRIGSMINISTERIET
DANSKE REGIONER

30. november 2015

FORORD

God økonomistyring på sygehusene skal bidrage til at sikre mest og bedst mulig sundhed for pengene. Og en forudsætning for god økonomistyring er indsigt i koblingen mellem aktiviteter og økonomi.

Indsigt handler om at se nærmere på

- de aktiviteter, der udføres på de enkelte afdelinger,
- de omkostninger, der knytter sig til aktiviteterne.

En måde at sikre viden om kobling mellem aktivitet og økonomi i økonomistyringen er at anvende viden om enhedsomkostninger.

En sådan viden kan bidrage til at styrke sygehusledelsernes grundlag for at prioritere de økonomiske ressourcer både internt på afdelingerne og mellem afdelingerne inden for sygehusets samlede økonomiske ramme.

Denne pjeces er en udløber af et pilotprojekt om anvendelse af enhedsomkostninger i sygehusenes økonomistyring. Projektet blev igangsat med afsæt i økonomiaftalen for 2014.

Formålet med pjecen er at introducere til et fælles sprog, der kan danne udgangspunkt for at anvende viden om omkostninger for

konkrete aktiviteter.

Pjecen henvender sig til ledelse og medarbejdere med ansvar for sygehusenes økonomi.

Sygehuse anvender allerede i dag viden om omkostninger knyttet til specifikke aktiviteter. Det gælder eksempelvis i forarbejdet til planlagte ændringer i behandlinger og optageområder samt i forbindelse med effektiviseringer.

Pjecen giver inspiration til, hvordan viden om enhedsomkostninger kan supplere sygehusenes nuværende økonomistyring. Der er ikke tale om en udtømmende guide til enhedsomkostningers anvendelse, ligesom det er en selvstændig pointe, at der altid skal ske en afvejning mellem omkostningerne ved at fastsætte enhedsomkostningerne og den værdi, den nye viden giver i sygehusets styring. Pjecen afsluttes med et appendiks, der ud fra eksempler fra sygehusene giver inspiration til arbejdet med enhedsomkostninger.

God læselyst!

Indholdsfortegnelse

Baggrunden for pjecen

Målbillede for god økonomistyring på sygehusene 3

Rammebetingelser for styring på sygehuse 4

Om enheder & enhedsomkostninger

Hvad er en enhedsomkostning? 5

Afdelinger har forskellige styringsrelevante enheder 6

Udvælgelse af enheder på kliniske afdelinger 7

Udvælgelse af enheder i servicefunktioner 8

Metoder til beregning af enhedsomkostninger 9

Anvendelse af enhedsomkostninger

Budgettering og opfølgning 10

Benchmarkinganalyser 13

Pointer om anvendelse af enhedsomkostninger 15

Appendiks 16

MATERIALET ER UDARBEJDET AF EN PROJEKTGRUPPE MED REPRÆSENTANTER FRA

- Sygehus Vendsyssel
- Syddanske Vaskerier
- Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Herlev Hospital
- Region Nordjylland
- Region Syddanmark
- Region Sjælland
- Region Hovedstaden
- Danske Regioner
- Sundheds- og Ældreministeriet
- Social- og Indenrigsministeriet
- Finansministeriet

MÅLBILLEDE FOR GOD ØKONOMISTYRING PÅ SYGEHUSENE

I økonomiaftalen for 2014 blev aftalt et fælles målbillede for god økonomistyring på sygehusene. Målbilledet er retningsgivende for det videre arbejde med udviklingen af sygehusenes økonomistyring. I forlængelse heraf blev igangsat et pilotprojekt om anvendelse af enhedsomkostninger i sygehusenes økonomistyring. Pilotprojektet skal opsamle nuværende erfaringer og udvikle ny viden.

God økonomistyring sikrer gennemsigtighed og synliggør ledelsens prioriteringsrum. Det tilvejebringes blandt andet gennem indsigt i kerneopgaven via inddragelse og dialog med de kliniske afdelinger.

Enhedsomkostninger kobler aktivitet og økonomi. Anvendelse af enhedsomkostninger kan således understøtte, at sygehusets budget tager udgangspunkt i, hvad den forventede aktivitet koster. En opfølgning, der følger op på de realiserede enhedsomkostninger, kan samtidig bidrage til at give indsigt i koblingen mellem aktivitet og økonomi og udgøre et grundlag for at foretage eventuelle omprioriteringer. En stærkere integration af viden om enhedsomkostninger i den løbende styring vil derudover understøtte de mange ad hoc-analyser, der foretages på et sygehus.

Endelig kan et mere systematisk arbejde med enhedsomkostninger understøtte sygehusenes arbejde med benchmarking og læring mellem afdelinger og sygehuse for at sikre, at der kontinuerligt leveres de bedste sundhedsydelser til den bedste pris.

MÅLBILLEDE FOR GOD ØKONOMISTYRING PÅ SYGEHUSENE	
Juni 2013	
Styringsområde	God økonomistyring på sygehusene
Budgettering	<ul style="list-style-type: none">• Udvikling af sygehusenes økonomistyring sker inden for rammestyring• Budgetlægningen tager udgangspunkt i, hvad der forventes gennemført af behandlingsaktivitet, og hvad aktiviteten reelt koster• Budgetter periodiseres månedsvist for de væsentligste udgiftsposter for henholdsvis økonomi og aktivitet• Sygehusene vurderer behovet for at differentiere krav til afdelingernes produktivitet og mål for effektivisering inden for de rammer, som regionerne udstikker• Sygehusene bruger systematisk benchmarking over tid og på tværs af afdelinger til at identificere områder med effektiviseringspotentiale
Opfølgning	<ul style="list-style-type: none">• Den månedlige opfølgning kobler periodens budget og forbrug med viden om periodens aktiviteter• Sygehusene har formaliserede processer for opfølgning og prognostisering på afdelingsniveau, der kobler indsigt om udviklingen i økonomi og aktivitet• Sygehusene udarbejder kvartalsvise prognoser og afvigelsesforklaringer på sygehusniveau, som sikrer et retvisende grundlag for den regionale økonomiopfølgning og efterlevelse af opstillede mål for økonomi, aktivitet og kvalitet mv.
Ledelsesinformation	<ul style="list-style-type: none">• Økonomifunktionerne* udarbejder månedsvis ledelsesinformation, som er målrettet opfølgningen på henholdsvis klinisk afdelings-, sygehusledelses- og regionsniveau• Ledelsesinformationen indeholder styringsrelevante nøgletal, herunder fx indikatorer for udgifts- og aktivitetsudviklingen, kapacitetsudnyttelse, omkostningseffektivitet, ressourceudnyttelse samt evt. særlige fokusområder
Data	<ul style="list-style-type: none">• Sygehusene anvender systematisk informationer fra de nationale databaser, herunder fx Landspatient-registeret, omkostningsdatabasen og de kliniske kvalitetsdatabaser• Sygehusene har en hurtig og løbende færdigregistrering og periodeafslutning, som bidrager til samtidighed i den månedsvise opfølgning på økonomi og aktivitet• Sygehusene inddrætter fordelingsregnskaber, som understøtter sygehusenes viden om, hvad aktiviteten reelt koster
Kompetencer og standarder	<ul style="list-style-type: none">• Økonomifunktionerne* har fokus på forretningsforståelse og understøttelse af de kliniske afdelingers lokale økonomiledelse• Økonomifunktionerne* understøtter den økonomiske styring med standarder og vejledninger inden for alle relevante økonomiprocesser
*Organisering af sygehusenes økonomifunktion varierer fra region til region.	

BAGGRUNDEN FOR PJECEN:

RAMMEBETINGELSER FOR STYRING PÅ SYGEHUSE

Sygehusledelserne håndterer meget store driftsøkonomier inden for en række statsligt og regionalt fastsatte rammer. Det er sygehusledelsernes opgave at tilrettelægge økonomien inden for disse rammer herunder at sikre, at ressourcerne er fordelt og anvendt bedst muligt.

Den overordnede styring og den daglige drift skal sammen bidrage til at sikre et effektivt og moderne sygehusvæsen. Det kan en systematisk viden om omkostningerne for de mange forskellige aktiviteter, der udføres på et sygehus, bidrage til at styrke. Viden om enhedsomkostninger kan styrke sygehusledelsens grundlag for at prioritere, hvordan ressourcerne bedst muligt fordeles inden for de økonomiske rammer.

Den rette anvendelse af enhedsomkostninger kan således være med til at understøtte en sammenhængende økonomisk styring.

Sygehusledelsen skal styre inden for den økonomiske ramme, som sygehuset er tildelt af regionen. Efterspørgslen efter behandlingstilbud og andre ydelser er ligeledes en væsentlig rammebetingelse for sygehusenes styring. Det betyder, at det er vigtigt at vide, hvilken økonomisk konsekvens udviklingen i efterspørgslen har for sygehuset. Sygehusledelsen skal derfor have overblik over, hvilke behandlinger sygehuset tilbyder og omkostningerne ved disse. Viden om omkostningerne knyttet til konkrete aktiviteter og ydelser kan sikre et beslutningsgrundlag, der giver sygehusledelsen det bedste udgangspunkt for at planlægge og foretage eventuelle omprioriteringer. Det gælder prioriteringer på det enkelte sygehus, på tværs af regionen og på tværs af det samlede sygehusvæsen.

REGIONAL AFREGNINGSMODEL

ØKONOMIAFTALE MELLEM REGERINGEN OG DANSKE REGIONER

SERVICE- OG KVALITETSMÅL

FINANSLOV

SPECIALEPLANLÆGNING

BUDGETLOV

SYGEHUSDIREKTIONENS PRIORITERINGER

REGIONSRADETS PRIORITERINGER

OM ENHEDER & ENHEDSOMKOSTNINGER: HVAD ER EN ENHEDSOMKOSTNING?

Afdelinger på et sygehus udfører mange forskellige opgaver. De aktiviteter, der har størst betydning for afdelingernes økonomi og afdelingsledelsernes styring, omtales fremadrettet som "de styringsrelevante enheder". Viden om enhedsomkostninger for de styringsrelevante enheder skaber grundlag for kobling af den faglige og den økonomiske styring. Det giver typisk ikke selvstændig værdi i økonomistyringen at kende enhedsomkostningerne for samtlige aktiviteter på en afdeling. Nedenfor defineres enhedsomkostninger, og der gives eksempler på forskellige styringsrelevante enheder.

ENHEDSOMKOSTNINGER

Enhedsomkostninger kan opgøres både som gennemsnitlige og marginale enhedsomkostninger. Denne pjeces adresserer, hvordan gennemsnitlige enhedsomkostninger kan anvendes i økonomistyringen.

Det betyder, at en enhedsomkostning er defineret som den gennemsnitlige omkostning ved at producere en given aktivitet, eksempelvis et ambulans besøg eller en CT-scanning. Enheden er således knyttet til aktiviteter. Hvis enheden samler flere forskellige typer aktiviteter, vil omkostningen være summen af de gennemsnitlige omkostninger knyttet til de omfattede aktiviteter. Det kan eksempelvis være et pakkeforløb.

Afhængig af, hvordan enhedsomkostningen skal anvendes i sygehusets økonomistyring, kan der anvendes forskellige metoder til at beregne omkostningerne. På side 9 er en kort beskrivelse af tre forskellige beregningsmetoder. Metoderne er desuden beskrevet og eksemplificeret nærmere i appendikset.

ENHEDER

De styringsrelevante enheder på en afdeling vil være de aktiviteter, der har størst betydning for afdelingens økonomi og afdelingsledelsernes styring.

Hvilke enheder det er styringsrelevant at kende omkostningen på, kan være forskellig afhængig af de styringsbehov, viden om omkostningerne skal understøtte. Det er således en selvstændig pointe, at valget af styringsrelevante enheder afhænger af afdelingens karakteristika, herunder hvilke opgaver afdelingen løser, afdelingens organisering og omkostningsstrukturer.

I tabel 1 er gengivet en række enheder, det kan være relevant at kende omkostningerne for. Listen er ikke udtømmende.

En gruppering af specifikke aktiviteter i samlende enheder kan være med til at skabe overblik i koblingen mellem faglig og økonomisk styring. Som eksempel

kan fra tabel 1 nævnes en samlende enhed som *Ambulant besøg* i forhold til at opdele aktiviteten i de enkelte DAGS-grupper.

AFDELINGER HAR FORSKELLIGE STYRINGSRELEVANTE ENHEDER

Hvis man som sygehus ønsker at arbejde med enhedsomkostninger i økonomistyringen og ønsker at knytte omkostninger til aktiviteterne på en afdeling, er det vigtigt at holde fokus på det styringsrelevante. På næste side er præsentation af forståelsesramme, som giver inspiration til, hvordan sygehusledelse, økonomifunktion og afdelingsledelse sammen kan identificere, hvilke aktiviteter det er relevant at omkostningsfastsætte og anvende i budgetteringen.

Hvis enhedsomkostninger anvendes i forbindelse med effektiviseringsanalyser og benchmarking, vil udvælgelsen af den relevante enhed typisk ske mere ad hoc. En benchmarkinganalyse kan eksempelvis fokusere på enkelte aktiviteter eller dele af organisationen.

TABEL 1: EKSEMPLER PÅ TYPER AF ENHEDER, DER KAN VÆRE STYRINGSRELEVANTE I FORSKELLIGE STYRINGSMÆSSIGE SAMMENHÆNGE

- Akut patient inden diagnose er stillet med udgangspunkt i en klinisk vejledning
- Ambulant besøg
- Behandlingsforløb med udgangspunkt i klinisk vejledning
- DRG/DAGS-gruppe
- Enkeltaktivitet i behandlingsforløb
- Ét DRG-point
- Facility management ydelser, for eksempel ydelser inden for vaskeri og køkken
- Konkrete ydelser, for eksempel laboratorie- og røntgenydelser
- Pakkeforløb, for eksempel hjerter og cancer
- Produktionsfaktorer, for eksempel operationslejer og ambulatorierum
- Seng på et sengeafsnit
- Udskrivning

OM ENHEDER & ENHEDSOMKOSTNINGER:

EKSEMPEL: FORSTÅELESRAMME TIL UDVÆLGELSE AF ENHEDER

Fastlæggelse af styringen på den enkelte afdeling skal tage udgangspunkt i styringsbehovene på den enkelte afdeling. Derfor har afdelingens karakteristika betydning for, hvilke aktiviteter det er væsentligt at kende enhedsomkostninger for. Nedenfor gives et eksempel på en forståelsesramme, der kan understøtte udvælgelsen af styringsrelevante enheder til brug i styring på en afdeling eller et afsnit.

Styringen bør ikke tilrettelægges mere detaljeret end nødvendigt. Målet er, at enhederne giver overblik og styringsmæssig værdi i såvel den faglige som den økonomiske styring. Ved udvælgelse af styringsrelevante enheder vil der typisk ske en afvejning af at få overblik over og indsigt i afdelingens aktiviteter. Det centrale er styringsbehovene på den enkelte afdeling.

Figur 1 er et eksempel på en forståelsesramme, som kan være udgangspunkt for udvælgelsen af styringsrelevante enheder. Rammen giver ikke et konkret svar på, hvilke og hvor mange enheder det er relevant at udvælge på en bestemt afdeling. Rammen skal betragtes som dynamisk, idet et fagområde kan ændre karakter, hvis behandlingsmodellerne over tid ændrer sig. Noget, der tidligere har været relativt standardiseret, kan over tid blive mere komplekst.

Forståelsesrammen kan anvendes til at vurdere afdelingernes styringsbehov. I forståelsesrammen vurderes styringsbehov på baggrund af to parametre: 1) hvor mange forskellige typer aktiviteter, der udføres på afdelingen, samt 2) aktiviteterernes kompleksitet.

1) Omfang af aktiviteter

Der skal tages stilling til, om afdelingen varetager få eller mange forskellige aktiviteter. Jo flere forskellige aktiviteter afdelingen varetager, desto mere kan der være behov for at gruppere aktiviteterne. Fordelen ved en gruppering er, at den kan bidrage til at give overblik, omvendt kan en gruppering gøre det mere vanskeligt at forklare, hvis der sker væsentlige ændringer i forhold til det budgetterede.

2) Aktiviteternes kompleksitet

Der næst vurderes aktiviteterernes kompleksitet. Det kan med fordel ske på baggrund af graden af forudsigelighed og standardisering af indholdet af afdelingens forskellige behandlinger samt tidsforbrug og behov for koordinering med andre afdelinger.

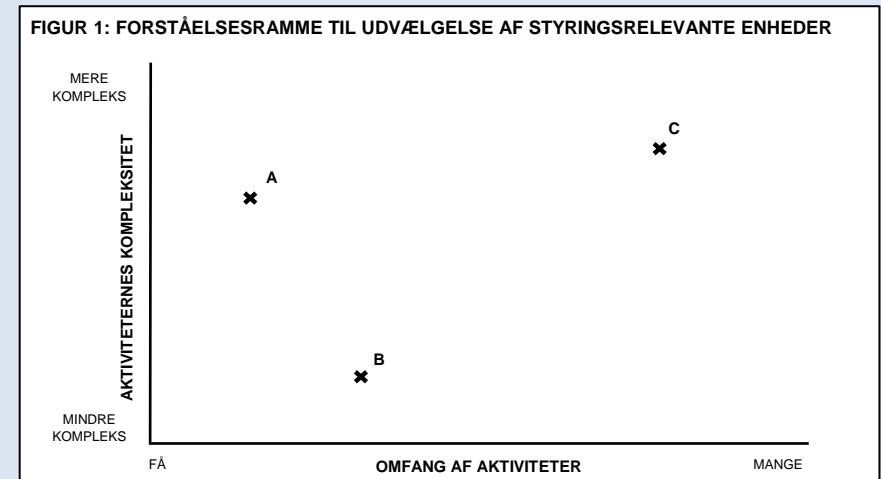
Hvis afdelingens opgaver er karakteriseret ved en høj grad af standardisering og forudsigelighed, er det muligt at omkostningsfastsætte aktiviteterne relativt præcist. Hvis aktiviteterne derimod er præget af uforudsigelighed, vil omkostningsfastsættelse i højere grad være udtryk for en gennemsnitbetragtning. Det kan

betyde en lidt større usikkerhed, som anvendelsen skal tage højde for.

EKSEMPLER PÅ TRE TYPER AFDELINGER/AFSNIT

- Afdeling A: Endokrinologisk afdeling, hvor der primært behandles diabetespatienter. Relativt få, forskellige aktiviteter. Aktiviteterne har en medium grad af kompleksitet.
- Afdeling B: Ortopædkirurgisk afdeling, som behandler de almindelige frakturer og lidelser. Lidt flere forskellige aktiviteter end på endokrinologisk afdeling, lidt mindre kompleksitet i opgavevaretagelsen.
- Afsnit C: Internt medicinsk sengeafsnit, som både varetager mange forskellige behandlingstyper, og hvor forudsigeligheden er lille. I et sådant tilfælde kan styringsbehov ofte mødes af grupperede aktiviteter.

På næste side gives eksempler på konkrete styringsrelevante enheder på de tre typer afdelinger/afsnit.



Note: Illustration af at aktiviteter kompleksitet og omfanget af aktiviteter kan variere mellem forskellige typer af afdelinger. Det konkrete forhold mellem de anførte afdelinger er ikke testet.

OM ENHEDER & ENHEDSOMKOSTNINGER:

EKSEMPEL: UDVÆLGELSE AF ENHEDER PÅ KLINISKE AFDELINGER

Princippet for udvælgelsen af styringsrelevante aktiviteter er, at det skal bidrage til at give overblik over afdelingens aktiviteter, så det giver værdi i såvel den faglige som økonomiske styring. Nedenfor er gennemgået eksempler på udvælgelse af styringsrelevante aktiviteter på tre typer afdelinger og afsnit. Eksemplerne er fiktive.

Tabel 2 viser eksempler på styringsrelevante enheder på de tre typer kliniske afdelinger og afsnit fra forrige side. Der er udvalgt styringsrelevante enheder på ambulatorier, sengeafsnit og operationslejer.

Afdelingerne A og B er begge karakteriseret ved at varetage et relativt overskueligt antal aktiviteter. Som følge heraf er der udvalgt enheder, der er relativt tæt knyttet til specifikke aktiviteter på afdelingerne. Komplexiteten er lav til middel, hvilket gør det muligt at omkostningsfastsætte aktiviteterne relativt præcist.

Aktiviteten på afsnit C er mere forskelligartet og kompleks. Det vil typisk gøre det relevant at definere enheder af grupperede aktiviteter. Det betyder, at enhedsomkostningerne i højere grad vil være udtryk for en gennemsnitsbetragtning på denne type afsnit, end det er tilfældet på de to afdelinger.

OVERVEJELSER OM UDVÆLGELSE AF STYRINGSRELEVANTE ENHEDER

- Afdeling A: På baggrund af styringsbehov på afdelingen er aktiviteten grupperet i fire specifikke enheder på både ambulatorier og sengeafsnit. Når fx *type 1-diabetes* er udvalgt som en enhed, skyldes det, at patienter med diagnosen *type 1-diabetes*, typisk vil modtage en relativt standardiseret behandling, når de er indkaldt til et ambulatoriebesøg eller er indlagt. Det er altså relevant for planlægningen af afdelingens aktivitet at have viden om omkostninger til behandling af *type 1-diabetespatienter*. Samme logik ligger bag udvælgelsen af de andre enheder.
- Afdeling B: På den ortopædkirurgiske afdeling varierer styringsbehovene mellem operationslejer, ambulatorier og sengeafsnit. På operationslejerne er der behov for, at enhederne er tættere koblet til de enkelte aktiviteter, end det er på ambulatorier og sengeafsnit. Derfor er der her udvalgt fire enheder. På sengeafsnittet er udvalgt to relativt specifikke enheder. På det ortopædkirurgiske ambulatorium er vurderingen, at styringsbehovene bliver mødt ved at udvælge *Ambulant besøg med journaloptag* og *Kontrolbesøg efter operation*.
- Afsnit C: På det medicinske afsnit betyder høj kompleksitet og omfanget af forskellige aktiviteter, at der udvælges få enheder, som afspejler indlæggelsestiden for patienterne. Indlæggelsestiden er således det centrale for ledelsens løbende styring. Dermed er enhederne ikke så tæt knyttet til specifikke aktiviteter, som det er tilfældet på afdelingerne A og B.

Som det fremgår af eksemplerne, omfatter enhederne ikke al aktiviteten på afdelingerne A og B. Den resterende aktivitet opsamles i *Øvrig aktivitet*, hvilket også illustrerer, at der ikke styres detaljeret på al aktivitet. Det skal tilstræbes, at så lidt aktivitet som muligt defineres som *Øvrig aktivitet*. På afsnit C er enhederne mindre specifikt knyttet til typen af behandling, hvorfor enhederne kan dække hele aktiviteten.

TABEL 2: EKSEMPLER PÅ STYRINGSRELEVANTE AKTIVITETER

	Endokrinologisk ambulatorium (Afdeling A)	Ortopædkirurgisk afdeling (Afdeling B)	Internt medicinsk sengeafsnit (Afsnit C)
Afdelingens karakteristika	2 ambulatorier Akut/Elektiv aktivitet: 10/90	2 ambulatorier 2 sengeafsnit 6 operationslejer Akut/Elektiv aktivitet: 50/50	1 sengeafsnit Akut/Elektiv: 90/10
Styringsrelevante enheder for de enkelte afsnit	<u>Ambulatorier</u> Styringsrelevante enheder: <ul style="list-style-type: none">Type 1-diabetesType 2-diabetesThyroideaOsteoporoseØvrig aktivitet	<u>Ambulatorier</u> Styringsrelevante enheder: <ul style="list-style-type: none">Ambulant besøg med journaloptagKontrolbesøg efter operationØvrig aktivitet <u>Sengeafsnit</u> Styringsrelevante enheder: <ul style="list-style-type: none">HoftealloplastikHoftebrudKnæalloplastikØvrig aktivitet <u>Operationslejer</u> Styringsrelevante enheder: <ul style="list-style-type: none">HoftealloplastikKnæalloplastikOperation ved hoftebrudDagkirurgiØvrig aktivitet	<u>Sengeafsnit</u> Styringsrelevante enheder: <ul style="list-style-type: none">Korte indlæggelserMellemlange indlæggelserLange indlæggelser

OM ENHEDER & ENHEDSOMKOSTNINGER:

EKSEMPEL: UDVÆLGELSE AF ENHEDER I SERVICEFUNKTIONER

Sygehusenes anvendelse af enhedsomkostninger er i dag primært knyttet til de dele af produktionen, som er kendetegnet ved at være kliniske eller ikke-kliniske servicefunktioner. På denne side beskrives eksempler på udvælgelse af styringsrelevante enheder på henholdsvis det parakliniske område og vaskeriområdet – to centrale servicefunktioner, der understøtter patientbehandlingen.

DET PARAKLINISKE OMRÅDE

Eksempler på parakliniske afdelinger er billeddiagnostiske afdelinger og laboratorier.

Relevante enheder indenfor det billeddiagnostiske område kan være de enkelte radiologiske undersøgelser inden for de enkelte områder, eksempelvis ydelser inden for MR- og CT-området opdelt i koder, for eksempel CT-scanning af ansigtsskelet (UXCA15) og CT-scanning af thorax (UXCC00).

Inden for laboratorieområdet kan relevante enheder være blodprøvetagning og analyser af blodprøverne, eventuelt fordelt på de forskellige analysetyper.

I forbindelse med beregning af enhedsomkostninger på det laboratorieydelse er det relevant, at de enkelte ydelser defineres og eventuelt grupperes. Samtidig skal ressourcer og materialer dertil identificeres. En del af ydelserne på laboratorieområdet er karakteriseret ved at kunne beskrives og afgrænses relativt entydigt med hensyn til omkostninger.

Udvælgelsen af relevante enheder, herunder detaljeringsgraden, for en paraklinisk afdeling vil være afhængig af, hvordan enhedsomkostningerne skal anvendes i styringen.

FACILITY MANAGEMENT – VASKERI

I en PwC-rapport udarbejdet for Danske Regioner (*Benchmarkinganalyse af regionernes omkostningsniveau på støttefunktionerne vask og rengøring*, 2011) anvendes henholdsvis vægt, antal fuldtidsansatte og antal udskrivninger som enheder til beskrivelse af vaskeriopgaven.

Dette giver et overskueligt antal parametre at analysere på, men giver ikke nødvendigvis et tilstrækkeligt nuanceret billede til, at et sygehusvaskeri kan træffe strategiske og driftsmæssige beslutninger. I disse tilfælde er varenumre mere anvendelige. Eksempler på varenumre er uniform, dyne, pude, bukser eller håndklæde. Ulempen ved anvendelse af varenumre er, at det vil være relativt ressourcetungt at vedligeholde opdateret viden om de realiserede enhedsomkostninger.

Erfaringerne fra vaskeriområdet er således, at forskellige enheder vil være relevante afhængigt af, hvordan viden om enhedsomkostningerne ønskes at blive anvendt.

LÆS MERE I APPENDIKSET:

Appendikset beskriver principper for udvælgelse af aktiviteter inden for fem forskellige områder af sygehusvæsenet, hvor det kan være relevant at anvende enhedsomkostninger. For hvert område beskrives opmærksomhedspunkter om beregning og anvendelse af enhedsomkostninger.

OM ENHEDER & ENHEDSOMKOSTNINGER:

METODER TIL BEREGNING AF ENHEDSOMKOSTNINGER

Nedenfor er beskrevet tre beregningsmetoder, som i dag anvendes af sygehusene til beregning af enhedsomkostninger. Beregningsmetoderne er ikke nødvendigvis lige anvendelige til alle styringsbehov.

Der kan identificeres en række metoder til at fastsætte omkostningen knyttet til en given aktivitet. Nedenfor præsenteres tre beregningsmetoder, som allerede i dag er kendte i sygehusenes økonomistyring. Beregningsmetoderne vurderes at være anvendelige i et fremadrettet arbejde med at beregne og anvende enhedsomkostninger. Sygehusene anvender i dag typisk beregningsmetoderne i forbindelse med planlægningssager, ad hoc-analyser og udarbejdelse af fordelingsregnskaber til Sundhedsdatastyrelsen.

Fælles for beregningsmetoderne er, at de baserer sig på en række beregningsforudsætninger, som bør drøftes og kvalificeres i samarbejde med afdelingsledelsen. Forskellen i metoderne består i måden, hvorpå omkostningerne kobles til aktiviteten. Her kan benyttes enten en bottom-up eller top-down tilgang. Metoderne er beskrevet i nedenstående tabel. Det er væsentligt, at ressourceforbruget, der er forbundet med omkostningsfastsættelsen, står mål med den styringsmæssige værdi, den nye viden bidrager med.

TABEL 3: EKSEMPLER PÅ METODER TIL BEREGNING AF ENHEDSOMKOSTNINGER

Beregningsmetode	Beskrivelse af beregningsmetoden
ABC-beregning	<p>Denne metode indebærer, at omkostningerne knyttet til enkeltdelene, der udgør enheden, beregnes på baggrund af det forventede eller det realiserede ressourceforbrug. Der er altså tale om en bottom-up beregning. Et eksempel kunne være et ambulansbesøg, som er sammensat af en læges tid, sygeplejerskes tid, en sekretærs tid, medicin, udvalgte øvrige lægelige artikler. Enhedsomkostningen kan eksempelvis valideres i dialog med afdelingsledelsen, fremmødeplaner eller tidsstudier. Detaljeringsgraden i beregningen – og derved omkostningerne ved at foretage beregningen – kan skaleres op eller ned afhængig af konkrete behov.</p> <p>Enhedsomkostningen ganges typisk med det forventede eller realiserede antal enheder for at estimere ressourcetrækket ved den samlede aktivitet.</p> <p>Metoden anvendes blandt andet i forbindelse med planlægningssager.</p>
Løn- og omkostningsfordeling	<p>Denne metode indebærer, at løn og øvrige udgifter fordeles ud på de styringsrelevante enheder. Det vil sige en top-down fordeling, hvor den samlede økonomi fordeles ud på de identificerede aktiviteter på baggrund af vurderinger af, hvor meget de enkelte aktiviteter fylder tidsmæssigt og trækker af øvrige udgifter.</p> <p>Det kan eksempelvis indledningsvist være en fordeling af en klinisk afdelings økonomi ud på overordnede opgaver, såsom patientbehandling, administration og ledelse, forskning og uddannelse. Derefter kan udgifterne til patientbehandling fordeles ud på forskellige typer af behandlinger – de styringsrelevante enheder. Hvor langt ned i opgavehierarkiet, økonomien fordeles, bør være afhængig af styringsbehovene. Fordelingsnøglerne kan eksempelvis baseres på dialog med afdelingsledelsen, fremmødeplaner eller tidsstudier.</p> <p>Metoden anvendes blandt andet i forbindelse med udarbejdelsen af fordelingsregnskaber.</p>
National opgørelse af omkostninger pr. DRG- og DAGS-gruppe	<p>eSundhed giver sygehuse adgang til en opgørelse af sygehusspecifikke omkostninger til DRG- og DAGS-grupper, der blandt andet er baseret på sygehusenes fordelingsregnskaber. Der er tale om de realiserede omkostninger. Opgørelsen indeholder overheadomkostninger og omkostninger på tværs af sygehuset, hvilket har betydning for, hvordan prisen kan anvendes i økonomistyringen.</p>

LÆS MERE I APPENDIKSET:

I appendikset gennemgås en række generelle opmærksomhedspunkter i forbindelse med beregning af enhedsomkostninger. Appendikset beskriver desuden principper for udvælgelse af aktiviteter inden for fem forskellige områder af sygehusvæsenet. For hvert område beskrives opmærksomhedspunkter om beregning og anvendelse af enhedsomkostninger.

ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGER: BUDGETTERING OG OPFØLGNING

Viden om aktiviteterne, der løses på de enkelte afdelinger, og økonomien knyttet hertil, kan bidrage til at styrke sygehusets grundlag for at budgettere og følge op i løbet af året. Det bidrager samtidig til at give økonomifunktionen og de decentrale budgetansvarlige en fælles forståelse af forudsætningerne, der ligger til grund for budgetterne.

Når sygehusledelsen træffer beslutning om, hvordan den samlede budgetramme fordeles mellem sygehusets afdelinger, sker det på baggrund af en helhedsbetragtning.

Grundlaget for sygehusledelsens beslutning om fordelingen af de økonomiske rammer kan styrkes ved at inddrage viden om enhedsomkostninger for de væsentligste aktiviteter, der forventes at foregå på afdelingerne i det kommende budgetår.

Et budget, der tager udgangspunkt i, hvad der forventes gennemført af aktivitet, og hvad aktiviteterne forventes at koste, giver økonomifunktionen og de decentrale budgetansvarlige et klart og fælles billede af forudsætningerne, der ligger til grund for budgettet.

Når viden om enhedsomkostninger anvendes i kvalificeringen af afdelingernes budgetrammer, er det vigtigt, at resultaterne ikke ses som et endeligt facit. Enhedsomkostningerne er input til grundlaget for prioriteringer inden for den ramme, sygehuset råder over.

Klarhed over forudsætningerne for afdelingsbudgetterne kan samtidig bidrage til at styrke grundlaget for økonomiopfølgningen i løbet af året ved at give en fælles reference for de økonomiske forudsætninger og et udgangspunkt for at drøfte fremdriften i afdelingens opgaver. Herved kan den løbende opfølgning bidrage til at synliggøre eventuelle behov for at foretage omprioriteringer, internt på afdelingen eller mellem afdelinger.

Find inspiration på de næste sider til, hvordan enhedsomkostninger for væsentlige aktiviteter kan anvendes i forbindelse med budgettering og opfølgning.

ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGER I BUDGETTERING & OPFØLGNING:

EKSEMPEL: KVALIFICERING AF BUDGETRAMME

Dette eksempel giver inspiration til, hvordan viden om enhedsomkostninger forbundet med væsentlige aktiviteter kan belyse, hvor meget af en afdelings budget, der er knyttet til patientrelateret aktivitet. En sådan viden kan anvendes i forbindelse med budgetprocessen, da den bidrager til at give indblik i afdelingens opgaveportefølje og samtidig kvalificere sygehusledelsens grundlag for at træffe beslutning om afdelingens budgetramme.

En afdelings budgetramme udvikler sig over tid, og der bliver ofte lagt til eller trukket fra som følge af funktionsændringer samt pris- og lønreguleringer. Ændringerne foregår ofte på detailniveau.

Det er derfor hensigtsmæssigt med jævne mellemrum at foretage en samlet vurdering af sammenhængen mellem kravene til aktivitet og økonomi på de enkelte afdelinger. Dette giver indblik i aktiviteterne, der løses på afdelingerne, og styrker ledelsens grundlag for at træffe beslutning om fordelingen af de økonomiske ressourcer på sygehuset.

EKSEMPEL PÅ PROCES FOR KVALIFICERING AF BUDGETRAMME

Figur 2 viser et eksempel på, hvordan processen for kvalificering af budgetrammer kan tilrettelægges. I eksemplet er de styringsrelevante enheder defineret som ambulante besøg og udskrivinger. Udvælgelsen bygger på en afvejning af, hvad viden om enhedsomkostningerne skal bruges til, samt hvor detaljeret indsigt i forretningen, der ønskes med den gennemførte analyse.

Én måde, hvorpå sygehusledelsens grundlag for at fastsætte afdelingernes budgetrammer kan kvalificeres, er ved at tydeliggøre, hvor stor en del af det samlede afdelingsbudget, der benyttes til patientrelateret aktivitet. Metoden giver samtidig et billede af, hvor stor en del af budgettet, der anvendes til andre kerneopgaver end patientrelateret aktivitet, for eksempel undervisnings- og forskningsforpligtelser.

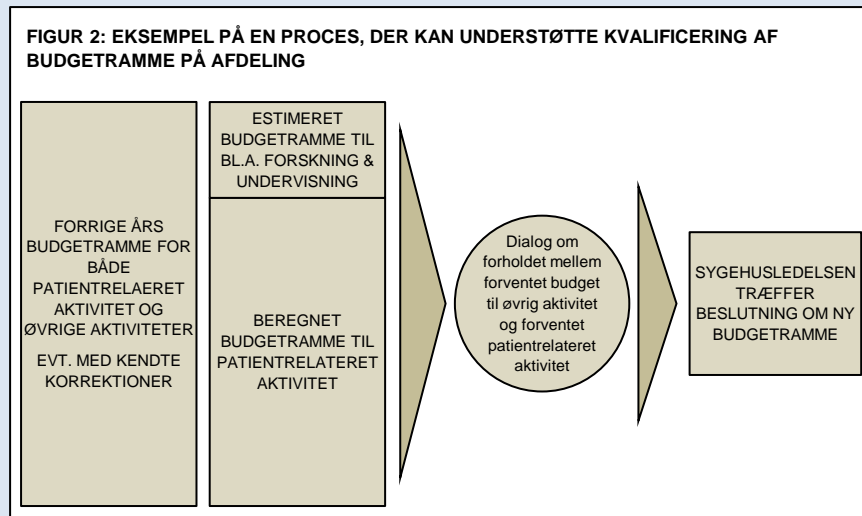
Ved hjælp af en ABC-beregning estimeres den gennemsnitlige omkostning, der forventes at være forbundet med at gennemføre ét ambulante besøg og én udskriving på afdelingen. Dette gøres i samarbejde med afdelingsledelserne og øvrige relevante faglige medarbejdere. Samtidig opstilles forventninger til, hvor mange ambulante besøg og udskrivinger der forventes gennemført i budgetperioden.

Estimatet af, hvor mange udgifter der samlet set forventes anvendt til patientrelateret aktivitet, fremkommer ved at gange det forventede antal aktiviteter med enhedsomkostningerne. Herved fremkommer en *beregnet budgetramme til patientrelateret aktivitet*, som illustreret i figur 2.

Estimatet af, hvor mange omkostninger der forventes anvendt på ikke-patientrelateret aktivitet, fremkommer ved at se på differencen mellem forrige års budgetramme og den estimerede budgetramme til patientrelateret aktivitet. Opdelingen i omkostninger til henholdsvis patientrelateret og ikke-patientrelateret aktivitet kan danne grundlag for en dialog om afdelingens opgaver, inden sygehusledelsen slutteligt træffer beslutning om afdelingens budgetramme for det kommende budgetår.

Det kan kvalificere dialogen at inddrage viden om, hvor stor en del af budgettet lignende afdelinger forventer at anvende på patientrelateret aktivitet henholdsvis ikke-patientrelateret aktivitet.

Eksemplet på proces for kvalificering af budgetramme, som er gengivet i figur 2, kan danne grundlag for en dialog om fremadrettede muligheder for tilpasning i opgaveløsning, ændring af balancen mellem patientrelaterede aktiviteter og øvrige aktiviteter som forskning og uddannelse.



EKSEMPEL: OPFØLGNING BASERET PÅ ENHEDSOMKOSTNINGER

Dette eksempel giver inspiration til, hvordan viden om enhedsomkostninger for væsentlige aktiviteter kan bidrage til at styrke den løbende opfølgning ved at give et udgangspunkt for at vurdere fremdriften i afdelingens opgavevaretagelse parallelt med en vurdering af den økonomiske udvikling. Et afdelingsbudget, der bygger på forventninger til de væsentligste aktiviteter og omkostningerne hertil, bidrager til at give indblik i og tydeliggøre den forventede kobling mellem aktivitet og økonomi, og er således en væsentlig forudsætning for at kunne udarbejde styringsrelevant ledelsesinformation på både afdelings- og sygehusniveau.

Økonomistyring på et sygehus sker inden for de økonomiske rammer, som sygehuset er tildelt. Den daglige styring sker på afdelingerne, hvor de sundhedsfaglige opgaver løses. Det er sygehusledelsens ansvar at tilrettelægge budgetteringen og opfølgningen, så processen understøtter mest mulig sundhed for pengene.

Det er væsentligt, at styringen tilrettelægges med udgangspunkt i ledelsens styringsbehov, så der kan skabes relevant ledelsesinformation, der giver ledelsen det bedst mulige styringsgrundlag.

Sygehusets samlede styring skal kunne håndtere styringsbehovene på forskellige organisatoriske niveauer. Afdelingsledelser har et stort fagligt og økonomisk ansvar, og derfor skal budgettering og opfølgning også opleves som vedkommende og relevant. Ved at anvende styringsrelevante aktiviteter og omkostningerne knyttet hertil som budgetforudsætninger øges muligheden for sammenhæng mellem faglig og økonomisk opfølgning og styring.

Til højre gennemgås tilgange til dels at budgettere med afsæt i enhedsomkostninger for styringsrelevante aktiviteter, og dels hvordan den løbende opfølgning kan kvalificeres ved at lade enhedsomkostninger for aktiviteterne være et omdrejningspunkt.

EKSEMPEL: BUDGETTERING OG ENHEDSOMKOSTNINGER

Brugen af enhedsomkostninger i budgettering baserer sig grundlæggende på to faktorer som budgetforudsætninger:

- 1) Forventede omkostninger pr. styringsrelevant enhed.
- 2) Forventet antal.

For at sikre overblik over afdelingsbudgettet budgetteres med udgangspunkt i de væsentligste aktiviteter på afdelingen. Enhedsomkostningen kan estimeres ved forskellige metoder, herunder ABC-analyser og løn- og omkostningsfordeling, som er nærmere beskrevet i appendikset.

EKSEMPEL: OPFØLGNING OG ENHEDSOMKOSTNINGER

Der følges løbende op på den realiserede aktivitet og de afholdte udgifter. Enhedsomkostninger kan eksempelvis indgå i opfølgningen på følgende måder:

- 1) Dialog med afdelingsledelsen om budgetforudsætningerne. Dialogen kan blandt andet handle om, hvorvidt enhedsomkostninger og antal aktiviteter er ændret markant i forhold til det forventede. Dialogen kan understøttes af eksempelvis opfølgning på fremmødeplaner, tidsforbrug pr. aktivitet eller tidsforbrug pr. sengedag.
- 2) Opfølgning på den budgetterede enhedsomkostning. Den budgetterede enhedsomkostning sammenholdes med den realiserede enhedsomkostning, som beregnes ved det realiserede forbrug *år-til-dato* divideret med det leverede antal enheder. Beregningen kan kvalificeres ved at inddrage viden om forskellige enheders vægt i forhold til hinanden.

Begge metoder kan understøtte vurderingen af, om forbruget og aktiviteten forløber som forventet, eller om der fremadrettet er behov for korrigerende handlinger og omprioriteringer. Valg af opfølgningsmetode skal stemme overens med ledelsens styringsbehov.

LÆS MERE I APPENDIKSET:

Appendikset beskriver principper for udvælgelse af aktiviteter inden for fem forskellige områder af sygehusvæsenet, hvor det kan være relevant at anvende enhedsomkostninger. For hvert område beskrives opmærksomhedspunkter om beregning og anvendelse af enhedsomkostninger.

ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGER: BENCHMARKING

Benchmarkinganalyser med udgangspunkt i enhedsomkostninger kan bidrage til at synliggøre effektiviseringspotentialer og understøtte læring på den enkelte afdeling og på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner. Det vil altid være en ledelsesmæssig beslutning, hvordan der skal reageres på resultaterne af en benchmarkinganalyse. Afhængig af styringsbehov kan benchmarkinganalyser tilrettelægges som analyser over tid eller som en sammenligning af to eller flere organisatoriske enheder.

BENCHMARKING OVER TID

Benchmarking over tid er en gentagende analyse, hvor den enkelte institution over tid kan følge egen udvikling på en række kendte parametre, og kan dermed bidrage til, at viden omdannes til læring. Ledelsesinformation, der sætter ny viden i relation til tidligere resultater, målinger og lignende, kan være et godt supplement til gengivelse af en enkelt måling.

Benchmarking af enhedsomkostninger på styringsrelevante aktiviteter giver ledelsen – på afdelingen såvel som på sygehusdirektionsniveau – et bedre grundlag for at vurdere, om der er behov for at foretage korrigerende handlinger. Eksempelvis kan der være behov for at se nærmere på et ambulatorium, hvis omkostningerne til et ambulante besøg i gennemsnit er steget eller faldet væsentligt. Analyser af årsager til ændringen kan vise, at omkostningerne er faldet som følge af en opgaveglidning fra læger til sygeplejersker, eller steget fordi en ny, dyrere medicin er taget i brug. På samme vis kan ændret praksis for indkaldelse af patienter til ambulante besøg få betydning for den gennemsnitlige omkostning, eksempelvis ved at kontakterne bliver mere eller mindre tidskrævende.

BENCHMARKING MELLEM ORGANISATORISKE ENHEDER

Sundhedsvæsnets udvikler kontinuerligt nye behandlingsformer og arbejdsgange til gavn for både patienter og bundlinje. For at realisere de fulde effektiviseringspotentialer på tværs af afdelinger og sygehuse er der behov for et systematisk arbejde med at kvantificere disse potentialer.

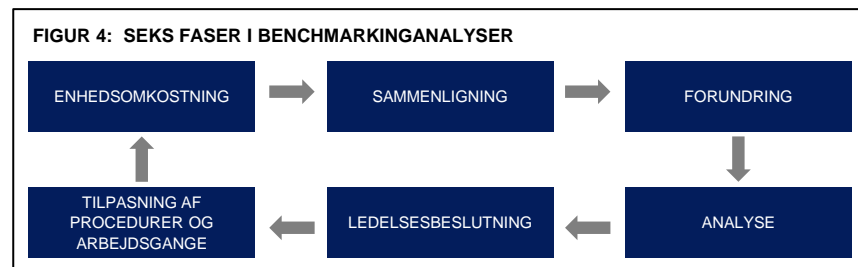
Benchmarking af samme eller lignende aktiviteter på forskellige afdelinger og/eller forskellige sygehuse kan bidrage til at identificere de væsentligste årsager til forskelle i omkostningerne knyttet til konkrete aktiviteter med henblik på at understøtte læring og efterfølgende optimering af opgavevaretagelsen. Målet er at påvirke årsagerne til forskelle, så det på sigt sikres, at der leveres den bedste service til den bedste pris. Det kræver høj grad af transparens at få en indsigt, der dels kan belyse, om der er en forskel i omkostningerne, og dels kan forklare, hvorfor der er denne forskel.

Formålet med benchmarking af enheder og enhedsomkostninger er ikke at identificere, hvad det rigtige omkostningsniveau er. Det er forventeligt, at omkostninger varierer mellem afdelinger og sygehuse. Forskelle i enhedsomkostninger kan eksempelvis skyldes forskelle i indholdet og tilrettelæggelsen af behandlingen og forskellige driftsbetingelser mellem sygehuse og afdelinger, herunder casemix, geografiske og socio-økonomiske faktorer, forskellige uddannelsesforpligtelser og personalesammensætning. Ved at klarlægge faktorer som disse skabes der et grundlag for at vurdere, om der er læring at hente på andre afdelinger eller sygehuse.

Mulighederne for benchmarking afhænger af tilgængeligt data, og derfor vil det i nogle tilfælde kun være muligt at sammenligne internt på et sygehus. Datadeling mellem sygehuse og på tværs af regionsgrænser åbner op for et større sammenligningsgrundlag til gavn for identifikation af effektiviseringspotentialer.

TILRETTELÆGGELSE AF BENCHMARKINGANALYSE

Uanset om der foretages benchmarking over tid eller mellem organisatoriske enheder, indeholder arbejdet typisk en række trin. Figur 4 beskriver seks trin, der kan indgå i benchmarking af enhedsomkostninger. På næste side er gennemgået et eksempel på benchmarking med udgangspunkt i eSundhed.



ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGER I BENCHMARKING: EKSEMPEL: SYGEHUSSPECIFIKKE OMKOSTNINGER PR. DRG-GRUPPE

Nedenfor ses to eksempler på sammenligninger af gennemsnitlige udgifter for udvalgte DRG-grupper. Typen af enhed, som er genstand for sammenligningen, er således DRG-grupper, og de konkrete enheder, som sammenlignes er henholdsvis DRG-gruppe 0618 Fjernelse af blindtarm og DRG-gruppe 1138 Sten i urinvej. Data er tilgængelige for alle sygehuse og regioner via eSundhed.

Figureerne til højre er eksempler på, hvilken type data sygehuse og regioner har til rådighed via eSundhed. Sygehusene er her anonymiseret. På eSundhed kan sygehuse og regioner se de enkelte sygehuses data.

For DRG-gruppe 0618 *Fjernelse af blindtarm* er udgifterne opdelt i fire udgiftstyper – *Pleje, Patologi, Operation* og *Andet* – som gengivet i figur 5. Dette giver det enkelte sygehus mulighed for at dykke ned i udgifterne knyttet til DRG-gruppen. Af figuren fremgår ligeledes antal behandlede patienter i gruppen.

På baggrund af det tilgængelige data er det, som det også er pointeret på de forrige sider, ikke muligt at bestemme det "rigtige" udgiftsniveau. I stedet kan forskellene i udgiftsniveau – både totaludgifter og udgifter til de enkelte udgiftstyper – være genstand for faglig undren.

En sammenligning af sygehus 1 og 2 kan muligvis føre til en dialog mellem de to sygehuse om udgifter til *Pleje* og *Operation*. En dialog om personalesammensætning, procedurer og/eller arbejdsgange kan give en læring mellem sygehusene. Hvorvidt denne viden kan – og skal – udmønte sig i ændringer på det ene eller andet sygehus, er op til den enkelte ledelse at træffe beslutning om. Indsigt i udgiftsstrukturen er dog en væsentlig forudsætning for videre analyser.

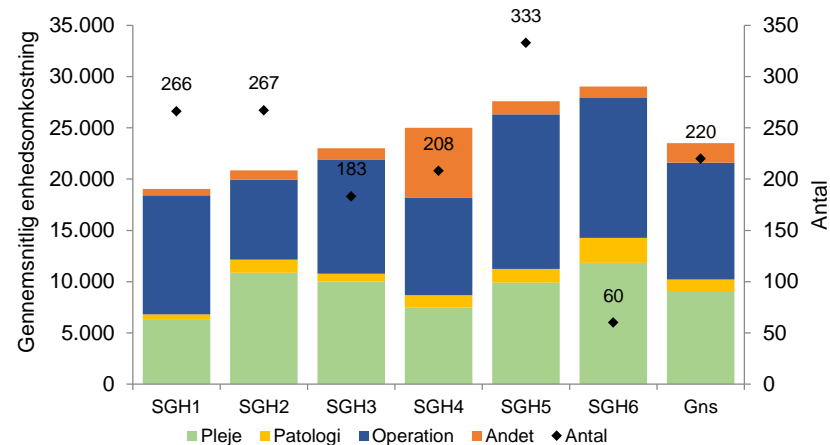
Figur 6 viser de gennemsnitlige udgifter for behandling af DRG-gruppe 1138 *Sten i urinvej*. Som det fremgår, giver eSundhed kun mulighed for en opsplitning af udgifterne på tre udgiftstyper – *Radiologi, Pleje* og *Andet (inkl. operation)*. At der for denne DRG-gruppe findes færre udgiftstyper hænger sammen med det data, der er indrapporteret af sygehusene via fordelingsregnskaberne.

En interessant observation, som sygehus 4 måske ville kunne dykke ned i, er udgifter til *Radiologi*, hvor de ligger markant højere end øvrige sygehuse. I en analyse kan sygehus 4 overveje at kontakte sygehus 8, der gennemfører ca. ligeså mange indgreb, som sygehus 4, eller de kan have en anden relevant viden om et andet sygehus, som gør det mere relevant at drøfte radiologjudgifter med dette sygehus.

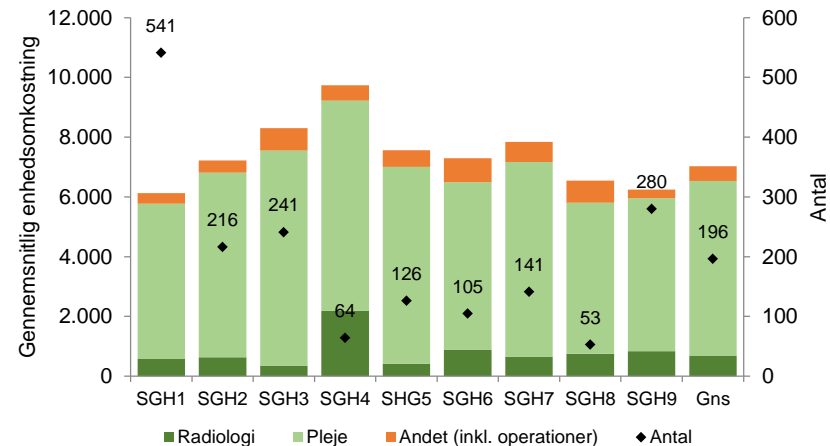
LÆS MERE I APPENDIKSET:

I appendikset beskrives, hvordan sygehusene tilgår data via eSundhed.

FIGUR 5 GENNEMSITLIGE ENHEDSOMKOSTNINGER FOR UDVALGTE SYGEHUSE, DRG-GRUPPE 0618 FJERNELSE AF BLINDTARM, 2016



FIGUR 6 GENNEMSITLIGE ENHEDSOMKOSTNINGER FOR UDVALGTE SYGEHUSE, DRG-GRUPPE 1138 STEN I URINVEJ, 2016



Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet på baggrund af data fra eSundhed
Anm.: Enhedsomkostningerne er beregnet på omkostningsdatabasen for 2014

POINTER OM ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGER

- ✓ Det er sygehusledelsen, der træffer beslutning om fordelingen af de økonomiske ressourcer mellem de enkelte afdelinger inden for sygehusets samlede økonomiske ramme.
- ✓ Afdelingens karakteristika og den sammenhæng, enhedsomkostningerne skal anvendes i, har betydning for, hvilke aktiviteter det er relevant at kende enhedsomkostninger for.
- ✓ Det giver typisk ikke selvstændig værdi i økonomistyringen at kende enhedsomkostningerne for samtlige aktiviteter på en afdeling. I stedet fokuseres på de aktiviteter, der har størst betydning for afdelingernes økonomi, og som er relevante for afdelingsledelsens styring.
- ✓ Enhedsomkostninger kan fastsættes ved forskellige metoder.
- ✓ Valget af beregningsmetode og beslutningen om, hvilke udgiftstyper der skal indgå i beregningen, afhænger af, hvad enhedsomkostningen skal anvendes til.
- ✓ Ressourceforbruget forbundet med beregning af enhedsomkostninger skal stå mål med den styringsmæssige værdi, som den nye viden bidrager med.
- ✓ Det kan styrke koblingen mellem den faglige og den økonomiske styring, at økonomifunktionen og afdelingsledelsen sammen identificerer de styringsrelevante enheder.
- ✓ Budgetteringen og den løbende opfølgning skal understøtte ledelsernes styringsbehov. Hvis der tages udgangspunkt i viden om enhedsomkostninger knyttet til afdelingens væsentligste aktiviteter, kan både budget og opfølgning bidrage til at give ledelserne overblik over sammenhængen mellem aktivitet og økonomi.
- ✓ Benchmarking af enhedsomkostninger kan understøtte læring og bidrage til, at sundhedsydelserne kontinuerligt leveres til den bedste pris.

APPENDIKS OM ENHEDSOMKOSTNINGER

Med afsæt i økonomiaftalen for 2014 er der gennemført et pilotprojekt om anvendelse af enhedsomkostninger i sygehusenes økonomistyring. Projektet har fokuseret på at udveksle erfaringer og beskrive, hvordan viden om omkostninger knyttet til afgrænsede aktiviteter kan give værdi i sygehusenes økonomistyring.

Dette appendiks til pjecen om anvendelse af enhedsomkostninger i sygehusenes økonomistyring giver inspiration til arbejdet med enhedsomkostninger.

Appendikset beskriver indledningsvist en række generelle opmærksomhedspunkter i forbindelse med beregning af enhedsomkostninger.

Dernæst beskrives principper for udvælgelse af aktiviteter inden for fem forskellige områder af sygehusvæsenet, hvor det kan være relevant at anvende enhedsomkostninger.

For hvert område beskrives opmærksomhedspunkter om beregning og anvendelse af enhedsomkostninger.

Projektgruppen har bidraget med eksempler til dette appendiks.

Appendikset henvender sig til praktikere, der vil i gang med at arbejde med enhedsomkostninger, og som søger idéer til, hvordan arbejdet med enhedsomkostninger kan gribes an.

God læselyst!

Indholdsfortegnelse

Generelle opmærksomhedspunkter ved beregning af enhedsomkostninger	17
Inspiration	
Laboratorieområdet	18
Det billeddiagnostiske område	19
Facility management – Vaskeri	20
Kliniske afdelinger	21
På tværs af sygehuse	22

GENERELLE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER VED BEREGNING AF ENHEDSOMKOSTNINGER

Ved beregning af enhedsomkostninger er det indledningsvist relevant at afklare, hvilken aktivitet enheden omfatter, herunder om beregningen skal afspejle enhedens relation til øvrige aktiviteter på sygehuset, og om beregningen skal afspejle forventninger til diverse kvalitets- og servicekrav. Denne side giver gode råd til beregningsforudsætninger for løn og øvrige driftsudgifter ved beregning af enhedsomkostninger på sygehusenes patientrettede aktivitet.

En enhedsomkostning vil altid bestå af en række forskellige udgiftstyper, eksempelvis løn, medicin, andre lægelige artikler og husleje. Det er relevant at fastsætte beregningsforudsætningerne for forskellige udgiftstyper. Det gælder uanset, hvilken metode der anvendes til at estimere enhedsomkostningen.

LØN

Lønudgiften beregnes for hver af de faggrupper, som involveres i produktionen af enheden.

Der tages typisk udgangspunkt i *effektiv timeløn*. Effektiv timeløn tager udgangspunkt i, at et årsværk aflønnes i 52 uger á 37 timer. Herfra fratrækkes timer til ferie, helligdage, kursusaktivitet, sygdom, barsels- og omsorgsdage samt overenskomstmæssige pauser i løbet af en arbejdsdag og andre forhold i særlige tilfælde.

Omfanget af sygdom, barsels- og omsorgsdage og kursus kan variere fra faggruppe til faggruppe, fra sygehus til sygehus og i nogle tilfælde fra afdeling til afdeling. For at sikre retvisende enhedsomkostninger er det derfor vigtigt, at der anvendes så afdelingsspecifikke opgørelser som muligt.

Som led i beregningen ses på den arbejdstid, der anvendes til arbejdets udførelse. Indledningsvist fokuseres der på, hvad det koster, at forskellige personalegrupper arbejder i et nærmere afgrænset tidsrum. I visse tilfælde må beregningen suppleres med viden om overenskomstmæssige krav til eksempelvis vagtplanlægning, viden om kvalitetsmålskrav om patientsikkerhed samt med behov i forhold til overholdelse af servicemål som eksempelvis ventetider.

Herefter kan lønudgiften til en given aktivitet beregnes ud fra, hvad aktiviteten kræver i tid og i antal af forskellige personalegruppers fremmøde på forskellige tidspunkter i døgnet og henover en uge eller året.

ØVRIGE DRIFTSUDGIFTER

Øvrige driftsudgifter til varer og tjenesteydelser, medicin og implantater kan beregnes enten ud fra konkrete priser og volumen, forventet andel af kendte eksisterende udgifter, fastlagte konstanter eller som kombinationer af alle tre.

Det samme gælder træk på tværgående afdelinger, facility management, administration og hospitalet generelt, hvor der kan laves konkrete beregninger eller vurderinger, som kan ligge til grund for fordelingsnøgler.

TABEL 5: HUSKELISTE VED BEREGNING AF ENHEDSOMKOSTNINGER

Udgiftstype	Relevante overvejelser
Løn	Typisk pris for effektiv arbejdstid. Tag højde for eventuelle overenskomstmæssige-, kvalitetsmæssige- og servicemæssige krav.
Øvrige driftsudgifter	Eksempelvis varer, materialer, tjenesteydelser, medicin og implantater.
Træk på tværgående afdelinger	Eventuelt inddrage viden og fordelingsnøgler fra fordelingsregnskab
Træk på facility management	Eventuelt inddrage viden og fordelingsnøgler fra fordelingsregnskab
Træk på administration og fælles funktioner	Eventuelt inddrage viden og fordelingsnøgler fra fordelingsregnskab
Træk på generel drift af sygehuset	Eksempelvis el, vand og varme. Eventuelt inddrage viden og fordelingsnøgler fra fordelingsregnskab

LABORATORIEOMRÅDET

Laboratorieområdet dækker over flere forskellige typer af laboratoriespecialer såsom immunologi, patologi, kliniske biokemi og mikrobiologi. Laboratorierne er som udgangspunkt en klinisk servicefunktion, som leverer ydelser til sengeafsnit og ambulatorier på sygehusene og til primærsektoren. Aktiviteten er dermed i høj grad afhængig af udviklingen i aktiviteten på resten af sygehuset og i sundhedssektoren generelt.

IDENTIFICERING AF RELEVANTE ENHEDER

I forbindelse med beregning af enhedsomkostninger på laboratorieydelser er det relevant, at de enkelte ydelser defineres og eventuelt grupperes. Det er ligeledes relevant, at ressourcer og materiale dertil identificeres.

En del ydelser på laboratorierne er karakteriseret ved at kunne afgrænses relativt entydigt med hensyn til omkostninger. Udvælgelsen af relevante enheder for et laboratorium vil være afhængig af, hvordan de skal anvendes i styringen.

Inden for laboratorieområdet kan relevante enheder være blodprøvetagning og analyser af blodprøverne, eventuelt fordelt på de forskellige analysetyper.

OVERVEJELSER OM BEREGNING AF ENHEDSOMKOSTNINGER

Muligheden for beregning af enhedsomkostninger på laboratorieydelser afhænger af det datamateriale, der er til rådighed. Hvis der på laboratoriet er registreret tidsforbrug og materialer pr. ydelse, vil det lette arbejdet med at beregne en gennemsnitlig omkostning. For de fleste laboratorier vil der dog være behov for ad hoc tidsstudier for at kunne finde retvisende enhedsomkostninger eller pointfordelinger, da opgørelser af ressourceforbruget ikke altid er til stede.

Statens Serum Institut har udarbejdet en række pointsystemer, som ligeledes kan anvendes til gruppering og vægtning af ydelserne.

Der skal tages højde for forskelle i udgifter til eksempelvis forskellige personalekategorier. Udover de direkte omkostninger til personale og laboratoriematerialer kan der ligeledes ske en fordeling af de indirekte omkostninger til eksempelvis administration og husleje. Dette kan blandt andet ske via anvendelse af fordelingsregnskabet. Det bør ligeledes vurderes, hvorvidt forrentning og afskrivning skal indgå.

Endelig skal man overveje om enhedsomkostningen skal afspejle marginale eller gennemsnitlige omkostninger. Det vil afhænge af, hvilke beslutninger viden om enhedsomkostningen skal understøtte.

ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGER PÅ LABORATORIEOMRÅDET

Laboratorieområdet er et område, der er præget af løbende effektiviseringer og udvikling, som kan betyde væsentlige ændringer i prisen. Enhedsomkostningen vil være relevant i forbindelse med aktivitetsændringer på sygehusene, eksempelvis i forbindelse med planlægningssager, beregning af budgetvirkningen af ændringer eller ved udarbejdelse af business cases i forbindelse med investeringsovervejelser. Derudover kan enhedsomkostningen anvendes som en del af beslutningsgrundlaget i forbindelse med opgavefordelinger mellem sygehuse. Enhedsomkostningen kan desuden anvendes i forbindelse med vurdering af omkostninger ved samlede patientforløb.

Det kan således give styringsmæssig værdi at beregne enhedsomkostninger inden for laboratorieområdet. Det er relevant – ligesom i alle andre sammenhænge – at vurdere, hvorvidt ressourcerne forbundet med beregningen står mål med udbyttet.

DET BILLEDDIAGNOSTISKE OMRÅDE

Den diagnostiske radiologi er et væsentligt område på sygehusene. Radiologien indgår i næsten alle patientkontakter enten via indledende diagnostik, udredning eller som opfølgning og kontrol på behandlingsforløb. Aktiviteten på det billeddiagnostiske område er således kendetegnet ved at være afhængig af udviklingen i aktiviteten på resten af sygehuset.

IDENTIFICERING AF RELEVANTE ENHEDER

Radiologien omfatter forskellige områder, som både anvender forskellige typer af avanceret apparatur og inddrager forskellige specialiserede faggrupper. Blandt de største områder er MR (Magnetisk Resonans scanning), CT (Computed Axial Tomography scanning), konventionel røntgen (elektromagnetisk gennemlysning), samt ultralyd (lydbølger).

Relevante enheder indenfor radiologien kan være de enkelte radiologiske undersøgelser inden for de enkelte områder, eksempelvis ydelser inden for MR- og CT-området opdelt i koder, eksempelvis CT-scanning af ansigtsskelet (UXCA15) og CT-scanning af thorax (UXCC00).

OVERVEJELSER OM BEREKNING AF ENHEDSOMKOSTNINGER

Beregnings af enhedsomkostninger indenfor radiologien kan ske ved at tage udgangspunkt i afdelingens driftsudgifter i fordelingsregnskabet. Afhængigt af hvilken sammenhæng viden om enhedsomkostninger skal bruges i, kan beregningen omfatte forrentning og afskrivning, som ikke indgår i fordelingsregnskabet.

Omkostningerne fordeles til de konkrete undersøgelser ud fra en vægtning på kodeniveau. Vægtningen på kodeniveau kan enten baseres på det

landsdækkende pointsystem fra Statens Serum Institut i kombination med antallet af ydelser (frekvens), eller på et lokalt beregnet vægtningsystem baseret på antallet af ydelser (frekvens) i kombination med den anvendte tid hertil (dvs. undersøgelsens scanningstid). Derudover er det relevant at differentiere for eventuelle særlige forhold ved de forskellige typer af undersøgelser, eksempelvis omkostninger til kontraststoffer (konkret udgiftspegning), eller andre forhold, for eksempel omkostninger til fælles billedbeskrivelse, vagtberedskab og lignende.

Beregnings af enhedsomkostninger indenfor radiologien er således et eksempel på en top-down tilgang til beregning af enhedsomkostninger.

Tabel 6 viser enhedsomkostningerne for to udvalgte ydelser på CT-området på Rigshospitalet i 2014.

Enhed	Enhedsomkostning
CT-scanning af øvre abdomen (UXCD10)	1.180 kr.
CT-scanning af blære (UXCD75)	982 kr.

ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGER PÅ DET BILLEDDIAGNOSTISKE OMRÅDE

Hvis omkostningerne er beregnet på baggrund af Statens Serum Instituts pointsystem i kombination med antallet af ydelser, vil omkostningerne være sammenlignelige på tværs af hospitaler. Dette kan anvendes til at give en pejling på forskelle i eksempelvis scaningspriser på tværs af sygehuse. En sådan viden kan være relevant som grundlag for kapacitetsudvidelser eller -reduktioner eller i forbindelse med konkrete udbudssituationer.

Beregnings kan ikke forklare konkrete årsager til forskelle i omkostningsniveau. En yderligere analyse af årsager til de givne enhedsomkostninger kan eksempelvis omfatte tidsstudier på personalegruppe-niveau.

På tilsvarende vis kan forskelle i vagtforpligtigelser eller særlige typer af dyre kontraststoffer påvirke følsomheden af beregningen, ligesom teknologien lokalt og forskelle i opgavekombination mellem enheder kan påvirke omkostningerne forbundet med ydelserne.

Enhedsomkostningerne kan med fordel indgå i forbindelse med vurdering af udgifter til et konkret behandlingsforløb eller til kliniske vejledninger.

FACILITY MANAGEMENT - VASKERI

Facility management er karakteriseret ved ikke at være en del af sygehusenes kerneopgave, men opgaverne kan have væsentlig betydning for kerneopgaven. Opgaven kan ofte beskrives forholdsvis præcist og detaljeret, hvilket giver et godt udgangspunkt for at prisfastsætte aktiviteterne og for at følge op på, om den aftalte mængde og kvalitet bliver leveret. Koblingen mellem den konkrete aktivitet og økonomien bliver således forholdsvis stærk. Tabel 7 viser en række facility management-områder og giver eksempler på enheder under hvert område. Nedenfor fokuseres på vaskeriområdet.

IDENTIFICERING AF RELEVANTE ENHEDER

I en PwC-rapport udarbejdet for Danske Regioner (Benchmarkinganalyse af regionernes omkostningsniveau på støttefunktionerne vask og rengøring, 2011) anvendes henholdsvis vægt, antal fuldtidsansatte og antal udskrivninger som enheder til beskrivelse af vaskeriopgaven.

Dette giver et overskueligt antal parametre at analysere på, men giver ikke nødvendigvis et tilstrækkeligt nuanceret billede til, at et sygehusvaskeri kan træffe strategiske og driftsmæssige beslutninger. I disse tilfælde er varenumre mere anvendelige. Eksempler på varenumre er uniform, dyne, pude, bukser eller håndklæde. Ulempen ved anvendelse af varenumre er, at det giver et stort antal enhedsomkostninger, hvilket kan være ressourcetungt at vedligeholde.

Afhængig af, i hvilken situation man ønsker at anvende enhedsomkostninger, kan forskellige enheder således være relevante eller nødvendige.

OVERVEJELSER OM BEREKNING AF ENHEDSOMKOSTNINGER

Enhedsomkostningerne kan beregnes på forskellige vis afhængig af det datamateriale, der er til rådighed. Hvis der ved hjælp af stregkoder og chipmærkning sker en løbende registrering af mængde og tidsforbrug, er det muligt at lave en løbende kobling af produktion og direkte omkostninger. Alternativt kan ad hoc tidsstudier anvendes.

Det er væsentligt, at ressourceforbruget, der er forbundet med omkostningsfastsættelsen, står mål med den styringsmæssige værdi, den nye viden bidrager med.

Udover de direkte omkostninger kan der være behov for at fordele indirekte omkostninger såsom el, vand og varme, administration og husleje. Dette vil afhænge af den situation, enhedsomkostningen skal anvendes i.

Endelig skal man overveje, om enhedsomkostningen skal afspejle marginale eller gennemsnitlige omkostninger. Dette vil afhænge af, hvilke beslutninger beregningen skal understøtte.

TABEL 7: EKSEMPLER PÅ ENHEDER INDEN FOR FORSKELLIGE DELE AF FACILITY MANAGEMENT

Område	Enheder
Vask af tøj og linned	<ul style="list-style-type: none"> Kilo Specifik type tøj/linned, eksempelvis dyne, pude og uniform
Tilberedning og distribution af patientmad	<ul style="list-style-type: none"> Måltid Kostdøgn
Patienttransport	<ul style="list-style-type: none"> Kørt kilometer, eventuelt opdelt på kategorier
Rengøring	<ul style="list-style-type: none"> Kvadratmeter, eventuelt opdelt på kategorier, såsom sengeafsnit og operationsleje

ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGER PÅ FACILITY MANAGEMENT

Enhedsomkostninger for facility management giver mulighed for at fastsætte omkostningsægte priser. Den øgede indsigt i koblingen mellem aktivitet og økonomi kan medvirke til, at leverandøren af ydelsen bliver mindre følsom over for ændringer i produktsammensætningen. Der kan således give styringsmæssig værdi at beregne enhedsomkostninger inden for facility management-området.

KLINISKE AFDELINGER

De kliniske afdelinger udgør den største del af et sygehus. Det er her, patientkontakten er forankret. Beskrivelserne nedenfor inspirerer til en bredere anvendelse af enhedsomkostninger i sygehusenes økonomistyring end de foregående sider. Formålet er at skabe indsigt i koblingen mellem aktivitet og økonomi til gavn for styringen.

IDENTIFCERING AF RELEVANTE ENHEDER

Den direkte patientbehandling udgør kun en del af afdelingen og afsnittets samlede opgavevaretagelse. Øvrige opgaver kan for eksempel være administration, ledelse og forskning. I pjecen er beskrevet en række relevante overvejelser ved udvælgelse af styringsrelevante enheder, der dækker patientbehandlingen. Det anbefales at fokusere på de aktiviteter, der har størst betydning for økonomien. I dette eksempel er patientbehandlingen på sengeafsnittet i figur 5 opdelt i følgende aktiviteter: *Hoftealloplastik*, *Knæalloplastik* samt *Øvrige aktiviteter*.

OVERVEJELSER OM BEREGNING AF ENHEDSOMKOSTNINGER

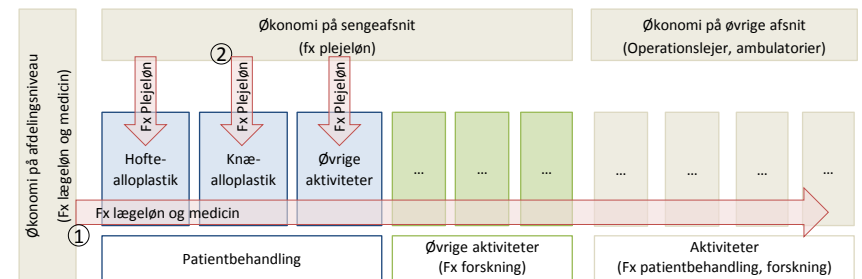
Beregningen af enhedsomkostninger kan ske på baggrund af en løn- og omkostningsfordeling, hvor økonomien fordeles ud på afdelingens styringsrelevante enheder via fordelingsnøgler.

Hvis beregningen skal understøtte den interne styring på afdelingen, er det væsentligt, at det alene er omkostningerne, der er indgået i beregningen. Fordelingen baseres på en række vurderinger af, hvor meget de enkelte aktiviteter trækker af ressourcer. Der er derfor behov for at definere fordelingsnøgler for hver udgiftstype, som afspejler, hvor meget aktiviteten trækker af løn og øvrig drift. Løn kan eksempelvis fordeles på baggrund af normtider, som fastsættes i dialog med afdelingen. Afdelingernes fremmødeplaner udgør i den henseende et godt værktøj.

Ved beregning af omkostningen for styringsrelevante enheder på afsnitsniveau fordeles andelen af de samlede udgifter, der er afholdt på henholdsvis afdelings- og afsnitsniveau. Fra afdelingsniveauet kan det for eksempel være relevant at fordele udgifter til lægeløn og medicin, mens plejeløn ofte er placeret på afsnitsniveau. Til sidst fordeles økonomien ud på de identificerede enheder.

Det er relevant at drøfte såvel beregningsforudsætningerne som de estimerede enhedsomkostninger med afdelingsledelsen for at kvalitetssikre beregningen.

FIGUR 5: FORDELING AF ØKONOMI PÅ STYRINGSRELEVANTE AKTIVITETER



- 1) Fordeling af økonomi, der er placeret på afdelingsniveau, herunder ofte medicin og lægeløn, til alle aktiviteter på afdelingen.
- 2) Fordeling af økonomi, der er placeret på afsnitsniveau, herunder ofte plejeløn, til aktiviteter på det konkrete afsnit.

ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGEN PÅ EN KLINISK AFDELING

En løn- og omkostningsfordeling kan give afdelingsledelsen og økonomifunktionen overblik over, hvor meget de styringsrelevante aktiviteter hver især trækker af afdelingens økonomiske ressourcer. Enhedsomkostningerne kan eksempelvis anvendes i forbindelse med beregning af omkostninger for et pakkeforløb. Derudover kan enhedsomkostningerne sammen med det forventede antal aktiviteter anvendes som budgetforudsætninger og bidrage til at tydeliggøre, hvad der ligger til grund for afdelingens budget.

Ved opfølgning kan der følges op på budgetforudsætninger om antal og enhedsomkostninger. Opfølgningen kan eksempelvis fokusere på, om budgetforudsætningerne vurderes at afvige markant fra det forventede. En anden mulighed er at fordele det realiserede forbrug *år-til-dato* ud på de styringsrelevante aktiviteter på baggrund af vægte. Vægtene fremkommer ved at gange de forventede enhedsomkostninger med det realiserede antal aktiviteter. Derved opnås indsigt i, hvad en eventuel budgetafvigelse skyldes. Begge metoder kan understøtte vurderingen af, om aktiviteten og forbruget forløber som forventet, eller om der fremadrettet er behov for korrigerende handlinger og/eller omprioriteringer.

PÅ TVÆRS AF SYGEHUSE

De foregående sider giver inspiration til, hvordan der lokalt på sygehusene kan beregnes enhedsomkostninger. På denne side beskrives, hvordan sygehusene via eSundhed kan tilgå lokale enhedsomkostninger for DRG- og DAGS-grupper. Opgørelserne kan dels bidrage til at synliggøre omkostningsstrukturen på det enkelte sygehus og dels danne udgangspunkt for benchmarking, der understøtter læring og optimering på tværs af sygehusene.

IDENTIFICERING AF RELEVANTE ENHEDER

Hvert år indhenter Sundhedsdatastyrelsen aktivitets- og regnskabsdata fra landets sygehuse med henblik på at udarbejde nationale takster. Taksterne afspejler de gennemsnitlige omkostninger knyttet til de enkelte DRG- og DAGS-grupper på tværs af alle sygehuse.

eSundhed giver mulighed for at se lokale udgifter til alle DRG- og DAGS-grupper for de enkelte sygehuse. Sygehuse har således via eSundhed mulighed for at udvælge de DRG- og DAGS-grupper, som de gerne vil se nærmere på.

DE BEREGNEDE ENHEDSOMKOSTNINGER

Enhedsomkostningerne på eSundhed udtrykker det enkelte sygehus' udgifter knyttet til de enkelte DRG- og DAGS-grupper og er beregnet efter samme beregningsmetode, som anvendes i den nationale takstberegning. Beregningen er blandt andet foretaget på baggrund af det materiale, som sygehusene bidrager med til takstberegningen.

Enhedsomkostningen er opgjort som gennemsnittet for de patienter, der er registreret i de pågældende grupper på det enkelte sygehus. Den lokale enhedsomkostning på DRG- og DAGS-gruppeniveau indeholder således både direkte omkostninger på stamafdelingen og indirekte omkostninger fra parakliniske afdelinger, administrativt overhead mv.

Sygehusene kan tilgå egne og andre sygehuses enhedsomkostninger pr. DRG- og DAGS-gruppe via eSundhed. I tabel 8 er det beskrevet, hvordan dataet tilgås på eSundhed. Uanset valg af indgangen til dataet vil det være opdelt på de udgiftselementer, som Sundhedsdatastyrelsen har data på.

TABEL 8: ADGANG TIL DATA VIA eSUNDHED

- 1) På Forsiden vælges *Omkostningsdatabase og takstberegning*
- 2) Herunder vælges *Omkostningsdatabasen*.
- 3) Vælg det relevante *Regnskabs- og aktivitets-år*.
- 4) Under punktet *Omkostningsdatabasen på DRG-niveau* vælges enten *Omkostningselementer pr. DRG- eller DAGS-gruppe* eller *Sammenligning af omkostninger for regioner, sygehuse eller afdelinger*. Valget afhænger af sygehusets databehov i den konkrete situation.

Anm.: Denne metode er anvendt til at trække det data, der er anvendt i eksemplerne på pjecens side 14.

ANVENDELSE AF ENHEDSOMKOSTNINGER FRA eSUNDHED

Opgørelsen af sygehusets enhedsomkostninger pr. DRG- og DAGS-gruppe kan bidrage til at synliggøre, hvilke aktiviteter der trækker de fleste omkostninger på tværs af sygehuset.

Derudover kan opgørelserne danne udgangspunkt for benchmarking af enhedsomkostningerne for udvalgte DRG- og DAGS-grupper mellem sygehuse. Oplysningerne i eSundhed kan give en indikation på, om – og i så fald hvorfor – der er forskel i sygehusenes enhedsomkostninger. Forklaringen på en eventuel forskel, herunder eksempelvis indholdet og tilrettelæggelse af behandlingen, kvalitet, personalesammensætning og casemix, skal søges hos de øvrige sygehuse.

Sammenligninger kan understøtte læring og optimering af opgavevaretagelsen. Opgørelserne på eSundhed indeholder en opdeling af udgifterne pr. DRG- og DAGS-gruppe på en række udgiftselementer, eksempelvis radiologi og pleje. Hvilke udgiftselementer, der er tilgængelige for de enkelte DRG- og DAGS-grupper, vil være afhængig af det data, sygehusene indrapporterer i forbindelse med fordelingsregnskaberne. Se eksemplet på pjecens side 14.