



# Styr på regionerne

- regionernes økonomi i 2008

DANSKE  
REGIONER



# Indhold

<b>Kapitel 1.</b> <b>Indledning og sammenfatning</b>	<b>5</b>
<b>Kapitel 2.</b> <b>Regionernes budgetter for 2008</b>	<b>11</b>
<b>Kapitel 3.</b> <b>Effektiv administration i regionerne</b>	<b>21</b>
<b>Kapitel 4.</b> <b>Regionernes indkøb</b>	<b>37</b>
<b>Kapitel 5.</b> <b>Styring af sygehusene</b>	<b>46</b>
<b>Bilag:</b> <b>Metode til optælling af administrative stillinger</b>	<b>58</b>

# Forord

OECD har opgjort, at det danske sundhedsvæsen er blandt de aller-mest effektive i verden. Men blandt andet den teknologiske udvikling indebærer, at vi altid kan blive bedre. Og manglen på arbejdskraft i de kommende år medfører, at vi er nødt til at stræbe efter de bedste løsninger.

Regionerne har siden deres dannelselse haft fokus på at realisere de gevinster, der opstår ved at være fem regioner frem for fjorten amter. Der er taget nye initiativer på indkøbsområdet, administrationen er blevet organiseret mere effektivt, og vi har fundet nye måder at organisere arbejdet på ude på sygehusene. Alt dette vil også være i fokus i de kommende år.

Billedet af regionernes styringsmuligheder er dog ikke rosenrødt. Danske Regioner har fremført, at de fysiske rammer på sygehusene i mange tilfælde er nedslidte og udgør en barriere for mere effektive opgaveløsninger. Herudover er regionernes

styringsmuligheder begrænsede af den stærkt stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser og de gunstige vilkår for privathospitaler. Regionernes styringsmæssige rammer er blandt de emner, som vi forventer at drøfte med regeringen i sommerens økonomiforhandlinger.

I denne publikation giver vi et overblik over regionernes budgetter for 2008. Samtidig benytter vi lejligheden til at fortælle om nogle af de mange måder, hvorpå vi arbejder med at begrænse omkostningerne og øge vores effektivitet. Der er analyser af indkøb, administration og regionernes styring af sygehusene.

Det er ikke i denne publikation, at man vil finde gode eksempler fra de enkelte afdelinger på sygehusene. Dertil vil jeg i stedet henvise til vores vidensbank på [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk) og vores nyhedsbrev *Del din viden*. Her kan man finde noget at svare på, hvorfor det danske sundhedsvæsen er det sundhedsvæsen, der giver borgerne mest for pengene.

God læselyst.

BENT HANSEN



# Kapitel 1. Indledning og sammenfatning

Regionerne arbejder med konstant at udvikle deres arbejdsopgaver, så opgaverne kan udføres så effektivt som muligt. Det drejer sig både om de administrative opgaver og de øvrige opgaver f.eks. ude på sygehusene.

I denne publikation er der en række analyser, der viser, hvordan regionernes økonomi hænger sammen i 2008, og hvordan regionerne arbejder med at øge produktiviteten.

Regionerne har i både 2007 og 2008 budgetteret indenfor de aftaler, der er indgået med regeringen. Budgetterne følger således regeringens finanspolitik. Det er udtryk for regionernes opbakning til det budgetsamarbejde, som er unikt for Danmark, og som igennem mange tiår har været garanten for, at en decentral offentlig sektor med løsninger tæt på borgerne, kan forenes med central fastlæggelse af de overordnede rammer.

På sundhedsområdet har der de sidste mange år været stor fokus på at øge aktiviteten, men samtidig også på at øge produktiviteten. Dvs. hele tiden at kunne behandle flere og flere patienter for pengene.

Sygehusområdet er enestående i den offentlige sektor, fordi der på området er et godt grundlag for at måle produktivitetsudviklingen og følge den over årene.

Produktiviteten i det danske sundhedsvæsen er fra 2000 til 2006 steget med 9,7 pct. Det betyder med andre ord, at der i 2006 kan produceres 9,7 pct. flere behandlinger end i 2000 for de samme ressourcer, jf. tabel 1.1. Samtidig er der i perioden tilført flere ressourcer til sundhedsvæsenet, hvilket betyder, at det samlede antal behandlinger er øget endnu mere.

## **Tabel 1.1**

### **Produktiviteten på sygehusene 2003-2008**

<b>Vækst i %</b>	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07 (aftalt)	2007-08 (aftalt)
	2,4	1,8	1,9	2,0	2,0

I økonomaftalerne for 2007 og 2008 er der i begge år indbygget et krav til produktivetsforbedringer på 2,0 pct. Det svarer til at regionerne i 2008 "selv" skal finansiere 950 mio. kr. af den aftalte realvækst, dvs. producere 2 pct. flere behandlinger for de samme penge, inden de får adgang til nye midler.

Det danske sygehusvæsen er i forvejen effektivt. OECD udarbejdede i 2007 en analyse af, hvor effektivt sygehusvæsenet er i forskellige lande. Samlet set placerer OECD i deres analyse det danske sygehusvæsen som det mest effektive sygehusvæsen vurderet i forhold til omkostningerne ved udvalgte behandlingstyper.

Der vil fortsat være potentiale for at udvikle produktiviteten og effektiviteten bl.a. i takt med, at der udvikles nye teknologier og nye arbejdsgange. I denne publikation gennemgås regionernes budgetter for 2008, og nogle af regionernes vigtigste redskaber til at effektivisere opgaverne analyseres. Der vil fortsat være fokus på disse redskaber i de kommende år.

**Kapitlerne sammenfattes i det følgende.**

## **Kapitel 2. Regionernes budgetter for 2008**

Regionernes budgetter for 2008 indeholder en betydelig vækst i udgifterne på sundhedsområdet, som giver plads til flere behandlinger og til at tage ny teknologi og ny medicin i brug. Samtidig er der en vækst på området for regional udvikling, herunder til en øget indsats mod jordforurening:

- På sundhedsområdet er der en realvækst på 4,0 procent i forhold til udgifterne i 2007. Det afspejler, at sundhedsområdet har høj prioritet, og at udgiftsudviklingen følger den udvikling, der også ses internationalt, i takt med at efterspørgselen efter sundhedsydelser stiger, og at der hele tiden kommer nye behandlingsmuligheder.
- På social- og specialundervisningsområdet er der en nedgang i udgifterne. Der er stor efterspørgsel efter de regionale tilbud, men nogle kommuner har valgt at overtage specialiserede institutioner, og samlet set er der ca. 500 pladser færre i regionerne i 2008.
- Udgifterne til regional udvikling stiger med 150 mio. kroner svarende til cirka 6,8 procent fra 2007 til 2008. Regionerne har bl.a. budgetteret med en vækst på ca. 55 mio. kr. til oprydning af forurenede jord, dvs. på niveau med det aftalte i økonomiaftalen. Det svarer til, at regionerne kan oprydde ca. 50 grunde mere i 2008, end de kunne i 2007.

### **Kapitel 3. Effektiv administration i regionerne**

Regionerne blev dannet for godt et år siden. I opstartsfasen har der været fokus på effektiviseringer og udnyttelse af synergieffekter ved færre og større enheder. Regionerne har allerede udnyttet mange af disse muligheder ved indretningerne af nye administrative enheder, der skal varetage fællesopgaver, støtteopgaver, styring og administration.

Administration er et samlet begreb, som omfatter mange forskellige funktioner, der alle har til formål at støtte og styre de ydelser, som virksomheden leverer til borgerne, patienterne mv. Administration dækker de "klassiske" opgaver, som f.eks. lønadministration og bogholderi, men også andre typer opgaver som f.eks. IT, udbud og indkøb, patientrådgivning, uddannelses- og kursusvirksomhed og kommunikation.

- Regionernes personale, der er beskæftiget med administrative opgaver og fælles formål, udgør ca. 7 pct. af det samlede personale. Det er lavere end i andre offentlige virksomheder.

- Langt hovedparten af den regionale administration vedrører sundhedsvæsenet. Internationalt set er udgifterne til administration i det danske sundhedsvæsen meget lave. Der er stor usikkerhed omkring sådanne internationale sammenligninger, men forskellene kan dog formentlig i nogen grad tilskrives, at private forsikringsordninger – som er dyre at administrere – ikke er særligt udbredte i Danmark.
- Analysen viser, at forskelle i administrationsgrader mellem regioner er meget små.
- Alle regioner har i forlængelse af kommunalreformen taget initiativ til at forbedre effektiviteten af deres administration, herunder f.eks. ved oprettelse af administrative fællesskaber.

#### **Kapitel 4. Regionernes indkøb**

Regionerne har allerede indhentet nogle af de gevinster, der er forbundet med at effektivisere regionernes indkøb.

##### **Konklusionen i analysen af regionernes indkøb er:**

- Regionerne købte i 2007 ind for knap 29 mia. kr. af varer og tjenesteydelser. Det skønnes, at 37 pct. af regionernes samlede indkøb er indenfor sygehusmedicin, implantater og andre lægelige artikler. Endvidere skønnes det, at 11 pct. af udgifterne til indkøb bliver anvendt på patientbefordring.
- Udgifterne til sygehusmedicin, lægelige artikler, instrumenter, mindre apparatur mv. er steget med 53 pct. siden 1998. Det vurderes, at den store stigning i indkøbsudgifterne til disse områder blandt andet skyldes den teknologiske udvikling, der er indenfor de pågældende produktgrupper.
- Regionernes indsats for at effektivisere indkøbsområdet er både funderet i fællesregionale indsatsområder og i de enkelte regioner. Regionernes indkøb af varer sker for 50 pct. vedkommende gennem fælles indkøbsinitiativer, heraf udgør Amgros's køb af sygehusmedicin til regionerne hovedparten.

- Regionerne har allerede udnyttet, at de har en størrelse, som kan give store besparelse på indkøbsområdet. Regionerne har bl.a. skabt regionale indkøbsstrategier, som skal sikre, at der kontinuerligt er besparelser for den enkelte region. Således har flere regioner i 2008 budgetteret med besparelser på indkøbsområdet.
- Regionerne har ligeledes indgået flere fællesregionale aftaler om indkøb. Det mest omfangsrige er det fællesregionale udbud af scannere, der er påbegyndt i 2008. Det forventes, at det fælles udbud vil medføre en besparelse på minimum 100 mio. kr. for regionerne. Udbuddet er det største af sin art herhjemme og har vakt international opmærksomhed.

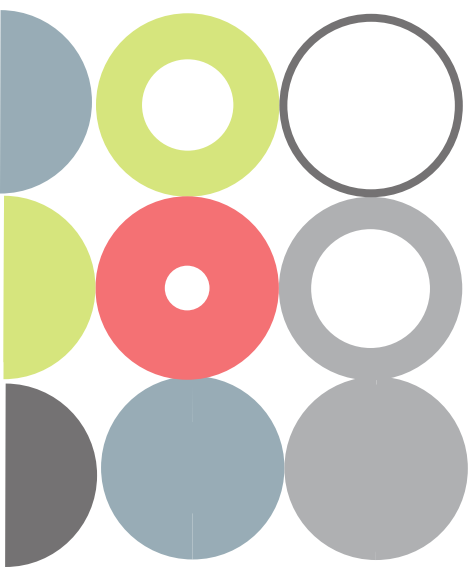
## Kapitel 5. Styring af sygehusene

Takster og takststyring er et af de centrale omdrejningspunkter for regionernes økonomiske styring af sygehusvæsenet. Det er regionerne, som udformer takststyringsmodellerne under hensyntagen til de lokale forhold i den enkelte region.

### Konklusionerne i analysen af styringen af sygehusene er:

- Alle regioner lever op til kravet om, at takstfinansiering af sygehusene skal udgøre mindst 50 pct. For alle regioner er takststyringsmodellerne et nøgleredskab i forhold til at sikre fokus på øget produktivitet i sundhedsvæsenet, samtidig med at aktiviteten øges.
- Alle regioner har valgt, at takststyringen som udgangspunkt skal baseres på det statslige DRG-system. Men alle regionerne har valgt at fastsætte taksterne diskretionært, ved at sygehusene modtager en given procentsats af de relevante DRG-takster. Der er dog flere eksempler på, at man afviger herfra, f.eks. for at understøtte god kvalitet i forhold til borgerne.
- Mulighederne for regionalt at kunne tilpasse takstmodellerne er vigtig for en optimal økonomisk styring af sygehusvæsenet. Det skyldes, at den økonomiske og aktivitetsmæssige situation er forskellig fra region til region. En ensartet styring i alle regioner vil derfor ikke være hensigtsmæssig ud fra en økonomisk betragtning.

- Nogle regioners takststyringsmodeller er indrettet på en måde, så de på udvalgte områder ikke tilskynder til en øget aktivitet. Det sker f.eks. ved at akutte indlæggelser mv. afregnes til en lavere procentdel af DRG-taksten end de øvrige indlæggelser mv. Formålet er at sikre, at serviceniveauet ikke udvides, ved at patienter, der kan behandles akut eller ambulant, bliver indlagt.



# Kapitel 2. Regionernes budgetter for 2008

I efteråret 2007 vedtog de fem regioner deres andet årsbudget – budgetterne for 2008. Alle budgetter blev vedtaget med meget brede flertal i regionsrådene. Og budgetterne ligger for andet år i træk inden for den aftale, som er indgået med regeringen, og som følger regeringens finanspolitik.

Regionernes budgetter for 2008 indeholder en betydelig vækst i udgifterne på sundhedsområdet, som giver plads til flere behandlinger og til at tage ny teknologi og ny medicin i brug. Samtidig er der en vækst på området for regional udvikling, herunder til en øget indsats mod jordforurening:

- På sundhedsområdet er der en realvækst på 4,0 procent i forhold til udgifterne i 2007. Det afspejler, at sundhedsområdet har høj prioritet, og at udgiftsudviklingen følger den udvikling, der også ses internationalt, i takt med at efterspørgselen efter sundhedsydelse stiger, og at der hele tiden kommer nye behandlingsmuligheder.
- På social- og specialundervisningsområdet er der en nedgang i udgifterne. Der er stor efterspørgsel efter de regionale tilbud, men nogle kommuner har valgt at overtage specialiserede institutioner, og samlet set er der ca. 500 pladser færre i regionerne i 2008.
- Udgifterne til regional udvikling stiger med 150 mio. kroner svarende til cirka 6,8 procent fra 2007 til 2008. Regionerne har bl.a. budgetteret med en vækst på ca. 55 mio. kr. til oprydning af forurenede jord, dvs. på niveau med det aftalte i økonomiaftalen. Det svarer til, at regionerne kan oprydde ca. 50 grunde mere i 2008, end de kunne i 2007.

## 2.1 Regionernes økonomi i 2008 på sundhedsområdet

Regionerne har ligesom i 2007 budgetteret indenfor den aftalte økonomiske ramme for nettodriftsudgifterne og dermed overholdt økonomiaftalen med regeringen.

Nettodriftsudgifterne i budget 2008 udgør 85,5 mia. kr. på sundhedsområdet, dvs. til sygehuse mv., sygesikringsmedicin samt øvrige sygesikringsområder (almen læger, speciallæger mv.).

Budgetterne for 2008 udviser dermed en realvækst på 3,3 mia.kr. svarende til 4 pct. i forhold til udgiftsniveauet i 2007, jf. tabel 2.1 og tabel 2.2.

### Tabel 2.1

Budget 2007, budget 2007 (korrigeret for resultatet af regnskab 2006) samt budget 2008 (i 2008 pris-, løn- og opgaveniveau). Mio. kr.

	Budget 2008 I 2008 pris-, løn- og opgaveniveau	Budget 2007 korrigeret for R2006 I 2008 pris-, løn- og opgaveniveau	Budget 2008
Sygehusvæsen mv. <sup>1)</sup>	60.469	61.964	64.634
Sygesikring ekskl. medicin	12.767	13.043	13.358
Sygesikringsmedicin	7.210	7.210	7.509
Nettodriftsudgifter sundhedsområdet	80.446	82.217	85.501

**Anm.:**

Den oprindelige aftale for 2007 var baseret på et meget usikkert grundlag vedr. aktivitetsforudsætninger mv. Budgetterne for 2007, der blev vedtaget i efteråret 2006, tog udgangspunkt i forudsætninger for aftalen for 2007. Det blev i december 2006 aftalt at korrigere dette udgiftsniveau, og det er dette korrigerede udgiftsniveau for 2007, som fremgår af tabellen under "Budget 2007 korrigeret for regnskab 2006".

**Note 1:**

Omfatter sygehusvæsen samt de dele af fælles formål og administration mv., som i regionernes økonomi opgøres som en del af sundhedsvæsenet.

Realvæksten vedrører især sygehusvæsenet, hvor der er en stigning på 2,7 mia. kr.



**Tabel 2.2**

Realvækst i nettodriftsudgifter fra korrigeret budget 2007 til budget 2008 på sundhedsområdet (i 2008 pris-, løn- og opgaveniveau)

	Realvækst fra B2007 (korrigeret for regnskab 2006) til B2008	
	Mio. kr.	Pct.
Sygehusvæsen mv.	2.670	4,3
Sygesikring ekskl. medicin	315	2,4
Sygesikringsmedicin	299	4,1
Nettodriftsudgifter sundhedsområdet	3.284	4,0

På investeringssiden har regionerne budgetteret med nettoanlægsudgifter på 2,8 mia. kr., hvoraf de 900 mio. kr. er finansieret via en låneramme til medicoteknik mv.

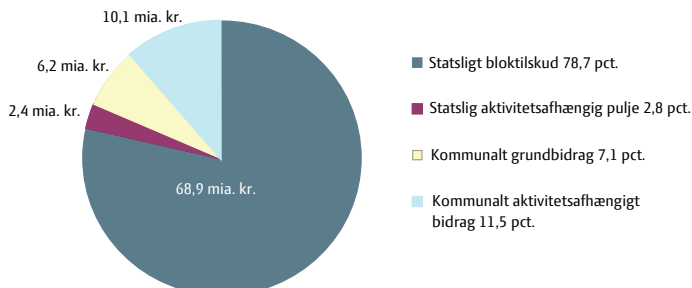
Der er efter budgetlægningen aftalt en yderligere låneramme på 850 mio. kr. til apparatur mv. på kræftområdet. Lånerammen er fordelt mellem regionerne efter bloktilskudsøglen.

### 2.1.1 Regionernes indtægter på sundhedsområdet

Regionerne har en række forskellige indtægtskilder på sundhedsområdet. 81 pct. af den samlede finansiering kommer fra staten via bloktilskud (68,9 mia. kr.) og den aktivitetsafhængige finansiering (2,4 mia. kr.). 19 pct. af finansieringen sker via kommunerne i form af et grundbidrag (6,2 mia. kr.) og kommunal aktivitetsafhængig finansiering (10,1 mia. kr.), jf. figur 2.1.

**Figur 2.1**

Oversigt over regionernes finansiering på sundhedsområdet i 2008



Anm.: Lånoptagelse og likviditetsfinansiering indgår ikke i opgørelsen

Udviklingen i sammensætningen af regionernes finansiering fra budget 2007 til budget 2008 fremgår af tabel 2.3. Der er en tendens til, at bloktilskuddet fylder en lille smule mere på bekostning af den kommunale medfinansiering og den aktivitetsafhængige finansiering.

### Tabel 2.3

Oversigt over regionernes finansiering og fordeling heraf i budget 2007 og budget 2008 (ekskl. lån og likviditetsforskydninger) på sundhedsområdet

	Budget 2007		Budget 2008	
	Mio. kr.	Pct.-fordeling	Mio. kr.	Pct.-fordeling
Statsligt bloktilskud	62.337	77,6%	68.910	78,7%
Statslig aktivitetsafhængig pulje	2.529	3,1%	2.437	2,8%
Kommunalt grundbidrag	5.997	7,5%	6.189	7,1%
Kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag	9.433	11,7%	10.055	11,5%
Finansiering i alt ex.lån og likviditetsforskydning	80.296	100,0%	87.591	100,0%

#### Anm.:

Reglerne for den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering indebærer, at kommunerne også skal medfinansiere den aktivitet, som vedrører den statslige aktivitetsafhængige pulje. De 2,4 mia. kr. fra den aktivitetsafhængige pulje vedrører derfor kun den statslige andel, mens de 10,1 mia. kr. i kommunal medfinansiering også indeholder kommunal medfinansiering af aktiviteten finansieret af den statslige pulje. Aktivitetspuljen udgør ca. 3,0 mia. kr. inkl. kommunernes medfinansieringsandel.

Det statslige bloktilskud udmåles efter objektive kriterier, mens den statslige og kommunale aktivitetsafhængige finansiering er beregnet med udgangspunkt i regionernes aktivitet. Den statslige aktivitetspulje indeholder endvidere en særskilt pulje til strålebehandling på 151 mio. kr. i 2008 (eller 208 mio. kr. inkl. den kommunale finansieringsandel).

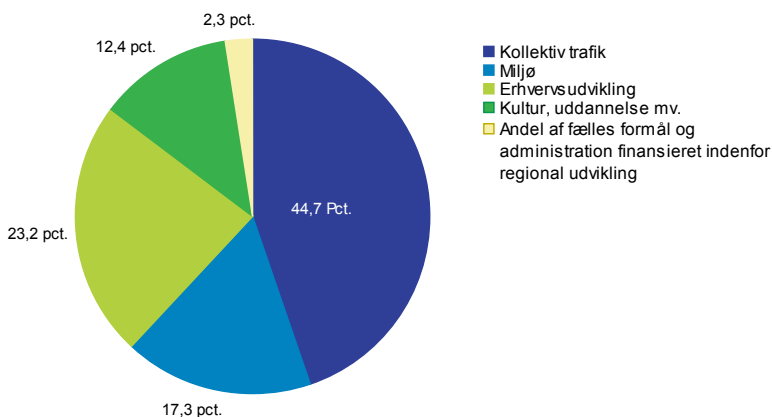
Det kommunale grundbidrag udgør 1.000 kr. pr. indbygger i 2003 pris- og lønniveau svarende til 1.133 kr. pr. indbygger i 2008. Der er i lovgivningen åbnet for muligheden for at aftale en forhøjelse med kommunerne i den enkelte region, men ingen har forsøgt sig med at benytte denne mulighed.

## 2.2 Regional udvikling

Figur 2.2 illustrerer fordelingen af regionernes udgifter til de forskellige opgaver under regional udvikling. Tilskud til de kollektive trafikselskaber udgør næsten halvdelen af de samlede udgifter, mens de resterende udgifter fordeles sig på erhvervsudvikling, miljø, kultur og uddannelse samt en andel af regionernes fælles formål.

**Figur 2.2**

Fordeling af regionernes udgifter til regional udvikling på områder i budget 2008



I overensstemmelse med økonomiaftalen for 2008 har regionerne prioriteret væksten på miljøområdet, dvs. til oprydning af forurenet jord. Den øvrige vækst ligger primært på erhvervsområdet. De samlede budgetterede netto-driftsudgifter i 2008 indenfor regional udvikling udgør 2,3 mia. kr. svarende til en realvækst på 148 mio. kr. eller 6,8 pct., jf. tabel 2.4.

**Tabel 2.4**

Realvækst i nettodriftsudgifter fra budget 2007 til budget 2008 på regional udvikling (i 2008 pris-, løn- og opgaveniveau)

	Budget 2007 i 2008 pris-, løn- og opgaveniveau Mio. kr.	Budget 2008 Mio. kr.	Realvækst B2007-B2008 Mio. kr.	Realvækst B2007-B2008 Pct.
	Kollektiv trafik	1.020	1.040	20
Miljø	348	402	54	15,4
Erhvervsudvikling	486	540	55	11,3
Øvrig regional udvikling <sup>1)</sup>	325	344	20	6,1
Nettodriftsudgifter regional udvikling	2.178	2.327	148	6,8

**Anm.:**

Der er indlagt et teknisk budgetniveau på 57,4 mio. kr. på miljøområdet i Region Midtjylland i budget 2007, idet der ikke i de vedtagne budgetter for 2007 indgik en specifik bevilling på miljø. For Region Nordjylland indgår en anlægsinvestering i både 2007 og 2008 indenfor kollektiv trafik, som er finansieret via statsligt anlægstilskud.

**Note 1:**

Omfatter kultur og uddannelse samt de dele af fælles formål og administration mv., som i regionernes økonomi opgøres som en del af regional udvikling.

Finansieringen af regional udvikling er sammensat af et kommunalt udviklingsbidrag på 0,6 mia. kr. svarende til 113 kr. pr. indbygger. Bloktilskuddet udgør 1,7 mia. kr.

## 2.3 Social- og specialundervisningsområdet

Regionernes budgetter er baseret på de rammeaftaler, regionerne og kommunerne har indgået for 2008 i oktober 2007. De aftalte bruttoomkostninger på regionernes område udgør 4,8 mia. kr. i 2008, jf. tabel 2.5.

**Tabel 2.5**

Regionernes samlede driftsomkostninger på socialområdet (børn, unge og voksne) i 2007 og 2008 (2008 pris- og lønniveau). Mio. kr.

	Bruttoomkostninger ekskl. anlægsomkostninger <sup>1)</sup>	Bruttoanlægsomkostninger	Bruttoomkostninger i alt
Region Hovedstaden	1.051	13	1.063
Region Sjælland	645	0	645
Region Syddanmark	1.050	29	1.079
Region Midtjylland	1.306	92	1.398
Region Nordjylland	624	13	638
Regioner i alt	4.676	147	4.823

Note 1:

Omfatter driftsomkostninger, andel af fælles formål og administration, andel af renter og finansfor skydninger.

Det fremgår af tabel 2.5, at Region Midtjylland med ca. 30 pct. af udgifterne har den største andel af området. Dette skal sammenholdes med at deres andel af befolkningen udgør 22 ½ pct. Hvis der alene ses på antallet af pladser, er Region Midtjyllands andel hele 35 pct., jf. tabel 2.6.

**Tabel 2.6**

Aktiviteten på socialområdet (børn, unge og voksne) i 2008 fordelt på regioner, opgjort i antal pladser

	Børn og unge		Voksne				Børn og unge samt voksne i alt
	Daginstitutioner	Døgninstitutioner	I alt	Dagtilbud	Døgn-tilbud	I alt	
Region Hovedstaden	20	119	139	336	786	1.122	1.261
Region Sjælland	8	152	160	292	288	580	740
Region Syddanmark	24	147	171	324	773	1.097	1.268
Region Midtjylland	7	356	363	820	949	1.769	2.132
Region Nordjylland	16	65	81	196	424	620	701
Regioner i alt	75	839	914	1.968	3.220	5.188	6.102

Kilde:

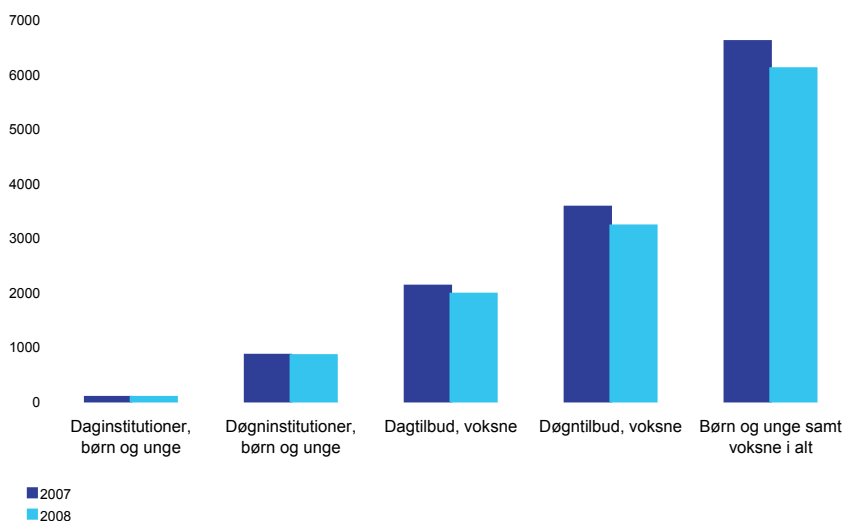
Danske Regioners publikation "Regionernes aktiviteter på social- og specialundervisningsområdet i 2008"

Der er stor efterspørgsel efter regionernes tilbud på socialområdet. I 2007 var der således generelt overskud på området, hvilket er udtryk for, at kommunerne anvendte tilbuddene mere end forventet i rammeaftalerne.

Der er imidlertid ca. 500 færre pladser i 2008 end i 2007 på de regionale institutioner, hvilket skyldes at nogle kommuner har valgt at overtage de regionale institutioner, jf. figur 2.3.

**Figur 2.3**

Antal pladser på socialområdet i 2007 og 2008



**Kilde:**

Danske Regioners publikation "Regionernes aktiviteter på social- og specialundervisningsområdet i 2008"

## 2.4 Regionernes udgifter til fællesadministration

I regionernes budget- og regnskabssystem skal udgifterne til fællesadministrative funktioner konteres på en særskilt konto, hovedkonto 4.

Det er ikke alle administrationsudgifterne, der skal konteres på fælleskontoen, idet de administrative funktioner, der udelukkende vedrører ét af de tre hovedområder, skal konteres på deres respektive områder. Det betyder, at størrelsen af de udgifter, der konteres på fællesadministrationen (hovedkonto 4) vanskeligt kan sammenlignes regionerne imellem, fordi konteringen afhænger af den konkrete organisering i en region.

I tabel 2.7 er regionernes udgifter til fælles formål og administration i budget 2007 og i budget 2008 gengivet. Der er budgetteret med 2 mia. kr. i 2008, dvs. der er konteret en vækst på 300 mio. kr. Denne vækst er udtryk for, dels at udgifterne til tjenestemandspensionerne er stigende, og at nogle af disse udgifter ligeledes er flyttet fra øvrige konti til kontoen for fælles formål. Dels er der sket en række organisatoriske ændringer, som indebærer omflytninger af udgifter fra de øvrige konti.

Eksemplerne på organisatoriske ændringer er flytning af IT-medarbejdere fra sygehusene til regionsgården, flytning af lønadministration til én samlet lønadministration i regionen eller andre former for administrative fællesskaber (shared services). Vækst i udgifterne under fælles formål og administration, som skyldes sådanne forhold, modsvares derved af et tilsvarende fald i udgifterne på øvrige konti.



### **Table 2.7**

Regionernes udgifter til fælles formål og administration i budget 2007 og budget 2008 i mio.kr.

	Budget 2007 I 2008 pris-, løn- og opgaveniveau	Budget 2008	Vækst 2007-2008 Mio. kr.
Region Hovedstaden	583	636	53
Region Sjælland	301	391	90
Region Syddanmark	320	398	78
Region Midtjylland	377	456	79
Region Nordjylland	150	150	0
Regioner i alt	1.731	2.032	301

**Anm.:**

Nettodriftsudgifterne omfatter både udgifter fordelt til sundhed, regional udvikling samt social- og specialundervisningsområdet. Opgørelsen omfatter ikke udgifter til renter.

# Kapitel 3. Effektiv administration i regionerne

Regionerne blev dannet for godt et år siden. I opstartsfasen har der været fokus på effektiviseringer og udnyttelse af synergieffekter ved færre og større enheder. Regionerne har allerede udnyttet mange af disse muligheder ved indretningerne af nye administrative enheder, der skal varetage fællesopgaver, støtteopgaver, styring og administration.

Administration er et samlet begreb, som omfatter mange forskellige funktioner, der alle har til formål at støtte og styre de ydelser, som virksomheden leverer til borgerne, patienterne mv. Administration dækker de "klassiske" opgaver, som f.eks. lønadministration og bogholderi, men også andre typer opgaver som f.eks. IT, udbud og indkøb, patientrådgivning, uddannelses- og kursusvirksomhed og kommunikation, dvs. medarbejdere, der har en række støttefunktioner til de personalegrupper, som varetager borger- og patientrettede opgaver, eller medarbejdere, som er beskæftiget indenfor tværgående støttefunktioner.

I dette kapitel vil omfanget af disse i regionerne blive undersøgt, herunder også i forhold til andre offentlige instanser mv.

Dette kapitals analyse forsøger – ved at tage udgangspunkt i stillingskategorier – at indkredse, hvor meget af regionernes personale, der er administrativt personale eller beskæftiget med støttefunktioner til de borger- og patientrettede funktioner, hvad enten personalet er beskæftiget i den centrale regionsforvaltning, på sygehusene eller på andre institutioner. Analysen har dermed den styrke i forhold til mere simple sammenligninger baseret på regionernes budget- og regnskabssystem, at den i højere grad tager højde for, at regionerne er organiseret forskelligt. *Det skal dog understreges, at metoden fortsat er meget "grovkornet" og ikke kan betragtes som en præcis opgørelse.*

Konklusionerne er:

- Regionernes personale, der er beskæftiget med administrative opgaver og fælles formål, udgør ca. 7 pct. af det samlede personale. Det er lavere end i andre offentlige virksomheder.
- Langt hovedparten af den regionale administration vedrører sundhedsvæsenet. Internationalt set er udgifterne til administration i det danske sundhedsvæsen meget lave. Der er stor usikkerhed omkring sådanne internationale sammenligninger, men forskellene kan dog formentlig i nogen grad tilskrives, at private forsikringsordninger – som er dyre at administrere – ikke er særligt udbredte i Danmark.
- Analysen viser, at forskelle i administrationsgraden mellem regioner er meget små.
- Alle regioner har i forlængelse af kommunalreformen taget initiativ til at forbedre effektiviteten af deres administration, herunder f.eks. ved oprettelse af administrative fællesskaber.

Det er vigtigt at understrege, at færre administrative medarbejdere, herunder medarbejdere ansat til at varetage fælles formål, ikke i sig selv er bedre end flere. Det skyldes, at administrative medarbejdere er nødvendige for at få en organisation til at fungere effektivt, og øget administration på målrettede områder kan sommetider øge effektiviteten. For eksempel kan det være nødvendigt at satse på professionelle indkøbere for at få bedre indkøbspriser. Gode indkøbere kan tjene deres egen løn hjem mange gange i form af de bedre priser.

Ofte kan administrative medarbejdere endvidere aflaste det sundhedsfaglige personale, dels ved at yde en mere smidig og hurtigere service, så f.eks. IT-systemer fungerer og ikke sinker det faglige personale. Dels ved at overtage de opgaver som ikke kræver særlig sundhedsfaglig ekspertise, herunder f.eks. registrering og dokumentation, udarbejdelse af vagtplaner etc. En sådan opgaveglidning kan bidrage til at frigøre ressourcer til borgernære opgaver.

Muligheden for at støtte og aflaste det sundhedsfaglige personale er ekstra vigtig i en situation, hvor der er mangel på bl.a. læger og sygeplejersker.

### **3.1 Hvad er administration?**

Administration kan forstås på mange måder. Administration kan overordnet beskrives som de ressourcer, der ikke direkte indgår i 'produktionen' af offentlige serviceydelser, dvs. de borgernære opgaver, der indebærer en direkte kontakt med borgere eller med natur, materiel og bygninger. Medarbejdere, der varetager opgaver indenfor fælles formål falder i kapitlet ind under den samme definition.

Regionernes fælles opgaver og administration varetages både i den centrale regionsforvaltning og de på de enkelte institutioner, dvs. på hospitaler, sociale institutioner mv. Af regionernes budget- og regnskabssystem fremgår de administrative opgaver, som kan opgøres ud fra den afgrænsning, der er i dette system.

Administration omfatter mange forskellige funktioner, der alle har til formål at støtte og styre de ydelser, som virksomheden leverer til borgerne, patienterne mv. Administration dækker de "klassiske" opgaver, som f.eks. lønadministration og bogholderi, men også andre typer opgaver som f.eks. IT, udbud og indkøb, patientrådgivning, uddannelses- og kursusvirksomhed og kommunikation, dvs. medarbejdere, der har en række støttefunktioner til de personalegrupper, som varetager borger- og patientrettede opgaver, eller medarbejdere, som er beskæftiget indenfor tværgående støttefunktioner.

En ulempe ved at analysere størrelsen af administrationerne og støttefunktionerne ud fra simple opgørelser baseret på udgifterne konteret i budget- og regnskabssystemet er, at det ikke giver et billede af de samlede administrative og understøttende funktioner. For at få et samlet billede bør de administrative og understøttende funktioner på sygehusene og øvrige institutioner indgå, og hertil er budget- og regnskabssystemet ikke tilstrækkeligt.

Af andre ulemper ved at foretage simple analyser på baggrund af regionernes registrerede administrationsudgifter i budget- og regnskabssystemet kan nævnes, at regionernes konteringsmæssige praksis kan afvige fra hin-

anden. Derudover kan forskelle i udgifter afspejle organisatoriske forskelle, eksempelvis i forhold til om administrationen placeres i regionshuse eller på de enkelte institutioner.

### **3.2 Hvor stor er regionernes administration?**

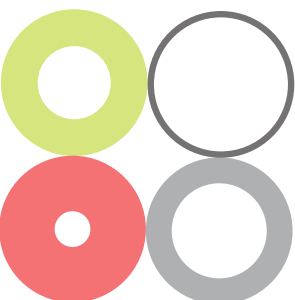
Nærværende analyse baserer sig i stedet for på, hvilke stillinger der er registreret i regionerne, og hvor mange medarbejdere der må antages at have opgaver af administrativ og understøttende karakter.

Nogle stillinger indeholder elementer af både borgernære funktioner og administrative funktioner, og på sundhedsområdet er der det særlige forhold, at en række administrative funktioner nødvendigvis må udføres af fagpersoner som læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter mv. Som eksempel skal det faglige personale varetage patientregistreringer, sikre tilstrækkelige oplysninger i patientjournaler mv., herunder forhold der vedrører patientsikkerhed og kvalitetsudvikling.

Sundhedsområdet er også kendetegnet ved, at der er en række særlige stillinger som lægesekretærer. Det er en særlig faggruppe, som ikke varetager klassiske administrative funktioner som lønudbetalinger, regnskabsfunktioner mv. Til forskel fra typiske administrative personalegrupper har lægesekretærer ofte kontakt med patienter, og de kan bistå det øvrige fagpersonale mere direkte i forhold til de sundhedsfaglige opgaver.

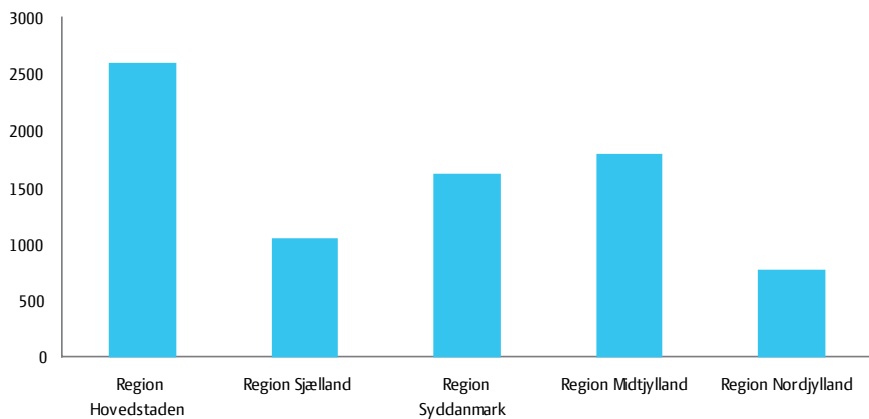
I denne analyse indgår ikke de administrative funktioner, som fagpersonalet varetager. Der kan være forskelle på afgrænsningerne af, hvilke administrative opgaver fagpersonalet varetager, og hvilke opgaver der varetages af decideret administrativt og understøttende personale. Derfor kan der ikke foretages sikre konklusioner om forskelle i regionernes administrationer på baggrund af de små størrelsesforskelle i denne analyse.

Ud fra denne analysemetode er antallet af administrative medarbejdere i regionerne vist i figur 3.1. Forskellene regionerne imellem skyldes i denne figur forskelle i regionernes størrelser.



**Figur 3.1**

Stillinger, beskæftiget med fælles formål og administration i regionerne



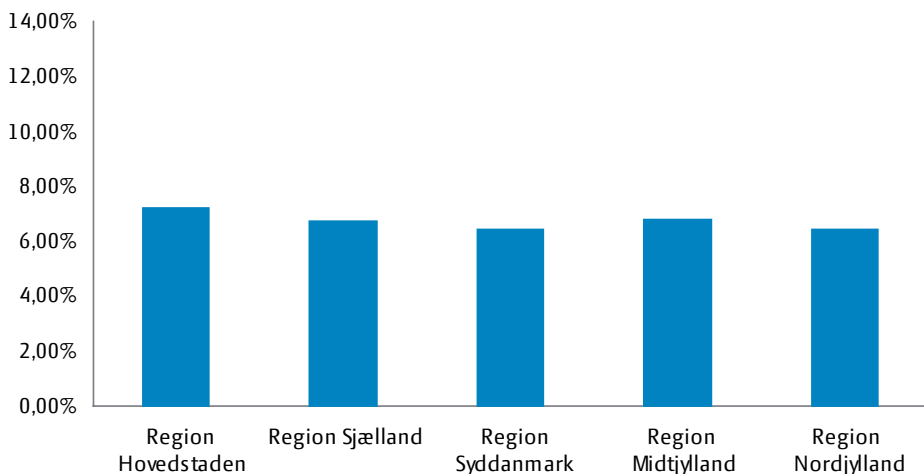
Kilde:

Særkørsel fra Det Fælleskommunale Løndatakontor.

Figur 3.2 viser andelen af administrativt personale i forhold til det samlede personale. Samlet set udgør andelen af administrative medarbejdere i regionerne 6,8 pct. med en forholdsvis lille spredning mellem de 5 regioner.

### Figur 3.2

Forhold mellem samlet antal medarbejdere og medarbejdere, beskæftiget med fælles formål og administration



Kilde:

Særkørsel fra Det Fælleskommunale Løndatakontor. Data er fra august 2007.

Den stillingsbaserede metode til at opgøre regionernes samlede administration og størrelsen af støttefunktionerne har imidlertid - ligesom alle andre analysemetoder - en række ulemper.

Det er for det første vanskeligt at foretage en klar skelnen mellem administrative og faglige stillinger. Det gælder f.eks. lægesekretærer og en lang række andre funktioner.

For det andet kan der være opgørelsesproblemer i forhold til situationer, hvor en region køber administrative ydelser af en anden region, private konsulentvirksomheder mv. I disse tilfælde vil en given region ikke have registreret administrative stillinger i eget regi i samme omfang som den anvendte

administrationskapacitet. Metoden kan heller ikke tage højde for eventuelle forskelle i lønniveauer i regionerne, f.eks. hvis der er forskel på den faglige sammensætning af det administrative personale i regionerne.

### **3.3 Få administrative medarbejdere er ikke et mål i sig selv**

Problemerne med at lave en præcis afgrænsning af administrativt/understøttende og fagligt personale er også afspejlet i de daglige arbejdsrutiner på f.eks. sygehusafdelinger. Administrativt/understøttende personale aflaster således ofte det sundhedsfaglige personale i det nødvendige - men ikke borgernære rettede - rutinearbejde.

En forbedret arbejdsdeling mellem administrativt personale og personale, der tager sig af borgernære opgaver, vil være et fokusområde i regionerne i fremtiden.

For eksempel har der i den seneste tid været fokus på lægers og andre sundhedsfaggruppers anvendelse af tid på obligatoriske opgaver, der ikke har med den nære patientkontakt at gøre, men som er helt nødvendige af hensyn til en langsigtet planlægning og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

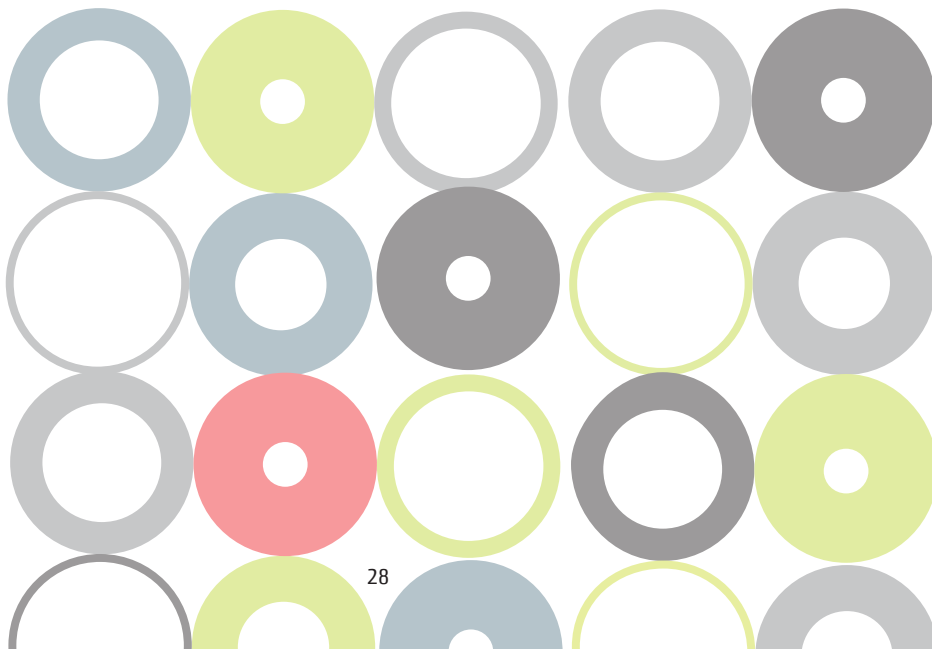
Inden for medicinsk behandling af kræft har læger anslået, at der på en almindelig klinisk afdeling går 20 pct. af arbejdsdagen med administration, registreringer, elektronisk rekvisition og elektronisk registrering af medicin (DMCG og Kræftens bekæmpelse 2006). Læger påpeger selv behovet for, at andre faggrupper går ind og overtager opgaver, der har med den langsigtede tilrettelæggelse af sundhedsarbejdet at gøre, men som ikke involverer den daglige kontakt med patienter (Ugeskrift for læger 2007, nr. 50).

Det er således ikke et mål i sig selv, at der generelt i regionerne skal være så få administrative medarbejdere som muligt. Administrative medarbejdere er nødvendige for at få organisationer til at fungere, og en effektiv administrativ understøttelse af det faglige personale kan frigøre ressourcer hos fagpersonalet til patientrettede opgaver. Derfor er det vigtigt, at der løbende sker en naturlig og hensigtsmæssig vurdering af opgavefordelingen for så vidt angår administrative funktioner mellem sundhedsfagligt og administrativt personale under hensyntagen til forholdene på de konkrete arbejdspladser.

### 3.4 Regionernes administration sammenlignet med andre offentlige virksomheder

Det er vanskeligt direkte at sammenligne regionernes samlede funktioner inden for fælles formål med andre offentlige virksomheder, fordi der er forskel på de opgaver, som udføres. Staten har i sagens natur en væsentlig større andel af administrativt personale end regioner og kommuner, fordi de statslige departementer, direktorater og styrelser netop beskæftiger sig med administration i stedet for borgernær og patientrettet service.

Hertil kommer at datagrundlaget varierer mellem områderne. Alle eksisterende opgørelser og undersøgelser peger dog på, at regionerne har en lille administration sammenlignet med andre offentlige virksomheder mv. En sammenligning med et privat transportselskab, der udbyder landsdækkende services, viser, at regionernes administrationsandel er nogenlunde på samme niveau, jf. tabel 3.1.



**Tabel 3.1**

Administration og beskæftigede med fælles formål i regionerne ifht. andre offentlige og private virksomheder

	Antal adm. medarbejdere	Total antal medarbejdere	Adm. Medarbejdere/ total
	Årsværk	Årsværk	Procent
Regioner	7.772	114.280	6,8
Kommuner 2004 <sup>1</sup>	49.215	337.159	14,6
Politi - 2006 <sup>2</sup>	2.065	14.125	14,6
Offentlig sektor hele landet - 2005 <sup>3</sup>	166.815	1.029.779	16,2
Arriva <sup>4</sup>	274	4.418	6,2

**Note 1:**

Opgørelsen er således før kommunalreformen. Tallene er hentet fra Blom-Hansen & Larsen 2005. Se i øvrigt bilag 1. I forhold til den endelige opgørelse i Blom-Hansen & Larsen er der dog ikke medtaget faglige beslutningstagere på institutionerne for at opgørelsen skal være sammenlignelig med opgørelsen i regionerne.

**Note 2:**

Antal administrative årsværk er hentet fra Politiets årstabel 2006 - 'kontorpersonalets styrketal'. Total antal medarbejdere er hentet fra Finansloven for 2007 - afsnit om politivæsenet.

**Note 3:**

Antal administrative medarbejdere er 'offentlig administration' i tabel 394 i Statistisk årbog 2007. Offentlig administration dækker over generel offentlig administration, offentlig sektoradministration, offentlig administration vedrørende erhverv, infrastruktur mv. samt administration inden for politi, retsvæsen og forsvar. Total antal medarbejdere er 'Offentlig sektor i alt' i tabel 256 i Statistisk årbog 2007.

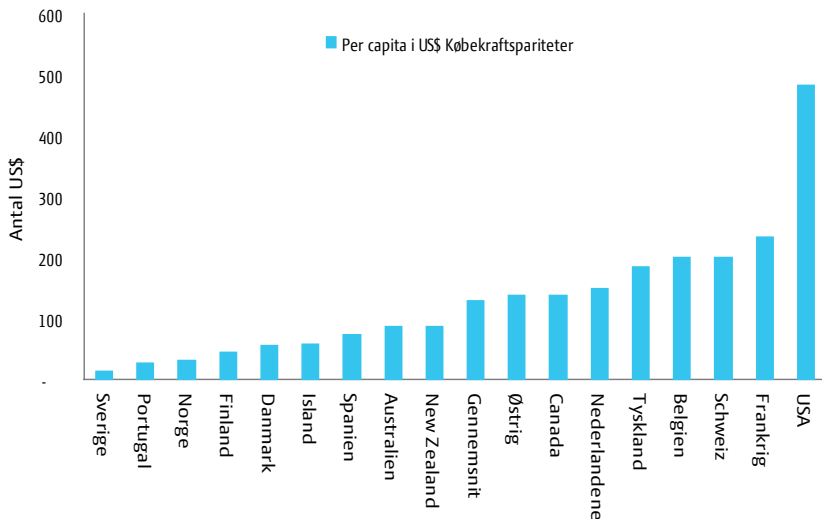
**Note 4:**

Ifølge Arriva Skandinavien A/S årsrapport 2005. Antallet af administrative medarbejdere er skønnet ud fra forholdet mellem de personalerelaterede administrations- og produktionsomkostninger.

Langt den største del af administrationen og funktioner inden for fælles formål i regionerne vedrører sundhedsvæsenet. OECD har forsøgt at opgøre udgifterne til administration af alle dele af sundhedsvæsenet i medlemslandene, jf. figur 3.3. Opgørelsen er behæftet med megen usikkerhed, og data er ikke fuldt sammenlignelige, men det tyder umiddelbart på, at det danske sundhedsvæsen har en lav administrationsgrad.

**Figur 3.3**

**Udgifter i Danmark og OECD-lande til administration i sundhedsvæsenet. Både det offentlige og private**



Kilde.:

OECD Health data 2007. Opgørelserne for de enkelte lande er de senest tilgængelige tal.

En medvirkende årsag til at de nordiske lande har lave administrationsudgifter er formentlig, at udgifterne til administration af forsikringsordninger er betydeligt lavere end i de fleste andre lande.

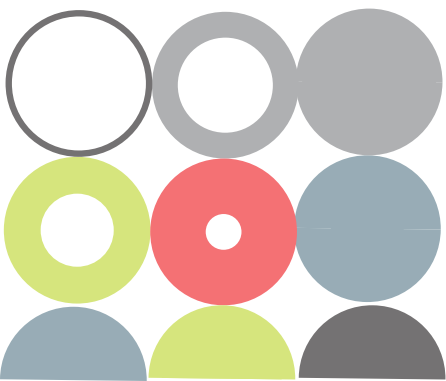
### **3.5 Mere effektiv administration efter kommunalreformen**

Regionerne har benyttet strukturreformen som anledning til at opbygge deres administration og de funktioner, der understøtter de borger- og patientrettede opgaver, så hensigtsmæssigt som muligt, herunder har regionerne overvejet, om der er områder, hvor regionerne har kunnet udnytte fordelene ved større enheder.

Blandt andet har regionerne arbejdet med at samle flere opgaver i fællesfunktioner, der dækker hele regionen. Formålet bag oprettelsen af disse administrative fællesskaber har været at samle de faglige miljøer i admini-

strationen for at sikre den faglige kvalitet og sikre koncernledelsens nærhed til de administrative opgaver og dermed også muligheden for tværgående koordinering.

For eksempel kan der være besparelser ved fælles lønadministration ved at købe større og mere rationelt ind og samle større IT-funktioner på regionshuse mv. samt generelt undgå dobbeltfunktioner. Sådanne synergieffekter er i vidt omfang allerede indhøstet i regionernes første år, jf. boks 1-5.



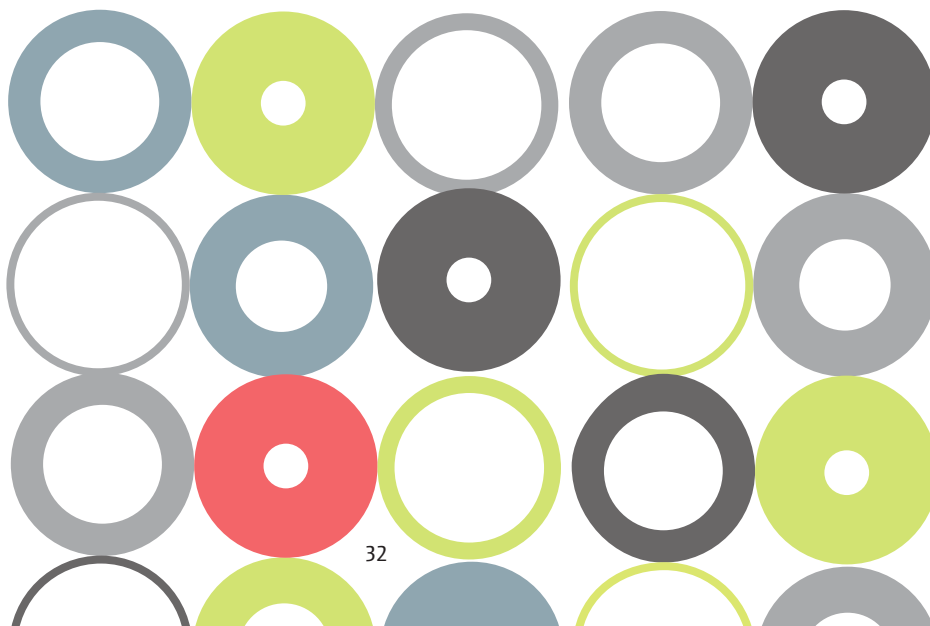
## **Boks 1:**

### **Løn- og Personaleadministration i Region Nordjylland**

Organisatorisk er løn- og personaleenheden placeret i HR-afdelingen med direkte reference til koncernledelsen

Enheden er opdelt i 5 teams: 3 teams tager sig af udbetaling af al løn til personalet i regionen, samt øvrig lønadministrativt arbejde, herunder oprettelse af nye medarbejdere, udarbejdelse af ansættelsesbreve, oplysninger til tillidsrepræsentanter mv.

Overenskomstteamet udvikler, implementerer og laver ajourføringsopgaver. Det personalejuridiske team løser vanskelige juridiske sager samt nogle ad hoc og konsulentopgaver

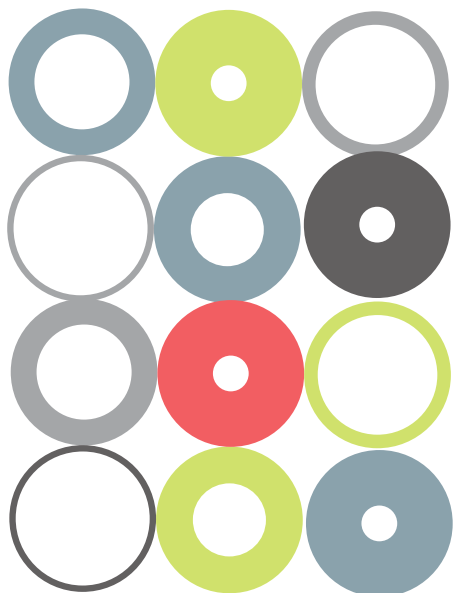


## **Boks 2:** **Indkøb i Region Syddanmark**

Indkøbsafdelingen er en del af regionens centrale økonomi-afdeling. Afdelingschefen referer til økonomiforvaltningens øverste ledelse.

Indkøbsafdelingen sørger for indgåelse af tværgående indkøbsaftaler, indgåelse af rammeaftaler, opfølgning på aftaler og afdækning af behovet for nye aftaler. Desuden etablerer afdelingen fælles varekatalog, indkøbssystemer og integration til andre tværgående systemer.

Afdelingen er finansieret via en bevillingsmodel med ramme-konstruktion for den samlede tværgående økonomiforvaltning.



### **Boks 3: IT-organisation i Region Midtjylland**

Enstrengt IT-organisation placeret centralt, der varetager hovedparten af regionens IT-opgaver. Organisationen er opdelt i 4 kontorer samt en stabsfunktion.

IT-sekretariatet fungerer som stabsfunktion for ledelsen af IT-organisationen. Sekretariatet håndterer kommunikation, økonomi, sekretariatsbetjening og strategier. Programkontoret tager sig af de mest komplekse IT-projekter, f.eks. EPJ. Kunderelationer tager sig af kontakten til kunder, mindre IT-opgaver, sagsbehandling og support.

IT-drift tager sig af decentralt placerede driftsenheder og for et drifts-supportcenter.

Teknologi- og Arkitektur beskæftiger sig med fastlæggelse af krav til IT-systemer og sikkerhed samt udvikler standarder og teknologivurderinger.

### **Boks 4: Indkøb i Region Hovedstaden**

Indkøbsområdet er til dels forankret i den centrale indkøbsafdeling i regionen. Ledelsen referer til den øverste ledelse i Koncern Økonomi

Medarbejderne er ansat direkte i indkøbsafdelingen

Afdelingen har spidskompetencerne og varetager indgåelse af aftaler, kontrakter for indkøb af varer, tjenesteydelser og anskaffelser for alle virksomheder i Region Hovedstaden

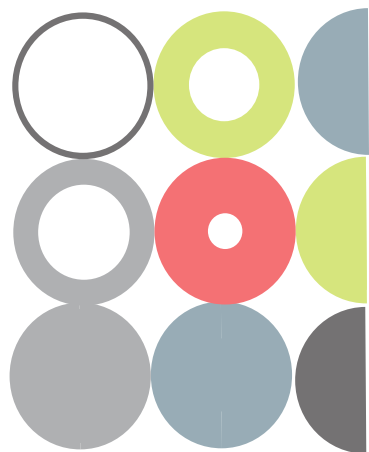
Afdelingen varetager desuden regionens strategiske udbud, fælles udbud mv.

### Boks 5: IT-organisation i Region Sjælland

Alle IT-opgaver varetages i en fælles funktion, der dækker hele regionen. Centret, hvor alle IT-medarbejderne er ansat, ledes af et team med IT-direktøren og tre IT-chefer. En række medarbejdere har deres daglige gang på institutioner, sygehuse mv.

Centerets hovedopgaver er generel systemstrategi, fælles IT-arkitektur, IT-standarder samt IT-driftssupport.

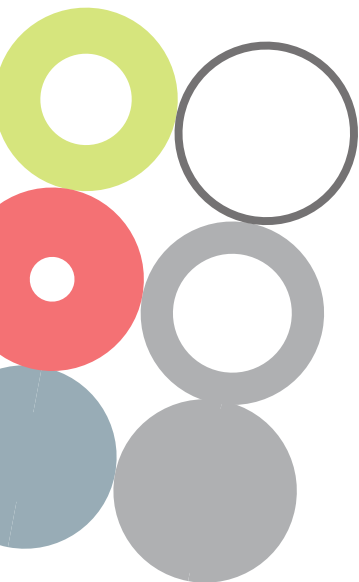
IT-centeret leverer ydelser som en fælles enhed, der service-rer de forskellige institutioner i regionen. Der laves drifts- og opfølgingsaftaler for de aftalte leverancer.



Amterne var i forvejen meget store enheder, der havde forholdsvis små administrationsudgifter pr. indbygger (jf. f.eks. Amternes nøgletal 2004). De faste administrative omkostninger i amterne var således også små i forhold til de produktionsrelaterede omkostninger.

I regionerne har de faste administrative omkostninger og omkostninger til støttefunktioner ligeledes et beskedent omfang i forhold til de produktionsrelaterede omkostninger i regionerne.

Samtlige regioner er i færd med at gennemføre ganske betydelige forandringer i sygehus- eller hospitalsstrukturen, der kræver en betydelig styrende, støttende og administrativ indsats. På kort sigt vil de meget store forandringer kunne medføre behov for yderligere administrativ bistand til at koordinere flytningen af specialer, afdelinger og funktioner, sikre IT-mæssige sammenhænge, forestå styring af byggeprojekter mv. På længere sigt kan arbejdes for yderligere justering af de administrative funktioner, blandt andet i takt med anskaffelse af nye IT-værktøjer mv.



# Kapitel 4. Regionernes indkøb

I dette kapitel analyseres, hvor meget regionerne køber ind for af varer og tjenesteydelser. Kapitlet indeholder desuden et skøn over fordeling af indkøbet på de forskellige indkøbsområder. Afslutningsvis opsummeres de effektiviseringer, som regionernes fokus på indkøb allerede har medført.

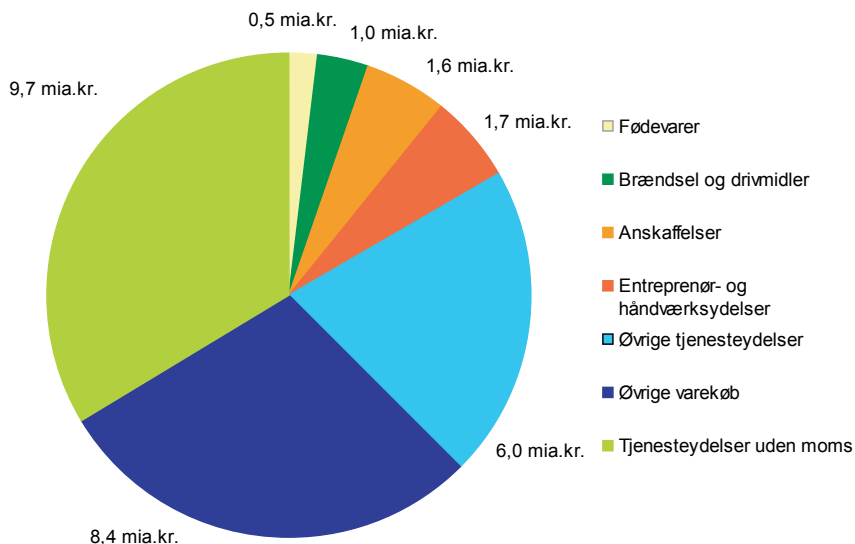
- Regionerne købte i 2007 ind for knap 29 mia. kr. af varer og tjenesteydelser. Det skønnes, at 37 pct. af regionernes samlede indkøb er indenfor sygehusmedicin, implantater og andre lægelige artikler. Endvidere skønnes det, at 11 pct. af udgifterne til indkøb bliver anvendt på patientbefordring.
- Udgifterne til sygehusmedicin, lægelige artikler, instrumenter, mindre apparatur mv. er steget med 53 pct. siden 1998. Det vurderes, at den store stigning i indkøbsudgifterne til disse områder blandt andet skyldes den teknologiske udvikling, der er indenfor de pågældende produktgrupper.
- Regionernes indsats for at effektivisere indkøbsområdet er både funderet i fællesregionale indsatsområder og i de enkelte regioner. Regionernes indkøb af varer sker for 50 pct. vedkommende gennem fælles indkøbsinitiativer, heraf udgør Amgros's køb af sygehusmedicin til regionerne hovedparten.
- Regionerne har allerede udnyttet, at de har en størrelse, som kan give store besparelse på indkøbsområdet. Regionerne har bl.a. skabt regionale indkøbsstrategier, som skal sikre, at der kontinuerligt er besparelser for den enkelte region. Således har flere regioner i 2008 budgetteret med besparelser på indkøbsområdet.
- Regionerne har ligeledes indgået flere fællesregionale aftaler om indkøb. Det mest omfangsrige er det fællesregionale udbud af scannere, der er påbegyndt i 2008. Det forventes, at det fælles udbud vil medføre en besparelse på minimum 100 mio. kr. for regionerne. Udbuddet er det største af sin art herhjemme og har vakt international opmærksomhed.

#### 4.1 Omfanget af regionernes samlede indkøb

I 2007 købte regionerne varer og tjenesteydelser for samlet set ca. 29 mia. kr. 34 pct. af udgifterne gik til tjenesteydelser uden moms, der hovedsageligt udgøres af udgifter til patientbefordring og sundhedsmæssige tjenesteydelser mv., herunder udgifter til private sygehuse. Figur 4.1 viser fordelingen mellem de forskellige indkøbsområder.

**Figur 4.1**

**Regionernes indkøb i 2007 af varer og tjenesteydelser inden for driftsudgifterne. Mia. kr.**



**Anm:**

Indkøbet i regionerne defineres som det regionale indkøb af varer og tjenesteydelser, som er en del af netto driftsudgifter på hovedkonti 1-4 (art 2.2, art 2.3, art 2.5, art 2.7, art 2.9, art 4.0, art 4.5 og art 4.9). Indkøb på anlægsområdet indgår ikke.

**Kilde:**

Regionernes indberetninger til Danske Regioner

Tabel 4.1 viser en fordeling af de udgifter, som anvendes på indkøb på forskellige områder. Forskellene i udgifterne til indkøb regionerne imellem afspejler, at regionerne har forskellige størrelser.

**Tabel 4.1**

Oversigt over regionernes indkøb i 2007 fordelt på regioner. Mio. kr.

	Fødevarer, brændsel og drivmidler	Entreprenør-, håndværksydelse og anskaffelser	Øvrige varekøb	Tjenesteydelser uden moms	Øvrige tjenesteydelser	I alt
Region Hovedstaden	538	1.698	2.022	4.003	2.760	11.020
Region Sjælland	215	207	963	1.069	722	3.176
Region Syddanmark	327	248	2.182	1.909	989	5.656
Region Midtjylland	313	987	2.320	1.961	1.072	6.652
Region Nordjylland	139	125	879	758	509	2.410
I alt	1.531	3.265	8.366	9.700	6.052	28.914

Kilde: Regionernes indberetninger til Danske Regioner

Øvrige varekøb dækker over lægelige artikler såsom apparatur og instrumenter, behandlingsapparatur, laboratorieudstyr sygehusmedicin røntgenartikler mv. Desuden er byggematerialer, kontorartikler, inventar mv. inkluderet i dette udgiftsområde.

Øvrige tjenesteydelser dækker over udgifter til sanitære tjenesteydelser, rengøring, vask mv. Ligeledes dækker betegnelsen over administrative tjenesteydelser såsom IT-udgifter, konsulentudgifter mv.

Anskaffelser dækker over større og bekostelige indkøb af genstande med levetid på over 1 år, herunder tekniske anlæg og installationer såsom større apparatur for eksempel scannere, røntgenanlæg etc. Kategorien anskaffelser dækker ikke over det samlede apparaturindkøb, da regionerne konterer en stor mængde af deres udgifter forbundet med indkøb af apparatur som anlæg.

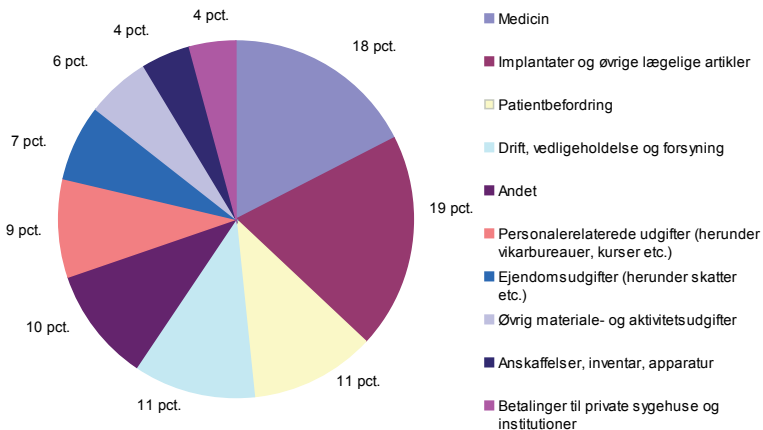
## 4.2 Hvad køber regionerne?

Figur 4.2 viser et skøn over fordelingen af regionernes indkøb på forskellige områder. Det skønnes bl.a., at 37 pct. af regionernes indkøb vedrører sygehusmedicin, implantater og andre lægelige artikler. Andre lægelige artikler dækker over mindre apparatur, instrumenter, behandlingsapparater, laboratorieudstyr, forbindingsstoffer, proteser, røntgenartikler mv.

Endvidere skønnes det, at udgifterne til køb af patientbefordring og anskaffelser (større apparatur, tekniske anlæg m.m.) udgør ca. 11 pct.

**Figur 4.2**

**Regionernes indkøb af varer og tjenesteydelser fordelt på udgiftsområder. Pct.**



Anm: Opgørelsen baserer sig på et skøn over fordelingen af de enkelte udgiftsområder baseret på en opgørelse over 1. halvår 2007.

Ovenstående opgørelse er behæftet med en vis usikkerhed og er udelukkende udtryk for et skøn. Fordelingen baserer sig på en opgørelse fra 1. halvår 2007 og skal derfor tages med et vist forbehold.

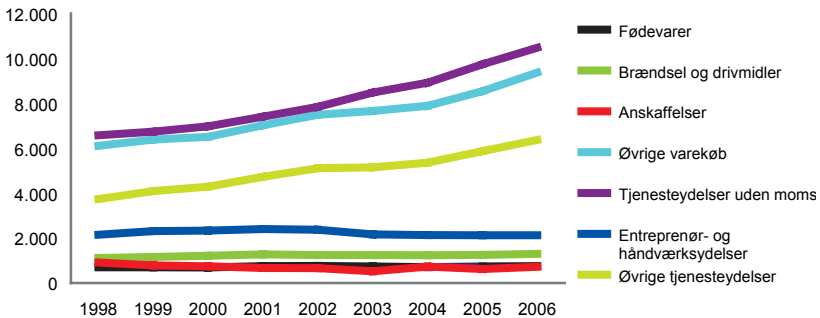
Det er væsentligt at bemærke, at udgifterne til private sygehuse på nuværende tidspunkt vurderes at udgøre 4 pct. af de samlede udgifter til indkøb. Dette skal dog vurderes i forhold til, at opgørelsen baserer sig på 1. halvår af 2007, og derfor indgår virkningerne af nedsættelsen af behandlingsgarantien fra 2 til 1 måned med virkning fra 1. oktober 2007 ikke.

### 4.3 Teknologiske udvikling årsag til høj udgiftsvækst

På sundhedsområdet er der en højere vækst i udgifterne, end på de fleste andre områder i den offentlige sektor. Det er foranlediget af den medicinsk-teknologiske udvikling, der sker på sundhedsområdet. Den medicinsk-teknologiske udvikling skaber nye behandlingsmetoder både i forhold til medicin og apparatur, hvilket påvirker udgifterne til regionernes indkøb. Figur 4.3 viser, at udgifterne til netop dette område (øvrige varekøb) er steget med 53 pct. siden 1998.

Figur 4.3

Amtslige indkøb i perioden 1998-2006 fordelt på arter. 2008 pris- og løn-niveau. Mio. kr.



Kilde: Danmarks Statistik

Den voldsomme stigning i udgifterne til tjenesteydelser uden moms skyldes bl.a., at mange amter konterede udgifterne til vikarer på denne konto. Forbruget af vikarbureauer har siden midten af 90'erne været stærkt stigende i amterne.

### 4.4 Regionerne har fokus på effektivisering

Regionerne har allerede gjort en stor indsats for at effektivisere deres indkøb, siden de blev etablerede. Indkøbsområdet er blevet et opprioriteret indsatsområde i regionerne, og regionerne har således allerede udnyttet, at de har en størrelse, som kan give store besparelse på indkøbsområdet. Fælles for regionerne er, at de alle har organiseret deres indkøbsfunktioner i regionale indkøbsenheder, der planlægger og koordinerer indkøb for hele regionen.

Besparelserne er opnået ved hjælp af effektive indkøb og koordinerede udbud og indkøb, både i den enkelte region og i samarbejde mellem regionerne. Ligeledes har det udviklende arbejde med centrale samarbejdspartnere været medvirkende til at skabe et mere effektivt regionalt indkøb.

Boks 1 viser et eksempel på, hvordan der arbejdes med effektivisering af indkøb.

## Boks 1

### **Region Hovedstadens indkøbsstrategi**

Region Hovedstaden centraliserede det strategiske indkøbsarbejde i forbindelse med fusionsdannelsen pr. 1. januar 2007. Opgaven varetages af en koncernindkøbsafdeling.

Forud for fusionen blev besparelspotentialet på indkøbsområdet analyseret og en prioritering foretaget ud fra potentiale og realiserbarhed inden for en kort tidshorisont, således at realisering af potentialet kunne påbegyndes straks efter fusionen. Løftestængerne for opnåelse af besparelserne var: volumenakkumulering, standardisering og konkurrencefokus. Endvidere blev der fastlagt måltal for besparelsen, således at dette kunne indarbejdes i regionens budget og dermed bidrage til bundlinien.

For 2007 skulle besparelseeffekten være 43,6 mio.kr. Besparelseeffekt-mål for 2008 er fastlagt til yderligere 85 mio.kr.

Effekten for 2007 opfyldte måltallet. Besparelsen beregnes ved at se på forholdet mellem priserne før og efter et udbud – på basis af den udbudte mængde og er således en reel reduktion af omkostningsniveauet.

Besparelspotentialet vil falde relativt de kommende år, da der i første omgang har været fokus på områderne med det størst mulige potentiale for besparelser.

På mange indkøbsområder har Region Hovedstaden størrelsen til selv at opnå den maksimale besparelse. På andre områder vil et udbudssamarbejde på tværs af alle regioner kunne bidrage til opnåelse heraf, hvilket Region Hovedstaden også deltager i.

Regionen har desuden et pilotprojekt på udbudssiden med Region Skåne. Endelig trækker Region Hovedstaden på SKI-aftaler på produktområder, hvor hverken Region Hovedstaden eller regionerne tilsammen kan opnå den maksimale besparelse, men hvor SKI samlet set har et stort volumen og fornuftige priser.

#### 4.4.1 Fællesregionale indkøb

Regionernes indsats for at effektivisere indkøbsområdet er både funderet i fællesregionale indsatsområder og i de enkelte regioner.

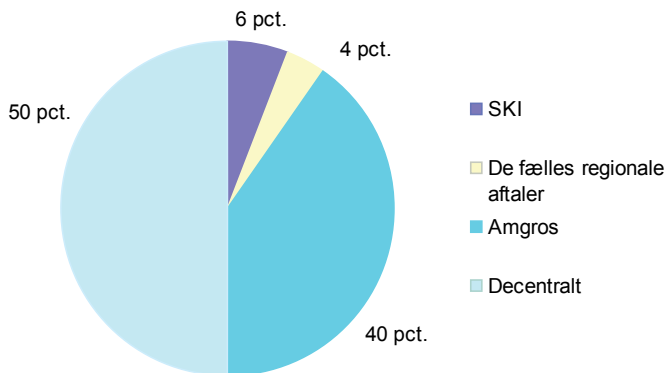
For langt de fleste varegrupper vil indkøb i den enkelte region være en optimal måde at samordne hensynene til effektivitet, leverandørmarkedet og praktiske forhold. Det er en konsekvens af regionernes størrelse, og således har omfanget af den enkelte regions indkøb medført en effektiviseret regional indkøbsproces i forhold til det, de overtog fra amterne, herunder i forbindelse med udbudsprocessen.

For særlige varegrupper vil det dog være relevant at iværksætte fælles landsdækkende udbud, f.eks. fordi leverandørmarkedet er globalt, og/eller at den enkelte regions indkøbsvolumen er begrænset.

Figur 4.4 viser, hvor stor en andel af varekøbet i regionerne, der købes ind gennem fællesregionale indkøbsaftaler.

**Figur 4.4**

**Fordelingen mellem varekøb baseret på fællesregionale og regionale indkøbsaftaler i 2007. Pct.**



Anm:

Ovenstående figur er baseret på et skøn og er udelukkende et udtryk for mængden af varekøb, og dermed eksklusiv indkøb af tjenesteydelser. Varekøb er defineret som arterne 2.2, 2.3, 2.7 og 2.9.

Det samlede varekøb udgjorde i 2007 ca. 11,4 mia. kr. Heraf udgør varekøbet baseret på fællesregionale indkøbsaftaler 50 pct. Heraf udgør indkøbet af medicin gennem Amgros den største andel svarende til ca. 40 pct. af de samlede udgifter til indkøb af varer.

De fælles regionale indkøbsaftaler udgør ca. 4 pct. af det regionale varekøb. De fælles regionale aftaler dækker både over nationalt funderede indkøbsaftaler og bilaterale aftale mellem enkelte regioner. Årsagen til, at denne andel ikke er større, er, at regionerne, siden de blev dannet, har integreret de tidligere fællesamtslige indkøbsaftaler i de nye regioner.

Et af de mest omfangsrige fællesregionale udbud, der er udarbejdet, er det fælles udbud af scannere, der påbegyndes i maj 2008. Omfanget af udbuddet forventes at være ca. 1 mia. kr., og omfatter MR-scannere, CT-scannere, PET/CT-scannere og SPEC/CT-scannere. Det forventes, at det fælles udbud vil medføre en besparelse på minimum 100 mio. kr. for regionerne. Udbuddet er det største af sin art herhjemme og har vakt international opmærksomhed.

Herudover er lægemidler til sygehusene siden 1990 blevet købt ind på fælles aftaler via Amgros, jf. boks 2.

## Boks 2

### **Amgros**

Amgros er en virksomhed, som er ejet af landets fem regioner. Amgros afholder udbud og indkøber lægemidler til alle landets offentlige sygehuse og står dermed for 30 procent af alt offentligt indkøb af lægemidler.

Amgros omsatte i 2007 for ca. 5 mia. kr. Amgros skaffede i 2007 regionerne rabatter til en værdi af 950 mio. kr. på indkøb af medicin. Det skal dog understreges, at denne opgørelse beror på en sammenligning mellem priserne fra Amgros' forhandlede aftaler og de generelle listepreiser på medicin.

Udover det kommende fællesregionale scannerudbud har regionerne allerede på nuværende tidspunkt aftalt fællesregionale indkøb af karproteser, øjenlinser, bleer, batterier mv. Aftalerne medfører væsentlige besparelser for regionerne.

Regionerne har organiseret de fællesregionale aftaler således, at indkøbsenhederne i regionerne fordeler ansvaret for aftalerne imellem sig. Dermed sikres den regionale forankring af den fortsatte udvikling med centrale indkøb.

Ud over de fællesregionale aftaler har flere regioner tværregionale samarbejder om indkøb af varer. Blandt andet samarbejdes der om sonder, operations- og undersøgelseshandsker, infusions- og transfusionsartikler mv. Det har dog ikke været muligt at inkludere den samlede omsætning af produkterne i denne opgørelse.

Samtidig pågår der et udviklende arbejde mod flere fælles indkøbsområder/initiativer, blandt andet foranlediget af Regionernes Indkøbsstrategi, der er udviklet af Danske Regioner i samarbejde med regionerne.

## Boks 3

### **Regionernes Indkøbsstrategi**

Regionerne har i samarbejde med Danske Regioner udviklet en indkøbsstrategi, der med en lang række konkrete initiativer styrker og udvikler de regionale indkøb.

Regionerne har hver især implementeret en række fælles forretningsprincipper, der skal realisere det effektiviseringspotentialer, der er på indkøbs- og logistikområdet. Principperne er: En regional indkøbspolitik, en central indkøbsfunktion i hver region, optimering af logistikken, obligatoriske aftaler for brugerne, brugerindflydelse på indkøb og juridisk kompetence i forbindelse med indkøb (EU-udbud).

I indkøbsstrategien er der udviklet en række indsatsområder, hvortil knytter der sig en række af konkrete initiativer. Områderne er: Fælles indkøbsaftaler hvor dette er lønsomt, standardisering af indkøbsredskaber, digitale indkøb, kommunikation, eksternt samarbejde med de relevante aktører, benchmarking og udbredelse af best practise samt målstyring.

# Kapitel 5. Styring af sygehusene

Takster og takststyring er et af de centrale omdrejningspunkter for regionernes økonomiske styring af sygehusvæsenet. Det er regionerne, som udformer takststyringsmodellerne under hensyntagen til de lokale forhold i den enkelte region.

Takststyring afviger som styringsprincip fra den traditionelle rammestyring ved, at institutionerne aflønnes ud fra, hvor stor deres aktivitet er. Takststyring blev introduceret i sundhedsvæsenet i en tid, hvor ventetiderne mv. var længere, end de er i dag. Regionerne har benyttet sig af de tidligere erfaringer, hvilket betyder at takststyringsmodellerne i dag er mere differentierede og målrettede på tværs af regionerne.

I dette kapitel analyseres og beskrives regionernes takststyring. Blandt hovedkonklusionerne er:

- Alle regioner lever op til kravet om, at takstfinansiering af sygehusene skal udgøre mindst 50 pct. For alle regioner er takststyringsmodellerne et nøgleredskab i forhold til at sikre fokus på øget produktivitet i sundhedsvæsenet, samtidig med at aktiviteten øges.
- Alle regioner har valgt, at takststyringen som udgangspunkt skal baseres på det statslige DRG-system. Men alle regionerne har valgt at fastsætte taksterne diskretionært, ved at sygehusene modtager en given procentsats af de relevante DRG-takster. Der er dog flere eksempler på, at man afviger herfra, f.eks. for at understøtte god kvalitet i forhold til borgerne.
- Mulighederne for regionalt at kunne tilpasse takstmodellerne er vigtig for en optimal økonomisk styring af sygehusvæsenet. Det skyldes, at den økonomiske og aktivitetsmæssige situation er forskellig fra region til region. En ensartet styring i alle regioner vil derfor ikke være hensigtsmæssig ud fra en økonomisk betragtning.

- Nogle regioners takststyringsmodeller er indrettet på en måde, så de på udvalgte områder ikke tilskynder til en øget aktivitet. Det sker f.eks. ved at akutte indlæggelser mv. afregnes til en lavere procentdel af DRG-taksten end de øvrige indlæggelser mv. Formålet er at sikre, at serviceniveauet ikke udvides ved at patienter, der kan behandles akut eller ambulant, bliver indlagt.

Regionerne har derfor i dag fem forskellige takststyringsmodeller, som hver bærer præg af lokale politiske prioriteringer på sundhedsområdet. Eksempelvis har de regioner som har tradition for at sende mange patienter ud af regionen, dvs. især Nordjylland og Sjælland, fokus på at skabe et sundheds-tilbud inden for regionens grænser.

Regionernes takststyringsmodeller står ikke alene, men bliver suppleret med andre styringsværktøjer. Takststyringsmodellerne er mekaniske og kan primært bruges til at styre de marginale ændringer i kapacitet og antal patienter. Væsentlige stigninger/fald i aktiviteten med deraf afledte økonomiske konsekvenser, introduktion til nye behandlinger, kapacitetsudvidelser mv. vil generelt blive behandlet i dialog med ledelsesniveauet på sygehusene og ved konkret stillingtagen i Regionsrådet og i andre regi.

## **5.1. Generelt om modellerne**

Regionerne indretter deres økonomistyring ud fra lokale forhold og under hensyntagen til nationale krav og initiativer. Det gælder også for takststyringsmodellerne.

### **5.1.1 50 pct. takststyring**

Alle regioner har indrettet deres takststyringsmodel, så den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter udgør mindst 50 pct., som blev aftalt ved økonomiforhandlingerne for 2007.

### **5.1.2 Sikring af laveste gennemsnitsomkostninger**

Takststyringsmodellerne bærer også præg af den virkelighed, som sygehusvæsenet står over for. Regeringen indførte pr. 1. oktober 2007 det udvidede frie sygehusvalg for de personer, som skal vente mere end 1 måned. Det betyder, at regionerne – såfremt de ikke selv kan behandle patienten – skal tilbyde patienten at blive behandlet i privat regi. Sidstnævnte er ofte den dyreste løsning for regionerne.

De fleste regioner har indrettet takststyringsmodellerne "uden loft", dvs. uden en bestemt aktivitetsgrænse for, hvornår afregningen efter takststyringsmodellens satser ophører. Det har de gjort for at kunne behandle flest mulige patienter til den lavest mulige enhedsomkostning.

Uden loft indebærer, at der i princippet ikke er loft over hvor stor afregning, der kan blive tildelt det enkelte sygehus. Jo større produktion, jo større afregning fra regionen. I praksis sker der imidlertid en tæt overvågning af den samlede produktion i regionen med henblik på at sikre at den samlede produktion på regionens sygehuse flugter med budgettet og økonomiaftalen. På baggrund af denne overvågning kan regionen – såfremt der er behov for det – justere i afregningen til sygehusene i løbet af året.

Her holder ligheden mellem regionernes takststyringsmodeller op. For måden, hvorpå de har indrettet modellen for at tage højde for frit valgs ordningen, afhænger af lokale forhold og prioriteringer.

Region Sjælland har eksempelvis valgt at afregne aktivitet ud over den fuldt udmøntede pulje med 55 pct. af DRG-værdien. Afregningen uden loft understøtter den politiske målsætning i regionen om, at mindst 95 pct. af behandlingerne sker i regionens eget sygehusvæsen.

Region Nordjylland har valgt at fokusere på hjemtrækningsprojekter, som vil blive afregnet med omkring 80 pct. af DRG-taksten. Hjemtrækningsprojekterne er en del af en mere langsigtet satsning i Region Nordjylland, hvor målsætningen er at skabe et bredere sundhedstilbud til Region Nords borger inden for regionerne.

Endelig har Region Midtjylland valgt at indføre en bonusordning på 10 pct. af DRG-taksten, hvis patienten behandles inden for 1 måned.

### **5.1.3 Diskretionære takster og produktivitet**

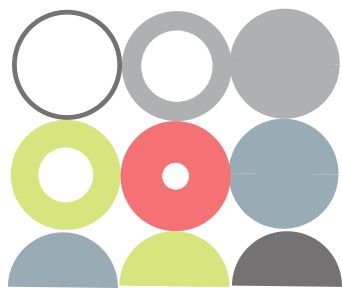
Modellerne er tilpasset lokale forhold og de erfaringer, der er blevet gjort med takststyring i de tidligere amter i regionen. Der arbejdes derfor med diskretionære takster ud fra en lokal vurdering af omkostningsstrukturen på sygehusene i regionen.

Eksempelvis har Region Syddanmark indrettet deres model, så den elektive stationære aktivitet og hele den ambulante aktivitet afregnet til marginaltakster på 55 pct. af DRG-taksten, når der sker afvigelser fra basisbudget og en given aktivitet for hvert enkelt sygehus. Dette for at sikre omkostningsproduktiviteten og en økonomisk rationel udvidelse af sygehusaktiviteten. Den akutte og den elektive medicinske aktivitet afregnes til en takst på 14 pct., da der ikke er grund til at tilskynde øget akutaktivitet.

Der vil være mulighed for afregning til højere takster enten som incitamentskabende faktor eller i de situationer, hvor afregningstaksten ikke dækker marginaludgiften pga. implantater, dyr medicin mv.

Der er tilsvarende eksempler fra de andre regioner, jf. oversigten "Regionernes takststyringsmodeller i 2008" nedenfor.

I oversigten ses også, hvordan regionerne har udmøntet økonomiaftalens produktivetskrav på 2 pct. Flere regioner har valgt at stille differentierede krav til sygehusene ved at lade baseline variere efter sygehusenes produktivetsniveau. Det gælder generelt, at jo lavere produktivetsniveau, desto højere produktivetskrav.



## Regionernes takststyringsmodeller 2008

Region	Områder	Afregning af meraktivitet af DRG-taksten	Bemærkning	Produktivtetskrav til hospitaler
Hovedstaden	Det somatiske område	50 pct.	Administrationen kan her fastlægge "loft" for hvor store stigninger, der må være i forhold til præstationsbudgettet.	2 pct.
Sjælland	Det somatiske område	70 pct.	Aktiviteten over loftet honoreres med 55 pct.	Differentierede krav i 2008 med et gennemsnit på 3 pct.
Syddanmark	For akut/elektiv medicinsk aktivitet For den resterende elektive aktivitet 1. ambulante besøg  Behandlinger, hvor marginaltaksten er ikke dækkende (ex. behandl. det onkologiske område)	14 pct. 55 pct. +320 kr. 180 kr.	For at mindske ventetiderne afregnes der med henholdsvis mere og mindre af taksten afhængig af hvor hurtigt første besøg finder sted	1 pct.  differentierede krav afhængig af produktivitet
Midtjylland	Aktiviteten opdeles i medicinsk og kirurgisk aktivitet. Der indføres bonusordning, hvis patienten behandles indenfor 1 måned (pulje på 20-25 mio. kr.) Kirurgiske patienter Amb. medicinske patienter Indlagte medicinske patienter	50 pct. 50 pct. 0 pct.	Uden afregningsloft for det enkelte hospital. Genoptræning og kronikerområderne holdes uden for modellen ind til videre.	Differentierede krav, men gennemsnitligt 2 pct. i 2008.
Nordjylland	Det somatiske område Særlige indsatsområder (pulje på 20 mio. kr.) Hjemtrækningsprojekter mv.	70 pct. 70 pct. 80 pct.	Aktivitet udover kontraktniveauet karakteriseres som generel meraktivitet og afregnes med 20 pct. af DRG-takst uden loft for den samlede afregning	2 pct.

# I det følgende uddybes de enkelte regioners takststyringsmodeller.

## 5.2 Region Hovedstaden

### Baggrund

Region Hovedstaden har udformet sin takststyringsmodel med henblik på at sikre sammenhæng mellem aktivitet og økonomi. Regionen har valgt en model uden loft for udbetalingen. Dog kan administrationen indføre en begrænsning i takststyringen i form af et aktivitetsloft for at fastholde en høj budgetsikkerhed og for at undgå utilsigtede virkninger.

### Modellen

Grundprincipperne for modellen er:

- Hvert enkelt sygehus har et såkaldt præstationsbudget, som viser DRG-værdien af aktivitetsmåltallene for sygehusudskrivinger og ambulante besøg. Modellen omfatter al somatisk sygehusbehandling med få undtagelser.
- Afvigelser fra præstationsbudgettet afregnes med 50 pct. af DRG-værdien af afvigelserne.
- Der er mulighed for afvigelse fra reglen om korrektion på udgiftssiden med 50 pct. af DRG-taksten, hvis det kan godtgøres, at den marginale omkostning af mer/mindreaktiviteten afviger væsentligt herfra.

Region Hovedstaden har valgt ikke at indarbejde et aktivitets- eller finansieringsloft i modellen. For at fastholde høj budgetsikkerhed og for at undgå utilsigtede virkninger af ordningen kan administrationen dog fastlægge "loft" for, hvor store stigninger, der kan forekomme i forhold til præstationsbudgettet.

## Produktivitet

Sygehusene er samlet set underlagt et produktivetskrav på 2 pct. årligt, svarende til produktivetskravet til regionerne i økonomiaftalen. Produktivetskravet indregnes i beregningen af baseline og er ens for alle sygehuse i regionen.

## 5.3 Region Sjælland

### Baggrund

Region Sjælland har udformet deres takststyringsmodel, så den dels følger regionens politiske målsætning om, at mindst 95 pct. af behandlingerne sker på regionens egne sygehuse, dels tager højde for retten til frit at vælge behandlingssted og økonomiaftalens forudsætninger om en samlet aktivtetsvækst på 8,8 pct. i årene 2007-2008. Der er endvidere lagt vægt på, at modellen skal være enkel, og at den skal fremme lighedshensynet overfor patienter og sygehuse.

### Modellen

Grundprincipperne for modellen er:

- Sygehuset modtager en grundbevilling.
- Der afregnes med 70 pct. af DRG-værdien fra den første patient, og aktivitet over baseline afregnes med 70 pct., indtil puljen er fuldt udmøntet.
- Aktiviteten ud over den fuldt udmøntede pulje honoreres med 55 pct. af DRG-værdien.
- Den nye garantiklinik afregnes tillige med 55 pct. af DRG-værdien til dækning af de direkte lønomkostninger, som er forbundet med aktiviteten på klinikken.

## Produktivitet

Produktivitetskrav til sygehusene bliver behandlet i driftsaftalerne med de somatiske sygehuse og psykiatrien, dvs. uden for takststyringsmodellen. Oprindeligt var Sygehus Øst og Sygehus Syd underlagt et produktivitetskrav på 2 pct., svarende til produktivitetskravet til regionerne i økonomiaftalen, og Sygehus Vest var underlagt et produktivitetskrav på 4 pct. som følge af en lavere produktivitet end de øvrige sygehuse. Fra 1. januar 2008 er sygehusstrukturen ændret, så der nu kun er to somatiske sygehuse i Region Sjælland, Sygehus Syd og Sygehus Nord. I forbindelse med denne sammenlægning er der sket en deling af det tidligere Sygehus Vest, og det ekstraordinære produktivitetskrav til Sygehus Vest fordeles mellem de nye Sygehus Syd og Nord.

## 5.4 Region Syddanmark

### Baggrund

Region Syddanmark har udformet deres takststyringsmodel, så den understøtter en udvikling i retning af øget produktivitet på regionens sygehuse, stigende aktivitet og udjævning af forskelle i regionen mht. produktivitet, udgiftsniveau og dækningsomfang. Modellen understøtter det politiske ønske om vækst på den elektive aktivitet, og der ønskes ikke at give tilskyndelse til vækst på den akutte aktivitet udover en forventet vækst på ca. 1 pct.

### Modellen

Region Syddanmarks model for takststyring baseres på, at sygehusene principielt afregnes for alt mer-/mindreaktivitet udover en fastsat baseline (aktivitet). Der skelnes i afregningsprincipperne og incitamentsstrukturen mellem elektiv aktivitet, akut aktivitet og særydelser.

- Den elektive stationære aktivitet (undtagen stationær elektiv medicinsk aktivitet, jf. nedenstående) og hele den ambulante aktivitet afregnes som udgangspunkt til marginaltakster på 55 pct. af DRG-taksten. Der opereres ikke med et aktivitets- eller finansieringsloft.
- Det akutte område, herunder skadestuerne, afregnes til en takst på 14 pct. svarende til den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering.

- Stationær elektiv medicinsk aktivitet (dvs. aktivitet på medicinske, neurologiske, pædiatriske, kardiologiske, endokrinologiske, hjertemedicinsk, nyremedicinsk, hudafdeling og geriatriske afdelinger) afregnes ligeledes til en takst på 14 pct. svarende til den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering. Patienter på disse afsnit kan altovervejende betragtes som akutte patienter eller patienter afledt af akut aktivitet.
- Der vil være mulighed for afregning til højere takster enten som en incitamentsskabende faktor eller som konsekvens af, at afregningstaksten ikke er dækkende for marginaludgiften, f.eks. hvor medicin eller implantater til behandlingen kun lige dækkes af afregningstaksten.
- For at mindske ventetiderne afregnes for en række patienter med en højere takst, hvis de får 1. ambulante besøg hurtigt. Hvis besøget sker inden 14 dage (kirurgi)/30 dage (medicin) gives et tillæg på 320 kr. Hvis fristen overskrides sker en reduktion af taksten med 180 kr.

### **Produktivitet**

Sygehusene er samlet set underlagt et produktivitetskrav på 2 pct. årligt, svarende til produktivitetskravet til regionerne i økonomiaftalen. Produktivitetskravet er dog differentieret mellem sygehusene i forhold til aktivitet og det enkelte sygehus' produktivetsniveau:

- For den aktivitet, der afregnes til 14 pct., indlægges et produktivitetskrav på 1 pct. årligt, dvs. baseline forhøjes med 1 pct.
- For den aktivitet, der afregnes til ca. 55 pct. gælder at:
  - Sygehuse med høj produktivitet får en lille forhøjelse af baseline på ca. 2 pct.
  - Sygehuse med middel produktivitet får en forhøjelse af baseline på 3 pct. årligt og
  - sygehuse med lav produktivitet får en forhøjelse af baseline på 4 pct. årligt.

## 5.5 Region Midtjylland

### Baggrund

Region Midtjylland har udformet deres takststyringsmodel med et generelt loft over puljeudbetalingerne for at sikre økonomisk styring. Der er dog på udvalgte områder indført hul i loftet, så udbetalingen fra takstpuljen målrettes til de områder, hvor mobiliteten er størst. Dette skal sikre, at flest muligt behandles i eget regi.

### Modellen

Region Midtjyllands takststyringsmodel er i princippet uden afregningsloft for det enkelte hospital, men der er et samlet udbetalingsloft for sundhedsområdet. Udbetalingsloftet skal ses i sammenhæng med udviklingen på den aktivitetsafhængige del af den kommunale medfinansiering.

Regionen har valgt at opgøre og afregne strålebehandling i en særskilt pulje. Endvidere holder regionen dels genoptræningsområdet og neurorehabilitering uden for modellen som følge af registreringsproblemer, dels kronikerområdet ude af modellen, da regionen har udviklet en særlig kronikermodel, som er underlagt en mere traditionel dialogbaseret rammestyring. Det grunder i, at der ikke ønskes at tilskynde til aktivitetsstigning på området. Grundprincipperne for modellen er:

- Al ambulans aktivitet afregnes med 50 pct. af DAGS-værdien
- Stationær kirurgisk aktivitet (inkl. scanninger, onkologi og invasiv kardiologi (PCI og RFA)) afregnes med 50 pct. af DRG-værdien.
- Der afregnes ikke for stationær medicinsk aktivitet.
- Der er en bonusordning, hvor hospitaler får ekstra midler, hvis patienten behandles indenfor 1 måned. Til dette oprettes i 2008 en pulje med loft på 20-25 mio. kr.

- Garantiklinikordningen aflønnes med 50 pct. som al anden aktivitet bortset fra indlagte medicinske patienter. Hvis der skal udbetales 75 pct. for meraktivitet, så opgøres denne udbetaling "ved siden af" selve takststyringsmodellen.

### **Produktivitet**

Sygehusene i Region Midtjylland er underlagt et samlet produktivetskrav på 2,5 pct. Produktivetskravene er differentierede for hospitalerne for 2008, således at de mest produktive hospitaler vil få et produktivetskrav på 2,3 pct., mens de mindre produktive hospitaler vil få et produktivetskrav på 2,7 pct. Det ekstra halve procentpoint i produktivetskrav skal ses i sammenhæng med besparelserne i regionen.

## **5.6 Region Nordjylland**

### **Baggrund**

Region Nordjylland har udformet deres takststyringsmodel, så den fremmer ekstra aktivitet under opretholdelse af en effektiv udgiftskontrol. Der har været et stort fokus på hjemtrækning af nordjyske patienter, hvilket også afspejles i modellen. Fokus har endvidere været at sikre en operationel og gennemskuelig model med reelt incitament til meraktivitet og kapacitetsudnyttelse for alle sygehuse og sektorer i regionen.

### **Modellen**

Takststyringsmodellen for Region Nordjylland består af en generel takststyringsmodel suppleret med muligheden for en række decentrale incitamentsaftaler. Den generelle takststyringsmodel fastsætter de overordnede betingelser for takststyring i Region Nordjylland, mens de decentrale incitamentsaftaler sideordnet takststyringsmodellen sikrer en yderligere fleksibilitet i produktions- og kapacitetsudnyttelse.

Grundprincipperne for modellen er:

- Sygehusene modtager en grundbevilling til dækning af de faste omkostninger.
- Der afregnes fra 1. patient med en afregningsgrad på 70 pct. indtil et aftalt kontraktniveau.
- Meraktivitet ud over kontraktniveauet afregnes til 20 pct. DRG-værdi. Særlig pulje til hjemtrækningsprojekter som en mere langsigtet satsning. Projekterne afregnes til omkring 80 pct. af DRG-værdien.
- Særlig pulje til finansiering af meraktivitetsprojekter indenfor de politisk prioriterede særlige indsatsområder. Meraktivitetsprojekterne afregnes til 70 pct. DRG.

### **Produktivitet**

Sygehusene er samlet set underlagt et produktivetskrav på 2 pct. årligt, svarende til produktivetskravet til regionerne i økonomiaftalen. Produktivetskravet er indarbejdet i sygehuse/sektorerens basiskontrakt og er ens for alle sygehuse/sektorer i regionen.

# Bilag:

## Metode til optælling af administrative stillinger

I dette bilag gennemgås den anvendte analysemetode i forhold til optælling af de stillinger, som i analysen indgår som administrative stillinger.

### Optællingen foregår via to trin.

På **det første trin** bliver stillinger fordelt på overenskomstområder opgjort for den underkonto i budget- og regnskabssystemet, der hedder 'sekretariat og forvaltninger'. På underkontoen vil de administrative stillingstyper, der findes i regionerne, være repræsenteret. Ud fra listen over stillinger udvælges de stillinger, hvor hele eller langt hovedparten af stillingsindholdet kan siges at udgøre administrative funktioner. Denne udvælgelse vil indeholde en grad af skøn.

I analysen er følgende stillinger udvalgt som administrative stillinger: Chefer, Kontorpersonale, Edb-personale, Kontor- og Edb-personale, Socialrådgivere/Socialformidlere, Pædagogisk personale i form af souschefer og forstandere samt diverse akademikere (DJØF'ere, Magistre, Civiløkonomer mv.) .

I **det andet trin** i udvælgelsen bliver det samlede antal af de udvalgte stillinger, omregnet til fuldtid, opgjort for alle konti i regionerne. Derved fremkommer det samlede antal administrative stillinger i regionerne på både centralt og decentralt niveau.

Ved metoden er der også nogle potentielle problemer, f.eks. kan nogle medarbejdere i større eller mindre grad fordele deres tid mellem faglige og administrative opgaver, uden at det medtages i optællingen.

Derudover viser analysen ikke, hvor høje udgifterne er til de givne medarbejdere. Forskelle i sammensætning af administrative medarbejdere f.eks. i forhold til HK'ere og DJØF'ere, vil alt andet lige resultere i forskelle i udgifter, da DJØJ'ere er lønmæssigt dyrere.

Endelig kan regioner købe administrative ydelser hos hinanden eller eksternt hos fx private konsulenter, dvs. outsource. Derved vil en region ikke have administrative stillinger svarende til ydelserne, men vil til gengæld have administrative udgifter.

**DANSKE  
REGIONER**



Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)  
[www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)

Danske Regioner, marts 2008  
Grafik: Kristine Wulff  
Tryk: Danske Regioner  
ISBN: Trykt udgave 978-87-7723-563-4  
ISBN: Elektronisk udgave 978-87-7723-564-1  
PUBL: 08563