

Forretningsudvalgets ekstraordinære møde den 12. januar 2010

Sag nr. 1

Emne: Orientering om hospitalernes økonomiske situation

5 Bilag

Fra: Bent Larsen

Sendt: 7. januar 2010 20:14

Til: Vibeke Storm Rasmussen

Cc: Helle Ulrichsen; Kirsten Lee; Birgitte Kjøller Pedersen; Benedikte Kiær; Henrik Thorup

Emne: PRM om Herlev Hospital

Prioritet: Høj

Kære Vibeke

På vegne af VCO skal jeg – som det fremgår af vedhæftede pressemeddelelse – anmode om, at der snarest muligt indkaldes til ekstraordinært FU

Med venlig hilsen

Bent

Den 8. januar 2010

VCO efterlyser den økonomiske genopretningsplan for Herlev Hospital

De tre partier – Venstre, Det Konservative Folkeparti og Dansk Folkeparti – undrer sig over, at ledelsen sætter gang i stor fyringsrunde på Herlev Hospital før regionens politikere er blevet præsenteret for den økonomiske genopretningsplan for hospitalet. De tre partier opfordrer derfor regionsrådsformanden, Vibeke Storm Rasmussen, til at indkalde til et ekstraordinært forretningsudvalgsmøde, hvor planen præsenteres og drøftes – og at det bør ske inden fyringsrunderne begynder.

Økonomirapporten for 4. kvartal 2009 blev behandlet på forretningsudvalgsmødet den 15. december 2009. I økonomirapporten fremgik det, at Herlev Hospital i løbet af fjerde kvartal 2009 havde oparbejdet et stort merforbrug og hospitalet samlet for 2009 ville få et mere merforbrug på 135 mio. kroner. På den baggrund var der i forretningsudvalget enighed om, at udvalget forventer, "at der udarbejdes en realistisk plan for budgetoverholdelse og afviklingen af den oparbejdede gæld på især Herlev, Hvidovre og Frederiksberg Hospitaler. Der afrapporteres herom til forretningsudvalget primo 2010."

Nu er det fremme i offentligheden, at onsdag den 13. januar sættes en fyringsrunde i gang med firing af 160 medarbejdere ligesom det lyder, at årsagen til de økonomiske problemer er, at der med hospitalsplanen er flyttet opgaver og patienter til Herlev Hospital uden at der er fulgt penge med. Gruppeformændene for de tre partier – V, C og O – finder det, med udgangspunkt i beslutningen på forretningsudvalgsmødet den 15. december 2009, stærkt kritisabelt, at regionsrådsformanden ikke har indkaldt forretningsudvalget til en gennemgang af den økonomiske genopretningsplan for Herlev Hospital før den iværksættes. Regionsrådsformanden bør hurtigst muligt rette op på den fejl, så politikerne i regionen har en chance for at sætte sig ind i, hvad der foregår på Herlev Hospital i disse uger.

For yderligere oplysninger, kontakt gruppeformændene for:

- Venstre: Bent Larsen – mobil 2535 2424
- Det Konservative Folkeparti: Benedikte Kiær – mobil 3050 8462
- Dansk Folkeparti: Henrik Thorup – mobil 4048 8188

Forretningsudvalget den 15. december 2009, sag nr. 1

SAG NR. 1

4. ØKONOMIRAPPORT 2009 OG AFLEDTE KONSEKVENSER FOR 2010

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at regionsrådet godkender tillægsbevillingerne som specificeret i underbilag 1 til rapporten,
 2. at regionsrådet i øvrigt godkender økonomirapporten, og
 3. at de enkelte hospitalers præstationsbudgetter i 2010 forøges med yderligere 1,6 % i forhold til det i budget 2010 forudsatte.
-

RESUME

I sagen redegøres for det forventede årsresultat for 2009. Samtidig søges om godkendelse af en række bevillingsændringer i 2009.

Endvidere indstilles, at de enkelte hospitalers præstationsbudgetter i 2010 forøges med yderligere 1,6 % i forhold til det i budget 2010 forudsatte med henblik på imødegåelse af de økonomiske udfordringer for udgiftsudvikling vedrørende aktivitet og andre fælles udgiftsformål på 135-150 mio. kr. i 2010.

På sundhedsområdet forventes i 2009 et regnskabsmæssigt merforbrug i forhold til det korrigerede budget på netto 313 mio. kr. (ekskl. administration). Beløbet består af et merforbrug på 477 mio. kr. og et mindreforbrug på 164 mio. kr.

I alt ni virksomheder har merudgifter på samlet 291 mio. kr. Det faktiske merforbrug i 2009 forudsættes tilbagebetalt.

Der gennemføres grundige samtaler med direktionerne på de hospitaler, hvor der forudses overskridelser med henblik på at sikre balance fremadrettet. Den nærmere udmøntning af tilbagebetalingen forudsættes derudover endelig afklaret i forbindelse med 1. økonomirapport 2010.

For to virksomheder (Rigshospitalet og Frederikssund Hospital) forventes mindreforbrug på i alt 36 mio. kr., der søges genbevilget i 1. økonomirapport 2010.

For Herlev Hospital forventes merudgifter på 135 mio. kr. i 2009. I 3. økonomirapport var forudsat et merforbrug på 50 mio. kr. For Hvidovre Hospital forventes

merudgifter på 70 mio. kr. svarende til forventningen ved 3. økonomirapport. De resterende virksomheder med merforbrug har et samlet merforbrug på 86 mio. kr.,

For flere hospitalers vedkommende er ubalancen især en følge af, at udgiftsniveauet er for højt i forhold til den forventede aktivitet. Der er derudover overgangsproblemstillinger i forbindelse med implementering af hospitalsplanen.

På praksisområdet forventes merudgifter på 115 mio. kr., svarende til forventningen ved 3. økonomirapport.

På kontoen for fælles driftsudgifter forventes merudgifter på 71 mio. kr. mod forventet 55 mio. kr. ved 3. økonomirapport. Forværringen skyldes blandt andet, at aktivitetsniveauet på hospitalerne er højere end forventningen ved 3. økonomirapport.

På kontoen for fælles driftsudgifter er der derudover forskydninger på 128 mio. kr., der vil blive søgt genbevilget i 1. økonomirapport 2010.

Der er derudover mindreforbrug på 35 mio. kr. på administrationsområdet, hvoraf 28 mio. kr. overføres til 2010.

På social- og specialundervisningsområdet udgør mindreforbruget 2 mio. kr. og på det regionale udviklingsområde 209 mio. kr. På begge områder søges mindreforbrugene overført til 2010.

I økonomirapporten søges der om tillægsbevillinger ved kassetræk til de anførte merforbrug, således at bevillingerne kommer til at svare til det forventede regnskab. Samtidig udlignes mindreforbrugene ved bevillingsreduktioner mod budgetforøgelse af kassebeholdningen.

Vedrørende kommunal medfinansiering forventes merindtægter på 40 mio. kr. i forhold til det reviderede budget.

På investeringsområdet forventes et mindreforbrug på samlet 695 mio. kr., som skyldes tidsforskydninger, og som søges overført til 2010.

Med likviditetsprognosen forventes regionens kassebeholdning at udgøre 884 mio. kr. ultimo 2009. Hvis der ses bort fra genbevillinger af mer- og mindreforbrug er det samlet set udtryk for en varig likviditetsforværring på ca. 150 mio. kr., der især kan henføres til overskridelsen på driftsbudgettet vedrørende praksisområdet og sundhedsområdets konto for fælles driftsudgifter.

I forhold til 2010 indebærer regnskabsresultatet en række udfordringer.

Det omhandler blandt andet de betydelige merforbrug, der for de pågældende virksomheder forudsættes tilbagebetalt.

Vedrørende aktivitetsudviklingen indebærer det forventede regnskabsresultat for 2009 et behov for aflastning af takststyringsordningen i 2010 med 85-100 mio. kr.

På øvrige dele af sundhedsbudgettet forventes en udfordring i 2010 på ca. 50 mio. kr. afledt af regnskabsresultatet for 2009.

Ud over de udfordringer, der vil være for virksomheder, som skal tilbagebetale merforbrug, er det den samlede vurdering, at der kan opgøres et udgiftspres i størrelsesordenen 135-150 mio. kr. i forhold til budgetrammen i 2010.

Med henblik på at imødegå det vurderede udgiftspres på 135-150 mio. kr. foreslås det, at hospitalernes præstationsbudgetter hæves med yderligere 1,6 % i forhold til Budget 2010.

Konsekvensen vil kunne være, at der skal gennemføres kapacitetsreduktioner på hospitaler, hvor det høje aktivitetsniveau i 2009 har baggrund i afvikling af ophobede ventelister (pukkel).

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsområdet

I 3. økonomirapport, der blev godkendt af regionsrådet den 22. september 2009, forventedes på sundhedsområdet merudgifter på 170 mio. kr. (ekskl. administration), men ekskl. virksomhederne. På virksomhederne forventedes samlet merudgifter på 120 mio. kr., dog var der på nogle hospitaler tendens til yderligere merforbrug. Rapportens samlede merforbrug udgjorde 290 mio. kr.

I denne økonomirapport forventes samlet på sundhedsområdet et regnskabsmæssigt merforbrug i forhold til det korrigerede budget på netto 313 mio. kr. (ekskl. administration). Beløbet består af et samlet merforbrug på 477 mio. kr. og et mindreforbrug vedrørende forskydninger på 164 mio. kr. Opgjort uden forskydninger vedrørende mindreforbrug er rapporten udtryk for en forværring på 187 mio. kr.

I alt ni virksomheder har merudgifter på samlet 291 mio. kr. Det faktiske merforbrug i 2009 forudsættes tilbagebetalt.

Der har løbende været dialog, og der gennemføres i december 2009 grundige samtaler med direktionerne på de hospitaler, hvor der forudses overskridelser med henblik på at sikre balance fremadrettet.

Den nærmere udmøntning af tilbagebetalingen forudsættes derudover endelig afklaret i forbindelse med 1. økonomirapport 2010.

For to virksomheder forventes mindreforbrug på i alt 36 mio. kr., der søges genbevilget i 1. økonomirapport 2010.

For flere hospitalers vedkommende er ubalancen især en følge af, at virksomhederne har haft forventning om en større aktivitet, som ikke er realiseret samtidig med, at udgiftsniveauet ikke er tilpasset hertil. Der er derudover overgangsproblemstillinger i forbindelse med implementering af hospitalsplanen.

Herlev Hospital forventer et merforbrug på 135 mio. kr. Hospitalets økonomiske situation er ved 4. økonomirapport 2009 præget af et udgiftspres på lønsiden, der er uforholdsmæssigt stort i forhold til aktivitetsniveauet i 2009, selv om der forventes meraktivitet i 2009.

På baggrund af det forventede resultat for 2009 er der i samarbejde mellem administrationen og hospitalets direktion iværksat en analyse med det formål at analysere den økonomiske situation sammenholdt med aktivitetsudviklingen for hospitalet. Analysen skal hurtigt tilvejebringe et beslutningsgrundlag for, hvilke yderligere tiltag der skal iværksættes for at skabe balance i hospitalets økonomi.

Hvidovre Hospitals økonomiske situation har i 2009 været præget af et betydeligt udgiftspres på løn og øvrig drift. Hospitalet har igangsat en række initiativer, blandt andet er der igangsat en total gennemgang af fremmødeplanerne på alle afdelinger med henblik på at reducere udgiftsniveauet til budgetrammen.

De resterende virksomheder har et samlet forventet merforbrug på 86 mio. kr.

Det forventede mindreforbrug på 35 mio. kr. for Rigshospitalet, der søges overført, drejer sig om tidsforskydninger vedrørende en række konkrete projekter. På Frederikssund Hospital søges overført et mindreforbrug på 0,9 mio. kr.

På sundhedsområdets konto for fælles driftsudgifter forventes samlet merudgifter på 71 mio. kr. (bortset fra forskydninger) mod forventet 55 mio. kr. ved 3. økonomirapport. Merforbruget er opgjort efter overførsler vedrørende konkrete enkeltsager på i alt 128 mio. kr.

Merudgifterne på 71 mio. kr. skyldes udgiftsvækst på en række områder, der ikke er forudsat ved budgetteringen for 2009, herunder øget træk på meraktivitetspuljen, yderligere udgifter til sygehusmedicin og hjemmerespiratorpatienter.

Med hensyn til det øgede træk på meraktivitetspuljen skyldes dette, at der nu forventes en væsentlig større aktivitet på hospitalerne end ved 3. økonomirapport, hvor det var forventningen, at de afsatte midler ville være tilstrækkelige.

På nuværende tidspunkt forventes udløst 302 mio. kr. til hospitalerne efter takststyringsordningen. Med de tilførte midler i 3. økonomirapport giver det et merforbrug på 70 mio. kr..

Budgettet til sygehusbehandling uden for regionen tilføres 175 mio. kr. til dækning af merudgifter. Med budgettilførslen udgør det samlede budget til sygehusbehandling uden for regionen 975 mio. kr. Udviklingen siden udarbejdelsen af 3. økonomirapport giver ikke grundlag for at ændre udgiftsvurderingen.

På praksisområdet giver de senest udarbejdede vurderinger anledning til forventning om et samlet merforbrug i 2009 på 115 mio. kr. Dette svarer til forventningen ved 3. økonomirapport. Merforbruget vedrører især almen lægehjælp og speciallægehjælp.

Udgifterne til medicintilskud forventes at ligge på niveau med medicinbudgettet, hvilket svarer til forventningen ved 3. økonomirapport.

Administrationsområdet

I forhold til det korrigerede budget og ekskl. overførsler til 2010 forventes et nettomindreforbrug på 7,5 mio. kr. som kan henføres til mindreforbrug vedr. lederudvikling, stillingsvakancer samt det afsatte budget til regionsrådsvalg m.v.

Inden for den samlede ramme på administrationsområdet afholdes samtidig merudgifter til tjenestemandspensioner på 10 mio. kr., hvilket er 5 mio. kr. lavere end i 3. økonomirapport.

Mindreforbruget er i øvrigt opgjort efter overførsler på enkeltsager på i alt 28 mio. kr.

Social- og specialundervisningsområdet samt regional udvikling

På socialområdet udviser det forventede regnskab i forhold til budgettet et mindreforbrug på 2 mio. kr. som overføres til 2010.

På det regionale udviklingsområde udviser det forventede regnskab et mindreforbrug på 209 mio. kr., som kan henføres til uforbrugte midler begrundet i, at aktiviteter er blevet udskudt. Beløbet overføres til 2010.

Årets resultat 2009 i forhold til korrigeret budget

Det forventede resultat vedrørende driftsudgifterne er sammenfattet i nedenstående tabel.

Årets resultat 2009 i forhold til korrigeret budget				
Mio. kr.	Samlet resultat	H e r a f :		
		Merforbrug	Overførsler	Mindreforbrug ekskl. overførsler
Amager Hospital	1,6	1,6		
Bispebjerg Hospital	23,0	23,0		
Bornholms Hospital	1,8	1,8		
Frederiksberg Hospital	25,0	25,0		
Frederiksbund Hospital	-0,9		-0,9	
Gentofte Hospital	0,0			
Glostrup Hospital	13,0	13,0		
Helsingør Hospital	4,5	4,5		
Herlev Hospital	135,0	135,0		
Hillerød Hospital	0,0			
Hvidovre Hospital	70,0	70,0		
Region Hovedstadens Apotek	0,0			
Region Hovedstadens Psykiatri	17,2	17,2		
Rigshospitalet	-35,0		-35,0	
Fælles driftsudgifter m.v.	-56,8	71,0	-127,8	
Praksisområdet	115,0	115,0		
I alt sundhed, ekskl. Administration	313,4	477,1	-163,7	0,0
Administration	-35,4		-27,9	-7,5
Regional udvikling	-208,6		-208,6	
Det sociale område	-2,1		-2,1	
I alt	67,3	477,1	-402,3	-7,5

(+) = virksomheder tilføres midler, (-) = virksomheder fratrækkes midler

I økonomirapporten søges der om tillægsbevillinger ved kassetræk til de anførte merforbrug, således at bevillingerne kommer til at svare til det forventede regnskab. Derudover udlignes mindreforbrugene tilsvarende ved bevillingsreduktioner mod budgetforøgelse af kassebeholdningen.

Indtægter til sundhedsområdet – statsligt aktivitetsafhængigt bidrag og kommunal medfinansiering

Prognosen viser, at indtægterne vedrørende det statslige aktivitetsafhængige bidrag vil blive opnået. For kommunal medfinansiering forventes merindtægter på 40 mio. kr. hvilket fuldt ud er en forbedring i forhold til 3. økonomirapport.

Bevillingsændringer på driftsbudgettet mv.

Der forelægges en række bevillingsændringer i rapporten.

Merforbrugene på virksomhederne tilføres disse i form af tillægsbevillinger på i alt 291 mio. kr. fra kassebeholdningen. Det forudsættes, at merforbruget betales tilbage senere i form af en tilsvarende budgetreduktion. Den nærmere udmøntning af tilbagebetalingen forudsættes afklaret endeligt i forbindelse med i 1. økonomirapport 2010.

Merforbruget på 71 mio. kr. på sundhedsvæsenets konto for fælles driftsudgifter samt merforbruget på 115 mio. kr. på praksisområdet søges dækket ved tillægsbevillinger finansieret fra kassebeholdningen.

Der er derudover et mindreforbrug på i alt 402 mio. kr., som søges overført til 2010 vedrørende to virksomheder, sundhedsområdets fælles konto samt administration, regional udvikling og det sociale område.

Rapporten indeholder desuden omplaceringer mellem hospitaler og fælleskontoen, herunder udmøntning af puljebeløb m.v., der har været afsat under sundhedsområdet som fællesbudget til senere fordeling samt omflytninger mellem hospitaler som følge af implementeringen af hospitalsplanen

For så vidt angår budgetomplaceringerne indeholder rapporten i bilag 1 også evt. konsekvenser heraf vedrørende 2010.

Der er endelig i rapporten foretaget en tilpasning af bevillinger for omkostningselementerne for virksomhederne på sundhedsområdet og blandt andet administrationsbudgettet. Tilpasningen kan blandt andet henføres til ændringer i anlægskartoteket i forbindelse med regnskabsafslutningen for 2008 samt forventede ændringer i 2009 med betydning for de budgetterede afskrivninger.

Bevillingsændringer på investeringsbudgettet

Det korrigerede investeringsbudget udgør samlet set i alt 2.343 mio. kr. for 2009 før overførsler til 2010.

På baggrund af det forventede regnskabsresultat forventes på nuværende tidspunkt overførsler til 2010 som følge af tidsforskydninger på i alt 695 mio. kr.

Likviditetsprognose

Årets ultimobeholdning var med budgetkorrektionerne i forbindelse med 3. økonomirapport er opgjort til 283 mio. kr.

Med budgetkorrektioner i denne rapport udgør ultimobeholdningen 884 mio. kr. svarende til en likviditetsforøgelse på 601 mio. kr.

Hvis der ses bort fra genbevillinger af mer- og mindreforbrug er det samlet set udtryk for en varig likviditetsforværring på ca. 150 mio. kr., der især kan henføres til overskridelsen på driftsbudgettet vedrørende praksisområdet og sundhedsområdets konto for fælles driftsudgifter.

Overførsler til 2010

Der er i denne økonomirapport foretaget en opgørelse af, hvilke mer- og mindreforbrug på såvel driftsområdet som investeringsområdet som forventes overført. Der foretages på den baggrund en reduktion af driftsbudgettet for 2009 svarende til det forventede mindreforbrug på netto 111 mio. kr. og en reduktion af investeringsbudgettet svarende til mindreforbruget på 695 mio. kr.

Mindreforbrugene vil blive søgt genbevilget i 1. økonomirapport 2010. Regnskabsresultatet kan medføre ændringer i de beløb, der genbevilges i 2010.

Med hensyn til tilbagebetaling af merforbrug forudsættes den nærmere udmøntning af tilbagebetalingen endelig afklaret i forbindelse med 1. økonomirapport 2010.

Udsigterne for 2010

I forhold til 2010 indebærer det forventede regnskabsresultat en række udfordringer.

Det omhandler blandt andet de betydelige merforbrug, der for de pågældende virksomheder indtil videre forudsættes tilbagebetalt i 2010.

Hertil kommer, at der på takststyringsområdet udløses en samlet tilførsel til hospitalerne i 2009 på 302 mio. kr. Efter den hidtidige administration af takststyringsordningen vil hospitalernes driftsbudgetter i forbindelse med økonomirapporteringen i 2010 skulle forhøjes tilsvarende. Samtidig vil der ske en forhøjelse af hospitalernes præstationsbudgetter i 2010 svarende til den præsterede aktivitet i 2009 (inkl. 2 % produktivitetskrav).

Det er muligt, at det høje aktivitetsniveau i 2009 for en dels vedkommende har baggrund i, at der efter 2008 med konflikten på sundhedsområdet er afviklet et stort antal patientforløb til elektiv behandling (pukkelafvikling).

I budget 2010 er der afsat 302 mio. kr. til meraktivitetsordningen. Såfremt regnskabsresultatet bliver som nu forventet og aktivitetsniveauet videreføres, vil puljen i 2010 dermed være opbrugt som følge af resultatet i 2009, og det vil ikke være muligt at honorere yderligere meraktivitet i 2010 ud over niveauet i 2009 (med tillæg af de forudsatte 2 % produktivitetskrav).

I den forbindelse er det en udfordring, at der som led i udmøntning af besparelserne i 2010 på en række virksomheder gennemføres meraktivitetsprojekter, der udløser et træk på meraktivitetspuljen på minimum i størrelsesordenen 85-100 mio. kr.

På øvrige dele af sundhedsbudgettet er der i budgettet for 2010 for en stor dels vedkommende taget højde for de merudgifter, der indgår i regnskabsresultatet for 2009. Det gælder blandt andet merudgifterne på praksisområdet og en del af merudgifterne på sundhedsrådets konto for fælles driftsudgifter.

Det er dog vurderingen, at regnskabsresultatet for 2009 på øvrige dele af sundhedsbudgettet vil føre til en samlet udfordring i 2010 i størrelsesordenen 50 mio. kr. Det drejer sig om forventningen om fortsat udvikling vedrørende mindreindtægter fra kommunerne for færdigbehandlede patienter, fortsat stigende merforbrug vedrørende hjemmeboende respiratorpatienter samt udgifter til akut befordring, modgået af mindreudgifter til ejendomsskatter.

Ud over de udfordringer, der vil være for virksomheder, som skal tilbagebetale merforbrug, er det den samlede vurdering af udfordringerne i 2010, at der kan opgøres et udgiftspres i størrelsesordenen 135-150 mio. kr. i forhold til budgetrammen i 2010.

Det er vurderingen på baggrund af udsigterne til udgiftspres på 150 mio. kr. i 2010, at det allerede nu er nødvendigt med foranstaltninger til imødegåelse heraf.

I 2. økonomirapport 2009 blev præstationsbudgetterne for 2009 for de enkelte hospitaler genberegnet på grundlag af aktiviteten i 2007, og der blev tillagt 0,4 % svarende til aktivitetsudviklingen fra 2007 til 2008. I Budget 2010 er aktivitetsbudgetterne for hospitalerne baseret på de ajourførte præstationsbudgetter for 2009 i 2. økonomirapport 2009 med tillæg af yderligere 2 % for produktivitetsudviklingen fra 2009 til 2010.

Såfremt præstationsbudgetterne i 2010 forøges med yderligere 1,6 % vil det svare til, at der stilles krav om en årlig stigning på 2 % i alle årene efter 2007 til og med 2010.

Dette vil indebære en ekstra forhøjelse af præstationsbudgetterne på ca. 270 mio. kr. i 2010 med samtidig aflastning af meraktivitetspuljen med ca. 135 mio. kr. Ved at forhøje aktivitetsbudgetterne skal hospitalerne præstere en større aktivitet for at få andel i meraktivitetspuljen.

En forhøjelse af præstationsbudgetterne vil yderligere skærpe kravene til hospitalerne for at opnå budgetoverholdelse i 2010. Konsekvensen vil kunne være, at der vil skulle gennemføres kapacitetsreduktioner på hospitaler, hvis det høje aktivitetsniveau i 2009 har baggrund i afvikling af ophobede ventelister (pukkel), og hvor der ikke er grundlag for yderligere aktivitetsstigning.

Det ville være et alternativ at pålægge hospitalerne nye og særskilte besparelser på driftsudgiftsrammen, men det er vurderingen, at fremgangsmåden vil være mindre hensigtsmæssig. For hospitaler, hvor der ikke er grundlag for yderligere aktivitetsvækst skal tages initiativ til udgiftsbegrænsninger. For disse hospitaler vil tilpasningskravet dermed være det samme ved udgiftsreduktioner som ved forhøjelse af præstationskravet. For øvrige hospitaler, hvor der fortsat er grundlag for yderligere aktivitetsvækst, vil det ikke være hensigtsmæssigt at kræve nye udgiftsreduktioner.

Med henblik på at imødegå det vurderede udgiftspres på 135-150 mio. kr. foreslås det på den baggrund, at hospitalernes præstationsbudgetter hæves med yderligere 1,6 % i 2010.

Videre proces

Af budget- og regnskabssystem for regioner fremgår, at der hvert kvartal – henholdsvis ultimo marts, ultimo juni, ultimo september og ultimo december – udar-

bejdes en oversigt, der giver en overordnet præsentation af det forventede årsresultat for hvert af de tre regionale aktivitetsområder, som regionernes økonomi er opdelt i. Det indledende afsnit i denne økonomirapport vil blive anvendt til opfyldelse af informationsforpligtelsen.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Der forelægges en række bevillingsændringer i rapporten på drifts- og anlægsbudgettet.

På driftsbudgettet indarbejdes tillægsbevilling vedrørende de forventede merforbrug på i alt 477 mio. kr. og de forventede mindreforbrug på i alt 410 mio. kr. På investeringsbudgettet indarbejdes mindreforbruget på 695 mio. kr. tilsvarende. Indtægtsbudgettet vedrørende kommunal medfinansiering forøges med 40 mio. kr.

Herudover indeholder rapporten på driftsområdet en række omplaceringer mellem bevillingsområderne og udmøntning af puljebeløb mv., der har været afsat under sundhedsområdet som fællesbudget til senere fordeling. Likviditetsvirkningen i forbindelse med disse omplaceringer er allerede forudsat i det vedtagne budget.

Låneoptagelse til energibesparende investeringer nedsættes med 73 mio. kr. grundet forventet tidsforskydning af investeringerne.

Med enkelte andre korrektioner er den samlede likviditetsvirkning af de bevillingsmæssige ændringer i økonomirapporten en kassehenlæggelse på 601 mio. kr. i 2009.

Hvis der ses bort fra genbevillinger af mer- og mindreforbrug er regnskabsprognosen samlet set udtryk for en varig likviditetsforværring på ca. 150 mio. kr., der især kan henføres til overskridelsen på driftsbudgettet vedrørende praksisområdet og sundhedsområdets konto for fælles driftsudgifter.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales, idet forretningsudvalget har noteret sig, at koncerndirektionen sammen med hospitalsdirektionen har iværksat en kulegravning af økonomien på Herlev Hospital.

Forretningsudvalget forventer, at der udarbejdes en realistisk plan for budgetoverholdelse og afviklingen af den oparbejdede gæld på især Herlev, Hvidovre og Frederiksberg Hospitaler. Der afrapporteres herom til forretningsudvalget primo 2010.

I kommende økonomirapporter indarbejdes måltal for, i hvilket omfang virksomhederne opfylder deres aktivitetsbudgetter.

Regionens styringsprincipper vedrørende meraktivitet skal gennemgås og revurderes.

Peter Kay Mortensen (A), Trine Petersen (B) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRÅDETS BESLUTNING

Regionsrådsformanden oplyste, at der var udsendt rettelsesblad til forretningsudvalgets indstilling.

Tiltrådt.

Peter Kay Mortensen (A), Leila Lindén (A), Georg Miksa (A), Trine Petersen (B), Abbas Razvi (B), Benedikte Kiær (C), Hans Toft (C), Asger Larsen (C), Birgitte Kjølner Pedersen (F), Serdal Benli (F), Henrik Thorup (O), Michael Lange (V), Jørgen Christensen (V), Knud Andersen (V) og Bjarne Thyregod (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. 4. økonomirapport 2009 (FU)

Sagsnr: 09008915

Herlev Hospital

Økonomisk Genopretningsplan

2010

Indholdsfortegnelse:

- a. Baggrunden for udfordringen
 - a. Underskud 2009
 - b. Opgørelse af niveau-problem ved indgangen til 2010

- b. Handlingsplan
 - a. Sammenfatning
 - b. De enkelte besparelser
 - i. Kort beskrivelse af besparelsens udmøntning, konkret begrundelse og fremgangsmåde
 - ii. Besparelsens størrelse
 - iii. Tidsmæssig implementering
 - iv. Konsekvenser for kvalitet/serviceniveau
 - v. Personalemæssige konsekvenser
 - vi. Andre konsekvenser

1. Baggrunden for udfordringen

a. Underskud 2009

Det fremgår af den foreløbige regnskabsopgørelse, at det samlede merforbrug på Herlev Hospital i 2009 udgør 135 mio. kr.

Der kan således konstateres en ubalance på hospitalet mellem den fastlagte budgetramme og den faktiske forbrugsudvikling i 2009.

Hospitalsdirektionen har på den baggrund i samarbejde med afdelingsledelseskredsen og MED-organisationen udarbejdet en **økonomisk genopretningsplan** for Herlev Hospital. Hospitalsdirektionen har i procesforløbet været i løbende dialog med koncern direktionen.

Formålet med genopretningsplanen er at opnå økonomisk driftsbalance inden for en 2-årig periode med start i 2010 således, at underskuddet på hospitalet er fjernet i løbet af 2010 og 2011.

Det er et grundvilkår i genopretningsplanen, at selve patientbehandlingen udføres medicinsk forsvarligt, men øvrige elementer i de samlede patientforløb vil blive effektiviseret, tilpasset og reduceret svarende til de økonomiske rammevilkår.

Sammensætningen og gennemførelsen af hospitalets økonomiske genopretningsplan tager overordnet udgangspunkt i de faktorer, som danner baggrunden for det betydelige underskud i 2009. Heri indgår ikke mindst virkningen af de styringstiltag, som hospitalet har igangsat i 2009 med henblik på at reducere merforbruget.

De overordnede faktorer som danner baggrunden for underskuddet i 2009 er følgende:

- Nødvendig håndtering af akut kræftbehandling med stor aktivitetsstigning
- Fremskyndet implementering af hospitalsplanen i midlertidige rammer
- Uforudset stort aktivitetspres indenfor den akutte behandling
- Særlige styringsmæssige udfordringer

Nødvendig håndtering af akut kræftbehandling med stor aktivitetstigning

Efter indførelsen af akut kræftbehandling kan det konstateres, at 80 pct. af den samlede behandlingsaktivitet på Herlev Hospital i dag direkte relateres til akut- eller livstruende sygdomme og der er således tale om uafviselige patientgrupper. Beslutningen om akut kræftbehandling har nødvendiggjort en række kapacitetsmæssige tilpasninger på de involverede kliniske afdelinger med henblik på at minimere interne flaskehalse og dermed ventetider for kræftpatienten.

Sammenlignet med andre hospitaler domineres Herlev Hospital relativt mere af kræftbehandling, som samlet udgør mere end 40 pct. af aktiviteten.

Den samlede indsats har medført, at hospital har meget lave ventetider indenfor en række kræftområder.

De hidtidige tiltag med optimering af arbejdsgange og omstillingsprocesser på tværs af involverede afdelinger i kræftpakkerne har ikke været tilstrækkelige til at håndtere aktivitetsstigningen med de givne ressourcer.

Fremskyndet implementering af hospitalsplanen i midlertidige rammer

I forlængelse af den vedtagne hospitalsplan er der sket en fremskyndet implementering af hospitalsplan på Herlev Hospital i midlertidige fysiske rammer bl.a. med op-sætning af pavilloner, udvidelse af operationskapaciteten samt etablering af en midlertidig akutmodtagelse, skopienhed og neonatalfunktion.

I **bilag 1** er oplistet de hidtidige hospitalsplanændringer ift. Herlev Hospital.

Som følge af tidsforskydninger i færdiggørelsen af flere byggetiltag – herunder etablering af yderligere operationsfaciliteter og ambulatorieudvidelser – har dette samlet indvirket negativt i forhold til den forudsatte aktivitet.

Det har endvidere vist sig, at implementeringsperioden (bl.a. ansættelse af nyt sundhedspersonale som ikke fulgte med i de enkelte fusioner) indtil en almindelig driftssituation i hospitalsplanændringerne har været længere end forventet, hvorfor hospitalet endnu ikke har formået at generere de forudsatte effektiviseringskrav på 30 mio. kr.

Uforudset stort aktivitetspres indenfor den akutte behandling

En helt afgørende effekt af de hidtidige gennemførte hospitalsplanændringer har været, at Herlev Hospital på kort tid har ændret profil til hospital med en meget høj grad af akuthospitalfunktion.

Fra 1. kvartal 2008 til 1. kvartal 2009 er antallet af indlæggelser af akutte medicinske patienter steget med mere end 30 pct. Stigningen i forbindelse med akutte medicinske patienter var større end forventet i henhold til hospitalsplanen.

Dette skal primært ses i sammenhæng med, at den ressourcetunge akutte behandlingsaktivitet i tiltagende grad har reduceret mulighederne for at udføre elektive behandlinger, som typisk kan udføres med en lavere ressourceindsats.

Særlige styringsmæssige udfordringer

Herlev Hospital har i en række behandlings- og kapacitetsmæssige sammenhænge haft en særlig økonomisk udfordring, ud over de mange hospitalsplansfusioner iht. bilag.

I forhold til håndteringen af akut kræftbehandling blev opgavevaretagelsen vanskelig-gjort af tilbagetrækningen af et forventet statsligt budgettilskud til området i 2008.

Hospitalets økonomiske styring blev endvidere i 2009 udfordret af, at hospitalet fik overført et underskud fra 2008 på ca. 60 mio. kr., ligesom hospitalet, udover fusionseffektivisering på 30 mio. kr., fik hospitalets andel på 27 mio. kr. af et generelt regionalt i budget 2009.

Den forlængede implementeringsperiode af hospitalsplaneændringer har endvidere vanskeliggjort honoreringen af de generelle 2 pct. effektiviseringskrav.

På trods af de økonomiske overskridelser vurderer hospitalet, at produktiviteten i 2009 er steget i forhold til 2007.

Der har indenfor kræftområdet været en aktivitetsstigning fra 2007 til 2009 på 30 pct.

I hospitalets økonomiske strategi for budget 2009 indgik en forventning om en betydelig opnået meraktivitet i de kliniske afdelinger med henblik på, at meraktiviteten via hospitalets indsats med trimning af arbejdstilrettelæggelsen kombineret med den udvidede fysiske kapacitet i midlertidige rammer blev tilvejebragt så lønsomt, at indsatsen økonomisk kunne bidrage væsentligt i håndteringen af ubalancen.

Medio 2009 blev det vurderet, at den forventede meraktivitet i 2009 ville udgøre ca. 150 mio. DRG kr. (honorering på 75 mio. kr.) men, at aktiviteten blev præsteret med en relativt dyrere ressourceindsats fra personalet end forudsat.

Endelig blev det klart, at muligheden for at opnå aktivitetsmålene med de givne ressource rammer i de fusionerende afdelinger viste sig at være en uventet stor udfordring.

Hospitalsdirektionen iværksatte på den baggrund fra maj 2009 en række yderligere tilpasninger med henblik på at reducere merforbrugsudviklingen herunder:

- Kvalificeret ansættelsesstop for personalegrupper og påbegyndelse af afskedigelser i henhold til regionens personalepolitiske principper.
- Kraftig reduktion i brug af FEA-ordninger (Frivillig Ekstra Arbejdskraft) på afdelinger
- Reduktion af brug af eksterne plejevikarer med fuld stop pr. maj 2009.

Tiltagene har i 2. halvdel af 2009 medført en markant opbremsning af forbrugsudviklingen men dog ikke i et omfang, som har kunnet generere samlet budgetoverholdelse.

Ud fra de foreliggende personaletekniske oplysninger har hospitalet estimeret, at effekten af de iværksatte tiltag i 2009 pr. marts 2010 genererer en effekt svarende til friholdelse af ca. 200 gns. stillinger.

b. Opgørelse af niveau-problem ved indgangen til 2010

Som anført ovenfor forventes Herlev Hospitals samlede underskud i 2009 at udgøre ca. 135 mio. kr. svarende til hospitalets samlede gældspost til håndtering i hospitalets genopretningsplan.

Endvidere vurderes, at de kliniske afdelingers allerede iværksatte tilpasninger medio 2009 har medført, at hospitalets ubalance ved indgangen til 2010 niveaumæssigt udgør 40 mio. kr.

Dette afspejler behovet for de afdelingsspecifikke budgetopretninger og kan reducere hastigheden for afviklingen af hospitalets gældspost.

Den samlede økonomiske ubalance for Herlev Hospital i budget 2010 er sammensat af hospitalets gældspost, Herlev Hospitals andel af besparelseskra v i budget 2010 samt det i 4. økonomirapport 2009 udmeldte ekstraordinære præstationskrav på 1,6 %, jf. nedenstående:

Beskrivelse	Beløb	Bemærkning
Samlet gæld i 2009	135 mio. kr.	Engangspost
Besparelse i budget 2010	40 mio. kr.	Varig post
Øget præstationskrav (4. øk. rapp. 2009)	20 mio. kr.	Varig post
Genopretningsbehov i alt	195 mio. kr.	

Ud over de generelle effektiviseringskrav på 2 pct. har hospitalsdirektionen i fastlæggelsen af budget 2010 ikke indlagt yderligere forventninger om nettoindtægter som følge af yderligere aktivitetsstigninger.

For så vidt angår hospitalets budget 2010 til øvrig drift forventes samlet set budgetoverholdelse i 2010.

Hospital har ikke udmøntet hele driftsbudgettet til afdelingerne, hvorfor der er en pulje til imødegåelse af merforbrug i de enkelte afdelinger. Hospitalet har ligeledes en apparaturpulje, som ikke umiddelbart disponeres.

2. Handlingsplan

a. Sammenfatning

Hovedindhold af genopretningsplanen

Herlev Hospitals økonomiske genopretningsplan omfatter besparelser på 195 mio. kr.

Genopretningsplanen tager udgangspunkt i de tilpasninger, som hospitalet har igangsat i 2009 og som videreføres i 2010.

Konkret skal genopretningsplanen håndtere:

- Tilvejebringelse af driftsbalance mellem forbrug og økonomi i budget 2010
- hospitalets opbyggede gæld.

Der er med genopretningsplanens implementering tale om en gennemgribende omlægning af hospitalets driftsvilkår i forhold til sundhedspersonalets varetægelse af patientbehandlingen og arbejdsprocesserne i de enkelte patientforløb.

Af hospitalets samlede budgetramme relateres langt størstedelen til personalelønbudgettet, mens budgettet til øvrig drift primært kan henføres til faste omkostninger i forbindelse med medicin, utensilier samt ejendommens drift. Der har de seneste år været

stort fokus på at sikre en omkostningseffektivitet i forhold til driftsmidler bl.a. via centrale indkøbsaftaler m.v.

Grundelementet i genopretningsplanen omfatter således en betydelig reduktion i bemanningen i de kliniske afdelinger samt i de administrative funktioner for at generere besparelserne.

Den samlede personalereduktion på Herlev Hospital opgøres til ca. 500 stillinger i forbindelse med planens gennemførelse med en gennemsnitlig årlig lønomkostning pr. stilling på 385.000 kr.

Hertil kommer de driftsmæssige tilpasninger med henblik på at sikre justering af det budgetmæssige niveau, dvs. reduktion af overtid, anvendelse af vikarer og FEA-aftaler m.v.

Hospitalsdirektionen har i genopretningsplanen ikke kunnet forudsætte helårsvirkning i 2010 med henvisning til de lov- og overenskomstmæssige konditioner ved personaleafskedigelse. Samtidig skal reduktionen i personalebemandingen ske forsvarligt i forhold til patientbehandlingen.

Genopretningsplanen er på den baggrund forudsat af have et 2-årigt perspektiv.

Samtidig omlægges hospitalets strategi i forhold til opnåelse af meraktivitet således, at der i 2010 ikke forudsætter merindtægter fra meraktivitet ud over niveauet i 2009 tilagt det i budget 2010 besluttede effektiviseringskrav på 2 pct.

Hospitalsdirektionen har indført **totalt ansættelsesstop på hele hospitalet** indtil de oven for forudsatte besparelser reelt kan konstateres via budgetopfølgningen. Hospitalsdirektionen vil i særtilfælde dispensere for genbesættelse af nøglestillinger.

I forhold til hospitalets fremadrettede økonomistyring er, at der ultimo 2009 er gennemført en reorganisering af hospitalets administrative stabsstruktur med henblik på at understøtte tilrettelæggelsen af en løbende, stram økonomistyring og opfølgning på hospitalet. Der er endvidere iværksat en fast administrativ procedure mellem hospitalet og Koncern Økonomi med en systematisk månedlig rapportering til koncernniveauet.

Procesforløb for gennemførelsen af genopretningsplanen

Procesforløbet for gennemførelsen af genopretningsplanen blev reelt igangsat i maj 2009 med iværksættelsen af tilpasninger med henblik på opbremsning af merforbruget.

Hospitalsdirektionen har i efteråret 2009 intensiveret dialogen om hospitalets driftsvilkår med såvel afdelingsledelseskredsen og hospitalets VMU (VirksomhedsMED).

Dialogen har i første omgang koncentreret sig om at klarlægge og definere, hvordan hospitalet realistisk skulle imødekomme besparelsen på 195 mio. kr.

Den 16. december 2009 blev der i regi af hospitalets VMU endeligt orienteret om, at hovedelementet i besparelsen omfattede personalereduktioner, som omfangsmæssigt ville indebære, at hospitalets foranstaltninger ville blive omfattet af Lov om varsling m.v i forbindelse med afskedigelser af større omfang.

Der var i VMU enighed om, at der i den videre proces baseres på kriteriet om at bibeholde de bedst kvalificerede ansatte til at løse opgaverne, som skal varetages fremover.

Herunder blev det fremhævet, at:

- Ved vurdering af hvem der er bedst kvalificeret, skal der foretages en konkret og individuel vurdering af de ansattes kvalifikationer sammenholdt med en vurdering af afdelingens fremtidige behov for kompetencer.
- Definering af vægtning af hhv. faglige kvalifikationer, opgavevaretagelse og personlige kvalifikationer.

På grund af hospitalets størrelse med et stort antal afdelinger blev det besluttet, at de lokale MED-udvalg skulle være den bærende kraft for at få gjort kriterierne så nærværende og relevante som muligt. Det blev understreget, at det var vigtigt at denne del af processen blev grundig og reel.

Samtidig blev VMU præsenteret for en tidsplan, som ville kunne sikre, at hele processen ville være gennemført med udgangen af januar 2010. Dette på grund af et generelt ønske i organisationen om, at processen skulle overstås så hurtigt som muligt, også med hensyn til at opnå størst mulig effekt på økonomisiden i 2010.

Den 17. december 2009 blev der orienteret om ovenstående på et medarbejdermøde på hospitalet.

Tidsplanen blev endelig aftalt på et fællesmøde mellem koncerndirektionen og Hospitalsdirektionen den 21. december 2009. Tidsplanen fremgår af **bilag 2**.

En afgørende milepæl i tidsplanen er den 13. januar 2010, hvor medarbejdere får besked fra afdelingsledelsen om, at de påtænkes afskediget.

VMU vedtog ligeledes på mødet den 16. december 2009, at man ville sikre en åbenhed omkring processen, hvorfor tidsplanen blev offentliggjort før jul. Det blev vurderet, at kendskabet til hvornår meddelelserne om de påtænkte afskedigelser bliver givet, var vigtigt for medarbejderne.

VMU har også taget ansvar for at komme med retningslinier/principper for, hvordan den 13. januar 2010 konkret skal foregå ud fra et ønske om at fastlægge en ensartet procedure som tager udgangspunkt i de regionale personalepolitiske principper og hospitalets værdier, når afdelingerne skal afskedige medarbejdere.

Igen er sket hensyntagen til, at der er store forskelle i hvorledes de enkelte afdelinger og afsnit på hospitalet berøres.

På den baggrund klarlægger afdelingsledelsen med baggrund i principperne og fastlægger i samarbejde med det lokale MED-udvalg skriftligt, hvordan den konkrete proces den 13. januar 2010 skal foregå. Der skal ligeledes være en dialog med hospitalsdirektionen herom. Principperne er vedlagt i **bilag 3**.

Som det fremgår af tidsplanen, har hospitalsdirektionen prioriteret en tæt dialog med VMU og har afholdt ugentlige møder, hvor situationen nøje følges og drøftes. Samtidigt holdes ugentlige orienteringsmøder for medarbejderne i Store Auditorium. Endelig er der en tæt og løbende dialog med afdelingsledelsesgruppen med henblik på at understøtte en medicinsk forsvarlig behandling i hele forløbet.

Det er Hospitalsdirektionens generelle indtryk at der har været og er en god og konstruktiv dialog i hospitalets VMU også i denne vanskelige situation.

3. De enkelte besparelser

a. Kort beskrivelse af besparelsens udmøntning

De konkrete besparelsers udmøntning i hospitalets genopretningsplan er forankret i de enkelte kliniske afdelingers fremmødeplaner for 2010.

Besparelserne er i udgangspunktet baseret på en differentieret stillingtagen til afdelingernes driftsvilkår. I tillæg hertil indgår generelle besparelser, der rammer afdelingsområderne ligeligt i forhold til lønbudgetterne.

Der er nedenfor beskrevet hovedindholdet i de enkelte besparelser i budget 2010.

I forbindelse med de generelle udmeldinger har der vedvarende været dialog med afdelingerne med henblik på at sikre medicinsk forsvarlige behandlingstilbud til patienterne. Dette har medført en række afdelingsspecifikke budgetgenopretninger.

1. Generel besparelse 2010 (1%, 2% og 4 %)

En differentieret besparelse med følgende vægtning:

1. 1 % besparelse på kliniske tværgående afdelinger
2. 2 % besparelse på kliniske sengebærende afdelinger inkl. drifts-/serviceområdet
3. 4 % besparelse på administrationsområdet.

2. Yderligere generel besparelse (1,2 %)

En 1,2 % besparelse på samtlige afdelinger.

3. Strukturelle besparelser ifm. hospitalsplan

Tiltaget er baseret på hospitalets tidligere vurdering af det forventede rationaliseringspotentiale i relation delvis overflytning af Gynækologisk-Obstetrisk afdeling ift. Glo-

strup Hospital, overflytning af den akutte apopleksi til Gentofte Hospital samt delvis overflytning af Pædiatrisk afdeling fra Glostrup Hospital til Herlev Hospital.

Der forventes at ske en yderligere præcisering af fordelingen af besparelsen primo 2010 i lyset af bl.a. beslutningen om hjemtagelsen af den gynækologiske aktivitet fra Planlægningsområde Syd til Hvidovre Hospital.

Den urologiske udefunktion på Frederikssund Hospital nedlægges i weekender og overflyttes til Herlev Hospital.

4. Nedjustering i plejenormeringen

Fordelingen af besparelsen baseres på en ensartet justering af plejenormeringen pr. seng inden for specialeblokke således, at der sættes en fælles plejenormering for kirurgiske afdelinger i udgangspunktet på 1,1 normering pr. seng (gastrokirurgi 1,5 plejenormering som følge af den betydelige akutaktivitet), mens plejenormeringen i medicinske afdelinger i udgangspunktet fastsættes til 1,2 – 1,6 plejestilling pr. senge i de reviderede fremmødeplaner (dog senge i neurologisk og akutmodtagelse fastsættes til 1,6 plejenormering pr. seng).

5. Nedjustering af antal læger

Besparelsen baseres på en overordnet vurdering af lægeantallet i de kliniske afdelinger med henblik på at minimere konsekvenser i forhold til aktiviteten. Der er på nuværende tidspunkt igangsat en proces med yderligere konkretisering på hospitalets afdelinger, som afsluttes medio januar 2010.

6. Nedjustering af personalet i stabsafdelinger

Besparelsen omfatter i udgangspunktet fortsat friholdelse og nedlæggelse af stillinger i hospitalsadministrationen i 2010.

7. Nedjustering af personalet i øvrige faggrupper

Til grund for besparelsen indgår en gennemsnitlig besparelse på 1,5 % af det tilrettede lønbudget 2010 for øvrige faggrupper ekskl. sengenormeringer og lægeområdet. I posten indgår endvidere ambulatorium og diverse behandlingsområder (herunder operationsgang og stråleterapifunktionen).

8. Rammebesparelse

Besparelsesfordelingen baseres på en generel rammebesparelse på 2 %.

9. Budgetgenopretninger

Posten omfatter en række afdelingsspecifikke budgetgenopretninger i 2010 med henblik på i udgangspunktet at skabe et realistisk budgetgrundlag i forhold til den forventede behandlingsaktivitet på de pågældende kliniske afdelinger (medicinske patienter, kræftområdet) og serviceområdet (portør og rengøring).

Der er således i processen foretaget en specifik vurdering af den enkelte afdelings driftssituation i forhold til patientsammensætning (herunder andel af akutpatienter og

sygdomsalvorlighed) samt minimumskriterier i forhold til hygiejnestandarder af hospitalets patientnære arealer. Dette for at sikre, at patienterne fortsat får en medicinsk forsvarlig behandling.

b. Besparelsens størrelse

Genopretningsplanen udgør samlet 195 mio. kr.

I forhold til hospitalets tekniske budgetgrundlag for 2010 er udmøntet lønbesparelser på samlet 153,5 mio. kr. i 2010.

Besparelsens størrelse	Beløb (mio. kr.)
Generel besparelse (1%,2% og 4 %)	34,5
Yderligere generel besparelse (1,2 %)	21,3
Strukturelle besparelser	27
Nedjustering i plejenormering	57,8
Nedjustering læger	19,7
Nedjustering i stabsfunktioner	3,9
Nedjustering øvrige faggrupper	12,4
Generel nedjustering	29,7
Diverse budgetgenopretninger	-52,8
I alt	153,5

c. Tidsmæssig implementering

Som følge af størrelsen på hospitalets samlede ubalance indgår i planen, at den samlede genopretning implementeres over 2 år i budgetårene 2010 og 2011.

Der er i denne sammenhæng medtaget hensyn til, at nedjusteringen af personalebemandingen sker i en acceptabel takt i forhold til den fortsatte patientbehandling, ligesom opsigelsesperioder for afskediget personale medfører tidsmæssige forskydninger for effekten af besparelsen i 2010.

d. Konsekvenser for kvalitet/serviceniveau

I forbindelse med afklaringen af det konkrete indhold af genopretningsplanen har det i dialogen mellem hospitalsdirektionen og afdelingsledelserne været væsentligt, at de kvalitets- og servicemæssige konsekvenser for patienter, pårørende samt medarbejdere søges minimeret bl.a. ved yderligere optimering af arbejdsgange og interne forløbsprocesser.

Reduktionen i personalebemandingen i de kliniske afdelinger er imidlertid af en sådan størrelsesorden, at reelle forringelser ikke kan undgås.

I **bilag 4** redegøres for de kliniske afdelingers konsekvensvurdering.

Sammenfattende forventes implementeringen af genopretningsplanen følgende konsekvenser for kvalitets- og serviceniveauet:

- afdelingernes kvalitets- og uddannelsesfunktioner reduceres væsentligt, herunder nedlægges uddannelsesstillinger ift. plejen og lægelige uddannelsesvejlederfunktioner
- reduktion i kompetenceudvikling af medarbejdere, idet kerneydelsen med patientbehandlingen prioriteres
- generel forringelse af serviceydelser for patienter og pårørende
- øget sårbarhed i behandlingsskapaciteten med forlængede ventetider til følge
- minimering af kontroller og konsultationer
- forlængede svartider for prøver udført af tværgående kliniske afdelinger
- forsinkelse i diverse administrative arbejdsgange og opgaver ifm. dataregistreringer i databaser og IT-systemer

Hospitalsdirektionen vil i samarbejde med afdelingsledelserne løbende monitorere udviklingen inden for området med henblik på at minimere de negative effekter for den patientoplevede kvalitet i behandlingsforløbet.

e. Personalemæssige konsekvenser

Som det fremgår af den vedlagte tidsplan for genopretningsplanen pågår indtil medio uge 2 i 2010 en konkret afklaring af de personalemæssige konsekvenser i de enkelte afdelinger med støtte og rådgivning fra hospitalsadministrationen og Koncern HR. Der foreligger således først herefter en nøje opgørelse over antal og fordeling mellem faggrupper af medarbejdere der påtænkes afskediget.

Med den nuværende viden er nedenfor opgjort omfanget af personaleafskedigelser, der påtænkes gennemført. Forskellen mellem afdelingerne afspejler bl.a., at nogle afdelinger i løbet af 2009 er kommet længere i processen med friholdelse af stillinger end andre.

Der påtænkes således igangsat afskedigelsesproces for 154 medarbejdere.

I forhold til genopretningsplanen indgår endvidere, at de påtænkte afskedigelser kombineres med friholdelse af ledige stillinger på tværs af faggrupper svarende til det aktuelle besparelsesniveau.

f. Andre konsekvenser

Med genopretningsplanen implementering søges hospitalets forskningsaktivitet bibeholdt på uændret niveau. Der indgår dog på afdelingsniveau tiltag, hvor f.eks. funktion med forskningsbioanalytikere ikke kan friholdes for reduktion i indsatsen.

Bilag 1 - Hospitalsplanændringer

1. okt. 2007	Flytning af hæmatologi fra Hillerød
1. jan. 2008	Flytning af akut gastrokirurgi fra Gentofte
1. jan. 2008	Flytning af plastikkirurgi fra Hillerød
1. jan. 2008	Flytning (organisation) af Immunologi til Rigshospitalet
1. jan. 2008	Etablering af urologisk udefunktion på Frederikssund
1.marts 2008	Etablering af Akutmodtagelse afd. A
1. apr. 2008	Flytning af brystkirurgi fra Hørsholm
1. apr. 2008	Flytning af akut ortopædkirurgi fra Gentofte
1. apr. 2008	Flytning af akut gynækologi fra Gentofte
1. maj 2008	Hjemtagning af urologisk udefunktion fra Glostrup
1. sept. 2008	Etablering af pædiatrisk udefunktion fra Glostrup
31. dec. 2008	Hjemtagning af urologisk udefunktion fra Gentofte
1. jan. 2009	Flytning af infektionsortopædi fra Gentofte
1. jan. 2009	Flytning af kolorektalkræft fra Gentofte
1. jan. 2009	Etablering af ny Gyn.-Obs. Afd. G (organisation)
1. april 2009	Etablering af Medicinsk afd. O
1. apr.-1. okt. 2009	Etablering af Neurologisk afd. N
1. nov. 2009	Etablering af Demensenhed
1. nov. 2009	Etablering af Palliationsenhed
1. jan. 2010	Adm. overtagelse af pædiatrisk afd. fra Glostrup m. udefunktion
4. jan. 2010	Flytning af Gyn.-Obs. fra Glostrup (ekskl. SYD)
4. jan. 2010	Flytning af akut apopleksi fra Gentofte
4. jan. 2010	Etablering af Neonatalafdeling på Herlev Hospital

Bilag 2 – Tidsplan for implementering af genopretningsplanen

Tidsplan	Opgaver/Frister	Bemærkninger/ansvar
Uge 52		
21-12-2009	Kl. 10 frist for aflevering af råskitse til besparelser	Afdelingerne
22-12-2009	Ekstraordinært VMU	Fremlæggelse af tidsplan
21-12-2009	Opstart og konkretisering af besparelsesplanerne	Afd og MED-udvalg
Uge 53		
28-12-2009	Opstart og konkretisering af besparelsesplanerne	Afd og MED-udvalg
29-12-2009	Opstart og konkretisering af besparelsesplanerne	Afd og MED-udvalg
30-12-2009	Opstart og konkretisering af besparelsesplanerne	Afd og MED-udvalg
28-12 til 30-12	Udarbejdelse af materiale til lederne	HR-afd.
Uge 1		
04-01-2010	Opstart og konkretisering af besparelsesplanerne	Afd og MED-udvalg
05-01-2010	Orienteringsmøde for MED-udvalg kl. 14:30	Direktionen
05-01-2010 og 06-01-2010	Direktionen mødes med afdelingsledelser om yderligere konkretiseringer	Direktionen
06-01-2010	Opstart og konkretisering af besparelsesplanerne	Afd og MED-udvalg
07-01-2010	Frist for indsendelse af baggrundsdata Kl. 10:00	Til HR-afd.
07-01-2010	Fælles Direktionsmøde	Direktionen
08-01-2010	1. meddelelse til Beskæftigelsesregion Hovedstaden & Sjælland samt til lønmodtagerne/VMU med oplysninger om årsagen og dok. For forhandling Ekstraordinært VMU	HR-afd. Direktionen
Uge 2		
11-01-2010 og evt. 12-1-2010	Forhandling med VMU/lønmodtagerne Tilbage melding til afd.ledelserne om forhandlingerne	Direktionen/HR-afd. Direktionen/HR-afd.
12-01-2010	Frist for indsendelse af navnene på medarbejderne samt begrundelser	Afdelingerne/lederne HR-afd. Materiale til lederne klar
12-01-2010	Tema-møde mellemledere og afd.ledelser	HR-afd.
12-01-2010	2. meddelelse til Beskæftigelsesregionen	HR-afd.
13-01-2010	Besked til den enkelte medarbejder	Afdelingerne/lederne
13-01-2010	3. meddelelse til Beskæftigelsesregionen m. navne	HR-afd.
13-01-2010	Partshøringer sendes	HR-afd.
14-01-2010	Partshøringer sendes	HR-afd.
15-01-2010	Ekstraordinært VMU	Direktionen
Uge 3		
18-01-2010		
19-01-2010		
20-01-2010		
21-01-2010		
22-01-2010	Ekstraordinært VMU	Direktionen
Uge 4		
25-01-2010		
26-01-2010	Partshøringsfrist -	HR-afd.
26-01-2010	Behandling i FU	HR-afd.
27-01-2010	Udsendelse af endelige opsigelser	HR-afd.
28-01-2010	Udsendelse af endelige opsigelser	HR-afd.
29-01-2010	Udsendelse af endelige opsigelser	HR-afd.
	Ekstraordinært VMU	Direktionen

Bilag 3

Overordnede principper for håndtering af processen den 13.1.2010

VMU har på møde den 5. januar 2010 ønsket at fastlægge en ensartet procedure som tager udgangspunkt i de regionale personalepolitiske principper og hospitalets værdier, når afdelingerne skal afskedige medarbejdere. Da der er store forskelle i hvorledes de enkelte afdelinger og afsnit på hospitalet berøres, har VMU opstillet følgende principper for processen.

Afdelingsledelsen skal med baggrund i disse principper og i samarbejde med det lokale MED-udvalg skriftligt fastlægge, hvordan den konkrete proces den 13-1-2010 foregår. Der skal ligeledes være en dialog med den relevante vicedirektør herom.

Onsdag den 13.01 er lavaktivitetsdag og der indkaldes evt. ekstra beredskab til områder hvor afdelingsledelsen forventer at der kan blive behov for dette som følge af afskedigelsesprocessens resultat.

Når processen er afsluttet den 13.01 giver afdelingsledelsen besked til HR-afdelingen med henblik på en samlet udmelding herom på intranettet under: *Økonomi 2010*.

Principper:

- Princip 1: Alle som påtænkes afskediget skal have besked den 13-1-2010 ved en personlig samtale med repræsentant fra afdelingsledelsen, den nærmeste leder og TR.
 - Den medarbejder der påtænkes afskediget skal have mulighed for bisidder, herunder TR som deltager i samtalen. Medarbejderen kan aktivt vælge TR repræsentation fra.
 - Medarbejdere som påtænkes afskediget, men ikke er til stede den 13-1-2010, pga.:
 - **Sygefravær:** Medarbejderen ringes op og inviteres til en samtale om den påtænkte afskedigelse den 13-1-2010. Hvis dette ikke er muligt for medarbejderen gives beskeden i telefonen om, at man påtænker at afskedige vedkommende og at partshøringen vil blive sendt til bopælen per brev den 13.01.
 - **Ferie/friuge, m.m.:** Medarbejderen ringes op og inviteres til en samtale den 13-1-2010. Hvis dette ikke er muligt gives beskeden i telefonen om at man påtænker at afskedige vedkommende og at partshøringen vil blive sendt til bopælen per brev den 13.01.
 - Hvis det ikke er muligt at komme i kontakt med vedkommende skal partshøringen fremsendes til bopælen den 13.01.

- Princip 2: Ved samtalen hvor den påtænkte afskedigelse gives til medarbejderen skal der tilbydes en supplerende samtale, hvor der bl.a. kan ske en uddybning af begrundelsen, men fokus er primært, hvordan medarbejderen bedst kommer videre. Til denne samtale er en bisidder velkommen efter medarbejderens valg.
- Princip 3: Medarbejdere som er orienteret om påtænkt afskedigelse gives mulighed for at gå hjem med betalt frihed den 13.01.
- Princip 4: Alle medarbejdere som ikke påtænkes afskediget skal kontaktes den 13.01 (evt. ringes op) af ledelsen med information om, at de ikke bliver indstillet til afskedigelse.
- Princip 5: Der skal udmeldes et tidspunkt til afdelingen om, hvornår man påtænker at samtalerne er overstået den 13-1-2010.
- Princip 6: Der skal afholdes et informationsmøde i afdelingen, når afskedigelsesprocessen er afsluttet, hvor ledelsen giver information om afdelingens besparelses-tiltag, både de nødvendige personalereduktioner, herunder vakante stillinger og andre tiltag. Der skal ligeledes orienteres om, hvordan man ser den fremtidige opgaveløsning i afdelingen.
- Princip 7: Der etableres et "kriseberedskab" på hospitalet som stilles til rådighed for alle ansatte med behov for dette.

Efter den 13. januar 2010

- Det er vigtigt, at ledelsen er tilstede i afdelingerne i dagene efter således, at der kan bibeholdes et højt informationsniveau og at der er mulighed for dialog med medarbejderne om processen og om fremtiden.
- Det er et fælles ansvar at tage hånd om hinanden, og et særligt ledelsesmæssigt ansvar at holde fokus på **alle** medarbejderne og deres eventuelle reaktioner.
- I uge 3 skal der afholdes et opfølgende MED-udvalgsmøde, hvor der skal ske en evaluering af processen indtil videre samt en drøftelse af den fremtidige opgaveløsning.

Bilag 4

Afdeling	Konsekvensvurdering for kvalitet og service
Brystkirurgisk afd. F	Afdelingens nuværende optimerede patientforløb omlægges fra indlæggelse til ambulante forløb. Brystkræftpatienter vil ikke have mulighed for at komme i kontakt med afdelingen fra lørdag eftermiddag til mandag morgen. I forbindelse med akutte henvendelser henvises patienten til foranstaltning i hospitalet skadestue.
Gynækologisk-Obstetrisk afd. G	<p>Stabs- og kvalitetsorganisation reduceres mærkbart.</p> <p>Gynækologisk område: De akutte patienter fra AMA behandles i akutklinik på sengeafdelingen frem for i AMA. I ambulatorier reduceres antallet af efterkontroller, som vil forringe kvaliteten i patientforløbet. Gynækologisk ultralyds afsnit tilpasses afdelingens behov, hvilket vil forlænge ventetider. Nedlæggelse af sexologisk funktion. Tilpasning af fremmødeplaner på sengeafsnit og fokus på den generelle patientsikkerhed.</p> <p>Obstetrisk område: Yderligere optimering med flere ambulante fødsler. Konsekvens er forringet serviceniveau generelt samt, at plejetyngden på barselsafsnittet øges. Strømning af ydelser efter fødslen, hvor besøg fordelt over flere dage samles til et besøg, så fremmødeplan for jordemødre reduceres. Barselskvinder udskrives umiddelbart, når de er obstetrisk færdigbehandlede. Tilbud om rådgivning efter fødslen reduceres fra 2 uger til 1 uge efter fødslen eller efter 1. sundhedsplejerskebesøg. Jordemoderkonsultationerne optimeres, så besøgene i højere grad behovsorienteres mhp. at reducere antallet af konsultationer. Forringet service, og sundhedsfremme og forebyggelse kan ikke tilbydes i samme omfang. Optimere udnyttelse af lægeambulatorier, så der indplaceres flere kontroller per dag. Strømning af svangreambulatoriet, så antal besøg og arbejds gange optimeres.</p>
Gastroenheden	Der vil ift. uddannelses- og kvalitetsområdet ske indskrænkninger, herunder reduceret ekstern sundhedsfaglig undervisning, ligesom deltagelse i kurser reduceres for personalet. Der forventes at ske forsinkelser i registreringer i forskellige databaser (NIP, DCCG), ligesom indsatsen ift. kvalitetssikring, DRG og færdigregistreringer forsinkes m.v. For patientforløb vil opleves længere ventetid på telefonisk kontakt og prøvesvar. Endvidere vil opretholdelse af ventetider i cancerpakker vanskeliggøres i perioder. Der vil være fokus på at minimere konsekvenser for den generelle patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.
Urologisk afd. H	Som følge af reduktionen i personalebemandingen vil ske oplægning af arbejdstilrettelæggelsen således, at kompetenceudvikling generelt indstilles for plejepersonalet. Endvidere forventer afdelingsledelsen diskvalifikation ift. til den lægelige videreuddannelse og det kan overvejes at indføre samarbejde med private klinikker ift. yngre lægers træning i basisoperationer. Foranstaltningerne vil endvidere medføre forringelser i kvalitet- og service i patientforløb bl.a. ifm. reduktion i telefonåbningstid, ligesom der er risiko for stigning i patientklager som følge reduceret pleje- og omsorgsindsats, ventetider og utilsigtede hændelser med utilstrækkelig kommunikation/information.
Ortopædkirurgisk afd. T	Som følge af reduktionen i personalebemandingen vil ske omlægning af arbejdstilrettelæggelsen således, at der sker fortsat pladsmæssig koncentration af akutte patienter med henblik på at optimere personaleressourcer med den effekt, at service og pleje for patienter og pårørende særligt i vagt- og weekendperioden reduceres til minimum. Uddannelses- og kvalitetsfunktioner reduceres.

Afdeling	Konsekvensvurdering for kvalitet og service
Anæstesiologisk afd. I	Reduktion i bemanningen forventes at øge sårbarhed i afviklingen af aktiviteten på operationsgangen. Dette forventes at påvirke afviklingen af de kirurgiske afdelingers daglige operationsprogrammer. Uddannelses- og kvalitetsfunktioner reduceres. Psykologbistand for personalet nedlægges.
Akutmodtagelse afd. A	Den overvejende konsekvens af besparelserne er lukning af 17 medicinske sengepladser i Akutmodtagelsen, som nødvendiggør yderligere hurtig lægefaglig vurdering ifm. sondering mellem behandlerrumspladser til patienter med småskader og modtagepladser til patienter der skal vurderes, observeres og eventuelt indlægges. Konsekvenser vil være, at ressourcekrævende patienter i større omfang må overflyttes til kliniske afdelinger. Der forventes yderligere ventetider for patienter. Uddannelses- og kvalitetsfunktioner reduceres.
Hæmatologiska fd. L	Patientrelaterede servicefunktioner, undervisnings- og udviklingsopgaver samt ikke lovmæssige forpligtelser nedprioriteres for at sikre, at afdelingens kerneydelser fortsat kan tilbydes medicinsk forsvarligt og med tilstrækkelig kvalitet. Dette betyder konkret, at arbejdsgange i plejegruppen rationaliseres, omlægges og tilpasses. Der forventes forlængede forløbstider for visse patientforløb, idet afdelingens dag-hospitalsfunktion reduceres. Uddannelses- og kvalitetsfunktioner reduceres. Omfanget af patient og pårørende samtaler forventes reduceret til det i faglig sammenhæng absolut nødvendige.
Kardiologisk afd. S	En række eksterne undervisningsopgaver indstilles, ligesom afdelingens kvalitetsfunktion reduceres. Der forventes øgede ventetider i patientforløbs faser.
Medicinsk afd. O	Forsinkelser i registreringer i forskellige kvalitetsdatabaser, ligesom kvalitetsudviklings- og kommunikationsopgaver reduceres. Reduktion i såvel præ- og postgraduate undervisning og uddannelsesstilbud. Mindre omsorgsniveau ikke mindst i aften/nat og weekendvagt som følge af bemandingsreduktioner. Endvidere indgå reduktion af i opgaver i forskningslaboratorium. Opretholdelse af kontaktpersonordning vanskeligøres. Endelig indgår forlænget udredningsforløb for bl.a. kræftpatienter. Afdelingens hjemmelfunktion reduceres og terapeutiske ydelser reduceres.
Onkologisk afd. R	De kvalitets- og servicemæssige konsekvenser omfatter øgning af daglige ventetider og reduceret service under ventetiden, reduktion i dokumentation, reduktion i forarbejdet til akkreditering, reduktion i supervision og uddannelsesopgaver af medarbejdere. Endvidere forventes i perioder risiko for ventetid på behandling og indkaldelse til behandling.
Radiologisk afd. X	I afdelingens konsekvensvurdering indgår øgede svartider, øget sårbarhed ift. assistance til røntgenoptagelser på operationsgang. Uddannelses- og kvalitetsfunktioner reduceres.
Klinisk Fysiologisk afd. Z	Pga. stigende aktivitet øges sårbarhed ved sygdom hos personalet med øgede ventetider og aflysninger som konsekvens.
Patologiafdelingen	Personalereduktion vil medføre, at servicen over for kliniske afdelinger forringes i form af øgede besvarelestider.
Klinisk Mikrobiologisk afd. M	Forlængelse af prøvebehandlingstid og øget risiko for fejlbehandling af mikrobiologiske prøver. Videreudvikling af dokumentstyringssystem nedjusteres. Efteruddannelse og kompetenceudvikling for medarbejdere begrænses. Serviceniveau ift. afdelingen forringes ved nedsættelse af telefontid.

Fra: Bent Larsen

Sendt: 8. januar 2010 19:05

Til: Vibeke Storm Rasmussen

Cc: Helle Ulrichsen; Helle Mathiasen; Benedikte Kiær; Henrik Thorup

Emne: Herlev

Kære Vibeke

Vi har en lang række henvendelser fra ansatte på Herlev Hospital. Gang på gang hører vi historien om, at Herlev Hospital har modtaget patienter og behandlinger fra de andre hospitaler (qua hospitalsplanen) uden at pengene er fulgt med. Blandt andet skulle hospitalsdirektøren have sagt dette på medarbejdermødet i onsdags. Vi finder det meget ærgerligt, at der verserer sådanne påstande - særligt fordi det giver et dårligt klima (og særligt samarbejdsklima) mellem hospitalerne. **På den baggrund beder VCO om en redegørelse af den proces, der har været omkring implementeringen og udmøntningen af Hospitalsplanen i forhold til Herlev Hospital - herunder de behandlinger og midler, som er flyttet til og fra Herlev Hospital.**

Et godt eksempel på de henvendelser vi har fået er illustreret med nedenstående, som er fra en ansat på Herlev Hospital. Dette er en af de mest specifikke henvendelser, som vi har modtaget - og der er en del ret håndfaste påstande i henvendelse vi meget gerne vil have svar på, da det virker noget mærkeligt, at henvendelsen indeholder så præcise påstande som f.eks. det med kræftpakkerne. Det vil være rigtig godt at få afklaret disse myter og påstande. Henvendelsen er i nedenstående citat:

Fra en ansat: "Faktum er, at Hospitalsplanen skulle forløbe over ca. 5 år og for Herlevs vedkommende er den nu gennemført på kun 2 år! Og dette uden at økonomien tilsvarende er fulgt med i samme takt. Mange fusioner, omlægninger, øget patientindtag og omlægning fra elektiv til akuthospital er gennemført i den forventning - eller med tilsagn om - at pengene så også efterfølgende fulgte med. Men det er de ikke.

Seneste eksempel er fusionen af gynækologisk/obstetrisk afd., hvor funktionen fra Glostrup Hosp. er flyttet til Herlev Hospital herunder neonatalafsnittet (for tidligt fødte) og børneafdelingen FØR ombygningen af den etage hvor afsnittet skal ligge er færdig. Der er dermed til fare for både kvaliteten og patientsikkerheden at denne flytning tvinges igennem før rammerne overhovedet er færdige. (Og med hvilket formål kan man jo så spørge?)

Faktum er, at Herlev fik 40 mio. til gennemførelse af kræftpakkerne og nedsættelse af ventetiderne. Dette gjorde Herlev, hvorefter de 40 mio. blev taget fra Herlev igen. De 40 mio. er blandt de 135 mio, der figurerer som "Herlevs merforbrug".

Faktum er, at forhandlingerne om prisen for de funktioner der respektivt er afgivet af andre hospitaler TIL Herlev er foregået på et usagligt grundlag. Koncerndirektionen fralagde sig ansvaret for forhandlingerne og lod hospitalerne indbyrdes "slås" om pengene, hvorefter de skar igennem og tvang beløb igennem, der ikke tilnærmelsesvis var på højde med de omkostninger, der er for Herlev.

Man skal her huske på, at Herlev er Universitetshospital og derfor både har uddannelses- og forskningsforpligtelser - og dermed andre udgifter - forbundet med de samme funktioner i fht. de hospitaler, der ikke har denne forpligtelse.

Det er et paradoks, at der inden for samme region er hospitaler med overskud og få patienter og hospitaler med kæmpe underskud og mange patienter.

Dette er ikke et "Region Hovedstaden skabt fænomen" - det ligger i den finansieringsmodel, der er for det danske sundhedsvæsen (DRG - takst systemet).

Det må vi så løfte op på landspolitisk niveau i det sundhedsvæsenet generelt trænger til en gennemgribende reform."

Rigtig fint, at der er indkaldt til FU møde på tirsdag. Håber I kan nå at få ovennævnte redegørelse med.

Med venlig hilsen

Bent Larsen, Benedikte Kiær og Henrik Thorup

NOTAT

Opgang Blok A
Afsnit 1. sal

Telefon 48 20 50 00
Direkte 48 20 50 10
Fax 48 20 57 99
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

Dato: 11. januar 2010

Implementering og udmøntning af hospitalsplanen og kræftpakker i forhold til Herlev Hospital

Indledning

Der gives i dette notat en orientering om, hvordan beslutningsprocessen om de økonomiske rammer m.v. for implementering og udmøntning af hospitalsplanen har været tilrettelagt, herunder i forhold til Herlev Hospital. Derudover gives en orientering om beslutningsprocessen vedrørende implementering af kræftpakker.

Fysiske rammer og funktionsflytninger

Ved gennemførelse af sammenlægninger og funktionsflytninger i forbindelse med hospitalsplanen har der i årene efter 2007 været tilstræbt en hurtig gennemførelse af visse dele af hospitalsplanens ændrede opgavefordeling mellem hospitalerne.

Hvis der har været behov for udvidet areal eller ændret fysisk indretning, er der i nogle tilfælde gennemført ombygningsprojekter til endelig indplacering, hvor det har været muligt. I en række andre tilfælde har det måttet ske i midlertidige fysiske rammer og ved midlertidige omdisponeringer og ombygninger inden for de eksisterende rammer.

Der er med budget 2010 afsat midler til yderligere ændringer, men der udestår en varig tilpasning til hospitalsplanen, som blandt andet kan forventes realiseret i forbindelse med de store investeringsprojekter, hvortil der er sendt ansøgning til Statens kvalitetsfond og hvor endelige tilsagn ikke er givet.

For Herlev Hospital er de fornødne fysiske rammer til de besluttede ændringer tilvejebragt ved indretning af ledige arealer i den eksisterende bygningsmasse samt ved etablering af midlertidige bygninger til lettere funktioner, der har kunnet flyttes fra de centrale bygninger.

I et vist omfang er funktionsflytninger gennemført, inden der fuldt ud har kunnet tilvejebringes de fornødne fysiske rammer. Dette forhold skyldes dels, at omlægningerne har måttet fremrykkes, da de hidtidige funktioner ikke har kunnet opretholdes p.gr.a. utilsigtet personaleafgang. Dels har hospitalet i dialog med koncerndirektionen plan-

lagt efter en hurtigere gennemførelse med sigte på opnåelse af rationaliseringsmulighederne ved færre vagtberedskaber og andre stordriftsfordele.

Der er eksempler på, at ændringerne har været gennemført for tidligt, fordi funktionen ikke har kunnet opretholdes på det afgivende hospital, hvilket kan have påvirket mulighederne for hensigtsmæssige driftsforhold. Der er ved hurtigere gennemførelse af hospitalsplanændringer end forudsat tilført de nødvendige økonomiske midler til driften.

Drifts- og aktivitetsbudget ved funktionsflytninger

Ved afklaring af de drifts- og aktivitetsmæssige konsekvenser ved funktionsflytninger er det generelt forudsat, at det afgivende og modtagende hospital ved nærmere dialog afklarer, hvilken aktivitet med tilhørende driftsøkonomi, der budgetmæssigt skal flyttes fra det afgivende hospital til det modtagende hospital.

Ved uenighed har Koncerndirektionen og Koncern Økonomi efter drøftelse med de berørte hospitaler truffet afgørelse om, hvad der indarbejdes i økonomirapporterne til regionsrådets beslutning.

I forbindelse med afklaringen foretages en opgørelse af, hvad den pågældende funktion hidtil har kostet at varetage på det afgivende hospital.

Herefter har det været forudsat, at det modtagende hospital ved ændret organisering og arbejdstilrettelæggelse kan løse opgaven mere rationelt som følge af færre udgifter til ledelse, vagtberedskaber og som følge af stordriftsfordele af forskellig art.

Der er tale om komplicerede opgørelser, som det ikke er muligt at udstikke generelle beregningsmæssige retningslinjer for, og der er forskel på fra funktion til funktion, hvordan opgørelsen mere præcist bør foretages.

Eksempelvis vil det være kompliceret at afgrænse behandlingsfunktioner, som udskilles som dele af eksisterende organisatoriske enheder (kliniske afdelinger, dvs. sengeafsnit og ambulatoriefunktioner), hvor en del af funktionen forbliver på det afgivende hospital. Trækket på tværgående funktioner som f.eks. operation/anæstesi og laboratoriefunktioner og fællesfunktioner kan også være vanskelig at afgrænse præcist.

Med hensyn til dialogen mellem hospitalerne om, hvad funktionen hidtil har kostet, har der f.eks. været vanskeligheder med at opnå enighed mellem Herlev Hospital og Gentofte Hospital om flytningen af de akutte kirurgiske og ortopædkirurgiske funktioner fra Gentofte til Herlev Hospital. De to hospitaler havde drøftelser herom gennem en længere periode fra slutningen af 2007 og i løbet af 2008, og der var vedblivende stor afstand mellem parterne om opgørelsen. Derfor traf koncerndirektionen afgørelse ultimo 2008 om, hvordan opgørelsen burde foretages på baggrund af en nøje analyse af de foreliggende data og efter indgående supplerende drøftelser med de to hospitaler.

Det er vurderingen at de budgetter, der dermed flyttes mellem de to hospitaler, svarer til, hvad den pågældende funktion hidtil har kostet at varetage.

Herefter er det forudsat, at Herlev Hospital skal kunne drive funktionen for et lavere beløb end det fra Gentofte Hospital tilførte budgetbeløb, da der er stordriftsfordele og færre udgifter til vagtberedskaber m.m. Det er således ikke lagt til grund, at funktionen skulle blive dyrere på grund af særlige uddannelses- og forskningsforpligtelser på Herlev Hospital.

Der er siden starten af 2008 tilført budgetramme på ca. 470 mio. kr. til Herlev Hospital fra andre hospitaler til dækning af nye opgaver i forbindelse med funktionsflytninger. Samtidig er fratrukket et beløb på 27 mio. kr. svarende til de forudsatte besparelser vedrørende vagtberedskaber og stordriftsfordele.

Hospitalet har omvendt afgivet funktioner til andre hospitaler svarende til udgifter på ca. 130 mio. kr.

Der vil altid være efterfølgende marginale ændringer i den afledte aktivitet i forhold til de i aktivitetsbudgetter, der har været lagt til grund ved budgetudskillelsen. Herunder kan der både være flere og færre patienter, der henvises til Herlev Hospital, som efter den tidligere opgavefordeling ville være blevet henvist til andre hospitaler.

For disse ændringer forudsættes det, at takststyringsordningen med 50 % af DRG-værdien i tilførsel ved meraktivitet fører til de fornødne tilpasninger af driftsrammen.

Kræftpakker

Med hensyn til implementering af kræftpakker skal sundhedsvæsenet nu reagere med det samme ved mistanke om, at en patient har kræft. Nærmere undersøgelse af patienten skal påbegyndes hurtigst muligt og tilrettelægges i forløb, der sikrer, at der ikke er unødigt spildtid mellem de forskellige undersøgelser

Til gennemførelse af kræftpakke-omlægningen, der er sket i løbet af 2008 og 2009, er der samlet tilført 55 mio. kr. til regionen i forbindelse med økonomiaftalen for 2009. Det først opgjorte udgiftsbehov, som regionen havde forventet tilført fra staten, udgjorde ca. 180 mio. kr. i 2008. De 180 mio. kr. vedrørende 2008 blev besluttet tilført virksomhederne af regionsrådet i maj 2008.

Da det i forbindelse med økonomiaftalen for 2009 i juni 2008 blev afklaret, at der ikke kunne påregnes større beløb end de 55 mio. kr., blev tilførslerne på mødet i august 2008 besluttet erstattet af et udgiftsniveau, der svarede til de 55 mio. kr. og dermed en mere afdæmpet udbygning af beredskabet. Det har betydet, at der ikke var mulighed for at give det beløb som hospitalerne bad om til bufferkapacitet, således at patienterne ikke i alle tilfælde undersøges med det samme.

Herlev Hospital har i løbet af 2008 og 2009 fået tilført bevillinger svarende til i alt ca. 33 mio. kr., der kan henføres til implementering af kræftpakker, som svarer til den forudsatte aktivitetsudvikling. Vækst ud over det forudsatte er honoreret med 50 % DRG-værdi. Derudover er alle merudgifter til medicin dækket fuldt ud.

De omtalte 33 mio. kr. er både finansieret af de tilførte midler i økonomiaftalen på 55 mio. kr. og af beløb, der i forbindelse med budgetteringen er disponeret til merudgifter vedrørende livstruende sygdomme.

Fødsler, gynækologi og pædiatri

Som led i budgetprocessen for 2010 bad direktionen på Herlev Hospital om, at der skete en hurtigere implementering af hospitalsplanens forudsatte udbygning af fødsler, gynækologi og pædiatri på Herlev Hospital i midlertidige rammer.

Det ville muliggøre væsentlige driftsbesparelser i 2010, som nu indgår i hospitalets handlingsplan for budgetoverholdelse. Driftsbesparelserne fremkommer ved, at der kan overføres en række funktioner fra Glostrup Hospital, og dermed at der er færre vagtberedskaber, og at der er stordriftsfordele.

Regionsrådet traf beslutning på mødet i oktober 2009 om de fornødne ombygninger, idet det viste sig muligt at afsætte investeringsbeløb til formålet i forbindelse med budgetvedtagelsen i september 2009.

Umiddelbart herefter har hospitalet påbegyndt de omhandlede ombygningsarbejder, og hospitalet har oplyst, at der på nuværende tidspunkt er gennemført en delvis implementering af de forudsatte flytninger i muligt omfang i de arealer, der allerede er færdigindrettet. Da der er dele af projektet, der endnu ikke er færdiggjort, afventer de pågældende berørte flytninger. Der er dermed ikke tale om, at flytninger tvinges igennem før rammerne er færdige.