

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 2

Emne: Foreløbigt regnskab 2009 og genbevillingsgrundlag 2010

1 bilag

Foreløbigt regnskab 2009 og grundlag for genbevillinger i 2010

REGION

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 Sammenfatning	3
Kapitel 2 Bevillingsområder.....	10
2.1 Amager Hospital.....	13
2.2 Bispebjerg Hospital.....	14
2.3 Bornholms Hospital.....	15
2.4 Frederiksberg Hospital	16
2.5 Frederikssund Hospital.....	17
2.6 Gentofte Hospital	18
2.7 Glostrup Hospital.....	19
2.8 Helsingør Hospital	20
2.9 Herlev Hospital	21
2.10 Hillerød Hospital.....	22
2.11 Hvidovre Hospital.....	23
2.12 Region Hovedstadens Apotek	24
2.13 Region Hovedstadens Psykiatri	25
2.14 Rigshospitalet	26
2.15 Sundhedsområdet, fælles.....	27
2.15.1 Sygehusbehandling uden for regionen	27
2.15.2 Sundhedsområdet fælles driftsudgifter m.v.	28
2.16 Praksisområdet.....	31
2.17. Det sociale område	32
2.17.1 Socialpsykiatri.....	32
2.17.2 Region Hovedstaden – Handicap	33
2.18 Regional udvikling.....	35
2.19 Administration	37
3. Investeringer.....	39
4. Indtægter og finansielle poster.....	40
Bilag 1 – Overførsler fra 2008 til 2009 på driftsområdet.....	41
Bilag 2 – Overførsler fra 2008 til 2009 på investeringsområdet.....	44

Kapitel 1 Sammenfatning

Indledning

Det primære formål med det foreløbige regnskab er at opgøre genbevillingsgrundlaget, det vil sige hvilket mer- eller mindreforbrug, der for virksomhederne og de øvrige områder i budgettet skal genbevilges i 2010. For virksomheder med merforbrug i 2009 betyder det, at merforbruget opgøres endeligt, og opgørelsen udgør grundlaget for tilbagebetalingen i 2010 eller senere. På områder med mindreforbrug indebærer opgørelsen, at der bliver et klart grundlag for overførsel af mindreforbruget der genbevilges i 2010.

Formålet er således ikke i første række en beskrivelse af det egentlige regnskabsresultat.

For virksomhederne på sundhedsområdet er der ved 4. økonomirapport 2009 foretaget en opgørelse af de forventede resultater for sygehusmedicin, barselsfond, takststyring samt behandling af fremmede borgere i 2009. På det grundlag blev virksomhedernes og fælleskontoens budgetter reguleret i 4. økonomirapport 2009, så de passede til det forventede regnskabsresultat.

Ved opgørelsen af genbevillingsgrundlaget i det foreløbige regnskab tages der hensyn til den endelige opgørelse af resultatet på de pågældende områder.

Genbevillinger af mer- eller mindreforbrug i 2009 (overførsler) sker i 1. økonomirapport 2010.

Samlet oversigt

På sundhedsområdet, drift viser det foreløbige regnskab for 2009, at der i alt er et merforbrug på 449 mio. kr. vedrørende den afsatte nettoudgiftsramme, jf. nedenstående tabel.

Samlet oversigt, sundhedsområdet drift 2009**Resultat i forhold til budget før justering til regnskabsprognose i 4. økonomirapport**

Mio. kr., 2009-priser	Budget 4. ØR før justering til regnskabs- prognose ¹⁾	Regnskab	Resultat	Korrektioner	Korrigeret resultat ekskl. overførsler	Korrigeret resultat inkl. overførsler
<i>Virksomheder sygehusbehandling</i>						
Amager Hospital	382,4	380,0	-2,3	4,9	2,5	0,0
Bispebjerg Hospital	1.487,7	1.491,5	3,8	1,2	5,0	0,0
Bornholms Hospital	372,6	374,0	1,5	-3,9	-2,5	0,0
Frederiksberg Hospital	607,4	656,9	49,6	-0,3	49,3	0,0
Frederikssund Hospital	211,8	209,4	-2,4	-0,3	-2,7	0,0
Gentofte Hospital	1.234,5	1.221,1	-13,3	-2,1	-15,4	0,0
Glostrup Hospital	1.341,2	1.353,9	12,7	-12,6	0,0	0,0
Helsingør Hospital	157,0	161,6	4,6	-1,3	3,4	0,0
Herlev Hospital	2.520,4	2.682,1	161,7	-37,7	124,0	0,0
Hillerød Hospital	2.169,5	2.271,6	102,1	-60,2	41,9	0,0
Hvidovre Hospital	1.956,3	2.108,6	152,4	-40,2	112,1	0,0
Region Hovedstadens Apotek	95,8	90,3	-5,4	2,3	-3,2	0,0
Region Hovedstadens Psykiatri	2.573,5	2.589,9	16,4	-17,8	-1,4	0,0
Rigshospitalet	4.252,9	4.165,6	-87,3	65,9	-21,3	0,0
<i>Virksomheder i alt</i>	<i>19.362,9</i>	<i>19.756,8</i>	<i>394,0</i>	<i>-102,2</i>	<i>291,8</i>	<i>0,0</i>
<i>Sundhedsområdet, fælles</i>						
Sygehusbehandling uden for regionen	974,9	921,2	-53,8	0,0	-53,8	-53,8
Fælles driftsudgifter m.v.	1.265,9	1.245,0	-20,9	21,3	0,5	88,3
<i>Praksisområdet</i>						
Praksisområdet	6.350,1	6.597,8	247,7	0,4	248,1	248,1
I alt Sundhed, ekskl. Administration	27.953,8	28.520,8	567,0	-80,4	486,6	282,7
<i>Administration</i>						
Administration til sundhedsområdet	695,7	660,2	-35,5	-2,0	-37,5	-13,6
I alt Sundhed	28.649,5	29.181,0	531,5	-82,4	449,1	269,0

¹⁾ I 4. økonomirapport 2009 blev bevillingerne tilpasset svarende til den forventede regnskabsprognose. Tallene her er opgjort uden denne korrektion.

Merforbruget er opgjort før korrektion for overførsler af mer- eller mindreforbrug til 2010 eller følgende år på sundhedsvæsenets drift.

For virksomhederne er der i alt et nettomerforbrug på 292 mio. kr. For virksomheder med mindreforbrug giver det foreløbige regnskab grundlag for genbevilling af i alt 46 mio. kr. i 1. økonomirapport 2010. Omvendt vil virksomheder, der ikke har overholdt budgetrammen i 2009, i alt skulle tilbagebetale 338 mio. kr. i 2010 eller følgende år.

For fælles driftsudgifter m.v. viser regnskabsresultatet balance (0,5 mio. kr.) før genbevilling af forskydninger på i alt 88 mio. kr., mens der for administrationsområdet er et mindreforbrug på 37,5 mio. kr. før forskydninger på 24 mio. kr.

I det samlede resultat på 449 mio. kr. indgår i øvrigt et mindreforbrug vedrørende sygehusbehandling uden for regionen på 54 mio. kr. og et merforbrug på praksisområdet på 248 mio. kr.

I 2009 har seks virksomheder haft mindreforbrug, mens de øvrige otte virksomheder har haft enten balance eller merforbrug. Især Frederiksberg Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Hillerød Hospital har merforbrug. Det forudsættes, at mindreforbrug genbevilges i 2010, og at merforbrug betales tilbage i 2010 og følgende år. Der er ultimo 2009/primo 2010 indledt en række tilpasninger på de pågældende virksomheder med henblik på budgetoverholdelse i 2010 og følgende år.

Når merforbruget på 449 mio. kr. korrigeres for senere genbevilling af mindreforbrug og senere tilbagebetaling af merforbrug på virksomhederne og administration, fører det til en reduktion af det opgjorte merforbrug med netto 180 mio. kr. Merforbruget i 2009 opgjort uden genbevillinger og overførte merforbrug udgør dermed 269 mio. kr., som er finansieret via træk på likviditeten.

I 4. økonomirapport, der blev behandlet af regionsrådet på mødet den 22. december 2009, forventedes et samlet merforbrug på sundhedsområdet på 313 mio. kr. Med fradrag af den forholdsmæssige andel af mindreforbruget på administrationsbudgettet førte det i rapporten til et forventet nettomerforbrug på 278 mio. kr. i forhold til korrigeret budget.

Der er dermed i det foreløbige regnskab en samlet forværring på 171 mio. kr. i forhold til forventningen i 4. økonomirapport 2009. Den største afvigelse kan henføres til praksisområdet med en forværring på 133 mio. kr., hvoraf 125 mio. kr. kan henføres til praksisydelser, mens 8 mio. kr. kan henføres til medicintilskudsordningen.

Virksomhedernes resultat er forværret med i alt 36 mio. kr., mens der for sundhedsrådets fælles driftsbudget, sygehusbehandling uden for regionen og administrationen til sammen er en forværring på 2 mio. kr.

Hvis forværringen på de 171 mio. kr. siden 4. økonomirapport korrigeres for virkningen af ændringer i genbevilling af mindreforbrug og tilbagebetaling af merforbrug, udgør forværringen 91 mio. kr. siden 4. økonomirapport.

Der er i det foreløbige regnskab en forbedring vedrørende finansiering til sundhedsområdet på 101 mio. kr. Forbedringen vedrører merindtægter for den kommunale medfinansiering i forhold til 4. økonomirapport 2009.

På det sociale område er opgjort et overskud på 8 mio. kr.

Endelig er der som følge af forskydninger vedrørende regional udvikling et mindreforbrug på 219 mio. kr., der overføres til 2010.

På investeringsområdet er der et mindreforbrug på samlet 898 mio. kr., som skyldes tidsforskydninger, og som søges genbevilget i 1. økonomirapport 2010. I 4. økonomirapport forventedes et mindreforbrug på 695 mio. kr.

Tværgående temaer på sundhedsområdet

Merforbruget til medicin på hospitalerne er steget fra 56 mio. kr., som hospitalerne blev tilført i 4. økonomirapport 2009, til 77 mio. kr., det vil sige ca. 21 mio. kr. højere end forventet. Beløbet er medtaget blandt de korrektioner, som foretages i forbindelse med det foreløbige regnskab.

I 4. økonomirapport blev der vedrørende takststyringsordningen gennemført en række tilpasninger. Der forventedes således udløst 252 mio. kr. (50 % DRG-værdi) der blev indarbejdet i hospitalernes budgetter i henhold til takststyringsordningen. Derudover blev hospitalernes indtægtsbudgetter samlet nedskrevet med 50 mio. kr. Sammen med andre mindre korrektioner var det samlede træk på takststyringspuljen 302 mio. kr.

Den endelige opgørelse af takststyringsordningen indebærer, at der yderligere tilføres netto 43 mio. kr. til hospitalerne i forhold til 4. økonomirapport. Beløbet består af en yderligere aktivitet på 84 mio. kr. (50 % DRG-værdi) og merindtægter fra behandling af fremmede borgere på 41 mio. kr. Beløbene er medtaget som korrektion i forbindelse med det foreløbige regnskab.

Udgifterne til den centrale barselsfond er 4 mio. kr. større end forventet ved 4. økonomirapport. Merudgiften er neutraliseret ved en modgående beregningsmæssig forhøjelse af virksomhedernes bidrag til barselsfonden.

I 4. økonomirapport 2009 blev kontoen for sygehusbehandling uden for regionen forhøjet med 175 mio. kr., således at budgettet svarede til det forventede regnskab. Regnskabsresultatet viser nu et mindreforbrug i forhold til det korrigerede budget på 54 mio. kr., der hovedsageligt kan henføres til udvidet frit sygehusvalg og i mindre grad til betaling til andre regioner

Afvigelsen i forhold til 4. økonomirapport kan især henføres til prognoseusikkerhed vedrørende virkning af genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg i efter suspenderingen i første halvår. Derudover var der usikkerhed vedrørende den mellemregionale afregning af basisbehandlinger.

Region Hovedstadens forbrug på private sygehuse udgjorde i 2009 275 mio. kr. I 2008 udgjorde forbruget 371 mio. kr.

Det faktiske regnskabsresultat for praksisområdet (sygesikring) udviser en forværring på 133 mio. kr. i forhold til 4. økonomirapport. Af beløbet kan 125 mio. kr. henføres til praksisydelser, mens merudgifterne til medicintilskud udgør 8 mio. kr. Merforbruget på praksisområdet ekskl. medicin skyldes især en vækst på ydelseshonorar både til praktiserende læger og til speciallæger samt vækst på laboratorieområdet. De stigende udgifter siden 4. økonomirapport kan bl.a. henføres til influenzaepidemien i efteråret.

Kommunal medfinansiering

I det korrigerede budget efter 4. økonomirapport er der i 2009 budgetteret med indtægter på 3.248 mio. kr. vedrørende kommunal medfinansiering (kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag). Regnskabet viser en samlet finansiering på 3.349 mio. kr., hvilket indebærer merindtægter på 101 mio. kr.

Korrektioner til regnskabsresultatet for virksomhederne på sundhedsområdet

I 4. økonomirapport blev der blandt andet foretaget korrektioner af hospitalernes budgetter på områderne sygehusmedicin, barselsfond, takststyring samt indtægtsbudgetterne for behandling af fremmede borgere.

På disse områder er der nu foretaget korrektioner af hospitalernes resultat med henblik på den endelige opgørelse af grundlaget for overførsel af mindreforbrug til 2010.

Korrektionerne tager hensyn til forskellen mellem forudsætningerne for budgettet efter 4. økonomirapport og det faktiske forbrug på de pågældende områder.

Korrektionerne udgør en samlet forøgelse af råderummet for hospitalerne med 64 mio. kr. Beløbet modsvares af en tilsvarende reduktion af resultatet for sundhedsvæsenets fælleskonto, således at den samlede virkning går i nul. Derudover er virksomhedernes genbevillingsadgang nedsat med 12 mio. kr. som følge af merforbrug på hospitalernes investeringsrammer.

Derudover er der i driftsregnskabet vedrørende investeringsprojekter konteret netto 94 mio. kr., hvorfor dette beløb er udeladt ved opgørelsen af genbevillingsgrundlaget.

Øvrige bemærkninger vedrørende virksomhederne

Der er betydelig forskel på de resultater virksomhederne har opnået i 2009.

Seks virksomheder har mindreforbrug, som overføres til 2010. Det gælder således Bornholms Hospital, Frederikssund Hospital, Gentofte Hospital, Region Hovedstadens Apotek, Region Hovedstadens Psykiatri samt Rigshospitalet.

En stor del af de mindreforbrug, der er realiseret i forbindelse med regnskabsresultatet skyldes forskydninger, herunder afledt af tilbageholdenhed med henblik på at sikre budgetoverholdelse.

Særligt vedrørende Region Hovedstadens Psykiatri bemærkes, at der er betydelige merindtægter som følge af tidsforskydninger mellem indtægter og udgifter på satspuljemidler. Da regionen er forpligtet til at afholde udgifter svarende til de modtagne indtægter er der reelt tale om et merforbrug på 25 mio. kr.

Det korrigerede regnskab for Glostrup Hospital udviser balance. Bispebjerg Hospital har et beskedent merforbrug, hvilket også gør sig gældende på Amager Hospital og Helsingør Hospital. Vedrørende Helsingør Hospital er merforbruget dog forholdsvis stort i forhold til hospitalets størrelse.

Det korrigerede regnskabsresultat på Frederiksberg Hospital viser et merforbrug på 49,3 mio. kr. samlet set. Resultatet er en forværring på 25 mio. kr. i forhold til 4. økonomirapport. I sagen om hospitalernes budgetoverholdelse 2010, som blev forelagt for forretningsudvalget den 26. januar 2010, blev merforbruget på Frederiksberg Hospital vurderet til 38 mio. kr.

Frederiksberg Hospital forudsættes at afdrage merforbruget fra 2009 på i alt 49,3 mio. kr. med 16,4 mio. kr. i 2010 og 32,9 mio. kr. i 2011.

Herlev Hospital forventede i 4. økonomirapport et merforbrug på 135 mio. kr. Det forventede resultat i 4. økonomirapport gav anledning til udarbejdelse af den økonomiske genopretningsplan for Herlev Hospital. Det faktiske regnskabsresultat for 2009 udviser en forbedring på 11 mio. kr., svarende til et merforbrug på 124 mio. kr.

Herlev Hospital forudsættes at afdrage merforbruget på 124 mio. kr. med 41 mio. kr. i 2010 og 83 mio. kr. i 2011.

Hvidovre Hospital forventede ved 4. økonomirapport et merforbrug på 70 mio. kr. Efter korrektioner udviser det faktiske resultat et yderligere merforbrug på 42 mio. kr., således at der samlet er et merforbrug på Hvidovre Hospital på 112 mio. kr.

Hvidovre Hospital forudsættes at afdrage merforbruget på 112 mio. kr. over en toårig periode fra 2011.

Social – og specialundervisningsområdet samt regional udvikling

Inden for social- og specialundervisningsområdet samt regional udvikling er der overskud i forhold til det korrigerede budget.

Inden for social og specialundervisningsområdet udviser det foreløbige regnskab 2009 forbedringer i forhold til forventningerne ved 4. økonomirapport. Inden for socialpsykiatriens område er der et samlet overskud på 9 mio. kr. bl.a. som følge af højere indtægter og højere belægningsprocenter samt mindre omkostninger til institutionsdriften. På handicapområdet er der i det foreløbige regnskab med et underskud på 0,5 mio. kr. praktisk talt opnået balance mod tidligere forventninger om et underskud på 31 mio. kr. Forbedringerne her kan tilskrives større indtægter, mindre omkostninger til institutionsdriften samt mindreforbrug på fælles driftsmidler og VISO.

På det regionale udviklingsområde udviser regnskabet et mindreforbrug på 219 mio. kr. – mod forventet 209 mio. kr. ved 4. økonomirapport. Resultatet kan henføres til uforbrugte midler på aktivitetsområderne kollektiv trafik, miljø, erhvervsudvikling og øvrig regional udvikling begrundet i, at aktiviteter er blevet udskudt.

Oversigt over overførsler

I 4. økonomirapport 2009 blev der foretaget en opgørelse af hvilke mindreforbrug på såvel driftsområdet som investeringsområdet, der foreløbigt forventedes overført til 2010. Budgetterne for 2009 blev korrigeret svarende hertil. Regnskabsresultatet indebærer en række ændringer i de tidligere forventede overførsler.

Det fremgår af nedenstående tabel, at der nu samlet søges overført 277 mio. kr. på driftsområdet, som genbevilges i 2010. Hertil kommer, at der med de nuværende planer for tilbagebetaling af overførte merforbrug vil være en tilbagebetaling/overførsel af merforbrug på 228 mio. kr. i 2011 og 2012 i alt. Den samlede nettooverførsel fra 2009 til følgende år kan herefter opgøres til 49 mio. kr. på driftsområdet.

Drift - samlet oversigt over overførsler mellem årene

Årets priser, mio. kr.	Overførsler		
	2008-2009	2009-2010	2011+
<i>Virksomheder sygehusbehandling</i>			
Amager Hospital	8,1	-2,5	0,0
Bispebjerg Hospital	14,2	-5,0	0,0
Bornholms Hospital	4,7	2,5	0,0
Frederiksberg Hospital	-10,9	-16,4	-32,9
Frederikssund Hospital	5,2	2,5	0,0
Gentofte Hospital	28,2	15,4	0,0
Glostrup Hospital	11,2	0,0	0,0
Helsingør Hospital	0,8	-3,4	0,0
Herlev Hospital	-63,3	-41,0	-83,0
Hillerød Hospital	58,8	-41,9	0,0
Hvidovre Hospital	-13,1	0,0	-112,1
Region Hovedstadens Apotek	3,1	3,2	0,0
Region Hovedstadens Psykiatri	-13,1	1,4	0,0
Rigshospitalet	36,2	21,3	0,0
<i>Sundhedsområdet, fælles</i>			
Sygehusbehandling uden for regionen	0,0	0,0	0,0
Fælles driftsudgifter m.v.	114,3	87,9	0,0
<i>Socialpsykiatri (Region Hovedstadens Psykiatri)</i>	0,0	0,4	0,0
<i>Region Hovedstaden - Handicap</i>	10,4	9,9	0,0
<i>Regional udvikling</i>	165,5	218,7	0,0
<i>Administration</i>	25,1	23,9	0,0
I alt	385,4	276,8	-228,0

Det beløb som nu søges overført til 2010 på investeringsområdet udgør 898 mio. kr., jf. følgende oversigt. Det tilsvarende beløb som regionens budget i 2009 er blevet forhøjet med på investeringsområdet udgør 1.012 mio. kr. Overførslen til 2010 på investeringsområdet udgør 898 mio. kr.

og kan alene henføres til allerede igangsatte eller besluttede projekter, hvor der af forskellige årsager er tidsforskydning i projekterne fra 2009 til 2010. Tidsforskydningen skyldes forsinkelse i projektering, udførelse m.v., samt f.eks. forsinkelse i anskaffelse og installation af apparatur mv.

Investeringsområdet - overførsler af mindreforbrug

Årets priser, mio. kr.	Overførsler	
	2008-2009	2009-2010
<i>Virksomheder sygehusbehandling</i>		
Amager Hospital	5,6	1,0
Bispebjerg Hospital	47,9	64,8
Bornholms Hospital	8,1	4,8
Frederiksberg Hospital	20,7	23,0
Frederikssund Hospital	0,3	1,5
Gentofte Hospital	87,3	90,5
Glostrup Hospital	53,3	43,5
Helsingør Hospital	25,2	10,4
Herlev Hospital	174,4	140,6
Hillerød Hospital	189,6	66,8
Hvidovre Hospital	119,4	88,3
Region Hovedstadens Apotek	9,2	1,9
Region Hovedstadens Psykiatri	20,7	17,0
Rigshospitalet	179,0	137,7
Lokale investeringsrammer virksomheder	0,0	21,6
<i>Fælles projekter sundhedsområdet</i>	63,0	171,2
<i>Social og handicapområdet</i>	8,3	13,4
I alt	1.012,1	897,9

For sundhedsområdet under ét kan opstilles følgende oversigt over overførsler fra 2008 til 2009 og fra 2009 til 2010:

Overførsler mellem årene for sundhedsområdet, drift og anlæg.

Årets priser, mio. kr.	Overførsler		
	2008-2009	2009-2010	2011+
Driftsudgiftsramme	209,5	47,8	-228,0
Anlægsramme	1003,7	884,5	0,0
I alt	1.213,2	932,3	-228,0

Kapitel 2 Bevillingsområder

Samlet oversigt, sundhedsområdet drift 2009

Resultat i forhold til budget før justering til regnskabsprognose i 4. økonomirapport

Mio. kr., 2009-priser	Budget 4. ØR før justering til regnskabs- prognose ¹⁾	Regnskab	Resultat	Korrektioner	Korrigeret resultat ekskl. overførsler	Korrigeret resultat inkl. overførsler
<i>Virksomheder sygehusbehandling</i>						
Amager Hospital	382,4	380,0	-2,3	4,9	2,5	0,0
Bispebjerg Hospital	1.487,7	1.491,5	3,8	1,2	5,0	0,0
Bornholms Hospital	372,6	374,0	1,5	-3,9	-2,5	0,0
Frederiksberg Hospital	607,4	656,9	49,6	-0,3	49,3	0,0
Frederikssund Hospital	211,8	209,4	-2,4	-0,3	-2,7	0,0
Gentofte Hospital	1.234,5	1.221,1	-13,3	-2,1	-15,4	0,0
Glostrup Hospital	1.341,2	1.353,9	12,7	-12,6	0,0	0,0
Helsingør Hospital	157,0	161,6	4,6	-1,3	3,4	0,0
Herlev Hospital	2.520,4	2.682,1	161,7	-37,7	124,0	0,0
Hillerød Hospital	2.169,5	2.271,6	102,1	-60,2	41,9	0,0
Hvidovre Hospital	1.956,3	2.108,6	152,4	-40,2	112,1	0,0
Region Hovedstadens Apotek	95,8	90,3	-5,4	2,3	-3,2	0,0
Region Hovedstadens Psykiatri	2.573,5	2.589,9	16,4	-17,8	-1,4	0,0
Rigshospitalet	4.252,9	4.165,6	-87,3	65,9	-21,3	0,0
<i>Virksomheder i alt</i>	<i>19.362,9</i>	<i>19.756,8</i>	<i>394,0</i>	<i>-102,2</i>	<i>291,8</i>	<i>0,0</i>
<i>Sundhedsområdet, fælles</i>						
Sygehusbehandling uden for regionen	974,9	921,2	-53,8	0,0	-53,8	-53,8
Fælles driftsudgifter m.v.	1.265,9	1.245,0	-20,9	21,3	0,5	88,3
<i>Praksisområdet</i>						
Praksisområdet	6.350,1	6.597,8	247,7	0,4	248,1	248,1
I alt Sundhed, ekskl. Administration	27.953,8	28.520,8	567,0	-80,4	486,6	282,7
<i>Administration</i>						
Administration til sundhedsområdet	695,7	660,2	-35,5	-2,0	-37,5	-13,6
I alt Sundhed	28.649,5	29.181,0	531,5	-82,4	449,1	269,0

¹⁾ I 4. økonomirapport 2009 blev bevillingerne tilpasset svarende til den forventede regnskabsprognose. Tallene her er opgjort uden denne korrektion.

Opgørelsen er foretaget med udgangspunkt i det ajourførte budget uden tilpasningen af bevillingerne, som blev foretaget til den forventede regnskabsprognose i 4. økonomirapport (jf. første kolonne i tabellen).

I forbindelse med opgørelsen er der foretaget en række korrektioner af hospitalernes resultat med modgående korrektioner under fælles driftsudgifter m.v. Korrektionerne vedrører udgifter til medicin på hospitalerne, indtægtsbudgetter ved patientbehandling, virkning af takststyringsordningen, og en række øvrige ændringer.

Korrektioner af hospitalernes resultat er foretaget med henblik på den endelige opgørelse af grundlaget for genbevilling i 2010.

Korrektionerne tager hensyn til forskellen mellem forudsætningerne for budgettet efter 4. økonomirapport og det faktiske forbrug på de pågældende områder.

Korrektionerne er nærmere specificeret i det følgende.

Hvis der i stedet tages udgangspunkt i det ajourførte budget med den tilpasning af bevillingerne, som blev foretaget til den forventede regnskabsprognose i 4. økonomirapport, fås følgende resultat:

Samlet oversigt, sundhedsområdet drift 2009

Resultat i forhold til budget efter justering til regnskabsprognose i 4. økonomirapport

Mio. kr., 2009-priser	Budget 4. ØR efter justering til regnskabs- prognose ¹⁾	Regnskab	Resultat	Korrektioner	Korrigeret resultat ekskl. overførsler	Korrigeret resultat inkl. overførsler
<i>Virksomheder sygehusbehandling</i>						
Amager Hospital	384,0	380,0	-3,9	4,9	0,9	0,0
Bispebjerg Hospital	1.510,7	1.491,5	-19,2	1,2	-18,0	0,0
Bornholms Hospital	374,4	374,0	-0,3	-3,9	-4,3	0,0
Frederiksberg Hospital	632,4	656,9	24,6	-0,3	24,3	0,0
Frederikssund Hospital	210,9	209,4	-1,5	-0,3	-1,8	0,0
Gentofte Hospital	1.234,5	1.221,1	-13,3	-2,1	-15,4	0,0
Glostrup Hospital	1.354,2	1.353,9	-0,3	-12,6	-13,0	0,0
Helsingør Hospital	161,5	161,6	0,1	-1,3	-1,1	0,0
Herlev Hospital	2.655,4	2.682,1	26,7	-37,7	-11,0	0,0
Hillerød Hospital	2.169,5	2.271,6	102,1	-60,2	41,9	0,0
Hvidovre Hospital	2.026,3	2.108,6	82,4	-40,2	42,1	0,0
Region Hovedstadens Apotek	95,8	90,3	-5,4	2,3	-3,2	0,0
Region Hovedstadens Psykiatri	2.590,7	2.589,9	-0,8	-17,782	-18,6	0,0
Rigshospitalet	4.218,0	4.165,6	-52,3	65,9	13,6	0,0
<i>Virksomheder i alt</i>	<i>19.618,1</i>	<i>19.756,8</i>	<i>138,7</i>	<i>-102,2</i>	<i>36,5</i>	<i>0,0</i>
<i>Sundhedsområdet, fælles</i>						
Sygehusbehandling uden for regionen	974,9	921,2	-53,8	0,0	-53,8	-53,8
Fælles driftsudgifter m.v.	1.209,1	1.245,0	35,9	21,3	57,3	17,3
<i>Praksisområdet</i>						
Praksisområdet	6.465,1	6.597,8	132,7	0,4	133,1	133,1
I alt Sundhed, ekskl. Administration	28.267,3	28.520,8	253,6	-80,4	173,1	96,6
<i>Administration</i>						
Administration til sundhedsområdet	660,3	660,2	-0,1	-2,0	-2,1	-6,1
I alt Sundhed	28.927,6	29.181,0	253,4	-82,4	171,0	90,5

¹⁾ I 4. økonomirapport 2009 blev bevillingerne tilpasset svarende til den forventede regnskabsprognose. Tallene er her opgjort med denne korrektion.

Korrektionerne i tabellen er specificeret nedenfor.

Korrektioner på sundhedsområdet

Mio. kr., 2009-priser	Sygehus- medicin	Barsels- udgifter	Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter	Takststyring	Øvrige	Korrektioner ialt
<i>Virksomheder sygehusbehandling</i>						
Amager Hospital	0,1	0,4	-0,1	4,5	0,0	4,9
Bispebjerg Hospital	4,0	0,1	1,7	-1,4	-3,2	1,2
Bornholms Hospital	-1,1	0,3	-0,1	-1,4	-1,6	-3,9
Frederiksberg Hospital	-5,0	0,3	3,5	0,9	0,0	-0,3
Frederikssund Hospital	0,5	-0,2	-1,7	-1,6	2,6	-0,3
Gentofte Hospital	-1,7	0,8	9,0	1,1	-11,3	-2,1
Glostrup Hospital	-1,6	0,8	-1,3	-11,4	0,8	-12,6
Helsingør Hospital	-0,8	0,0	-0,4	1,5	-1,6	-1,3
Herlev Hospital	-19,3	-0,7	1,8	-11,0	-8,5	-37,7
Hillerød Hospital	1,9	-0,3	-0,3	-40,9	-20,6	-60,2
Hvidovre Hospital	-2,2	-0,6	-19,1	-18,3	0,0	-40,2
Region Hovedstadens Apotek	0,0	0,4	0,0	0,0	1,8	2,3
Region Hovedstadens Psykiatri	-3,6	0,1	0,0	0,0	-14,3	-17,8
Rigshospitalet	7,8	-1,0	48,3	-6,5	17,4	65,9
Sundhedsområdet fælles	21,1	0,0	-41,2	84,5	-43,0	21,3
Praksisområdet					0,4	0,4
Administration til sundhedsområdet		-0,6			-1,4	-2,0
I alt korrektioner:	0,0	0,0	0,0	0,0	-82,5	-82,4

Korrektionerne tager hensyn til forskellen mellem forudsætningerne for budgettet efter 4. økonomi-rapport og det faktiske forbrug på de pågældende områder.

Korrektionerne vedrørende sygehusmedicin, barselsfond, takststyring samt indtægtsbudgetterne for behandling af fremmede borgere udgør en samlet forøgelse af råderummet for hospitalerne med 64 mio. kr. Beløbet svarer til en reduktion af rammen/resultatet for sundhedsvæsenets fælles-konto.

Derudover er virksomhedernes råderum nedsat med 12 mio. kr. til finansiering af merforbrug på hospitalernes investeringsrammer.

Derudover er der korrigeret for, at der i forbindelse med regnskabet af tekniske grunde er foretaget en registrering af visse udgifter og indtægter på driftsområdet vedrørende investeringsprojekter på netto 94 mio. kr. Beløbet er i regnskabet medregnet som forværring, men da disse poster vedrører investeringsprojekter, er de udeladt i opgørelsen af virksomhedernes driftsresultat.

Såvel de nævnte -12 mio. kr. som de nævnte 94 mio. kr. er omfattet under øvrige i tabellen ovenfor.

2.1 Amager Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	383.967	380.032	-3.935
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			126
Barselsudgifter:			356
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			-64
Takststyring:			4.450
Korrigeret regnskabsresultat			933

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR			
Overførsel til 2010 - forventet merforbrug 2009	-1.600		-1.600
Korrektioner pba. Regnskab 2009			
Overførsel som følge af creep og mindreaktivitet		-933	-933
Sum	-1.600	-933	-2.533

Det faktiske regnskabsresultat på Amager Hospital i forhold til det korrigerede budget i 4. økonomirapport viser et mindreforbrug på 3,9 mio. kr.

Efter korrektion for en række forhold i forbindelse med regnskabsafslutningen og indregning af den i 4. økonomirapport forventede overførsel af merforbrug på 1,6 mio. kr. er det korrigerede resultat opgjort til en forværring med 0,9 mio. kr., og hospitalets genbevillingsgrundlag udviser et samlet merforbrug på 2,5 mio. kr.

Det samlede merforbrug skyldes hovedsagelig takststyringsresultatet. Merforbruget søges tilbagebetalt ved tilsvarende reduktion af hospitalets budget i 1. økonomirapport 2010.

2.2 Bispebjerg Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	1.510.711	1.491.537	-19.174
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			4.024
Barselsudgifter:			106
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			1.676
Takststyring:			-1.400
Øvrige poster:			
Hospitalsplanflytning, lungecancer fra GeH			-3.458
Overførsel fra drift til investeringsramme			224
Korrigeret regnskabsresultat			-18.003

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR			
Forventet merforbrug	-23.000		-23.000
Korrigeret regnskabsresultat		18.003	18.003
Sum	-23.000	18.003	-4.997

Regnskabet for 2009 udviser før korrektioner et mindreforbrug på i alt 19,2 mio. kr. Med korrektion for medicinforbrug, indtægter for behandling af fremmede patienter, hospitalets takststyringsresultat samt for en udestående korrektion for ændret funktion vedrørende lungecancer, reduceres mindreforbruget til 18 mio. kr. i forhold til budgettet i 4. økonomirapport.

I 4. økonomirapport var der indarbejdet en tilførsel som følge af forventning om merforbrug på 23 mio. kr., som med den endelige opgørelse nedbringes med 18 mio. kr. til et samlet merforbrug på 5 mio. kr.

På baggrund af regnskabsresultatet for 2009 søges der i 1. Økonomirapport 2010 indarbejdet en reduktion af hospitalets driftsbudget i 2010 vedrørende tilbagebetaling af merforbruget på 5,0 mio. kr.

2.3 Bornholms Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	374.358	374.009	-349
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			-1.106
Barselsudgifter:			322
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			-136
Takststyring:			-1.400
Bogføring af anlæg på driften			-1.593
Korrigeret regnskabsresultat			-4.262

Overførsler:	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Korrektioner fra 4. ØR			
Overførsel til 2010 - merforbrug	-1.800	1.800	0
Korrektioner pba. Regnskab 2009			0
Etablering af fællesjournal		500	500
Indførelse af sygeplejerske dokumentationssystem		300	300
Udskiftning af patientmøbler		400	400
Lean konsulent		400	400
Kommunikationskursus		100	100
Evaluering og optimering af DRG registrering		300	300
Indførelse af differentieret hjertestopkursus		100	100
International rekruttering af læger		400	400
Sum	-1.800	4.300	2.500

Bornholms Hospital forventede i 4. økonomirapport en merudgift på 1,8 mio. kr. som skulle tilbagebetales i 2010. På baggrund af det forventede merforbrug førte hospitalet en stram styring af økonomien i den sidste del af året, og regnskabsresultatet for 2009 viser et mindreforbrug på -0,3 mio. kr. Efter korrektion for en række forhold i forbindelse med regnskabsafslutningen og indregning af den i 4. økonomirapport forventede overførsel af merforbrug på 1,8 mio. kr. er det korrigerede resultat opgjort til et samlet mindreforbrug på 2,5 mio. kr.

På baggrund af regnskabsresultatet for 2009 søges der overført i alt 2,5 mio. kr. til 2010. Beløbet kan for hovedpartens vedkommende henføres til videreførsel af projekter, som blev standset for at mindske det forventede merforbrug.

2.4 Frederiksberg Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	632.365	656.929	24.564
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			-4.974
Barselsudgifter:			345
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			3.474
Takststyring:			900
Korrigeret regnskabsresultat			24.309

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR			
Overførsel til 2010 - merforbrug	-25.000		-25.000
Korrektioner pba. Regnskab 2009		-24.309	-24.309
Sum	-25.000	-24.309	-49.309

Det faktiske regnskabsresultat på Frederiksberg Hospital viser et merforbrug på 24,5 mio. kr. Efter korrektion for en række forhold i forbindelse med regnskabsafslutningen og indregning af den i 4. økonomirapport forventede overførsel af merforbrug på 25 mio. kr. kan det korrigerede resultat opgøres til et samlet merforbrug på 49,3 mio. kr. Merforbruget kan henføres til et merforbrug på driftsbudgettet på 35,9 mio. kr. samt en mindreaktivitet på 13,4 mio. kr.

Resultatet er en forværring i forhold til tidligere prognoser, hvor det forventede merforbrug i 4. økonomirapport var på 25 mio. kr., hvoraf 12,5 mio. kr. blev henført til et merforbrug på driftsbudgettet og 12,5 mio. kr. blev henført til mindreaktivitet.

I sagen om hospitalernes budgetoverholdelse 2010, som blev forelagt for forretningsudvalget den 26. januar 2010, blev merforbruget på Frederiksberg Hospital vurderet til 38 mio. kr. Det blev bemærket, at tallet var behæftet med usikkerhed.

I 1. økonomirapport 2010 lægges der op til, at Frederiksberg Hospital afdrager merforbruget fra 2009 på 49,3 mio. kr. med 16,4 mio. kr. i 2010 og 32,9 mio. kr. i 2011.

2.5 Frederikssund Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	210.896	209.374	-1.522
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			494
Barselsudgifter:			-157
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			-1.684
Takststyring:			-1.550
Øvrige poster:			
Hospitalsplanflytning, lungecancer til GeH			2.640
Korrigeret regnskabsresultat			-1.779

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR			
Overførsel - ombygning og renovering af skadestue	884		884
Korrektioner pba. Regnskab 2009			
Tidsforskydning KOL-projekt		248	248
Tidsforskydning renovering af elevatorer		570	570
Tidsforskydning forbedring af ventilation billeddiagnostik		350	350
Tidsforskydning renovering af udendørsarealer		420	420
Sum	884	1.588	2.472

Regnskabsresultatet udviser et mindreforbrug på 1,5 mio. kr. Dertil kommer en række korrektioner, og efter indregning af den i 4. økonomirapport forventede overførsel af mindreforbrug er det korrigerede resultat et samlet mindreforbrug på 2,7 mio. kr.

Korrektionerne vedrører mindreudgifter til medicin ift. det i 4. økonomirapport forventede og merudgifter til barsel, samt manglende indtægter fra behandling af fremmede patienter. Desuden har hospitalet i forhold til forventningen i 4. økonomirapport haft en meraktivitet, der udløser en korrektion på 1,6 mio. kr. Endelig indregnes en udestående korrektion på 2,6 mio. kr. vedrørende flytning af lungecancerudredning til Gentofte Hospital i henhold til hospitalsplanen.

På baggrund af regnskabsresultatet søges i 1. økonomirapport 2010 genbevilget i alt 2,5 mio. kr. til 2009.

Beløbet kan henføres til dels periodeforskydning i forbindelse med renoverings- og ombygningsprojekter, dels tidsforskydning i forbindelse med implementering af KOL-projekt.

2.6 Gentofte Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	1.234.463	1.221.130	-13.333
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			-1.723
Barselsudgifter:			844
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			9.025
Takststyring:			1.100
Øvrige poster:			
Hospitalsplanflytning, ØNH fra RH			-6.968
Hospitalsplanflytning, lungecancer fra Frederikssund			-3.458
Hospitalsplanflytning, lungecancer til BBH			3.458
Hospitalsplanflytning, ØNH fra HiH			-4.459
Hospitalsplanflytning, korr. audiologi			104
Korrigeret regnskabsresultat			-15.410

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR			
Korrektioner pba. Regnskab 2009			
Tidsforskydning uforbrugte forskningsmidler		4.508	4.508
Tidsforskydning uforbrugt pulje til sygeplejeforskning		1.200	1.200
Tidsforskydning uforbrugte projektmidler		516	516
Uafklarede krav i forbindelse med hospitalsplanflytninger		3.469	3.469
Tidsforskydning udgifter til IT		1.876	1.876
Uforbrugt apparaturpulje, generel tilbageholdenhed		3.841	3.841
Sum		15.410	15.410

Gentofte Hospital forventede ved 4. økonomirapport budgetoverholdelse. Det faktiske regnskabsresultat viser et mindreforbrug på 13,3 mio. kr. Efter korrektion for en række forhold i forbindelse med regnskabsafslutningen er det korrigerede resultat opgjort til et samlet mindreforbrug på 15,4 mio. kr.

Det samlede mindreforbrug på 15,4 mio. kr. skyldes forskydninger og tilbageholdenhed, med henblik på at sikre budgetoverholdelse. Mindreforbruget søges i 1. økonomirapport 2010 genbevilget til blandt andet forskningsmidler og til afholdelse af driftsudgifter, som på grund af periodeforskydninger først kommer til udbetaling i 2010.

2.7 Glostrup Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	1.354.238	1.353.914	-324
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			-1.608
Barselsudgifter:			826
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter			-1.287
Takststyring:			-11.400
Øvrige poster			
Korrektion for merforbrug på investeringsrammen			830
Korrigeret regnskabsresultat			-12.963

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR			
Overførsel til 2010	-13.000		-13.000
Korrektioner pba. Regnskab 2009			
Korrigeret regnskabsresultat		12.963	12.963
Sum	-13.000	12.963	-37

Det faktiske regnskabsresultat viser et mindreforbrug på 0,3 mio. kr. Efter korrektion for en række forhold i forbindelse med regnskabsafslutningen og modregning af den i 4. økonomirapport 2009 forventede overførsel af merforbrug på 13 mio. kr. er det korrigerede resultat opgjort til et samlet merforbrug på 37.000 kr., som tilbageføres i 1. økonomirapport 2010.

2.8 Helsingør Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	161.501	161.644	143
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			-843
Barselsudgifter:			45
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			-420
Takststyring:			1.500
Øvrige poster:			
Lægenormering, vagt mv.			-1.400
Serviceafdelingen			-100
Omfordeling indkøbsbsp. MI. HIL & HEL			-271
Afregning vandforbrug RHP & HEL			-125
Korrektion for merforbrug på investeringsrammen			322
Korrigeret regnskabsresultat			-1.149

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR	-4.500		-4.500
Korrektioner pba. Regnskab 2009		1.149	1.149
Regnskabsresultat efter overførsler	-4.500	1.149	-3.351

Helsingør Hospital forventede ved 4. økonomirapport et merforbrug på 4,5 mio. kr. Det faktiske regnskabsresultat udviser et samlet merforbrug på 0,1 mio. kr.

Efter korrektioner for medicin, barselsudgifter, indtægter vedr. behandling af fremmede patienter, takststyring og øvrige poster udgør det korrigerede regnskab i alt -1,1 mio. kr., og det samlede årsresultat kan dermed opgøres til et merforbrug på 3,4 mio. kr.

På baggrund af regnskabsresultatet for 2009 søges der i forbindelse med 1. økonomirapport 2010 indarbejdet en reduktion af hospitalets budget svarende til merforbruget på i alt 3,4 mio. kr.

2.9 Herlev Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	2.655.430	2.682.129	26.699
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			-19.308
Barselsudgifter:			-704
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			1.780
Takststyring:			-11.000
Øvrige poster:			0
Teknisk korrektion vedr. håndtering af medicin (særydelsesindtægter)			-8.500
Korrigeret regnskabsresultat			-11.033

Overførsler:	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Korrektioner fra 4. ØR			
Forventet Merforbrug 2009	-135.000		-135.000
Korrektioner pba. Regnskab 2009		11.033	11.033
Sum	-135.000	11.033	-123.967

Herlev Hospital forventede i 4. økonomirapport et merforbrug på 135 mio. kr., der blev tilført hospitalets budget. Det forventede resultat i 4. økonomirapport gav anledning til udarbejdelse af den økonomiske genopretningsplan for Herlev Hospital.

Det faktiske regnskabsresultat for 2009 udviser et samlet merforbrug på 27 mio. kr. i forhold til korrigeret budget i 4. økonomirapport. Når der tages højde for ændringer vedrørende medicinudgifter, faktiske barselsudgifter, indtægter vedr. behandling af fremmede patienter og det endelige takststyringsresultat, udviser det korrigerede regnskabsresultat et mindreforbrug på 11 mio. kr.

Beløbet modregnes som forbedring i forhold til de forventede 135 mio. kr. i merforbrug i 4. økonomirapport, således at det samlede årsresultat udgør et merforbrug på 124 mio. kr.

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

Reduktionen på 41 mio. kr. i 2010 er indarbejdet i 1. økonomirapport.

2.10 Hillerød Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	2.169.534	2.271.633	102.099
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			1.860
Barselsudgifter:			-314
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			-298
Takststyring:			-40.900
Øvrige poster:			
Hospitalsplanflytning, lungecancer til GeH			818
Hospitalsplanflytning, ØNH til GeH			4.459
Hospitalsplanflytning, korr. audiologi			-104
Praksissektorens træk på laboratorieydelser			-430
Overførsel fra anlæg til drift			-25.708
Omfordeling indkøbsbesparelse ml. HIL & HEL			271
Administration, serviceafdeling (HEL)			100
Korrigeret regnskabsresultat			41.853

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR			
Korrektioner pba. Regnskab 2009			
Merforbrug i 2009		-41.853	-41.853
Sum		-41.853	-41.853

I forbindelse med 4. økonomirapport 2009 var det forventningen, at hospitalet kunne opnå budget-overholdelse i 2009.

Ved orientering om status for budgetoverholdelse 2010 på møderne regionsrådet i februar og marts 2010 blev det oplyst, at hospitalet måtte forventes at få merforbrug på henholdsvis 30 og 50 mio. kr.

Efter korrektioner er opgjort et merforbrug på 41,9 mio. kr. Korrektionerne består i takststyringsmidler på 40,9 mio. kr., en teknisk udskillelse af udgifter vedrørende investeringsprojekter på 26 mio. kr. samt korrektion for sygehusmedicin, barsel, indtægter vedr. fremmede patienter og korrektioner i forbindelse med hospitalsplanflytninger.

På baggrund af regnskabsresultatet for 2009 søges i forbindelse med 1. økonomirapport en reduktion af hospitalets driftsbudget i 2010 med henblik på tilbagebetaling af merforbruget for 2009 på i alt 41,9 mio. kr.

2.11 Hvidovre Hospital

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	2.026.266	2.108.646	82.380
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			-2.184
Barselsudgifter:			-624
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			-19.125
Takststyring:			-18.300
Øvrige korrekationer:			
Korrigeret regnskabsresultat			42.147

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrekationer i 1. ØR
Overførsler:			
Korrekationer fra 4. ØR			
Forventet merforbrug	-70.000		-70.000
Korrekationer pba. Regnskab 2009		-42.147	-42.147
Sum	-70.000	-42.147	-112.147

Hvidovre Hospital forventede ved 4. økonomirapport et merforbrug på 70 mio. kr.

Ved orientering om status for budgetoverholdelse 2010 på mødet i regionsrådet i marts 2010 blev det oplyst, at hospitalet måtte forventes at få merforbrug på 130 mio. kr.

Det faktiske regnskabsresultat viser et merforbrug på yderligere 82,4 mio. kr., der efter korrekationer reduceres til 42,1 mio. kr.

Samlet set er der dermed nu opgjort et merforbrug på Hvidovre Hospital på 112,1 mio. kr. i 2009.

For Hvidovre Hospital er det vurderingen, at der ikke kan opnås en gældsafvikling allerede i 2010 og tilbagebetaling af merforbruget i 2009 forudsættes indarbejdet ved budgetteringen for 2011 og 2012.

2.12 Region Hovedstadens Apotek

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	95.766	90.322	-5.444
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			
Barselsudgifter:			424
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			
Takststyring:			
Øvrige Poster:			
Korrektion for merforbrug på investeringsbudgettet			1.839
Korrigeret regnskabsresultat			-3.181

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR			
Korrektioner pba. Regnskab 2009			
Medicin vækst, opbygning af lager		3.181	3.181
Sum		3.181	3.181

Ved 4. økonomirapport forventedes budgetoverholdelse. Det faktiske regnskabsresultat viser et mindreforbrug på 5,4 mio. kr. Efter korrektion vedrørende barselsudgifter og korrektion for merforbrug på investeringsbudgettet er det korrigerede resultat opgjort til et samlet mindreforbrug på 3,2 mio. kr.

Det samlede mindreforbrug på netto 3,2 mio. kr. skyldes især, at apoteket har kunnet øge produktionen, hvilket har ført til større indtægter fra landets øvrige regioner. Mindreforbruget søges i 1. økonomirapport 2010 genbevilget til opbygning af lagerbeholdningen.

2.13 Region Hovedstadens Psykiatri

Genbevillingsgrundlag - Behandlingspsykiatrien

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	2.590.659	2.589.890	-769
Korrektioner:			
Sygehusmedicin:			-3.591
Barselsudgifter:			135
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			
Takststyring:			
Andre korrektioner:			
Afregning vandforbrug RHP Helsingør - Helsingør Hospital			125
Investeringsudgifter konteret som driftsudgifter			-14.451
Korrigeret regnskabsresultat			-18.551

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Overførsler fra 4. ØR			
Overførsel til 2010 - merforbrug	-17.200	17.200	0
Overførsler pba regnskab 2008			
Overførsel til 2010 - underskud på driften		-25.410	-25.410
Overførsel til 2010 - overskud på SATS puljemidlerne		26.761	26.761
Sum	-17.200	18.551	1.351

Ved 4. økonomirapport 2009 varsledes et forventet merforbrug i størrelsesordenen 17,2 mio. kr., hvoraf de 18,7 mio. kr. vedrørte et forventet merforbrug på driften og 1,5 mio.kr. i overskud på satspuljemidlerne som følge af merindtægter i 2009.

Regnskabsresultat viser et yderligere mindreforbrug på driften på 0,8 mio. kr. Efter korrektion for en række forhold i forbindelse med regnskabsafslutningen og modregning af den i 4. økonomirapport 2009 forventede overførsel af merforbrug på 17,2 mio. kr. er det korrigerede resultat opgjort til et samlet mindreforbrug på 1,4 mio. kr.

Det samlede mindreforbrug på 1,4 mio. kr. dækker over et underskud på driften på i alt 25,4 mio. kr. og merindtægter som følge af tidsforskydninger mellem udgifter og indtægter vedrørende satspuljemidler på i alt 26,8 mio.kr., der skal tilvejebringes i 2010

Mindreforbruget på 1,4 mio. kr. fra 2009 søges genbevilget i 1. økonomirapport 2010.

2.14 Rigshospitalet

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	4.217.970	4.165.637	-52.333
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			7.776
Barselsudgifter:			-971
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			48.282
Takststyring:			-6.500
Øvrige poster:			
Hospitalsplanflytning ØNH til GeH			6.968
Korrektion merforbrug investeringsrammen			8.643
Korrektion vedr. bogføring af indtægt Psykiatri			8.650
Investeringsudgifter konteret som driftsudgifter			-6.903
Korrigeret regnskabsresultat			13.612

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR			
Overførsel - periodeforskydning forskn.- og udd.projektmidler	21.516	-178	21.338
Overførsel - periodeforskydning mindre uafsl. byggearb.	4.014	-4.014	0
Overførsel - periodeforskydning ombyggn., indkøb mv.	2.000	-2.000	0
Overførsel - periodeforskydning e-learning	200	-200	0
Overførsel - periodeforskydning forskn. puljen	3.330	-3.330	0
Overførsel - periodeforskydning puljen vedr. arb.miljø mv.	3.890	-3.890	0
Korrektioner pba. Regnskab 2009			
Sum	34.950	-13.612	21.338

Det faktiske regnskabsresultat viser et mindreforbrug på 52,3 mio. kr. Efter en række korrektioner i forbindelse med regnskabsafslutningen og indregning af den i 4. økonomirapport forventede overførsel af mindreforbrug på 34,9 mio. kr., er det korrigerede resultat opgjort til et samlet mindreforbrug på 21,3 mio. kr.

Korrektionerne vedrører mindreudgifter til medicin ift. det i 4. økonomirapport forventede og merudgifter til barsel, samt øgede indtægter fra behandling af fremmede patienter. Desuden korrigeres i medfør af takststyringsordningen for yderligere meraktivitet i forhold til forventningen ved 4. økonomirapport.

Dertil kommer en korrektion i relation til hospitalsplanflytningen mellem Rigshospitalet og Gentofte Hospital vedr. øre-næse-hals området, samt en korrektion for merforbrug på investeringsrammen, der dækkes på driftsrammen.

Mindreforbruget på 21,3 mio. kr. består af periodeforskydninger vedr. forsknings- og uddannelsesprojektmidler.

2.15 Sundhedsområdet, fælles

Bevillingsområdet er delt i to bevillingsområder:

- Sygehusbehandling uden for regionen
- Fælles driftsudgifter m.v.

2.15.1 Sygehusbehandling uden for regionen

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	974.949	921.177	-53.772
Korrigeret regnskabsresultat			-53.772

I 4. økonomirapport 2009 tilførtes kontoen 175 mio. kr., således at budgettet svarede til det forventede regnskab. Regnskabsresultatet viser et mindreforbrug i forhold til det korrigerede budget på - 53,8 mio. kr.

I 4. økonomirapport blev det anført, at prognosen, som var baggrunden for budgetkorrektionen, var behæftet med usikkerhed.

Mindreforbruget kan især henføres til udgifter til udvidet frit sygehusvalg. Det har været vanskeligt at vurdere størrelsen heraf, blandt andet fordi det har været vanskeligt at vurdere omfanget af forbruget efter ophøret af suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg 1. juli 2009, samtidig med at der efter udbud er indgået aftaler med private sygehuse om skanninger, grå stær operationer og ortopædkirurgiske operationer.

Region Hovedstadens forbrug på private sygehuse udgjorde i 2009 275 mio. kr. I 2008 udgjorde forbruget 371 mio. kr. Ændringen kan blandt andet tilskrives suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg i første halvår 2009, samt at der er indgået nye pris aftaler for andet halvår 2009, som indebærer en prisnedsættelse. Endvidere er der, jf. ovenfor, efter udbud indgået aftaler med en række private sygehuse og klinikker til en lavere pris end aftalerne vedrørende udvidet frit sygehusvalg. Endelig er der gjort en indsats for at behandle patienterne på regionens egne afdelinger frem for at patienterne har kunnet benytte det udvidede frie sygehusvalg.

Mindreforbruget i forhold til vurderingen ved 4. økonomirapport kan i mindre omfang henføres til mellemregional afregning. Vanskelighederne med at vurdere dette forbrug skyldes, at der også i 2009 har været problemer med den mellemregionale afregning af basisbehandlinger, der baserer sig på et samspil mellem data fra Sundhedsstyrelsen og dataleverandøren, der formidler afregningen. Afregningen er således først påbegyndt i november måned.

2.15.2 Sundhedsområdet fælles driftsudgifter m.v.

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	1.209.100	1.245.043	35.943
Korrekationer:			
Sygehusmedicin:			21.056
Barselsudgifter:			-
Indtægter vedr. behandling af fremmede patienter:			-41.224
Takststyring:			84.400
Øvrige poster:			
Anlægsinvestering på driften			-52.900
Teknisk korrektion vedr. håndtering af medicin (særydelsesindtægter)			8.500
Lægenormering, vagt mv.			1.400
Korrigeret regnskabsresultat			57.175

Overførsler:	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Korrektioner fra 4. ØR			
Sundhedsprofiler, tidsforskydning	1.800		1.800
Mindreforbrug patentpulje mv. Tectura	2.400	690	3.090
Mindreforbrug driftsmidler, forsknings- og innovationsstøttenheden	1.250	25	1.275
Enheden for brugerundersøgelser, tidsforskydning	2.900	1.630	4.530
Arbejdsmiljø, tidsforskydning	1.050	-200	850
Rekruttering/fastholdelse	1.000	-1.000	0
Pendlerkortordning, tidsforskydning	450		450
Kompetenceudvikling på medicinske afd., tidsforskydning	1.000	125	1.125
Designkonkurrence, tidsforskydning	400	-110	290
Merforbrug, akutbehandling, overgangsløsning, kommunikationssystemer	-8.000	9.875	1.875
Forskningsfonden, ej disponerede og udbetalte midler	3.750	1.910	5.660
Forebyggelsespuljen, ej disponerede og udbetalte midler	3.234		3.234
Den ældre medicinske patient, ringe-hjem, tidsforskydning	2.000		2.000
Den ældre medicinske patient, følge-hjem, tidsforskydning	3.500		3.500
Den ældre medicinske patient, følge-op, tidsforskydning	2.500		2.500
SOSU-assistentelever, tidsforskydning i udbetaling	40.000	-40.000	0
Implementering af praksisplaner, tidsforskydning	1.000	531	1.531
Klinisk basisuddannelse i almen praksis, tidsforskydning	24.000	-24.000	0
Nye korte uddannelser, tidsforskydning af tidsplaner	1.700	-1.125	575
Alternativ behandling, tidsforskydning	500		500
Etablering Klinik for spiseforstyrrelser på PC Gentofte	2.140		2.140
Kompetenceudviklingsprojekter	21.900		21.900
Forskydning udbudsprojektet vedr. brystkræftscreening	2.000	-1.000	1.000
Videreførelse af projekter indenfor Beskæftigelsesordninger	12.200		12.200
Opgradering af apparatur på intensivafdelinger	3.145		3.145
Korrektioner pba. Regnskab 2009			
Studenterundervisning, tidsforskydning af afregning		12.685	12.685
Sum af overførsler	127.819	-39.964	87.855

Det samlede regnskab for kontoen udgør et merforbrug på 35,9 mio. kr. I 4. økonomirapport blev der tilført 71 mio. kr. til kontoen til dækning af et forventet merforbrug. Der blev endvidere i 4. økonomirapport foretaget en reduktion svarende til genbevilling af 127,8 mio. kr. i 2010.

I forbindelse med den endelige korrektion af regnskabsresultatet for 2009 tilføres hospitalerne i alt 74,1 mio. kr. fra kontoen for fælles driftsudgifter m.v. Beløbet omfatter korrektioner vedrørende sygehusmedicin, indtægter fra fremmede, takststyring og øvrige poster. Derudover foretages en

teknisk korrektion på 53 mio. kr. som følge af udskillelse af udgifter fra driftsregnskabet, som vedrører investeringsprojekter.

Merforbruget i regnskabet på 35,9 mio. kr. skal dermed tillægges netto 21 mio. kr., således at der samlet er opgjort et merforbrug på 57,2 mio. kr.

De 127,8 mio. kr., som i 4. økonomirapport var forudsat genbevilget i 2010, reduceres samtidig med 40,0 mio. kr. til i alt 87,9 mio. kr., som følge af ændringer i resultatet på en række poster.

Det samlede regnskabsresultat efter korrektioner og overførsler udgør herefter en samlet forværring på 17,2 mio. kr.

Merforbruget som skyldes en række forskellige bevægelser er hermed ændret fra 71 mio. kr. i 4. økonomirapport til 88 mio. kr. i det foreløbige regnskab.

I nedenstående opstilling er oplistet bevægelserne, som de er opgjort i 4. økonomirapport og tilsvarende kan opgøres i det foreløbige regnskab for 2009.

Specifikation af ubalance på sundhedsområdet

(Mio. kr.)	4. ØR	F.Regn	Ændring
Sygehusmedicin	56	85	29
Social- og sundhedsassistentelever	0	-54	-54
Hjemmerespiratorpatienter	60	64	4
Patienterstatninger	8	3	-5
Akutbehandling, særlige udfordringer	10	10	0
Brystkræftscreening	-17	-19	-2
Kvalitetspulje	-12	-12	0
Meraktivitetspulje og præstationsbudgetter	70	112	42
Medicinbudget fra praksis	-58	-58	0
Færdigbehandlede patienter/ambulant genoptæning	17	4	-13
Ejendomsskatter	-11	-11	0
Konvertering tjenestemandstillinger	-9	-9	0
Byggeorganisation hospitalsplanprojekter	-11	-11	0
Efteruddannelse mv. af læger	-17	-13	4
Lederudvikling	-9	-9	0
Andet	-6	6	12
Sundhedsområdets fælleskonto i alt	71	88	17

Til tabellen kan knyttes følgende bemærkninger til visse af posterne:

- Merforbruget på sygehusmedicin er steget fra 56 mio. kr. til 85 mio. kr. i forbindelse med at hospitalerne ved regnskabsafslutningen er tilført budget til udgifter til sygehusmedicin, I beløbet er medtaget en tilførsel på 8,5 mio. kr. til Herlev Hospital til en teknisk korrektion vedr. håndtering af medicin.
- Mindreudgifter på -54 mio. kr. til refusioner til social- og sundhedsassistentelever, som er ansat i kommunerne. Mindreudgifterne skyldes primært at regionen skal afholde en mindre andel af udgifterne end forudsat i budgettet.
- Merudgifter på 64 mio. kr. til hjemmeboende respiratorpatienter. Der kommer flere nye patienter i ordningen og endvidere er flere af de nye ordninger meget ressourcekrævende.
- Merudgifter på 3 mio. kr. til patienterstatninger.
- Mindreudgifter på 19 mio. kr. til brystkræftscreening idet udbuddet har været billigere end forudsat.

- De samlede merudgifter til præstationsbudgetter og meraktivitet er steget fra 70 mio. kr. til 112 mio. kr.
- Indtægter fra kommunerne for færdigbehandlede patienter og for ambulant genoptræning er blevet større end forudsat i 4. økonomirapport, og indtægten er 4 mio. kr. lavere end det budgetterede niveau.
- Endeligt regnskabsresultat vedr. uddannelse af læger udviste et nettomindreforbrug på 13 mio. kr. mod forventet 17 mio. kr. , begrundet i, at beregningerne af lønkompensation til hospitalerne var budgetteret en smule lavere end det resultatet af faktiske afregnede lønniveau.
- Der forventes på en række andre poster en samlet merudgift på 6 mio. kr.

2.16 Praksisområdet

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Praksisydelser ekskl. medicin	4.550.197	4.674.607	124.410
Medicin	1.914.900	1.923.169	8.269
Træk på praksisydelser Hillerød			430
Korrigeret regnskabsresultat	6.465.097	6.597.776	133.109

Regnskabet for praksisområdet udviser et merforbrug på 133,1 mio. kr. Når der korrigeres for det forventede merforbrug ved 4. økonomirapport er der tale om et samlet merforbrug på 248,1 mio. kr.

Ser man på fordelingen mellem medicintilskud og praksisydelser i øvrigt er der tale om et merforbrug på praksisydelser ekskl. medicin på 239,6 mio. kr. og et merforbrug på medicin tilskud på 8,5 mio. kr.

Merforbruget på praksisområdet ekskl. medicin skyldes i særdeleshed en vækst på ydelseshonorar både til praktiserende læger og til speciallægerne, samt vækst på laboratorieområdet. De stigende udgifter siden 4. økonomirapport kan bl.a. henføres til influenzaepidemien i efteråret.

2.17. Det sociale område

2.17.1 Socialpsykiatri

Bevillinger

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Socialpsykiatri			
Nettodriftsudgifter	-13.500	-14.270	-770
Omkostningselementer	8.380	312	-8.068
I alt	-5.120	-13.958	-8.838

Fra og med 2009 indgik takst- og beboerindtægter som en del af socialpsykiatriens bevilling. Socialpsykiatrien udviser et mindreforbrug på -8,8 mio. kr. opgjort efter omkostningsbaserede principper og -0,8 mio. kr. efter udgiftsbaserede principper.

Mindreforbruget efter omkostningsbaserede principper skal ses i lyset af, at bevillingsområdet skal dække sin andel af den fælles koncernadministration. Som det fremgår af nedenstående resultatopgørelse udgør andelen af fælles koncernadministration (de indirekte administrationsomkostninger) 5,3 mio. kr. i det foreløbige regnskab.

Foreløbig resultatopgørelse 2009

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Takst og beboerindtægt	-267.800	-269.332	-1.532
Institutionsdrift - omkostninger	256.380	249.243	-7.137
Direkte administrationsomkostninger	6.300	6.131	-169
Indirekte administrationsomkostninger	5.600	5.300	-300
Årets resultat	480	-8.658	-9.138

Socialpsykiatriens foreløbige resultat for 2009 er opgjort til et overskud på -8,7 mio. kr. Afvigelsen til 4. økonomirapport, hvor der stort set var balance mellem indtægter og omkostninger, kan primært henføres til dels større takst- og beboerindtægter som følge af højere belægningsprocent, dels mindre omkostninger til institutionsdriften som følge af merindtægter, der bl.a. skyldes at Misbrugscentret har haft indtægter i forbindelse med projektsalg.

Overskuddet i 2009 på -8,7 mio. kr. skal ses i sammenhæng med at bevillingsområdet økonomisk skal "hvile-i-sig-selv" over tid. Det akkumulerede resultat for bevillingsområdet for perioden 2007-2009 udgør et underskud på 3,8 mio. kr.

Akkumuleret overskud 2007-2009

Tusind kr.	Regnskab
Akkumuleret resultat til og med 2008	12.500
Resultat 2009	-8.658
Akkumuleret resultat til og med 2009	3.842

Socialpsykiatriens overførsler fremgår af nedenstående tabel.

Overførsler fra 2008 til 2009

Tusind kr.	Forventet overførsel til 2010 i 4. ØR.	Overførsel til 2010 pba. regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler pba. 4. ØR 2009			
Overførsler pba. regnskab 2009			
Vedligeholdelse og medicinhåndtering	0	429	429
Sum	0	429	429

Der søges om en genbevilling af uforbrugte midler fra 2009 på 0,4 mio. kr. som følge af forsinkede vedligeholdelsesprojekter på bl.a. Skovvænget og Svendebjerggård samt forsinket afvikling af medicinhåndteringskurser.

2.17.2 Region Hovedstaden – Handicap**Bevillinger**

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Handicap			
Nettodriftsudgifter	-31.340	-48.091	-16.751
Omkostningselementer	48.280	33.889	-14.391
I alt	16.940	-14.202	-31.142

Fra og med 2009 indgik takst- og beboerindtægter som en del af handicapområdetets bevilling. Handicapområdetet udviser et mindreforbrug på -31,1 mio. kr. opgjort efter omkostningsbaserede principper og -16,8 mio. kr. efter udgiftsbaserede principper.

Mindreforbruget efter omkostningsbaserede principper skal ses i lyset af, at bevillingsområdet skal dække sin andel af den fælles koncernadministration. Som det fremgår af nedenstående resultatopgørelse udgør andelen af fælles koncernadministration (de indirekte administrationsomkostninger) 14,7 mio. kr. i det foreløbige regnskab.

Foreløbig resultatopgørelse 2009

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Takst og beboerindtægt	-704.060	-707.425	-3.365
Institutionsdrift - omkostninger	702.190	673.221	-28.969
Direkte administrationsomkostninger	18.810	20.002	1.192
Indirekte administrationsomkostninger	14.200	14.704	504
Årets resultat	31.140	502	-30.638

Handicapområdets foreløbige resultat for 2009 er opgjort til et underskud på 0,5 mio. kr. Afvigelsen til 4. økonomirapport, hvor der var anført et underskud på 31,1 mio. kr., kan primært henføres til større takst- og beboerindtægter som følge af højere belægningsprocent samt lavere omkostninger til institutionsdriften som følge af dels mindreforbrug af fælles driftsmidler, dels reduktion af institutionernes omkostningselementer som følge af revisionsberetningen for 2008.

Underskuddet i 2009 på 0,5 mio. kr. skal ses i sammenhæng med, at bevillingsområdet økonomisk skal "hvile-i-sig-selv" over tid. Det akkumulerede resultat for bevillingsområdet for perioden 2007-2009 udgør et overskud på -32,5 mio. kr.

Akkumuleret overskud 2007-2009

Tusind kr.	Regnskab
Akkumuleret resultat til og med 2008	-33.000
Resultat 2009	502
Akkumuleret resultat til og med 2009	-32.498

Handicapområdets overførsler fremgår af nedenstående tabel.

Overførsler fra 2009 til 2010

Tusind kr.	Forventet overførsel til 2010 i 4. ØR.	Overførsel til 2010 pba. regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler pba. 4. ØR 2009			
Trepartsforhandlinger	1.800	0	1.800
Arbejdsmiljø, resterende kurser afholdes i 2010	212	0	212
Medicinhåndtering, resterende kurser afholdes i 2010	87	0	87
Overførsler pba. regnskab 2009			
Generel overførsel af mindreforbrug		6.167	6.167
Ubrugte VISO-midler		1.617	1.617
Sum	2.099	7.784	9.883

Der søges om en genbevilling af uforbrugte midler fra 2009 på 9,9 mio.kr. Udover generelle overførsler af mindreforbrug på de enkelte tilbud på 6,2 mio. kr. søges genbevilget 2,1 mio.kr. på tværs af tilbud (trepartsmidler, arbejdsmiljø og medicinhåndtering) samt 1,6 mio. kr. vedr. overførsel af mindreforbrug af VISO-midler, som er midler der er indgået aftale med Servicestyrelsen om.

2.18 Regional udvikling

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Regional udvikling			
Udgifter			
Kollektiv trafik	377.460	370.107	-7.353
Erhvervsudvikling	91.975	86.314	-5.661
Miljøområdet	143.432	140.487	-2.945
Øvrig regional udvikling	58.714	62.120	3.406
Omkostningselementer	300	442	142
Korrigeret regnskabsresultat	671.881	659.470	-12.411

Området for regional udvikling finansieres via bidrag fra staten og kommunerne. Disse bidrag skal dække årets omkostninger, som ud over driftsomkostninger også indeholder de direkte og indirekte henførbare administrationsomkostninger. Udviser regnskabsresultatet for området et over- eller underskud, skal dette overføres til det efterfølgende år.

Regional udvikling

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Statsligt bloktilskud	-595.400	-595.368	32
Kommunalt udviklingsbidrag	-188.800	-188.832	-32
Aktivitetsmidler - omkostninger	671.881	659.470	-12.411
Direkte administrationsomkostninger	53.454	55.346	1.892
Indirekte administrationsomkostninger	15.677	15.822	145
Årets resultat	-43.188	-53.562	-10.374

I forhold til det korrigerede nettobudget udgør mindreforbruget på området samlet 12,4 mio. kr. Af dette samlede mindreforbrug søges 10,0 mio. kr. overført til 2010. I 4. økonomirapporter der korrigeret for i alt 208,6 mio. som genbevilges i 1. økonomirapport.

For området for erhvervsudvikling og øvrig regional udvikling har 2009 været præget af, at der er ved at komme gang i de handlingsplaner, som er udsprunget af erhvervsudviklingsstrategien og den regionale udviklingsplan. Det er dog stadig sådan, at det først er inden for de næste tre år, at der for alvor kommer afløb for de bevilgede midler til projektaktiviteter mm. Derfor er der et betydeligt mindreforbrug i forhold til budget 2009, hvilket delvist også er begrundet i overførsler fra 2008. Det samlede mindreforbrug er i alt 83,2 mio. kr. som overføres til 2010.

På miljøområdet er det samlede mindreforbrug i alt på 2,9 mio. kr. hvoraf 0,5 mio. kr. overføres til 2010. Årsagen til mindreforbruget er at tidsplanen på enkelte jordforureningsprojekter er forskudt, hvorfor betalingen først falder i 2009. Hertil kommer at det ikke har været muligt at igangsætte aktiviteter på råstofområdet, da råstofplan først nu er blevet godkendt. Det resterende mindreforbrug på området modsvares af et merforbrug på administrationsområdet.

Mindreforbruget på området for kollektiv trafik på 16,4 mio. kr. overføres til 2010.

Akkumuleret resultat - Regional udvikling

Tusind kr.	Regnskab
Akkumuleret resultat til og med 2008	-171.787
Resultat 2009	-53.562
Akkumuleret resultat til og med 2009	-225.349

Det regionale udviklingsområdes overførsler fremgår af nedenstående tabel.

Regional udvikling

Tusind kr.	Forventet overførsel til 2010 i 4. ØR.	Overførsel til 2010 pba. regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1.ØR
Kollektiv trafik	9.000	7.350	16.350
Erhvervsudvikling	77.500	5.660	83.160
Miljøområdet	0	470	470
Øvrig regional udvikling	122.100	-3.400	118.700
Øvrige omkostninger og udgifter			
Sum	208.600	10.080	218.680

2.19 Administration

Udgiftsregnskab

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Faktisk regnskabsresultat	751.872	752.994	1.122
Korrekationer:			
Anlæg bogført på drift		-1.410	-1.410
Korrigeret regnskabsresultat, udgifter i alt	751.872	751.584	-288
Omkostningselementer	-42.036	-23.849	18.187
Korrigeret regnskabsresultat, omkostninger i alt	709.836	727.735	17.899

	Registreret overførsel til 2010 i 4.ØR	Overførsel til 2010 pba. Regnskab 2009	Samlede korrektioner i 1. ØR
Overførsler:			
Korrektioner fra 4. ØR			
Udgifter til nyt regionsråd, rejser og arrangementer	500		500
Tidsforskydning advokatbistand mv.	2.100	-890	1.210
Forsikringsområdet: Tidsforskydning, efterregulering mv.	10.750		10.750
Journalssystem: tidsforskydning, ESHD og dagsordensmodul	1.900		1.900
IP-telefoni, tidsforskydning af iværksættelse	600		600
Konsulentudgifter vedr. nyt økonomi- og logistiksystem mv.	2.050		2.050
Midler vedr. kompetencecenter samt understøt af indkøbsarb	3.250		3.250
Personaleudviklingspuljer	4.660	-1.125	3.535
MED-organisation/uddannelse, tidsforskydning	3.100	-305	2.795
Lederudvikling, tidsforskydning	700		700
Lønssystemer mv.	3.000	-3.000	0
Teknisk assistance til strukturfonde, mv.	1.500	895	2.395
Merforbrug IT-området	-6.250		-6.250
Korrektioner pba. Regnskab 2009			
Skilteprojekt, tidsforskydning		420	420
Sum	27.860	-4.005	23.855

Genbevillingsgrundlaget er i oversigten opgjort både udgifts- og omkostningsmæssigt. I forhold til det korrigerede nettobudget udgør mindreforbruget 0,3 mio. kr. Tages der højde for at et merforbrug inden for miljøområdets administrationsramme på 2 mio. kr., kompenseres af et tilsvarende mindreforbrug under miljøområdets aktivitetsbudget på regional udvikling, udgør mindreforbruget på administrationsområdet herefter 2,4 mio. kr.

I 4. økonomirapport 2009 blev der grundet tidsforskydninger indarbejdet en reduktion af budgettet med 28 mio. kr. Heraf foreslås 24 mio. kr. genbevilget i 2010, da 4 mio. kr. ikke genbevilges begrundet i regnskabsresultatet. Medtages dette i beregningen af mindreforbruget, stiger dette til 6,2 mio. kr.

De ønskede genbevillinger på 24 mio. kr. begrundet i tidsforskydninger fordeler sig med 10 mio. kr. på personaleområdet 8 mio. kr. vedr. konsulentbistand nyt økonomisystem og understøttelse af indkøbsarbejdet samt it-udgifter vedr. journalssystem mv. 10 mio. kr. kan henføres til tidsforskydninger vedr. forsikringsområdet mv. Endelig kan nævnes merforbrug på it-området på 6 mio. kr.

Hvad angår omkostningselementerne udviser disse i forhold til budgettet et merforbrug på 18 mio. kr., som hovedsageligt kan henføres en regulering vedr. 2008 af pensionshensættelserne med 5,6 mio. kr. og at omkostningselementet, forskydninger i hensættelse af feriepenge blev 11 mio. kr. højere end forventet, men fremover forventes at have et korrekt niveau.

Regnskabsresultatet inkl. omkostningselementerne udviser herefter et merforbrug på 11,8 mio. kr.

Der er herefter – nedenfor – medtaget oversigter over fordelingen af det samlede regnskab på de tre aktivitetsområder: Sundhed, socialområdet og regional udvikling.

På administrationsområdet opdeles omkostningsbevilling og omkostningsregnskab på de tre aktivitetsområder: Sundhed, social- og specialundervisning samt regional udvikling. Omkostningerne opdeles i et beløb, der kan henføres direkte til det enkelte aktivitetsområde, og af et beløb, som er fordelt ud fra en fordelingsnøgle, svarende til de tre aktivitetsområders budget- og regnskabssummer.

Som det fremgår af oversigterne herunder medfører dette, at 87,5 % af forbruget på administrationsområdet henføres til sundhedsområdet; 9,8 % til regional udvikling og 2,7 % til socialområdet.

Fordelingsregnskab – udgifter og omkostninger

Tusind kr.	Korrigeret budget i 4.ØR	Regnskab	Afvigelse
Fordelingsregnskab, udgifter - direkte og indirekte:			
Sundhedsområdet	660.346	660.212	-134
Socialområdet	21.212	21.268	56
Regional Udvikling	70.314	71.514	1.200
	751.872	752.994	1.122

Fordelingsregnskab, omkostningselementer - direkte og indirekte:			
Sundhedsområdet	-39.588	-22.265	17.323
Socialområdet	-1.367	-1.256	111
Regional Udvikling	-1.081	-328	753
	-42.036	-23.849	18.187

Fordelingsregnskab, omkostninger direkte samt indirekte:			
Sundhedsområdet	620.758	637.947	17.189
Socialområdet	19.845	20.012	167
Regional Udvikling	69.233	71.186	1.953
	709.836	729.145	19.309

3. Investeringer

Det foreløbige regnskabsresultat for 2009 udviser et forbrug på 1.459,2 mio. kr., og overførsler til 2010 på i alt 897,9 mio. kr., svarende til yderligere overførsler på 203,4 mio. kr. i forhold til vurderingen i 4. økonomirapport 2009 på 694,5 mio. kr.. Overførslerne er specificeret i bilag 2.

Overførslen til 2010 på 897,9 mio. kr. kan alene henføres til allerede igangsatte eller besluttede projekter, hvor der af forskellige årsager er tidsforskydning i projekterne fra 2009 til 2010. Tidsforskydningen skyldes forsinkelse i projektering, udførelse mv., samt fx forsinkelse i anskaffelse og installation af apparatur mv.

Der er i løbet af 2009 færdiggjort og afsluttet i alt 36 projekter, med et samlet merforbrug på netto 1,5 mio. kr.

Investeringer, overførsler af mindreforbrug

Mio. kr., 2009 - priser	Overført fra 2008 til 2009	Forventet overførsel fra 2009 til 2010 i 4 ØR 10	Overførsel fra 2009 til 2010 pba forventet regnskab 2009	Difference 4. ØR. 2009 - Foreløbigt regnskab 2009
Investeringer i alt	995,0	694,5	897,9	203,4

4. Indtægter og finansielle poster

Indtægter til sundhed

Mio. kr., 2009-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret budget	Regnskab	Afvigelse
Finansiering sundhed				
Kommunalt grundbidrag	-1.941,4	-1.941,4	-1.941,4	0,0
Kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag	-3.308,3	-3.248,0	-3.349,4	-101,4
Statsligt aktivitetsafhængigt bidrag	-790,5	-790,5	-790,5	0,0
Statsligt bloktilskud	-23.275,4	-23.339,1	-23.339,0	0,0
Medfinansiering af nationale IT-projekter	12,0	12,0	12,0	0,0
Overgangsordning	-165,4	-165,4	-165,4	0,0
Nettodriftsudgifter	-29.469,0	-29.472,3	-29.573,8	-101,5

Kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag

I det korrigerede budget efter 4. økonomirapport er der i 2009 budgetteret med indtægter på 3.248,0 mio. kr. vedrørende kommunal medfinansiering (kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag). Regnskabet viser en samlet finansiering på 3.349,4 mio. kr., hvilket indebærer merindtægter på 101,4 mio. kr. mio. kr.

Øvrige indtægter til sundhed

Med hensyn til øvrige indtægter til sundhed er der ikke afvigelser i forhold til det korrigerede budget efter 4. økonomirapport.

Finansielle poster

Med hensyn til finansielle poster i øvrigt udestår en række tekniske opgørelser og afstemninger og der vil først blive givet nærmere redegørelse herfor i forbindelse med den endelige regnskabsafslutning.

Bilag 1 – Overførsler fra 2008 til 2009 på driftsområdet

1.000 kr.	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010	Endelig opgørelse 2011-
Amager Hospital	-1.600	-2.533	
Bispebjerg Hospital	-23.000	-4.997	
Bornholms Hospital	-1.800	2.500	
Merforbrug	-1.800		
Etablering af fællesjournal		500	
Indførelse af sygeplejerske dokumentationssystem		300	
Udskiftning af patientmøbler		400	
Lean konsulent		400	
Kommunikationskursus		100	
Evaluerings og optimering af DRG registrering		300	
Indførelse af differentieret hjertestopkursus		100	
International rekruttering af læger		400	
Frederiksberg Hospital	-25.000	-16.400	-32.909
Frederikssund Hospital	884	2.472	
Overførsel - ombygning og renovering skadestue	884	884	
Tidsforskydning KOL-projekt		248	
Tidsforskydning renovering af elevatorer		570	
Tidsforskydning forbedring af ventilation billeddiagnostik		350	
Tidsforskydning renovering af udendørsarealer		420	
Gentofte Hospital	0	15.410	
Tidsforskydning uforbrugte forskningsmidler		4.508	
Tidsforskydning uforbrugt pulje til sygeplejeforskning		1.200	
Tidsforskydning uforbrugte projektmidler		516	
Uafklarede krav i forbindelse med hospitalsplanflytninger		3.469	
Tidsforskydning udgifter til IT		1.876	
Uforbrugt apparaturpulje, generel tilbageholdenhed		3.841	
Glostrup Hospital	-13.000	-37	
Helsingør Hospital	-4.500	-3.351	
Herlev Hospital	-135.000	-41.000	-82.967
Hillerød Hospital	0	-41.853	
Hvidovre Hospital	-70.000	0	-112.147
Region Hovedstadens Apotek	0	3.181	
Medicinvækst, opbygning af lager		3.181	
Region Hovedstadens Psykiatri	-17.200	1.351	

1.000 kr.	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010	Endelig opgørelse 2011-
Rigshospitalet	34.950	21.338	
Overførsel - periodeforskydning forskn.- og udd.projektmidler	21.516	21.338	
Overførsel - periodeforskydning mindre uafsl. byggearb.	4.014		
Overførsel - periodeforskydning ombyggn., indkøb mv.	2.000		
Overførsel - periodeforskydning e-learning	200		
Overførsel - periodeforskydning forskn. puljen	3.330		
Overførsel - periodeforskydning puljen vedr. arb.miljø mv.	3.890		
Sundhedsområdet - fællesdriftsudgifter m.v.	127.819	87.855	
Sundhedsprofiler, tidsforskydning	1.800	1.800	
Mindreforbrug patentpulje mv. Tectra	2.400	3.090	
Mindreforbrug driftsmidler, forsknings- og innovationsstøttenheden	1.250	1.275	
Enheden for brugerundersøgelser, tidsforskydning	2.900	4.530	
Arbejds miljø, tidsforskydning	1.050	850	
Rekruttering/fastholdelse	1.000		
Pendlerkortordning, tidsforskydning	450	450	
Kompetenceudvikling på medicinske afd., tidsforskydning	1.000	1.125	
Designkonkurrence, tidsforskydning	400	290	
Merforbrug, akutbefordring, overgangsløsning, kommunikationssystem	-8.000	1.875	
Forskningsfonden, ej disponerede og udbetalte midler	3.750	5.660	
Forebyggelsespuljen, ej disponerede og udbetalte midler	3.234	3.234	
Den ældre medicinske patient, ringe-hjem, tidsforskydning	2.000	2.000	
Den ældre medicinske patient, følge-hjem, tidsforskydning	3.500	3.500	
Den ældre medicinske patient, følge-op, tidsforskydning	2.500	2.500	
SOSU-assistentelever, tidsforskydning i udbetaling	40.000		
Implementering af praksisplaner, tidsforskydning	1.000	1.531	
Klinisk basisuddannelse i almen praksis, tidsforskydning	24.000		
Nye korte uddannelser, tidsforskydning af tidsplaner	1.700	575	
Alternativ behandling, tidsforskydning	500	500	
Etablering Klinik for spiseforstyrrelser på PC Gentofte	2.140	2.140	
Kompetenceudviklingsprojekter	21.900	21.900	
Forskydning udbudsprojektet vedr. brystkræftscreening	2.000	1.000	
Videreførelse af projekter indenfor Beskæftigelsesordninger	12.200	12.200	
Opgradering af apparatur på intensivafdelinger	3.145	3.145	
Studerterundervisning, tidsforskydning af afregning		12.685	
Socialpsykiatri	0	429	
Vedligeholdelsesprojekter og medicin håndteringskurser		429	
Region Hovedstaden - Handicap	2.099	9.883	
Trepartforhandlinger, projekter ikke defineret	1.800	1.800	
Arbejds miljø, resterende kurser afholdes i 2010	212	212	
Medicinhåndtering, resterende kurser afholdes i 2010	87	87	
Generel overførsel af mindreforbrug		6.167	
Ubrugte VISO-midler		1.617	
Regional udvikling	208.600	218.680	
Kollektiv trafik	9.000	16.350	
Erhvervsudvikling	77.500	83.160	
Miljøområdet		470	
Øvrig regional udvikling	122.100	118.700	

1.000 kr.	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010	Endelig opgørelse 2011-
Administrationsområdet	27.860	23.855	
Udgifter til nyt regionsråd, rejser og arrangementer	500	500	
Tidsforskydning advokatbistand mv.	2.100	1.210	
Forsikringsområdet: Tidsforskydning, efterregulering mv.	10.750	10.750	
Journalsystem: tidsforskydning, ESHD og dagsordensmodul	1.900	1.900	
IP-telefoni, tidsforskydning af iværksættelse	600	600	
Konsulentudgifter vedr. nyt økonomi- og logistiksystem mv.	2.050	2.050	
Midler vedr. kompetencecenter samt understøt af indkøbsarb.	3.250	3.250	
Personaleudviklingspuljer	4.660	3.535	
MED-organisation/uddannelse, tidsforskydning	3.100	2.795	
Lederudvikling, tidsforskydning	700	700	
Lønssystemer mv.	3.000		
Teknisk assistance til strukturfonde, mv.	1.500	2.395	
Merforbrug IT-området	-6.250	-6.250	
Skilteprojekt, tidsforskydning		420	
Overførsler på driftsområdet i alt	111.112	276.783	-228.023

Bilag 2 – Overførsler fra 2008 til 2009 på investeringsområdet

1.000 kr	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010
Amager Hospital	2.293	963
Ramme til medicoteknisk udstyr	1.793	483
Miljøforbedrende og energibesparende investeringer (ventilationsanlæg)	500	480
Bispebjerg Hospital	50.900	64.827
Ramme til medicoteknisk udstyr	3.500	4.470
El-forsyning, renovering	1.300	1.517
Udvidet optageområde kapacitet, etablering lægevagt kons.	2.800	717
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	1.411
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.	14.700	19.056
Anskaffelse af PET-CT Scanner	0	863
PET/CT scanner	4.400	5.275
Tekniske anlæg	4.300	3.758
Operationsstuer	1.000	4.924
Sml. Arbejdsmedicinske funktion	700	3.300
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	0	387
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (SPECT CT)	4.800	5.078
Energibesparende investeringer 09 (Ventilation & Belysning)	13.400	14.071
Bornholms Hospital	2.046	4.822
Ramme til medicoteknisk udstyr	0	2.491
Etablering/udbygning af mammografiscreening	2.046	2.081
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (CT)	0	250
Frederiksberg Hospital	22.942	22.963
Ramme til medicoteknisk udstyr	685	698
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	42	227
Ombygning Sterilfunktion	4.715	43
Ændring i optageområder	800	1.121
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	0	121
Udvidelse af den urologiske kapacitet	16.700	20.753
Frederikssund Hospital	0	1.472
Energibesparende investeringer 09 (Bækkenvaskemaskiner)	0	1.472
Gentofte Hospital	0	90.475
Renoveringsprojekt	0	61.498
Vinduer og tage	0	2.419
Ramme til medicoteknisk udstyr	0	8.979
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	2.628
Interimsforanstaltninger og projektering	0	-12.621
Tekniske anlæg	0	10.829
Følgeudgifter, fase 1	0	16.742
Glostrup Hospital	33.100	43.510
Renoveringsplan (inkl. apparatur)	24.000	25.830
Ramme til medicoteknisk udstyr	1.300	7.780
Øjenafdelingen	0	4.240
Ændring i fysiske rammer, øjenafdelingen	-8.000	-10.280

1.000 kr	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010
Ændring i optageområder	14.000	14.140
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	1.800	1.800
Helsingør Hospital	10.597	10.369
Energibesparende investeringer 09 (Ventilation)	10.597	10.369
Herlev Hospital	126.800	140.618
Hospitalsplan - Udvidelse af operationskapaciteten	12.000	16.137
Ventilationsanlæg og hovedstrømforsyning	35.000	51.385
Udvidelse af akutmodtagelsen	9.000	16.748
Ramme til medicoteknisk udstyr	4.000	2.691
Cytostatikaenhed	0	6.867
Hospitalsplan - Samling af akut kirurgi og akut ortopædkirurgi	0	-2.177
Digitalisering af den kliniske mammografi	9.000	2.779
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	248
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.	11.500	11.500
Strålekapacitet	0	2.989
Indledende anlægsarbejder som følge af hospitalsplanen	2.000	-4.237
Etableringsudgifter vedr. Akut kræftbehandling	0	-1.111
Onkologisk ambulatorium	9.000	8.200
Skopi- & ambulatorium, Gastroenheden	5.000	5.000
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	8.000	5.500
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (MR)	12.000	12.000
MR-scanner (ekstremitetsscanner)	10.300	10.300
Etablering kvinde/barn center B2010	0	-4.200
Hillerød Hospital	62.749	66.806
Kirurgi og ortopædkirurgi m.v. i Planlægningsområde Nord	6.000	4.308
Etablering af selvstændigt Nordsjællands Hospital på Hillerød	0	-3.217
Cytostatikaenhed	0	-1.188
Etablering/udbygning af mammografiscreening	0	1.246
Etablering af lokaliteter til småskader på skadestuen	0	-64
MR- og CT-scanner	0	3.791
Bygningsarbejder installation MR- og CT-scanner	0	80
Renovering af kloakanlæg, Hillerød	1.750	2.586
Miljøforbedrende og energibesparende investeringer (ventilationsanlæg 6)	618	699
Miljøforbedrende og energibesparende investeringer (Isolering 7)	0	-242
Etablering af ABA-anlæg, Hillerød	0	-72
Renovering og udskiftning af tekniske installationer	231	502
Renovering af nødstrømsanlæg	19.150	18.871
Energibesparende investeringer 09 (Ventilation & Belysning)	13.900	14.789
Ombygnings- og renoveringsarbejder	0	1.970
PET/CT scanner	21.100	17.682
PET/CT bygningsarbejder (Byggeteknisk)	0	-2.277
Ramme til medicoteknisk udstyr	0	65
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	2.740
Hjertepakker, apparatur	0	3.541
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	0	996
Hvidovre Hospital	87.836	88.337
Tagrenovering og ventilationsprojekt	10.135	0
Aptering af taghus	988	3.298
Ramme til medicoteknisk udstyr	6.077	7.384

1.000 kr	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010
Hospitalsplan - indledende anlægsarbejder	2.909	1.057
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	583
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.	15.776	27.226
Hospitalsplan – udvidelse af intensiv kapacitet og flytning af blodprøvetagning	185	-197
MR-scanner + MR-scanner røntgenafd.	1.137	817
Isolationsstuer	-4.089	-3.242
Etablering/udbygning af mammografiscreening	2.002	0
Ombygning af centralkøleanlæg	-484	-528
Etableringsudgifter vedr. Akut kræftbehandling	2.000	2.050
Ventilationsanlæg (Apotek, HvH)	0	770
Klinisk Mikrobiologisk afdeling (ABT fond)	6.500	0
Udv. Af operationskapacitet	11.500	10.843
Udv. Sterilkapacitet	-5.000	0
Udv. Kirurgisk Ambulatorium	5.500	5.792
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	2.400	3.002
Udskiftning af olietankinstallation	21.200	21.200
Renovering af tag og ventilationsanlæg - sengebygning 1	9.100	9.100
Udvidelse og modernisering af sterilcentral B2010	0	-817
Rigshospitalet	83.418	137.689
Ramme til medicoteknisk udstyr	11.951	23.726
Etablering af reservekraftanlæg	4.651	5.025
Etablering/udbygning af mammografiscreening	-2.850	0
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	10.243
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.	13.800	21.543
Udskiftning af to MR-scannere og en CT-scanner	0	1.305
Akut kræft - Patologiafdelingen	21.244	27.064
Pavillon	1.098	1.455
Etableringsudgifter vedr. Akut kræftbehandling	2.525	4.359
Interimsforanstaltninger, Aldersrogade	4.800	5.406
Hjertepakker, apparatur	1.000	2.435
Udvidelse af fødselskapacitet og etabl. af svangre/barselsklinik	5.550	5.885
Fac. til Tand-Mund-Kæbe indflytning	16.900	14.094
Træningslokaler, Fys- & Ergoterapi	500	2.103
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	2.250	12.040
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (Stereotaksi Acc.)	0	1.007
Region Hovedstadens Apotek	1.908	1.908
Diverse projekter	650	650
Energibesparende investeringer 09 (el)	1.258	1.258
Region Hovedstadens Psykiatri	15.600	16.991
Psykoterapeutisk Center Stolpegård, vinduer og vinduesrammer	0	192
Psykiatrisk Center Ballerup, renovering af spildevandssystem	0	800
Bygningsvedligeholdelse mv., pulje, KA - Ombygning Psykiatrisk Center Ballerup m.v.	0	249
Nødelværk, Psykiatrisk Hospital Nordsjælland	0	100
Enestuer i lukket afsnit, Hvidovre	5.900	5.925
Energibesparende investeringer 09 (Psyk Center Sct. Hans)	4.900	4.925
Renovering tage Psyk Center Hillerød	4.800	4.800
Fælles projekter - sundhedsområdet	179.194	171.176
Energibesparende investeringer, pulje	500	462
Indledende projektering vedr. hospitals- og psykiatriplanerne	40.304	32.787

1.000 kr	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010
IT-strategi	48.000	49.513
Medicoteknisk apparaturpulje	77.275	77.275
Renoveringspulje	5.100	5.100
Sag nr. 27, RR 27.10.09	-214	-214
Sag nr. 27, RR 27.10.09	-2.400	-2.400
Vagtcentral	10.629	7.158
Web-løsning for Regionen, overførsel grundet tidsforskydninger	0	1.495
Lokal investeringsramme virksomhederne	9.700	21.560
Amager Hospital	0	75
Bispebjerg Hospital	4.600	-1.419
Bornholms Hospital	0	783
Frederiksberg Hospital	1.200	795
Gentofte Hospital	3.900	4.975
Hillerød Hospital	0	885
Hvidovre Hospital	0	15.374
Region Hovedstadens Psykiatri	0	92
Samlet investeringsramme, sundhedsområdet	689.082	884.484
Socialområdet	1.000	16.648
Investeringsramme socialpsykiatri (Region Hovedstadens Psykiatri)	1.000	3.090
Planetstien	0	13.558
Handicapområdet	4.460	-3.200
Investeringsramme Regions Hovedstaden - Handicap	4.460	0
Udvidelse af Pensionat Kamager, overførsel grundet tidsforskydninger, netto	0	-2.000
Erstatningsboliger, Hulegården og Søhuset, overførsel grundet tidsforskydninger, netto	0	-1.200
Samlet investeringsramme	694.542	897.932

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 3

Emne: 1. økonomirapport 2010

1 bilag

Region Hovedstaden

1. Økonomirapport 2010

1. økonomirapport 2010

REGION

Region Hovedstaden

April 2010

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 Sammenfatning	3
Kapitel 2 Bevillingsområder	14
2.1 Amager Hospital	16
2.2 Bispebjerg Hospital	18
2.3 Bornholms Hospital	20
2.4 Frederiksberg Hospital	22
2.5 Frederikssund Hospital	24
2.6 Gentofte Hospital	26
2.7 Glostrup Hospital	28
2.8 Helsingør Hospital	30
2.9 Herlev Hospital	32
2.10 Hillerød Hospital	34
2.11 Hvidovre Hospital	36
2.12 Rigshospitalet	38
2.13 Region Hovedstadens Psykiatri	40
2.14 Region Hovedstadens Apotek	42
2.15 Sundhedsområdet, fælles	43
2.16 Praksisområdet	48
2.17 Social- og specialundervisningsområdet	50
2.17.1 Socialpsykiatri	50
2.17.2 Region Hovedstaden – Handicap	52
2.18 Regional udvikling	54
2.19 Administration	58
3. Investeringsbudget	60
4. Indtægter og finansielle poster	68
Bilag 1 - Bevillingsændringer	73
Bilag 2 – Overførsler på driftsområdet	90
Bilag 3 – Overførsler på investeringsområdet	93
Bilag 4 – Pengestrømsopgørelse	97
Bilag 5 – Forventet årsresultat	98

Kapitel 1 Sammenfatning

Indledning

På sundhedsområdet, drift forventes udgiftsvækst på en række områder, der ikke er forudsat ved budgetteringen for 2010. Udgiftsvæksten udgør i alt 230 mio. kr.

Udgiftsvæksten består af merudgifter vedrørende aktivitetsvækst på hospitalerne m.v. på 95 mio. kr., vækst i udgifterne til medicin på hospitalerne på 60 mio. kr., samt praksisområdet, hvor der forventes et merforbrug på ca. 144 mio. kr. på praksisydelser ekskl. medicin, og endelig et mindreforbrug på tilskud til medicinudgifter på 69 mio. kr.

En del af problemstillingerne vedrørende udgiftsvæksten forventes rejst i forbindelse med forhandlingerne med regeringen om økonomien i 2011, men resultatet heraf er usikkert.

De 95 mio. kr. skyldes blandt andet, at der i forbindelse med den endelige opgørelse af aktiviteten på hospitalerne i 2009 er udløst merudgifter på 85 mio. kr. i 2009.

Der er derudover risiko for, at aktiviteten på hospitalerne bliver større end forudsat i budgettet og dermed overskrider det loft, der er for statens finansiering af meraktivitet. Efter gældende styringsprincipper forhøjes hospitalernes bevillinger med 50% af DRG-værdien af en sådan meraktivitet. Det vil i givet fald føre til en større overskridelse end de 85 mio. kr.

Derudover har flere kommuner intensiveret deres indsats for at hjemtage færdigbehandlede somatiske patienter fra hospitalerne, og der forventes en mindreindtægt på ca. 10 mio. kr.

For så vidt angår merudgifterne på 95 mio. kr. vedrørende **aktivitet på hospitalerne** foreslås det, at administrationen finder modgående besparelser fordelt i forhold til hospitalernes aktivitet i det omfang, der ikke i øvrigt findes konkrete muligheder for mindreudgifter.

Med hensyn til de 60 mio. kr. vedrørende **medicin på hospitalerne** vil der blive arbejdet videre med henblik på at tilvejebringe et incitament for hospitalerne til at søge opnået en mere afdæmpet udgiftsudvikling i regionen.

Med hensyn til **praksisområdet** og det forventede merforbrug på 144 mio. kr. til praksisydelser ekskl. medicin kan regionen på områder med lokale aftaler iværksætte udgiftsdæmpende aktiviteter, enten i form af opsigelse af indgåede aftaler eller ved i fælles forståelse med praksissektoren at ændre på disse samt søge at tilrettelægge adfærdsregulerende tiltag.

Administrationen vil derudover mere bredt tage initiativ til at drøfte tiltag af udgiftsdæmpende karakter med repræsentanter for praksissektorens behandlere. Drøftelserne vil primært fokusere på almen praksis, speciallægepraksis og psykologer.

Der lægges op til, at administrationen arbejder videre med løsningsmulighederne for udgiftspresset på sundhedsområdet og fremkommer med disse til 2. økonomirapport i juni måned.

På social- og specialundervisningsområdet er det vurderingen, at der er balance i det forventede regnskab for 2010. Dette gælder ligeledes på det regionale udviklingsområde.

Hovedkonklusionerne i økonomirapporten gennemgås nærmere i det følgende.

Den samlede ubalance på sundhedsområdet

Ubalancen kan henføres til følgende poster:

Ubalance på sundhedsområdet

(Mio. kr.)	Beløb
Øget aktivitet	85
Indtægter, færdigbehandlede	10
Aktivitet på hospitalerne i alt	95
Medicin på hospitaler	60
Praksisområdet ekskl. medicin	144
Praksisområdet medicintilskud	-69
Praksisområdet i alt	75
Respiratorpatienter	15
Ejendomsskatter	-15
Social- og sundhedsassistentelever	-10
Patienterstatninger	10
Øvrige poster i alt	0
I alt	230

Merudgifterne er i 2010 set i forhold til den afsatte budgetramme.

Aktivitet på hospitaler

I forbindelse med den endelige opgørelse af aktivitetsniveauet i 2009, som først har kunnet foretages endeligt i forbindelse med det foreløbige regnskab, er der efter takststyringsordningen udløst merudgifter til hospitalerne på 85 mio. kr. i 2009. Beløbet videreføres i 2010 i forbindelse med fastlæggelsen af præstationsbudgetterne med udgangspunkt i aktivitetsniveauet for 2009.

I forbindelse med 4. økonomirapport, hvor der blev truffet beslutning om at forøge præstationsbudgetterne med yderligere 1,6 % i 2010, var der ikke forventning om yderligere meraktivitet i 2009, og der er dermed ikke tilvejebragt finansiering til de nye merudgifter på 85 mio. kr., der videreføres i 2010.

Indtægter fra kommunerne vedr. færdigbehandlede somatiske patienter er faldet i det seneste år, idet flere kommuner har intensiveret deres indsats for at hjemtage færdigbehandlede somatiske patienter fra hospitalerne. Der forventes en mindreindtægt på ca. 10 mio. kr.

Medicin på hospitaler

Der forventes en merudgift på 60 mio. kr. Der er i de seneste år sket en betydelig vækst i udgifterne til sygehusmedicin og nye behandlinger. Hospitalernes budgetter er i rapporten blevet korrigeret svarende til den faktiske vækst i medicinudgifterne i 2009. I 2010-budgettet er der herefter 108 mio. kr. til rådighed til dækning af vækst i medicinudgifterne.

Udgiftsvæksten forventes at blive 165 mio. kr. i forhold til udgiftsniveauet i 2009 svarende til merudgifter på ca. 57 mio. kr.

Den forventede udgiftsvækst på 165 mio. kr. er lidt lavere end udviklingen i de senere år. Der er i vurderingen taget højde for, at der i juni 2009 er indgået en aftale mellem Sundhedsministeriet og Lægemiddelindustriforeningen om en prisreduktion på 5 % på en del af sortimentet pr. 1. januar 2010.

Der er med de anførte merudgifter på i alt ca. 60 mio. kr. også taget højde for en mindre indtægt på ca. 2 mio. kr. i forhold til budgetterede indtægter fra Amgros.

Behovet for merudgifter vil blive gennemgået yderligere i dialog med hospitalerne for at minimere usikkerheden ved vurderingen.

Praksisområdet

Der forventes på praksisområdet et merforbrug på 144 mio. kr. på praksisydelser ekskl. medicin og et mindreforbrug på tilskud til medicinudgifter på 69 mio. kr.

Prognosen for praksisudgifter ekskl. medicin er usikker. Prognosen er beregnet på baggrund af sidste års udvikling på landsplan, som viser en samlet mængdemæssig vækst i ydelser på 2,1 %. Udviklingen i udgifterne vil blive fulgt nøje de kommende måneder.

Med hensyn medicintilskud forventes det, at forbruget kommer til at ligge på samme niveau som sidste år. De seneste par år har der været et fald i medicintilskudsudgifterne. Medicinforbruget er steget, men priserne faldet som følge af patentudløb. Det er ikke forventningen, at denne udvikling fortsætter.

Økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner indebærer, at staten samlet for regionerne finansierer 75 % af evt. merudgifter på medicintilskudsordningen, og tilsvarende skal regionerne samlet tilbagebetale 75 % af et evt. mindreforbrug. Såfremt de øvrige regioner også har et mindreforbrug på medicinområdet må det forventes, at regionerne i 2010 skal aflevere en del af besparelsen.

Øvrige poster

For øvrige poster i alt forventes det, at der netto vil være balance, som kan specificeres i de følgende omtalte bruttoafvigelser:

Hjemmeboende respiratorpatienter

Den aktuelle forventning viser en merudgift på 15 mio. kr. Udgiftsvæksten kan henføres til, at der løbende sker en udvidelse af det antal patienter, som behandles med respirator i eget hjem med personaleovervågning på døgnbasis. Der har i de senere år været betydelige årlige udgiftsstigninger. Merudgiften kan i praksis ikke undgås, og den modgås ikke af besparelser på hospitalerne.

Ejendomsskatter

Region Hovedstaden indsendte i foråret 2009 en række klager til Skat over stigningerne i ejendomsvurderingerne vedrørende regionens bygninger. I oktober 2009 har Skat afgjort de fleste af klagesagerne til regionens fordel med forslag om samlet set at nedsætte ejendomsvurderingerne i 2008 med 1.711 mio. kr.

Skats afgørelser betyder, at ejendomsskatterne i 2010 nedsættes med 15 mio. kr.

Social- og sundhedsassistentelever

Regionens udgifter til aflønning af social- og sundhedsassistentelever vil sandsynligvis blive lavere end budgetteret. Den foreløbige opgørelse giver grundlag for forventning om mindreudgifter på 10 mio. kr.

Patienterstatninger

I forhold til det budgetterede niveau i 2010 for udgifter til patienterstatninger forventes en merudgift på 10 mio. kr. De forventede merudgifter skyldes, at Patientforsikringen har en sagspukkel, som søges afviklet, hvilket vil medføre stigende udgifter til erstatningsudbetalinger.

Andre forhold vedrørende fælleskontoen

Ud over ovennævnte udgiftspres er der en risiko for, at aktiviteten på hospitalerne bliver af en sådan størrelse, at hospitalerne bruger flere penge på aktiviteten end forudsat i økonomiaftalen mellem staten og Danske Regioner.

Vedrørende sygehusbehandling uden for regionen forventes budgettet på nuværende tidspunkt overholdt. Prognosen, som til dels er baseret på regnskabsresultatet for 2009, er behæftet med usikkerhed.

Virksomhederne

Det er et generelt træk, at virksomhedernes økonomiske situation fortsat kræver stor opmærksomhed om økonomistyringen. På den baggrund gennemfører virksomhederne en stram økonomistyring med henblik på at sikre budgetoverholdelse. Dette indebærer, at det kan blive nødvendigt med yderligere tiltag på nogle af virksomhederne for at opnå budgetoverholdelse i 2010.

De virksomheder, der overfører merforbrug fra 2009, står i en særlig vanskelig situation, idet de dels skal indhente merforbruget, dels har behov for at foretage en tilpasning af udgiftsniveauet.

Forretningsudvalget og regionsrådet blev senest på møderne i marts måned orienteret om status for hospitalernes og Region Hovedstadens Psykiatri budgetoverholdelse i 2010 og afviklingen af den oparbejdede gæld.

På *Herlev Hospital* forudsætter genopretningsplanen, at der ville være et merforbrug på 135 mio. kr. i 2009 til afvikling efterfølgende. Det korrigerede regnskabsresultat udviser nu et merforbrug på 124 mio. kr. Merforbruget forudsættes som hidtil afviklet med 41 mio. kr. i 2010, mens det resterende beløb afvikles i 2011.

Herlev Hospital arbejder fortsat intensivt med gennemførelse af den økonomiske genopretningsplan, og det er vurderingen, at der er usikkerhed om hospitalets økonomiske nettoresultat i 2010, men det er fortsat målsætningen at gennemføre genopretningsplanen over to år. Såfremt initiativerne til overholdelse af genopretningsplanen ikke er tilstrækkelige i de kommende måneder, vil der blive taget initiativ til igangsættelse af yderligere tiltag.

Hvidovre Hospital havde et korrigeret merforbrug i 2009 på 112 mio. kr. I mødesagen, som blev forelagt regionsrådet i marts måned forventedes et merforbrug på 120 – 130 mio. kr. og på den baggrund blev det oplyst, at den igangsatte handlingsplan ikke var tilstrækkelig, og at der måtte udarbejdes en ny handlingsplan med supplerende initiativer på i alt ca. 70 mio. kr. De supplerende initiativer skal sikre budgetoverholdelse i 2010 og påbegyndelse af afvikling af den oparbejdede gæld fra 2011. Det endelige regnskabsresultat for 2009 på 112 mio. kr. indebærer en vis forbedring og skyldes hovedsagelig et lidt højere aktivitetsniveau end forventet. Det er vurderingen, at det forbedrede resultat ikke bør føre til ændringer i omfanget af supplerende initiativer.

Hvidovre Hospital ser fortsat på muligheden for at overholde budgettet for 2010 med stor bekymring. Hospitalet har endnu ikke udarbejdet og implementeret den supplerende handlingsplan med initiativer på ca. 70 mio. kr., og kender derfor ikke de nøje konsekvenser heraf. Hospitalet er i gang med at udarbejde den supplerende handlingsplan.

På *Frederiksberg Hospital* udgør merforbruget i 2009 i det korrigerede regnskabsresultat 49,3 mio. kr. Gældsafviklingen indarbejdes i budgettet for 2010 med i alt -16,4 mio. kr., og det resterende beløb på -32,9 mio. kr. indarbejdes i forbindelse med budgetlægningen for 2011, som en reduktion af budgettet. Frederiksberg Hospital har i løbet af januar og februar måned iværksat handlingsplanen og implementeringen forløber planmæssigt. Såfremt de nu igangsatte initiativer for hospitalet ikke er tilstrækkelige til at sikre budgetoverholdelse og afvikling af den oparbejdede gæld over to år, vil der være behov for at iværksætte yderligere initiativer.

Rigshospitalet har opstillet en plan for økonomisk balance i 2010, der bl.a. indebærer personalereduktioner. Opfølgning på planen er sat i gang, og der er særligt fokus på tidsforskydninger i forbindelse med de gennemførte personalereduktioner. Hospitalet vil løbende vurdere, om der er behov for yderligere tiltag.

Hillerød Hospital ser med bekymring på budgetoverholdelse i 2010, men forventer på nuværende tidspunkt at budgettet for 2010 kan overholdes. For at sikre budgetoverholdelse i 2010 har hospitalet gennemført kvalificeret ansættelsesstop og har igangsat en taskforce.

Bispebjerg Hospital forventer budgetoverholdelse i 2010 som følge af gennemførelse af den udarbejdede spareplan.

Bornholms Hospital har haft en række budgetudfordringer i 2010 med et samlet tilpasningsbehov på i størrelsesordenen 7 mio. kr. På den baggrund har hospitalet iværksat interne besparelser, og forventer herefter at kunne overholde budgettet.

Helsingør Hospital har på baggrund af merforbruget i 2009 på 3,4 mio. kr. igangsat en handlingsplan for budgetoverholdelse i 2010 i størrelsesordenen 5,5 mio. kr. Det er vurderingen, at 2010 vil blive et vanskeligt år for hospitalet, blandt andet på grund af overførslen af merforbruget fra 2009. Hospitalsdirektionen har stor opmærksomhed på økonomi- og aktivitetsstyringen i 2010.

For de øvrige hospitaler, dvs. *Amager, Frederikssund, Gentofte og Glostrup hospitaler* bemærkes, at det fortsat er forventningen, at der skal gennemføres en stram økonomistyring.

Vedrørende *Region Hovedstadens Psykiatri* søges der som følge af regnskabsresultatet for 2009 om en overførsel af et mindreforbrug til 2010 på i alt 1,4 mio. kr. Der er imidlertid betydelige merindtægter i 2009 som følge af tidsforskydninger mellem indtægter og udgifter på satspuljemidlerne. Da regionen er forpligtet til at afholde udgifter svarende til de modtagne indtægter,

er der reelt tale om et merforbrug på 25 mio. kr. på driftsbudgettet. Underskuddet på driften fordeles sig på flere centre, og der er lavet konkrete aftaler med de pågældende centre om en afvikling af gælden over to år. Der forventes på nuværende tidspunkt overholdelse af budgettet i 2010.

Takststyring

Takststyringsordningen indebærer, at der for det enkelte hospital er fastsat et præstationsbudget. Ved afvigelser fra præstationsbudgettet sker der automatisk en korrektion af hospitalets driftsbudget med en mer- eller mindrebevilling beregnet som 50 % af DRG-værdien af afvigelserne. I sammenhæng hermed sker der en korrektion af indtægtsbudgetterne vedrørende behandling af borgere fra andre regioner. Det enkelte hospital kan i øvrigt ikke uden forudgående forelæggelse for administrationen planlægge med et udvidet aktivitetsniveau med forudsætning om efterfølgende tilførsel af midler via takststyringsordningen

Der er i økonomirapporten indarbejdet ajourføringer af driftsbudgetterne (herunder også indtægtsbudgetterne) og præstationsbudgetterne, således at budgetterne svarer til niveauet i 2009 med tillæg af et produktivitetskrav på i alt 3,6 %. Med dette udgangspunkt er der indarbejdet visse justeringer af aktivitets- og driftsbudget for virkningen af godkendte meraktivitetsprojekter (forhøjelser) og for visse hospitalers vedkommende for virkningen af forventet manglende opfyldelse af produktivetskravet (nedsættelser).

De i forbindelse med rapporten udarbejdede præstationsbudgetter forventes at svare til, at der kan realiseres en vækst på 3,5 % i aktiviteten i 2010 i forhold til 2009 på hospitalerne og sygehusbehandling uden for regionen, hvilket svarer til forudsætningerne i økonomiaftalen for 2010 mellem regeringen og Danske Regioner. Hvis aktivitetsstigningen bliver større end de 3,5 %, vil der mangle finansiering hertil.

Præstationsbudgetterne, der baserer sig på det endelige aktivitetsniveau i 2009, indebærer, at der udløses merudgifter i 2010 på ca. 85 mio. kr., da aktivitetsniveauet i 2009 er højere end de hidtidige budgetforudsætninger for 2010, jf. bemærkningerne ovenfor.

Der vil i den resterende del af 2010 være fokus på, at det i forbindelse med eventuelle forslag fra virksomhederne om et udvidet aktivitetsniveau på konkrete områder er dokumenteret, at forslaget ikke understøtter en vækst ud over det forudsatte, idet der skal tages hensyn til reglerne om udvidet frit sygehusvalg.

Samlet vurdering af problemstillingen og mulige løsninger

Udgiftsvæksten på de nævnte områder udgør i alt netto 230 mio. kr.

En del af problemstillingerne må forventes rejst i forbindelse med forhandlingerne med regeringen om økonomien i 2011.

Det er et generelt træk, at virksomhedernes økonomiske situation fortsat kræver stor opmærksomhed om økonomistyringen. På den baggrund gennemfører virksomhederne en stram økonomistyring med henblik på at sikre budgetoverholdelse. Dette indebærer, at det kan blive nødvendigt med yderligere tiltag af hensyn til budgetoverholdelse i 2010.

Der er ikke i rapporten søgt om tillægsbevilling vedrørende udgiftsvæksten på 230 mio. kr., som er gennemgået ovenfor.

Udgiftsvæksten vedrører følgende områder:

- Aktivitet på hospitalerne (95 mio. kr.)
- Medicin på hospitalerne (60 mio. kr.)
- Praksisområdet (netto 75 mio. kr.)

Aktivitet på hospitalerne, løsningsforslag

For så vidt angår merudgifterne på 95 mio. kr. vedrørende aktivitet på hospitalerne foreslås det, at administrationen finder modgående besparelser, der indarbejdes i 2. økonomirapport. Besparelserne foreslås som udgangspunkt fordelt i forhold til hospitalernes aktivitet i det omfang, der ikke i øvrigt findes konkrete muligheder for mindreudgifter.

Flere hospitaler er for øjeblikket i gang med en vanskelig omstillingsproces med henblik på at sikre budgetoverholdelse i 2010. Der er derfor behov for at inddrage hospitalsdirektionerne i arbejdet med at finde de modgående besparelser, således at der findes en løsning på problemet, der i videst muligt omfang tager hensyn til hospitalernes omstillingsprocesser. På den baggrund vil administrationen i dialog med hospitalerne nøje vurdere de mulige løsningsforslag og fremkomme med disse i 2. økonomirapport i juni måned.

Medicin på hospitalerne, løsningsforslag

Med udgangspunkt i den fortsatte høje udgiftsvækst vedrørende sygehusmedicin, der bidrager med ca. 60 mio. kr. af den samlede udgiftsvækst på 230 mio. kr., vil administrationen udarbejde en model, hvorefter der tilvejebringes et incitament for hospitalerne til at søge opnået en mere afdæmpet udgiftsudvikling i regionen. Det vil blive vurderet, om incitamentsstrukturen skal suppleres med en praktisk understøttelse af indsatsen.

Praksisområdet, løsningsforslag

Som nævnt forventes på praksisområdet et merforbrug på 144 mio. kr. på praksisydelser ekskl. medicin og et mindreforbrug på tilskud til medicinudgifter på 69 mio. kr.

Med hensyn til medicintilskud indebærer medicingarantiordningen, at såfremt de øvrige regioner også har et mindreforbrug på medicinområdet må det forventes, at regionerne i 2010 skal aflevere en del af besparelsen. Region Hovedstaden gennemfører allerede en betydelig indsats for rationel farmakoterapi, og der lægges ikke op til yderligere initiativer på området.

Med hensyn til praksisydelser i øvrigt kan regionen på områder, hvor der er indgået lokale aftaler, iværksætte udgiftsdæmpende aktiviteter, enten i form af opsigelse af indgåede aftaler eller ved i fælles forståelse med praksissektoren at ændre på disse samt søge at tilrettelægge adfærdsregulerende tiltag.

Administrationen vil tage initiativ til at indkalde repræsentanter for praksissektorens behandlere med henblik på en drøftelse af tiltag af udgiftsdæmpende karakter. Drøftelserne vil primært fokusere på almen praksis, speciallægepraksis og psykologer. Der vil blive lagt op til en dialog med henblik på effektivisering af patientforløb og deraf følgende opbremsning af udgiftsvæksten. Det forventes, at arbejdet med implementering af kronikerforløbene vil kunne understøtte denne udvikling. Herudover kan nævnes, at der vil blive set på laboratoriebetjeningen af praksissektoren.

Social – og specialundervisningsområdet samt regional udvikling

På social- og specialundervisningsområdet er den overordnede vurdering, at der er balance i det forventede regnskab for 2010.

På det regionale udviklingsområde vurderes det forventede regnskab tilsvarende at være i balance.

Bevillingsændringer på driftsbudgettet

Der forelægges en række bevillingsændringer i rapporten.

De væsentligste ændringer vedrører overførsler fra 2009 til 2010, hvor der søges genbevilget i alt 276,8 mio. kr.

Drift - Genbevillinger i 2010 (overførsel fra 2009)

Årets priser, mio. kr.	2010
Virksomheder sygehusbehandling	
A mager Hospital	-2,5
Bispebjerg Hospital	-5,0
Bornholms Hospital	2,5
Frederiksberg Hospital	-16,4
Frederikssund Hospital	2,5
Gentofte Hospital	15,4
Glostrup Hospital	0,0
Helsingør Hospital	-3,4
Hørlev Hospital	-41,0
Hillerød Hospital	-41,9
Hvidovre Hospital	0,0
Region Hovedstadens Apotek	3,2
Region Hovedstadens Psykiatri	1,4
Rigshospitalet	21,3
Sundhedsområdet, fælles	
Sygehusbehandling uden for regionen	0,0
Fælles driftsudgifter m.v.	87,9
Praksisområdet	0,0
Socialpsykiatri (Region Hovedstadens Psykiatri)	0,4
Region Hovedstaden - Handicap	9,9
Regional udvikling	218,7
Administration	23,9
I alt	276,8

Genbevillingerne på sundhedsområdet vedrører såvel mer- som mindreforbrug på de enkelte virksomheder og kontoen for fælles driftsudgifter og beløber sig netto i alt til 23,9 mio. kr. Hertil kommer genbevillinger vedrørende administrationsområdet på 23,9 mio. kr. På sundhedsområdet skyldes overførslerne blandt andet tilbagebetaling af merforbrug, forskydninger vedrørende forsknings- og kvalitetsprojekter m.m.

Bevillingsændringer på investeringsbudgettet

Der forelægges en række bevillingsændringer i rapporten.

De væsentligste ændringer vedrører overførsler fra 2009 til 2010, hvor der søges genbevilget i alt 898 mio. kr.

Investeringsområdet - overførsler af mindreforbrug

Årets priser, mio. kr.	Overførsler 2009-2010
Virksomheder sygehusbehandling	
Amager Hospital	1,0
Bispebjerg Hospital	64,8
Bornholms Hospital	4,8
Frederiksberg Hospital	23,0
Frederikssund Hospital	1,5
Gentofte Hospital	90,5
Glostrup Hospital	43,5
Helsingør Hospital	10,4
Herlev Hospital	140,6
Hillerød Hospital	66,8
Hvidovre Hospital	88,3
Region Hovedstadens Apotek	1,9
Region Hovedstadens Psykiatri	17,0
Rigshospitalet	137,7
Lokale investeringsrammer virksomheder	21,6
Fælles projekter sundhedsområdet	171,2
Social og handicapområdet	13,4
I alt	897,9

Det vedtagne investeringsbudget i 2010 udgør 1.089,0 mio. kr. ekskl. reservede midler til Kvalitetsfondsprojekter på 312 mio.kr.. I denne økonomirapport er indarbejdet en forhøjelse af investeringsbudgettet med 92,6 mio. kr. som følge af beslutninger truffet af regionsrådet siden budgetvedtagelsen. Samtidigt søges investeringsbudgettet i rapporten forhøjet med 897,9 mio. kr. vedrørende tidsforskydninger af projekter fra 2009 inkl. overførsler på lokale investeringsrammer. Tilførsler til investeringsrammen udgør i alt netto 4,3 mio. kr.

Investeringsbudgettet søges dermed samlet forøget med i alt 994,8 mio. kr. i 1. økonomirapport 2010.

Bevillingsændringer i 1. Økonomirapport 2010	Mio. kr.
Konsekvenser af projekter godkendt i 2009 (finansieres af driftsmidler)	2,1
Konsekvenser af projekter godkendt i 2010	90,5
Ændringer i lokale investeringsrammer (finansieres af driftsmidler)	4,3
Genbevilling af mindreforbrug 2009	897,9
I alt	994,8

Indtægtsdækket forskning

Der vil i 2. økonomirapport 2010 blive foretaget en teknisk genbevilling af ubrugte indtægtsdækkede forskningsmidler fra 2009.

Indtægter til sundhed

For så vidt angår den statslige og kommunale medfinansiering forudsættes det indtil videre, at der vil være budgetoverholdelse. Der er betydelig usikkerhed om den kommunale medfinansiering, idet der ikke er datagrundlag for en nærmere prognose for årsresultatet.

Finansielle poster i øvrigt

Den samlede likviditetsvirkning af budgetkorrektioner i rapporten kan specificeres som følger:

Likviditetsvirkning af budgetkorrektioner i 1. økonomirapport	
Primo kassebeholdning 2010 (mio. kr.)	1.126,0
Kasseforbrug i oprindeligt budget 2010	-302,7
Kasseforbrug sfa. varige bevillinger fra 3. og 4. økonomirapport	-0,2
Genbevillinger drift	
Sundhedsområdet m.v.	-23,9
Social- og specialundervisning	-10,3
Regional udvikling	-218,7
Administration	-23,9
Genbevillinger drift i alt	-276,8
Øvrige ændringer på driftsområdet	
Administration sag nr. 24 regionsrådet marts 10	-1,200
Tilpasning til takstbudget på det sociale område	-4,950
Øvrige ændringer på driftsområdet i alt	-6,150
Genbevillinger investering	
Sundhedsområdet inkl. lokale investeringsrammer og fælles projekter	-884,5
Social- og handicapområdet	-13,4
Genbevillinger investering i alt	-897,932
Øvrige ændringer på investeringsområdet	
Sag nr. 24 regionsrådet marts 10	-90,500
Budgetkorrektioner drift og investeringer i alt	-1.271,4
Ændringer i finansielle budgetposter	
Langfristet gæld, netto	9,1
Renter (forbedring)	10,8
Ændringer i egenkapitalen (Overdragelse af institutioner)	20,7
Deponeringer for lejemål til psykiatrien	-59,6
Ændringer i finansielle budgetposter i alt	-19,0
I alt kassetæk i 1. økonomirapport 2010	-1.290,4
Ultimo Kassebeholdning 2010 (ud fra bevillinger)	-467,2

* Det er forudsat at alle budgetændringer har likviditetsvirkning i 2010

Kassebeholdningen primo 2010 udgør 1.126,0 mio. kr.

Der forventes som konsekvens af økonomirapporten et forbrug på 1.290,4 mio. kr., der især kan henføres til genbevillinger af mindreforbrug i 2009 vedrørende såvel investerings- som driftsbudgettet.

Budgetkorrektionerne fører dermed til en ultimolikviditet på – 467,2 mio. kr., hvilket er mindre end den forudsatte ultimolikviditet i budget 2010 på 4,2 mio. kr. Den gennemsnitlige kassebeholdning efter kassekreditreglen skønnes ved udgangen af 2010 at udgøre 2,3 mia. kr.

Der er i den forventede ultimobeholdning 2010 ikke taget højde for den forventede ubalance (230 mio. kr.) på sundhedsområdet. Derudover er der ikke taget højde for den gældsafvikling på i alt 228 mio. kr. for Frederiksberg, Herlev og Hvidovre Hospitaler, der realiseres i løbet af 2011 og 2012.

Der er ikke indregnet krav fra finansministeriet vedrørende restafregningen af den kontante kompensation af mellemværende mellem staten og Region Hovedstaden vedrørende de tidligere Københavns og Frederiksborg amters skatterestancer for tidligere år. Beløbet udgør 145,7 mio. kr.

Videre proces

Af budget- og regnskabssystem for regioner fremgår, at der hvert kvartal – henholdsvis ultimo marts, ultimo juni, ultimo september og ultimo december – udarbejdes en oversigt, der giver en overordnet præsentation af det forventede årsresultat for hvert af de tre regionale aktivitetsområder, som regionernes økonomi er opdelt i. Oversigten skal ledsages af en analyse og vurdering af det forventede årsresultat samt en forklaring af afvigelser fra det budgetterede samt hvilke initiativer, evt. budgetafvigelser giver anledning til. Oversigten skal forelægges hvert kvartal for regionsrådets medlemmer og for medlemmerne af kommunalbestyrelsen i regionen. Oversigten forelægges for medlemmerne senest en måned efter opgørelsen – henholdsvis 1. februar, 1. maj, 1. august og 1. november. Oversigten sendes samtidig kvartalsvis til Indenrigs- og Socialministeriet.

Det indledende afsnit i denne økonomirapport vil blive anvendt til opfyldelse af informationsforpligtelsen.

Kapitel 2 Bevillingsområder

Udgiftsbudget 2010

Mio. kr., 2010-pris- og lønniveau	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrekationer 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Område Bevillingsniveau						
Virksomheder sygehusbehandling	18.482,5	18.543,3	550,3	19.093,6	19.093,6	0,0
Amager Hospital	370,3	365,0	-7,8	357,2	357,2	0,0
Bispebjerg Hospital	1.378,7	1.390,9	134,7	1.525,6	1.525,6	0,0
Bornholms Hospital	368,7	368,0	5,4	373,5	373,5	0,0
Frederiksberg Hospital	629,5	614,2	11,6	625,9	625,9	0,0
Frederikssund Hospital	202,4	207,4	31,6	239,0	239,0	0,0
Gentofte Hospital	1.067,7	1.094,6	123,1	1.217,7	1.217,7	0,0
Glostrup Hospital	1.328,7	1.253,5	125,0	1.378,5	1.378,5	0,0
Helsingør Hospital	163,2	159,7	8,9	168,6	168,6	0,0
Herlev Hospital	2.391,2	2.489,9	102,4	2.592,3	2.592,3	0,0
Hilleroed Hospital	2.100,5	2.082,9	-4,7	2.078,2	2.078,2	0,0
Hvidovre Hospital	1.948,9	1.949,7	-113,1	1.836,6	1.836,6	0,0
Region Hovedstadens Apotek	80,9	80,0	3,3	83,2	83,2	0,0
Region Hovedstadens Psykiatri	2.596,3	2.597,7	30,0	2.627,8	2.627,8	0,0
Rigshospitalet	3.855,7	3.889,7	99,9	3.989,6	3.989,6	0,0
Sundhedsområdet, fælles	3.382,9	3.327,2	-540,9	2.786,2	2.941,2	155,0
Sygehusbehandling uden for regionen	1.002,2	1.002,2	-7,3	994,8	994,8	0,0
Fælles driftsudgifter m.v.	2.380,7	2.325,0	-533,6	1.791,4	1.946,4	155,0
Praksisområdet	6.697,3	6.692,4	-1,8	6.690,7	6.766,1	75,5
Praksisområdet	6.697,3	6.692,4	-1,8	6.690,7	6.766,1	75,5
Socialpsykiatri (Region Hovedstadens Psykiatri)	-13,7	-17,8	0,5	-17,3	-17,3	0,0
Institutions og virksomhedsniveau (netto)	-13,7	-17,8	0,5	-17,3	-17,3	0,0
Region Hovedstaden - Handicap	-57,4	-57,2	14,8	-42,5	-42,5	0,0
Institutions og virksomhedsniveau (netto)	-57,4	-57,2	14,8	-42,5	-42,5	0,0
Regional udvikling	771,6	771,6	216,9	988,5	988,5	0,0
Kollektiv trafik	445,3	445,3	16,4	461,7	461,7	0,0
Erhvervsudvikling	121,8	121,8	83,2	204,9	204,9	0,0
Miljøområdet	129,1	129,1	-1,3	127,8	127,8	0,0
Øvrig regional udvikling	75,4	75,4	118,7	194,1	194,1	0,0
Administration	1.004,6	1.004,6	36,9	1.041,4	1.041,4	0,0
Sundhedsområdet	908,3	908,3	33,1	941,4	941,4	0,0
Socialområdet	21,1	21,1	0,7	21,8	21,8	0,0
Regional udvikling	75,2	75,2	3,0	78,2	78,2	0,0
I alt driftsvirksomhed	30.267,8	30.264,1	276,6	30.540,6	30.771,0	230,5
Investeringsbudget	1.376,9	1.376,9	981,3	2.358,2	2.358,2	0,0
Investering, social- og handicapområdet	23,9	28,0	13,4	41,4	41,4	0,0
Investering i alt	1.400,8	1.404,9	994,8	2.399,7	2.399,7	0,0
Nettodrifts- og investeringsudgifter i alt	31.668,6	31.669,0	1.271,4	32.940,3	33.170,7	230,5
Finansiering						
Renter	56,6	56,6	-10,8	45,8	45,8	0,0
Finansforskydninger	-146,8	-146,8	59,6	-87,2	-87,2	0,0
Lånoptagelse	-414,3	-414,3	-440,1	-854,4	-854,4	0,0
Afdrag på lån	312,2	312,2	431,0	743,2	743,2	0,0
Ændring i egenkapitalen	0,0	0,0	-20,7	-20,7	-20,7	0,0
Finansiering, sundhed	-30.328,3	-30.328,5	0,0	-30.328,5	-30.328,5	0,0
Finansiering, regional udvikling	-845,3	-845,3	0,0	-845,3	-845,3	0,0
I alt finansiering	-31.365,9	-31.366,1	19,0	-31.347,1	-31.347,1	0,0
Likviditetstræk *)	-302,7	-302,9	-1.290,4	-1.593,2	-1.823,6	-230,5

*) (-) = forbrug af likvide aktiver, (+) = kassehænlæggelse

Ajourført omkostningsbevilling og decentral investeringsramme 2010

Mio. kr., 2009-pris- og lønniveau	Nettodrifts-udgifter	Omkostnings- elementer i alt	Omkostnings- bevilling	Investerings- ramme
Område Bevillingsniveau				
Virksomheder sygehusbehandling	19.093,6	823,2	19.916,9	165,7
Amager Hospital	357,2	16,7	373,9	4,4
Bispebjerg Hospital	1.525,6	64,0	1.589,6	19,5
Bornholms Hospital	373,5	21,8	395,2	1,6
Frederiksberg Hospital	625,9	33,1	658,9	4,4
Frederikssund Hospital	239,0	4,5	243,6	0,6
Gentofte Hospital	1.217,7	31,2	1.248,9	21,8
Glostrup Hospital	1.378,5	64,7	1.443,2	6,3
Helsingør Hospital	168,6	3,5	172,0	0,5
Herlev Hospital	2.592,3	136,5	2.728,8	17,8
Hillerød Hospital	2.078,2	60,9	2.139,0	9,3
Hvidovre Hospital	1.836,6	98,6	1.935,2	45,8
Region Hovedstadens Apotek	83,2	10,9	94,1	6,8
Region Hovedstadens Psykiatri	2.627,8	88,7	2.716,5	11,6
Rigshospitalet	3.989,6	188,3	4.177,9	15,3
Sundhedsområdet, fælles	2.786,2	0,0	2.786,2	3,3
Sygehusbehandling uden for regionen	994,8	0,0	994,8	0,0
Fælles driftsudgifter m.v.	1.791,4	0,0	1.791,4	3,3
Praksisområdet	6.690,7	0,0	6.690,7	0,0
Praksisområdet	6.690,7	0,0	6.690,7	0,0
Socialpsykiatri (Region Hovedstadens Psykiatri)	-17,3	9,9	-7,4	15,5
Institutions og virksomhedsniveau	-17,3	9,9	-7,4	15,5
Region Hovedstaden - Handicap	-42,5	38,8	-3,7	15,6
Institutions og virksomhedsniveau	-42,5	38,8	-3,7	15,6
Regional udvikling	988,5	0,3	988,8	0,0
Kollektiv trafik	461,7	0,0	461,7	0,0
Erhvervsudvikling	204,9	0,0	204,9	0,0
Miljøområdet	127,8	0,3	128,1	0,0
Øvrig regional udvikling	194,1	0,0	194,1	0,0
Administration	1.041,4	-69,3	972,0	0,0
Sundhedsområdet	941,4	-65,4	876,0	0,0
Socialområdet	21,8	-2,2	19,6	0,0
Regional udvikling	78,2	-1,8	76,4	0,0
I alt	30.540,6	802,9	31.343,5	200,1

2.1 Amager Hospital

Økonomi

Amager Hospitals drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	263,1	278,3	-11,5	266,8	266,8	0,0
Øvrige driftsudgifter	113,7	93,2	4,1	97,3	97,3	0,0
Driftsudgifter i alt	376,8	371,6	-7,4	364,1	364,1	0,0
Indtægter	-6,5	-6,5	-0,4	-6,9	-6,9	0,0
Nettodriftsudgifter	370,3	365,0	-7,8	357,2	357,2	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	1,2	1,2	0,0	1,2	1,2	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	4,8	4,8	0,0	4,8	4,8	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	10,7	10,7	0,0	10,7	10,7	0,0
Omkostningselementer i alt	16,7	16,7	0,0	16,7	16,7	0,0
Omkostningsbevilling	387,0	381,7	-7,8	373,9	373,9	0,0
Investeringsramme	4,3	4,3	0,1	4,4	4,4	0,0

Indtægtsdækket forskning, Amager Hospital

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret Budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	3,7	3,7	0,0	3,7	3,7	0,0
Øvrige driftsudgifter	1,8	1,8	0,0	1,8	1,8	0,0
Driftsudgifter i alt	5,5	5,5	0,0	5,5	5,5	0,0
Indtægter	-5,5	-5,5	0,0	-5,5	-5,5	0,0
Nettodriftsudgifter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	-2,5
Nye tillægsbevillinger	-5,3
I alt	-7,8

Der søges i denne økonomirapport om bevillingsændringer på i alt -7,8 mio. kr. Beløbet er sammensat af genbevilling af merforbruget i 2009 på i alt -2,5 mio. kr., nedsættelse af driftsbudgettet på -3,6 mio. kr. som følge af takststyringsresultatet i 2009, afregning af blodprodukter på -1,1 mio. kr. samt en række mindre korrektioner.

Amager Hospital har som følge af regnskabsresultatet 2009 ekstra udfordringer i 2010. Det reducerede budget stiller skærpede krav til økonomistyringen, og hospitalet vil hurtigst muligt iværksætte tiltag for at sikre budgetoverholdelse i 2010.

Aktivitet

Aktivitetsbudget - Amager Hospital

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivinger	9.877	-170	9.707	9.707	0
Ambulante besøg	63.718	-496	63.222	63.222	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	293,39	-5,52	287,87	287,87	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	104,52	-0,98	103,54	103,54	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	397,91	-6,50	391,41	391,41	0,00

Note 1: inkl. produktivitetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.2 Bispebjerg Hospital

Økonomi

Bispebjerg Hospitals drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	1.235,0	1.247,9	88,9	1.336,7	1.336,7	0,0
Øvrige driftsudgifter	260,6	255,0	56,9	311,9	311,9	0,0
Driftsudgifter i alt	1.495,6	1.502,8	145,8	1.648,7	1.648,7	0,0
Indtægter	-116,9	-112,0	-11,1	-123,0	-123,0	0,0
Nettodriftsudgifter	1.378,7	1.390,9	134,7	1.525,6	1.525,6	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	5,6	5,6	0,0	5,6	5,6	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	18,7	18,7	0,0	18,7	18,7	0,0
Lagerforskydning	-0,3	-0,3	0,0	-0,3	-0,3	0,0
Afskrivninger	40,0	40,0	0,0	40,0	40,0	0,0
Omkostningselementer i alt	64,0	64,0	0,0	64,0	64,0	0,0
Omkostningsbevilling	1.442,7	1.454,9	134,7	1.589,6	1.589,6	0,0
Investeringsramme	21,0	21,0	-1,4	19,5	19,5	0,0

Indtægtsdækket forskning Bispebjerg Hospital

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektion 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	45,0	45,0	10,5	55,5	55,5	0,0
Øvrige driftsudgifter	34,9	34,9	16,4	51,3	51,3	0,0
Driftsudgifter i alt	79,9	79,9	26,9	106,8	106,8	0,0
Indtægter	-79,9	-79,9	-26,9	-106,8	-106,8	0,0
Nettodriftsudgifter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	-5,0
Nye tillægsbevillinger	139,7
I alt	134,7

Der søges i denne rapport om bevillingsændringer vedr. Bispebjerg Hospital på i alt 134,7 mio. kr. Beløbet er sammensat af overførsel af merforbrug fra 2009 på 5,0 mio. kr. og nye tillægsbevillinger i 2010 på 139,7 mio. kr. De største poster i forbindelse med nye tillægsbevillinger vedrører hospitalsplansflytninger netto på 49,9 mio. kr., regulering af takststyringsresultatet på 53,4 mio. kr., tilvækst vedr. medicin på 14,6 mio. kr. og meraktivitetsprojekter på 19,4 mio. kr.

Bispebjerg Hospital forventer budgetoverholdelse i 2010 som følge af gennemførelse af den udarbejdede spareplan.

Aktivitet

Aktivitetsbudget - Bispebjerg Hospital

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivinger	33.488	2.795	36.283	36.283	0
Ambulante besøg	234.546	-2.329	232.217	232.217	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	1.095,34	57,40	1.153	1.152,74	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	549,78	12,81	563	562,59	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	1.645,12	70,21	1.715,33	1.715,33	0,00

Note 1: inkl. produktivitetsskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

Bornholms Hospital

Økonomi

Bornholms Hospital drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	249,9	256,5	-2,3	254,2	254,2	0,0
Øvrige driftsudgifter	127,9	120,7	7,6	128,2	128,2	0,0
Driftsudgifter i alt	377,8	377,1	5,3	382,4	382,4	0,0
Indtægter	-9,1	-9,1	0,1	-9,0	-9,0	0,0
Nettodriftsudgifter	368,7	368,0	5,4	373,5	373,5	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	1,1	1,1	0,0	1,1	1,1	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	1,8	1,8	0,0	1,8	1,8	0,0
Lagerforskydning	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0
Afskrivninger	18,9	18,9	0,0	18,9	18,9	0,0
Omkostningselementer i alt	21,8	21,8	0,0	21,8	21,8	0,0
Omkostningsbevilling	390,4	389,8	5,4	395,2	395,2	0,0
Investeringsramme	0,8	0,8	0,8	1,6	1,6	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	2,5
Nye tillægsbevillinger	2,9
I alt	5,4

Der søges i 1. økonomirapport 2010 om bevillingsændringer vedr. Bornholms Hospital på i alt 5,4 mio. kr., som består af genbevillinger fra 2009 på 2,5 mio. kr. samt en række forskellige korrektioner på 2,9 mio. kr..

Der søges om en genbevilling på 2,5 mio. kr. som er et mindreforbrug fra regnskabet for 2009. Genbevillingen skal bruges til videreførelse af en række projekter herunder etablering af fællesjournal samt international rekruttering af læger.

Bornholms Hospital har haft en række budgetudfordringer i 2010 med et samlet tilpasningsbehov på i størrelsesordenen ca. 7 mio. kr. På den baggrund har hospitalet iværksat besparelser.

Bornholms Hospital forventer herefter at kunne overholde budgettet.

Aktivitet

Aktivitetsbudget - Bornholm Hospital

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivninger	7.285	0	7.285	7.285	0
Ambulante besøg	42.115	0	42.115	42.115	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	172,54	0,00	172,54	172,54	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	105,66	0,00	105,66	105,66	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	278,20	0,00	278,20	278,20	0,00

Note 1: inkl. produktivitetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.4 Frederiksberg Hospital

Økonomi

Frederiksberg Hospitals drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	496,2	485,0	-7,2	477,8	477,8	0,0
Øvrige driftsudgifter	208,6	204,6	24,4	229,0	229,0	0,0
Driftsudgifter i alt	704,8	689,6	17,2	706,8	706,8	0,0
Indtægter	-75,3	-75,3	-5,6	-80,9	-80,9	0,0
Nettodriftsudgifter	629,5	614,2	11,6	625,9	625,9	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	2,3	2,3	0,0	2,3	2,3	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	10,8	10,8	0,0	10,8	10,8	0,0
Lagerforskydning	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0
Afskrivninger	20,1	20,1	0,0	20,1	20,1	0,0
Omkostningslementer i alt	33,1	33,1	0,0	33,1	33,1	0,0
Omkostningsbevilling	662,5	647,3	11,6	658,9	658,9	0,0
Investeringsramme	3,6	3,6	0,8	4,4	4,4	0,0

Indtægtsdækket forskning Frederiksberg Hospital

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektion 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	22,0	0,0	0,0	22,0	22,0	0,0
Øvrige driftsudgifter	6,9	0,0	0,0	6,9	6,9	0,0
Driftsudgifter i alt	28,9	0,0	0,0	28,9	28,9	0,0
Indtægter	28,9	0,0	0,0	28,9	28,9	0,0
Nettodriftsudgifter	57,8	0,0	0,0	57,8	57,8	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	-16,4
Nye tillægsbevillinger	28,0
I alt	11,6

Der søges i denne rapport om bevillingsændringer på i alt netto 11,6 mio. kr.

Nogle af de væsentligste bevillingsændringer vedrører korrektioner, som følge af indarbejdelse af en række hospitalsplanændringer m.v.

Takststyringsresultatet for 2009 på -13,8 mio. kr. er indarbejdet i budgettet. Endvidere er indarbejdet -11,9 mio. kr. som følge af, at hospitalet ikke gennemfører det forudsatte effektiviseringskrav, der indebærer en aktivitetsstigning på 3,6 %.

Med hensyn til merforbruget fra 2009, der på baggrund af det korrigerede regnskabsresultat for 2009 udgør 49,3 mio. kr. indarbejdes tilbagebetaling i budgettet i 2010 med i alt -16,4 mio. kr., mens den resterende gældsafvikling på -32,9 mio. kr. indarbejdes i forbindelse med budgetlægnin-gen for 2011.

Frederiksberg Hospital har i løbet af januar og februar måned iværksat handlingsplanen og implementeringen forløber planmæssigt. Som et led i handlingsplanen er der sket egentlig afskedigelse af 45 medarbejdere. Afskedigelserne i administrationen er meddelt personalet i januar måned, mens afskedigelser i klinikken er sket i februar måned 2010.

Såfremt de nu igangsatte initiativer for hospitalet ikke er tilstrækkelige til at sikre budgetoverholdelse og afvikling af den oparbejdede gæld over to år, vil der være behov for at iværksætte yderligere initiativer.

Aktivitet

Aktivitetsbudget - Frederiksberg Hospital

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivinger	14.071	675	14.746	14.746	0
Ambulante besøg	96.665	19.408	116.073	116.073	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	459,17	28,24	487,41	487,41	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	201,94	45,68	247,61	247,61	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	661,11	73,92	735,03	735,03	0,00

Note 1: inkl. produktivitetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.5 Frederikssund Hospital

Økonomi

Frederikssund Hospitals drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	139,7	140,1	29,8	169,9	169,9	0,0
Øvrige driftsudgifter	66,5	71,0	20,6	91,6	91,6	0,0
Driftsudgifter i alt	206,1	211,1	50,3	261,4	261,4	0,0
Indtægter	-3,7	-3,7	-18,7	-22,4	-22,4	0,0
Nettodriftsudgifter	202,4	207,4	31,6	239,0	239,0	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,7	0,7	0,0	0,7	0,7	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	1,3	1,3	0,0	1,3	1,3	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	2,5	2,5	0,0	2,5	2,5	0,0
Omkostningselementer i alt	4,5	4,5	0,0	4,5	4,5	0,0
Omkostningsbevilling	207,0	212,0	31,6	243,6	243,6	0,0
Investeringsramme	0,6	0,6	0,0	0,6	0,6	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	2,5
Nye tillægsbevillinger	29,1
I alt	31,6

Der søges i alt om bevillingsændringer for 31,6 mio. kr. i 1. økonomirapport.

2,5 mio. kr. vedrører overførsel af mindreforbrug fra 2009.

Administrationen af Montebello flyttes til Frederikssund Hospital og indgår fremover som en afdeling på hospitalet. Nettobudgettet udgør 18,5 mio. kr. Herudover flyttes skadestuens budget på 15,1 mio. kr. fra Hillerød Hospital som følge af hospitalsplanen.

Desuden reduceres budgettet med 3 mio. kr., idet hospitalet ikke forventer at kunne levere svarende til præstationskravet. Aktivitetsbudgettet reguleres modsvarende.

Frederikssund Hospital forventer at overholde budgettet.

Aktivitet

Aktivitetsbudget - Frederikssund Hospital

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivninger	7.066	-26	7.040	7.040	0
Ambulante besøg	10.645	19.359	30.005	30.005	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	253,84	1,48	255,32	255,32	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	25,52	17,38	42,90	42,90	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	279,36	18,86	298,22	298,22	0,00

Note 1: inkl. produktivitetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.6 Gentofte Hospital

Økonomi

Gentofte Hospitals drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	792,0	812,2	95,1	907,3	907,3	0,0
Øvrige driftsudgifter	376,3	380,6	42,9	423,5	423,5	0,0
Driftsudgifter i alt	1.168,3	1.192,8	138,0	1.330,8	1.330,8	0,0
Indtægter	-100,6	-98,2	-14,9	-113,1	-113,1	0,0
Nettodriftsudgifter	1.067,7	1.094,6	123,1	1.217,7	1.217,7	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	3,6	3,6	0,0	3,6	3,6	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	9,1	9,1	0,0	9,1	9,1	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	18,5	18,5	0,0	18,5	18,5	0,0
Omkostningsselementer i alt	31,2	31,2	0,0	31,2	31,2	0,0
Omkostningsbevilling	1.098,9	1.125,8	123,1	1.248,9	1.248,9	0,0
Investeringsramme	16,8	16,8	5,0	21,8	21,8	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	15,4
Nye tillægsbevillinger	107,6
I alt	123,1

Der er i alt bevillingsændringer for 123,1 mio. kr. i 1. økonomirapport.

Der søges om genbevilling af 15,4 mio. kr. som er et mindreforbrug fra regnskabet for 2009. Genbevillingerne omfatter især forskningsmidler og midler til afholdelse af udgifter inden for den almindelige drift, som på grund af periodeforskydninger først kommer til udbetaling i 2010.

En række budgetflytninger som følge af hospitalsplanen indebærer netto en tilførsel på 16,3 mio. kr.

Der tilføres 13,9 mio. kr. til vækst i sygehusmedicin, 82,1 mio. kr. til aktivitetsvækst og endeligt forøges indtægtsbudgettet med 14,9 mio. kr. På de nævnte områder er der tale om budgetreguleringer, således at budgetniveauet kommer til at svare til regnskabsniveauet i 2009.

Hertil kommer en række andre budgetomplaceringer blandt andet som følge af ændret afregning for blodprodukter.

Gentofte Hospital forventer budgetoverholdelse.

Indtægtsdækket forskning Gentofte Hospital

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektion 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	16,0	16,0	0,0	16,0	16,0	0,0
Øvrige driftsudgifter	12,0	12,0	0,0	12,0	12,0	0,0
Driftsudgifter i alt	28,0	28,0	0,0	28,0	28,0	0,0
Indtægter	-28,0	-28,0	0,0	-28,0	-28,0	0,0
Nettodriftsudgifter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Aktivitet**Aktivitetsbudget - Gentofte Hospital**

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivinger	21.900	114	22.014	22.014	0
Ambulante besøg	236.606	1.856	238.462	238.462	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	807,42	0,96	808,38	808,38	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	584,16	7,18	591,33	591,33	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	1.391,58	8,13	1.399,71	1.399,71	0,00

Note 1: inkl. produktivitetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.7 Glostrup Hospital

Økonomi

Glostrup Hospitals drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	1.154,4	1.096,2	51,8	1.148,0	1.148,0	0,0
Øvrige driftsudgifter	324,4	323,8	64,3	388,1	388,1	0,0
Driftsudgifter i alt	1.478,8	1.420,0	116,1	1.536,1	1.536,1	0,0
Indtægter	-150,1	-166,5	8,9	-157,6	-157,6	0,0
Nettodriftsudgifter	1.328,7	1.253,5	125,0	1.378,5	1.378,5	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	5,2	5,2	0,0	5,2	5,2	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	11,9	11,9	0,0	11,9	11,9	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	47,6	47,6	0,0	47,6	47,6	0,0
Omkostningselementer i alt	64,7	64,7	0,0	64,7	64,7	0,0
Omkostningsbevilling	1.393,4	1.318,2	125,0	1.443,2	1.443,2	0,0
Investeringsramme	10,0	6,3	0,0	6,3	6,3	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	0,0
Nye tillægsbevillinger	125,0
I alt	124,9

Der er i alt bevillingsændringer for 125,0 mio. kr. i 1. økonomirapport.

Budgetflytninger som følge af hospitalsplanen indebærer netto en budgettilførsel på 53,6 mio. kr.

Der tilføres 36,3 mio. kr. til vækst i sygehusmedicin, 20,1 mio. kr. som følge af meraktivitetsordningen og endeligt nedsættes indtægtsbudgettet med 8,9 mio. kr. På de nævnte områder er der tale om budgetreguleringer, således at budgetniveauet kommer til at svare til regnskabsniveauet i 2009.

Hertil kommer en række andre budgetomplaceringer blandt andet som følge af ændret afregning for blodprodukter.

Glostrup Hospital har væsentlige udfordringer i forhold til økonomistyringen blandt andet som følge af hospitalsplanændringerne, der stiller store krav til omstillinger og personaletilpasninger inden for et kort tidsrum. På den baggrund har direktionen fra årets start indført restriktioner i forhold til afdelingernes dispositionsret, herunder ansættelsesstop, begrænsninger i indkøb m.v. samt tæt økonomipåfølgning for at opnå budgetoverholdelse. Endvidere er det nødvendigt – i mindre omfang – at reducere personalet på enkelte tværgående afdelinger.

Indtægtsdækket forskning, Glostrup Hospital

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret Budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	45,0	45,0	0,0	45,0	45,0	0,0
Øvrige driftsudgifter	5,0	5,0	0,0	5,0	5,0	0,0
Driftsudgifter i alt	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0,0
Indtægter	-50,0	-50,0	0,0	-50,0	-50,0	0,0
Nettodriftsudgifter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Aktivitet

Aktivitetsbudget - Glostrup Hospital

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivninger	25.351	-952	24.399	24.399	0
Ambulante besøg	254.184	8.701	262.885	262.885	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	773,77	80,08	853,86	853,86	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	573,07	21,92	594,99	594,99	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	1.346,84	102,00	1.448,85	1.448,85	0,00

Note 1: inkl. produktivitetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.8 Helsingør Hospital

Økonomi

Helsingør Hospitals drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	119,8	121,1	1,3	122,4	122,4	0,0
Øvrige driftsudgifter	45,8	41,0	7,0	48,0	48,0	0,0
Driftsudgifter i alt	165,6	162,0	8,4	170,4	170,4	0,0
Indtægter	-2,4	-2,4	0,5	-1,8	-1,8	0,0
Nettodriftsudgifter	163,2	159,7	8,9	168,6	168,6	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,6	0,6	0,0	0,6	0,6	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	1,8	1,8	0,0	1,8	1,8	0,0
Omkostningselementer i alt	3,5	3,5	0,0	3,5	3,5	0,0
Omkostningsbevilling	166,7	163,1	8,9	172,0	172,0	0,0
Investeringsramme	0,5	0,5	0,0	0,5	0,5	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	-3,4
Nye tillægsbevillinger	12,3
I alt	8,9

Der søges i denne rapport om bevillingsændringer for netto i alt 8,9 mio. kr.

De væsentligste bevillingsændringer vedrører ændringer i budgettet som følge af takststyringsresultatet for 2009, etablering af en fælles afregningsordning for blodbanksydelser. Hertil kommer andre bevillingsændringer, blandt andet midler til dækning af vagtforpligtigelse mm.

Endelig reduceres 2010 bevillingen som følge af et merforbrug på 3,4 mio. kr. i 2009.

Helsingør Hospital har på baggrund af merforbruget i 2009 igangsat en handlingsplan for budgetoverholdelse i 2010 i størrelsesordenen 5,5 mio. kr. Planen har medført afskedigelse af i alt 9 personer, og medfører bl.a. omlægning af et 7-døgns sengeafsnit til et 5-døgns sengeafsnit, samt øvrige nedjusteringer i normeringerne.

Det er Helsingør Hospitals forventning, at 2010 vil blive et vanskeligt år på grund af overførslen af merforbruget fra 2009. Hospitalsdirektionen har derfor stor opmærksomhed på økonomi- og aktivitetsstyringen i 2010.

Aktivitet

Aktivitetsbudget - Helsingør Hospital

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivninger	7.354	0	7.354	7.354	0
Ambulante besøg	7.904	0	7.904	7.904	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	155,61	0,00	155,61	155,61	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	16,99	0,00	16,99	16,99	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	172,61	0,00	172,61	172,61	0,00

Note 1: inkl. produktivitetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.9 Herlev Hospital

Økonomi

Herlev Hospitals drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	1.692,7	1.803,4	13,7	1.817,2	1.817,2	0,0
Øvrige driftsudgifter	897,2	889,5	106,4	995,9	995,9	0,0
Driftsudgifter i alt	2.589,9	2.692,9	120,1	2.813,0	2.813,0	0,0
Indtægter	-198,7	-203,0	-17,7	-220,7	-220,7	0,0
Nettodriftsudgifter	2.391,2	2.489,9	102,4	2.592,3	2.592,3	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	7,7	7,7	0,0	7,7	7,7	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	17,2	17,2	0,0	17,2	17,2	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	111,6	111,6	0,0	111,6	111,6	0,0
Omkostningselementer i alt	136,5	136,5	0,0	136,5	136,5	0,0
Omkostningsbevilling	2.527,7	2.626,4	102,4	2.728,8	2.728,8	0,0
Investeringsramme	17,8	17,8	0,0	17,8	17,8	0,0

Indtægtsdækket forskning, Herlev Hospital

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektion 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	30,0	30,0	0,0	30,0	30,0	0,0
Øvrige driftsudgifter	12,0	12,0	0,0	12,0	12,0	0,0
Driftsudgifter i alt	42,0	42,0	0,0	42,0	42,0	0,0
Indtægter	-42,0	-42,0	0,0	-42,0	-42,0	0,0
Nettodriftsudgifter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	-41,0
Nye tillægsbevillinger	143,4
I alt	102,4

Der søges i denne rapport om bevillingsændringer på i alt netto 102,4 mio. kr.

De væsentligste bevillingsændringer er en følge af takststyringsresultatet for 2009, etablering af en fælles afregningsordning for blodbanksydelser samt tilførsel som følge af medicinvækst i 2009. Hertil kommer andre mindre bevillingsændringer.

Endvidere videreføres merforbruget fra 2009, der på baggrund af det korrigerede regnskabsresultat for 2009 udgør 123,9 mio. kr. I den sammenhæng reduceres budgettet i 2010 med i alt 41 mio. kr., mens det resterende merforbrug fra 2009 på 82,9 mio. kr. indarbejdes i forbindelse med budgetlægningen for 2011.

Herlev Hospital arbejder intensivt med gennemførelse af den økonomiske genopretningsplan.

Udviklingen i lønforbruget viser en faldende tendens fra januar til februar, men i et mindre omfang end forudsat i genopretningsplanen, hvilket skyldes tidsforskydning i nedbringelse af lønforbruget i forhold til forudsætningerne i genopretningsplanen. Det er på nuværende tidspunkt vurderingen, at afdelingerne er på vej ned i det niveau for antal ansatte, der er aftalt i genopretningsplanen, og målet er, så vidt muligt, at indhente merforbruget fra starten af året i den sidste del af året.

En væsentlig parameter for nedbringelse af lønforbruget er at opnå effekt ved en fortsat fastholdelse af ansættelsesstoppet. Direktionens strategi er at fastholde ansættelsesstoppet indtil effekten af de forudsatte besparelser ses, men i en række konkrete tilfælde må ansættelsesstoppet dog fraviges af hensyn til en forsvarlig patientbehandling og for ikke at påvirke produktionen.

Det er fortsat en samlet vurdering, at der er stor usikkerhed om hospitalets økonomiske nettoresultat i 2010, men fortsat målsætningen at gennemføre genopretningsplanen over to år.

Såfremt initiativerne til overholdelse af genopretningsplanen ikke er tilstrækkelige i de kommende måneder, vil der blive taget initiativ til igangsættelse af yderligere tiltag.

Aktivitet

Aktivitetsbudget - Herlev Hospital

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivinger	57.153	-449	56.705	56.705	0
Ambulante besøg	433.786	-5.554	428.231	428.231	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	1.641,29	-11,85	1.629	1.629,44	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	1.236,81	-17,45	1.219	1.219,37	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	2.878,11	-29,29	2.848,81	2.848,81	0,00

Note 1: inkl. produktivitetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt, i det konsekvenserne for produktionen af en hurtig nedbringelse af lønforbruget søges minimeret.

2.10 Hillerød Hospital

Økonomi

Hillerød Hospitals drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	1.544,4	1.523,0	4,4	1.527,4	1.527,4	0,0
Øvrige driftsudgifter	682,1	687,6	-13,2	674,4	674,4	0,0
Driftsudgifter i alt	2.226,5	2.210,6	-8,8	2.201,8	2.201,8	0,0
Indtægter	-126,0	-127,7	4,0	-123,6	-123,6	0,0
Nettodriftsudgifter	2.100,5	2.082,9	-4,7	2.078,2	2.078,2	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	9,7	9,7	0,0	9,7	9,7	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	17,8	17,8	0,0	17,8	17,8	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	33,4	33,4	0,0	33,4	33,4	0,0
Omkostningselementer i alt	60,9	60,9	0,0	60,9	60,9	0,0
Omkostningsbevilling	2.161,3	2.143,8	-4,7	2.139,0	2.139,0	0,0
Investeringsramme	8,5	8,5	0,9	9,3	9,3	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	-41,9
Nye tillægsbevillinger	-4,7
I alt	-46,6

De samlede korrektioner i 1. økonomirapport udgør -4,7 mio. kr., eksklusiv et forventet merforbrug i 2009 på ca. -41,9 mio. kr.

Den væsentligste korrektion er resultatet af takststyringen på 60,2 mio. kr. Korrektioner som følge af hospitalsplansflytninger udgør ca. -33 mio. kr., og indeholder flytning af lungecancerudredning og ændret opgavefordeling vedrørende øre-næse-hals specialet. Derudover er indarbejdet organisatorisk udskillelse af skadestue til hhv. Helsingør Hospital og Frederikssund Hospital.

Som følge af, at hospitalerne fra 2010 skal afregne for forbrug på blodprodukter er der derudover tilført Hillerød Hospital 21 mio. kr. Derudover er medicinbudgettet reduceret med 17,1 mio. kr.

Endelig er Hillerød Hospitals budget reduceret med 41,9 mio. kr. som følge af det opgjorte merforbrug i 2009.

Hillerød Hospital ser med bekymring på budgetoverholdelse i 2010, men forventer på nuværende tidspunkt, at budgettet for 2010 kan overholdes. For at sikre budgetoverholdelse i 2010 har hospitalet gennemført kvalificeret ansættelsesstop og igangsat en taskforce, som skal analysere alle afdelingsbudgetter.

Konkret beregnes fremmødeplaner for alle afsnit/afdelinger og dermed baseres styringen fremover i højere grad på fremmødeplaner frem for lønsum. Dette resulterer i løbende tilpasninger af afdelingsbudgetterne frem til juni 2010. I takt med, at processen varer 4-5 måneder vil personaletilpas-

ningerne i vid udstrækning ske ved naturlig afgang, omplaceringer til vakante stillinger mv., men afskedigelser kan ikke udelukkes. Ansættelsesstoppet forventes først ophævet, når taskforce processen er afsluttet.

Indtægtsdækket forskning, Hillerød Hospital

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret Budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt Budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter						
Øvrige driftsudgifter						
Driftsudgifter i alt	22,3	18,7	0,0	18,7	18,7	0,0
Indtægter	-22,3	-18,7	0,0	-18,7	-18,7	0,0
Nettodriftsudgifter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Aktivitet

Aktivitetsbudget - Hillerød Hospital

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivninger	56.195	14	56.208	56.208	0
Ambulante besøg	287.846	-20.955	266.891	266.891	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	1.316,15	-0,37	1.315,78	1.315,78	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	719,13	-20,67	698,46	698,46	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	2.035,28	-21,04	2.014,24	2.014,24	0,00

Note 1: inkl. produktivitetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.11 Hvidovre Hospital

Økonomi

Hvidovre Hospitals drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	1.527,6	1.533,7	-152,7	1.381,0	1.381,0	0,0
Øvrige driftsudgifter	584,2	578,9	44,5	623,4	623,4	0,0
Driftsudgifter i alt	2.111,8	2.112,6	-108,2	2.004,4	2.004,4	0,0
Indtægter	-162,9	-162,9	-4,9	-167,8	-167,8	0,0
Nettodriftsudgifter	1.948,9	1.949,7	-113,1	1.836,6	1.836,6	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	6,9	6,9	0,0	6,9	9,7	2,8
Hensættelse til tjenestemandspension	14,5	14,5	0,0	14,5	15,0	0,5
Lagerforskydning	-0,2	-0,2	0,0	-0,2	-0,2	0,0
Afskrivninger	77,4	77,4	0,0	77,4	80,4	3,0
Omkostningselementer i alt	98,6	98,6	0,0	98,6	104,9	6,3
Omkostningsbevilling	2.047,4	2.048,3	-113,1	1.935,2	1.941,5	6,3
Investeringsramme	30,4	31,0	15,4	45,8	45,8	0,0

Indtægtsdækket forskning, Hvidovre Hospital

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret Budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt Budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	55,8	55,8		55,8	55,8	0,0
Øvrige driftsudgifter	40,4	40,4		40,4	40,4	0,0
Driftsudgifter i alt	96,2	96,2	0,0	96,2	96,2	0,0
Indtægter	-96,2	-96,2		-96,2	-96,2	0,0
Nettodriftsudgifter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	0,0
Nye tillægsbevillinger	-113,1
I alt	-113,1

Der søges i denne rapport om bevillingsændringer vedr. Hvidovre Hospital på i alt -113 mio. kr.

De væsentligste bevillingsændringer vedrører hospitalsplanen, som netto betyder en budgetreduktion på ca. -134 mio. kr., og vedrører budgetudskillelse af behandlign af traumatisk hjerneskade, apopleksi og reumatologi til Glostrup Hospital, i alt -115 mio. kr. Beløbet rummer derudover flytning af intern medicin, apopleksi, reumatologi og urologi til Frederiksberg Hospital, i alt -54 mio. kr. samt indflytning af geriatri og medicinsk optageområde fra Glostrup Hospital til Hvidovre Hospital på i alt 53 mio. kr. Endelig rummer de -134 mio. kr. flytning af kirurgisk optageområde på Amager til Bispebjerg Hospital, -17 mio. kr.

Der tilføres budget til takstbelagte ydelser på 14 mio. kr. Herudover er der tilført budget på 15 mio. kr. grundet vækst i medicinudgifter. Der tilføres budget til opnormering af HNPCC svarende til 1,6

mio. kr. Budgettet nedjusteres med 17,6 mio. kr., som følge af, at produktivetskravet på yderligere 1,6 % ikke forventes opfyldt.

Hvidovre Hospital havde et korrigeret merforbrug i 2009 på 112 mio. kr. I februar måned blev der i handlingsplanen forudsat et underskud på driften på 70 mio. kr. i 2009, og sparemålet i 2010 fastsat til 107 mio. kr., der er implementeret på nuværende tidspunkt.

I mødesagen, som blev forelagt regionsrådet i marts 2010 forventedes merforbruget i 2009 at være i størrelsesordenen 120 – 130 mio. kr., og på den baggrund blev det oplyst, at den igangsatte handlingsplan ikke var tilstrækkelig, og at der måtte udarbejdes en ny handlingsplan med supplerende initiativer på i alt ca. 70 mio. kr. De supplerende initiativer skal sikre budgetoverholdelse i 2010 og påbegyndelse af afvikling af den oparbejdede gæld fra 2011. Den seneste forbedring af regnskabsresultatet for 2009 på ca. 15 mio. kr. skyldes, at det endelige aktivitetsregnskab er blevet bedre end forventet. Det er vurderingen, at det forbedrede resultat ikke tilsiger ændringer i planerne for ny handlingsplan og gældsafvikling.

Hvidovre Hospital ser fortsat på muligheden for at overholde budgettet for 2010 med stor bekymring. Hospitalet er i gang med at udarbejde den supplerende handlingsplan.

Aktivitet

Aktivitetsbudget - Hvidovre Hospital

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivninger	58.515	-1.049	57.467	57.467	0
Ambulante besøg	296.072	-14.148	281.924	281.924	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	1.578,59	-100,64	1.478	1.477,95	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	704,39	-32,76	672	671,63	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	2.282,98	-133,40	2.149,58	2.149,58	0,00

Note 1: inkl. produktivetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.12 Rigshospitalet

Økonomi

Rigshospitalet drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	3.580,0	3.595,3	-57,4	3.537,9	3.537,9	0,0
Øvrige driftsudgifter	2.601,4	2.603,2	355,4	2.958,6	2.958,6	0,0
Driftsudgifter i alt	6.181,4	6.198,5	298,0	6.496,5	6.496,5	0,0
Indtægter	-2.325,6	-2.308,8	-198,1	-2.506,9	-2.506,9	0,0
Nettodriftsudgifter	3.855,7	3.889,7	99,9	3.989,6	3.989,6	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	16,3	16,3	0,0	16,3	16,3	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	27,6	27,6	0,0	27,6	27,6	0,0
Lagerforskydning	-0,2	-0,2	0,0	-0,2	-0,2	0,0
Afskrivninger	144,6	144,6	0,0	144,6	144,6	0,0
Omkostningselementer i alt	188,3	188,3	0,0	188,3	188,3	0,0
Omkostningsbevilling	4.044,0	4.078,0	99,9	4.177,9	4.177,9	0,0
Investeringsramme	15,3	15,3	0,0	15,3	15,3	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	21,3
Nye tillægsbevillinger	78,5
I alt	99,9

Der er i alt bevillingsændringer for 99,9 mio. kr. i 1. økonomirapport.

21,3 mio. kr. vedrører overførsel af mindreforbrug for 2009.

De største ændringer vedrører tilførsel til dækning af vækst i medicinudgifter i 2009, justering af indtægtsbudgettet samt tilførsel som følge af resultatet af takststyringsordningen i 2009. Derudover tilføres Blodbanken et indtægtsbudget på 70,3 mio. kr., idet der fremover afregnes for blodprodukter mellem Blodbanken og hospitalerne.

Rigshospitalet har opstillet en plan for økonomisk balance i 2010, der bl.a. indebærer personalereduktioner. Opfølgning på planen er sat i gang, og der er særligt fokus på tidsforskydninger i forbindelse med de gennemførte personalereduktioner. Hospitalet vil løbende vurdere, om der er behov for yderligere tiltag.

Indtægtsdækket forskning, Rigshospitalet

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret Budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt Budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	149,8	149,8		149,8	149,8	0,0
Øvrige driftsudgifter	170,0	170,0		170,0	170,0	0,0
Driftsudgifter i alt	319,8	319,8	0,0	319,8	319,8	0,0
Indtægter	-319,8	-319,8		-319,8	-319,8	0,0
Nettodriftsudgifter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Aktivitet**Aktivitetsbudget - Rigshospitalet**

	Oprindelig budget ¹	Korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygehusudskrivninger	85.758	3.029	88.787	88.787	0
Ambulante besøg	545.763	16.198	561.960	561.960	0
DRG-produktionsværdi - mio. kr.	3.687,36	140,13	3.827,49	3.827,49	0,00
DAGS-produktionsværdi - mio. kr. excl. medicin	1.647,29	53,51	1.700,80	1.700,80	0,00
Produktionsværdi i alt - mio. kr.	5.334,65	193,63	5.528,29	5.528,29	0,00

Note 1: inkl. produktivitetskrav

Aktivitetsbudgettet er korrigeret som følge af budgetkorrektioner mv. Aktivitetsbudgettet forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.13 Region Hovedstadens Psykiatri

Økonomi

Region Hovedstadens Psykiatri drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	2.236,2	2.252,3	13,0	2.265,3	2.265,3	0,0
Øvrige driftsudgifter	452,9	450,3	67,8	518,1	518,1	0,0
Driftsudgifter i alt	2.689,1	2.702,7	80,8	2.783,4	2.783,4	0,0
Indtægter	-92,8	-104,9	-50,7	-155,6	-155,6	0,0
Nettodriftsudgifter	2.596,3	2.597,7	30,0	2.627,8	2.627,8	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	10,2	10,2	0,0	10,2	10,2	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	20,9	20,9	0,0	20,9	20,9	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	57,6	57,6	0,0	57,6	57,6	0,0
Omkostningselementer i alt	88,7	88,7	0,0	88,7	88,7	0,0
Omkostningsbevilling	2.685,0	2.686,5	30,0	2.716,5	2.716,5	0,0
Investeringsramme	10,5	10,5	1,1	11,6	11,6	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	1,4
Nye tillægsbevillinger	28,7
I alt	30,0

Region Hovedstadens Psykiatri består af to bevillingsområder; psykiatrien og socialpsykiatrien. Nedenstående vedrører bevillingsområdet psykiatri. Bevillingsområdet socialpsykiatri er beskrevet i afsnit 2.17.

Der søges i denne økonomirapport om bevillingsændringer på i alt 30,0 mio. kr.

De væsentligste tilførsler på i alt 21 mio. kr. vedrører udvidelse af kapaciteten på spiseforstyrrelsesområdet, etablering af behandlingsklinikker for at sikre, at regionen kan overholde de nye regler om udvidet frit valg. Derudover er indarbejdet budget til etableringsudgifter til udvidelse af kapaciteten på Klinik for Spiseforstyrrelser.

Derudover søges der om en række bevillingsændringer som bl.a. vedrører vækst i medicinudgifter, iværksættelse af Lean-forløb med henblik på at reducere ventelisterne og øge effektiviteten i behandlingspsykiatrien, seniorbonus samt en række mindre korrektioner.

Som følge af regnskabsresultatet for 2009 søges der om en overførsel til 2010 på i alt 1,4 mio. kr.

Det samlede mindreforbrug er sammensat af dels merindtægter vedrørende tidsforskydninger mellem udgifter og indtægter på satspuljemidlerne på i alt -26,8 mio. kr. og dels et underskud på driften på i alt 25,4 mio. kr. Underskuddet på driften fordeler sig på flere centre, og der er lavet konkrete aftaler med de pågældende centre om en afvikling af gælden over to år.

Med de ovenstående bevillingsændringer forventer Region Hovedstadens Psykiatri på nuværende tidspunkt at overholde budgettet i 2010.

Aktivitet

Aktivitetsmålene for 2010 forventes på nuværende tidspunkt overholdt.

2.14 Region Hovedstadens Apotek

Økonomi

Apotek drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	164,9	164,9	10,0	174,9	174,9	0,0
Øvrige driftsudgifter	14,7	13,8	-6,8	7,0	7,0	0,0
Driftsudgifter i alt	179,6	178,7	3,3	181,9	181,9	0,0
Indtægter	-98,7	-98,7	0,0	-98,7	-98,7	0,0
Nettodriftsudgifter	80,9	80,0	3,3	83,2	83,2	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,7	0,7	0,0	0,7	0,7	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	1,6	1,6	0,0	1,6	1,6	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	8,5	8,5	0,0	8,5	8,5	0,0
Omkostningsselementer i alt	10,9	10,9	0,0	10,9	10,9	0,0
Omkostningsbevilling	91,7	90,8	3,3	94,1	94,1	0,0
Investeringsramme	6,8	6,8	0,0	6,8	6,8	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	3,2
Nye tillægsbevillinger	0,1
I alt	3,3

Der er i alt bevillingsændringer for 3,3 mio. kr.

Der søges om genbevilling af 3,2 mio. kr., som er et mindreforbrug fra regnskabet for 2009. Genbevillingen anvendes til opbygning af apotekets lagerbeholdning, da apotekets omsætning gennem de seneste år er øget markant.

Udover genbevillingen er der enkelte mindre budgetomplaceringer.

Apoteket forventer budgetoverholdelse.

2.15 Sundhedsområdet, fælles

Bevillingsområdet er delt i to adskilte bevillingsområder:

- Sygehusbehandling uden for regionen
- Fælles driftsudgifter m.v. på sundhedsområdet

2.15.1 Sygehusbehandling uden for regionen

Sygehusbehandling uden for regionen

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Øvrige driftsudgifter	1.002,2	1.002,2	-7,3	994,8	994,8	0,0
Nettodriftsudgifter	1.002,2	1.002,2	-7,3	994,8	994,8	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	0,0
Nye tillægsbevillinger	-7,3
I alt	-7,3

Budgettet til sygehusbehandling uden for regionen forventes overholdt. Prognosen vedrørende sygehusbehandling uden for regionen er dog på nuværende tidspunkt behæftet med betydelig usikkerhed.

Prognoseusikkerheden knytter sig i høj grad til størrelsen af forbruget vedrørende udvidet frit sygehusvalg, som i slutningen af 2008 og første halvår 2009 har været præget af suspensionen af ordningen samtidig med, at der efter udbud er indgået aftaler med private sygehuse om skanninger, grå stær operationer og ortopædkirurgiske operationer. Samtidig hermed er der gjort en indsats for at behandle patienterne på regionens egen afdelinger frem for at patienterne har skullet benytte det udvidede frie sygehusvalg.

2.15.2 Fællesudgifter m.v. på sundhedsområdet

Sundhedsområdet - fællesdriftsudgifter m.v.

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	1.610,8	1.558,5	-304,8	1.253,7	1.253,7	0,0
Øvrige driftsudgifter	1.068,1	1.050,3	-217,9	832,4	977,4	145,0
Driftsudgifter i alt	2.678,9	2.608,9	-522,7	2.086,1	2.231,1	145,0
Indtægter	-298,2	-283,8	-10,9	-294,8	-284,8	10,0
Nettodriftsudgifter	2.380,7	2.325,0	-533,6	1.791,4	1.946,4	155,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningselementer i alt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningsbevilling	2.380,7	2.325,0	-533,6	1.791,4	1.946,4	155,0
Investeringsramme	0,0	0,0	3,3	3,3	3,3	0,0

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	87,9
Nye tillægsbevillinger	-621,5
I alt	-533,6

Der forventes et merforbrug på i alt 155 mio. kr. Beløbet består af 95 mio. kr. vedrørende aktivitet på hospitalerne (85 mio. kr.) og mindreindtægter for færdigbehandlede (10 mio. kr.). Derudover er indeholdt en forventet merudgift på 60 mio. kr. vedrørende medicin på hospitalerne.

Der kan nævnes følgende væsentlige budgetkorrektioner:

- Tilførsel til virksomhederne på i alt 347,5 mio. kr. som følge af takststyring og mindreindtægter fra andre regioner
- Tilførsel til virksomhederne på i alt 192,8 mio. kr. til dækning af medicinvækst fra 2009
- Overførsel fra 2009 på i alt 87,8 mio. kr. til videreførsel af en række enkeltsager

Der er i alt på sundhedsområdet fælles indarbejdet korrektioner på 533,6 mio. kr. Hvoraf genbevillinger samlet udgør 87,8 mio. kr. De samlede genbevillinger fremgår af nedenstående oversigt:

Sundhedsprofiler, tidsforskydning	1.800
Mindreforbrug patentpulje mv. Tectra	3.090
Mindreforbrug driftsmidler, forsknings- og innovationsstøttenheden	1.275
Enheden for brugerundersøgelser, tidsforskydning af midler	4.530
Arbejds miljø, tidsforskydning	850
Pendlerkortordning, tidsforskydning	450
Kompetenceudvikling på medicinske afd., tidsforskydning	1.125
Designkonkurrence, tidsforskydning	290
Merforbrug, akutbefordring, overgangsløsning, kommunikationssystem	1.875
Forskningsfonden, ej disponerede og udbetalte midler	5.660
Forebyggelsespuljen, ej disponerede og udbetalte midler	3.234
Den ældre medicinske patient, ringe-hjem, tidsforskydning	2.000
Den ældre medicinske patient, følge-hjem, tidsforskydning	3.500
Den ældre medicinske patient, følge-op, tidsforskydning	2.500
Implementering af praksisplaner, tidsforskydning	1.531
Nye korte uddannelser, tidsforskydning af tidsplaner	575
Alternativ behandling, tidsforskydning	500
Etableringsudg. til udvidelse af Klinik for spiseforstyrrelser på Psykiatrisk Center Gentofte	2.140
Uforbrugte midler fra 2008 og 2009 til kompetenceudviklingsprojekter	21.900
Til afslutning af udbudsprojektet vedr. brystkræftscreening	1.000
Videreførelse af projekter indenfor Beskæftigelsesordninger	12.200
Midler modtaget fra en statslig pulje til apparatur	3.145
Studerterundervisning, tidsforskydning af afregning	12.685
Sum	87.855

Takststyring

Takststyringsordningen indebærer, at der for det enkelte hospital er fastsat et præstationsbudget. Ved afvigelser fra præstationsbudgettet sker der automatisk en korrektion af hospitalets driftsbudget med en mer- eller mindrebevilling beregnet som 50 % af DRG-værdien af afvigelserne. I sammenhæng hermed sker der en korrektion af indtægtsbudgetterne vedrørende behandling af borgere fra andre regioner.

Der er i økonomirapporten indarbejdet ajourføringer af driftsbudgetterne (herunder også indtægtsbudgetterne) og præstationsbudgetterne, således at budgetterne svarer til niveauet i 2009 med tillæg af et produktivitetskrav på i alt 3,6 %. Med dette udgangspunkt er der indarbejdet visse justeringer af aktivitets- og driftsbudget for virkningen af godkendte meraktivitetsprojekter (forhøjelser) og for visse hospitalers vedkommende for virkningen af forventet manglende opfyldelse af produktivitetskravet (nedsættelser).

Medicin på hospitaler

Hospitalernes budgetter er i 1. økonomirapport blevet korrigeret svarende til den faktiske vækst i medicinudgifterne i 2009. I 2010-budgettet er der herefter 108 mio. kr. til rådighed til dækning af vækst i medicinudgifterne. Niveauet for væksten forventes at blive 165 mio. kr., og der tegner sig således et merforbrug på ca. 57 mio. kr. Der er derudover mindreindtægter vedrørende Amgros på ca. 2 mio. kr.

Løn til sosu-assistenten

Der er i alt i budgettet for 2010 afsat 181,8 mio. kr. til dækning af lønudgifter i forbindelse med uddannelse af social- og sundhedsassistenter. Det har været vanskeligt at tilvejebringe en præcis oversigt over udgifterne på området, idet antallet af elever er stort og der er mange aktører på området, herunder skolerne og samtlige kommuner i regionen. Det vurderes dog på nuværende tidspunkt, at der vil være et mindreforbrug på 10 mio. kr.

Hjemmeboende respiratorpatienter

Der forventes en merudgift på 15 mio. kr. som følge af flere nye patienter i ordningen. Merudgifterne til hjemmeboende respiratorpatienter kan i praksis ikke undgås, og den modgås ikke af besparelser på hospitalerne.

Indtægter fra kommunerne for færdigbehandlede og ambulant genoptræning

Der er budgetteret med indtægter på i alt 199,6 mio. kr. fra kommunerne vedr. færdigbehandlede patienter på det somatiske og det psykiatriske område. Indtægterne vedr. endvidere kommunernes betaling for hospice og specialiseret ambulant genoptræning.

Der forventes en mindreindtægt på 10 mio. kr. De faldende indtægter skyldes, at betalingen for færdigbehandlede somatiske patienter er faldet i det seneste år, idet flere kommuner har intensiveret deres indsats for at hjemtage færdigbehandlede somatiske patienter fra hospitalerne.

Ejendomsskatter

Region Hovedstaden indsendte i foråret 2009 en række klager til Skat over stigningerne i ejendomsvurderingerne vedr. regionens bygninger.

I oktober 2009 har Skat afgjort de fleste af klagesagerne til regionens fordel med samlet set at nedsætte ejendomsvurderingerne i 2008 med 1.711 mio. kr.

Skats afgørelser betyder, at ejendomsskatten i 2010 nedsættes med 15 mio. kr.

Patienterstatninger

I forhold til det budgetterede niveau i 2010 for udgifter til patienterstatninger og administrationen heraf forventes en merudgift på 10 mio. kr.

De forventede merudgifter skyldes, at Patientforsikringen har en sagspukkel, som snarest søges afviklet, hvilket vil medføre stigende udgifter til erstatningsudbetalinger.

Midler til seniorbonus

Ved overenskomstfornyelsen i 2008 blev der med de faglige organisationer aftalt seniorpolitiske initiativer i form af en seniorbonus til ældre medarbejdere. Seniorbonussen er enten udbetalt som et tillæg til den sædvanlige løn eller er udbetalt som en pensionsindbetaling.

Fra kontoen er virksomheder og administration tilført et budget på i alt 17,8 mio. kr. til dækning af udgifterne til seniorbonus.

Institutionen Montebello

Budgettet vedr. Montebello, netto 18,5 mio. kr., overføres til Frederikssund Hospital, og institutionen indgår fremover som en afdeling på Frederikssund Hospital, hvor administrationen af Montebello også vil ligge.

Uddannelsesaktiviteter

Af det i 2010 afsatte budget fordeles til virksomhederne 10,6 mio. kr. til specialuddannelse af sygeplejersker, kræft og anæstesi samt intensiv sygepleje og operationsteknikeruddannelsen.

Akut befordring

Som anført i mødesag om forlængelse af supplerende beredskaber på ambulanceområdet tiltrådt af regionsrådet den 2. februar 2010 disponeres 9 mio. kr. til området. Sammen med de i budget 2010 afsatte 5 mio. kr., opretholdes dermed supplerende beredskaber i 2010 for i alt 14 mio. kr.

Til den af TrygFonden donerede forsøgsordning på 1½ år med akuthelikoptertjeneste afsættes et udgiftsbudget og et tilsvarende indtægtsbudget for 8 måneder på 19,4 mio. kr. I 2011 vil der blive afsat budget for de resterende 10 måneder af forsøgsperioden.

Tilskud til en forstærket indsat indsats for patienter med kronisk sygdom

Bevillingen af et statsligt tilskud til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom lyder samlet for perioden 2010 til 2012 på 120,7 mio. kr. for Region Hovedstaden. Heraf udgør bevillingen i 2010 i alt 40,4 mio. kr. Midlerne er medtaget i budgettet som en udgiftsbevilling og en tilsvarende indtægtsbevilling. Budgetbeløbet er fordelt med 29,3 mio. kr. til forløbsprogrammer og 11,1 mio. kr. til patientundervisning og egenbehandling.

2.16 Praksisområdet

Økonomi

Praksisområdet

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Øvrige driftsudgifter	6.697,3	6.692,4	-1,8	6.690,7	6.766,1	75,5
Driftsudgifter i alt	6.697,3	6.692,4	-1,8	6.690,7	6.766,1	75,5
Indtægter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nettodriftsudgifter	6.697,3	6.692,4	-1,8	6.690,7	6.766,1	75,5
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningselementer i alt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningsbevilling	6.697,3	6.692,4	-1,8	6.690,7	6.766,1	75,5
Investeringsramme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Praksisområdet

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Sygesikringsydelser, ekskl. Medicin	4.705,3	4.700,4	-1,8	4.698,7	4.842,9	144,2
Medicin	1.992,0	1.992,0	0,0	1.992,0	1.923,2	-68,8
I alt	6.697,3	6.697,3	-1,8	6.690,7	6.766,1	75,4

Praksisydelser ekskl. Medicin

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Almen Lægehjælp	2.609,6	2.604,7	-1,8	2.602,9	2.563,5	-39,5
Speciallægehjælp	1.243,1	1.243,1	0,0	1.243,1	1.356,0	113,0
Tandlægebehandling	455,5	455,5	0,0	455,5	468,7	13,2
Øvrig sygesikring	397,1	397,1	0,0	397,1	454,7	57,6
Nettodriftsudgifter	4.705,3	4.705,3	-1,8	4.698,7	4.842,9	144,2

Bevillingsændringer

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	0,0
Nye tillægsbevillinger	-1,8
I alt	-1,8

Der søges i denne rapport om bevillingsændringer på praksisområdet på -1,8 mio. kr. Korrektionerne er begrundet i vækst på laboratorieydelser på praksisområdet på Hillerød Hospital. Bornholm Hospital hjemtager D-vitamin analyser, og budget til dækning af sekretærbistand for kvalitetspuljemidler på praksisområdet.

Det forventes, at praksisområdet kommer ud med et samlet merforbrug på netto 75 mio. kr. i 2010. På området praksisydelser ekskl. medicin forventes en afvigelse i forhold til det budgetterede på 144 mio. kr. Området omfatter almen lægehjælp, speciallægehjælp, tandlægebehandling og behandling hos fysioterapeuter, kiropaktorer og psykologer. Afvigelsen er beregnet som følge af, at der i 2010 forventes en stigning på 2,1 %, svarende til den stigning, der har været på landsplan og som er lavere end den stigning, der har været i Region Hovedstaden fra 2008 til 2009.

Regionen kan på områder, hvor der er indgået lokale aftaler, iværksætte udgiftsdæmpende aktiviteter, enten i form af opsigelse af indgåede aftaler eller ved i fælles forståelse med praksissektoren at ændre på disse samt søge at tilrettelægge adfærdsregulerende tiltag.

Administrationen vil indkalde repræsentanter for praksissektorens behandlere og sammen med dem drøfte tiltag af udgiftsdæmpende karakter. Drøftelserne vil primært fokusere på følgende behandlergrupper: Almen praksis, speciallægepraksis og psykologer. Udgangspunktet vil være en dialog med henblik på effektivisering af patientforløb og deraf følgende opbremsning af den økonomiske udvikling. Det forventes, at arbejdet med implementering af kronikerforløbene vil kunne understøtte denne udvikling.

Med hensyn medicintilskud forventes, at forbruget kommer til at ligge på samme niveau som sidste år, svarende til et mindreforbrug i forhold til budgettet på 69 mio. kr.. De seneste par år har der været et fald i medicintilskudsudgifterne. Medicinforbruget er steget, men priserne faldet som følge af, at bl.a. patenter er udløbet, hvilket samlet set har medført et væsentligt fald i de samlede udgifter.

Økonomaftalen mellem regeringen og Danske Regioner indebærer, at staten samlet for regionerne finansierer 75 % af evt. merudgifter på medicintilskudsordningen og tilsvarende skal regionerne samlet tilbagebetale 75 % af et evt. mindreforbrug. Såfremt de øvrige regioner også har et mindreforbrug på medicinområdet må det forventes, at regionerne i 2010 skal aflevere en del af besparelsen.

2.17 Social- og specialundervisningsområdet

Omkostningsbevillinger

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Vedtagne korrektioner	Gældende budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Socialpsykiatri	-5,4	-1,9	-7,3	-0,3	-7,5	-7,5	0,0
Handicap	-13,6	0,2	-13,4	9,9	-3,5	-3,5	0,0
Bevilling i alt	-19,0	-1,7	-20,7	9,6	-11,1	-11,1	0,0

Bevillingen på social- og specialundervisningsområdet er omkostningsbaseret. Kommunale takst- indtægter og beboerindtægter indgår som en del af virksomhedernes bevilling. Nettobevillingen i det vedtagne budget svarer til den del af fællesomkostningerne i koncernadministrationen, som skal dækkes af de to bevillingsområder.

I alt søges der en omkostningskorrektion på 9,6 mio. kr. i denne økonomirapport. Korrektionen fordeler sig på socialpsykiatrien med -0,3 mio. kr. og handicapområdet med 9,9 mio. kr.

2.17.1 Socialpsykiatri

Omkostningsbevillingen for socialpsykiatrien er specificeret i tabellen nedenfor.

Omkostningsbevilling

Mio. kr.	Vedtaget budget	Vedtagne korrektioner	Gældende budget	1. ØR korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Institutionsniveau:							
Lønudgifter	185,7	0,0	185,7	-2,9	182,8	182,8	0,0
Øvrige driftsudgifter	83,0	-4,1	78,9	3,4	82,3	82,3	0,0
Driftsudgifter i alt	268,7	-4,1	264,6	0,5	265,1	265,1	0,0
Indtægter	-8,1	0,0	-8,1	0,2	-7,9	-7,9	0,0
Nettodriftsudgifter institutionsniveau	260,6	-4,1	256,5	0,7	257,1	257,1	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,9	0,0	0,9	0,0	0,9	0,9	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	0,5	0,0	0,5	0,0	0,5	0,5	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	4,3	1,2	5,5	-0,3	5,3	5,3	0,0
Forrentning	2,4	1,0	3,4	-0,4	3,0	3,0	0,0
Omkostningselementer i alt	8,2	2,2	10,4	-0,7	9,7	9,7	0,0
Omkostninger institutionsniveau	268,8	-1,9	266,9	-0,1	266,8	266,8	0,0
Direkte henførbare administration:							
Lønudgifter	5,6	0,0	5,6	0,0	5,6	5,6	0,0
Øvrige driftsudgifter	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7	0,7	0,0
Driftsudgifter i alt	6,3	0,0	6,3	0,0	6,3	6,3	0,0
Indtægter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nettodriftsudgifter direkte henførbare administration	6,3	0,0	6,3	0,0	6,3	6,3	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Forrentning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningselementer i alt	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0
Omkostninger direkte henførbare administration	6,5	0,0	6,5	0,0	6,5	6,5	0,0
Takstindtægter	-269,5	0,0	-269,5	-0,3	-269,9	-269,9	0,0
Beboerindtægter	-11,1	0,0	-11,1	0,2	-10,9	-10,9	0,0
Omkostningsbevilling	-5,4	-1,9	-7,3	-0,3	-7,5	-7,5	0,0

Korrektionen på -0,3 mio. kr. fordeler sig med -0,1 mio. kr. vedr. institutionernes omkostninger og -0,2 mio. kr. vedr. takst- og beboerindtægter. Det nye driftsbudget udgør -7,5 mio. kr. Årsagerne til korrektionen fremgår af tabellen nedenfor.

Ændringer fra gældende budget til nyt budget

Mio. kr. 2010-priser	Nettoændring
Genbevillinger fra 2009	0,4
Justering af omkostningselementer til takstgrundlag	-0,7
I alt	-0,3

Regnskabet for 2009 viser et mindreforbrug på 0,4 mio. kr. på institutionsniveau, som søges genbevilget i budget 2010. Det er hensigten, at midlerne skal medvirke til at finansiere:

- Forsinkede vedligeholdelsesprojekter på bl.a. Skovvænget og Svendebjerggård.
- Forsinket afvikling af medicinkurser.

Budgetterne til afskrivninger og forrentning søges reduceret med hhv. -0,3 mio. kr. og -0,4 mio. kr., således at der skabes overensstemmelse med forudsætningerne, der ligger til grund for takstberegningerne for 2010. Årsagen er senere ibrugtagninger af anskaffelser og bygningsrenoveringer end forudsat ved budgetvedtagelsen.

Udover de nævnte korrektioner er der en række omplaceringer inden for socialpsykiatriens bevilning, der netto går i nul.

Ovenstående korrektioner påvirker det socialpsykiatriske områdes resultatopgørelse, som det fremgår af nedenstående tabel.

Årets resultat

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Vedtagne korrektioner	Gældende budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Takst og beboerindtægt	-280,6	0,0	-280,6	-0,2	-280,8	-280,8	0,0
Institutionsdrift - omkostninger	268,8	-1,9	266,9	-0,1	266,8	266,8	0,0
Direkte administrationsomkostninger	6,5	0,0	6,5	0,0	6,5	6,5	0,0
Indirekte administrationsomkostninger	5,4	0,0	5,4	0,2	5,6	5,6	0,0
Årets resultat*	0,0	-1,9	-1,9	-0,1	-1,9	-1,9	0,0

- = overskud, += underskud

De indirekte administrationsomkostninger, der fordeles til socialpsykiatrien, korrigeres med 0,2 mio. kr. i denne økonomirapport. De indirekte administrationsomkostninger indgår i socialpsykiatriens resultatopgørelse, men er ikke en del af socialpsykiatriens bevilning.

I det vedtagne budget var der balance mellem indtægter og omkostninger i områdets resultatopgørelse. I det nye budget er der et overskud på -1,9 mio. kr. Det akkumulerede resultat siden 2007 fremgår af nedenstående tabel.

Akkumuleret resultat

Mio. kr.	
Akkumuleret resultat primo 2010	3,8
Disponeringer i 2010:	
Genbevillinger vedr. 2009	0,4
Øvrige ændringer (t.o.m. 1. ØR)	-2,3
Skøn for akkumuleret resultat ultimo 2010	1,9

- = overskud, += underskud

Ved indgangen til 2010 var der et akkumuleret underskud på 3,8 mio. kr. på området. I 2010 er 0,4 mio. kr. reserveret til genbevillinger vedr. 2009. I 2010 har der været øvrige ændringer, som reducerer det akkumulerede underskud med -2,3 mio. kr. til forventeligt 1,9 mio. kr. ved udgangen af 2010.

Prognose

Samlet set forventes budgettet for 2010 at blive overholdt under forudsætning af, at de søgte korrektioner bevilges.

2.17.2 Region Hovedstaden – Handicap

Omkostningsbevillingen for handicapområdet er specificeret i tabellen nedenfor.

Omkostningsbevilling

Mio. kr.	Vedtaget budget	Vedtagne korrektioner	Gældende budget	1. ØR korrektioner	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Institutionsniveau:							
Lønudgifter	513,2	3,1	516,3	14,7	531,0	531,0	0,0
Øvrige driftsudgifter	100,9	-0,8	100,1	9,2	109,3	109,3	0,0
Driftsudgifter i alt	614,1	2,3	616,4	23,9	640,3	640,3	0,0
Indtægter	-3,6	-0,2	-3,8	-3,7	-7,5	-7,5	0,0
Nettodriftsudgifter institutionsniveau	610,5	2,1	612,6	20,2	632,8	632,8	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	2,4	0,0	2,4	0,1	2,5	2,5	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	4,6	0,0	4,6	-0,4	4,2	4,2	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	19,8	0,0	19,8	-2,8	17,0	17,0	0,0
Forrentning	16,2	0,0	16,2	-1,8	14,4	14,4	0,0
Omkostningselementer i alt	42,9	0,0	42,9	-4,9	38,0	38,0	0,0
Omkostninger institutionsniveau	653,4	2,1	655,5	15,3	670,8	670,8	0,0
Direkte henførbare administration:							
Lønudgifter	14,4	0,0	14,4	0,0	14,4	14,4	0,0
Øvrige driftsudgifter	7,5	0,0	7,5	0,0	7,5	7,5	0,0
Driftsudgifter i alt	21,9	0,0	21,9	0,0	21,9	21,9	0,0
Indtægter	-2,9	0,0	-2,9	0,0	-2,9	-2,9	0,0
Nettodriftsudgifter direkte henførbare administration	19,1	0,0	19,1	0,0	19,1	19,1	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7	0,7	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Forrentning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningselementer i alt	0,8	0,0	0,8	0,0	0,8	0,8	0,0
Omkostninger direkte henførbare administration	19,9	0,0	19,9	0,0	19,9	19,9	0,0
Takstindtægter	-675,0	-1,9	-676,9	-5,4	-682,3	-682,3	0,0
Beboerindtægter	-11,9	0,0	-11,9	0,0	-11,9	-11,9	0,0
Omkostningsbevilling	-13,6	0,2	-13,4	9,9	-3,5	-3,5	0,0

Årsagerne til ændringerne fra det gældende budget til nyt budget fremgår af nedenstående tabel og er kommenteret efterfølgende.

Ændringer fra gældende budget til nyt budget

Mio. kr., 2010-priser	Nettoændring
Genbevillinger fra 2009	9,9
Flere elever - Geelsgårdskolen	3,7
Omlægning af særtakster og opnormering - Lyngdal	4,6
Opnormering af personale - Rønnegård	0,7
Ændring af pladsfordeling - Trekloveren	0,7
Øvrig tilpasning af udgifter til takstbudget	0,6
Justering af omkostningselementer til takstgrundlag	-4,9
Forhøjelse af takstindtægter	-5,4
I alt	9,9

Der søges overført et mindreforbrug fra 2009 til 2010 på institutionsniveauet under ét på 2,1 mio. kr. som følge af igangværende projekter, der endnu ikke er afsluttet, herunder 1,8 mio. kr. i tilknytning til 3-parts-forhandlingerne. Derudover søges genbevilget generelle overførsler af mindre-

forbrug inden for rammerne af 2 procent af budgettet og vurderet i forhold til belægningen på de enkelte tilbud på 6,1 mio. kr. Der ønskes yderligere genbevilget 1,6 mio. kr. vedr. overførsel af mindreforbrug af VISO-midler, som er midler der er indgået aftale med Servicestyrelsen om. Samlet set søges om en genbevilling af uforbrugte midler fra 2009 på 9,9 mio.kr.

Udgiftsforhøjelsen skyldes blandt andet Geelsgårdskolen, hvor der er indregnet en helårseffekt af flere elever i 2009 (3,7 mio. kr.), omlægning af særtakster samt opnormering af personale på Lyngdal (4,6 mio. kr.), opnormering af personale på Rønnegård (0,7 mio. kr.) samt ændring af pladsfordeling mellem normalpladser og mere ressourcekrævende pladser på Trekloveren (0,7 mio. kr.).

Samlet forhøjes udgiftsbudgettet med 10,3 mio. kr., excl. søgte genbevillinger. Eftersom omkostningselementerne samtidigt søges nedsat med -4,9 mio. kr. indebærer tilpasningen samlet set en forhøjelse af takstindtægterne med -5,4 mio. kr.

Ovenstående korrektioner påvirker handicapområdets resultatopgørelse, som det fremgår af nedenstående tabel.

Årets resultat

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Vedtagne korrektioner	Gældende budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Takst og beboerindtægt	-686,9	-1,9	-688,8	-5,4	-694,2	-694,2	0,0
Institutionsdrift - omkostninger	653,4	2,1	655,5	15,3	670,8	670,8	0,0
Direkte administrationsomkostninger	19,9	0,0	19,9	0,0	19,9	19,9	0,0
Indirekte administrationsomkostninger	13,6	0,0	13,6	0,5	14,1	14,1	0,0
Årets resultat*	0,0	0,2	0,2	10,4	10,6	10,6	0,0

- = overskud, += underskud

De indirekte administrationsomkostninger, der fordeles til handicapområdet, korrigeres med 0,5 mio. kr. De indirekte administrationsomkostninger indgår i handicapområdets resultatopgørelse, men er ikke en del af handicapområdets bevilling.

I det vedtagne budget var der balance mellem indtægter og omkostninger. I det nye budget er der et underskud på 10,6 mio. kr. for 2010 isoleret set, som imidlertid skal ses i lyset af et akkumuleret overskud vedr. tidligere år. Det akkumulerede resultat siden 2007 fremgår af nedenstående tabel.

Akkumuleret resultat

Mio. kr.	
Akkumuleret resultat primo 2010	-32,4
Disponeringer i 2010:	
Genbevillinger vedr. 2009	9,9
Øvrige ændringer (t.o.m. 1. ØR)	0,7
Skøn for akkumuleret resultat ultimo 2010	-21,9

- = overskud, += underskud

Ved indgangen til 2010 var der et akkumuleret overskud på -32,4 mio. kr., heraf var 9,9 mio. kr. reserveret til genbevillinger vedr. 2009. Øvrige ændringer i 2010 til og med 1. økonomirapport bruger 0,7 mio. kr. af overskuddet primo 2010. Det skønnes derfor, at det akkumulerede resultat ultimo 2010 bliver et overskud på -21,9 mio. kr.

Prognose

Såfremt de søgte korrektioner bevilges forventes budgettet for 2010 samlet set at blive overholdt.

2.18 Regional udvikling

Omkostningsbevillinger

Regional udvikling drift

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Kollektiv trafik	445,3	16,4	461,7	461,7	0,0
Erhvervsudvikling	121,8	83,2	204,9	204,9	0,0
Miljøområdet	129,4	-1,3	128,1	128,1	0,0
Øvrig regional udvikling	75,4	118,7	194,1	194,1	0,0
Bevilling i alt	771,9	216,9	988,8	988,8	0,0

Bevillingerne under det regionale udviklingsområde foreslås samlet forhøjet med netto 216,9 mio. kr. primært som konsekvens af overførsel af mindreforbrug fra 2009 til budgettet for 2010. Årsagen til mindre forbruget er beskrevet under de enkelte aktivitetsområder.

Resultatopgørelse regional udvikling i alt

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Statsligt bloktilskud	-649,8	0,0	-649,8	-649,8	0,0
Kommunalt udviklingsbidrag	-195,5	0,0	-195,5	-195,5	0,0
Aktivitetsmidler - omkostninger	771,9	216,9	988,8	988,8	0,0
Direkte administration	57,1	2,4	59,5	59,5	0,0
Indirekte administration	16,3	0,6	16,9	16,9	0,0
Årets resultat	0,0	219,9	219,9	219,9	0,0

Det regionale udviklingsområde er omfattet af krav om balance mellem ressourceforbrug og indtægter opgjort efter omkostningbestemte principper.

Omkostninger regional udvikling i alt

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Aktivitetsmidler:					
Løn	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Øvrig drift	834,5	216,9	1051,4	1051,4	0,0
Indtægter	-62,9	0,0	-62,9	-62,9	0,0
Udgifter, netto	771,6	216,9	988,5	988,5	0,0
Omkostningselementer	0,3	0,0	0,3	0,3	0,0
Omkostninger	771,9	216,9	988,8	988,8	0,0

Der forventes budgetoverholdelse. Der er ingen korrektioner i forhold til omkostningselementerne i det gældende budget.

Akkumuleret resultat

Mio. kr.	
Akkumuleret resultat primo 2010	-225,3
Disponeringer i 2010:	
Genbevillinger vedr. 2009	218,7
Øvrige ændringer (t.o.m. 1. ØR)	1,2
Skøn for akkumuleret resultat ultimo 2010	-5,4

- = overskud; + = underskud

Ved indgangen til 2010 var der samlet for det regionale udviklingsområde et akkumuleret overskud på 225,3 mio. kr., heraf var 218,7 mio. kr. reserveret til genbevillinger vedr. 2009. Det skønnes derfor, at det akkumulerede resultat ultimo 2010 vil blive 5,4 mio. kr.

Kollektiv trafik – omkostningsbevilling

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Aktivitetmidler:					
Løn	0,0		0,0	0,0	0,0
Øvrig drift	508,2	16,4	524,5	524,5	0,0
Indtægter	-62,9		-62,9	-62,9	0,0
<i>Udgifter, netto</i>	<i>445,3</i>	<i>16,4</i>	<i>461,7</i>	<i>461,7</i>	<i>0,0</i>
Omkostningselementer	0,0		0,0	0,0	0,0
Omkostninger	445,3	16,4	461,7	461,7	0,0

Der genbevilges et mindreforbrug på 16,4 mio. som hovedsagligt kan henføres til tillægsaftalen vedr. budget 2009 hvor der blev afsat 9,0 mio. kr. til markedsføring, fremkommelighedspulje og stoppestedsinfo, disse midler er ikke anvendt i 2009.

Erhvervsudvikling – omkostningsbevilling

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Aktivitetmidler:					
Løn	0,0		0,0	0,0	0,0
Øvrig drift	121,8	83,2	204,9	204,9	0,0
Indtægter	0,0		0,0	0,0	0,0
<i>Udgifter, netto</i>	<i>121,8</i>	<i>83,2</i>	<i>204,9</i>	<i>204,9</i>	<i>0,0</i>
Omkostningselementer	0,0		0,0	0,0	0,0
Omkostninger	121,8	83,2	204,9	204,9	0,0

Der genbevilges uforbrugte midler fra 2009 under erhverv på i alt 83,2 mio. kr.

Samlet set er der af den samlede budgetramme på 204,9 mio. kr. i 2010 disponeret over ca. 147 mio. kr. til projekter. Dertil kommer, at der i 2010 skal udvikles en ny erhvervsudviklingsstrategi med tilhørende handlingsplan og projekter.

Miljøområdet – omkostningsbevilling

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrekt-ioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Aktivitetetsmidler:					
Løn	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Øvrig drift	129,1	-1,3	127,8	127,8	0,0
Indtægter			0,0	0,0	0,0
<i>Udgifter, netto</i>	<i>129,1</i>	<i>-1,3</i>	<i>127,8</i>	<i>127,8</i>	<i>0,0</i>
Omkostningselementer	0,3	0,0	0,3	0,3	0,0
Aktiverede anskaffelser	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,3	0,0	0,3	0,3	0,0
Renter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelser					
tjenestemandspensioner	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostninger	129,4	-1,3	128,1	128,1	0,0

Der genbevilges uforbrugte midler fra 2009 under miljøområdet på i alt 0,5 mio. kr. og der overføres 1,8 mio. kr. til administrationsbudgettet vedr. udgifter til Agenda 21, hvilket giver en samlet korrektion på 1,3 mio. kr.

Øvrig regional udvikling – omkostningsbevilling

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrekt-ioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Aktivitetetsmidler:					
Løn	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Øvrig drift	75,4	118,7	194,1	194,1	0,0
Indtægter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Udgifter, netto</i>	<i>75,4</i>	<i>118,7</i>	<i>194,1</i>	<i>194,1</i>	<i>0,0</i>
Omkostningselementer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostninger	75,4	118,7	194,1	194,1	0,0

På uddannelsesområdet var der i 2009 et forbrug på 32,0 mio. kr. Det svarer til et mindreforbrug på 58,9 mio. kr., som ønskes overført herunder uddannelsesprojekter som følge af tillægsaftalen for budget 2009 (6 mio. kr.).

På kulturområdet var der i 2009 et forbrug på 9,4 mio. kr. hvilket svare til et mindreforbrug på 3,6 mio. som ønskes overført fra 2009 til 2010. Af den samlede budgetramme til kulturområdet i 2010 på 9,5 mio. kr. er der disponeret over ca. 7 mio. kr. til allerede godkendte kulturarrangementer og event.

På Øresund og det internationale område har der i 2009 været et forbrug på 9,7 mio. kr. De uforbrugte midler for området på 7,2 mio. kr. foreslås overført til 2010.

Til opfølgning på den regionale udviklingsplan (RUP) m.m. har der i 2009 været et forbrug på 8,4 mio. kr. Mindreforbruget i 2009 på 47,8 mio. kr. (inkl. 30 mio. kr. fra 3. økonomirapport) foreslås overført til 2010. Arbejdet med handlingsdelen af RUP fortsætter i løbet af 2010 med en række initiativer bl.a. inden for infrastrukturområdet og uddannelse, som de overførte midler skal medfi-

nansiere. Herudover skal to initiativer, som er en del af tillægssaftalen vedr. budget 2009, fortsættes. Det drejer sig om en regional klimastrategi med tilhørende handlingsplan og projekt "Global Excellence". Til de sidste initiativer blev i alt afsat 30 mio. kr.

I forhold til den administrative pulje forventes et mindre forbrug på 2,4 mio. kr. som foreslås overført til næste budgetår bl.a. til forskellige analyseformål.

2.19 Administration

Omkostningsbevilling

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrekationer 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Lønudgifter	564,9	564,9	22,5	587,4	587,4	0,0
Øvrige driftsudgifter	1.151,4	1.151,4	9,8	1.161,2	1.161,2	0,0
Driftsudgifter i alt	1.716,3	1.716,3	32,3	1.748,6	1.748,6	0,0
Indtægter	-711,8	-711,8	4,6	-707,2	-707,2	0,0
Nettodriftsudgifter	1.004,5	1.004,5	36,9	1.041,4	1.041,4	0,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	3,5	3,5	0,0	3,5	3,5	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	6,8	6,8	0,0	6,8	6,8	0,0
Udgifter til tjenestemandspensioner	-92,3	-92,3	0,0	-92,3	-92,3	0,0
Lagerforskydninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	12,8	12,8	0,0	12,8	12,8	0,0
Omkostningselementer i alt	-69,3	-69,3	0,0	-69,3	-69,3	0,0
Omkostningsbevilling	935,2	935,2	36,9	972,1	972,1	0,0
Investeringsramme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Oversigt over tillægsbevillinger – omkostninger

Mio. kr., 2010-priser	
Genbevillinger fra 2009	23,9
Flytning mellem bevillingsområder	11,8
Nye tillægsbevillinger	1,2
I alt	36,9
Omkostningselementer	0,0
I alt	36,9

Administrationsbudgettet foreslås netto forhøjet med 37 mio. kr. Der er tale om flytninger mellem bevillingsområder på samlet 11,9 mio. kr., tilførsel af 1,2 mio. kr. ved træk fra kassen i forbindelse med nyt økonomi- og logistiksystem samt forslag til genbevilling af uforbrugte bevillingsbeløb i 2009 på 24 mio. kr.

I 4. økonomirapport 2009 blev der grundet tidsforskydninger indarbejdet en reduktion af budgettet med 28 mio. kr. Heraf foreslås 24 mio. kr. genbevilget.

De ønskede genbevillinger på 24 mio. kr. begrundet i tidsforskydninger fordeler sig med 10 mio. kr. på personaleområdet, 8 mio. kr. vedr. konsulentbistand til nyt økonomisystem og understøttelse af indkøbsarbejdet samt it-udgifter vedr. journalsystem mv., mens 10 mio. kr. kan henføres til tidsforskydninger vedr. forsikringsområdet mv. Endelig er der modsat et merforbrug på it-området på 6 mio. kr.

Indeholdt i genbevillingen er der 0,75 mio. kr. til nettofinansiering af det nye budgetopfølgningsteam, der oprettes under koncernstabene. I budget 2011 medtages helårsvirkningen svarende til et budgetbeløb på 3 mio. kr. til opgaven.

Flytninger mellem bevillingsområder udgør 11,9 mio. kr., og kan primært henføres til følgende tre områder: Permanent overførsel af 4,6 mio. kr. fra virksomhederne svarende til deres sædvanlige bidrag til det fælles web-system; hidtil betalt via fakturering. Overførsel fra sundhedsområdet af det

i budget 2010 afsatte beløb på 4 mio. kr. til drift af en Lean-enhed. Overførsel af 1,8 mio. kr. til arbejdet med Agenda 21 for regionens egne virksomheder, da opgaven flyttes fra miljøområdet til varetagelse i bygherreafdelingen.

Inden for it-området arbejdes der fortsat aktivt for at mindske anvendelsen af konsulenter på relevante områder ved at ansætte medarbejdere i det omfang, det er muligt at rekruttere rette kompetencer. Der er derfor flyttet 14,2 mio. kr. fra drift til løn.

Fordeling af administrationsbudgettet mellem regionens tre aktivitetsområder

På administrationsområdet opdeles omkostningsbevillingen på de tre aktivitetsområder: Sundhed, social- og specialundervisning samt regional udvikling. Omkostningsbevillingen opdeles i et beløb, der kan henføres direkte til det enkelte aktivitetsområde, og af et beløb, som er fordelt ud fra en fordelingsnøgle, svarende til de tre aktivitetsområders budgetsummer.

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ør	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Omkostningsbevilling	935,2	935,2	36,9	972,1	972,1	0,0
Sundhed (hovedkonto 1)	252,0	252,0	10,1	262,1	262,1	0,0
Social- og specialundervisning (hk 2)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Regional udvikling (hovedkonto 3)	57,1	57,1	2,4	59,5	59,5	0,0
Direkte henførbare adm.omk. I alt	309,0	309,0	12,5	321,5	321,5	0,0
Sundhed (hovedkonto 1)	590,9	590,9	23,0	613,9	613,9	0,0
Social- og specialundervisning (hk 2)	19,0	19,0	0,7	19,7	19,7	0,0
Regional udvikling (hovedkonto 3)	16,3	16,3	0,6	16,9	16,9	0,0
Indirekte henførbare adm.omk. I alt	626,2	626,2	24,4	650,6	650,6	0,0

30 % svarende til 321 mio. kr. af administrationsbudgettet kan henføres direkte til områderne, mens 70 % svarende til 651 mio. kr. kun indirekte henføres til områderne. Samlet belastes sundhedsområdet med 876 mio. kr., mens social- og specialundervisningsområdet samt det regionale udviklingsområde belastes med henholdsvis 20 og 76 mio. kr.

Den indirekte henførbare del af administrationsomkostningerne er et udtryk for, hvor meget de tre områder trækker på den fælles administration i koncernstabene.

Den samlede ændring på 36,9 mio. kr. kan henføres til de ovenfor beskrevne ændringer.

Omkostningselementet, der netto for administrationsområdet udgør -69,3 mio. kr. henføres til det enkelte område via fordelingsregnskabet således:

Fordelingsregnskab 1. ØR 2010 Mio. kr.	Udgifts- bevilling	Forskydning i hensættelse af feriepenge	Af- og ned- skrivninger	Udgift til tjeneste- mands- pensioner	Hensættelse til tjeneste- mands- pensioner	Lagerfor- skydning	Omkostnings- bevilling
Direkte henførbare i alt	321,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	321,5
Til sundhedsområdet	262,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	262,1
Til social- og specialundervisning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Til regional udvikling	59,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	59,5
Fællesadministration til fordeling:	719,8	3,5	12,8	-92,3	6,8	0,0	650,6
Til sundhedsområdet	679,3	3,3	12,1	-87,1	6,4	0,0	613,9
Til social- og specialundervisning	21,8	0,1	0,3	-2,8	0,2	0,0	19,6
Til regional udvikling	18,7	0,1	0,3	-2,4	0,2	0,0	16,9
I alt til sundhedsområdet	941,4	3,3	12,1	-87,1	6,4	0,0	876,0
I alt til social- og specialundervisning	21,8	0,1	0,3	-2,8	0,2	0,0	19,6
I alt til regional udvikling	78,2	0,1	0,3	-2,4	0,2	0,0	76,4
I alt	1.041,4	3,5	12,8	-92,3	6,8	0,0	972,1

3. Investeringsbudget

Det vedtagne investeringsbudget i 2010 udgør 1.089,0 mio. kr. ekskl. reservede midler til Kvalitetsfundsprojekter på 312 mio.kr.. I denne økonomirapport er indarbejdet en forhøjelse af investeringsbudgettet med 92,6 mio. kr. som følge af beslutninger truffet af regionsrådet siden budgetvedtagelsen. Samtidigt søges investeringsbudgettet i rapporten forhøjet med 897,9 mio. kr. vedrørende tidsforskydninger af projekter fra 2009 inkl. overførsler på lokale investeringsrammer. Tilførsler til investeringsrammen udgør i alt netto 4,3 mio. kr i 1. økonomirapport.

Investeringsbudgettet søges dermed samlet forøget med i alt 994,8 mio. kr. i 1. økonomirapport 2010.

Bevillingsændringer i 1. Økonomirapport 2010	Mio. kr.
Konsekvenser af projekter godkendt i 2009 (finansieres af driftsmidler)	2,1
Konsekvenser af projekter godkendt i 2010	90,5
Ændringer i lokale investeringsrammer (finansieres af driftsmidler)	4,3
Genbevilling af mindreforbrug 2009	897,9
I alt	994,8

Siden budgetvedtagelsen er der truffet beslutning om anlægsprojekter, der finansieres udenfor det vedtagne investeringsbudget. Det vedrører sag fra nr. 24 ved regionsrådsmødet den 23. marts 2010, samt to anlægsprojekter fra regionsrådsmødet den 02. februar 2010, hvor sagerne finansieres fra central statslig pulje til etablering af enestuer m.m. inden for det psykiatriske område. Midlerne tilføres Region Hovedstadens Psykiatri som en indtægtsbevilling.

Hertil kommer mindre tilførsler fra drift til anlæg i forbindelse med de lokale investeringsrammer.

Projekterne medfører en samlet forøgelse af investeringsbudgettet og finansieringen af de øgede anlægsudgifter fremgår af oversigten nedenfor.

Mio. kr.	Kassetræk	Overførsel fra drift til investering	I alt
Vedtaget budget (ekskl. Kvalitetsfondsmidler)			1.089,0
Konsekvenser af godkendte sager i 2009		2,1	2,1
Konsekvenser af godkendte sager i 2010	90,5		90,5
Lokale investeringsrammer konsekvenser i 2010		4,3	4,3
Overførsler fra 2009	897,9		897,9
Korrigeret budget (ekskl. Kvalitetsfondsmidler)			2.087,9
Finansiering i alt	988,4	6,4	994,8

Derudover er der godkendt anlægsprojekter, der er finansieret indenfor det vedtagne investeringsprojekt.

Som følge af mindreforbrug på konkrete projekter afsat i budget 2009, der fortsætter i 2010, søges der i denne rapport om genbevilling af disse mindreforbrug. Den samlede genbevilling udgør 897,9 mio. kr.

De enkelte anlægsprojekter i investeringsbudget 2010 fremgår af oversigten nedenfor.

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget 2010	Konsekvenser af godkendte sager i 2009 og vedtagne korrektioner*	Konsekvenser af godkendte sager i 2010	Overførsler fra 2009	Ændringer 1. ØR	Korrigeret Budget 1. ØR	Forventet regnskab 2009
Amager Hospital	15,0	0,0	1,4	1,0	2,4	17,4	17,4
Ramme til medicoteknisk udstyr				0,5	0,5	0,5	0,5
Miljøforbedrende og energibesparende investeringer (ventilationsanlæg)				0,5	0,5	0,5	0,5
Samling og modernisering af skadestue og akutmodtagelse (B2010)	15,0			0,0	0,0	15,0	15,0
Medicoteknik 2010			1,4	0,0	1,4	1,4	1,4
Bispebjerg Hospital	0,0	0,0	7,8	64,8	72,6	72,6	72,6
Ramme til medicoteknisk udstyr				4,5	4,5	4,5	4,5
El-forsyning, renovering				1,5	1,5	1,5	1,5
Udvidet optageområde kapacitet, etablering lægevagt kons.				0,7	0,7	0,7	0,7
Etablering/udbygning af mammografi-screening				0,0	0,0	0,0	0,0
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.				1,4	1,4	1,4	1,4
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.				19,1	19,1	19,1	19,1
Udbygning af fysisk kapacitet til kirurgi				0,0	0,0	0,0	0,0
Modernisering af operations- og opvågningsstue				0,0	0,0	0,0	0,0
Tagrenovering				0,0	0,0	0,0	0,0
Totalrenovering kirurgisk sengeafsnit				0,0	0,0	0,0	0,0
Anskaffelse af PET-CT Scanner				0,9	0,9	0,9	0,9
Miljøforbedrende og energibesparende investeringer				0,0	0,0	0,0	0,0
PET/CT scanner				5,3	5,3	5,3	5,3
Tekniske anlæg				3,8	3,8	3,8	3,8
Operationsstuer				4,9	4,9	4,9	4,9
Sml. Arbejdsmedicinske funktion				3,3	3,3	3,3	3,3
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr				0,4	0,4	0,4	0,4
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (SPECT CT)				5,1	5,1	5,1	5,1
Energibesparende investeringer 09 (Ventilation & Belysning)				14,1	14,1	14,1	14,1
Medicoteknik 2010			7,8	0,0	7,8	7,8	7,8
Bornholms Hospital	0,0	0,0	6,3	4,8	11,1	11,1	11,1
Ramme til medicoteknisk udstyr				2,5	2,5	2,5	2,5
Etablering/udbygning af mammografi-screening				2,1	2,1	2,1	2,1
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (CT)				0,3	0,3	0,3	0,3
Energibesparende investeringer 09 (Var-				0,0	0,0	0,0	0,0

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget 2010	Konsekven- ser af god- kendte sager i 2009 og vedtagne korrektio- ner*	Konse- kvenser af god- kendte sager i 2010	Over- førsler fra 2009	Ændrin- ger 1. ØR	Korrigeret Budget 1. ØR	Forventet regnskab 2009
meanlæg)							
Helikopterplads			4,6	0,0	4,6	4,6	4,6
Medicoteknik 2010			1,7	0,0	1,7	1,7	1,7
Frederiksberg Hospital	4,4	0,0	0,0	23,0	23,0	27,4	27,4
Ramme til medicoteknisk udstyr				0,7	0,7	0,7	0,7
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparat under 2,5 mio. kr.				0,2	0,2	0,2	0,2
El-forsyning, renovering og køling				0,0	0,0	0,0	0,0
Ombygning Sterilfunktion				0,0	0,0	0,0	0,0
Ændring i optageområder				1,1	1,1	1,1	1,1
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr				0,1	0,1	0,1	0,1
Udvidelse af den urologiske kapacitet Ændring i optageområder, reumatologi m.m. (B2010)	4,4			20,8	20,8	20,8	20,8
				0,0	0,0	4,4	4,4
Frederikssund Hospital	0,0	0,0	0,8	1,5	2,3	2,3	2,3
Ramme til medicoteknisk udstyr				0,0	0,0	0,0	0,0
Energibesparende investeringer 09 (Bæk- kenvaskemaskiner)				1,5	1,5	1,5	1,5
Medicoteknik 2010			0,8	0,0	0,8	0,8	0,8
Gentofte Hospital	61,4	0,0	6,9	90,5	97,4	158,8	158,8
Renoveringsprojekt				61,5	61,5	61,5	61,5
Vinduer og tage				2,4	2,4	2,4	2,4
Ramme til medicoteknisk udstyr				9,0	9,0	9,0	9,0
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparat under 2,5 mio. kr.				2,6	2,6	2,6	2,6
Interimsforanstaltninger og projektering				-12,6	-12,6	-12,6	-12,6
Tekniske anlæg				10,8	10,8	10,8	10,8
Følgeudgifter, fase 1				16,7	16,7	16,7	16,7
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr				0,0	0,0	0,0	0,0
Akutmodtagelse m.m. (B2010)	61,4			0,0	0,0	61,4	61,4
Medicoteknik 2010			6,9	0,0	6,9	6,9	6,9
Glostrup Hospital	45,3	0,0	8,9	43,5	52,4	97,7	97,7
Renoveringsplan (inkl. apparatur)				25,8	25,8	25,8	25,8
Ramme til medicoteknisk udstyr				7,8	7,8	7,8	7,8
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparat under 2,5 mio. kr.				0,0	0,0	0,0	0,0
Øjenafdelingen				4,2	4,2	4,2	4,2
Ændring i fysiske rammer, øjenafdelingen				-10,3	-10,3	-10,3	-10,3
Ændring i optageområder				14,1	14,1	14,1	14,1
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr				1,8	1,8	1,8	1,8
Øjenafdelingen	15,3			0,0	0,0	15,3	15,3
Videnscenter for ryg sygdomme og neuro- logi m.m.	30,0			0,0	0,0	30,0	30,0
Medicoteknik 2010			8,9	0,0	8,9	8,9	8,9

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget 2010	Konsekvenser af godkendte sager i 2009 og vedtagne korrektioner*	Konsekvenser af godkendte sager i 2010	Overførsler fra 2009	Ændringer 1. ØR	Korrigeret Budget 1. ØR	Forventet regnskab 2009
Helsingør Hospital	8,0	0,0	1,4	10,4	11,8	19,8	19,8
Ramme til medicoteknisk udstyr				0,0	0,0	0,0	0,0
Hospitalsplan - Flytning af elektiv ortopædkirurgi fra Hørsholm til Helsingør				0,0	0,0	0,0	0,0
Energibesparende investeringer 09 (Ventilation)				10,4	10,4	10,4	10,4
Akutmodtagelse B2010	8,0			0,0	0,0	8,0	8,0
Medicoteknik 2010			1,4	0,0	1,4	1,4	1,4
Herlev Hospital	152,3	0,0	16,2	140,6	156,8	309,1	309,1
Hospitalsplan - Udvidelse af operationskapaciteten				16,1	16,1	16,1	16,1
Ventilationsanlæg og hovedstrømforsyning				51,4	51,4	51,4	51,4
Udvidelse af akutmodtagelsen				16,7	16,7	16,7	16,7
Etableringsudgifter, scanner				0,0	0,0	0,0	0,0
Ramme til medicoteknisk udstyr				2,7	2,7	2,7	2,7
Cytostatikaenhed				6,9	6,9	6,9	6,9
Udbygning Stråleterapi				0,0	0,0	0,0	0,0
Etablering/udbygning af mammografi-screening				0,0	0,0	0,0	0,0
Hospitalsplan - Samling af akut kirurgi og akut ortopædkirurgi				-2,2	-2,2	-2,2	-2,2
Digitalisering af den kliniske mammografi				2,8	2,8	2,8	2,8
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.				0,2	0,2	0,2	0,2
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.				11,5	11,5	11,5	11,5
Amtsligt institut for medicinsk uddannelse, spydspids				0,0	0,0	0,0	0,0
Etablering af de fysiske rammer og installation af cyklotron				0,0	0,0	0,0	0,0
Strålekapacitet				3,0	3,0	3,0	3,0
Indledende anlægsarbejder som følge af hospitalsplanen				-4,2	-4,2	-4,2	-4,2
Etableringsudgifter vedr. Akut kræftbehandling				-1,1	-1,1	-1,1	-1,1
Onkologisk ambulatorium				8,2	8,2	8,2	8,2
Skopi- & ambulatorium, Gastroenheden				5,0	5,0	5,0	5,0
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr				5,5	5,5	5,5	5,5
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (MR)				12,0	12,0	12,0	12,0
MR-scanner (ekstremitetsscanner)				10,3	10,3	10,3	10,3
Ventilationsanlæg og hovedstrømforsyning B2010	39,7			0,0	0,0	39,7	39,7
Udvidelse af akutmodtagelsen B2010	33,6			0,0	0,0	33,6	33,6
Onkologisk ambulatorium B2010	36,6			0,0	0,0	36,6	36,6
Gastroenheden, endoskopi- og ambulatoriekapacitet B2010	21,4			0,0	0,0	21,4	21,4
Etablering kvinde/barn center B2010	21,0			-4,2	-4,2	16,8	16,8
Medicoteknik 2010			16,2	0,0	16,2	16,2	16,2
Hillerød Hospital	0,0	0,0	12,0	66,8	78,8	78,8	78,8
Kirurgi og ortopædkirurgi m.v. i Planlægningsområde Nord				4,3	4,3	4,3	4,3
Etablering af selvstændigt Nordsjællands Hospital på Hillerød				-3,2	-3,2	-3,2	-3,2

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget 2010	Konsekvenser af godkendte sager i 2009 og vedtagne korrektioner*	Konsekvenser af godkendte sager i 2010	Overførsler fra 2009	Ændringer 1. ØR	Korrigeret Budget 1. ØR	Forventet regnskab 2009
Cytostatikaenhed				-1,2	-1,2	-1,2	-1,2
Etablering/udbygning af mammografi-screening				1,2	1,2	1,2	1,2
Etablering af lokaliteter til småskader på skadestuen				-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
MR- og CT-scanner				3,8	3,8	3,8	3,8
Bygningsarbejder installation MR- og CT-scanner				0,1	0,1	0,1	0,1
Renovering af kloakanlæg, Hillerød				2,6	2,6	2,6	2,6
Miljøforbedrende og energibesparende investeringer (ventilationsanlæg 6)				0,7	0,7	0,7	0,7
Miljøforbedrende og energibesparende investeringer (Isolering 7)				-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Etablering af ABA-anlæg, Hillerød				-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Renovering og udskiftning af tekniske installationer				0,5	0,5	0,5	0,5
Renovering af nødstrømsanlæg				18,9	18,9	18,9	18,9
Energibesparende investeringer 09 (Ventilation & Belysning)				14,8	14,8	14,8	14,8
Ombygnings- og renoveringsarbejder				2,0	2,0	2,0	2,0
PET/CT scanner				17,7	17,7	17,7	17,7
PET/CT bygningsarbejder (Byggeteknisk)				-2,3	-2,3	-2,3	-2,3
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.				0,0	0,0	0,0	0,0
Ramme til medicoteknisk udstyr				0,1	0,1	0,1	0,1
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.				2,7	2,7	2,7	2,7
Hjertepakker, apparatur				3,5	3,5	3,5	3,5
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr				1,0	1,0	1,0	1,0
Medicoteknik 2010			12,0	0,0	12,0	12,0	12,0
Hvidovre Hospital	226,0	0,0	9,3	88,3	97,6	323,6	323,6
Tagrenovering og ventilationsprojekt				0,0	0,0	0,0	0,0
Aptering af taghus				3,3	3,3	3,3	3,3
Ramme til medicoteknisk udstyr				7,4	7,4	7,4	7,4
Hospitalsplan - indledende anlægsarbejder				1,1	1,1	1,1	1,1
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.				0,6	0,6	0,6	0,6
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.				27,2	27,2	27,2	27,2
Hospitalsplan - Udv. af int.kapacitet og flytning af blodprøvetagning				-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
MR-scanner + MR-scanner røntgenafd.				0,8	0,8	0,8	0,8
Isolationsstuer				-3,2	-3,2	-3,2	-3,2
Etablering/udbygning af mammografi-screening				0,0	0,0	0,0	0,0
Ombygning af centralkøleanlæg				-0,5	-0,5	-0,5	-0,5
Etableringsudgifter vedr. Akut kræftbehandling				2,0	2,0	2,0	2,0
Ventilationsanlæg (Apotek, HvH)				0,8	0,8	0,8	0,8
Klinisk Mikrobiologisk afdeling (ABT fond)				0,0	0,0	0,0	0,0
Udv. Af operationskapacitet				10,8	10,8	10,8	10,8
Udv. Sterilkapacitet				0,0	0,0	0,0	0,0
Udv. Kirurgisk Ambulatorium				5,8	5,8	5,8	5,8

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget 2010	Konsekvenser af godkendte sager i 2009 og vedtagne korrektioner*	Konsekvenser af godkendte sager i 2010	Overførsler fra 2009	Ændringer 1. ØR	Korrigeret Budget 1. ØR	Forventet regnskab 2009
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr				3,0	3,0	3,0	3,0
Udskiftning af olietankinstallation				21,2	21,2	21,2	21,2
Renovering af tag og ventilationsanlæg - sengebygning 1				9,1	9,1	9,1	9,1
Udvidelse af operationskapacitet B2010	71,5			0,0	0,0	71,5	71,5
Udvidelse og modernisering af sterilcentral B2010	8,1			-0,8	-0,8	7,3	7,3
Udvidelse af kirurgisk ambulatorium B2010	32,5			0,0	0,0	32,5	32,5
Dialysesatellit (nyt investeringsprojekt) B2010	15,0			0,0	0,0	15,0	15,0
Renovering tage og ventilationsanlæg B2010	98,9			0,0	0,0	98,9	98,9
Medicoteknik 2010			9,3	0,0	9,3	9,3	9,3
Rigshospitalet	0,0	2,1	36,1	137,7	175,9	175,9	175,9
Ramme til medicoteknisk udstyr				23,7	23,7	23,7	23,7
Etablering af reservekraftanlæg				5,0	5,0	5,0	5,0
Etablering/udbygning af mammografi-screening				0,0	0,0	0,0	0,0
Udvidelse af kapaciteten i centralkøleanlægget				0,0	0,0	0,0	0,0
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.				10,2	10,2	10,2	10,2
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.				21,5	21,5	21,5	21,5
Kapacitetsudvidelse, kræftpatienter og børn				0,0	0,0	0,0	0,0
Udskiftning af to MR-scannere og en CT-scanner				1,3	1,3	1,3	1,3
Stråleterapiudbygning				0,0	0,0	0,0	0,0
Akut kræft - Abdominalcentret				0,0	0,0	0,0	0,0
Akut kræft - Patologifdelingen				27,1	27,1	27,1	27,1
Pavillon				1,5	1,5	1,5	1,5
Etableringsudgifter vedr. Akut kræftbehandling				4,4	4,4	4,4	4,4
Interimsforanstaltninger, Aldersrogade				5,4	5,4	5,4	5,4
Hjertepakker, apparatur				2,4	2,4	2,4	2,4
Udvidelse af fødselskapacitet og etabl. af svangre/barselsklinik				5,9	5,9	5,9	5,9
Fondsdonation, Hjerne-CT apparatur				0,0	0,0	0,0	0,0
Fac. til Tand-Mund-Kæbe indflytning				14,1	14,1	14,1	14,1
Træningslokaler, Fys-& Ergoterapi				2,1	2,1	2,1	2,1
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr				12,0	12,0	12,0	12,0
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (Stereotaksi Acc.)				1,0	1,0	1,0	1,0
Etablering af genomisk medicinsk enhed 2010		2,1		0,0	2,1	2,1	2,1
Medicoteknik 2010			36,1	0,0	36,1	36,1	36,1
Region Hovedstadens Apotek	0,0	0,0	0,0	1,9	1,9	1,9	1,9
Diverse projekter				0,6	0,6	0,6	0,6
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur over 2,5 mio. kr.				0,0	0,0	0,0	0,0
Energibesparende investeringer 09 (el)				1,3	1,3	1,3	1,3

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget 2010	Konsekvenser af godkendte sager i 2009 og vedtagne korrektioner*	Konsekvenser af godkendte sager i 2010	Overførsler fra 2009	Ændringer 1. ØR	Korrigeret Budget 1. ØR	Forventet regnskab 2009
Region Hovedstadens Psykiatri	70,0	0,0	2,5	17,0	19,5	89,5	89,5
Psykoteraapeutisk Center Stolpegård, vinduer og vinduesrammer				0,2	0,2	0,2	0,2
Psykiatrisk Center Ballerup, renovering af spildevandssystem				0,8	0,8	0,8	0,8
Bygningsvedligeholdelse mv., pulje, KA – Ombygning Psykiatrisk Center Ballerup m.v.				0,2	0,2	0,2	0,2
Forbedring af fysiske rammer og udbygning af enestuer, Bispebjerg				0,0	0,0	0,0	0,0
Nødsværk, Psykiatrisk Hospital Nord-sjælland				0,1	0,1	0,1	0,1
Enestuer i lukket afsnit, Hvidovre			-5,9	5,9	0,0	0,0	0,0
Ombygning Psykiatrisk klinik, Rigshospitalet				0,0	0,0	0,0	0,0
Energibesparende investeringer 09 (Psyk Center Sct. Hans)				4,9	4,9	4,9	4,9
Renovering tage Psyk Center Hillerød				4,8	4,8	4,8	4,8
Psyk. Center Ballerup, akutmodtagelse og enestuer B2010	55,0			0,0	0,0	55,0	55,0
Psyk. Center Gentofte/Hørsholm B2010	15,0			0,0	0,0	15,0	15,0
Psyk Center HVH (Enestuer mm.)			28,0	0,0	28,0	28,0	28,0
Psyk Center Glostrup/Retspsykiatri (Enestuer mm.)			2,8	0,0	2,8	2,8	2,8
Tilskud fra ISM, Enestuer projekter GLO/HVH			-24,8	0,0	-24,8	-24,8	-24,8
Medicoteknik 2010			2,4	0,0	2,4	2,4	2,4
Fælles projekter - sundhedsområdet	335,9	3,6	-19,1	171,2	155,7	491,6	491,6
Energibesparende investeringer, pulje	0,0			0,5	0,5	0,5	0,5
Indledende projektering vedr. hospitals- og psykiatriplanerne				32,8	32,8	32,8	32,8
Igangsættelse nødvendige investeringer				0,0	0,0	0,0	0,0
IT-strategi	132,2			49,5	49,5	181,7	181,7
Optionssag, RR. 23.09.08				0,0	0,0	0,0	0,0
Medicoteknisk apparaturpulje*	95,0	3,6	-104,9	77,3	-24,0	71,0	71,0
Renoveringspulje	108,7		-4,7	5,1	0,4	109,1	109,1
Sag nr 15, RR 25.11.08				0,0	0,0	0,0	0,0
Sag nr. 18, RR 28.10.08				0,0	0,0	0,0	0,0
Sag nr. 27, RR 27.10.09				-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Sag nr. 27, RR 27.10.09				-2,4	-2,4	-2,4	-2,4
Vagtcentral				7,2	7,2	7,2	7,2
Web-løsning for Regionen, overførsel grundet tidsforskydninger				1,5	1,5	1,5	1,5
Sag nr. 24 A RR. 23.03.10			87,5	0,0	87,5	87,5	87,5
Sag nr. 24 B RR. 23.03.10			3,0	0,0	3,0	3,0	3,0
Lokal investeringsramme virksomhederne	146,8	-3,6	4,3	21,6	22,2	169,0	169,0
Amager Hospital	4,3			0,1	0,1	4,4	4,4
Bispebjerg Hospital	21,0			-1,4	-1,4	19,5	19,5
Bornholms Hospital	0,8			0,8	0,8	1,6	1,6
Frederiksberg Hospital	3,6			0,8	0,8	4,4	4,4
Frederikssund Hospital	0,6			0,0	0,0	0,6	0,6
Gentofte Hospital	16,8			5,0	5,0	21,8	21,8
Glostrup Hospital*	10,0	-3,6		0,0	-3,6	6,3	6,3
Helsingør Hospital	0,5			0,0	0,0	0,5	0,5
Herlev Hospital	17,8			0,0	0,0	17,8	17,8

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget budget 2010	Konsekvenser af godkendte sager i 2009 og vedtagne korrektioner*	Konsekvenser af godkendte sager i 2010	Overførsler fra 2009	Ændringer 1. ØR	Korrigeret Budget 1. ØR	Forventet regnskab 2009
Hillerød Hospital	8,5			0,9	0,9	9,3	9,3
Hvidovre Hospital	30,4			15,4	15,4	45,8	45,8
Region Hovedstadens Apotek	6,8			0,0	0,0	6,8	6,8
Region Hovedstadens Psykiatri	10,5		1,0	0,1	1,1	11,6	11,6
Rigshospitalet	15,3			0,0	0,0	15,3	15,3
KPU investeringsramme	0,0		3,3	0,0	3,3	3,3	3,3
Samlet investeringsramme, sundhedsområdet	1.065,1	2,1	94,8	884,5	981,3	2.046,4	2.046,4
Socialområdet	8,3	4,2	0,0	16,6	20,8	29,1	29,1
Investeringsramme socialpsykiatri (Region Hovedstadens Psykiatri)*	8,3	4,2		3,1	7,3	15,6	15,6
Planetstien				13,6	13,6	13,6	13,6
Handicapområdet	15,6	0,0	0,0	-3,2	-3,2	12,4	12,4
Investeringsramme Regions Hovedstaden - Handicap	15,6			0,0	0,0	15,6	15,6
Udvidelse af Pensionat Kamager, overførsel grundet tidsforskydninger, netto				-2,0	-2,0	-2,0	-2,0
Erstatningsboliger, Hulegården og Søhuset, overførsel grundet tidsforskydninger, netto				-1,2	-1,2	-1,2	-1,2
Botilbud i Lyngby-Tårnbæk, overførsel grundet tidsforskydninger, netto				0,0	0,0	0,0	0,0
Samlet investeringsramme	1.089,0	6,3	94,8	897,9	999,0	2.087,9	2.087,9

*Vedtagne korrektioner er fra 3. og 4. økonomirapport 2009 og vedrører omplaceringer mellem medicoteknisk apparaturpulje og Glostrup Hospital samt overførsel mellem Socialpsykiatriens drifts- og investeringsramme.

4. Indtægter og finansielle poster

Indtægter til sundhed

Indtægter til sundhed

Mio. kr., 2010-priser	Vedtaget Budget	Korrigeret budget	Korrektioner 1. ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Finansiering sundhed						
Kommunalt grundbidrag	-2.007,0	-2.007,0	0,0	-2.007,0	-2.007,0	0,0
Kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag	-3.345,0	-3.345,2	0,0	-3.345,2	-3.345,2	0,0
Statsligt aktivitetsafhængigt bidrag	-810,0	-810,0	0,0	-810,0	-810,0	0,0
Statsligt bloktilskud	-24.056,0	-24.056,0	0,0	-24.056,0	-24.056,0	0,0
Medfinansiering af nationale IT-projekter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overgangsordning	-110,3	-110,3	0,0	-110,3	-110,3	0,0
Nettodriftsudgifter	-30.328,3	-30.328,5	0,0	-30.328,5	-30.328,5	0,0

For så vidt angår den statslige og kommunale medfinansiering forudsættes det indtil videre, at der vil være budgetoverholdelse. Der er betydelig usikkerhed om den kommunale medfinansiering, idet der ikke er datagrundlag for en nærmere prognose for årsresultatet.

Finansielle poster

Udgangspunktet for beregningerne er regnskabsresultatet for 2009 samt konsekvenserne af bevilningsændringerne under såvel driftsrammen som investeringsrammen.

Økonomaftalen gav mulighed for, at Indenrigs- og sundhedsministeren kan give dispensation for refinansiering af regionens afdrag. I det vedtagne budget 2010 er der forudsat, at der opnås dispensation på 57 mio. kr. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 5. marts 2010 meddelt, at regionen kun opnår en dispensation på 28,5 mio.kr. svarende til 50 % af det ansøgte beløb. Det blev begrundet med hensynet til likviditeten for regionerne.

Likviditetsforudsætningerne kan nu beregnes en gennemsnitlig kassebeholdning på årsbasis på 2,3 mia. kr. og 0,785 mia. kr. i deponerede midler. Det vil sige samlet 3,085 mia.kr., som forrentes. Nedenfor er de enkelte budgetposter nærmere beskrevet.

Renteudgifter og – indtægter

Regionens budgetterede renteindtægter og renteudgifter fremgår af nedenstående tabel.

Renter

Mio. kr.	Vedtaget Budget 2010	Korrektioner 1 ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Renteindtægter	-87,6	14,2	-73,4	-73,4	0,0
Renter af likvide aktiver	-58,1	9,8	-48,3	-48,3	0,0
Renter af kortfristede tilgodehavender	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0
Renter af langfristet tilgodehavender i øvrigt	-29,4	4,4	-25,0	-25,0	0,0
Renteudgifter	144,2	-25,0	119,2	119,2	0,0
Renter af kortfristede gæld	-7,0	16,0	9,0	9,0	0,0
Renter af langfristet gæld	151,2	-41,0	110,2	110,2	0,0
Kurstab og kursgevinster	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Refusion af Købsmoms	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Renter m.v. i alt	56,6	-10,8	45,8	45,8	0,0

Nettorenteudgiften i 2010 forventes at blive 45,8 mio. kr. før der er taget højde for indregning af interne renter. I forhold til oprindeligt budget 2010 er der tale om en nettoforbedring på 10,8 mio. kr.

Renteindtægterne er nu skønnet til 73,4 mio. kr. mod forudsat 87,6 mio. kr. i budget 2010.

Renteindtægter af likvide aktiver forventes at udgøre 48,3 mio. kr. mod forudsat 58,1 mio. kr. i det vedtagne budget 2010. Der er kalkuleret med en gennemsnitlig rente på 2,1 % p.a. svarende til seneste vurdering. Der forventes en gennemsnitlig kassebeholdning i 2010 på 2,3 mia. kr. til forrentning, heraf er 880 mio. kr. placeret i obligationer. Der er kalkuleret med en gennemsnitlig rentesats på 1,2 % på bankindskud og 3,5 % p.a. i afkast på obligationsbeholdningen.

Årsagen til den faldende renteindtægt kan især henføres til en forventet lavere afkastprocent for 2010. I det vedtagne budget 2010 var der skønnet et sammenvejet afkast på 2,7 % p.a. mod nu forventet 2,1 % p.a. Dette skal ses i sammenhæng med afkastet for 2009 blev en hel del større end forventet. Den sammenvejede afkastprocent blev på 3,2 % p.a. fordelt med 1,9 % på bankindskud og 6,5 % p.a. i obligationsafkast.

Renteindtægter af kortfristede tilgodehavender er budgetteret til 0,1 mio. kr..

Renter af langfristede tilgodehavender forventes nu at udgøre 25 mio. kr., heraf 24 mio. kr. vedrørende deponerede midler. I forhold til budget 2010 er der tale om en nedjustering fra 4 % til nu skønnet 3,5 %.

Dette skal ses i sammenhæng med et samlet afkast for 2009 på 5,4 % vedrørende deponerede midler.

Renter af kortfristede gæld skønnes til en udgift på 9,0 mio. kr. svarende til regnskab 2009. Udgiften vedrører især renteudgifter til patienterstatninger.

Renter af langfristet gæld forventes at blive 110,2 mio. kr. I forhold til budget 2010 er der tale om en skønnet mindreudgift på 41,0 mio. kr. Dette skyldes det lave renteniveau, der gør sig gældende for de variabelt forrentede lån.

Der er nu kalkuleret med en gennemsnitlig rentesats på 2,2 % p.a. for hele låneporteføljen for 2010, som er betydeligt lavere end renteniveauet for såvel 2008 som 2009 som udgjorde 3,7 % p.a.

Fordelingen af regionens udgifter og indtægter vedrørende renter

Overgangen til omkostningsbaserede bevillinger indebærer, at investeringsudgifter finansieres som interne lån, der forrentes med en intern rentesats og afdrages i det følgende år. Det årlige afdrag svarer som minimum til afskrivningen på aktiviteten, og rentesatsen er ens for alle omkostningsbaserede bevillingsområder.

Den interne rentesats fastsættes på basis af markedsrenten. Renten som anvendes for 2010 er p.t. skønnet uændret til 3,77 % p.a. beregnet ud fra et 20-årigt fastforrentet lån i KommuneKredit. Dette indebærer, at hvert område pålægges en intern gæld svarende til værdien af aktivet pr. 1. januar 2010.

Nettoudgiften til renter er fordelt til hovedkonto 1 og 2 og 3 efter følgende principper:

De interne lån vedr. hovedkonto 2 udgør for regnskabsåret den bogførte værdi primo året af de materielle anlægsaktiver og ændres fremover med den likviditetsvirkning (inkl. den beregnede rente), som driften og investeringerne i området påfører regionens kasse. Den resterende rente overføres til hovedkonto 1, Sundhedsområdet og Regional udvikling ud fra omkostningsfordelingen således at alle renter fordeles fuldt ud i regnskabssituationen. Fordelingen ser således ud:

Rentefordeling (hele 1000kr.)	
Renter sundhed	27.670
Renter social- specialundervisning	17.400
Renter regional udvikling	730
I alt	45.800

Finansforskydninger

De budgetterede finansforskydninger fremgår af tabellen nedenfor.

Mio. kr.	Vedtaget Budget 2010	Korrektioner 1 ØR	Nyt budget	Forventet regnskab	Forventet afvigelse
Forbrug af likvide aktiver (- = forbrug/ += kassehenlæggelse)	-302,7				
Langfristede tilgodehavender	-146,8	59,6	-87,2	-87,2	0
Kortfristede tilgodehavender i øvrigt *	0	-20,7	-20,7	-20,7	0
Kortfristet gæld til staten og kortfristet gæld i øvrigt	0	0,0	0	0	0
Afdrag	312,2	431,0	743,2	743,2	0
Lånoptagelse	-414,3	-440,1	-854,4	-854,4	0
Finansforskydninger i alt	-248,9	29,8	-219,1	-219,1	0

* Ændring i egenkapitalen

Forbrug af likvide aktiver

Med korrektionerne i 1. økonomirapport 2010 forventes der et kasseforbrug på 1290,4 mio. kr.. Derudover er der i det vedtagne budget forudsat et likviditetstræk på 302,7 mio. kr.

Sammenholdes det samlede likviditetstræk på 1.593,2 mio. kr. med den faktiske likvide beholdning primo 2010 på 1126 mio. kr. bliver den bevillingsmæssige kassebeholdning på -467,2 mio.kr. ultimo året.

Det bemærkes, at der fortsat ikke er indregnet det fremsendte krav fra Finansministeriet vedrørende restafregningen af den kontante kompensation af mellemværende mellem staten og Region Hovedstaden vedrørende de tidligere Københavns og Frederiksborg amters skatterestancer for tidligere år. Beløbet er i optaget i regnskab 2009 som en eventualforpligtelse.

Langfristede tilgodehavender

I forhold til det vedtagne budget er der indregnet en ændring på 59,6 mio. kr., som skyldes nye deponeringer for lejemål, som regionsrådet har tiltrådt i marts mødet. Det drejer sig om lejemål for Region Hovedstadens Psykiatri.

Det samlede deponerede beløb forventes, at udgøre godt 842 mio. kr. ved udgangen af 2010, heraf vedrører 388 mio.kr. deponeringer vedrørende salg af NESA-aktierne, og 397 mio. kr. relaterer sig til deponeringer vedrørende lejemål og garantier. De resterende 57 mio. kr. vedrører øvrige langfristede tilgodehavender.

Mio. kr.	Primo 2010	Ultimo 2010	Ændring
Deponeringer vedr. Nesa-midler*	531,8	388,0	-143,8
Deponeringer vedrørende lejemål m.v.	337,7	397,3	59,6
Deponerede beløb i alt	869,5	785,3	-84,2
Øvrige langfristede tilgodehavender	59,8	56,7	-3,1
I alt	929,2	842,0	-87,3

Depotet nedskrives hver den 1. april med 143,8 mio.kr. plus rentetilskrivning for perioden

Kortfristede tilgodehavender og kortfristet gæld til staten og kortfristet gæld i øvrigt

Budgetteknisk er der indarbejdet en budgetforbedring på 20,7 mio. kr. som vedrører overdragelses-forretningen med Frederikssund Kommune, som overtager dagtilbuddet AKU-center Ejegod pr. 1. januar 2010. Samlet set skal der, som følge af institutionsoverdragelsen overføres langfristet gæld på 20,7 mio. kr.

Afdrag på lån og lånoptagelse

Det vedtagne budget 2010 forudsætter en lånoptagelse på 414,3 mio. kr. og et afdrag på 312,2 mio. kr., svarende til en nettolånoptagelse på 102,1 mio. kr. På grund af renteutviklingen er det imidlertid blevet muligt at samle en række mindre lån til ét større med en mere fordelagtig forrentning. Det er derfor foretaget en omlægning/refinansiering, således, at der afdrages yderligere 410,3 mio. kr. i år, med henblik på indfrielse af disse mindre lån samt betaling af afdrag på de nye lån.

Herudover er der øgede afdrag på 20,7 mio. kr. som følge af Frederikssund Kommune har overtaget dagtilbuddet AKU-center Ejegod pr. 1. januar 2010. Samlet set skal der, som følge af institutions-overdragelsen overføres langfristet gæld på 20,7 mio. kr.

I budgettet 2010 var der forudsat en lånoptagelse på 414,3 mio. kr. som i mødesagen som blev tiltrådt af regionsrådet i februar blev ændret til en samlet lånoptagelse på 911,0 mio. kr. heraf 28,8 mio. kr. som er indeholdt i regnskab 2009 vedrørende energibesparende foranstaltninger.

Lånoptagelsen vedrørende regnskab 2010 udgjorde således 882,2 mio. kr. som vedrører refinansiering af afdrag på langfristet gæld med 707,0 mio. kr., lån vedrørende energibesparende foranstaltninger på 112,8 mio. kr. samt lån til medikoteknik på 62,4 mio. kr.

Refinansiering af gæld forudsatte, at regionen fik en lånedispensation på 57 mio. kr. fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Ministeriet har kun meddelt en dispensation på 28,5 mio. kr. svarende til halvdelen af det ansøgte. Lånoptagelsen for 2010 er korrigeret herfor.

Det kan oplyses at Region Sjælland og Region Nordjylland også kun har for bevilliget 50 % af det ansøgte beløb, mens Region Midtjylland har fået bevilliget det ansøgte beløb.

Nedenfor er vist udvikling i lånoptagelse, afdrag samt den samlede langfristede gæld.

Mio. kr.	Vedtaget Budget 2010	Korrektioner 1 ØR	Nyt budget
Langfristet gæld primo året*)	4930,6	12,0	4942,6
Afdrag	312,2	431,0	743,2
Lånoptagelse, refinansiering	-312,2	-367,0	-679,2**
Lånoptagelse Medikoteknik	-62,4	0,0	-62,4
Lånoptagelse energipulje 2010	-39,7	-73,1	-112,8
Lånoptagelse energipulje 2009 på 28,8 mio.kr. Indgår i 2009 regnskabet			
Lån og afdrag	-102,1	-9,1	-111,2
Langfristet gæld ultimo året	5.032,7	21,1	5.053,8

*Langfristet gæld udgør i regnskab 2009 4.942,6 mio.kr. ekskl. leasing gæld som udgør 37 mio.kr.

** Af lånoptagelse til refinansiering er der optaget 650,7 mio.kr. i februar måned 2010

Bilag 1 - Bevillingsændringer

Beløb i 1.000 kr., i 2009 priser

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
Sundhed	Amager Hospital	Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	-125
		Fælles afregning for blodprodukter	-1.052
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	100
		Medicin vækst 2009 Amager	-598
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	6
		Overførsel til 2010 - merforbrug på Amager Hospital	-2.533
		Resultat af takststyring 2009	-3.572
		Seniorbonus 2010	191
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 AMH	64
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	-236
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-75
	Amager Hospital Total		-7.830
	Bispebjerg Hospital	Annullering: HP-flytning af Ryvang Øst fra HEH til BBH	-203
		Anæstesiologisk sygepleje fordeling af udd.pladser for 1 år, rest ½ år overføres i 2011	305
		Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	-525
		Fælles afregning for blodprodukter	-4.161
		Hospitalsplanflytning, lungecancer GeH BBH	6.095
		HP - klinisk farmakologi	839
		HP- akut apopleksi - indre Nørrebro fra FH til BBH	15.003
		HP- arbejdsmedicinsk klinik	5.216
		HP- intern medicin og geriatri fra FH til BBH	25.620
		HP- reumatologi fra BBH til FRH	-20.156
		HP-biokemi og klin.fys. Fra AMH til BBH	419
		Intensiv sygepleje, fordeling udd.pladser for 1år, rest ½ år overføres i 2011	333
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	712
		Korrektion: HP-flytning af Ryvang Øst fra HEH til BBH	-203
		Kræftsygepleje, hold 1 + 2	34
		Medicin vækst 2009 Bispebjerg	14.599
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	15
		Midler til etablering af byggeorganisation BBH	1.500
		Operationsteknikereuddannelsen	277
		Overførsel af merforbrug til 2010 pba regnskab 2009 - BBH	-4.997

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringsstekst	Beløb 2010
		Resultat af takststyring 2009	53.432
		Seniorbonus 2010	1.132
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 BBH	-1.676
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	-430
		Urologi	555
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-351
		PET/CT scanner på Bispebjerg	5.129
		Meraktivitet - ud over de 3,6% produktivitetskrav på Bispebjerg	19.364
		HP Kirurgi fra Hvidovre til Bispebjerg	16.865
	Bispebjerg Hospital Total		134.742
	Bornholms Hospital	Anæstesiologisk sygepleje fordeling af udd.pladser for 1 år, rest ½ år overføres i 2011	305
		Bornholms Hospital overtager D vitamin analyser	860
		Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	-38
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	41
		Korrektion diagnostisk center	250
		Medicin vækst 2009 Bornholm	-828
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	5
		Overførsel til 2010 Etablering af fællesjournal	500
		Overførsel til 2010 Evaluering og optimering af DRG registrering	300
		Overførsel til 2010 Indførelse af differentieret hjertestopkursus	100
		Overførsel til 2010 Indførelse af sygeplejerske dokumentationssystem	300
		Overførsel til 2010 International rekruttering af læger	400
		Overførsel til 2010 Kommunikationskursus	100
		Overførsel til 2010 Leankonsulent	400
		Overførsel til 2010 Udskiftning af patientmøbler	400
		Resultat af takststyring 2009	1.967
		Seniorbonus 2010	304
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 BOH	136
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-72
	Bornholms Hospital Total		5.430
	Frederiksberg Hospital	Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	-138
		Fælles afregning for blodprodukter	-1.670
		HP - intern medicin og geriatri fra HVH til FRH	32.935
		HP- akut apopleksi - indre Nørrebro fra FH til BBH	-15.003
		HP- apopleksi fra HVH til FRH	8.379

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
		HP- intern medicin og geriatri fra FH til BBH	-25.620
		HP- reumatologi fra BBH til FRH	20.156
		HP- Reumatologi fra HVH til FRH	5.033
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	593
		Medicin vækst 2009 Frederiksberg	6.671
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	13
		Operationsteknikereuddannelsen	138
		Opsigelse af neonatalaftale	1.127
		Overførsel til 2010/11 Merforbrug Frederiksberg Hospital	-16.400
		Resultat af takststyring 2009	-13.854
		Seniorbonus 2010	736
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 FRH	126
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	-236
		Urologi	20.660
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-143
		Budgetjustering sfa. Manglende 1,6% produktivitet - Frederiksberg	-5.289
		Budgetjustering sfa. Manglende 2% produktivitet - Frederiksberg	-6.611
	Frederiksberg Hospital Total		11.603
	Frederikssund Hospital	Diætister, budget fordeles til hospitaler	485
		Flytning af Montebello	18.450
		Fælles afregning for blodprodukter	1.641
		Genbevilling af mindreforbrug fra 2009	2.472
		Hospitalsplanflytning, lungecancer Frs GeH	-4.654
		HP- skadestue fra Hillerød til Frederikssund	15.053
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	41
		Medicin vækst 2009 Frederikssund	-942
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	6
		Reduktion sfa. lavere præstationskrav	-3.000
		Resultat af takststyring 2009	570
		Seniorbonus 2010	199
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 FRSUND	-516
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-50
		Overtagelse af vagtfunktion fra FRSUND til HILL	1.853
		Regulering af øvrige indtægter B2010 i forhold til R2009	0
	Frederikssund Hospital Total		31.608

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
	Gentofte Hospital	Anæstesiologisk sygepleje fordeling af udd.pladser for 1 år, rest ½ år overføres i 2011	305
		Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	-200
		Fælles afregning for blodprodukter	6.523
		Genbevilling af mindreforbrug	15.410
		Hjemtagning ØNH Glo GeH	3.389
		Hospitalsplanflytning, korr. audiologi	-141
		Hospitalsplanflytning, lungecancer Frs HiH GeH	6.095
		Hospitalsplanflytning, lungecancer GeH BBH	-6.095
		Hospitalsplanflytning, ØNH HiH GeH	6.112
		Hospitalsplanflytning, ØNH RH GeH	8.821
		HP, udskillelse af apparaturpulje GeH RH	-1.889
		Intensiv sygepleje, fordeling udd.pladser for 1år, rest ½ år overføres i 2011	333
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	154
		Medicin vækst 2009 Gentofte	13.853
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	12
		Resultat af takststyring 2009	82.063
		Seniorbonus 2010	1.070
		Studenterundervisning, fordeling	464
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 GEH	-12.325
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	-600
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-268
	Gentofte Hospital Total		123.086
	Glostrup Hospital	Afhændelse af mammografiscreeninger	-744
		Anæstesiologisk sygepleje fordeling af udd.pladser for 1 år, rest ½ år overføres i 2011	305
		Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	-200
		Fælles afregning for blodprodukter	5.262
		Hjemtagning ØNH Glo GeH	-3.389
		HP- arbejdsmedicinsk klinik	-5.216
		HP-apopleksi fra Hvidovre til Glostrup	25.562
		HP-Geriatri Brøndby og Hvidovre fra GLO til HVH	-10.320
		HP-medicinsk optageområde fra GLO til HVH	-42.789
		HP-reumatologi fra Hvidovre til Glostrup	31.357
		HP-traumatisk hjerneskade fra HVH til GLO	58.393
		Kommuneforebygning: Vestegnsprojektet	370
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	373

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
		Korrektion i dækningsbidrag for Psykiatrisk Center Glostrup	-1.046
		Medicin vækst 2009 Glostrup	36.272
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	15
		Omfordeling indkøbsbesparelser ml. (GLO - HEH)	83
		Overførsel af merforbrug fra 2009	-37
		Resultat af takststyring 2009	20.089
		Seniorbonus 2010	1.070
		Studerterundervisning, fordeling	457
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 GLO	10.039
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	-600
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-302
	Glostrup Hospital Total		125.004
	Helsingør Hospital	Diætister, budget fordeles til hospitaler	485
		Fælles afregning for blodprodukter	1.994
		HP- skadestue fra Hillerød til Helsingør	9.824
		Medicin vækst 2009 Helsingør	145
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	5
		Omfordeling af indkøbsbesparelse 2010 (HIH - HEH)	390
		Overførsel af merforbrug fra 2009 - HEL	-3.351
		Resultat af takststyring 2009	-3.107
		Seniorbonus 2010	132
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 HELS	920
		Tilførsel administration	200
		Tilførsel lægevagtnormering	1.200
		Tilførsel Serviceafdeling HEL	100
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-35
	Helsingør Hospital Total		8.902
	Herlev Hospital	Annullering: HP-flytning af Ryvang Øst fra HEH til BBH	203
		Anæstesiologisk sygepleje fordeling af udd.pladser for 1 år, rest ½ år overføres i 2011	611
		Børnekirurgi fra GEH til HEH (Rigshospitalets andel af budget)	3.980
		Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	-250
		Fælles afregning for blodprodukter	42.107
		Hjemtagelse af TUR-B	7.970
		Intensiv sygepleje, fordeling udd.pladser for 1år, rest ½ år overføres i 2011	334
		Kommuneforebyg pulje: nr. 4 kol og diabetes på tværs af sektorgrænser	100

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
		Korrektion: HP-flytning af Ryvang Øst fra HEH til BBH	203
		Kræftsygepleje, hold 1 + 2	308
		Medicin vækst 2009 Herlev	28.893
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	20
		Midler til etablering af byggeorganisation HER	1.500
		Omfordeling indkøbsbesparelser ml. (GLO - HEH)	-83
		Operationsteknikereuddannelsen	338
		Overførsel af merforbrug fra 2009 - HEH	-41.000
		Radikal prostektomi	3.569
		Resultat af takststyring 2009	80.769
		Seniorbonus 2010	1.776
		Studerterundervisning, fordeling	1.232
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 HER	-15.480
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	-600
		Urologi	-13.573
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-528
	Herlev Hospital Total		102.399
	Hillerød Hospital	AES-bidrag for stabene overføres til hillerød	250
		Anæstesiologisk sygepleje fordeling af udd.pladser for 1 år, rest ½ år overføres i 2011	611
		Diætister, budget fordeles til hospitaler	515
		Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	-263
		Flytning af Montebello, lønservice HiH	84
		Fælles afregning for blodprodukter	21.004
		Hospitalsplanflytning, korr. audiologi	141
		Hospitalsplanflytning, lungecancer HiH GeH	-1.441
		Hospitalsplanflytning, ØNH HiH GeH	-6.112
		HP- skadestue fra Hillerød til Frederikssund	-15.053
		HP- skadestue fra Hillerød til Helsingør	-9.824
		Intensiv sygepleje, fordeling udd.pladser for 1år, rest ½ år overføres i 2011	333
		Kommuneforebyggen: nr. 2 kol: opsporing af borgere	198
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	222
		Medicin vækst 2009 Hillerød	-17.075
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	14
		Omfordeling af indkøbsbesparelse 2010 (HIH - HEH)	-390
		Operationsteknikereuddannelsen	553

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringsstekst	Beløb 2010
		Ortotekniker, overførsel til betaling af	91
		Overførsel af merforbrug	-41.853
		Resultat af takststyring 2009	60.163
		Seniorbonus 2010	2.065
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 HILL	3.198
		Tilførsel Serviceafdeling HEL	-100
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	-200
		Vækst i praksisydelser	430
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-446
		Overtagelse af vagtfunktion fra FRSUND til HILL	-1.853
	Hillerød Hospital Total		-4.738
	Hvidovre Hospital	Anæstesiologisk sygepleje fordeling af udd.pladser for 1 år, rest ½ år overføres i 2011	611
		Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	-338
		Fælles afregning for blodprodukter	-1.370
		HNPCC	1.623
		HP - intern medicin og geriatri fra HVH til FRH	-32.935
		HP- apopleksi fra HVH til FRH	-8.379
		HP- Reumatologi fra HVH til FRH	-5.033
		HP-apopleksi fra Hvidovre til Glostrup	-25.562
		HP-biokemi og klin.fys. Fra AMH til BBH	-419
		HP-Geriatri Brøndby og Hvidovre fra GLO til HVH	10.320
		HP-medicinsk optageområde fra GLO til HVH	42.789
		HP-reumatologi fra Hvidovre til Glostrup	-31.357
		HP-traumatisk hjerneskade fra HVH til GLO	-58.393
		Intensiv sygepleje, fordeling udd.pladser for 1år, rest ½ år overføres i 2011	667
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	136
		Medicin vækst 2009 Hvidovre	15.032
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	18
		Midler til etablering af byggeorganisation HVH	1.000
		Operationsteknikereuddannelsen	415
		Opsigelse af neonatalaftale	-1.127
		Overførsel af merforbrug	0
		Protokollatsmidler, fordeling	1.461
		Resultat af takststyring 2009	5.436
		Seniorbonus 2010	1.299

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 HVH	13.965
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	-430
		Urologi	-7.642
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-407
		Budgetjustering sfa. Manglende 1,6% produktivitet - Hvidovre	-17.629
		HP Kirurgi fra Hvidovre til Bispebjerg	-16.865
	Hvidovre Hospital Total		-113.114
	Region Hovedstadens Apotek	Genbevilling af mindreforbrug fra 2009	3.181
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	5
		Seniorbonus 2010	140
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-57
	Region Hovedstadens Apotek Total		3.269
	Region Hovedstadens Psykiatri	Etableringsudgifter til udvidelse af kapaciteten på Klinik for Spiseforstyrrelser	2.140
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	549
		Korrektion i dækningsbidrag for Psykiatrisk Center Glostrup	1.046
		Medicin vækst 2009 Psykiatrien	3.640
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	29
		Overførsel til 2010 - merforbrug på driften	-25.410
		Overførsel til 2010 - merindtægter fra SATSpuljemidler	26.761
		Seniorbonus 2010	3.150
		Studerterundervisning, fordeling	181
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	-236
		Voksen DUT - udvidet behandlingsret - BR-klinikker	7.600
		Voksen DUT - udvidet behandlingsret - Kapacitetsudvidelse spiseforstyrrelse PC	
		Gentofte	9.703
		Voksen DUT - udvidet behandlingsret - LEAN	1.500
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-608
	Region Hovedstadens Psykiatri Total		30.045
	Rigshospitalet	Aktivitetsbudget - justering som følge af meraktivitetsprojekter	99.467
		Anæstesiologisk sygepleje fordeling af udd.pladser for 1 år, rest ½ år overføres i 2011	611
		Børnekirurgi fra GEH til HEH (Rigshospitalets andel af budget)	-3.980
		Demensudredning på Bornholm RH	661
		Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	-438
		Fælles afregning for blodprodukter	-70.278
		Genbevilling af mindreforbrug fra 2009	21.338

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
		Hospitalsplanflytning, ØNH RH GeH	-8.821
		HP - klinisk farmakologi	-839
		HP, udskillelse af apparaturpulje GeH RH	1.889
		Indtægtsbudget - justering som følge af meraktivitetsprojekter	1.430
		Indtægtsbudget - justering som følge af meraktivitetsprojekter - basisbehandling	-1.116
		Indtægtsbudget - justering som følge af meraktivitetsprojekter - I/I-indtægter	-45.426
		Indtægtsbudget - justering som følge af meraktivitetsprojekter - særydelser	-1.430
		Intensiv sygepleje, fordeling udd.pladser for 1år, rest ½ år overføres i 2011	2.000
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	719
		Kræftsygepleje, hold 1 + 2	582
		Medicin vækst 2009 Rigshospitalet	93.159
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	22
		Midler til etablering af byggeorganisation RH	1.000
		Operationsteknikereuddannelsen	277
		Protokollatsmidler, fordeling	2.408
		Resultat af takststyring 2009	50.222
		Seniorbonus 2010	4.122
		Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for svangreomsorg	3.500
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 RH	-6.480
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	-430
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	-962
		Budgetjustering sfa. Manglende 1,6% produktivitet - Rigshospitalet	-41.231
		Finansiering: Etablering Genomisk med. Enhed RH	-2.100
	Rigshospitalet Total		99.876
	Sygesikring	Bornholms Hospital overtager D vitamin analyser	-860
		KVEU: til sekr.bistand mv. fra praksisbudget	-486
		Vækst i praksisydelser	-430
	Sygesikring Total		-1.776
	Fælles driftsudgifter m.v.	Adm. Besparelse andel overføres til FIE	-70
		Adm. Besparelse andel overføres til TECTRA	-115
		Adm. Besparelse fordeling til decentrale enhed	-217
		Adm. Besparelse fordeling til decentrale enheder	-368
		Aktivitetsbudget - justering som følge af meraktivitetsprojekter - Rigshospitalet	-99.467
		Akutbefordring - Suppl. Beredskaber	9.000
		Akutbefordring - Suppl. Beredskaber - sund fælles	-9.000
		Akutbiler, indkøb af 2 stk. overførsel til anlæg	-758

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
		Annullering: Overførsel til 2010 - arbejdsmarkedsafdelingen	-2.300
		Anæstesiologisk sygepleje fordeling af udd.pladser for 1 år, rest ½ år overføres i 2011	-3.664
		Defibrillatorer, finansiering af køb i 09, til anlæg i 4 år	-2.500
		Demensudredning på Bornholm RH	-661
		Diætister, budget fordeles til hospitaler	-1.485
		Ekstraordinære indtægter fra AER præmieringsordning	2.515
		Etableringsudgifter til udvidelse af kapaciteten på Klinik for Spiseforstyrrelser	-2.140
		Flytning af Montebello	-18.534
		HNPCC	-1.623
		Indtægtsbudget - justering som følge af meraktivitetsprojekter - Rigshospitalet	46.542
		Intensiv sygepleje, fordeling udd.pladser for 1år, rest ½ år overføres i 2011	-4.000
		Investeringsbevilling, PSYK Center, Stolpegård	-1.000
		Kommuneforebyg pulje: finansiering nr. 2+ nr. 4	-298
		Kommuneforebyg pulje: Vestegnsprojektet	-370
		Kompensation konvertering af tjenestemandstillinger	-3.640
		Korrektion diagnostisk center	-250
		Korrektion: Overførsel til 2010 - arbejdsmarkedsafdelingen	2.300
		Kræftsygepleje, hold 1 + 2	-924
		Lean-budget overføres til administrationsbudget	-4.000
		Medicin vækst 2009 Sundfælles	-192.821
		Midler til etablering af byggeorganisation - sundfælles	-5.000
		Operationsteknikereuddannelsen	-1.998
		Overførsel til 2010 Arbejdsmarkedsafdelingen	12.200
		Overførsel til 2010 Brystkræftscreening pulje	1.000
		Overførsel til 2010 Intensivmidler	3.145
		Overførsel til 2010 Kompetenceudv Trepartsmidler	21.900
		Overførsel til 2010 Udvidelse af kapaciteten på spiseforstyrrelsesområdet	2.140
		Overførsel til 2010: Akut befording, Tidsforskydning refusion sine	-8.000
		Overførsel til 2010: Akut befording, tidsforskydning, udgifter	9.875
		Overførsel til 2010: Alternativ behandling, tidsforskydning	500
		Overførsel til 2010: Arbejds miljø	850
		Overførsel til 2010: Den ældre medicinske patient, tidsforskydning	8.000
		Overførsel til 2010: Designkonkurrence	290
		Overførsel til 2010: Forskning, tidsforskydning	5.660
		Overførsel til 2010: Kommunesamarbejdsprojekter, forebyggelsespuljen	3.235

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
		Overførsel til 2010: Kompetenceudv. Med.afd.	1.125
		Overførsel til 2010: Mindreforbrug driftsmidler	1.275
		Overførsel til 2010: Mindreforbrug patentpulje	3.090
		Overførsel til 2010: Mindreforbrug, tidsforskydning	4.530
		Overførsel til 2010: Nye korte uddannelser, tidsforskydning	575
		Overførsel til 2010: Pendlerkortsordning	450
		Overførsel til 2010: Praksisplanlægning, implementering, tidsforskydnings	1.530
		Overførsel til 2010: Studenterundervisning og protokollatmidler, tidsforskydning	12.685
		Overførsel til 2010: Sundhedsprofiler, tidsforskydning	1.800
		Patientsikkerhedsordning til praksissektoren	-500
		Protokollatsmidler, fordeling	-3.869
		Radikal prostektomi	-3.569
		Reduktion sfa. lavere præstationskrav	3.000
		Resultat af takststyring 2009	-334.178
		Seniorbonus 2010	-17.386
		Seniorbonus stabsområdet	-395
		Studenterundervisning, fordeling	-2.334
		Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for svangreomsorg	-3.500
		Takstbelagte ydelser - justering af B2010 sundfælles	8.029
		Tilførsel Helsingør Hospital	-1.400
		UCSF: samling af budget fra hospitalerne jf. beslutning i UD den 3.12.19 pkt. 6	3.998
		Voksen DUT - udvidet behandlingsret - BR-klinikker	-7.600
		Voksen DUT - udvidet behandlingsret - Kapacitetsudvidelse spiseforstyrrelse PC	
		Gentofte	-9.703
		Voksen DUT - udvidet behandlingsret - LEAN	-1.500
		Budgetjustering sfa. Manglende 1,6% produktivitet - Frederiksberg	5.289
		Budgetjustering sfa. Manglende 1,6% produktivitet - Hvidovre	17.629
		Budgetjustering sfa. Manglende 1,6% produktivitet - Rigshospitalet	41.231
		Budgetjustering sfa. Manglende 2% produktivitet - Frederiksberg	6.611
		PET/CT scanner på Bispebjerg	-5.129
		Meraktivitet - ud over de 3,6% produktivitetskrav på Bispebjerg	-19.364
		Fælles driftsudgifter m.v. Total	-533.631
	Hospitalsbehandling uden for Region	Afhændelse af mammografiscreeninger	744
		Hjemtagelse af TUR-B	-7.970
		Ortotekniker, overførsel til betaling af	-91

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringsstekst	Beløb 2010
	Hospitalsbehandling uden for Regionen Total		-7.317
Sundhed Total			7.558
Social	Handicap	Tilpasning til takstbudget	9.883
		Modregning omkostningsselementer	4.909
	Handicap Total		14.792
	Socialpsykiatri	Tilpasning af afskrivninger til takstberegningsgrundlag	-264
		Tilpasning af forrentning til takstberegningsgrundlag	-427
		Modregning omkostningsselementer	732
		Mindreforbrug i 2009 til forsinkede bygningsvedligehold og kurser i medicinhåndtering	429
		Reduktion af beboerindtægter på Skovvænget sfa. færre pladser	341
		Forhøjelse af takstindtægter på Skovvænget sfa. lavere beboerindtægter	-341
	Socialpsykiatri Total		470
Social Total			15.262
Regional Udvikling	Koncern Miljø	Organisationsjustering, agenda 21, aktivitetsmidler	-1.800
		Overført overskud Miljøområdet	470
	Koncern Miljø Total		-1.330
	Koncern Regional Udvikling	Overført overskud Erhvervsområdet	83.160
		Overført overskud Kollektiv trafik	16.350
		Overført overskud Øvrig regional udvikling	118.700
	Koncern Regional Udvikling Total		218.210
Regional Udvikling Total			216.880
Administration	Administration	Adm. Besparelse andel overføres til TECTRA +FIE	185
		Adm. Besparelse fordeling til decentrale enhed	217
		Adm. Besparelse fordeling til decentrale enheder	368
		Adm. besparelse fra løn til porto	716
		Adm. Besparelse fra løn til porto	-716
		AES-bidrag for stabene overføres til hillerød	-250
		KVEU: til sekr.bistand mv. fra praksisbudget	486
		Lean-enhed, drift	929
		Lean-enhed, løn	1.571
		MED-organisation/uddannelse overf. Til virksomhederne	-185
		Nyt økonomi- og logistiksystem, lejeudgifter	300
		Nyt økonomi- og logistiksystem, support	900
		Opgavejustering, forskning + udd. Drift	53

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
		Organisationsjustering Kvalitetsarbejdet mv. drift	32
		Organisationsjustering Kvalitetsarbejdet mv. løn	465
		Organisationsjustering, adm. Opgaver	200
		Organisationsjustering, agenda 21, aktivitetsmidler	1.800
		Organisationsjustering, drift	21
		Organisationsjustering, enhedschef, udd. Enhed	375
		Organisationsjustering, finansiering via pulje	-2.238
		Organisationsjustering, forskning + udd. Løn	780
		Organisationsjustering, løn	312
		Organisationsjustering, praksisområdet, nedlæggelse af stilling	
		Overførsel til 2010: Arbejdsmiljø + rekrut.+fastholdelse	540
		Overførsel til 2010: Direktionspulje, tidsforskydning	1.210
		Overførsel til 2010: Forsikringsområdet, tidsforskydning mv.	10.750
		Overførsel til 2010: IP-telefoni, tidsforskydning	600
		Overførsel til 2010: IT-området, merforbrug	-6.250
		Overførsel til 2010: Konsulentudgifter, nyt økonomisystem mv.	2.050
		Overførsel til 2010: Lederudvikling, tidsforskydning	700
		Overførsel til 2010: Logistikprojekter mv. indkøb, tidsforskydning	3.250
		Overførsel til 2010: Med-organinsation/uddan. Mv.Tidsforskydning	2.795
		Overførsel til 2010: Personaleudvikl. Pulje, PUP, tidsforskydning	1.400
		Overførsel til 2010: Personaleudvikl. Pulje, tidsforskydning	1.595
		Overførsel til 2010: Skilteprojekt mv., tidsforskydning	420
		Overførsel til 2010: Tidsforskydning, eu-projekter mv., indtægter	2.395
		Overførsel til 2010: Udgifter nyt Regionsråd, rejser og arrangementer	500
		Overførsel til 2010: Journalsystem, tidsforskydning	1.900
		Patientsikkerhedsordning til praksissektoren	500
		Seniorbonus stabsområdet	395
		Web-budget besparelse vedr. web-plattform	-535
		Web-budget mindreudgift dækker mindreindtægter	459
		Web-budget overførsel fra hospitalerne	4.472
		Web-budget overførsel fra hospitalerne, handicaps andel	-168
		Web-budget restbudget overføres til fælles	76
		Økonomiopfølgingsteam	1.500
	Administration Total		36.875
Administration Total			36.875
Investering	Amager Hospital	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	1.400

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringsstekst	Beløb 2010
		Overførsel af lokal investeringsramme Amager Hospital	75
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Amager Hospital	963
	Amager Hospital Total		2.438
	Bispebjerg Hospital	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	7.800
		Overførsel af lokal investeringsramme Bispebjerg Hospital	-1.419
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Bispebjerg Hospital	64.827
	Bispebjerg Hospital Total		71.208
	Bornholms Hospital	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	1.700
		Helikopterplads, BOH RR. 23.03.10	4.600
		Overførsel af lokal investeringsramme Bornholms Hospital	783
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Bornholms Hospital	4.822
	Bornholms Hospital Total		11.905
	Frederiksberg Hospital	Overførsel af lokal investeringsramme Frederiksberg Hospital	795
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Frederiksberg Hospital	22.963
	Frederiksberg Hospital Total		23.758
	Frederikssund Hospital	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	800
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Frederikssund Hospital	1.472
	Frederikssund Hospital Total		2.272
	Gentofte Hospital	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	6.900
		Overførsel af lokal investeringsramme Gentofte Hospital	4.975
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Gentofte Hospital	90.475
	Gentofte Hospital Total		102.350
	Glostrup Hospital	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	8.900
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Glostrup Hospital	43.510
	Glostrup Hospital Total		52.410
	Handicap	Overførsel fra 2009 til 2010 - Handicap	-3.200
	Handicap Total		-3.200
	Helsingør Hospital	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	1.400
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Helsingør Hospital	10.369
	Helsingør Hospital Total		11.769
	Herlev Hospital	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	16.200
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Herlev Hospital	140.618
	Herlev Hospital Total		156.818
	Hillerød Hospital	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	12.000
		Overførsel af lokal investeringsramme Hillerød Hospital	885

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Hillerød Hospital	66.806
	Hillerød Hospital Total		79.691
	Hvidovre Hospital	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	9.300
		Overførsel af lokal investeringsramme Hvidovre Hospital	15.374
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Hvidovre Hospital	88.337
	Hvidovre Hospital Total		113.011
	Region Hovedstadens Apotek	Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Region Hovedstadens Apotek	1.908
	Region Hovedstadens Apotek Total		1.908
	Region Hovedstadens Psykiatri	Investeringsbevilling, PSYK Center, Stolpegård	1.000
		Psyk Center HVH (enestuer mm) RR. 02.02.10	22.100
		Psyk Center Glostrup/Retspsykiatri (enestuer mm.) RR. 02.02.10	2.791
		Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	2.400
		Overførsel af lokal investeringsramme Region Hovedstadens Psykiatri	92
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 RHP	16.991
	Region Hovedstadens Psykiatri Total		45.374
	Rigshospitalet	Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	36.100
		Etablering Genomisk med. Enhed RH RR.27.10.09	2.100
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Rigshospitalet	137.689
	Rigshospitalet Total		175.889
	Socialpsykiatri	Overførsel fra 2009 til 2010 - Soc. Psykiatri	16.648
	Socialpsykiatri Total		16.648
	Fælles investeringsudgifter	Akutbiler, indkøb af 2 stk. overførsel til anlæg	758
		Defibrillatorer, finansiering af køb i 09, til anlæg i 4 år	2.500
		Finansiering: Investeringsbevilling, PSYK Center, Stolpegård	-1.000
		Investeringsbevilling, PSYK Center, Stolpegård fra Sund Fælles	1.000
		Medicoteknisk pulje: Finansiering af Inv. midler til medicoteknik 2010 RR 23.03.10	-104.900
		Tilskud fra ISM vedr. Psykiatri (enestue mm.)	-24.791
		Renoveringspulje_ Finansiering af Psyk Center HVH (enestuer mm) RR. 02.02.10	-100
		Renoveringspulje: Finansiering af Helikopterplads, BOH RR. 23.03.10	-4.600
		Sag nr. 24. (A) RR 23.03.10	87.500
		Sag nr. 24. RR (B) 23.03.10	3.000
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 fælles projekter sundhedsområdet	171.176
	Fælles investeringsudgifter Total		130.543
Investering Total			994.792
Finansiering	Administration	Anden kortfristet gæld med indlandsk betalingsmodtager	16.000

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringsstekst	Beløb 2010
		Deponerede beløb	59.600
		Deponerede beløb for lån m.v.	4.400
		Indskud i pengeinstitutter m.v.	8.400
		KommuneKredit	391.400
		Kortfristet tilgodehavender i øvrigt	-20.700
		Optagne lån	-440.100
		Pengeinstitutter	-1.900
		Selvejende institutioner med driftsoverenskomst	200
		Stat og hypotekbank	300
		Statsobligationer m.v.	1.400
		Andel af renter socialområdet	-1.236
		Andel af renter regional udvikling	730
		Andel af renter sundhedsområdet	-10.294
		Andel af renter	10.800
	Administration Total		19.000
	Forbrug af likvide aktiver / Kasse- henlæggelse	Finansielle poster	-19.000
		Nyt økonomi-og logistiksystem, finansiering	-1.200
		Overførsel af merforbrug fra 2009 - HEH	41.000
		Overførsel af merforbrug fra 2009 - HEL	3.351
		Overførsel af merforbrug til 2010 pba regnskab 2009 - BBH	4.997
		Overførsel af midler til 2010	-40.385
		Overførsel til 2010 - merforbrug på Amager Hospital	2.533
		Overførsel til 2010 - mindreforbrug på Behandlingspsykiatrien	-1.351
		Overførsel til 2010 Bornholm	-2.500
		Overførsel til 2010/11 Merforbrug Frederiksberg Hospital	16.400
		Overførsel til 2010: administration, finansiering	-23.855
		Overførsel til 2010: Sundhed fælles, finansiering	-47.470
		Regional udvikling	-218.680
		Overførsel af merforbrug Hillerød	41.853
		Genbevilling af mindreforbrug fra 2009 Apotek	-3.181
		Genbevilling af mindreforbrug Gentofte	-15.410
		Overførsel af merforbrug fra 2009 Glostrup	37
		Genbevilling af mindreforbrug fra 2009 Frederikssund	-2.472
		Genbevilling af mindreforbrug fra 2009 Rigshospitalet	-21.338
		Overførsel lokale investeringsrammer 2009 til 2010	-21.560

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Område	Firmanavn i rapporten	Posteringstekst	Beløb 2010
		Finansiering: Sag nr. 24	-90.500
		Overførsel af mindreforbrug 2009 til 2010 Investering	-862.926
		Overførsel fra 2009 til 2010 - Soc. Psykiatri	-16.648
		Overførsel fra 2009 til 2010 - Handicap	3.200
	Kommunal takstbetaling	Finansiering af social området	-15.262
	Kommunal takstbetaling Total		-15.262
	Forbrug af likvide aktiver / Kassehenlæggelse Total		-1.290.367
Finansiering Total			-1.271.367
Hovedtotal			0

Bilag 2 – Overførsler på driftsområdet

Beløb i 1.000 kr., i 2009 priser	Varslet i 4. ØR	Endelig opgø- relse 2010	Endelig opgø- relse 2011-
Amager Hospital	-1.600	-2.533	
Bispebjerg Hospital	-23.000	-4.997	
Bornholms Hospital	-1.800	2.500	
Merforbrug	-1.800		
Etablering af fællesjournal		500	
Indførelse af sygeplejerske dokumentationssystem		300	
Udskiftning af patientmøbler		400	
Lean konsulent		400	
Kommunikationskursus		100	
Evaluerig og optimering af DRG registrering		300	
Indførelse af differentieret hjertestopkursus		100	
International rekruttering af læger		400	
Frederiksberg Hospital	-25.000	-16.400	-32.909
Frederikssund Hospital	884	2.472	
Overførsel - ombygning og renovering skadestue	884	884	
Tidsforskydning KOL-projekt		248	
Tidsforskydning renovering af elevatorer		570	
Tidsforskydning forbedring af ventilation billeddiagnostik		350	
Tidsforskydning renovering af udendørsarealer		420	
Gentofte Hospital	0	15.410	
Tidsforskydning uforbrugte forskningsmidler		4.508	
Tidsforskydning uforbrugt pulje til sygeplejeforskning		1.200	
Tidsforskydning uforbrugte projektmidler		516	
Uafklarede krav i forbindelse med hospitalsplanflytninger		3.469	
Tidsforskydning udgifter til IT		1.876	
Uforbrugt apparaturpulje, generel tilbageholdenhed		3.841	
Glostrup Hospital	-13.000	-37	
Helsingør Hospital	-4.500	-3.351	
Herlev Hospital	-135.000	-41.000	-82.967
Hillerød Hospital	0	-41.853	
Hvidovre Hospital	-70.000	0	-112.147
Region Hovedstadens Apotek	0	3.181	
Medicinvækst, opbygning af lager		3.181	
Region Hovedstadens Psykiatri	-17.200	1.351	
Rigshospitalet	34.950	21.338	
Overførsel - periodeforskydning forskn.- og udd.projektmidler	21.516	21.338	
Overførsel - periodeforskydning mindre uafsl. byggearb.	4.014		
Overførsel - periodeforskydning ombyggn., indkøb mv.	2.000		

Beløb i 1.000 kr., i 2009 priser	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010	Endelig opgørelse 2011-
Overførsel - periodeforskydning e-learning	200		
Overførsel - periodeforskydning forskn. puljen	3.330		
Overførsel - periodeforskydning puljen vedr. arb.miljø mv.	3.890		
Sundhedsområdet - fællesdriftsudgifter m.v.	127.819	87.855	
Sundhedsprofiler, tidsforskydning	1.800	1.800	
Mindreforbrug patentpulje mv. Tectra	2.400	3.090	
Mindreforbrug driftsmidler, forsknings- og innovationsstøttenheden	1.250	1.275	
Enheden for brugerundersøgelser, tidsforskydning	2.900	4.530	
Arbejdsmiljø, tidsforskydning	1.050	850	
Rekruttering/fastholdelse	1.000		
Pendlerkortordning, tidsforskydning	450	450	
Kompetenceudvikling på medicinske afd., tidsforskydning	1.000	1.125	
Designkonkurrence, tidsforskydning	400	290	
Merforbrug, akutbefordring, overgangsløsning, kommunikationssystem	-8.000	1.875	
Forskningsfonden, ej disponerede og udbetalte midler	3.750	5.660	
Forebyggelsespuljen, ej disponerede og udbetalte midler	3.234	3.234	
Den ældre medicinske patient, ringe-hjem, tidsforskydning	2.000	2.000	
Den ældre medicinske patient, følge-hjem, tidsforskydning	3.500	3.500	
Den ældre medicinske patient, følge-op, tidsforskydning	2.500	2.500	
SOSU-assistentelever, tidsforskydning i udbetaling	40.000		
Implementering af praksisplaner, tidsforskydning	1.000	1.531	
Klinisk basisuddannelse i almen praksis, tidsforskydning	24.000		
Nye korte uddannelser, tidsforskydning af tidsplaner	1.700	575	
Alternativ behandling, tidsforskydning	500	500	
Etablering Klinik for spiseforstyrrelser på PC Gentofte	2.140	2.140	
Kompetenceudviklingsprojekter	21.900	21.900	
Forskydning udbudsprojektet vedr. brystkræftscreening	2.000	1.000	
Videreførelse af projekter indenfor Beskæftigelsesordninger	12.200	12.200	
Opgradering af apparatur på intensivafdelinger	3.145	3.145	
Studenterundervisning, tidsforskydning af afregning		12.685	
Socialpsykiatri	0	429	
Vedligeholdelsesprojekter og medicin håndteringskurser		429	
Region Hovedstaden - Handicap	2.099	9.883	
Trepartforhandlinger, projekter ikke defineret	1.800	1.800	
Arbejdsmiljø, resterende kurser afholdes i 2010	212	212	
Medicinhåndtering, resterende kurser afholdes i 2010	87	87	
Generel overførsel af mindreforbrug		6.167	
Ubrugte VISO-midler		1.617	
Regional udvikling	208.600	218.680	
Kollektiv trafik	9.000	16.350	
Erhvervsudvikling	77.500	83.160	
Miljøområdet		470	
Øvrig regional udvikling	122.100	118.700	
Administrationsområdet	27.860	23.855	
Udgifter til nyt regionsråd, rejser og arrangementer	500	500	
Tidsforskydning advokatbistand mv.	2.100	1.210	
Forsikringsområdet: Tidsforskydning, efterregulering mv.	10.750	10.750	
Journalssystem: tidsforskydning, ESHD og dagsordensmodul	1.900	1.900	
IP-telefoni, tidsforskydning af iværksættelse	600	600	
Konsulentudgifter vedr. nyt økonomi- og logistiksystem mv.	2.050	2.050	
Midler vedr. kompetencecenter samt understøt af indkøbsarb.	3.250	3.250	

1. Økonomirapport 2010 – Region Hovedstaden

Beløb i 1.000 kr., i 2009 priser	Varslet i 4. ØR	Endelig opgø- relse 2010	Endelig opgø- relse 2011-
Personaleudviklingspuljer	4.660	3.535	
MED-organisation/uddannelse, tidsforskydning	3.100	2.795	
Lederudvikling, tidsforskydning	700	700	
Lønssystemer mv.	3.000		
Teknisk assistance til strukturfonde, mv.	1.500	2.395	
Merforbrug IT-området	-6.250	-6.250	
Skilteprojekt, tidsforskydning		420	
Overførsler på driftsområdet i alt	111.112	276.783	-228.023

Bilag 3 – Overførsler på investeringsområdet

Beløb i 1.000 kr., i 2009 priser	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010
Amager Hospital	2.293	963
Ramme til medicoteknisk udstyr	1.793	483
Miljøforbedrende og energibesparende investeringer (ventilationsanlæg)	500	480
Bispebjerg Hospital	50.900	64.827
Ramme til medicoteknisk udstyr	3.500	4.470
El-forsyning, renovering	1.300	1.517
Udvidet optageområde kapacitet, etablering lægevagt kons.	2.800	717
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	1.411
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.	14.700	19.056
Anskaffelse af PET-CT Scanner	0	863
PET/CT scanner	4.400	5.275
Tekniske anlæg	4.300	3.758
Operationsstuer	1.000	4.924
Sml. Arbejdsmedicinske funktion	700	3.300
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	0	387
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (SPECT CT)	4.800	5.078
Energibesparende investeringer 09 (Ventilation & Belysning)	13.400	14.071
Bornholms Hospital	2.046	4.822
Ramme til medicoteknisk udstyr	0	2.491
Etablering/udbygning af mammografiscreening	2.046	2.081
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (CT)	0	250
Frederiksberg Hospital	22.942	22.963
Ramme til medicoteknisk udstyr	685	698
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	42	227
Ombygning Sterilfunktion	4.715	43
Ændring i optageområder	800	1.121
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	0	121
Udvidelse af den urologiske kapacitet	16.700	20.753
Frederikssund Hospital	0	1.472
Energibesparende investeringer 09 (Bækkenvaskemaskiner)	0	1.472
Gentofte Hospital	0	90.475
Renoveringsprojekt	0	61.498
Vinduer og tage	0	2.419
Ramme til medicoteknisk udstyr	0	8.979
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	2.628
Interimsforanstaltninger og projektering	0	-12.621
Tekniske anlæg	0	10.829
Følgeudgifter, fase 1	0	16.742
Glostrup Hospital	33.100	43.510
Renoveringsplan (inkl. apparatur)	24.000	25.830
Ramme til medicoteknisk udstyr	1.300	7.780
Øjenafdelingen	0	4.240
Ændring i fysiske rammer, øjenafdelingen	-8.000	-10.280
Ændring i optageområder	14.000	14.140
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	1.800	1.800
Helsingør Hospital	10.597	10.369
Energibesparende investeringer 09 (Ventilation)	10.597	10.369

Beløb i 1.000 kr., i 2009 priser	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010
Herlev Hospital	126.800	140.618
Hospitalsplan - Udvidelse af operationskapaciteten	12.000	16.137
Ventilationsanlæg og hovedstrømforsyning	35.000	51.385
Udvidelse af akutmodtagelsen	9.000	16.748
Ramme til medicoteknisk udstyr	4.000	2.691
Cytostatikaenhed	0	6.867
Hospitalsplan - Samling af akut kirurgi og akut ortopædkirurgi	0	-2.177
Digitalisering af den kliniske mammografi	9.000	2.779
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	248
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.	11.500	11.500
Strålekapacitet	0	2.989
Indledende anlægsarbejder som følge af hospitalsplanen	2.000	-4.237
Etableringsudgifter vedr. Akut kræftbehandling	0	-1.111
Onkologisk ambulatorium	9.000	8.200
Skopi- & ambulatorium, Gastroenheden	5.000	5.000
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	8.000	5.500
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (MR)	12.000	12.000
MR-scanner (ekstremitetsscanner)	10.300	10.300
Etablering kvinde/barn center B2010	0	-4.200
Hillerød Hospital	62.749	66.806
Kirurgi og ortopædkirurgi m.v. i Planlægningsområde Nord	6.000	4.308
Etablering af selvstændigt Nordsjællands Hospital på Hillerød	0	-3.217
Cytostatikaenhed	0	-1.188
Etablering/udbygning af mammografiscreening	0	1.246
Etablering af lokaliteter til småskader på skadestuen	0	-64
MR- og CT-scanner	0	3.791
Bygningsarbejder installation MR- og CT-scanner	0	80
Renovering af kloakanlæg, Hillerød	1.750	2.586
Miljøforbedrende og energibesparende investeringer (ventilationsanlæg 6)	618	699
Miljøforbedrende og energibesparende investeringer (Isolering 7)	0	-242
Etablering af ABA-anlæg, Hillerød	0	-72
Renovering og udskiftning af tekniske installationer	231	502
Renovering af nødstrømsanlæg	19.150	18.871
Energibesparende investeringer 09 (Ventilation & Belysning)	13.900	14.789
Ombygnings- og renoveringsarbejder	0	1.970
PET/CT scanner	21.100	17.682
PET/CT bygningsarbejder (Byggeteknisk)	0	-2.277
Ramme til medicoteknisk udstyr	0	65
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	2.740
Hjertepakker, apparatur	0	3.541
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	0	996
Hvidovre Hospital	87.836	88.337
Tagrenovering og ventilationsprojekt	10.135	0
Aptering af taghus	988	3.298
Ramme til medicoteknisk udstyr	6.077	7.384
Hospitalsplan - indledende anlægsarbejder	2.909	1.057
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	583
Akut kræftbehandling - Apparatur over 2,5 mio. kr.	15.776	27.226
Hospitalsplan - Udv. af int.kapacitet og flytning af blodprøvetagning	185	-197
MR-scanner + MR-scanner røntgenafd.	1.137	817
Isolationsstuer	-4.089	-3.242
Etablering/udbygning af mammografiscreening	2.002	0
Ombygning af centralkøleanlæg	-484	-528
Etableringsudgifter vedr. Akut kræftbehandling	2.000	2.050
Ventilationsanlæg (Apotek, HvH)	0	770
Klinisk Mikrobiologisk afdeling (ABT fond)	6.500	0

Beløb i 1.000 kr., i 2009 priser	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010
Udv. Af operationskapacitet	11.500	10.843
Udv. Sterilkapacitet	-5.000	0
Udv. Kirurgisk Ambulatorium	5.500	5.792
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	2.400	3.002
Udskiftning af olietankinstallation	21.200	21.200
Renovering af tag og ventilationsanlæg - sengebygning 1	9.100	9.100
Udvidelse og modernisering af sterilcentral B2010	0	-817
Rigshospitalet	83.418	137.689
Ramme til medicoteknisk udstyr	11.951	23.726
Etablering af reservekraftanlæg	4.651	5.025
Etablering/udbygning af mammografiscreening	-2.850	0
Akut kræftbehandling - rammebevilling til apparatur under 2,5 mio. kr.	0	10.243
Akut kræftbehandling - Apparat over 2,5 mio. kr.	13.800	21.543
Udskiftning af to MR-scannere og en CT-scanner	0	1.305
Akut kræft - Patologiafdelingen	21.244	27.064
Pavillon	1.098	1.455
Etableringsudgifter vedr. Akut kræftbehandling	2.525	4.359
Interimsforanstaltninger, Aldersrogade	4.800	5.406
Hjertepakker, apparatur	1.000	2.435
Udvidelse af fødselskapacitet og etabl. af svangre/barselsklinik	5.550	5.885
Fac. til Tand-Mund-Kæbe indflytning	16.900	14.094
Træningslokaler, Fys-& Ergoterapi	500	2.103
Kræftbehandling - rammebev. < 2,5 mio kr	2.250	12.040
Kræftbehandling > 2,5 mio kr. (Stereotaksi Acc.)	0	1.007
Region Hovedstadens Apotek	1.908	1.908
Diverse projekter	650	650
Energibesparende investeringer 09 (el)	1.258	1.258
Region Hovedstadens Psykiatri	15.600	16.991
Psykoteraapeutisk Center Stolpegård, vinduer og vinduesrammer	0	192
Psykiatrisk Center Ballerup, renovering af spildevandssystem	0	800
Bygningsvedligeholdelse mv., pulje, KA - Ombygning Psykiatrisk Center Ballerup m.v.	0	249
Nøderværk, Psykiatrisk Hospital Nordsjælland	0	100
Enestuer i lukket afsnit, Hvidovre	5.900	5.925
Energibesparende investeringer 09 (Psyk Center Sct. Hans)	4.900	4.925
Renovering tage Psyk Center Hillerød	4.800	4.800
Fælles projekter - sundhedsområdet	179.194	171.176
Energibesparende investeringer, pulje	500	462
Indledende projektering vedr. hospitals- og psykiatriplanerne	40.304	32.787
IT-strategi	48.000	49.513
Medicoteknisk apparaturpulje	77.275	77.275
Renoveringspulje	5.100	5.100
Sag nr. 27, RR 27.10.09	-214	-214
Sag nr. 27, RR 27.10.09	-2.400	-2.400
Vagtcentral	10.629	7.158
Web-løsning for Regionen, overførsel grundet tidsforskydninger	0	1.495
Lokal investeringsramme virksomhederne	9.700	21.560
Amager Hospital	0	75
Bispebjerg Hospital	4.600	-1.419
Bornholms Hospital	0	783
Frederiksberg Hospital	1.200	795
Gentofte Hospital	3.900	4.975
Hillerød Hospital	0	885
Hvidovre Hospital	0	15.374

Beløb i 1.000 kr., i 2009 priser	Varslet i 4. ØR	Endelig opgørelse 2010
Region Hovedstadens Psykiatri	0	92
Samlet investeringsramme, sundhedsområdet	689.082	884.484
Socialområdet	1.000	16.648
Investeringsramme socialpsykiatri (Region Hovedstadens Psykiatri)	1.000	3.090
Planetstien	0	13.558
Handicapområdet	4.460	-3.200
Investeringsramme Regions Hovedstaden - Handicap	4.460	0
Udvidelse af Pensionat Kamager, overføsel grundet tidsforskydninger, netto	0	-2.000
Erstatningsboliger, Hulegården og Søhuset, overføsel grundet tidsforskydninger, netto	0	-1.200
	0	0
Samlet investeringsramme	694.542	897.932

Bilag 4 – Pengestrømsopgørelse

Mio. kr.	Budget 2010	Sundhed	Social- og specialunder- visning	Regional udvikling	I alt
Årets resultat	61,5	30,9	-8,6	-219,9	-197,6
Likviditetsreguleringer til årets resultat					
+ afskrivninger	617,6	593,2	22,2	0,3	615,7
+ intern forrentning	18,6	0,0	17,4	0,0	17,4
+ lagerforskydninger	-0,8	-0,8	0,0	0,0	-0,8
+ hensættelse til feriepenge	162,3	158,9	3,5	0,0	162,5
+ hensættelser til tjenestemandspensioner	77,9	71,9	5,6	0,0	77,5
- andre reguleringer, primo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
+ andre regulering, ultimo	-69,3	-65,4	-2,1	-1,8	-69,3
A. Likviditetsvirkning af årets resultat	806,4	757,9	46,6	-1,5	802,9
Likviditetsreguleringer vedrørende investeringer					
- køb af immaterielle anlægsaktiver		0,0	0,0	0,0	0,0
+ salg af immaterielle anlægsaktiver		0,0	0,0	0,0	0,0
- køb af materielle anlægsaktiver	-1.400,8	-2.358,2	-41,4	0,0	-2.399,7
+ salg af materielle anlægsaktiver		0,0	0,0	0,0	0,0
+/- andre forhold		0,0	0,0	0,0	0,0
B Likviditetsvirkning af investeringer	-1.400,8	-2.358,2	-41,4	0,0	-2.399,7
C. Årets samlede likviditetsvirkning (Årets resultat+A+B)	-533,0	-1.569,5	-3,5	-221,4	-1.794,4
Likviditetsreguleringer til fælles og finansieringsposter					
+/- forskydninger i kortfristede tilgodehavender					20,7
+/- forskydninger i kortfristede gældsforpligtelser					0,0
+ optagelse af eksterne lån	414,3				854,4
- afdrag på eksterne lån	-312,2				-743,2
- forrentning af interne lån	-18,6				-17,389
+/- øvrige finansielle poster	146,8				87,2
ændringer i egenkapitalen	0,0				0,0
D. Likviditetsvirkning af fælles og finansieringsposter	230,3				201,7
E. Årets samlede likviditetsvirkning (C+D)	-302,7				-1.592,7
F. Likvider, primo budgetåret	306,9				1126,0
G. Likvider, ultimo budgetåret (E+F)	4,2				-467,1
Kasseforbrug revideret budget i forhold til vedtaget budget					471,3

Nettodriftsvirksomhed (mio. kr.)	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug pr. 31.03.2010	Forventet årsresultat
1 Sundhed (omkostningsbaseret - dranst 1+2)	30.266,9	30.297,4	6.475,0	30.527,8
heraf 1.10 Sygehusvæsen	22.688,6	22.703,1	5.317,3	22.858,1
heraf 1.20 Sygesikring m.v.	4.705,3	4.698,7	607,9	4.842,9
heraf 1.20.12 Medicin	1.992,0	1.992,0	308,5	1.923,2
heraf 1.70 Andel af fælles formål og administration	590,9	613,9	229,4	613,9
heraf 1.80 Andel af renter mv.	38,0	27,7	11,9	27,7
heraf beregnede omkostninger (hovedart 0)	757,9	757,9	233,5	757,9
2 Social og specialundervisning (omkostningsbaseret - dranst 1+2)	967,5	983,7	247,6	983,7
heraf 2.70 Andel af fælles formål og administration	18,9	19,6	5,2	19,6
heraf 2.80 Andel af renter mv.	18,6	17,4	7,1	17,4
heraf 2.85 Særlige administrative opgaver	0,0	0,0	0,0	0,0
heraf beregnede omkostninger (hovedart 0)	33,5	31,3	8,6	31,3
3 Regional udvikling (omkostningsbaseret - dranst 1+2)	845,3	1.065,2	231,5	1.065,2
heraf 3.70 Andel af fælles formål og administration	16,3	16,9	4,4	16,9
heraf 3.80 Andel af renter mv.	0,0	0,7	0,3	0,7
heraf beregnede omkostninger (hovedart 0)	0,3	0,3	4,8	0,3
4 Fælles formål og administration (omkostningsbaseret - dranst 1+2), ekskl. 4.70 Overførsel til hovedkonto 1-3	626,1	650,5	239,0	650,5
heraf 4.65 Andel af renter mv.	0,0	0,0	0,0	0,0
heraf beregnede omkostninger (hovedart 0)	-69,3	-69,3	0,8	-69,3
5 Renter m.v. (dranst 4)	56,6	45,8	19,3	45,8
Nettoinvesteringer (dranst 3) (mio. kr.)	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug pr. 31.03.2010	Forventet årsresultat
1 Sundhed	1.376,9	2.358,2	149,4	2.358,2
2 Social og specialundervisning	23,9	41,4	2,3	41,4
3 Regional udvikling	0,0	0,0	0,0	0,0
4 Fælles formål og administration	0,0	0,0	0,0	0,0

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 6

Emne: Status for realiseringen af Region Hovedstadens kvalitetsstrategi

1 bilag

Afrapportering af Region Hovedstadens Kvalitetsstrategi

April 2010

REGION

Sammenfatning.....	4
Indledning	6
1 Kvalitetsorganisationen	7
1.1. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan.....	8
2 Akkreditering.....	8
2.1. Regionale forberedelsesinitiativer	9
2.1.1 Uddannelse	10
2.1.2 Harmonisering af vejledninger	10
2.1.3 Fælles elektronisk styring af instrukser og vejledninger.....	10
2.1.4 Evaluering af kvaliteten af dokumentationen i patientjournalen - journalaudit.....	11
2.2. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan.....	12
3 Sygdomsspecifik kvalitet	12
3.1. Genanvendelse af patientadministrative data, GAPS-projektet	13
3.2. MIS-kræft og monitorering af pakkeforløb for kræftpatienter.....	13
3.3. Opfølgning på kliniske kvalitetsdata.....	14
3.4. De landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser	14
3.5. Det Nationale IndikatorProjekt (NIP)	14
3.6. All-or-None	18
3.7. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan.....	20
4 Patientsikkerhed	21
4.1. Rapporteringssystem.....	21
4.2. Status for rapporterede UTH	21
4.3. Gennemførte Kerneårsags Analyser (KÅA).....	22
4.4. Proaktive analyser (Fremadrettede analyser)	23
4.5. Inddragelse af patienter/pårørende i kerneårsagsanalyser	24
4.6. Operation Life (OL).....	24
4.7. Hospitals Standardiserede Mortalitets Rater (HSMR) ..	26
4.8. Hygiejne og rengøring.....	27
4.9. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan.....	28
5 Patient- og brugeroplevet kvalitet.....	29
5.1. Resultater fra LUP 2009	29
5.2. Opfølgning i Region Hovedstaden	30
5.3. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan.....	31
6 Praksissektoren	32
6.1. Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget for almen praksis	32
6.2. Center for Kvalitetsudvikling og Efteruddannelse i almen praksis.....	33
6.3. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan.....	33
7 Medicin.....	34
7.1. Regional Lægemiddelkomité.....	34
7.2. Medicinfunktionen.....	34
7.3. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan.....	35
8 Patientforløb	36
8.1. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan.....	37

9 Kvalitetsudvikling på det sociale område.....	37
9.1. Organisering af kvalitetsarbejdet	37
9.2. Det tværregionale kvalitetsarbejde i regi af Danske Regioner	38
9.3. Det regionale kvalitetsarbejde på det sociale område	38
9.4. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan	39
Bilag 1	41
Bilag 2	42
Bilag 3	47

Sammenfatning

Der afrapporteres nu for tredje og sidste gang på den kvalitetsstrategi, som Regionsrådet tiltrådte kort efter regionsdannelsen, i februar 2007.

Strategien fastlægger de mål, principper og indsatsområder, som gælder for kvalitetsarbejdet i regionen. Kvalitetsudvikling og – styring omfatter alle de aktiviteter og metoder med hvilke man søger at sikre høj kvalitet af virksomhedernes ydelser til borgerne og at kvaliteten løbende forbedres. Patientsikkerhed er en bærende værdi, og risikostyring er en integreret del af indsatsen.

Forberedelse til akkreditering har været et væsentligt indsatsområde i kvalitetsstrategiens gyldighedsperiode. Siden seneste afrapportering har der været afholdt en række uddannelsesaktiviteter for medarbejderne i de centrale kvalitetsstabe, afdelingsledelser, bygnings- og sikkerhedsansvarlige, lægemiddel- og ernæringskomité med flere. Det er uddannet et regionalt korps af surveyore, som vil forestå en intern prøveakkreditering i samarbejde med eksterne konsulenter. Arbejdet med harmonisering af instrukser og vejledninger er næsten gennemført og forarbejdet til etablering af et fælles dokumentstyringssystem er færdiggjort. Der er gennemført audits af patientjournaler på alle regionens hospitaler og i psykiatrien.

Det regionale Kvalitetsråd tog i maj 2009 initiativ til en gennemgribende analyse af arbejdet med den sygdomsspecifikke kvalitet, herunder arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser og det nationale indikatorprojekt (NIP). Der har været nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe, som i marts 2010 forelagde en lang række anbefalinger til styrkelse af området. Der forestår en videre udmøntning af anbefalingerne, og det forventes at medføre en markant styrkelse af området.

Region Hovedstadens resultater i NIP er fortsat ikke tilfredsstillende. Der er i 2010 anført konkrete mål for hospitalernes resultater i dialogaftalerne.

Arbejdet med patientsikkerhed er fortsat i de spor, der er lagt i handleplan for patientsikkerhed. På hospitalerne arbejdes med patientsikkerhedsrunder og andre proaktive metoder til risikostyring. Operation Life kampagnen er afsluttet, og relevante dele af kampagnen er implementeret i den daglige drift. Der er opstillet nogle konkrete og ambitiøse mål for udviklingen i forekomst af forebyggelige dødsfald og patientskader i de næste fire år, som vil kræve et stort fokus på fastholdelse af blandt andet resultaterne fra Operation Life. Patientsikkerhed indgår fra 2010 som en del af dialogaftalerne.

Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) gennemførtes i 2009 for første gang efter en ny model. Undersøgelsen er nu årlig, og antallet af patienter i undersøgelsen er udvidet markant. Som noget nyt rapporteres undersøgelsens resultater på afdelingsniveau. Det giver ledelse og personale på afdelingerne et bedre grundlag for at udvikle den patientoplevede kvalitet. Der er overordnet set stor patienttilfredshed med Region Hovedstadens hospitaler og stor tillid til personalet faglige dygtighed. På områder som fx

kommunikation og patientoplevede fejl er der potentiale for forbedring, og der arbejdes lokalt med en række projekter på dette område.

Der er siden sidste afrapportering vedtaget en kvalitetsstrategi for de alment praktiserende læger i regionen. En del af arbejdet er påvirket af, at der endnu ikke er indgået en ny overenskomst for almen praksis. På de områder, som ikke er berørt heraf, arbejdes der i henhold til strategien. Det drejer sig fx om medicinområdet, hvor der er foretaget en stor indsats for rationel medicinanvendelse og for at begrænse brugen af vanedannende medicin. Et nyt indsatsområde bliver udvikling af arbejdet med patientsikkerhed i praksissektoren og på tværs af sektorer, hvor der er foretaget et forberedende arbejde.

Der er færdiggjort forløbsprogrammer for type 2 diabetes og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i 2009. Endvidere er arbejdet med et forløbsprogram for hjertesygdom godt på vej. Der forestår et arbejde med implementering, og regionen har modtaget en bevilling på 85 mio. kroner fra de statslige puljemidler vedrørende kronisk sygdom. Der er udformet i alt 18 projekter, som skal understøtte indsatsen for sammenhængende patientforløb og behandling af patienter med kroniske sygdomme.

På det sociale område arbejdes med udvikling af en kvalitetsmodel på området. Region Hovedstaden har arbejdet med 2 delprojekter, dels afprøvning af International Klassifikation af Funktionsevne (ICF), dels utilsigtede hændelser (UTH) i forhold til medicinhåndtering, magtanvendelse og grænseoverskridende adfærd. Der er udarbejdet vejledninger i forhold til kvalitetsmodellens standarder, som forventes implementeret i 2010. Der arbejdes med standarder og vejledning for medicinhåndtering som opfølgning på resultater af eksterne tilsyn.

Der har i 2009 været arbejdet med udvikling af en regional kvalitetspolitik og kvalitetshandleplan til afløsning for den regionale kvalitetsstrategi. De politiske underudvalg under regionsrådet formulerede i 2009 en række ønsker til en kommende kvalitetspolitik. Desuden har kvalitetsfolk og klinikere på virksomhederne og en lang række interessenter i praksissektoren, uddannelsesinstitutioner og kommuner været inddraget i processen. Sammen med alle disse input vil erfaringerne fra arbejdet med kvalitetsstrategi 2007-2009 danne udgangspunkt for udarbejdelsen af en egentlig politik og målrettet handlingsplan for kvalitetsudviklingen i regionen. Et forslag til regional kvalitetspolitik og kvalitetshandleplan forventes således forelagt til politisk godkendelse i juni 2010.

Indledning

Kvalitetsstrategi for Region Hovedstaden 2007 – 2009 blev vedtaget af regionsrådet i februar 2007. Strategien angiver mål og principper for det fælles kvalitetsarbejde i det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen i perioden, samt for de sociale tilbud på virksomhedsområderne psykiatri og handicap.

Det er målet i kvalitetsstrategien, at Regionens virksomheder er blandt de bedste og kan måle sig internationalt. Kvalitetsarbejdet skal understøtte dette ud fra fælles kvalitetsmål, som går på tværs af det somatiske og psykiatriske område.

Kvalitetsstrategien indeholder seks overordnede indsatsområder:

- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Styrket patientsikkerhed
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet
- Forløbsstyring og tværsektoriel udvikling
- Kvalitetsudvikling på det sociale område

Regionsrådet forelægges årligt en status for arbejdet med kvalitetsstrategiens indsatsområder. Denne rapport er den tredje og sidste afrapportering indenfor kvalitetsstrategiens gyldighedsperiode. Seneste afrapportering godkendtes af regionsrådet i maj 2009, og nærværende rapport omhandler perioden maj 2009 til marts 2010. Rapporten redegør for aktivitet og resultater indenfor strategiens indsatsområder.

Kvalitetsstrategien har en tre-årig gyldighedsperiode og udløb således med udgangen af 2009. Den korte tidsramme blev valgt, fordi det vurderedes som hensigtsmæssigt, at en strategi for en helt nyetableret organisation tages op til revision efter etableringen og de første erfaringer er draget. Der forestår således et arbejde med udformning af en ny kvalitetspolitik og kvalitetshandlingsplan, som skal angive retning og mål for arbejdet med kvalitet i sundhedsydelserne i Region Hovedstaden i årene fremover. De politiske underudvalg under regionsrådet behandlede i 2009 regionsrådets ønsker til en regional kvalitetspolitik. På baggrund heraf har administrationen udarbejdet et forslag til kvalitetspolitik og kvalitetshandlingsplan, som er i høring på regionens virksomheder. Herefter forelægges forslaget til politisk vedtagelse.

1 Kvalitetsorganisationen

Kvalitetsorganisationen i Region Hovedstaden er fælles for det regionale niveau og virksomhedsniveauet og består af fora, hvor relevante beslutnings- og ledelsesniveauer, faggrupper og specialister er repræsenteret. Organisationsdiagram for den regionale kvalitetsorganisation fremgår af bilag 1.

En meget stor del af kvalitetsorganisationens fokus- og indsatsområder er direkte knyttet an til krav i akkrediteringsstandarderne, lovgivning og bekendtgørelser.

På regionalt niveau består kvalitetsorganisationen af Kvalitetsrådet, som har regionsdirektøren som formand. I kvalitetsrådet er virksomhedsdirektionerne, de regionale kvalitetsenheder for hhv. patientsikkerhed, klinisk kvalitet og brugerundersøgelser, kvalitets- og efteruddannelsesudvalget for almen praksis, praksiskoordinatorerne repræsenteret samt Koncern IT repræsenteret.

Kvalitetsrådet har nedsat et Udvalg for Kvalitetsdokumenter, som godkender alle regionale vejledninger og instrukser på vegne af Kvalitetsrådet.

Kvalitetsorganisationen består endvidere af en række tværgående komiteer. Det drejer sig om komiteer for

- o Lægemidler
- o Ernæring
- o Blod transfusion
- o Infektionskontrol og hygiejne
- o Medikoteknik
- o Hjerte- lungeredning (hjerterestop)

Endvidere er der etableret et udvalg for bygnings- og forsyningssikkerhed (fysisk sikkerhed).

Disse regionale komitéer har de sidste to år haft en meget væsentlig opgave med at udstikke og harmonisere regler og procedurer indenfor hvert af deres specifikke funktionsområder, således at målet er regionale løsninger, hvor dette er muligt og relevant.

De nævnte komiteer genspejles i relevant omfang på virksomhedsniveau, mhp. at koordinere centralt besluttede indsatser og rådgive ledelsen på forskellige niveauer i den enkelte virksomhed.

Indenfor hvert speciale er dannet et sundhedsfagligt råd (i alt 41), som ud over at yde sundhedsfaglig rådgivning, herunder om den sygdomsspecifikke kvalitet, også er et regionalt ledelsesforum indenfor hvert speciale.

Kvalitetsorganisationen består desuden af Koordinationsgruppen for kvalitet og en række tilknyttede netværk for de tværgående og generiske kvalitetsområder. Koordinationsgruppen for kvalitet består af

virksomhedernes kvalitetschefer og cheferne for de tre regionale kvalitetsenheder samt en repræsentant for Koncern IT
De faglige netværk består af virksomhedernes nøglepersoner indenfor følgende tværgående og generiske kvalitetsområder:

- o Klinisk kvalitet
- o Patientsikkerhed - Risikomanagere
- o Brugerundersøgelser
- o Elektronisk håndtering af kvalitetsdokumenter
- o Akkreditering

1.1. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan

Kvalitetsorganisationen blev etableret gradvist fra primo 2007 og frem, således er de sidste komitéer etableret i 2009. Mindst 1100 personer er involveret i den regionale kvalitetsorganisation, og da kvalitetsarbejdet omfatter alle virksomhedernes driftsområder, indgår der i virkeligheden langt flere fora i kvalitetsarbejdet (fx IT organisationen, personaleområdet, juridisk funktion, indkøbsfunktioner, patientvejledere mv). Det er vurderingen, at organisationen har haft stor betydning i det omfattende fusionsarbejde og har medvirket til at afklare og opstille ensartede regler og procedurer på tværs af de mange virksomheder.

Den regionale Kvalitetsorganisation indebærer dog også en særlig udfordring for de små virksomheder, idet repræsentation alle relevante fora medfører betydelig mødevirksomhed.

Det er besluttet, at der skal gennemføres en evaluering af den regionale kvalitetsorganisation i 2010, for at undersøge om der er behov for at gennemføre forandringer i struktur og opgaveportefølje.

2 Akkreditering

Akkreditering er en proces, hvor et uafhængigt organ vurderer, om sundhedsvæsenets institutioner og de sundhedsprofessionelle er kompetente til at udføre deres opgaver.

Regionsrådet besluttede i august 2008, at alle regionens hospitaler og Region Hovedstaden Psykiatri skal akkrediteres ved både Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og Joint Commission International (JCI). Beslutningen blev truffet for at tilgodese erfaringer og udbytte ved en international akkreditering.

I det følgende redegøres for arbejdet med at forberede regionens virksomheder til akkreditering.

Akkrediteringstidsplanen for regionens virksomheder er:

Efteråret 2010: Generalprøve på akkreditering

Foråret 2011, marts - juni: Akkreditering ved JCI

Foråret 2012: Akkreditering ved DDKM

Hospitaler og psykiatrien arbejder målrettet med akkrediteringsforberedelse og med at introducere og tænke kvalitets- og risikostyring ind i alle relevante driftsfora.

Forberedelserne på virksomhederne omfatter en lang række aktiviteter, herunder

- opbygning og tilpasning af institutionens kvalitetsorganisation, så den er tunet til de opgaver, der skal afgrænses, løftes og rådgives omkring
- etablere og udføre undervisning af ledelser, personale, nøglepersoner og tværgående stabe med særlige opgaver i relation til akkrediteringsforberedelse
- etablere obligatoriske og målrettede uddannelser med fokus på genoplivning, håndtering af brand og håndhygiejne
- arbejde med de mere kulturelle eller holdningsrelaterede reaktioner på akkreditering, som opstår i forskellige kredse
- udfærdigelse af vejledninger og instrukser som kræves i standarderne og tilpasse eksisterende i relation til regionale vejledninger
- iværksætte en lang række aktiviteter der skal sikre formidling og implementering
- evaluerings- og overvågningsaktiviteter, der skal tilvejebringe overblik over status for arbejdet med akkrediteringsstandarderne og implementering af hospitalets og regionens vejledninger. Disse aktiviteter indebærer bl.a. besøg i alle afdelinger og funktioner, gennemgang af arbejdsprocesser og indsamling af data fra journaler mv.

Akkrediteringsforberedelse på et hospital indebærer central styring og koordinering, ledelsernes konstante bevågenhed og detaljerede tids- og handleplaner. Hospitalernes kvalitetsafdelinger varetager denne centrale styring og koordinering på tværs af afdelinger, tværgående funktioner og stabe samt råd og udvalg på hospitalet.

Akkrediteringsarbejdet berører alle medarbejdergrupper, alle funktioner og langt de fleste opgaver og skal derfor forstås og betragtes som en meget omfattende organisationsudvikling, der fokuserer på at reducere den personlige variation og dermed forebygge fejl gennem fastlæggelse af retningslinjer for næsten alle arbejdsprocesser.

2.1. Regionale forberedelsesinitiativer

Hospitals- og psykiatriplanen forudsætter et stort samarbejde og patientfællesskab på tværs af matrikler, og derfor er der i den regionale kvalitetsorganisation lagt vægt på at fremme fælles regionale løsninger, hvor dette er relevant og muligt. Der har endvidere vist sig at være megen usikkerhed omkring ansvars- og opgavefordelingen mellem ude- og samarbejdsfunktioner, og der er derfor iværksat et fælles arbejde omkring kontrakt- og aftaleelementer mellem hospitalerne.

2.1.1 Uddannelse

I 2009 blev godt 100 personer fra hospitalernes centrale kvalitetsstabe uddannet i akkrediteringsstandarderne fra såvel Den Danske Kvalitetsmodel som fra Joint Commission International. Uddannelsen var af 1 uges varighed. Af disse 100 blev 35 efterfølgende uddannet som regionale surveyore i juni 2009. Uddannelsen, som varede 9 dage, inkluderede træning i at gennemføre et akkrediteringsbesøg, og i alt 5 hospitaler deltog som træningssted. Regionale surveyore vil i efteråret 2010 gennemføre generalprøver på akkreditering på de tidligere akkrediterede hospitaler.

Regionen har derudover afholdt akkrediteringsuddannelse for virksomhedernes teknik-, drifts- og byggeafdelinger i efteråret 2009, for at understøtte erfaringsudveksling og netværksdannelse mellem hospitalernes relevante stabe. Tilsvarende uddannelse er afholdt for hospitalernes personaleafdelinger i februar 2010.

Herudover blev der i 2009 afviklet en fælles undervisningsdag for alle medlemmer af hospitalernes lægemiddelkomitéer og en tilsvarende for medlemmer af ernæringskomitéer.

Undervisning er desuden tænkt ind ifm. etablering af alle regionale fora, som har en opgave i akkrediteringsforberedelsen.

2.1.2 Harmonisering af vejledninger

Vejledninger og instrukser er det medie, hvorigennem gældende regler og procedurer formidles til medarbejdere og ledere. Det gælder alle former for regler af såvel faglig som administrativ karakter.

Med udgangen af 2009 var langt det største harmoniseringsarbejde udført. Harmoniseringsarbejdet havde til formål at fusionere de tidligere amtslige regler, som var nedfældet i amtslige/H:S vejledninger og instrukser. Ved årsskiftet var der godkendt i alt ca. 90 regionale vejledninger, og dermed er de ca. 430 tidligere amtslige vejledninger erstattet.

Arbejdet fortsætter i 2010, idet de sundhedsfaglige råd (SFR) fortsat udfærdiger fælles kliniske vejledninger for en række fælles processer og patientforløb med det formål at fastlægge et ensartet grundlag for udredning, behandling og pleje af patienter med definerede lidelser.

Alle SFR har fået til opgave at harmonisere eller udfærdige fælles vejledninger for væsentlige og fælles områder indenfor rådets virksomhed (mindst 2), og dette er kun delvist opfyldt, idet omkring 30% af rådene ikke har leveret 2 vejledninger.

2.1.3 Fælles elektronisk styring af instrukser og vejledninger

Det er en forudsætning for at blive akkrediteret, at hospitalet til en hver tid kan sikre, at alle aktuelle og gældende udgaver af politikker, vejledninger og instrukser er tilgængelige i et elektronisk dokumenthåndteringssystem. Der er i 2009 bevilget midler til anskaffelse af ét fælles regionalt internetbaseret dokumentstyringssystem, som erstatning for de i alt 5 elektroniske dokumenthåndteringssystemer, der blev medbragt fra de tidligere amter og som fortsat er i drift. Et nyt system er i udbud.

Et fælles regionalt dokumentstyringssystem, med forbedrede søgemuligheder, som også kan tilgås af kommuner og almen praksis vurderes

at have overordentlig stor betydning for det tværgående samarbejde, akkrediteringsforberedelsen på hospitalerne og ikke mindst i psykiatrien, der i dag er henvist til at orientere sig i samtlige 5 systemer.

2.1.4 Evaluering af kvaliteten af dokumentationen i patientjournalen - journalaudit

Patientjournalen er det vigtigste kommunikationsredskab for sundhedspersonalet i virksomhederne. Entydig, korrekt og grundig journalføring er afgørende for kontinuitet i patientforløbet og beskytter mod fejl, forglemmelser og misforståelser i behandlingen. Af samme grund fokuserer en betydelig andel af akkrediteringsstandarderne på patientjournalen og kvaliteten af dokumentationen.

Et regionalt sæt af spørgsmål og et fælles elektronisk system for indsamling af resultater, blev søsat i oktober 2008. Alle afdelinger skal gennemgå 20 journaler mindst to gange årligt og besvare i alt 40 spørgsmål, der vedrører journalføring af udpegede kontaktpersoner, rettidig udredning, behandlingsplan, ernæringsforhold, smerter, samtykke, sikkerhedsforanstaltninger ved anæstesi og kirurgi, medicinafstemning ved indlæggelse, medicinordinationer, udskrivningsbreve, genoptræningsplan mv. Spørgsmålene understøtter indhold i regionale vejledninger. I 2010 auditeres journaler for både ambulante og indlagte patienter.

I bilag 2 ses udvikling i aggregerede resultater over de gennemførte 3 regionale journalaudits.

Indsatsområder er især forbedring af dokumentationen i patientjournalerne af

- Patienters aktuelle allergioplysninger
- Udført faldrisikovurdering
- Givet information om sundhedsrisici ved alkohol og tobak
- Risikoscreening for patientens evt. bærertilstand af resistente bakterier ved indlæggelsen
- Smertevurdering og – måling
- Øvrig uddannelse og information til patienten
- Opdateret udskrivningsmedicin i udskrivningsbrev og Elektronisk medicineringssystem
- Ernæringsscreening og kostplan for patienter i ernæringsmæssig risiko

Praksiskonsulentordningen (PKO) i Region Hovedstaden gennemførte i november-december 2009 en audit af henvisninger og epikriser efter en fælles model, som blev afprøvet for første gang.

Audit blev udført af praksiskonsulenten på afdelingen sammen med den ledende/visiterende overlæge, og 15 elektive henvisninger og 15 epikriser blev vurderet i fælles dialog.

De overordnede resultater fremgår af bilag 3. Det er besluttet fremover at koordinere disse to journalaudits.

Patientjournaler anvendes herudover også som kilde til at identificere og analysere komplikationer, forebyggelige fejl, uventede dødsfald og risikofyldte procedurer.

2.2. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan

Akkrediteringsforberedelsen indebærer arbejde med mange aspekter i alle institutionernes opgavefelter og opfyldelse af mindst 1500 krav. Implementering af regionale og virksomhedens egne kvalitetskrav og regler er en meget omfattende proces for virksomhederne og kræver en meget målrettet indsats, omfattende uddannelse, overvågning og opfølgning. Alle virksomheder har udfærdiget en kvalitets- og monitoreringsplan, som skal følges tæt.

Områder der vil kræve en stor indsats på alle virksomheder i tiden frem mod akkreditering er

- Opfyldelse af journalføringskrav
- Opfyldelse af krav til medicineringsprocesser
- Opfyldelse af krav til personalestyring og kvalifikationsevaluering
- Krav vedr. håndtering af bygningsområdet, kritiske forsyninger mv.
- Opfyldelse af krav vedr. infektionsforebyggelse, herunder hygiejneområdet
- Gennemførelse af omfattende uddannelsesvirksomhed for områderne genoplivning, brandbekæmpelse og håndhygiejne.

Det er herudover i dialogaftalerne med hospitalerne indskrevet krav om at kontrakter/aftaler mellem alle ude- og samarbejdsfunktioner skal være på plads inden udgangen af 2010.

3 Sygdomsspecifik kvalitet

Region Hovedstaden arbejder løbende på at yde en høj faglig kvalitet i behandlingen af regionens patienter. En af metoderne er at måle den sygdomsspecifikke behandlingskvalitet via indrapportering til de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser (inkl. NIP-databaserne). Hensigten med de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser er 1) at dokumentere og udvikle den sundhedsfaglige kvalitet ved hjælp af sygdomsspecifikke indikatorer og standarder for de sundhedsfaglige kerneydelser, 2) at skabe et kvalificeret grundlag for dialog med henblik på faglig, ledelsesmæssig og politisk prioritering samt 3) at skabe indsigt for borgerne i den sundhedsfaglige kvalitet.

Det regionale Kvalitetsråd besluttede i maj 2009, at regionen fremover skal styrke det systematiske arbejde med opfølgning på kvalitetsdata fra samtlige landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

I dette afsnit redegøres for status for arbejdet med monitoreringen af kræftpakkeforløb, lukning af MIS-kræft som et nationalt monitoreringssystem, anbefalinger fra den regionale arbejdsgruppe vedr. systematisering af arbejdet med samtlige de landsdækkende kliniske databaser, herunder Det Nationale Indikatorprojekt samt en status for NIP-sygdomsområderne.

3.1. Genanvendelse af patientadministrative data, GAPS-projektet

I dag bliver data til kvalitetsmonitorering hovedsageligt indtastet i selvstændige inddateringssystemer (f.eks. Klinisk MåleSystem (KMS) i NIP), som alene anvendes til kvalitetsmonitorering, hvilket indebærer en omfattende dobbeltregistrering. Enhed for Klinisk Kvalitet (EKK) ønsker at demonstrere det arbejdskraftbesparende potentiale, der kan opnås ved at genbruge data fra de patientadministrative systemer til kvalitetsmonitorering, således at registreringsbyrden for det sundhedsfaglige personale reduceres. Enhed for Klinisk Kvalitet har søgt og modtaget en bevilling fra ABT-fonden til et demonstrationsprojekt, GAPS-projektet, der skal vise det arbejdsbesparende potentiale ved genanvendelse af administrative patientdata til kvalitetsmåling af de sundhedsfaglige ydelser. Projektet indeholder 3 delprojekter: 1) Kliniske indikatorrapporter udelukkende baseret på administrative patientdata, 2) Relevante patientadministrative data fra Landspatientregisteret (LPR) genanvendes og suppleres kun i fornødent omfang med KMS baseret dataindtastning indenfor NIP-sygdomsområderne Mavearmkirurgi (blødende mavesår) og Apopleksi, 3) Klinisk validering af datagrundlaget i GAPS og evaluering af de arbejdsbesparende effekter.

Det forventes, at GAPS-projektet efterfølgende kan udvides til at omfatte de øvrige sygdomsområder i NIP, og at det samme princip kan anvendes på de øvrige landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

3.2. MIS-kræft og monitorering af pakkeforløb for kræftpatienter

MIS-kræft er et it-system er udviklet på initiativ af Sundhedsstyrelsen til monitorering af pakkeforløb for kræftpatienter og patienter mistænkt for kræft. Datakvaliteten har været et problem på grund af fejlbehæftede og mangelfulde oplysninger i LPR og cancerregisteret. Dertil kommer, at de inklusionskriterier, Sundhedsstyrelsen har valgt, er meget restriktive. Tilsammen har dette betydet, at kun en meget lille del af kræftpatienterne er indgået i monitoreringen. Dette har betydet, at de præsenterede data af klinikerne opleves som mangelfulde og meget lidt anvendelige. Enhed for Klinisk Kvalitet har udarbejdet en model for løsning af disse problemer og har påvist, at man med enkle midler kan øge andelen af kræftpatienter, som omfattes af monitoreringen, meget betydeligt. Der har i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse imidlertid ikke været ønske om at afvente implementeringen af en sådan løsning, og ministeriet har besluttet ikke yderligere at bidrage til finansieringen af udvikling og drift af MIS-Kræft, men at overlade finansieringen til regionerne. Regionerne ønsker ikke at overtage finansieringen, hvorfor it-systemet lukkes som et nationalt monitoreringssystem. Det vil herefter være op til de enkelte regioner at monitorere pakkeforløb for kræftpatienter. Der er ikke taget endelig stilling til, hvordan monitoreringen i Region Hovedstaden fremover skal finde sted.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat have ansvar for offentliggørelse af data vedrørende pakkeforløbene på lands- og regionsniveau to gange om året. Data kan ses på sundhed.dk.

3.3. Opfølgning på kliniske kvalitetsdata

I maj 2009 vedtog det regionale kvalitetsråd, at regionen fremover vil følge en række overordnede anbefalinger fra en regionalt nedsat arbejdsgruppe. Det vil medføre følgende ændringer i arbejdet med kliniske kvalitetsdatabaser: Regionen vil på systematisk vis følge op på kvalitetsdata for alle landsdækkende kvalitetsdatabaser, NIP-processerne skal gøres tidssvarende og inkludere de øvrige landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, de sundhedsfaglige råd (SFR) overdrages opgaven med overvågning af og rådgivning om kvalitetsdata og kvalitetsudvikling, Enhed for Klinisk Kvalitet vil overvåge stabiliteten af kvalitetsniveauet over tid, kurser i Analyseportalen og statistisk proceskontrol skal udbredes som redskab til overvågning og analyse af kvalitetsdata, der skal gøres en ekstra indsats for at opnå fuld data- og databasekomplethed samt at der skal indføres en årlig temadag om klinisk kvalitet for klinikere i regionen.

Efterfølgende har regionen nedsat en opfølgende regional arbejdsgruppe, der har til opgave at beskrive regionens arbejdsprocesser vedrørende kliniske kvalitetsdata, herunder fordeling af opgaver, ansvar og kommunikationsprocesser til brug for implementering af anbefalingerne ovenfor. Arbejdsgruppen forelagde sin afsluttende rapport for det regionale kvalitetsråd i marts 2010 med en lang række anbefalinger til styrkelse af området.

3.4. De landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser

Der er per 1. januar 2010 i alt 47 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser i Danmark, hvoraf de 8 databaser er organiseret i NIP-regi. Hvor arbejdet med NIP-databaserne koordineres mellem et sekretariat i Århus og regionerne, foregår arbejdet for de øvrige landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser i samarbejde mellem et kompetencecenter og den enkelte databasebestyrelse. Det betyder i praksis en vis variation i måden data præsenteres på. Rapporterne kan som hidtil læses på sundhed.dk.

3.5. Det Nationale IndikatorProjekt (NIP)

I dette afsnit gives en kort status på regionens arbejde med de otte (snart 10) landdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, der drives i regi af Det nationale Indikatorprojekt. Det drejer sig om følgende sygdomsområder: Akut kirurgi (mavesår), Apopleksi, Diabetes, Hjerterinsufficiens, Hoftenære frakturer, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), Lungecancer, Skizofreni, Fødsler (indikatorsæt er i høring) og Depression (forventes i høring i 2010).

Til hvert sygdomsområde har en national gruppe af fagfolk fastlagt en række indikatorer, som tilsammen overordnet beskriver patientforløbet og behandlingsresultatet. Desuden er der til hver indikator sat en standard for det ønskede kvalitetsniveau. Standarderne indgår i Den Danske Kvalitetsmodel.

De sygdomsspecifikke årsresultater kan, sammen med regionens kommentarer til egen behandlingskvalitet, findes på www.sundhed.dk. Der er linket til siden på politikerportalen.

Apopleksi: Region Hovedstaden opfylder den fastsatte standard på indikatoren, der måler hvorvidt patienterne indlægges på apopleksiafsnit senest 2. indlæggelsesdøgn. Region Hovedstaden opfylder ikke de øvrige fastsatte behandlingsstandarder for undersøgelser og medicinsk behandling inden for den fastlagte tidsramme. De fleste apopleksipatienter modtager dog den rette behandling, selvom det ikke sker inden for tidsfristen.

På trods af sygeplejestrejken i foråret har region Hovedstaden formået at fastholde niveauet fra sidste år på de fleste af indikatorområderne. Desuden er procentdelen af patienter, der dør inden for 30 dage, fortsat inden for rammerne af den fastsatte standard på alle hospitalerne. Region Hovedstaden arbejder derfor for at forbedre organiseringen af patientforløbet således, at tidsrammerne kan overholdes. Desuden er der udarbejdet en vejledning, der forventes at højne registreringspraksis (resultaterne dækker apopleksi-patienter udskrevet i 2008).

Apopleksi indgår i 2010 i dialogaftalerne mellem regionen og hospitalerne. Det øgede fokus har medført, at hospitalerne har gjort en flot indsats for at opnå en høj data- og databasekomplethed for perioden 1.1.2009 – 31.12.2009 (databasekomplethed på 97 % for de indberettende afdelinger og 88 % på hospitalsniveau). Resultater for patienter udskrevet i 2009 med regionens kommentarer til behandlingskvaliteten offentliggøres 23. april. Se også afsnit 3.6 All-or-None.

Diabetes: På årets regionale auditmøde i oktober 2009 drøftede auditgruppen inklusionskriterierne for NIP-diabetes, der definerer, hvilke patienter, der skal indberettes til NIP-databasen. Drøftelsen afdækkede en uensartet registreringspraksis i regionen, hvorved auditgruppen fandt, at hospitalernes kvalitetsdata ikke var sammenlignelige i årsrapporten 2008-2009.

Efterfølgende har flere indberettende afdelinger igangsat en intern proces for at opnå en fremadrettet fuld data- og databasekomplethed. Årsrapporten 2008-2009 viste, at 62 % af de 12451 registrerede diabetespatienter havde fået den fulde behandlingspakke i perioden (pga. den uens registreringspraksis er et ukendt antal diabetespatienter ikke indberettet, og opgørelsen skal derfor vurderes ud fra det perspektiv).

Diabetes indgår i dialogaftalerne i 2010.

Hjerteinsufficiens: Der er på mange indikatorområder en lille, men vigtig ændring i retning af opfyldelse af de vedtagne standarder.

Behandlingsresultatet forbedres fra år til år, og genindlæggelsesfrekvens og dødeligheden ligger inden for rammerne af den fastsatte standard. Det må forventes at indførelsen af "hjertepakken for hjertesvigt" i praksis vil forbedre opfyldelsen af indikatorerne betydeligt, da patienter indgår i et hurtigere forløb med ekkokardiografi og opstart af medicinsk behandling, og dermed en bedre prognose. Trods forbedringerne er der imidlertid behov for en styrket indsats for at optimere kvaliteten i den medicinske behandling, fysisk træning og patientundervisning.

Region Hovedstaden opfylder standarderne for genindlæggelser og mortalitet, og mortaliteten har vist en stabilt nedadgående kurve over de seneste tre år.

Hjerteinsufficiens indgår i dialogaftalerne i 2010. Se også under afsnit 3.6 All-or-None.

Akut Mave-tarmkirurgi (blødende ulcus hhv. perforeret ulcus)

I resultaterne for behandling af patienter med **blødende ulcus** er der fremgang i opfyldelsen af standarderne. Resultaterne i et samlet hele er dog ikke tilfredsstillende og afspejler et behov for ensartede regionale retningslinjer for behandlingen af denne patientgruppe. Resultaterne viser et stort behov for umiddelbar indlæggelse i specialafsnit med specialuddannet personale i et kirurgisk-anæstesiologisk samarbejde, samt anæstesiologisk beredskab og bistand ved endoskopien. Patienten bør forblive indlagt i dette afsnit indtil risiko for reblødning er lav, - 2-3 døgn.

Det nationale referenceprogram for behandling af blødende ulcus har netop været i høring og forventes at udkomme juni 2010. Den regionale auditgruppe anbefaler fælles regionale retningslinjer udarbejdet, så de bliver overensstemmende med de nationale guidelines.

30 dages mortalitet for patienter med blødende ulcus er signifikant højere i Region Hovedstaden end i resten af landet. Her forventer man også et fald i dødeligheden, når der indføres fælles regionale retningslinjer. Auditgruppen har besluttet at udføre en supplerende mortalitetsanalyse med lokal journalgennemgang og en fælles regional audit primo marts 2010.

Auditgruppens anbefalinger til forbedring af behandlingskvaliteten:

- Disse patienter skal indlægges i specialafsnit med specialuddannet personale.
- Der skal udarbejdes fælles regional retningslinje for behandling af blødende mavesår.

For behandlingen af patienter med **perforeret ulcus** stiller auditgruppen spørgsmålstejn ved to indikatorer: indikator 3 om seponering af antibiotika, som vil blive revideret af den nationale indikatorgruppe; og indikator 5 om vægtkontrol. Auditgruppen anbefaler, at indikatoren om vægtkontrol udgår, idet den er overflødig, når der måles på væskebalance og basal postoperativ monitorering. De to indikatorer, væskebalance og basal monitorering, viser flotte resultater for Region Hovedstaden, og afspejles sandsynligvis i den lave mortalitet, hvor regionen opfylder standarden som den eneste region i landet.

Resultaterne for All-or-None for akut mave tarm kirurgi er ikke offentliggjort, idet den regionale auditgruppe vurderer, at opgørelsen ikke afspejler den reelle kvalitet men snarere mangelfuld registreringspraksis.

Hoftenære frakturer: Efter at Region Hovedstaden har ligget stationært er der nu atter tegn på en bedring i NIP-resultaterne for perioden august 2008 til august 2009, og der arbejdes fortsat med at sikre arbejdsgange og redskaber til dokumentation.

Regionen er netop blevet præsenteret for et nyt sæt indikatorer for hoftenære frakturer, samtidigt vil data primært blive trukket fra LPR, hvor data hidtil manuelt er indtastet i Klinisk MåleSystem (KMS). Indikatorgruppen

forventer, at kombinationen af et nyt indikatorsæt samt, at dataopgørelser beror på et andet register, vil medføre dataopgørelser, der antyder et dyk i behandlingskvaliteten. Det vil dog i praksis ikke være muligt at afgøre, om det er datakvaliteten og/eller behandlingskvaliteten, der forringes. Der er dog lignende erfaringer fra implementering af nye indikatorer i andre sygdomsområder. Se også afsnit 3.6 All-or-None.

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL): KOL er en kronisk lidelse, og patienter med denne diagnose er derfor indlagt mange steder i regionen. Af registreringshensyn er kvalitetsdata for NIP-KOL baseret på udtræk fra LPR. I juni 2009 blev KOL offentliggjort for første gang, og resultaterne for Region Hovedstaden viser, at vi generelt ligger nogenlunde som på landsplan. Den vigtigste kvalitetsparameter er overlevelsen, og her ligger Hovedstadsregionen som på landsplan. Der er gjort tiltag for at øge indberetningerne i 2009 og frem bl.a. med erfaringsudveksling mellem afdelingerne. Der pågår primo 2010 en datakvalitetsundersøgelse af ambulante KOL patienter.

Lungecancer: NIP-resultaterne for 2008 viser en betydelig fremgang med hensyn til hurtigere udredning end tidligere. Også med hensyn til at få begyndt behandling hurtigere, er der fremskidt, selvom det på nogle områder forsat er svært at opfylde de mål, man har sat i forbindelse med NIP-projektet.

Indførelsen af kræftpakker og ressourcetilførsel har således givet gode resultater. På de fleste områder ligger Region Hovedstaden på niveau med resten af landet. Region Hovedstaden lever op til målene for overlevelse og udredningstider, men det kniber lidt mere mht. ventetid på onkologisk behandling på de 2 store onkologiske centerafdelinger.

Årsrapporten for lungecancer blev sidste år suppleret med en mortalitetsanalyse, der viste en lavere dødelighed blandt Region Hovedstadens lungekræftpatienter. Dansk Lungecancer Register (DLCR) har efterfølgende udarbejdet en korrigeret mortalitetsanalyse, hvor der er taget højde for evt. komorbiditet (andre sygdomme). Den reviderede mortalitetsanalyse viser, at den lavere dødelighed i Region Hovedstaden ikke alene beror på lavere komorbiditet.

Næste årsrapport inkl. regionens kommentarer til kvaliteten af resultaterne forventes offentliggjort på Sundhed.dk den 27. maj 2010.

Skizofreni: I Region Hovedstaden har der på flere områder været tilfredsstillende resultater over de sidste tre år. For 2009 opfyldes ydermere den generelle standard vedrørende undersøgelse for bivirkninger af medicinen, standarden vedr. selvmords-risiko-screening samt - standarden der foreskriver, at mindst 50 % af alle patienter bør være i behandling indenfor 6 måneder efter de første symptomer.

Der ses en fremgang på enkelte uopfyldte standarder:

Der er et stort forbedringspotentiale, når det gælder at sikre undervisning i egen sygdom til patienterne.

Kontakten til pårørende til patienter med nyopdaget skizofreni skal fortsat styrkes.

Der er behov for en indsats til at sikre, at patienternes hukommelse og opmærksomhed (kognitive funktioner) bliver undersøgt af psykologer. Der forventes at komme en anbefaling fra den nationale indikatorgruppe, vedr. hvilke testmetoder der kan anvendes, og dette vil give anledning til fokus på området.

Der skal fortsat kontinuerligt arbejdes på forbedret registreringspraksis.

Fødsler: Den Nationale Indikatorgruppe (specialistgruppe) er nedsat og indikatorsættet for fødsler er udarbejdet. Indikatorsættet er i øjeblikket i høring (medio februar – primo april 2010).

Depression: Processen for depression er magen til den for fødsler. Indikatorsættet for depression forventes i høring medio 2010.

Siden sidste afrapportering har der været regional audit på følgende sygdomsområder:

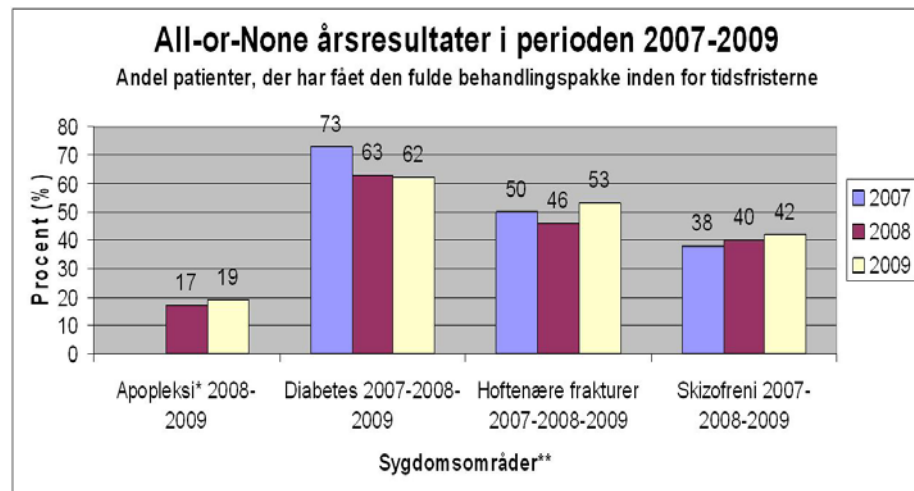
Lungecancer, Skizofreni, Diabetes, Akut-mave-tarmkirurgi, hjerterinsufficiens og hoftenære frakturer, hvor resultaterne sammen med regionens kommentarer dertil er eller snarest bliver offentliggjort på Sundhed.dk.

3.6. All-or-None

For nogle af NIP-sygdomsområderne opgøres andelen af patienter, der har modtaget den fulde (dvs. 100 %) behandlingspakke inden for en evt. fastsat tidsfrist – den såkaldte All-or-None. Man kan sige, at All-or-none viser andelen af ideelle behandlingsforløb. Man kan ikke ud fra opgørelsen sige noget om, hvor stor en andel af den fulde behandlingspakke de resterende patienter har modtaget. Mange af de resterende patienter vil også have fået den fulde behandlingspakke under indlæggelsesforløbet, men altså ikke inden for den fastsatte tidsfrist.

Regionen stræber efter at give alle vores patienter den fulde behandling, også inden for tidsfristen. Senest har det givet sig udtryk i, at der i dialogtalerne for 2010 mellem regionen og hospitalerne, er indarbejdet et kvalitetsmål i form af All-or-None for apopleksi, diabetes, hjerterinsufficiens og skizofreni på 90 %. Det er et ambitiøst mål, som det vil være svært at opnå midt i fusionsprocesser betinget af hospitalsplanen. Men det er administrationens oplevelse, at hospitalerne har sat fuld gang i arbejdet med NIP-områderne for at nå så stor en forbedring som muligt på den forholdsvis korte tid.

Nedenfor er de seneste All-or-None årsopgørelser for sygdomsområderne apopleksi, diabetes, hoftenære frakturer og skizofreni præsenteret for 2007-2009. All-or-None årsopgørelserne for sygdomsområderne hjerterinsufficiens og Akut mave-tarmkirurgi er i år fjernet af årsrapporten, idet den Nationale Indikatorgruppe vurderer begge opgørelser som ikke retvisende for kvaliteten. For hjerterinsufficiens vil der blive udarbejdet en reduceret All-or-None opgørelse, hvor resultaterne for to af indikatorerne er fjernet. Det er kun procesindikatorer, der indgår i beregningen af All-or-None.



NIP-apopleksi:

Indikatorsættet for NIP-Apopleksi indeholder 10 indikatorer, hvoraf de 9 indgår i all-or-none-opgørelsen. Det er den all-or-none opgørelse, der indeholder flest indikatorer, og det gør opgørelsen følsom, hvis patienterne ikke modtager en enkelte ud af 9 behandlinger i den fulde pakke inden for tidsrammerne. I september 2007 blev to yderligere behandlinger indført på apopleksiområdet, hvilket fik (den målte?) kvaliteten til at falde i 3. kvartal 2007.

På seneste auditmøde i marts 2010 var der i auditgruppen for apopleksi bred enighed om, at resultatet på 19 % er meget utilfredsstillende. De mange fusioner pga. hospitalsplanen gør en nøje koordinering på tværs af hospitaler og afdelinger nødvendig. Den regionale arbejdsgruppe for Apopleksi har netop udarbejdet en regional vejledning på området, som de forventer, vil bidrage til en øget målopfyldelse fremover. (Databasekompletheden for årsrapporten 2009 er > 95 % for apopleksienhederne).

* I den seneste opgørelse for 2009, indgår for første gang alle procesindikatorer, hvor der tidligere kun var inkluderet indikator 1-7. Vi har derfor ikke resultatet for 2007, som kan sammenlignes for 2008 og 2009 (resultaterne for apopleksi skal betragtes som fortrolige frem til offentliggørelse den 20. april).

Diabetes

Indikatorsættet for diabetes indeholder 7 indikatorer, hvoraf de 6 indgår i All-or-None opgørelsen. Den seneste opgørelse viser, at ca. 62 % af regionens diabetespatienter har fået den fulde behandlingspakke inden for tidsfristerne. Til de, der er opmærksomme på auditgruppens forbehold for resultaterne på Sundhed.dk, kan det bemærkes, at der er indberettet mere end 11.000 diabetespatienter i perioden, hvorfor de regionale resultater kan anses for retvisende. Hospitalerne er efterfølgende i gang med at ændre registreringspraksis, så der sikres retvisende data på hospitalsniveau i næste årsopgørelse. Set over tid har færre diabetespatienter fået den fulde behandlingspakke. Det er dog uklart i skrivende stund, hvor stor en del af skylden dataoverføringsproblemer fra DiabetesRask betyder for det faldende

resultat. Der arbejdes på at validere de løbende dataudtræk fra DiabetesRask til NIP.

Hoftenære frakturer

I NIP-hofteære frakturer indgår 5 indikatorer i All-or-None opgørelsen. 53 % af regionens patienter med en hofteær fraktur fik den fulde behandlingspakke i perioden, hvilket set over tid er en anelse højere end i 2007, efter et dyk i 2008.

Skizofreni - voksne

For NIP-skizofreni er der 9 indikatorer, der igen er forgrenet til 24 indikatorstabeller. Heraf indgår de 9 af dem i All-or-None opgørelsen for Skizofreni. De seneste resultater for Skizofreni viser en All-or-None på 45 % for perioden marts 2008 – marts 2009, hvilket er en stigning på 3 % siden sidste periode.

****NIP-hjerteinsufficiens:**

Den Nationale Indikatorgruppe fandt, at all-or-none opgørelsen for Hjerteinsufficiens er problematisk og ikke retvisende for behandlingskvaliteten. All-or-none er derfor ikke offentliggjort på Sundhed.dk. På anbefaling af den nationale indikatorgruppe vil en reduceret all-or-none opgørelse blive anvendt til brug for Region Hovedstadens dialogaftaler med hospitalerne. I denne opgørelse er de usikre indikatorer fjernet, så opgørelsen reelt siger noget om behandlingskvaliteten. Regionen har ikke en reduceret årsopgørelse for All-or-None hjerteinsufficiens, hvorfor det ikke indgår i søjlediagrammet.

Akut Mave-tarmkirurgi

Der er ikke offentliggjort en all-or-none opgørelse for akut mave tarm kirurgi for 2009, idet man ikke fandt den retvisende.

Der udarbejdes ikke All-or-None for sygdomsområderne lungecancer og KOL.

3.7. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan

Efter et år med øget politisk og ledelsesmæssigt fokus på området, er der igen kommet rigtig gang i arbejdet med kliniske kvalitetsdata, og den ekstra indsats på hospitalerne kan mærkes på en positiv måde i administrationen. En regional arbejdsgruppe har netop færdiggjort en rapport, hvor de tidligere overordnede anbefalinger fra 2009 er konkretiseret i en række udfordringer og anbefalinger til løsninger af dem. Ligeledes har arbejdsgruppen udarbejdet en drejebog, hvor opgaver og ansvarsfordeling er beskrevet for alle niveauer og kvalitetsaktører i regionen. Begge dokumenter blev behandlet i det regionale kvalitetsråd i marts 2010. Der vil blive sat målrettet fokus på følgende temaer:

- Uddannelse og læring
- It-problemer
- Dataregistrering og indberetning

- Analyse og opfølgning
 - Organisationen omkring håndtering af kliniske kvalitetsdata
- Koordinationsgruppen for Kvalitet vil forestå den videre proces omkring prioritering, opfølgning og implementering som en form for styregruppe. Der pågår ligeledes i øjeblikket et projekt (GAPS), der har til hensigt at vende datastrømmen, hvorved registreringsbyrden bliver lettet for de kliniske afdelinger.
- Det anses som positivt blandt kvalitetsfolk, at der er indsat krav på kvalitetsområdet i dialogaftalerne.
- Regionen går en spændende og travl periode i møde på området sygdomsspecifik kvalitet.

4 Patientsikkerhed

Hvor mange mennesker arbejder sammen med komplicerede opgaver sker fejl. Samtidig forhindres fejl, fordi mennesker arbejder sammen, hjælper hinanden og er forudseende. Sikkerhedssystemet sørger for, at fejkilder foregribes blandt andet ved at lære af tidligere fejl. Sikkerhed for patienter og brugere er en bærende værdi i kvalitetsarbejdet.

Rapportering af utilsigtede hændelser er en kilde til viden, der kan føre til forebyggende tiltag, som kan give øget patientsikkerhed.

Dette afsnit indeholder et kort resumé af status for rapporteringssystemer i regionen, rapporteringer af Utilsigtede Hændelser (UTH), gennemførte KerneÅrsagsAnalyser (KÅA), Patientsikkerhedsrunder, Fejlkildeanalyser (FKA), Operation Life (OL) og Hospitals Standardiserede Mortalitets Rater (HSMR) som er iværksat eller udført i 2009.

4.1. Rapporteringssystem

Ved regionsdannelsen benyttedes flere forskellige rapporteringssystemer og sagsbehandlingsrutiner til utilsigtede hændelser i Region Hovedstaden. Regionen har en målsætning om enstrengt rapportering og sagsbehandling med hurtig advisering af relevante personer. I 2008 overgik alle virksomheder til rapportering og sagsbehandling af utilsigtede hændelser via Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Dette har dog været forbundet med problemer af større og mindre karakter. Disse søges til stadighed afhjulpet.

4.2. Status for rapporterede UTH

Det er vigtigt at understrege, at rapporteringssystemet ikke kan benyttes til pålidelige statistiske analyser af omfanget og typen af utilsigtede hændelser. Dette er dels fordi langt fra alle utilsigtede hændelser rapporteres, og dels fordi rapporterne er i fritext, hvor den enkelte sundhedsperson selv væger at rapportere det, som forekommer relevant. På den baggrund opfattes et højt og

stigende antal rapporter som positivt og udtryk for en moden sikkerhedskultur.

Rapportering af utilsigtede hændelser i 2009 (2008)

▪ Antal rapporterede hændelser:	15.072 (10.600)
▪ Antal indsendte rapporter:	12.624 (12.067)
▪ Andel indsendte rapporter med SAC-score 3:	1,6 % (1,8 %)
▪ Andel ikke anonyme rapporter:	86 % (93 %)
▪ Andel rapporter fra læger:	12 % (12 %)

4.3. Gennemførte Kerneårsags Analyser (KÅA)

Alle rapporterede utilsigtede hændelser bliver vurderet og scoret i forhold til faktisk og potentiel patientskade, samt hvor hyppigt en lignende hændelse vil kunne forekomme. Scoringen foretages i en matrixscore fra 1-3, hvor 1 er minimal og 3 er alvorlig/katastrofal.

En score 3 hændelse udløser en kerneårsagsanalyse. Det er en metode, hvor de tilgrundliggende årsager til hændelsen identificeres, og der formuleres handlingsplaner, som skal forhindre tilsvarende hændelser i fremtiden. Dog kan en kerneårsagsanalyse fravælges, hvis en lignende hændelse for nylig har udløst kerneårsagsanalyse, og hvor det vil have større værdi at understøtte implementeringen af handlingsplaner fra denne.

I 2009 har andelen af indsendte rapporter med SAC-score 3 været 164 i Region Hovedstaden. Ud af disse 164 alvorlige utilsigtede hændelser er der iværksat 81 kerneårsagsanalyser.

Af de iværksatte 81 kerneårsagsanalyser, omfattede 20 to eller flere af regionens hospitaler.

I samarbejde med Region Sjælland udarbejdede Region Hovedstaden en kerneårsagsanalyse af en utilsigtet hændelse, hvor en patient skulle overflyttes på tværs af de to regioner.

Regional distribuering af utilsigtede hændelser

I Region Hovedstaden videreformidler Enhed for Patientsikkerhed systematisk og i anonymiseret form utilsigtede hændelser til relevante instanser og nøglepersoner i regionen med henblik på læring og videnspredning. Konkret drejer det sig om utilsigtede hændelser vedrørende regionens elektroniske medicineringsmodul (EPM), andre IT-systemer, indkøb og udstyr, medikoteknisk udstyr, fysiske rammer, hjertestop og præhospital, vagtcentral og ambulancer, medicinforvekslinger, alvorlige medicineringsfejl, forsinkede henvisninger, sondeernæring og hændelser med alvorlige konsekvenser.

Temarapporter

Der er udarbejdet temarapporter dels om Region Hovedstadens elektroniske medicineringsmodul (EPM) dels om regionens kerneårsagsanalyser på medicineringsfejl

Akut Regionalt Patientsikkerheds-team (APS-team)

Region Hovedstaden har etableret et nyt ad hoc patientsikkerhedsteam. Formålet hermed er, at foretage en hurtig risikovurdering og håndtering af akutte alvorlige patientsikkerhedsmæssige problemer, når disse vedrører et større antal patienter eller organisatoriske enheder og er på tværs af flere virksomheder i regionen. Teamet sammensættes og aktiveres af koncerndirektionen og består af faste medlemmer og ad hoc medlemmer, herunder repræsentanter fra relevante afdelingsledelser. Teamets arbejdsområde er hele Region Hovedstaden, dvs. alle virksomheder og stabsfunktioner. Når teamet er aktivt refererer medlemmerne alene til teamlederen, en hospitalsdirektør, som refererer til koncerndirektionen. APS-team er evalueret i regionen og konklusionen er, at organisationsformen er brugbar til at håndtere akutte patientsikkerhedsproblemer, der hvor de opstår, og løse problemerne på kort sigt.

Region Hovedstaden har i 2009 aktiveret APS-teamet tre gange:

1. Nedbrud af laboratoriesystem i januar
2. Nedbrud af laboratoriesystem i juni
3. Risiko for fejlmedicinering ved overgang til ny sprøjteleverandør ved 20 og 50 ml sprøjter

4.4. Proaktive analyser (Fremadrettede analyser)

Patientsikkerhedsrunder

Patientsikkerhedsrunde er en metode til at identificere problemer med patientsikkerhed og til at fremme og understøtte en patientsikkerhedskultur.

På sigt vil metoden fremme en fremadrettet patientsikkerhedskultur.

Patientsikkerhedsrunde er et ledelsesredskab for topledelsen. Formålet med at gå patientsikkerhedsrunde er at fremme en kulturændring til fordel for en sikkerhedskultur.

På regionens hospitaler er patientsikkerhedsrunder implementeret og foretages regelmæssigt af topledelsen.

Patientsikkerhedsrunder afvikles af alle medlemmer af direktionen og ikke alene i dagtiden. Flere patientsikkerhedsrunder er afviklet i aften timer.

På flere hospitaler har patientambassadører været involveret i patientsikkerhedsrunder og dette er et godt eksempel på patientinvolvering.

I henhold til handlingsplanen for patientsikkerhed for årene 2008-2010 skal hver virksomhed gennemføre mindst en patientsikkerhedsrunde årligt.

I 2009 er der udført 77 patientsikkerhedsrunder på regionens virksomheder.

Tracer

Tracer kan opdeles i patienttracer og systemtracer.

Patienttracer:

Et forløb for en specifik patient følges for at evaluere kvaliteten af hospitalets ydelser op regionens/ hospitalets vejledninger og standarder.

Helt enkelt går en tracer ud på at følge patientforløbet med de behandlinger og den pleje, som patienten har modtaget fra indlæggelsestidspunktet til udskrivningstidspunktet.

Systemtracer:

Et system fx medicinhåndtering følges for at evaluere kvaliteten af hospitalets ydelser op regionens/ hospitalets vejledninger og standarder.

Alle hospitalerne benytter tracemetoden i forbindelse med kvalitetsovervågning. Problemstillinger som identificeres i forbindelse med afvikling af tracere, analyseres og løsningsforslag implementeres.

Fejlkildeanalyse

Fejlkildeanalyser er en metode som anvendes til at styrke sikkerheden på områder, hvor svigt eller nedbrud kan indebære skade for mange patienter, fx strømsvigt eller brand. Metoden kan også anvendes til arbejdsgangsanalyser som fx postgange for henvisning af patienter. Gennem analysen identificeres sikkerhedskritiske huller i arbejdsgange eller risici i procedure mhp, at der kan iværksættes forebyggende tiltag. I 2009 udførte flere af regionens hospitaler FKA under fælles emne: EPM.

4.5. Inddragelse af patienter/pårørende i kerneårsagsanalyser

Patienter/pårørende har i 2009 haft mulighed for at deltage i kerneårsagsanalyser enten som medlem af teamet eller via interviews. På denne måde indgår patientens/de pårørendes oplevelser indgå i datagrundlaget. Der er ikke kerneårsagsanalyser (KÅA) med deltagelse af patienter/pårørende.

I Handlingsplan for Patientsikkerhed 2008-2010 indgår som mål at patienter og pårørende indgår i KÅA. Erfaringerne herfra opsamles i en evalueringsrapport, der fremlægges for det regionale Kvalitetsråd mhp. endelige anbefalinger for inddragelse af patienter/pårørende på feltet.

4.6. Operation Life (OL)

Alle regionens hospitaler og psykiatrien deltog i Operation Life-kampagnen. På regionalt plan er alle pakker repræsenteret. Kampagnens afsluttedes ultimo april 2009.

Erfaringer med implementering

Respiratorpakken:

Der er generel accept af det faglige indhold i pakken. Pakken indeholdt gode redskaber, som skabte den nødvendige prioritering. På nogle hospitaler var flere elementer af pakken allerede fast rutine og implementeringen således relativt nem.

Andre steder gennemførtes undervisningsforløb i flere omgange. For at fastholde engagementet er det vigtigt med engagerede nøglepersoner ved opstart, at fokusere på de nemme ændringer i starten, have vedvarende faglige diskussioner og tilbagemeldinger til personalet. Samtidigt er det vigtigt at afdelingsledelsen tager ansvar for processen.

CVK (centralt vene kateter) pakken:

Pakken opleves som velbeskrevet og relevant. Arbejdet med pakken har givet et øget fokus på korrekt hygiejne og steril teknik generelt. Der efterlyses værktøjer til registrering af kateterrelaterede infektioner.

Pakken beskrives som godt implementeret på intensivafdelingerne og indgår som fast rutine. Der er udfordringer forbundet med at pakken rækker på tværs af kliniske afdelinger. Den del af pakken der vedrører daglig dokumentation af hygiejne og fortsat indikation har været vanskelig at implementere mange steder.

Der er positive erfaringer med at udvikle færdigpakke sæt med de relevante remedier. Dermed bliver det ekstra tidsforbrug minimeret.

Medicinafstemning:

Området opleves som væsentligt i forhold til kvalitet og sikkerhed, men også vanskeligt at arbejde med. Især påpeges vanskeligheder med at få valide medicinoplysninger ved indlæggelsen.

Det har været nødvendigt med en stor indsats af nøglepersoner for at implementere pakken og opnå fremgang i compliance. Der har på flere hospitaler været en særlig indsats for at fremme korrekt brug af EPM. Der har flere steder været ansat en farmaceut som nøgleperson. Det har generelt været den vanskeligste pakke at implementere, og compliance i forhold til alle pakkens elementer har været relativt lav. Medicinafstemning ved indlæggelse, overflytning og udskrivelse indgår som elementer i en regional vejledning for medicinområdet.

Mobilt Akut Team:

Pakken opleves som relevant, og har givet et vigtigt fokus på observation af kritisk syge patienter i afdelingerne. Nogle hospitaler har valgt at fokusere på at opruste og udvikle kompetencer i sengeafdelingerne i forhold til en systematisk observation og scoring af vitale værdier hos patienterne (Early Warning Score).

Implementeringen af MAT har indeholdt undervisning af de kliniske afdelinger i kriterier for tilkald mm. udarbejdelse af lommekort, simulationstræning.

Sepsispakken (blodforgiftning):

Fagligt set et vigtigt område, men pakken har været vanskelig at implementere flere steder. Nogle nævner, at pakkens indhold ikke var tilstrækkeligt tilpasset danske forhold, hvorfor tilrettelæggelsen blev vanskeliggjort. En anden udfordring har været at pakken, i lighed med CVK pakken, går på tværs af de kliniske afdelinger. Det har krævet en stor arbejdsindsats, men interessen for pakken var større i sengeafdelingerne end tilfældet var med CVK-pakken. I implementeringsindsatsen er indgået undervisning, udarbejdelse af lommekort og behandlingsalgoritmer. Flere steder er der udarbejdet hospitalsvejledninger i sepsisbehandling i forbindelse med kampagnen.

AMI pakken:

Pakken vurderes at være implementeret i forvejen. Opfyldelsen monitoreres løbende.

4.7. Hospitals Standardiserede Mortalitets Rater (HSMR)

I forbindelse med Operation Life har hospitalerne i Region Hovedstaden fået beregnet deres HSMR kvartalsvis siden 2006. HSMR angiver forholdet mellem antallet af dødsfald og antallet af forventede dødsfald inden for 30 dage efter indlæggelse.

I 3. kvartal 2009 overgik HSMR tal til at være et led i regionernes monitorering af den sundhedsfaglige kvalitet. Regionerne besluttede i den forbindelse at videreudvikle modellen og der blev igangsat et udviklingsprojekt, som gennemføres i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Udvikling af modellen foretages af Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, som også har udviklet den første HSMR-model. Kort fortalt justerer den nye HSMR model ligesom tidligere for køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/elektivt), indlæggelseskvartal og aktionsdiagnose. Som noget nyt justeres også for komorbiditet og ægteskabelig status. I modsætning til den første HSMR model inddrages overflyttede patienter i den nye model. Endelig "Empirisk Bayes" justeres tallene. Empirisk Bayes er en metode, hvormed der kan justeres for den statistiske forskel, der kan være mellem høj- og lavvolumen sygehuse. Det betyder at den samlede variation i HSMR mellem sygehusenes HSMR bliver mindre med den nye justering.

Samlet set ligger Region Hovedstaden pænt i forhold til landsgennemsnittet – dvs. HSMR er mindre end indeks 100, hvilket betyder, at der dør færre patienter på regionens hospitaler, end man skulle forvente ud fra landsgennemsnittet for patienter med samme diagnoser, alder, køn og fordeling mellem akut indlæggelse og elektiv indlæggelse. På baggrund af HSMR har flere af regionens virksomheder iværksat aktiviteter i forhold til at reducere dødeligheden.

År	Kvartal	Antal indlæggelser	Forventet	Observeret	HSMR	Nedre sikkerhedsgrænse	Øvre sikkerhedsgrænse
2008	1	33.476	1.933	1.791	93	88	97
2008	2	30.561	1.717	1.569	91	87	96
2008	3	31.673	1.687	1.497	89	84	93
2008	4	32.557	1.800	1.677	93	89	98
2009	1	33982	2171	2069	95	91	99
2009	2	31796	1817	1748	96	92	101
2009	3	31902	1829	1796	98	94	103

Tabellen skal aflæses således: I 4. kvartal 2008 var der på Region Hovedstadens hospitaler 32.557 indlæggelser. Ud fra patienternes sammensætning på køn, alder, sygdom og dødelighed skulle man forvente, at 1.800 ville dø. Imidlertid døde "kun" 1.677 patienter, hvilket giver en HSMR (døds -) ratio på 93.

4.8. Hygiejne og rengøring

Rengøring

På baggrund af pilotauditeringen af rengøringen på hospitalerne efteråret 2008 besluttede Regionsrådet at der fremover skal foretages en ekstern auditering af rengøringen på hospitalerne og de psykiatriske centre med anvendelse af Dansk Standards standarder INSTA 800 og DS 2451/10, samt at der ca. 6 måneder senere gennemføres en intern/ekstern auditering med udgangspunkt i de nævnte kriterier. Denne auditering udføres af regionens egne auditorer.

For at sikre at hospitalernes auditorer nøje kender de nævnte standarder blev der i efteråret 2009 gennemført 5 kurser á 2 dage med i alt 50 deltagere, hvor deltagerne blev indført i Dansk Standards kriterier.

På baggrund af Dansk Standards kriterier er der udarbejdet en model, der angiver hvor mange og hvilke typer af lokaler, der skal auditeres på baggrund af hospitalets /centerets størrelse, samt hvilket niveau der skal opnås. Målet med auditeringen er, at 100 % af operationsstuerne og 70 % af øvrige lokaler skal opfylde de for lokalet definerede niveauer i henhold til standarderne i INSTA 800 og DS 2451/10.

Den 1. eksterne auditering af rengøring, omhandlende 12 hospitaler og 16 psykiatriske centre, blev tilrettelagt i sommeren 2009 og gennemført fra medio november 2009 – til medio januar 2010.

Resultaterne af auditeringen findes i bilag 3.

Håndhygiejne - en kulturændring

I tilslutning til taskforce for rengørings afrapportering maj 2009 besluttede Regionsrådet, at der i handlingsplan skulle indgå tilrettelæggelse og gennemførelse af en håndhygiejne kampagne.

En kampagne, der har fokus på en varig kulturændring med det mål permanent at sætte fokus på håndhygiejne.

En arbejdsgruppen har udarbejdet en plan og har sat implementering i gang.

1. Første oktober 2009 udsendtes via lønsedler publikationen ”Rene hænder – lad os huske hinanden på det” til alle ansatte i Region Hovedsønden. Denne publikation udsendes til alle nye medarbejdere i hospitaler og i psykiatriske centre.

2. Implementering af ”E – learnings – kursus i håndhygiejne”.

Én gang årligt skal nedennævnte personalegrupper gennemgå kurset og dokumentation herfor medbringes til MUS og efterfølgende lægges i personalesagen.

- personale, der har patientkontakt og/eller udfører rene og urene procedurer

- administrativt personale, der kommer i afdelinger med patienter
- personale i afdelinger, der ikke har netadgang: f.eks. rengøringspersonalet. Hvert hospital udarbejder egen instruks og stiller pc til rådighed for denne personalegruppe. (Det skal bemærkes, at et håndhygiejneprogram for især rengøringspersonalet er under udarbejdelse)
- alle nyansatte personalemedlemmer inden for nævnte grupper

Alle studerende og elever skal via uddannelsesinstitutionen have gennemgået e-learning kurset i håndhygiejne inden første praktik med start januar 2010. Dette er under implementering.

3. Direkte observation med fokus på gennemførelse af håndhygiejne i forbindelse med WHO's fem situationer i forbindelse med behandling og pleje. Resultaterne noteres, og der føres statistik herfor.

Direkte observation er under implementering i hospitalerne /psykiatriske centre.

De første tre måneder efter implementering gennemføres direkte observation hver uge.

Herefter én gang om måneden.

4. Andet

- Der er udarbejdet materialer, der sætter fokus på "Håndhygiejne – en kulturændring" herunder til pårørende og patienter.
- Forskelligt materiale er under udarbejdelse: til børn og unge, personale med dårlige dansk kundskaber mv.

Arbejdsgruppen arbejder med en plan for opfølgning af de initiativer, der er sat i værk, og som skal fastholdes.

Der har efter kampagnens start vist sig at være en problemstilling omkring brandrisiko ved ophængning af dispensere med hånddesinfektionsvæske i gang- og trappearealer. Der foregår en drøftelse mellem Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut og Beredskabsstyrelsen omkring en løsning på problemet.

4.9. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan

Region Hovedstaden har, sammenlignet med resten af landet, et højt og stigende antal rapporter. Andelen af rapporter fra læger svarer til landsgennemsnittet. Ifølge Sundhedsstyrelsen udgør lægerne ca. 10 – 15 % af kliniske medarbejdere ansat på hospitalerne.

Patientsikkerhedsrunder er veletablerede i regionen og udføres foruden i dagtid også i aften- og nattevagter.

Der synes at være en tendens til stigende andel anonyme rapporter. Dette kan hænge sammen med det stigende antal rapporter, som måske i højere grad kommer fra "nye" medarbejdere, som ikke er fortrolige med rapporteringssystemet. Det anbefales, at virksomhederne ser nærmere på andelen og udviklingen i anonyme rapporter for at lokalisere områder og perioder med særlig høj eller særlig lav grad af anonym rapportering mhp. tiltag, som kan styrke en åben rapporteringskultur.

Øvrige områder der bør arbejdes med fremover:

At øge patienters og pårørendes involvering i patientsikkerhedsarbejdet
Øget anvendelse af proaktive analyser, som fx fejlkildeanalyser over fælles temaer i regionens forskellige virksomheder, til forebyggelse af utilsigtede hændelser.

Fortsat arbejde med indsatsområderne fra Operation Life og deltagelse i projektet Patientsikkert Sygehus.

Det er herudover i dialogaftalerne med hospitalerne for 2010 fastsat ambitiøse mål for patienternes sikkerhed og kvalitet i behandlingen. Disse mål skal regionens hospitaler opfylde i løbet af de kommende fire år:

- Uventede dødsfald skal reduceres med 10 %
- Patientskader skal reduceres med 25 %
- Hospitalsinfektioner skal halveres

5 Patient- og brugeroplevelset kvalitet

For at arbejde målrettet med at forbedre den patientoplevede kvalitet er det nødvendigt at se på patienternes oplevelser i deres møde med sundhedsvæsenet. I 2009 blev Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) gennemført efter et nyt koncept. Resultaterne af undersøgelsen bliver afrapporteret ned på afdelings-/ambulatorieniveau, hvorved den enkelte afdeling/ambulatorium har et godt redskab til at identificere mulige indsatsområder i forbindelse med det løbende arbejde med at udvikle den patientoplevede kvalitet. LUP gennemføres fremadrettet årligt, således at afdelingerne/ambulatorierne systematisk kan følge udviklingen i deres resultater. I efteråret 2010 indsamles data til LUP dermed endnu en gang, ligesom den landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser fra 2008 gennemføres på ny. Herudover gennemføres en undersøgelse af kvinders oplevelser af graviditet, fødsel og barsel i Region Hovedstaden, som offentliggøres medio 2010.

Nedenfor præsenteres et udvalg af Region Hovedstadens resultater i LUP 2009. Herefter følger en beskrivelse af, hvordan der i regionen arbejdes med at følge op på resultater fra undersøgelser af den patientoplevede kvalitet.

5.1. Resultater fra LUP 2009

Regionens afdelinger/ambulatorier modtog i september 2009 deres egne resultater, hvor de endvidere kunne se resultaterne for deres tilhørende speciale. Hospitalerne og regionen modtog også resultater sammenlignet med resultaterne på landsplan.

Overordnet set havde patienterne i regionen et godt samlet indtryk af deres indlæggelsesforløb (86,3 % positive) og ambulante besøg (93,7 % positive). Nogle af de områder, hvor der findes potentiale for forbedringer i den

patientoplevede kvalitet, præsenteres i nedenstående tabel for henholdsvis indlagte og ambulante patienter.

	Spørgsmål	Andel negative svar
Indlagte patienter	3. Ventetid ved modtagelsen	54,7 % oplevede ventetid ved modtagelsen
	4. Kontaktperson	27,6 % oplevede ikke at have én eller flere kontaktperson(er)
	8. Patientoplevede fejl	22,7 % oplevede, at der skete fejl
	9. Personalets håndtering af fejl	37,8 % synes, personalet tog dårligt eller virkelig dårligt hånd om fejlen
Ambulante patienter	2. Ventetid fra mødt til kaldt ind	77,1 % oplevede ventetid, fra de skulle møde, til de blev kaldt ind
	2_1. Information om ventetid	62,9 % blev ikke informeret om, hvorfor der var ventetid
	16. Orientering af egen læge	33,3 % vurderer, at ambulatoriet har orienteret egen læge dårligt eller virkelig dårligt

Kilde: Enheden for Brugerundersøgelser: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), København 2009.

Som det fremgår i tabellen, er der for både indlagte og ambulante patienter forbedringspotentiale med hensyn til ventetiden, når patienter møder på hospitalerne. Derudover findes der en stor andel negative svar fra indlagte patienter, når det drejer sig om at have oplevet én eller flere kontaktpersoner samt patientoplevede fejl. For de ambulante patienter gælder det, at en stor del ikke bliver informeret om årsagen til ventetiden ved modtagelsen. Ligeledes vurderer hver tredje af de ambulante patienter orienteringen af egen læge fra hospitalet negativt.

Samtlige resultater fra undersøgelsen findes på Enheden for Brugerundersøgelserns hjemmeside: www.patientoplevelser.dk.

5.2. Opfølgning i Region Hovedstaden

Der arbejdes konkret med undersøgelsens resultater på afdelings- og hospitalsniveau på alle regionens hospitaler. Der arbejdes med kommunikationskurser til personalet, kvalitetssikring af informationen til patienterne ved hjælp af tjeklister til patienterne, som afdækker uafklarede spørgsmål og som danner baggrund for en afsluttende samtale. Der arbejdes også med kontaktpersonfunktionen, som har stor betydning for patienternes oplevelse af sammenhæng og koordinering af forløbet.

Der arbejdes med videndeling og idéudveksling af de forskellige initiativer rundt omkring på hospitalerne gennem den fælles videns- og idébank på internettet. Her præsenteres lokale projekter og initiativer og der kan hentes inspiration og information til udvikling af kommunikation og patientinddragelse.

Ud over de konkrete initiativer, der er tæt forbundet med afdelingernes og hospitalernes resultater af de enkelte spørgsmål og temaer i LUP, er

udviklingen af den patientoplevede kvalitet integreret i hele arbejdet med at udvikle sikkerhed, sammenhæng og kvalitet i ydelserne i regionens sundhedsvæsen. Opfølgningen på LUP indgår således i regionens øvrige aktiviteter til kvalitetsudvikling og resultaterne heraf forventes at bidrage til en høj patienttilfredshed.

Sammenhængende patientforløb

Patienternes oplevelse af et veltilrettelagt forløb hænger sammen med udvikling og implementering af forløbsprogrammer for en række kroniske sygdomme og hensigtsmæssig opfølgning og informationsudveksling i forbindelse med udskrivelse.

Udvikling af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme skaber en klar rolle- og ansvarsfordeling mellem hospital, praktiserende læge og kommuner. Der iværksættes implementerings- og samarbejdsprojekter indenfor forløbsprogrammerne for kronisk sygdom – Type 2 diabetes, KOL og hjertekar sygdom på alle regionens hospitaler. Projekterne indeholder aftaler om koordinering og ansvarsfordeling, planer for iværksættelse af patientuddannelser og tværsektoriel kompetenceudvikling med henblik på at udvikle fælles forståelse og tilgang til opgaveløsningen.

Kvalitet og sammenhæng udvikles ved at inddrage patienten i et tæt ligeværdigt samarbejde med de sundhedsprofessionelle. Tilbud om patientuddannelse vil give patienterne mulighed for at mestre deres egen situation bedst muligt og indgå aktivt i deres egen behandling.

Samtidig udvikles kompetencer indenfor den enkelte sektor, fx ved tilbud til praktiserende læger om konsulentbistand til kvalitetsudvikling.

Sammenhængende patientforløb og øget sikkerhed sikres også ved at udvikle målrettede tilbud i forbindelse med udskrivelse. Følge hjem, ringe hjem og følge op ordninger skal sikre en tryk udskrivelse og en effektiv informationsudveksling mellem hospitalet, kommunen og den praktiserende læge.

5.3. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan

Den patient- og brugeroplevede kvalitet skal ses i tæt sammenhæng med implementering af regionens Bruger-, patient- og pårørende politik og de værdier, politikken er bygget op omkring. Som det fremgår af politikken, sker arbejdet med forbedring af den patient- og brugeroplevede kvalitet på mange niveauer. Der er på regionsniveau oprettet dialogfora inden for sundhed, psykiatri og handicap, flere hospitaler har oprettet brugerråd og også på afdelingsniveau er der taget mange initiativer.

Arbejdet med den patientoplevede kvalitet har, med det nye koncept for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, fået et løft. Nu opgøres resultater på afdelingsniveau, mod tidligere på sygehusniveau. Det giver de enkelte afdelinger et redskab til at udvælge indsatsområder, hvor der er behov for at forbedre kvaliteten. Det nye koncept indebærer også, at undersøgelsen gennemføres årligt, så det i højere grad bliver muligt at følge

udviklingen inden for de temaer, der indgår i undersøgelsen og se om, der reelt sker forbedringer. Derudover gennemfører regionen nu også en undersøgelse blandt kvinder om graviditet, fødsel og barsel, der kan give input til arbejdet med udvikling af den patientoplevede kvalitet for denne brugergruppe.

Fremadrettet er der behov for fokus på at udbrede viden og erfaringer om, hvilke indsatser der har effekt i forhold til at forbedre kvaliteten set med patienternes og brugernes øjne. Derudover skal de enkelte afdelinger arbejde med de indsatsområder, hvor deres konkrete patientfeedback indikerer, at der er mulighed for forbedring.

6 Praksissektoren

Praksissektoren reguleres via overenskomster, og arbejdet med kvalitetsudvikling har derfor en anden karakter end på de øvrige områder. Initiativer til kvalitetsudvikling baseres på frivillige aftaler og fælles beslutning om anvendelse af de i overenskomsten afsatte midler til kvalitetsudvikling. I det følgende redegøres for arbejdet i Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget for almen praksis (KVEU) og det regionale Center for Kvalitetsudvikling og Efteruddannelse i almen praksis (KvEAP).

6.1. Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget for almen praksis

Ifølge den regionale kvalitetsstrategi skal der i løbet af planperioden udarbejdes en plan for kvalitetsudvikling i almen praksis. Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget for almen praksis vedtog i december 2009 en kvalitetsstrategi for almen praksis. Strategien angiver de vigtigste indsatsområder for kvalitetsarbejdet i almen praksis og vil således være retningsgivende for KVEU's arbejde, herunder for prioriteringen af de midler, der er afsat til kvalitetsudvikling i henhold til overenskomsten.

Kvalitetsstrategien angiver tre overordnede indsatsområder:

Sundhedsfaglig kvalitet - der sættes særlig fokus på sammenhæng i patientforløb, i første omgang for kroniske patienter og kræftpatienter. Kvaliteten skal udvikles ved brug af kvalitetsdata gennem implementering af ICPC kodning og datafangst, styrkelse af arbejdet med egne data og forbedret tværsektorielt samarbejde.

Organisatorisk kvalitet - der skal sættes fokus på at understøtte tiltag til organisationsændringer i almen praksis med henblik på at varetage de nye og/eller ændrede opgaver. Der arbejdes med ledelsesudvikling, kompetenceudvikling af både læger og personale, øget anvendelse af klinikpersonale, udvikling af praksisformen, samarbejde mellem sektorer samt patientsikkerhed.

Patientoplevelt kvalitet – arbejdet med udvikling af service og kvalitet på baggrund af patienttilfredshedsundersøgelser fortsættes.

Almen praksis er en central del af de forløbsprogrammer, som udarbejdes i relation til de kroniske sygdomme, ligesom samarbejdet med kommunerne

vil få en mere fremtrædende plads end hidtil. Arbejdet med kvalitetsudvikling i almen praksis vil derfor være tæt knyttet til implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom og til sundhedsaftalerne mellem region og kommuner.

6.2. Center for Kvalitetsudvikling og Efteruddannelse i almen praksis

KvEAP har i 2009 arbejdet med en række faglige projekter og opgaver:

- Gennemførelse af DANPEP i Region H for 100 praktiserende læger, herunder tilbud om opfølgning.
- Deltagelse i udvikling og gennemførelse af Vestegnsprojektet.
- Udarbejdelse af projektbeskrivelse for facilitatorprojektet.
- Udvikling og gennemførelse af lægevagtskurser.
- Kræftpakkeundervisningen er etableret i et samarbejde mellem Praksiskonsulentordningen, KvEAP og Efteruddannelsesvejlederne. KvEAP varetog sekretariatsfunktionen
- Afprøvning af samtaleværktøjet i Sund dialog.
- KVEU-seminaret i 2009.
- Erfaringsudveksling i konsulentnetværket.
- Oplæg om organisering af opfølgning på UTH i almen praksis
- Faglig rådgivning af projektansøgere til KVEU.
- Faglige indstillinger samt rådgivning til KVEU
- Interessegrupper om diabetes og luftvejssygdomme
- Arbejdet med emnerne D-vitamin og sårbare områder.
- Sekretariat for Gynækologi i almen praksis – en audit.
- Deltaget i udvalg og arbejdsgrupper i relation til den nationale kvalitetsenhed for almen praksis DAK-E

Derudover har der været fokus på den interne organisering, idet den gruppebaserede efteruddannelse er blevet etableret som en del af KvEAP, men med egen bestyrelse.

6.3. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan

Arbejdet med kvalitetsudvikling i almen praksis er påvirket af at der endnu ikke er indgået overenskomst mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation. Indtil det sker arbejdes videre under den gældende overenskomst. Det har desværre en opsættende virkning på udbredelse og implementering af datafangst til andre områder end diabetes.

Der er foretaget en administrativ ændring af den regionale organisering af praksisområdet, således at alle konsulentordningerne, der retter sig mod almen praksis, er samlet under Koncern Praksis. Det har været et ønske fra konsulentordningerne, at der blev etableret en entydig indgang til administrationen. Det forventes, at ændringen vil medføre forbedrede muligheder for sammenhæng og samarbejde.

I løbet af 2010 skal sundhedspersoner i praksissektoren og kommunerne begynde at indrapportere utilsigtede hændelser.

Analyse og opfølgning på rapporteringerne og den efterfølgende videndeling og læring vil være et vigtigt indsatsområde i den kommende periode. Der er igangsat et forberedende arbejde, og det forventes, at indsatsen vil være et vigtigt bidrag til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i praksissektoren.

7 Medicin

Medicinområdet har stor betydning for økonomi såvel som for kvalitet og patientsikkerhed. Medicinområdet varetages af den regionale lægemiddelkomité, lægemiddelkomiteer på virksomhederne samt medicinfunktionen.

7.1. Regional Lægemiddelkomité

Den regionale lægemiddelkomité har fokus på medicinforbruget i hospitalssektoren og tværsektorielle problemstillinger. Der er etableret lokale lægemiddelkomiteer på hospitalerne og i psykiatrivirksomheden.

Hovedindsatserne har i 2009 været:

- Fastlægge regionale medicinrekommendationer og udgivet en bog herom til alle læger
- Følger og analyserer lægemiddelforbruget løbende, herunder i relation til forbrugsmønstre og prisudvikling i resten af landet
- Møder med diverse SFR for at sikre ensartet tilgang til brug af dyr og specialespecifik medicin
- Initiativer der har til formål at fremme brugen af rekommanderede lægemidler og dermed nedsætte udgifterne til lægemidler
- Samordning til regionens elektroniske medicineringssystem
- Særlige indsatser for at fremme brug af rekommanderede biologiske lægemidler og monitorere forbruget, idet væksten og pris på dette område er høj
- Møder med og uddannelse af virksomhedernes lokale lægemiddelkomiteer for at fremme fælles fokus og indsats hvor relevant
- Udfærdigelse af udkast til en vejledning mhp. at regulere samarbejdet med sponsorer og lægemiddelleverandører
- Færdiggjort omfattende regionale vejledninger for håndtering af medicin og undervisning heri
- I en række underudvalg ses på specifikke indsatsområder.

Der henvises desuden til årsrapporten fra komitéen.

7.2. Medicinfunktionen

Medicinfunktionen har til formål at fremme rationel medicinanvendelse i praksissektoren og kvaliteten i det samlede medicineringsforløb.

Medicinfunktionen er repræsenteret i den regionale lægemiddelkomité.

Medicinkonsulenterne har i 2009 aflagt 447 praksisbesøg, hvor der på baggrund af ordinationsdata fra den enkelte praksis er fokuseret på rationel

medicinanvendelse i forhold til en række temaer med kvalitetsmæssige aspekter. Evalueringerne af praksisbesøgene fra de besøgte læger er særdeles positive. Således vurderede 94 % af lægerne besøget som ”Godt” eller ”Meget godt”.

Medicinfunktionen har afholdt temamøder for regionens praktiserende læger om rationel behandling af forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol og smerter samt udgivet 3 nyhedsbreve med aktuelle emner om rationel medicinanvendelse.

Medicinfunktionens Basisliste over rekommanderede lægemidler til brug i almen praksis udgives fortsat i en trykt og i en on-line udgave på adressen www.basislisten.dk/hovedstaden. Med web-løsningen sikres, at rekommandationerne altid er opdaterede i forhold til den nyeste evidens for rationel behandling og de aktuelle medicinpriser. Der er med udgangen af 2009 etableret direkte adgang via et tastetryk fra alle de elektroniske lægesystemer, der anvendes i almen praksis.

Til brug for patienter og pårørende, er der dels oprettet en liste svarende til Basislisten på www.medicinlisten.dk og dels en side med links til en lang række relevante oplysninger om medicin, fx pillepas, medicintilskud, interaktioner, medicinpriser, naturlægemidler, drop vanedannende medicin. Linksamlingen findes på <http://www.regionh.dk/medicin>.

Lægemiddelområdet er i konstant udvikling på grund af prisudvikling, fremkomst af nye præparater og nye behandlingsvejledninger. Der arbejdes løbende med at skabe størst mulig overensstemmelse mellem de lægemidler, der rekommanderes på hospitalerne og i praksissektoren. Primo 2010 er der overensstemmelse mellem rekommandationerne i de to sektorer for 33 af de 35 mest solgte lægemidler på recept i primærsektor i Region Hovedstaden. Af de 58 lægemidler, der er på Basislisten 2010, genfindes de 47 (81 %) i rekommandationsbogen for hospitalerne.

Medicinfunktionen arbejder stadig for at mindske forbruget af vanedannende nerve- og sovemedicin. Informationsmaterialet til lægerne er blevet opdateret i juni 2009 og de praktiserende læger tilbydes fortsat gratis besøg af en medicinkonsulent for at få inspiration til og vejledning i, hvordan de kan motivere deres patienter til at ophøre med at bruge vanedannende medicin. Primo februar 2010 har i alt 14 grupper af praktiserende læger modtaget besøg siden ordningens start i 2007. Hos de grupper af læger i Halsnæs, Hillerød, Fredensborg og indre by i København, der allerede i 2007 modtog besøg, er forbruget af vanedannende medicin frem til sommeren 2009 i gennemsnit faldet 41% sammenlignet med et gennemsnitligt fald for hele Region Hovedstaden i samme periode på 27%.

7.3. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan

Udvikling på medicinområdet kræver et fortsat fokus på at sikre rationel medicinanvendelse i begge sektorer.

Et indsatsområde vil være anvendelse af farmaceuter i akutmodtagelserne på hospitalerne. Herved kan der foretages en medicingennemgang hos relevante patienter, som sikrer kvalitet og forebygger lægemiddelrelaterede problemer.

Medicinfunktionen er omfattet af den administrative omstrukturering af konsulentordningerne på praksisområdet. Tilbuddet om praksisbesøg til de alment praktiserende læger forsættes, og det samme gør indsatsen overfor forbruget af vanedannende nerve- og sovemedicin.

8 Patientforløb

Regionens arbejde med patientforløb har i 2009 været koncentreret om arbejdet med forløbsprogrammer for kronisk sygdom. I et samarbejde mellem regionen, kommunerne og almen praksis er der i 2009 færdiggjort to forløbsprogrammer for henholdsvis KOL og type 2 diabetes. Programmerne er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget og overdraget til de lokale samordningsudvalg til lokal implementering.

Regionen har i december 2009 modtaget tilsagn fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om økonomisk tilskud i perioden 2010 – 2012 til et samlet Kronikerprogram fra statens puljemidler vedr. kronisk sygdom. Der er tilsagn om 85,5 mio. kr. fra puljen vedrørende udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer og om 35,2 mio. kr. fra puljen vedrørende patientundervisning og programmer for egenbehandling.

Det samlede Kronikerprogram omfatter 18 delprojekter og skal implementeres i et samarbejde mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og regionsadministration.

I Kronikerprogrammet er vægten lagt dels på aktiviteter, som konkret understøtter implementeringen af de foreliggende forløbsprogrammer, dels på fremadrettet at kvalificere organisationens evne til at samarbejde på tværs af sektorer om de kronisk syge.

I overensstemmelse hermed indeholder regionens ansøgning følgende elementer formuleret i de 18 delprojekter:

- Lokale projekter, som udvikler og udbygger det lokale samarbejde mellem sektorerne om indsatsen i relation til kronisk syge med udgangspunkt i forløbsprogrammerne, samt styrker de enkelte sektorer i fagligt at indgå i forløbsprogrammerne.
- Tværgående regionsdækkende projekter, som understøtter de udførende enheders indsats i de konkrete patientforløb
- Kompetenceudvikling. Med udgangspunkt i de faglige kompetencer, som er nødvendige for at kunne leve op til forløbsprogrammernes sundhedsfaglige indsatser, vil regionen udbyde tværsektorielle kurser i alle lokalområder, som medarbejdere i hospitaler, kommuner og almen praksis kan deltage i. Udover det sundhedsfaglige indhold vil kurserne også indeholde elementer, som understøtter det tværsektorielle

samarbejde om patienterne. Desuden vil der blive udbudt kompetenceudvikling til personalet i almen praksis.

- Facilitatorordning i relation til almen praksis.
- IT. Der er lagt særlig vægt på en indsats, som styrker implementering af elektronisk kommunikation mellem sektorerne. Desuden vil der blive foretaget en analyse af, hvilke arbejdsprocesser i det tværsektorielle og sammenhængende patientforløb, herunder patientuddannelse og egenbehandling, som skal it-understøttes, med henblik på at implementere en samlet model for it-understøttelsen.
- Egenbehandling, herunder telemedicin. Analyse af eksisterende indsatser vedr. telemedicin vedr. KOL, sårbehandling samt AK behandling (behandling med blodfortyndende medicin) med henblik på udbredelse af løsninger på disse områder, herunder patienternes egenstyring. Desuden igangsættes en analyse af mulighederne for at udvikle web-baserede patientuddannelsesværktøjer til at understøtte patienternes egenomsorgskapacitet.
- Patientuddannelse. Udvikle og harmonisere det sundhedsfaglige og pædagogiske indhold af de sygdomsspecifikke patientuddannelser, der knytter sig til forløbsprogrammerne for KOL, diabetes type 2, hjerte-kar sygdomme og muskel- skeletlidelser. Implementere patientuddannelserne i hospitaler og kommuner i regionen. Udbrede redskab til at understøtte almen praksis anvendelse af forebyggelsessamtaler.

8.1. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan

Implementering af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom kræver en målrettet indsats for at udvikle og forankre samarbejdsstrukturer mellem hospital, kommuner og almen praksis både på ledelsesniveau og på klinisk niveau

Da deltagelsen i forløbsprogrammerne er frivilligt for kommunerne vil det blive en særlig lokal udfordring få så mange af kommunerne som muligt til at indgå i samarbejdet.

Desuden er der et betydeligt udviklingsarbejde forbundet med de fælles tværgående projekter, som skal udvikles til at understøtte den lokale implementering af forløbsprogrammerne. En aktiv central koordination og opfølgning på den samlede implementering i regionen er vigtig for indsatsen.

9 Kvalitetsudvikling på det sociale område

9.1. Organisering af kvalitetsarbejdet

Kvalitetsforum på det sociale område rådgiver direktionerne for henholdsvis Region Hovedstadens Psykiatri og Region Hovedstaden, Handicap om kvalitetsarbejdet, og udfører og koordinerer kvalitetsinitiativer.

Kvalitetsforum består af repræsentanter fra de sociale tilbud og administrationerne i Region Hovedstadens Psykiatri og Region Hovedstaden, Handicap. Repræsentanter for brugerorganisationerne er inviteret til at deltage i møderne.

I hver af de tilsammen 26 driftsenheder på det sociale område er etableret lokale kvalitetsgrupper, som har til opgave at bistå forstanderen med at implementere og evaluere initiativer til kvalitetsforbedringer.

9.2. Det tværregionale kvalitetsarbejde i regi af Danske Regioner

Region Hovedstaden deltager fortsat aktivt i Danske Regioners udvikling af den danske kvalitetsmodel på det sociale område. De 6 standarder med temaerne ledelse, arbejdsmiljø, kompetenceudvikling, brugerinddragelse, pædagogiske planer og kommunikation blev godkendt i foråret 2009. Regionen indgår nu i arbejdet med at udfolde modellens forskellige trin til vurdering af opfyldelsen af standarderne.

Der påbegyndtes i sommeren 2009 en regional proces til udarbejdelse af vejledninger og implementering af disse, som beskrevet under 9.3.

Region Hovedstaden har i 2009 været tovholder på 2 delprojekter i regi af Danske Regioner, dels afprøvning af International Klassifikation af Funktionsevne (ICF), dels utilsigtede hændelser (UTH) i forhold til medicinhandling, magtanvendelse og grænseoverskridende adfærd.

I ICF-projektet har 23 regionale, sociale tilbud fordelt på 4 regioner arbejdet med at afprøve ICF til vurdering af borgerens funktionsevne i den individuelle plan. Evalueringen af projektet er delvist foretaget af den eksterne evaluator Enhed for Brugerundersøgelser og viser bemærkelsesværdigt positive resultater. Evalueringen viser blandt andet, at brugen af ICF på tilbuddene har givet et bedre grundlag for udarbejdelse og opfølgning af planerne for borgerne og at dette igen har ført til bedre samarbejde med eksterne samarbejdspartner – som oftest handlekommunen som bevilger ydelsen til borgeren.

I UTH-projektet har i alt 10 regionale, sociale tilbud fordelt på 4 regioner arbejdet med at få fokus på utilsigtede hændelser med det formål at minimere antallet/omfanget af fejlmedicineringer, magtanvendelser og vold mellem beboere og mod medarbejdere. Alle de deltagende tilbud har tilkendegivet, at de fortsat vil bruge redskaberne og erfaringerne fra projektet efter projektperiodens udløb, da de har været med til at kvalificere det daglige arbejde på en enkel måde og med et forholdsvis lille ressourceforbrug. Som en udløber af projektet Region Hovedstaden – Handicap udarbejdet standard og vejledning for forebyggelse af overgreb som beskrevet under 8.3

9.3. Det regionale kvalitetsarbejde på det sociale område

I sommeren 2009 blev nedsat en arbejdsgruppe under Kvalitetsforum, med det formål at udarbejde regionale vejledninger i forhold til Kvalitetsmodellens standarder. Vejledningerne godkendtes endeligt i januar 2010, og implementeres på de sociale tilbud i løbet af foråret 2010.

Der er planlagt regionale implementeringsaktiviteter ved virksomhedernes konsulenter, i form af tilbud om assistance til udarbejdelse af lokale tilføjelser mm. på tilbuddene i marts 2010. I vinteren 09/10 blev de tidligere nøglepersonskurser suppleret af korte kursusgange forestået af Center for Kvalitetsudvikling, omhandlende lokal implementering og selvevaluering.

Selvevalueringen i forhold til Kvalitetsmodellen vil finde sted på de sociale tilbud i foråret 2010, hvorefter nødvendige tiltag planlægges på baggrund af resultaterne herfra.

I 2010 vil Region Hovedstaden – Handicap være tovholder på projektet *Sæt viden i bevægelse* som er et satspuljeprojekt under Sundhedsstyrelsen. I projektet deltager 4 hospitalers børneafdelinger, 3 regionale tilbud, 4 kommunale tilbud og Center for Hjerneskade, Københavns Universitet. Formålet med projektet er at kvalificere træningsindsatsen til børn og unge, herunder at styrke information og samarbejde på tværs af fag og sektorer, kvalificere de konventionelle indsats typer og skabe muligheder for at inddrage forældre i (re-) rehabiliteringsprocessen. Disse mål søges opnået ved anvendelse og afprøvning af International Klassifikation af Funktionsevne til Børn og Unge (ICF-CY).

Som en udløber af UTH-projektet er der i Region Hovedstaden – Handicap udarbejdet standard og vejledning for forebyggelse af overgreb og kvalitetsudviklingen vil gennemføres på tilbuddene Handicap i løbet af foråret 2010.

I 2009 viste blandt andet tilsynene med tilbuddene under Region Hovedstadens Psykiatri og Region Hovedstaden, Handicap at der i forhold til medicinhåndtering på sociale tilbud fortsat skal gøres en indsats for at de regionale vejledningers principper bliver styrende i det daglige. For Psykiatriens vedkommende har konsulenter med særlig viden om medicinhåndtering rådgivet de berørte tilbud i løbet af året. 2. selvevaluering på medicinområdet bliver i psykiatrien gennemført i januar 2010. Når resultater for såvel Handicap og Psykiatri foreligger, besluttet de nødvendige kvalitetsforbedrende initiativer. Medicinvejledningerne revideres herefter.

9.4. Vurdering af indsatsområdet og fremadrettet plan

Standarder og vejledninger om medicinhåndtering er implementeret på de sociale tilbud. Tilsyn og selvevalueringer viser generelt at det har hævet bevidstheden om hvordan medicin skal håndteres på de sociale tilbud.

De sociale tilbud i Psykiatri og Handicap er i gang med at indarbejde vejledningerne ift. de 6 standarder i Den Danske Kvalitetsmodel på det sociale område. Status på indarbejdelsen af vejledningerne på det enkelte tilbud vil blive belyst ved den planlagte selvevaluering i maj 2010 og ekstern evaluering i november 2010.

Handicap har planmæssigt afsluttet de to delprojekter i regi af Danske Regioner om henholdsvis ICF og utilsigtede hændelser.

Handicap er i gang med at indarbejde standarden om forebyggelse af overgreb som er en udløber af projektet om utilsigtede hændelser. Det overvejes om man for tilbuddene i Region Hovedstaden – Handicap skal indarbejde standarden om minimering af magtanvendelser.

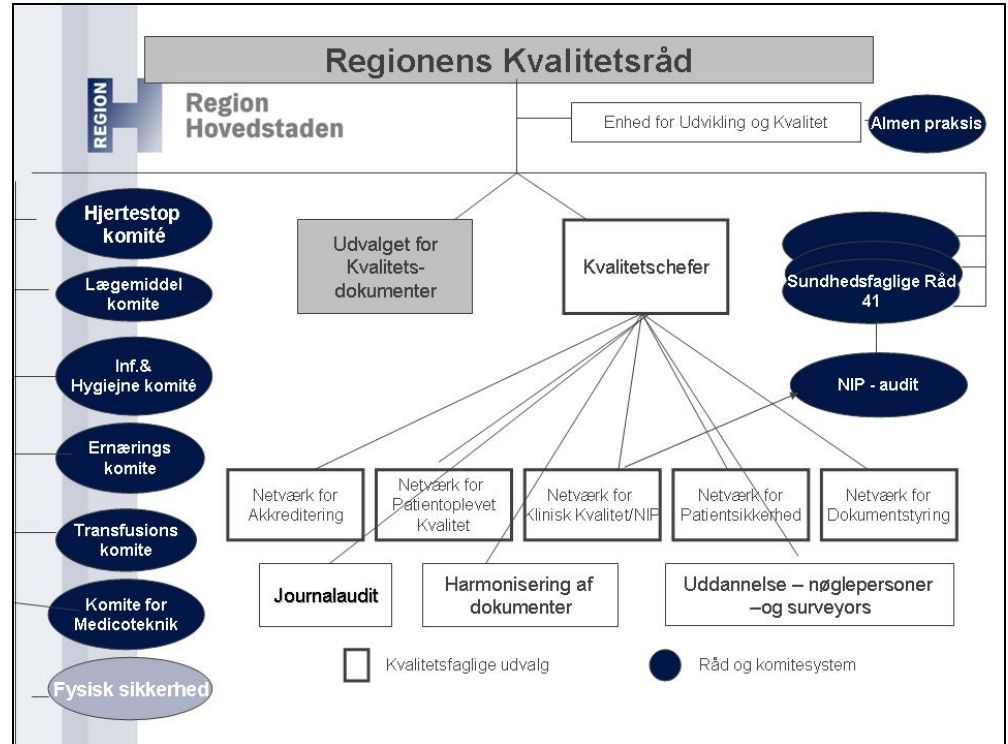
Handicap er i 2010-2011 tovholder på projektet Sæt viden i bevægelse. Der er tale om et satspuljeprosjekt bevilget af Sundhedsstyrelsen.

Psykiatri valgte i 2009 at lade de sociale tilbud være repræsenteret i psykiatriens Ernæringskomité, hvor arbejdet med udvikling og implementering af vejledninger vedr. KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion) finder sted. Vejledninger udarbejdet i regi af komiteen implementeres på de sociale tilbud, hvor det er relevant.

I både psykiatri og Handicap har man fokus på at synliggøre den højt specialiserede indsats, som finder sted på tilbuddene for at undgå kommunale overtagelser. I Region Hovedstaden Handicap har man fokus på at de kvalitetsprojekter, som sættes i gang, skal give forholdsvis hurtige resultater lokalt på tilbuddene. I Region Hovedstaden Psykiatri arbejder man blandt andet med at indarbejde de meget omfattende standarder og vejledninger fra hospitalsvæsenet. Det er et arbejde med en længere tidshorisont.

Bilag 1

Organisationsdiagram for kvalitetsorganisationen



Bilag 2

RESULTATER AF JOURNALAUDIT - AKKUMULERET

I dette bilag vises oversigt over spørgsmål og resultater af de tre gennemførte fælles regionale journalaudit på indlagte journaler fra efteråret 2008 til december 2009.

Farvekoder:

Resultater i regnearket og i dette notat er farvede iht. følgende skalering

Ingen farve/hvid:	86- 100 % opfyldelse (=ja)
Gul:	60 – 85 % opfyldelse (= ja)
Rød:	0 – 59 % opfyldelse (= ja)

Temaer i spørgsmål

De knapt 40 spørgsmål er kategoriseret iht. følgende 8 temaer:

1. Ved indlæggelsen
2. Indledende vurdering og plan
3. Smertevurdering og – behandling
4. Information, samtykke og brug af tvang
5. Medicinering og medicinafstemning ved indlæggelse og udskrivning
6. Ernæring
7. Kirurgi, anæstesi og sedation
8. Overflytning/udskrivning/epikrise.

<u>Ved indlæggelsen</u>	Regionalt resultat	Fra - til spredning
Spørgsmål	1: Nov.08 2: Maj 09 3: Nov.09	Nov.08 Maj 09 Nov.09
CAVE oplysninger fremgår af CAVE felt i journalen	63 % 59 % 65 %	24-84 % 0-95 % 0-97 %
Navnet på en/flere kontaktperson dok. i journalen	74 % 79 % 86 %	41-89 % 56-94 % 57-90 %

<u>Indledende vurdering og plan</u>	Regionalt resultat	Fra - til spredning
Spørgsmål	1: Nov.08 2: Maj 09	Nov.08 Maj 09

	3: Nov.09	Nov.09
Lægelig vurdering dok. indenfor 24 timer	99 % 98 % 99	95 – 100 % 96-100 % 96-100 %
Spl. Vurdering dok. indenfor 24 timer	82 % 83 % 87 %	50 – 99 % 59-97 % 51-96 %
Behandlingsplan indenfor 24 timer	98 % 98 % 98	92- 100 % 93-100 % 94-100
Plejeplan indenfor 24 timer	72 % 70 % 76 %	38 – 90 % 0-91 % 19-91 %
Er fysisk funktionsniveau dokumenteret indenfor 24 timer	83 % 79 % 83 %	50 – 92 % 60-97 % 73-98 %
Risiko for fald ved funktionsdeficit vurderet	50 % 59 % 61 %	13 – 72 % 17-79 % 29-87 %
Er tobaksforbrug oplyst i vurderingen	75 % 75 % 80 %	54 – 90 % 53-95 % 67-95 %
Er alkoholforbrug oplyst i vurderingen	76 % 76 % 79 %	69 – 91 % 46- 93 % 73-95 %
1) Hvis patienten har et sundhedsskadeligt alkoholforbrug, er patienten oplyst om relaterede sundhedsrisici 2)Hvis patienten har et sundhedsskadeligt tobaksforbrug, er patienten oplyst om relaterede sundhedsrisici	Ikke vurderet 08 27 % 32 % Ikke vurderet 08 20 % 21 %	0-50 % 0-26 %
Hvis pt. er vurderet selvmordstruet- er der foretaget en risikovurdering?	80 % 75 % 68 %	0 – 100 % 0-100 % 0-100 %
Vurderet for MRSA risiko ved indlæggelsen?	15 % 15 % 20 %	0 – 67 % 0-67 % 0-61 %

<u>Smertevurdering og – behandling</u>	Regionalt resultat	Fra - til spredning
Spørgsmål	1: Nov.08 2: Maj 09 3: Nov.09	Nov.08 Maj 09 Nov.09

Indledende smertevurdering indenfor 24 timer	80 % 76 % 79 %	53 – 95 % 56-91 % 69-91 %
Ved smerter - måling af smerteintensitet	42 % 39 % 40 %	0 – 75 % 0-74 % 8-71
Er effekt af første smertelindrende medicin angivet	59 % 57 % 61 %	17 – 73 % 23-80 % 0-61 %
Er smertelindring angivet ved måling af smerteintensitet	20 % 28 % 26 %	0 – 68 % 0-64 % 0-61 %

<u>Information og samtykke, samt tvang</u>	Regionalt resultat	Fra - til spredning
Spørgsmål	1: Nov.08 2: Maj 09 3: Nov.09	Nov.08 Maj 09 Nov.09
Samtykke til behandlingsplan	69 % 71 % 74 %	33-80 % 41-83 %
Ved kirurgi, invasive og ECT procedurer- samtykke til indgrebet	82 % 84 % 85 %	53-100 % 20-100 %
Samtykke til anæstesi	80 % 84 % 84 %	44-90 % 0-97 %
Samtykke til sedation ifm. procedurer	67 % 69 % 64 %	0 – 100 % 0-100 %
Er det dokumenteret, om der er forhold hos patienten, der skal tages hensyn til, når patienten skal vejledes	Ikke vurderet 08 65 % 73 %	40-93 %
Fremgår det, hvad patienten er vejledt og informeret om?	Ikke vurderet 08 74 % 75 %	55-88

<u>Medicinering og medicinafstemning</u>	Regionalt resultat	Fra - til spredning
Spørgsmål	1: Nov.08 2: Maj 09 3: Nov.09	Nov.08 Maj 09 Nov.09
EPM: Overensstemmelse mellem medicinallergier i	61 % 59 %	41- 79 % 0-75 %

papirjournal og EPM	60 %	0-92 %
Ikke EPM: entydig angivelse af dosering for de 3 først ordinerede lægemidler	91 % 93 % 88 %	78- 96 % 76-100 % 66-100 %
Medicinafstemning ved indl.	89 % 89 % 88 %	81 – 99 % 80-96 % 83-98 %
EPM: Er fanebladet medicin ved udskr. udfyldt	23 % 32 % 34 %	9 – 57 % 6-69 % 3-83 %
Overensstemmelse mellem EPM og epikrisens udskrivningsmedicin	26 % 29 % 32 %	15 – 53 % 0-61 % 5-100 %
Ikke EPM Overensstemmelse mellem journalnotats og epikrisens udskriv. medicin	64 % 73 % 68 %	19 – 85 % 0-96 % 0-91 %

<u>Ernæring</u>	Regionalt resultat	Fra - til spredning
Spørgsmål	1: Nov.08 2: Maj 09 3: Nov.09	Nov.08 Maj 09 Nov.09
Ernæringsscreening indenfor 24 timer	53 % 54 % 60 %	11 – 67 % 18-69 % 13-73 %
Ved ernæringsrisiko – udfærdiget en kostplan udfra behov	41 % 48 % 50 %	13 – 67 % 2-69 % 8-70 %
Kostform ordineret	56 % 63 % 68 %	26 – 73 % 46-98 % 53-91 %

<u>Kirurgi, anæstesi og sedation</u>	Regionalt resultat	Fra - til spredning
Spørgsmål	1: Nov.08 2: Maj 09 3: Nov.09	Nov.08 Maj 09 Nov.09
Præoperativ diagnose	98 % 96 % 98 %	78 – 100 % 94-100 % 93-100 %
Indikation for proceduren	98 % 99 % 98 %	94 – 100 % 95-100 % 89-100 %
ASA klas.før anæstesi/kirurgi/sedation/ect	88% 90% 92%	75 - 98% 0-100% 0-100%

Time-out før proceduren	67% 78% 83%	19 - 80% 0-87% 61-100%
-------------------------	-------------------	------------------------------

<u>Overflytning/udskrivning og epikrise</u>	Regionalt resultat	Fra - til spredning
Spørgsmål	1: Nov.08 2: Maj 09 3: Nov.09	Nov.08 Maj 09 Nov.09
Ved genoptræningsbehov- er genoptræningsplan udfærdiget	83 % 78 % 79 %	50 - 97 % 41-100 % 50-89 %
Indeholder epikrise patientens tilstand ved udskrivelsen	73 % 70 % 73 %	50 - 95 % 36-92 % 56-91 %

Resultater af audit af henvisninger og epikriser

Resultater fra den kvalitative audit af henvisninger og epikriser foreligger fra Gentofte, Hillerød, Hvidovre, Glostrup, Bornholm, Frederiksberg, Amager, Frederikssund, Bispebjerg og Herlev Hospital samt fra Psykiatrien. I alt 1310 dokumenter er gennemgået i disse audits.

Af opsummeringen vedrørende henvisninger fremgår det, at

- 77 % af var sendt elektronisk
- 74 % blev bedømt som værende enten meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende
- Oplysning om kontakttelfonnumre til forældre/pårørende ofte mangler ved henvisning af børn og demente
- Komorbiditet (øvrige sygdomme) ofte ikke var nævnt
- Medicinoplysninger manglede i mange (et 0 kan også være en væsentlig information)
- Kopi af journalnotater anvendes som henvisningsnotat

Af opsummeringen vedrørende epikriser fremgår det, at

- 99 % var sendt elektronisk
- 84 % blev bedømt som værende meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende
- Oplysning om anbefaling for evt kontrol var mangelfulde i mange
- Angivelse af hvilken information patienten havde fået ofte ikke var nævnt
- Medicinoplysninger manglede i mange
- Journalnotat på korttidsindlagte benyttes som epikrise

Bilag 3

Resultater af ekstern rengøringsaudit

Resultater - Hospitaler

I alt er 410 lokaler auditeret på Regionens Hospitaler mod 365 i 2008.

Heraf er:

- 97 lokaler godkendt svarende til 23,65 % (29,3 %)
- 313 er afvist svarende til 76,35 % (70.7 %)

Godkendelse af hospitalernes lokaler svinger mellem 3 % og 70 % af lokaler

Operationsstuer: I alt er 33 auditeret, heraf er 5 godkendt svarende til 15.15 % (6 %)

Intensive stuer: I alt er 28 auditeret, heraf er 1 stue godkendt svarende til 3.57 % (7.5 %)

Øvrige lokaler i alt 349: Godkendelsesprocent mellem 17,91 % og 47,54 % (10 % og 52. 4 %)

Det skal bemærkes, at flere hospitaler har fået en langt større samlet godkendelses procent ved denne auditering. Her skal nævnes Gentofte, Frederikssund og Helsingør hospitaler.

Resultater - Psykiatri

Det er første gang, at Region Hovedstadens Psykiatri og de psykiatriske centre indgår i den eksterne auditering, hvorfor denne auditering må betragtes som en pilotafprøvning.

Der er anvendt de samme kriterier som ved auditering af hospitalerne dog således, at der ikke forefindes operation – og intensivstuer.

I alt er auditeret 301 lokaler på i alt 18 centre.

Heraf er:

- 42 lokaler godkendt svarende til 14 %
- 259 lokaler ikke godkendt svarende til 86 %

På fire centre er ingen lokaler godkendt, ellers er spredningen mellem centrene godkendelse af lokaler fra 5 % til 60 %.

Det skal bemærkes, at ingen afsnitskøkkener er godkendt, mens indgangspartierne er godkendt med 57,89 %.

Sammenfatning

I de to hovedrapporter – hospital og psykiatri – anføres, at der er nogle generelle forhold der gør sig gældende for resultaterne for resultaterne. Det skal desuden bemærkes, at der i hver delrapport er foretaget en beskrivelse af i hvilke lokalegrupper og objektgrupper, hvor der findes mange urenheder samt forslag til konkrete fokusområder.

For hospitaler nævnes især følgende:

- Patient nære områder, som leje, sengebord, sengelampe, instrumentskinne bag patient (støv og løst snavs).
- Medico teknisk udstyr/behandlingsudstyr (løst snavs og støv)
- Pletter på og ved dørgreb.
- Polstrede møbler (pletter og løst snavs.)
- Fladesnavs på gulve (sæbefilm/metodefejl)

For psykiatrien nævnes især:

- Støv på lejer.
- Fladesnavs på vægge (kalk/metodefejl).
- Fladesnavs på gulve (sæbefilm/metodefejl).
- Pletter på stole og borde.
- Affald og løst snavs på polstrede møbler.
- Affald og løst snavs på inventar og gulve.
- Pletter på og ved dørgreb.

For begge områder anføres, at der umiddelbart er mange afviste lokaler, men ved gennemgang af auditskemaerne er der mange lokaler, der er tæt på at opfylde det angivne kvalitetsniveau. Her kan afvisningen skyldes en enkelt urenhed i en enkelt objektgruppe. I andre tilfælde kan det være betydeligt mere. Desuden kan der være bygningsmæssige forhold, der forhindrer opnåelse af kvalitetsniveauet, f. eks. nedslidte gulve, nedslidt inventar o.s.v. Desuden er orden og oprydning en vigtig faktor ved udførelse af rengøringen. Disse forhold er kommenteret i delrapporterne for hver enkelt virksomhed.

Det bemærkes fra de eksterne auditorer, at der kan ses en god udvikling i forhold til pilotauditeringen 2008 bl.a. for så vidt angår vedligehold af materiel samt i forhold til det systematiske arbejde på virksomhederne med rengøringsstandarderne.

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 7

Emne: Kvalitetspris 2010

1 bilag

NOTAT

Opgang Blok B
Telefon 48 20 50 00
Direkte 48 20 54 36
Web www.regionh.dk

Journal nr.: 10002850
Ref.:
mikkel.pedersen@regionh.dk

Dato: 26. marts 2010

Kvalitetspris 2010

Der er modtaget 29 indstillede projekter til kvalitetsprisen. Projekterne er meget forskellige i forhold til formål, metode og omfang, og en direkte sammenligning kan være vanskelig. Kriterierne for indstilling til kvalitetsprisen er formuleret bredt, for at tiltrække et varieret ansøgerfelt, og de deltagende projekter er et vidnesbyrd om den store aktivitet i kvalitetsudviklingsarbejdet, der foregår på regionens virksomheder.

Prisen gives for en særlig indsats for at højne kvaliteten på et eller flere af de følgende områder: kliniske ydelser, patientsikkerhed, brugertilfredshed, organisation og sektorsamarbejde.

Det fremgår, at indsatsen skal understøtte kvalitet, sikkerhed og sammenhæng i forløbet. Indsatsen skal være afsluttet og beskrevet i 2009. Der lægges vægt på potentialet for spredning og på at indsatsen er foregået med bred deltagelse af personalegruppen.

En bedømmelseskomité bestående af regionsdirektør Helle Ulrichsen, koncerndirektør Svend Hartling, udviklings- og kvalitetschef Inge Kristensen, centerleder Susie Ruff og Poul Møller, udpeget af Region H MED udvalg har bedømt de indstillede projekter. Komiteen har udpeget fem projekter, som fortjener hædrende omtale, og blandt disse fem projekter peger komiteen på et vinderprojekt.

Projekterne kan opdeles i følgende temaer:

Projekter baseret på it og tekniske løsninger

Region Hovedstaden Psykiatri: Hvor der handles... at flytte fokus fra måling og handling.

Implementering af IPL (Identifikation, Problem, Løsning)

Frederiksberg Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling: Internetbaseret patientdagbog i Ortopædkirurgisk Afdeling på Frederiksberg Hospital

Rigshospitalet, Medikoteknisk afd. 4122: Elektronisk dokumentstyringssystem af lovpålagte konstanskontroller gældende for alt røntgenapparat

Patientsikkerhed

Gentofte Hospital, Medicinsk afd. C: Medicinafstemning

Hvidovre Hospital, Centraloperationsgangen 438: Sikker kirurgi

Hvidovre Hospital, Udviklings- og uddannelsesafdelingen: Sikker Mundtlig Kommunikation

Hvidovre Hospital, Patologiafdelingen: Analyse af dødsfald på Hvidovre Hospital i et lærende perspektiv

Rigshospitalet, Juliane Marie Centret, Neonataalklinikken GN, Afsnit 5021/5023/5024: Patientidentifikation - brug din PDA! Et kvalitetsudviklingsprojekt

Uddannelse og kompetenceudvikling

Frederiksberg Hospital, Elektivt kirurgisk center, Centraloperationsafdelingen: E-infectio®

Udvikling af et elektronisk kompetenceudviklingsværktøj til operationssygeplejersker
Rigshospitalet, Nationalt Videnscenter for Demens, Neurologisk Klinik: Bedre pleje til demente før, under og efter indlæggelse på hospital - tværsektoriel uddannelse af personale i Region Hovedstadens kommuner og hospitaler

Rigshospitalet, Neurointensivt afsnit 2093, Neuroanæstesiologisk klinik, Neuro-centret: Implementering af strukturerede fokusuger - Et tværfagligt kvalitetsudviklingsprojekt

Patientforløb

Frederiksberg Hospital, Medicinsk afdeling: Følge Hjem - Ring Hjem projektet

Hillerød Hospital, Neurologisk afdeling N0671: Implementering af patientforløbet: Tumor cerebri

Hillerød Hospital, Gynækologisk-Obstetrisk afdeling G0121: Sammenhængende forløb for gynækologiske cancerpatienter eller At sikre den røde tråd i behandlingsforløbet for kvinder med underlivskræft

Arbejdstilrettelæggelse og rationelle arbejdsgange

Gentofte Hospital, Klinisk-biokemisk afdeling: Hurtigere blodprøvesvar

Glostrup Hospital, Centralkøkkenet: Fra viden til smag - et køkkenløft

Rigshospitalets Hjertecenter, Hjerteranæstesiologisk Klinik, Gentofte Hjerterkirurgisk Klinik, Gentofte: Optimering af det hjerterkirurgiske anæstesi- og operationsforløb

Rigshospitalet, Centralkøkkenet: Sikker mad til 2000 patienter hver dag i Region Hovedstaden igennem løft af fødevarerikkerheden

Faglige udviklingsprojekter

Bornholms Hospital: Apopleksibehandling på Bornholms Hospital: Fra rutineopgave til topprioritet

Bispebjerg Hospital, Kirurgisk afdeling K: Produktivitetsfremmende omlægning af behandlingen af patienter med kræft i endetarmen

Frederiksberg Hospital, Urologisk afdeling: En tværfaglig undersøgelse af belastningen af patienter og deres pårørende efter en prostataoperation

Gentofte Hospital, Endoskopisk afsnit Z2A-806: NAPS (Nurse Administered Propofol Sedation)

Gentofte Hospital, Kardiologisk Laboratorium, afsnit 413: GHOST (The Gentofte Hospital Anglo-Seal Registry). Umiddelbar og sikker mobilisering af KAG og PCI patienter)

Glostrup Hospital, Neurokirurgisk afdeling: Kraniotomi opvågningsprojekt

Hvidovre Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling, ortopædkirurgisk ambulatorium afsnit 333: Optimering af patienttilfredshed og smertebehandling for patienter opereret i sammedagskirurgisk regi

Rigshospitalets Hjertecenter, Hjertekirurgisk Klinik Gentofte, Afsnit R311: Hjerterpatienters oplevelser af det præoperative forløb - en spørgeskemaundersøgelse 2009
Rigshospitalet, HovedOrtoCentret, Anæstesi- og operationsklinikken: Tørsteprojekt
Rigshospitalet, Finsencentret, Hæmatologisk klinik 3: Ambulant behandling af akut leukæmi - et tværfagligt og patientorienteret perspektiv.

Bedømmelseskomiteens overvejelser:

Komiteen har lagt vægt på, at projekterne adresserer væsentlige problemstillinger, som har relevans ud over den enkelte afdeling. Desuden er der lagt vægt på, at projekterne er tværfagligt baseret og har vist markante resultater i form af reduceret indlæggelsestid, høj patienttilfredshed eller høj gennemslagskraft i forhold til målgruppen. Komiteen peger på følgende fem projekter:

Bispebjerg Hospital, Kirurgisk afdeling K: Produktivitetsfremmende omlægning af behandlingen af patienter med kræft i endetarmen

Gennem en tværfaglig indsats med blandt andet tilbud om præoperative hjemmebesøg er det lykkedes at reducere den mediane indlæggelsestid fra 12 til 6 dage hos en patientgruppe, der gennemgår et omfattende kirurgisk indgreb. Resultatet er opnået samtidig med at der fastholdes en høj patienttilfredshed.

Gentofte Hospital, Medicinsk afd. C: Medicinafstemning

Medicinafstemning har vist sig at være den vanskeligste pakke fra Operation Life kampagnen at implementere. I projektet er det gennem en målrettet indsats af nøglepersoner og et stort ledelsesfokus lykkedes at opnå og fastholde en høj compliance på elementerne i medicinpakken. Et enkelt afsnit opnåede 100 % opfyldelse af alle elementer, som det eneste sted i landet. Projektet har resulteret i nogle anbefalinger, som kan lette implementering andre steder.

Hillerød Hospital, Gynækologisk-Obstetrisk afdeling G0121: Sammenhængende forløb for gynækologiske cancerpatienter eller At sikre den røde tråd i behandlingsforløbet for kvinder med underlivskræft

Projektet er eksempler på håndtering af den vanskelige problemstilling omkring tilrettelæggelse af rationelle patientforløb for cancerpatienter. Projektet har analyseret arbejdsgange, etableret standardiserede forløb og udarbejdet kliniske vejledninger. Der er etableret en funktion som forløbsansvarlig sygeplejerske. I processen er patienternes erfaringer og ønsker blevet anvendt aktivt til at tilrettelægge et optimalt forløb. Der er opnået gode resultater i forhold til kræftpakkernes elementer og høj patienttilfredshed.

Rigshospitalet, Nationalt Videnscenter for Demens, Neurologisk Klinik: Bedre pleje til demente før, under og efter indlæggelse på hospital - tværsektoriel uddannelse af personale i Region Hovedstadens kommuner og hospitaler

I projektet er det lykkedes at etablere fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorer. Fælles skolebænk for personalet i kommuner, hospitaler og praksissektoren er en central del af indsatsen i forhold til patienter med kroniske sygdomme og forbedring af det samlede patientforløb. Projektet har opnået målsætningen om 1000 deltagere i løbet af 2009, og erfaringerne kan danne inspiration for tværsektoriel kompetenceudvikling på andre områder.

Rigshospitalet, Finsencentret, Hæmatologisk klinik 3: Ambulant behandling af akut leukæmi - et tværfagligt og patientorienteret perspektiv.

Projektet har medført en betydelig reduktion af indlæggelsestiden for en patientgruppe, der er ramt af alvorlig sygdom. Patienterne er i deres sygdomsforløb indlagt længe, hvilket har negativ indflydelse på en række områder som fx social kontakt, ernæring og motion. Projektet har betydet øget egenomsorg, øget patienttilfredshed, sparede indlæggelser og positive resultater i forhold til ernærings- og almentilstand.

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 8

Emne: Sundhedsaftale 2011-2014 – midtvejsdrøftelse af retningslinjer for
grundaftale

2 bilag

Sundhedsaftalens generelle del (politisk oplæg)

25.02.2010

Indledning

Sundhedsaftalen skal understøtte, at borgeren oplever sammenhæng og kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsaftalen virker i spændingsfeltet mellem et stadigt mere specialiseret hospitalsvæsen med vægt på hurtige accelererede forløb og mere ambulant behandling, den kommunale del af sundhedsvæsenet, de tilgrænsende dele af det sociale område og almen praksissektoren.

Sundhedsaftalen skal sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering af borgere/patienter, der har behov for en indsats fra både region(hospitaler), kommune og praksissektoren. Derfor skal parternes gensidige forpligtelser og samspil aftales.

Det politiske samarbejde om sundhedsaftalerne er forankret i sundhedskoordinationsudvalget. Sundhedskoordinationsudvalget beslutter grundaftalen for de individuelle sundhedsaftaler og følger implementering og opfølgning af aftalen. Under sundhedskoordinationsudvalget er etableret en administrativ udviklings-, implementerings- og opfølgningsstruktur.

Samarbejdet om 1. generation sundhedsaftaler har udviklet parternes samspil markant. Sundhedsaftale II bygger på de opnåede resultater, som yderligere skal konsolideres og monitoreres samtidig med at der skal igangsættes nye udviklingsopgaver.

Sundhedsaftale II fremhæver det politiske samarbejde mellem kommunalbestyrelser og regionsråd. Det politiske lederskab fra kommuner og region står centralt i den sundhedsmæssige indsats i aftaleperioden. Ligeledes fremhæver sundhedsaftale II inddragelsen af almen praksis i løsningen af de sammenhængende sundhedsopgaver.

Sundhedsaftalen mellem den enkelte kommune og regionen består af grundaftalen og en tillægsaftale for den enkelte kommune, hvor de konkrete forpligtende aftaler mellem kommunen og regionen vedrørende bl.a. implementering af forløbsprogrammer, opfølgende hjemmebesøg for ældre, samarbejde om hygiejne, patientsikkerhed, fælles kompetenceudvikling beskrives.

Mål:

- Årlig politisk drøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget af relevante temaer i Sundhedsaftale 2.
- Politisk drøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget af midtvejsstatus på sundhedsaftalerne i efteråret 2012
- Sundhedskoordinationsudvalget afholder på grundlag af ovennævnte midtvejsstatus en politisk perspektivkonference med deltagelse af regionsråd, kommunalbestyrelser og praksissektor primo 2013.

1. Et sammenhængende sundhedsvæsen

Borgere med sygdom skal tilbydes en sammenhængende sundhedsindsats kendetegnet ved høj faglig kvalitet, patientsikkerhed samt effektiv kommunikation. Særlig opmærksomhed rettes mod borgere med kronisk sygdom, psykisk syge, ældre og/eller sårbare personer og børn.

Sundhedsaftalen understøtter koordineret arbejdsdeling, opgaveløsning og opgaveudvikling i det samlede sundhedsvæsen.

1.1. Styrkelse og udvikling af den tværsektorielle indsats

Udfordringer:

Den ændrede struktur i sundhedsvæsenet med kommuner, hospitaler og praksis som ligeværdige aktører, samt kommunernes stadigt voksende sundhedsopgaver nødvendiggør, at der sættes yderligere fokus på den tværsektorielle indsats i forhold til fælles planlægning af bl.a. kapacitet, opgaveudvikling og kompetenceudvikling således, at borgerne oplever deres møde med sundhedsvæsenet som et hele. Kommunerne, regionen og praksissektoren skal derfor tidligt inddrage hinanden som samarbejdspartner i relation til den planlægning, der har betydning for den tværsektorielle opgaveløsning. Herved opnås, at der allerede i planlægningen inddrages viden og erfaring fra hele sundhedsområdet og, at den efterfølgende implementering er godt forankret hos parterne.

Det borgernære sundhedsvæsen – indsatsen i kommuner og praksissektor – er en forudsætning for at den øgede specialisering kan gennemføres i hospitalsvæsenet. Der er derfor behov for at sikre, at de nødvendige strukturer og kompetencer er tilstede i både kommuner, hospitaler og almen praksis.

I aftaleperioden vil det tværsektorielle samarbejde mellem, hospitaler, kommuner og almen praksis få øget betydning i forhold til kronikerområdet, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade. Der er behov for nærmere at få fastlagt indholdet i og en ramme for dette samarbejde vedrørende rehabilitering.

Mål:

- Samarbejdet sker gennem klare aftaler ud fra mål, opfølgning og incitamenter
- Opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau med fokus på faglig kvalitet og kompetenceudvikling
- Inden for rammerne af de gældende ansvars- og opgaveområder inddrager region, kommuner og almen praksis hinanden som samarbejdspartner tidligt i planforløb, hvor planarbejdet har betydning for den samlede tværsektorielle indsats på sundhedsområdet
- Der udvikles en fælles ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering i forhold til en række indsatsområder, primært målrettet kronikerindsats, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade. Rammen skal ud over sundhedsindsatser indtænke indsatser fra andre relevante områder, herunder socialområdet, beskæftigelse og specialundervisning
- På genoptræningsområdet udarbejdes en samlet kapacitetsplan for hospitaler, kommuner og praksissektoren – herunder genoptræning for de indlagte patienter.

1.2. Konsekvenser af opgaveoverdragelse

Udfordringer:

Sundhedslovens nye opgavedeling og udviklingen i hospitalernes behandlingsformer med pakkeforløb, hurtigere forløb og mere ambulant behandling betyder, at kommunerne i stigende grad overtager opgaver, der tidligere har ligget i hospitalsregi. Sundhedsaftalen skal under hensynstagen til fleksibilitet og faglig udvikling sikre, at overdragelse af opgaver fra hospitaler til kommuner og praksissektor finder sted planlagt, aftalt og styret.

Mål:

- Der vil i aftaleperioden blive udarbejdet en ramme for opgaveoverdragelse baseret på dialog og gensidig forståelse for den faglige udvikling og den nødvendige kompetenceudvikling
- Mindst én gang årligt drøftes kapacitetsudviklingen på hospitalerne, herunder det ambulante område, og udviklingen i den kommunale varetagelse af fælles sundhedsopgaver i Sundhedskoordinationsudvalget, Den administrative Styregruppe vedrørende sundhedsaftaler, og de enkelte samordningsudvalg
- Anvendelsesområdet for samfinansiering mellem regionen og kommunerne, i henhold til Sundhedslovens § 239 om regional medfinansiering af opgaveløsning i primærsektoren skal vurderes i aftaleperioden i sammenhæng med effekten af en forebyggende indsats og sparede udgifter i den sociale sektor.

1.3. Elektronisk kommunikation.

Udfordringer:

Et sammenhængende og borgernært sundhedsvæsen forudsætter hurtig præcis kommunikation mellem de forskellige aktører. Målsætningen i sundhedsaftale I om, at kommunikationen mellem hospital, kommune og almen praksis hurtigst muligt og i videst muligt omfang skal være elektronisk og baseret på fælles standarder opretholdes i sundhedsaftale II.

Den elektroniske kommunikation omfatter alle patientgrupper, men vil især være afgørende for succes med forløbsprogrammer for mennesker med kronisk sygdom og en sammenhængende indsats for ældre medicinske patienter.

Mål:

- Samarbejdet om den elektroniske kommunikation baserer sig på en tydelig og fælles afstemt planlægning og implementering på IT-området
- Ved sundhedsaftaleperiodens udløb i 2014 foregår kommunikationen mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner og praksissektoren helt overvejende elektronisk
- Der gennemføres forsøg med anvendelse af nye teknologiske løsninger, herunder telemedicin.

1.4. Evaluering, forskning og formidling styrkes gennem tværsektoriel indsats m.h.p. udbredelse af ”best practice”.

Udfordringer:

Kommunerne igangsætter i disse år nye initiativer på sundhedsområdet bl.a. som følge af nye opgaver, der overtages fra hospitalerne. Samtidig etableres nye samarbejdsformer mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Der er brug for, at disse initiativer evalueres og formidles, så der skabes basis for videndeling og dermed udvikling af ”best practice”.

Viden om ” best practice” opnås gennem forskning og evaluering. Det er derfor vigtigt, at den fælles virksomhed på sundhedsområdet bliver genstand for sundhedstjenesteforskning og evaluering. Det betyder ikke, at kommunerne skal drive egen selvstændig forskningsvirksomhed. Derimod skal de stille viden, data og ressourcer til rådighed for forsknings og evalueringsprojekter. Den viden der genereres gennem sundhedsprofiler og projekter finansieret af forebyggelsespuljen skal udnyttes bedre.

Mål:

- Der skal i aftaleperioden aftales en ramme for, hvordan Regionen stiller relevant sundhedsfaglige viden til rådighed for kommunerne
- Der skal i aftaleperioden aftales en ramme for en mere målrettet udnyttelse af sundhedsprofiler og viden fra forebyggelsesprojekter
- Der skal i aftaleperioden aftales en ramme for, hvordan samarbejdet mellem region, forskningsinstitutioner og kommuner om sundhedstjenesteforskning m.v. igangsættes. Kommunerne rolle er i første omgang at stille data, cases m.m. til rådighed for forskningsprojekter
- Der skal arbejdes systematisk med formidling og videreudvikling af ”best practice” på forskellige indsatsområder, gerne i samarbejde med øvrige regioner og Sundhedsstyrelsen.

2. Et forpligtende samarbejde

Almen praksis, hospitaler og kommuner indgår i et ligeværdigt og forpligtende samarbejde om den eksisterende og fremtidige sundhedsindsats. Der forudsættes fortsat og videreført en sammenhængende og meningsfuld samarbejdsstruktur. Samarbejdsstrukturen er beskrevet i et senere afsnit.

Udfordringer:

Udfordringen er at sikre klare prioriterede mål, opfølgning og incitamenter, der understøtter dialogen og samarbejdet mellem alle aktørerne. De gensidige forpligtelser på de prioriterede områder, herunder opfølgning på resultaterne af monitorering, skal aftales. Der er behov for en intensiveret inddragelse af de praktiserende læger i sundhedsaftalens implementering.

Mål:

- Der udarbejdes og etableres fælles principper for sikring af kvalitet i indlæggelse og udskrivning med udgangspunkt i hurtig og korrekt udveksling af oplysninger mellem parterne
- Samarbejdet med de praktiserende læger om implementering af sundhedsaftalen skal formaliseres bl.a. gennem udarbejdelse af en årlig plan for de udviklingsopgaver, der forventes løftet i fællesskab. Regionen indgår i en koordinerende funktion i forhold til samordning af lokalaftaler, som den enkelte kommune ønsker at indgå aftale med lægerne i kommunen
- Region og kommuner udvikler i fællesskab kompetenceudviklingsprogrammer rettet mod personale i det samlede sundhedsvæsen
- Kommunernes adgang til regional specialistviden præciseres gennem udarbejdelse af en aftale, der fastlægger rammerne, herunder for medicin- og geriatriske tilsyn samt hygiejne
- Der skal udarbejdes en tværsektoriel kommunikations- og samarbejdsmodel på medicinområdet mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og apoteker
- Der skal etableres en ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektor overgange.

3. Samarbejde om fælles målgrupper

Gennem de nuværende sundhedsaftaler er der etableret et godt samarbejde om forløbsprogrammer for borgere med kroniske sygdomme og om udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter. I Sundhedsaftale 2 fokuseres på implementering af de nye forløbsprogrammer samt konsolidering og evaluering af de allerede igangsatte programmer. Endvidere skal indsatserne over for ældre medicinske patienter videreudvikles og implementeres.

Den kommende sundhedsaftale skabe et øget fokus på psykiatrien, samt en fælles indsat på sygedagpengeområdet. Det fælles fokus på psykiatrien skal styrke en sammenhængende tværsektoriel rehabiliteringsindsats. I forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal der udvikles et samarbejde om hurtig diagnosticering mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Det har særlig betydning i forhold til sygedagpengeområdet.

3.1. Etablering af forløbsprogrammer for kronisk syge

Udfordringer:

Størstedelen af indsatsen for kronisk syge skal løses i et samarbejde mellem kommunerne og almen praksis, og kun en lille del i det specialiserede sundhedsvæsen på hospitalerne. Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats overfor en specifik sygdom. Indsatsen skal være af en høj faglig kvalitet. Samtidig skal programmerne sikre, at der anvendes vidensbaserede anbefalinger og at arbejdsdelingen mellem de forskellige sektorer og faggrupper er klart beskrevet. I forløbsprogrammerne for KOL, diabetes samt hjerte-karsygdomme vil den kommunale indsat være den samme eller i det mindste ligge meget tæt på hinanden, hvorfor en samtidig implementering kan give en vis synergi i den enkelte kommune.

Mål:

- Forløbsprogrammerne vedrørende KOL, diabetes og hjerte-karsygdomme, som alle er udviklet ved aftaleperiodens start skal implementeres senest inden udgangen af aftaleperioden
- Forløbsprogrammet vedrørende demens forventes færdig i 2010, hvorefter implementering af den tværsektorielle indsats skal aftales
- Forløbsprogrammet for muskel-skelet sygdomme forventes færdigudviklet i løbet af 2011 og implementering kan starte i 2012. Plan for den konkrete implementering skal senere aftales.
- Forløbsprogrammerne monitoreres med IT-understøttelse.

I sundhedsaftalen med den enkelte kommune fastlægges, hvordan forløbsprogrammerne konkret implementeres. Fastlæggelsen sker også i lyset af at de særlige kroniker midler udløber i 2012.

3.2. Den ældre medicinske patient.

Udfordringer

En sammenhængende og effektiv indsats i forhold til den ældre medicinske patient forudsætter en yderligere intensivering og koordinering af det tværsektorielle samarbejde, idet den ældre medicinske patient som oftest har behov for sundhedsydelser fra både kommune, almen praksis og hospitalerne. Der er udformet forslag til nye tiltag, herunder følgeordninger. Udfordringen består i at sikre implementering af og samarbejde omkring de nye tiltag.

Mål:

- Der udarbejdes og etableres fælles principper for, hvordan indlæggelser og genindlæggelser forebygges ved tidlig opsporing samt ved etablering af opfølgningsordninger

I sundhedsaftalen med den enkelte kommune fastlægges kommunens deltagelse i følge-op ordninger

3.3. Psykisk syge

Udfordringer.

Der skal arbejdes med videreudvikling og implementering af samarbejdsaftalerne på det psykiatriske område. Der sættes fokus på monitorering af samarbejdsaftalens indhold og udvikling af en sammenhængende rehabiliteringsindsats.

Mål:

- Styrket samarbejde, dialog og kompetenceudvikling mellem de psykiatriske centre og socialpsykiatrien, således at samarbejdsaftalerne bruges i det daglige arbejde
- Der etableres et forpligtende samarbejde mellem region og kommuner om rehabilitering af borgere med psykiatriske lidelser
- Udvikle relevant ledelsesinformation.

3.4. Børn

Udfordringer:

Der er behov for en videreudvikling af det tværsektorielle samarbejde i forhold til børns sundhedstilstand - herunder særligt i relation til nyfødte, indlæggelser/udskrivelser af børn og børn med særlige sundhedsmæssige trivselsproblemer, f.eks. stærk overvægtige børn.

Mål:

- Der skal med udgangspunkt i Region Hovedstadens fødeplan indarbejdes en samarbejdsaftale om koordination i forbindelse med tidlig udskrivelse efter fødsel
- Der skal udvikles og etableres en mere koordineret indsats mellem hospitaler, almen praksis og kommuner i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser af børn – herunder skal der sættes fokus på genoptræningsplaner til børn
- Der skal sættes fokus på den tidlige tværsektorielle indsats i forhold til børn fra misbrugsfamilier og børn med særlige sundhedsrelaterede trivselsproblemer.

3.5. Sygedagpenge

Udfordringer:

Borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer oplever ofte en langvarig og kompliceret udredningsproces inden der stilles en diagnose og indledes en behandling. Det kan betyde forlængelse af sygedagpengeperioder og forsinke tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Udfordringen er her, at få praksissektor, hospitaler og kommuner til at spille effektivt sammen

Mål:

- I forhold borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal der udvikles et styrket samarbejde mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering, så der på kort tid kan stilles en diagnose og igangsættes en konkret behandling.

3.6. Ulighed i sundhed

Udfordring

Sundhedsprofil 2008 viser en markant ulighed i sundhed i hovedstadsregionen. Der er ønske om, at denne ulighed reduceres. En vigtig del i det at tænke forebyggelse af ulighed i sundhed er at sikre, at der skabes lighed i adgangen til og brugen af de sundheds- og serviceydelser, der leveres af såvel region som kommune.

Mål:

- Der igangsættes udviklingsarbejder m.h.p. at afsøge muligheder for at reducere uligheden i sundhed.

4. Beslutningsstruktur og styringsmål

4.1. Beslutningsstruktur.

Samarbejdsstrukturen for sundhedsaftalerne består både af en politisk og en administrativ struktur.

Sundhedskoordinationsudvalget

Sundhedskoordinationsudvalgets hovedoptage er at udarbejde det generelle udkast til de sundhedsaftaler, der indgås mellem regionen og de enkelte kommuner, at følge aftalernes implementering og stille sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne.

Den administrative styregruppe

Den administrative styregruppe er det overordnede administrative strategiske forum for udvikling og implementering af sundhedsaftalen. Styregruppen består af ledelsesrepræsentanter fra kommunerne og regionen. Styregruppen holder jævnligt møder med repræsentanter fra praksissektoren.

Den administrative styregruppe nedsætter de nødvendige tværsektorielle arbejdsgrupper til udvikling af sundhedsaftalen. Arbejdsgrupperne arbejder efter et godkendt kommissorium og skal årligt have godkendt en arbejdsplan. Arbejdsgrupperne refererer til den administrative styregruppe.

Den administrative styregruppe følger implementeringen af sundhedsaftalen og følger op på den i aftalen indeholdte monitorering.

Samordningsudvalg

For at sikre implementering af sundhedsaftalerne i driften og forestå lokale udviklingsprojekter er der etableret en samordningsstruktur mellem hospitalerne/de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis. Samordningsstrukturen skal både kunne håndtere den strategiske udvikling af samarbejdet og det operationelle samarbejde. Strukturen skal bygge på inddragelse af de relevante kompetencer og beslutningstagere.

Samordningsudvalget er et forpligtende samarbejde med ansvar for implementering af sundhedsaftalen og de strategiske indsatser, der besluttet. Deltagerne forpligter sig til i egen organisation at arbejde for realisering af de fælles beslutninger.

4.2. Styringsmål.

Samarbejdet om monitorering af de planlagte indsatser skal udvikles og intensiveres med henblik på at styrke mulighederne for planlægning, styring og opfølgning. Samtidig ønskes et styrket samarbejde om gensidig varsling i forbindelse med større kapacitetsomlægninger.

Nedenstående områder skal monitoreres m.h.p. at kunne følge og sammenligne udviklingen:

- Andelen af forebyggelige indlæggelser/genindlæggelser
- Overholdelse af varslingsreglerne
- Andelen af færdigbehandlede patienter på hospitalerne
- Andelen af specialiseret og almene genoptræningsplaner
- Anvendelsen af elektronisk kommunikation
- Inklusion og fastholdelse af kroniske patienter i kommunalt eller regionalt rehabiliteringstilbud (forløbsprogrammer)
- Det psykiatriske område gennem etablering af relevant ledelsesinformation
- Anvendelsen af samarbejdsaftalerne på det psykiatriske område

Det forslås at følgende kapacitetsomlægninger skal varsles i samordningsudvalgene og til de enkelte kommuner:

- Omlægninger med konsekvenser for genoptræningsområdet
- Væsentlige omlægninger fra stationær til ambulant behandling
- Væsentlige ændringer i indlæggelsesmønstre
- Væsentlige ændringer på det psykiatriske område

5. Sundhedsaftalens operative del.

I sundhedsaftalens operative del beskrives de enkelte indsatsområder med udgangspunkt i driftsmæssigt samarbejde, monitorering af dette samarbejde og konkretisering af udviklingsopgaver.

Der vedlægges en kort beskrivelse af de enkelte indsatsområder og de hertil hørende fokusområder i sundhedsaftale 2011-2014.

Status for samarbejdet med indsatsområderne i Sundhedsaftalen 2011 – 2014

Generel indledning.

Regionen og kommunerne skal indgå nye sundhedsaftaler med virkning fra 2011. Sundhedsaftalen skal understøtte, at borgeren oplever sammenhæng og kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsaftalen skal sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering af borgere/patienter, der har behov for indsats fra både hospitaler, kommune og praksissektor.

De konkrete sundhedsaftaler udformes ud fra den grundaftale som Sundhedskoordinationsudvalget fastlægger ud fra kravene indeholdt i bekendtgørelsen om sundhedsaftaler

Sundhedsaftale 2011-2014 skal behandle følgende obligatoriske emner:

1. Indlæggelses- og udskrivningsforløb.
2. Træningsområdet
3. Behandlingsredskaber og hjælpemidler
4. Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser
6. Opfølgning på utilsigtede hændelser.

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte den 14. september 2009 en tids- og aktivitetsplan for udarbejdelse af sundhedsaftalen for 2011-2014.

Sundhedsaftalen skal bygge mest mulig på en forløbsstankegang og rumme følgende hovedafsnit

- de obligatoriske indsatsområder
- de forløbsunderstøttende indsatser og
- en række særlige indsatsområder

I de følgende beskrives kortfattet det administrative hovedsigte med indholdet i de enkelte indsatsområder. Det endelige forslag til grundaftale vil beskrive de konkrete driftsmæssige tiltag og deres monitorering samt forslag til udviklingsindsatser på de forskellige områder.

De obligatoriske indsatsområder ud fra en forløbsstankegang.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Formålet med indsatsområdet vedrørende Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, er at sikre, at borgere og patienter med behov tilbydes en sammenhængende, systematisk og koordineret forebyggelsesindsats med høj kvalitet.

.

Der har med den første sundhedsaftale været igangsat et stort udviklingsarbejde med at skabe forbedringer i indsatsen for kronisk syge. Der er udviklet forløbsprogrammer for KOL og type 2 diabetes, som er under implementering. Forløbsprogram for hjerte-karsygdomme er færdigudarbejdet og vil efter godkendelse skulle implementeres. Forløbsprogram for muskel-skelet lidelser forventes

at være udviklet i løbet af første halvdel af 2011. I Region Hovedstaden anses demens for en kronisk sygdom, og der er udviklet et forløbsprogram på området, som er på vej til implementering. Med tilskud fra puljemidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er der i 2010-2012 igangsat et implementeringsarbejde i kommuner, almen praksis og hospitaler.

Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- At implementere og evaluere forløbsprogrammer
- At anvende Sundhedsprofilen 2010 målrettet
- At videreudvikle Sundheds- og Forebyggelsesportalen

Indlæggelse og udskrivning

De overordnede formål er at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbet umiddelbart op til en hospitalsindlæggelse samt i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb.

Aftalen omfatter alle borgere, som har behov for en indsats fra aktører i region, kommune og praksissektor. De største grupper findes blandt ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme.

Der vil være særlige retningslinjer for terminale patienter og for den palliative indsats.

Aftalen omfatter både patienter, som modtager behandling på offentligt hospital, og patienter der har modtaget offentligt finansieret behandling på privatklinik/-sygehus.

Aftaler indgået i sundhedsaftale 2008 - 2010 for henholdsvis indsatsområdet vedrørende indlæggelser og indsatsområdet vedrørende udskrivinger danner udgangspunkt for aftalerne under det samlede indsatsområde indlæggelser og udskrivinger i Sundhedsaftale 2011 - 2014. I Sundhedsaftale 2011 - 2014 ønskes disse aftaler videreført, udviklet og monitoreringen styrket.

Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Forebyggelige indlæggelser
- Sammenhængende patientforløb – herunder varslingsaftaler
- Håndtering af indlæggelser under 24 timer
- Håndtering af vanskelige varslingsforløb

Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Det overordnede formål med sundhedsaftalen på indsatsområdet hjælpemidler er at sikre, at alle borgere, der har behov for et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel enten varigt eller midlertidigt, får tilbudt dette uden unødigt ventetid og med den fornødne instruktion og tilpasning. Aftalen omfatter både børn og voksne.

Aftaler indgået i sundhedsaftale 2008 - 2010 vedrørende hjælpemiddelområdet danner udgangspunkt for aftalerne vedrørende behandlingsredskaber og hjælpemidler i Sundhedsaftale 2011 - 2014. I Sundhedsaftale 2011 - 2014 ønskes disse aftaler videreført, udviklet og monitoreringen styrket.

Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Arbejdsdeling beskrevet i case-kataloget
- Kommunikation over sektorgrænserne
- Høreapparatområdet

Træning

For patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter hospitalsindlæggelse, skal der sikres effektive og sammenhængende genoptræningsforløb af høj kvalitet uden unødigt ventetid.

Aftalerne indgået i sundhedsaftale 2008-2010 under indsatsområdet træning videreføres i Sundhedsaftale 2011-2014. Aftalerne videreudvikles og monitoreringen styrkes. Monitoreringen finder sted på baggrund af indikatorer for udvikling og implementering af kliniske retningslinjer samt tværsektorielle forløbsbeskrivelser.

Et nyt mål under sundhedsaftalens indsatsområde vedr. træning er at påbegynde udvikling af en fælles ramme for tværsektoriel rehabilitering i forhold til en række målgrupper – kronikere, kræft, psykiatri og erhvervet hjerneskade. En sådan ramme vil spænde bredt over områderne sundhed, social, specialundervisning og beskæftigelse. Almen praksis skal ligeledes inddrages i denne udvikling.

Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Udvikling af en ramme for tværsektoriel rehabilitering
- Omfanget af fordelingen almene - specialiserede genoptræningsplaner
- Snitfladekatalogerne på børneområdet og voksenområdet, samt Samarbejdsmodel på børneområdet
- Erhvervet hjerneskade
- Den elektroniske genoptræningsplan
- Kvalitetsudvikling og forskning
- Tværsektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser
- Ventetidsoplysninger
- Samarbejde og dialog om genoptræning i forhold til privathospitaler

Indsatsen over for mennesker med sindslidelser

Grundlaget for sundhedsaftalen i forhold til mennesker med sindslidelse er et ønske om, at patienterne har en oplevelse af sammenhæng og helhed i indsatsen. Det forudsætter blandt andet, at kommuner, Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis, arbejder tæt sammen i det enkelte patientforløb og har kendskab til hinandens kerneområder, herunder inddrager og udnytter de eksisterende kompetencer optimalt.

Der arbejdes i alle sektorer efter at patienter skal have det mindst indgribende, men effektive tilbud om behandling. Der er således fokus på, at behandling af patienter med psykisk sygdom skal behandles hos egen læge, når det kan lade sig gøre – eller ambulant – samt bevare egen bolig og tilknytning til nærmiljøet.

Kommunerne og Region Hovedstadens Psykiatri har i forbindelse med de første sundhedsaftaler indgået bilaterale konkrete samarbejdsaftaler mellem samtlige kommuner og de psykiatriske centre på både voksenområdet og børne- og ungeområdet som grundlag for det daglige samarbejde.

Samarbejdsaftalerne er forløbsbaserede og udmønter de krav til samarbejde myndighederne imellem, der blev stillet i bekendtgørelse og vejledning til de første sundhedsaftaler.

Samarbejdsaftalerne indeholder aftaler om:

- Ansvars- og arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til mennesker med sindslidelse på både voksenområdet og børne- og ungeområdet samt for patienter med dobbeltdiagnoser og andre særlige problemstillinger
- Koordinering og opfølgning af den sundhedsfaglige indsats og den socialfaglige indsats, herunder fastlæggelse af, hvem der er ansvarlig for at tage initiativ
- Indlæggelse og udskrivning, herunder formidling af relevant information mellem parterne samt at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten
- Ved udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov og der varsles i forbindelse med udskrivning for at sikre, at der er taget stilling til eventuelle støttebehov ved udskrivningen
- Særligt fokus på børn i familier med sindslidende

Sundhedsaftale 2011-2014 har fokus på:

- Konsolidering af anvendelsen af samarbejdsaftalerne
- Tidlig opsporing og behandling af psykisk syge
- Rehabilitering af mennesker med sindslidelser
- Medicinering
- Indsats over for særlig udsatte patienter
- Beskæftigelsesindsatsen
- Fælles videndeling og kompetenceudvikling
- Fysisk sundhed for psykisk syge
- Elektronisk kommunikation

Forløbsunderstøttende indsatser

Planlægning, styring og opfølgning

Planlægning og styring af sammenhæng og koordinering mellem de tre aftalepartnere skal sikre en hensigtsmæssig fordeling af opgaverne. Hensigten er, at der er en bevidst og tydelig opgavefordeling og at overdragelse af opgaver, der medfører forandringer i sektorovergangene, sker planlagt. I den forbindelse er monitorering og opfølgning et centralt omdrejningspunkt.

Monitorering

Aftaleperioden 2011-2014 har fokus på implementering, konsolidering og videreførelse af allerede udviklede tiltag og produkter. Monitoreringen bliver således central for opfølgning og overvågning af fremdriften. Der skal i aftaleperioden være særlig opmærksomhed på monitorering på det psykiatriske område.

Sammenhæng og koordinering af indsatsen de tre aftalepartnere imellem struktureres i tre niveauer:

1. Planlægning og styring af kapaciteten på regionalt niveau (Den administrative styregruppe)
 - a. Planlægning og styring, der får indflydelse på opgavefordeling mellem aftaleparterne
 - b. Organisatoriske ændringer
2. Planlægning og styring af kapaciteten på lokalt niveau (samordningsudvalg)
 - a. Aftaler vedrørende indlæggelse og udskrivning.
 - b. Drøftelse mellem hospital, kommuner og praksissektor vedrørende lokale organisatoriske og kapacitetsmæssige ændringer i de enkelte sektorer
 - c. Drøftelse af organisatoriske ændringer, der medfører forandringer i sektorovergange, ex. fødsler, accelererede patientforløb, kommunale indsatser

3. Daglig, patient-/borgernær koordination af kapacitet (driftsenheder)
 - a. Orientering om planlagte driftsændringer
 - b. Aftaler i forbindelse med forsøgsordninger og særlige målrettede indsatser
 - c. Visitationsoverblik

Opfølgning og understøttelse

Den administrative styregruppe er det overordnede administrative, strategiske forum for udvikling og implementering af sundhedsaftalen. Det er den administrative styregruppe, som følger implementeringen af sundhedsaftalen og følger op på den indeholdte monitorering. Målet er at monitoreringen omsættes til en handlingsorienteret ledelsesinformation, der umiddelbart kan bruges af hospitaler, kommuner og almen praksis.

De enkelte samordningsudvalg følger løbende monitoreringen via ledelsesinformationssystemet og via lokalt igangsatte monitoreringer. Samordningsudvalget sætter fokus på monitoreringsresultater indenfor sit eget område og er forpligtede til at følge op på implementeringsprocesser samt løbende monitoreringsresultater fra områder i drift.

Udviklingsindsatser planlægges, styres og prioriteres, så der skabes sammenhæng med indsatser, der er i drift. Udviklingsindsatser underlægges en tydelig projektorganisation med en klar projektlejelse. Implementeringsplanen skrives ind i projektbeskrivelsen.

Følgegruppen for økonomi- og data er forpligtede til i samarbejde med de enkelte arbejdsgrupper at udarbejde monitorering på arbejdsgruppernes produkter.

Elektronisk kommunikation

Det er målsætningen i Sundhedsaftalerne, at kommunikationen mellem hospital, kommune og alment praktiserende læger, hurtigst muligt og i videst muligt omfang skal være elektronisk og baseret på fælles standarder. Den elektroniske kommunikation omfatter alle patientgrupper, men har afgørende betydning for forløbsprogrammer vedr. kroniske patienter og sikringen af en sammenhængende indsats for ældre medicinske patienter.

Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Konsolidering af nuværende aktiviteter samt opfølgning herunder monitorering af fremdrift
- Ajourføring og udvikling af nye MedCom standarder
- Medicinhåndtering – opgavefordeling forud for implementeringen af det ”Fælles Medicin Kort”
- Telemedicinske forsøgsprojekter – erfaringsopsamling
- Elektronisk kommunikation i psykiatrien
- Fødselsanmeldelser og etablering af elektronisk vandrejournal

Fælles kompetenceudvikling

For at sikre høj kvalitet og sammenhæng i opgaveløsningen over sektorgrænserne er det en forudsætning, at der er de nødvendige kompetencer til stede både hos det kommunale sundhedspersonale, på hospitalerne og i praksissektoren.

Kompetenceudvikling på tværs af sektorerne handler både om tilførsel af nye faglige kompetencer og om at skabe organisatorisk læring om rutiner, procedurer, systemer og organisationsformer.

Kompetenceudvikling er en vigtig forudsætning for, at de forskellige dele af sundhedsvæsenet kan have en høj kvalitet og fungere gnidningsfrit og koordineret, og at der udvikles en gensidig forståelse for hinandens opgaver og vilkår på tværs af fag og sektorgrænser. I forbindelse med nye og ænd-

rede opgaveløsninger og ændringer i opgavefordelingen skal kompetenceudvikling indtænkes fra starten

Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Implementering af forløbsprogrammer
- Hygiejneområdet
- Forebyggelse af (gen)indlæggelser
- Udvikling af en fælles ramme for kompetenceudvikling ved opgaveændringer.

Opfølgning på utilsigtede hændelser – patientsikkerhed

Med udvidelsen af sundhedsloven forpligtes sundhedspersoner i kommuner, praksissektor, apoteker og det præ-hospitale område til at indrapportere utilsigtede hændelser. Rapporteringerne skal danne baggrund for identificering af risici og kvalitetsbrist, og efterfølgende tiltag til forbedring af sikkerheden og øget kvalitet.

Det er helt nyt at arbejde med opfølgning på utilsigtede hændelser mellem kommuner og region. Det er vigtigt, at ansvaret i forhold til analyse og opfølgning samt læring og videndeling fastlægges via sundhedsaftalen. Erfaringerne fra arbejdet med patientsikkerhed på hospitalerne viser, at kvalitets- og sikkerhedsproblemer ofte opstår i forbindelse med skift og overflytninger mellem afdelinger, hospitaler eller sektorer.

Formålet med opfølgning på utilsigtede hændelser er, at forbedre patientsikkerheden gennem en systematisk registrering, analyse, videndeling, opfølgning på samt læring af fejl og utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange.

Hensigten med sundhedsaftale 2011-2014 inden for dette område vil være at opfylde kravene i bekendtgørelsen om sundhedsaftaler om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektorovergange.

Medicinhåndtering

For at sikre kontinuerlig og korrekt medicinering af borgeren ved sektorskift og for at forebygge utilsigtede hændelser (UTH) og unødvendige genindlæggelser skal alle de sundhedsprofessionelle, der har borgeren i behandling, udveksle og have let adgang til tidstro opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle medicinering.

Målsætningen er at informationen følger patienten ved indlæggelse, udskrivning, behandling hos alment praktiserende læge og speciallæge.

Ved indlæggelse medgives oplysninger om patientens aktuelle medicinering, herunder om lægemidlerne dosispakkes. Ved udskrivning udarbejder hospitalslægen en medicinstatus, som er afstemt med medicinstatus ved indlæggelsen. Medicinstatus gives til patienten og dennes praktiserende læge.

Det tværsektorielle medicinsamarbejde er hæmmet af, at der endnu ikke eksisterer elektroniske medicinoplysninger på tværs af sektorer. Det Fælles medicinkort, der kan tilgås fra alle relevante sektorer forventes fuldt implementeret i løbet af 2011. Det skal sikres, at dette medicinkort anvendes som redskab for kommunikation af medicinoplysninger mellem sektorerne.

Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Implementering af det fælles medicinkort efter fælles retningslinjer
- Tydeliggørelse af organisering og ansvarsfordelinger mellem hospitaler, kommuner, praksissektor og apoteker, med fokus på kommunikation og samarbejde mellem parterne.

Særlige indsatsområder

Svangeromsorg

I sundhedsaftalen for 2011-2014 vil den fælles indsat i *Svangeromsorgen* blive beskrevet.

Sygedagpengeområdet

I forhold til personer med komplekse og sammensatte sundhedsproblematikker skal der udvikles et styrket samarbejde mellem hospitalerne, praksissektoren og kommunerne om en effektiv diagnostisering, så der på kort tid kan stilles en diagnose og iværksættes en behandling. Det kan betyde kortere sygedagpengeperioder og hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Ulighed i sundhed

Uligheden i sundheden skal nedbringes og der igangsættes med udgangspunkt i resultaterne fra sundhedsprofil 2010 udviklingsarbejder med henblik på at afsøge mulighederne herfor. Tidlig opsporing af personer med kroniske lidelser og fastholdelse i behandling indgår i arbejdet med at mindske uligheden i sundhed.

Forskning

Forskning indgår i sundhedsaftalen for 2011 – 2014 som et selvstændigt indsatsområde. Ifølge sundhedslovens § 194 er regionen forpligtiget til at sikre og kommunerne til at medvirke til forsknings- og udviklingsarbejde inden for alle lovens ydelser.

Det overordnede formål med sundhedsaftalen i forhold til indsatsområdet ”forskning” er, at få sundhedsforsknings- og udviklingsarbejde stærkere forankret i kommunerne, samt at styrke forskningssamarbejdet mellem region og kommunerne inden for sundhedsområdet

Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Udarbejdelse af en rammeaftale for forskningssamarbejde mellem regionen og kommunerne
- Sundhedstjenesteforskning
- Igangsætte konkrete forskningsprojekter på områderne: genoptræning, forebyggelse/KRAM-faktorerne og kronikerområdet

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 9

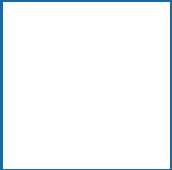
Emne: Høring af den Øresundsregionale udviklingsstrategi (ØRUS)

1 bilag



ØRUS

ØresundsRegional
UdviklingsStrategi



INDHOLD

4	FORORD
6	BAGGRUND
8	VISION OG STRATEGI
12	ØRESUNDSREGIONENS STØRSTE UDFORDRINGER OG STRATEGISKE INDSATSER
14	■ VIDEN OG INNOVATION
17	VIDEN OG INNOVATION: STRATEGISKE INDSATSER
18	INNOVATION OG IVÆRKSÆTTERI
20	INNOVATION OG IVÆRKSÆTTERI: STRATEGISKE INDSATSER
22	■ KULTUR OG OPLEVELSER
24	KULTUR OG OPLEVELSER: STRATEGISKE INDSATSER
26	■ ET SAMMENHÆNGENDE OG VARIERET ARBEJDSMARKED
29	ET SAMMENHÆNGENDE OG VARIERET ARBEJDSMARKED: STRATEGISKE INDSATSER
30	■ TILGÆNGELIGHED OG MOBILITET
30	TILGÆNGELIGHED OG MOBILITET: EN KLIMASMART REGION
33	TILGÆNGELIGHED OG MOBILITET: DEN INTERNATIONALE TILGÆNGELIGHED
33	TILGÆNGELIGHED OG MOBILITET: DEN INDENREGIONALE TILGÆNGELIGHED
34	TILGÆNGELIGHED OG MOBILITET: ØRESUNDSREGIONEN SOM TRANSITOMRÅDE
35	TILGÆNGELIGHED OG MOBILITET: DEN DIGITALE INFRASTRUKTUR
37	TILGÆNGELIGHED OG MOBILITET: STRATEGISKE INDSATSER

”Gennem denne første udviklingsstrategi vil komiteen skabe en fælles arena, skabe fælles fokus samt styrke det brede samarbejde i regionen samt integrationen til gavn for regionens udvikling.”

Forord, ØRUS

FORORD

Med sine 3,7 millioner indbyggere er Øresundsregionen en af Nordeuropas mest betydningsfulde og dynamiske regioner. Efter Øresundskomiteens mening er det vigtigt at sikre og udbygge denne position for fremtiden. Det er af betydning både for regionen og for Danmark og Sverige. For at løse denne opgave er det nødvendigt med en vision og en strategi som vejledning for de beslutninger, der skal træffes, og de tiltag, som skal gennemføres.

På denne baggrund har Øresundskomiteen udarbejdet en udviklingsstrategi for Øresundsregionen (ØRUS). Udviklingsstrategien har et perspektiv, der strækker sig til 2020. Arbejdet med strategien er udført sammen med mange forskellige aktører i regionen. Selvstændige virksomheder, arbejdsgiver- og arbejdstagerorganisationer, kommuner, regioner, højere læreanstalter, forskere og kulturrepræsentanter har på forskellig vis bidraget med deres erfaringer og synspunkter om Øresundsregionens fremtid. Udviklingsstrategien er endvidere baseret på et bredt fundament af forskellige analyser, der strækker sig fra det kommunale niveau til undersøgelser gennemført af OECD. Der er også taget hensyn til EU's Lissabonstrategi, Østersøstrategien samt EU 2020.

ØRUS er et politisk dokument, som Øresundskomiteen samlet står bag. Gennem denne første udviklingsstrategi vil komiteen skabe en fælles arena, skabe fælles fokus og styrke det brede samarbejde i regionen samt integrationen til gavn for regionens udvikling. Det er

hensigten, at strategien skal gennemgås med jævne mellemrum, så den bliver et levende dokument.

Udviklingsstrategien fremhæver og tydeliggør forskellige øresundsregionale udviklingsperspektiver, som forhåbentlig også vil bidrage til øget opmærksomhed omkring Øresundsspørgsmålene ved udarbejdelsen af planer på europæisk niveau, samt på nationalt, regionalt og lokalt niveau i Danmark og Sverige.

Det er af stor betydning, at alle vigtige aktører og parter i Øresundsregionen arbejder sammen for at visionen udviklingsstrategierne bliver taget op, og de strategiske indsatser gennemføres. Det gælder i høj grad også de to stater.

Den viden og kompetence, som findes hos de forskellige parter, inklusive Øresundskomiteens medlemmer, sammen med de økonomiske muligheder, som Interreg-programmet tilbyder, giver særdeles gode forudsætninger for at realisere udviklingsstrategien.

Mange udfordringer kan løses af eksisterende regionale aktører indenfor rammen af de gældende regler og lovgivninger, men der vil være behov for et fælles engagement og vilje, og en fælles dagsorden.

Andre udfordringer skal løses gennem samarbejde mellem de

ansvarlige nationale myndigheder, ministerier og frem for alt de to regeringer. Der er derfor behov for at de to stater fører en politisk dialog med Öresundskomiteen, regioner og kommuner, og med udgangspunkt i ØRUS' strategier, starter udviklingsarbejdet af hele Øresundsregionen, som en tværnational strategi.

Med ØRUS som grundlag indbyder Öresundskomiteen alle til at medvirke i den fortsatte udvikling af hele regionen for at gøre den endnu bedre for borgerne og virksomhederne, samtidig med at man fremrykker regionens position i den nationale og internationale konkurrence.

Jerker Swanstein,
Öresundskomiteens formand og Regionstyrelsens ordf.,
Region Skåne

Vibeke Storm Rasmussen,
Öresundskomiteens næstformand og Regionrådsformand,
Region Hovedstaden

Frank Jensen,
Overborgmester,
Københavns Kommune

Ilmar Reepalu,
Kommunstyrelsens ordf.,
Malmö stad

Uno Aldegren,
Regionstyrelsens 2:e vice ordf.,
Region Skåne

Steen Bach Nielsen,
Regionrådsformand,
Region Sjælland

Bent Larsen,
Regionrådsmedlem,
Region Hovedstaden

Katarina Erlingson,
Regionstyrelsens 1:e vice ordf.,
Region Skåne

Peter Danielsson,
Kommunstyrelsens ordf.,
Helsingborgs stad

Kjeld Hansen,
Formand,
KKR Hovedstaden

Henrik Holmer,
Formand,
KKR Sjælland

Cecilia Brorsson,
Kommunalråd,
Landskrona stad



BAGGRUND

I 1991 underskrev Sveriges og Danmarks regeringer en aftale om at bygge en fast forbindelse over Øresund mellem København og Malmø. Den 1. juli år 2000 blev broen indviet. I 2010 er det således ti år siden, at trafikken begyndte at flyde.

”Staterna måste undanröja de olikheter mellan länderna som blir till oöverstigliga hinder för den enskilde människan.”

Eva Östling Ollén, regionchef,
Svenskt Näringsliv.

Den faste forbindelse blev hurtigt et regionalt bindeled og ikke bare den transportkorridor for langturstrafik, som det oprindeligt var tænkt. Som regional trafikåre for biler og tog blev forbindelsen den afgørende forudsætning og værktøj, der muliggjorde en forening af den sjællandske og skånske del af Øresundsområdet. En integration, som har skabt en ny stærk vækstregion, Øresundsregionen, i den nordlige del af Europa. Med etableringen af den

faste forbindelse over Femern Bælt i 2018 opnås der en væsentlig forbedring af tilgængeligheden mellem Skandinavien og det øvrige Europa, hvilket yderligere styrker Øresundsregionens stilling.

Trods store ligheder mellem Danmark og Sverige, når det gælder samfundsstruktur, sociale forhold, sprog, kultur mv., har integrationsarbejdet afsløret mange forskelle, som påvirker mennesker og virksomheders hverdag. Derfor har en af hovedopgaverne været at fremhæve og forsøge at afhjælpe de hindringer og barrierer, som dukkede op. Formålet har bl. andet været at fremme udviklingen af et fælles arbejds- og boligmarked, men også en øget udveksling omkring innovationer, handel, uddannelse, kultur, sport og fritid.

For at opnå forandringer når det gælder de problemer, som primært er knyttet til bolig- og arbejdsmarkedet, har det været vigtigt at føre en løbende dialog med statsmagten i de to lande. Øresundsregionens mange indbyggere og regionens økonomiske betydning for Danmark og Sverige er blevet et stadig tungere argument for, at staterne skal gennemføre forandringer, som vil gøre livet lettere for borgerne og virksomhederne. Som eksempel kan nævnes, at Øresundsregionen står for cirka 26 procent af Danmarks og Sveriges samlede bruttonationalprodukt, og at regionen årligt yder et vigtigt bidrag til landenes økonomiske tilvækst.

I 1993 var Øresundskomiteen den eneste øresundsregionale organisation. I den sammenhæng blev komiteen initiativtager, ”ambassade”, mægler, katalysator og drivkraft, når det gjaldt initiativer og



tiltag, som kunne bidrage til udviklingen af samarbejdet i regionen og dermed også integrationen. Komiteen er endvidere blevet en stadig mere betydningsfuld lobbyorganisation.

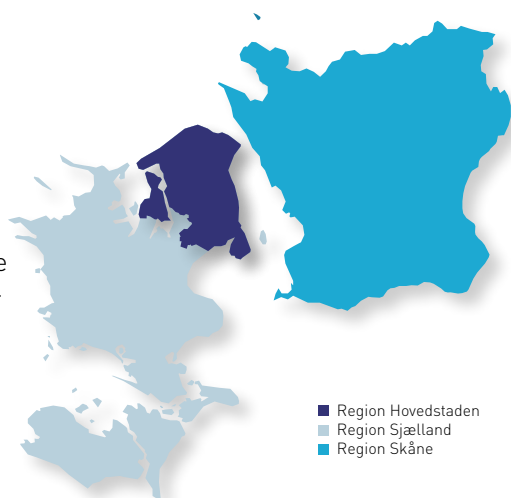
I perioden 1993-2006 blev adgangen til strukturfondsmidlerne via Interreg II og III strategisk meget vigtig. Disse penge (med modfinansiering cirka 750 MSEK) har været afgørende som smøremiddel i integrationsarbejdet.

Flere vigtige samarbejder på tværs af Sundet er blevet startet mere eller mindre ved hjælp af midler fra Interreg-programmerne. Medicon Valley Alliance er et eksempel. Med sine 270 medlemmer er denne klynge et af de bedste eksempler på omfattende og vellykket samarbejde i regionen mellem erhvervslivet, universiteterne og universitetshospitalerne inden

for "Life Science". Det mest vidtgående, grænseoverskridende samarbejde indtil nu er fusionen af Malmö havn og Københavns havn til Copenhagen Malmö Port. Der er etableret samarbejde mellem erhvervslivets organisationer. Også forskellige foreninger har

fundet deres søsterorganisationer på den anden side af Sundet. Andre eksempler er faglige organisationer, politiske partier og andre interesseorganisationer.

Alle disse store forandringer, gør det vigtigt at formulere en ny vision og udviklingsstrategi for Øresundsregionen. I den sammenhæng er det vigtigt på den ene side at belyse regionens indre liv og integrationsprocessen, og på den anden side regionens internationale konkurrencesituation og placering i den globale kontekst.



Öresundskomiteen blev stiftet i 1993 og blev etableret som en vigtig politisk platform for arbejdet med at integrere den skånske og sjællandske del af Øresundsregionen. Komiteen består af følgende medlemmer: Region Skåne, Malmö stad, Lunds kommun, Landskrona stad, Helsingborgs stad, Region Hovedstaden (inklusive Bornholms regionskommune), Region Sjælland, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune samt Kommunekontaktrådene i Region Hovedstaden og Region Sjælland.



VISION OG STRATEGI



I 2020 skal Øresundsregionen være Europas mest attraktive og klimasmarte region for borgere, erhvervsliv og besøgende takket være en effektiv udnyttelse af integrationen og den grænseregionale dynamik.

DET INDEBÆRER, AT REGIONEN I 2020:

- En verdensledende region for holdbar udvikling og klimavenlige transporter. Klimaarbejdet er samordnet regionalt for at sprede erfaringer og gode eksempler, globalt. Målet er, at udvikle og bibeholde en klimasmart region med ren natur og sundt hav til rekreation med unikke værdier,
- Har et attraktivt og fælles arbejdsmarked, hvor man uden formelle hindringer giver personer med forskellige uddannelser, faglige kompetencer og praktik adgang til alle regionens arbejdspladser, uanset om færdighederne er erhvervet i Sverige eller Danmark, eller andre lande,
- Er et forbillede, når det gælder evnen til at udnytte de betydelige ressourcer, som arbejdskraft med udenlandsk baggrund udgør, ikke mindst de unge, uanset om rekrutteringen sker i eller uden for regionen,
- Er en region som kan sikre det fælles overblik over muligheder, regler og rammer for, samt tilbyder ligeværdig informationsservice gennem ØresundDirekt, både til jobsøgende og virksomheder på begge sider af Sundet,
- Er en lettilgængelig nordisk storbyregion, baseret på en miljøvenlig infrastruktur med en stærk kollektiv trafik på tværs mellem regionerne og over Øresund. Attraktive havne samt høj international tilgængelighed via Københavns Lufthavn og en fremtidig opkobling på det europæiske højhastighedsnet med forbindelser til Berlin, Hamburg, Stockholm og Oslo,
- Er en modelregion i verden for IT-infrastruktur, hvor borgere og virksomheder har tilgang til bredbånd med høj kvalitet, hastighed og mobilitet. Dette styrker regionens internationale konkurrence- og attraktionskraft,
- Er en region med et mangfoldigt og inkluderende kulturliv af høj kvalitet, med flere stærke kulturelle områder og en høj innovationsgrad baseret på kultur,
- Er en region med en markant fælles satsning på kultur for, med og af børn og unge, på blandt andet skoler og i idrætsklubber som skal stimulere, at børn og unge tidligt får kendskab til kulturen på begge sider af Sundet og herigennem bliver ambassadører for dialog og samarbejde på tværs af Øresund,
- Er en region, som har flere store internationale og prestigefyldte arrangementer, og som er blevet et attraktivt og populært besøgsmaal for turister fra alle dele af verden, en region hvor borgerne helt naturligt udnytter udbuddet af kultur og oplevelser i hele regionen, uanset hvor de bor,
- Har et sammenhængende og internationalt konkurrencedygtigt uddannelsesmarked, som uddanner de bedste kandidater og i stort omfang tiltrækker udenlandske studerende og forskere,
- Er en innovationstæt region med mange iværksættere og stærke synergieffekter mellem regionens videninstitutioner og erhvervslivet i hele regionen,
- Har et stærkt "triple helix" samarbejde mellem erhvervsliv, forskningsinstitutioner og hospitaler samt offentlige myndigheder inden for regionale styrkeområder som life science, cleantech, IKT, mv.,
- Er en region hvor borgerne i Øresundsregionen forholder sig naturligt til at udnytte hele regionens udbud og potentiale,

Øresundsregionens danske og svenske del har tilsammen 3,7 millioner indbyggere. Hvilket betyder, at regionen kan måle sig med andre regioner i Norden og Nordeuropa. Hver for sig er Sjælland og Skåne for små til at tage konkurrencen op med regioner i Europa, Asien og Nordamerika. Den kritiske masse og det marked, som den forenede Øresundsregion har, giver langt bedre forudsætninger for erhvervslivet, arbejdsmarkedet, boligmarkedet, forskning og uddannelse, handel, kultur og rekreation. Her ligger den store fordel ved en integreret region. En vellykket integration giver igen gode muligheder for Øresundsregionen for at møde den internationale konkurrence fra andre storbyregioner. Dette understreges blandt andet i en OECD-rapport fra 2009.

Initiativet til en ny vision og udviklingsstrategi for Øresundsregionen skal ses på baggrund af den hidtidige udvikling, behovet for en fortsat stærk integration og en forstærkning af regionens internationale position.

Det vigtigste særtræk i en vision for Øresundsregionen er den kendsgerning, at regionen er en grænseregion, hvor København og Malmö udgør regionens naturlige omdrejningspunkt. Heri ligger både en dynamik og en komplicerende faktor i mødet mellem forskellige systemer, traditioner, kulturer, love, regler mv. Men det

er frem for alt dynamikken, som er den mulighed, der skal udnyttes. I forskellene ligger der en energi, som allerede har været en vigtig motor i regionens hidtidige udvikling, og som også fremover skal udnyttes på optimal vis.

Horisontåret 2020 er valgt ud fra den betragtning, at hovedparten af udfordringerne og de strategiske investeringer skal kunne klares inden for denne tidsperiode. Det er dog ingen absolut grænse. Vi er bevidste om, at visse udfordringer og indsatser skal ses i et længere tidsperspektiv, som for eksempel store investeringer i infrastruktur.

For at realisere visionen er det nødvendigt med en udviklingsstrategi, som beskriver de udfordringer og strategiske indsatser, der kræves for en fortsat vellykket udvikling. OECD peger på to hovedudfordringer, for at Øresundsregionen skal få succes med sit fortsatte udviklingsarbejde.

For det første skal regionen etablere en god dialog og et godt samarbejde med de to stater. For det andet skal man skabe en fælles dagsorden for parterne i Øresundsregionen, en dagsorden som alle står bag.

Udviklingsstrategien fokuserer på fire områder for samarbejde og integration:

- VIDEN OG INNOVATION
- KULTUR OG OPLEVELSER
- SAMMENHÆNGENDE OG VARIERET ARBEJDSMARKED
- TILGÆNGELIGHED OG MOBILITET

Der er flere årsager til valget af netop disse indsatsområder. Generelt gælder det, at disse områder er centrale for storbyregioners evne til at konkurrere med andre regioner.

Mange regioner rundt om i verden foretager store investeringer i at højne viden- og kompetenceniveauet hos befolkningen og fremme innovationer for at styrke erhvervsliv og tilvækst. Det stiller tilsvarende krav til Øresundsregionen.

Begrundelsen for at satse på kultur og oplevelser i strategien er, at dette område er et fundament i dannelsen af den livskvalitet som ligger til grund for en regions integration og attraktionskraft. Der, hvor borgeren trives, øges tolerancen, viljen til at skabe, samt lysten til at bo, leve og arbejde. En region med kreative miljøer har lettere ved at tiltrække både virksomheder og mennesker. Større begivenheder er vigtige i den internationale konkurrence om opmærksomhed mellem forskellig storbyregioner.

En veluddannet og kompetent arbejdskraft og et tilstrækkeligt udbud af arbejdskraft er meget betydningsfuldt for Øresundsregionens udvikling og konkurrenceevne. Det er et stærkt argument for at koncentrere sig om spørgsmål vedrørende arbejdsmarkedet.

Tilgængelighed og mobilitet, både internt i regionen og i interregionalt perspektiv, er afgørende for Øresundsregionens funktionalitet og i mange henseender en forudsætning for, at de øvrige områder skal udvikle sig positivt. Det er begrundelse nok til at prioritere infrastrukturen og dermed forbundne spørgsmål.

På tværs af de fire tematiske områder i udviklingsstrategien går vigtige udfordringer som attraktivitet og åbenhed, klima og bæredygtighed og faktorer, som vedrører menneskers sundhed og livsstil. Dette er på den ene hånd udfordringer, som Øresundsregionen deler med mange andre internationale regioner; men samtidig er det områder, hvor regionen i forvejen står stærkt, og som med en målrettet indsats på tværs af de fire temaer kan udnyttes til regionens fordel i den globale konkurrence.

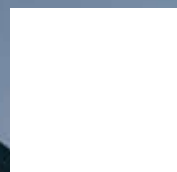
Målet er, at Øresundsregionen i 2020 skal være et forbillede for andre europæiske grænseregioner med et fælles arbejdsmarked, hvor fri bevægelighed hersker uden formelle og institutionelle forhindringer og barrierer, som gør det vanskeligt for arbejdstagere at bo og arbejde på forskellige sider af Øresund eller for virksomheder at ansætte personer fra den anden side.



"Det är ett enormt plus att ha den befolkningsmix som vi har i regionen. Människor med olika bakgrund behövs för att utveckla nytt innehåll och för att hitta de nya historierna."

Carina Brorman, varumärkes- och kommunikationsdirektör E.ON Nordic





ØRESUNDSREGIONENS STØRSTE UDFORDRINGER OG STRATEGISKE INDSATSER



En realisering af visionen om Øresundsregionen 2020 kræver en vel forankret og gennemarbejdet udviklingsstrategi. Det betyder også, at vi alle er nødt til at arbejde målrettet med de store udfordringer, som ligger foran regionen. Udfordringerne er koblet til de fire prioriterede områder, som er nævnt – viden og innovation, kultur og oplevelser, et sammenhængende og varieret arbejdsmarked samt tilgængelighed og mobilitet.

Det er vigtigt at understrege, at der er stærke koblinger og forbindelser mellem disse områder. Gode uddannelsesmuligheder giver en veluddannet arbejdsstyrke og kan også tiltrække udenlandske studerende, som tilfører regionen nye værdier. En succesrig forskning fører til innovationer og nye virksomheder. Det giver et øget antal arbejdspladser. En forstærkning og udvikling af forskellige kulturbrancher og oplevelsesindustrien øger regionens status som bolig- og erhvervsmiljø. Det øger endvidere Øresundsregionens internationale tiltrækningskraft. Et udvidet samarbejde mellem kultur og erhvervsliv kan føre til flere store arrangementer og i forlængelse heraf flere jobs. En vigtig forudsætning for alt dette er velfungerende kommunikationsmidler inden for hele regionen samt til og fra regionen. Samtidig er det af stor betydning, at den digitale infrastruktur er veludbygget og af højeste kvalitet, uanset hvor man befinder sig i regionen.

Øresundsregionen er i dag i stor udstrækning en velfungerende, bæredygtig, og tryk region. En stor overordnet udfordring er at værne om disse kvaliteter samtidig med en voksende befolkning og fortsat økonomisk vækst. Hertil kommer væsentlige fælles udfordringer i forhold til at sikre en attraktiv region med et internationalt udsyn, hvor vi understøtter en bæredygtig udvikling med fokus på de store klimaudfordringer, grøn vækst og sundhed som fælles satsningsområder.

Udfordringerne skal mødes med en række strategiske indsatser med det udtalte mål at forbedre forholdene for mennesker og virksomheder i regionen. Samtidig med at det gøres, skal Øresundsregionen bevare og forbedre sin evne til at modstå konkurrencen fra andre storbyregioner, primært i Europa. Et afgørende og unikt værktøj for regionens udvikling er muligheden for at anvende den grænseoverskridende dynamik ved at drage fordel af varierende synsvinkler, forskellige erfaringer, nye samarbejder og uventede synergier.

Et uddybet samarbejde mellem Øresundsregionens forskellige aktører indbyrdes og med de to stater er en vigtig grundforudsætning for en vellykket udvikling. Den anden grundforudsætning er, at man på en klog og effektiv måde anvender det potentiale og den dynamik, som ligger i det grænseregionale spændingsfelt.

Som den samlende politiske kraft i regionen har Øresundskomiteen et særligt ansvar for at drive denne udvikling. Det skal ske i samspil med andre nøgleaktører som komiteens medlemmer, staterne, erhvervslivet, uddannelsesinstitutionerne, forskellige organisationer mv. Udviklingsstrategien skal være en fælles platform for det fælles udviklingsarbejde.

Udviklingsstrategien bør følges op af en dybtgående diskussion mellem regionens aktører. Denne diskussion skal føre til en yderligere konkretisering af udviklingsindsatserne, som kan formaliseres i flere fælles handlingsplaner inden for forskellige temaer. I de efterfølgende punkter redegøres der for en række udfordringer og de strategiske initiativer og indsatser, som er vigtige i det fortsatte udviklingsarbejde for at opnå visionen i 2020. Det gælder både den fortsatte integration af regionen og regionens evne til at konkurrere med andre regioner i en global sammenhæng.

”Vi kan få en kulturel klynge af international standard i Øresundsregionen. Klynger kræver de rette kompetencer som uddannelser på et højt niveau – og dem har Øresundsregionen. Men før klynger virker, skal der være global forankring til finansiering og distribution.”

Rasmus Wiinstedt Tscherning,
direktør for Center for Kultur- og Oplevelsesøkonomi (CKO)

VIDEN OG INNOVATION

Videnudvikling og innovation bliver i stigende omfang afgørende for regioners konkurrenceevne. Vi kan også notere os, at viden og innovation har været i fokus gennem relativ lang tid hos den danske og svenske regering.

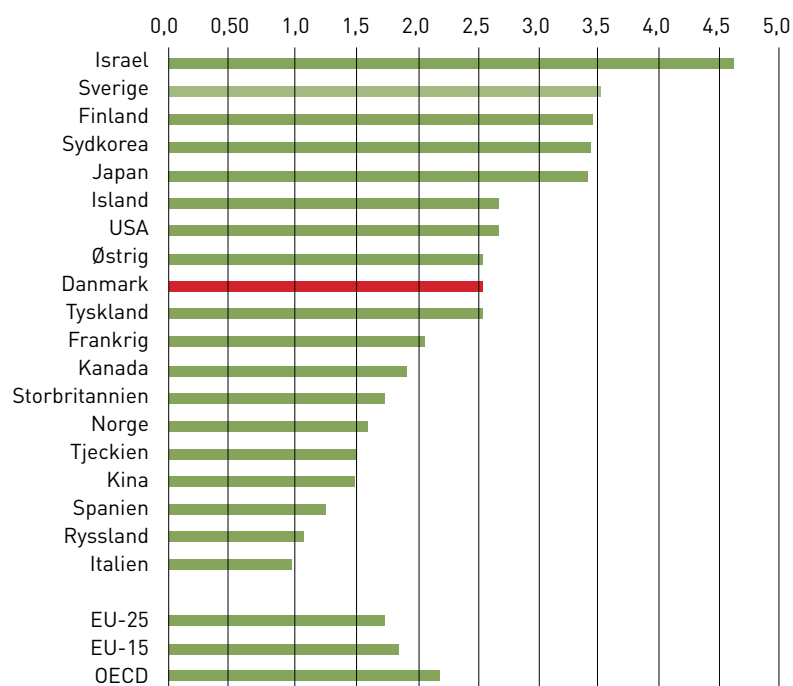
Mens andre regioner satser på forskning og innovation, lykkes det ikke for Øresundsregionen i tilstrækkelig høj grad at udnytte de styrker, som findes på begge sider af Sundet. Et eksempel på det er, at Øresundsregionen producerer færre patenter end sammenlignelige regioner. Det er derfor en vigtig udfordring at samle regionens ressourcer inden for viden- og innovationsbrancherne. Kun med en samlet indsats har regionen den kritiske masse, som skal til for at kunne konkurrere med andre europæiske lande og USA, ikke mindst med vækstlandene i Asien.

Vi har allerede i dag forudsætninger, som udgør et godt grundlag for fortsat udvikling. En fleksibel og ganske veluddannet arbejdsstyrke, en stor og effektiv offentlig sektor med højt serviceniveau,

gode forskningsmiljøer – alle er eksempler på Øresundsregionens stærke sider. Men vi står over for en række udfordringer, som skal overvindes, for at viden- og innovationsområdet i højere grad skal kunne bidrage til den regionale udvikling.

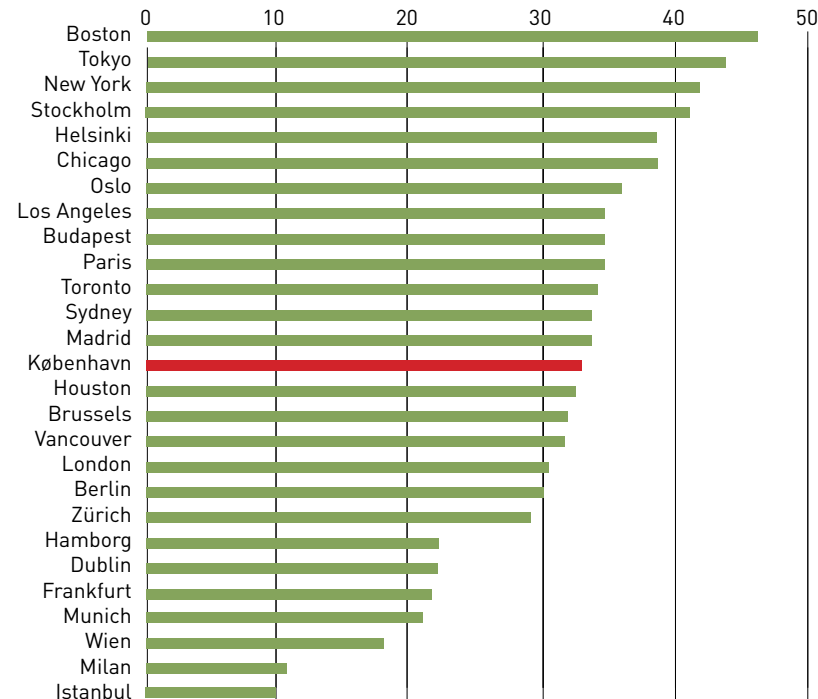
Regionen er blot en gennemsnitsregion blandt OECD-regionerne, hvis man anvender indikatorer som andel af BNP investeret i forskning og udvikling, tiltrækning af udenlandske studerende og forskere, antal ansatte i højteknologiske virksomheder samt antal patenter per indbygger¹. På disse punkter halter vi efter de regioner og lande, vi konkurrerer med. Således angiver OECD, at der kun registreres 400 patenter i Hovedstadsregionen, hvilket er halvt så mange som i Stockholmsregionen². Også andelen af højtuddannede er under niveauet for både Stockholm og Helsinki. Samtidig er mange virksomheder i en af Øresundsregionens stærkeste erhvervsklynger, Medicon Valley indenfor området Life Science, kommet under massivt pres i den finansielle krise.

FoU-udgifter som andel af BNP inden for OECD i 2007³



Kilde: TendensØresund 2010 og OECD

Andel af befolkning med højere uddannelse



Kilde: TendensØresund 2010 og OECD

¹[OECD Territorial Review of Copenhagen, OECD:2009] OECD har analyseret Hovedstadsregionen (Region Hovedstaden og Region Sjælland), og resultaterne anses her for også at være gældende for den svenske del af Øresundsregionen.

²[OECD Territorial Review of Copenhagen, OECD:2009]

³Det høje investeringsniveau for Sverige afspejler en investeringsstruktur, hvor hovedparten lægges i Stockholm, efterfulgt af Västra Götalands Län og herefter Skåne (TendensØresund 2010).



■ SAMARBEJDE OM UDDANNELSE

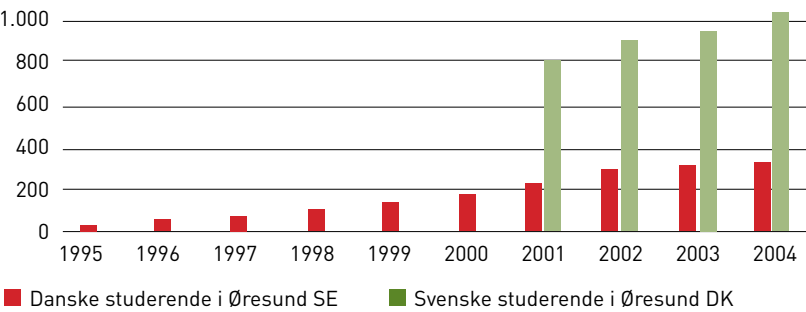
For bedre at drage fordel af de ressourcer, vi har, er det nødvendigt at udnytte synergieffekter og samarbejde i hele Øresundsregionen.

Øresundsregionens uddannelsessystem skal fungere godt, lige fra folkeskole til universitet. Man bør også så vidt muligt harmonisere det øresundsregionale uddannelsesmarked med henblik på både universiteter og højere læresteder og forskellige ikke-akademiske professions- og faguddannelser. Alle involverede parter bør derfor medvirke til, at der løbende er opmærksomhed herpå, og at hver og en på sit niveau bidrager til, at uddannelsessystemet i sin helhed udvikles og forbedres. I udviklingsstrategien har vi valgt at koncentrere interessen om de højere uddannelser.

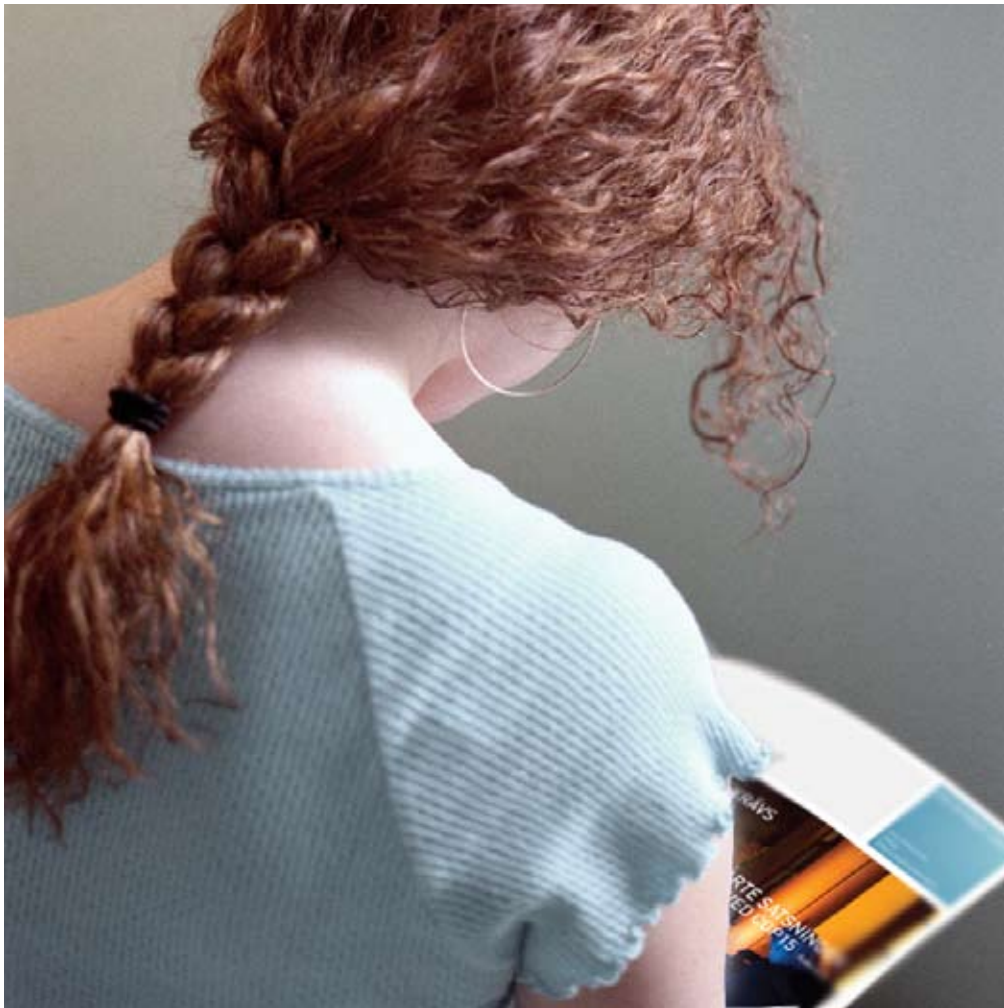
Øresundsregionen har elleve universiteter og højere læresteder med i alt 165.000 studerende. De er i dag i stadig større udstrækning udsat for konkurrence, både nationalt og internationalt. Regionen har potentiale til at udvikle et fælles grænseoverskridende "uddannelsesmarked", hvor universiteternes og de højere læresteders specialer udnyttes, således at det fælles udbytte bliver større end i dag. Gennem samarbejde kan man tilbyde et bredere udbud af uddannelser, som samtidig er internationalt konkurrencedygtige. Dette kan det betyde, at regionens studerende i langt

større omfang udnytter uddannelsesudbuddet på begge sider af Øresund. Konkurrence dygtige uddannelser vil endvidere fungere som et trækplaster for flere internationale studerende og være til gavn for de studerende. Bedre og mere konkurrencedygtig uddannelse vil således være til gavn for hele Øresundsregionen.

Antal danske og svenske studerende på en videregående uddannelse på den anden side af Øresund med studiestøtte fra hjemlandet



Kilde: TendensØresund



UDFORDRINGER

Der er flere vigtige udfordringer, når det gælder om at styrke de videregående uddannelser i Øresundsregionen

- Den nationale og internationale konkurrence i kombination med arbejdsmarkedets øgede krav indebærer, at kvaliteten på mange uddannelser skal hæves, og at der skal introduceres nye uddannelser.
- Forudsætningerne for samarbejde mellem universiteter og højere læreanstalter skal forbedres og kunne "betale sig", så de studerendes bevægelighed mellem læreanstalterne stiger, og udenlandske studerende og forskere i større udstrækning søger til regionen.
- Forskningssamarbejde mellem de højere læreanstalter i regionen skal stimuleres og gøres lettere, for på en mere effektiv måde at udnytte både personalemæssige og økonomiske ressourcer og de muligheder, som tilbydes inden for EU.

"ESS - European Spallation Source i Lund - er så stort, at vi skal samle vores kræfter over sundet for at få maksimalt udbytte af det. Det skal ikke først ske fra indvielsen i 2018. Det skal ske nu."

Inge Mærkedahl, direktør, Forsknings- og Innovationsstyrelsen

■ STRATEGISKE INDSATSER

For at møde udfordringerne på uddannelsesområdet er det nødvendigt med en række strategiske initiativer og indsatser. En diskussion skal indledes med de to stater og relevante øresundsregionale aktører om, hvordan regionens studerende kan opmuntres til bedre at udnytte hele regionens udbud af uddannelser og forskningsmuligheder. Samtidig bør spørgsmålet om, hvordan man bliver bedre til at tiltrække udenlandske studerende, behandles. Dette kan eksempelvis ske ved:

1. At harmonisere vurderingen af meritter og deres gyldighed ved overgang mellem forskellige universiteter og højere læreanstalter. Sammen med Øresundsuniversitetet bør Øresundskomiteen aktualisere dette spørgsmål med de berørte ministerier i de to stater.
 2. At forbedre informationen til de studerende om uddannelses- og forskningsmuligheder.
 3. At etablere grænseoverskridende projektarbejder, praktikmuligheder og flere uddannelser, som kan bidrage til flere kontakter og øget udveksling mellem de studerende og universiteterne i hele regionen. Initiativet er et middel til at indføre en international dimension i uddannelser og projektarbejder. Hensigten er, at det skal blive både spændende og attraktivt for studerende at anvende uddannelsesudbuddet i hele Øresundsregionen. Her kan Øresundskomiteens medlemsorganisationer som aftagere spille en vigtig rolle med støtte fra Øresundsuniversitetet i rollen som koordinator.
- Øresundsuniversitetet skal indlede en diskussion med de to stater for at søge at ændre forholdene, så det bliver muligt at anvende nationale forskningsmidler på den anden side af Sundet. Det ville fremme forskningssamarbejdet og mulighederne for mere effektivt at udnytte de forskningsressourcer, som findes i regionen.

***"Studenterna är vår framtid.
Låter vi dem bygga upp
samarbetet över Öresund starkt,
då sker integrationen naturligt
i kommande generationsväxling."***

Per Eriksson, rektor, Lunds universitet

■ INNOVATION OG IVÆRKSÆTTERI

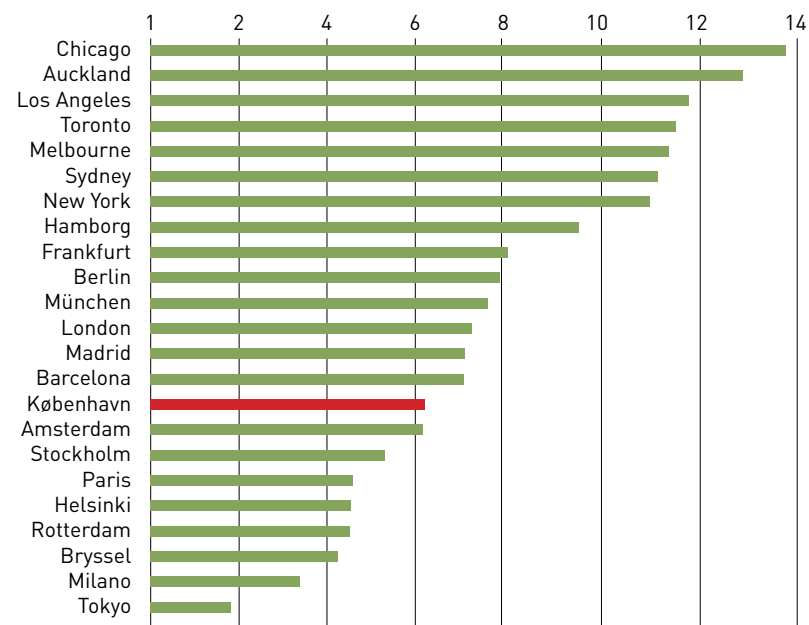
Det andet strategiske område, som behandles i dette afsnit er innovationsspørgsmålene.

Innovationer og iværksætteri er vigtige værktøjer, når det gælder om at udnytte regionens forskning, skabe øget økonomisk vækst og flere arbejdspladser. Øresundsregionen har en veludbygget infrastruktur for innovationsfremmende virksomhed på begge sider af Sundet. Brancher af stor betydning for regionen er "Life Science", "Cleantech", Informations- og kommunikationsteknologi (IKT) samt levnedsmidler. Med etableringen af forskningsfaciliteterne ESS og Max IV i Lund er der endvidere basis for udviklingen af en styrkeposition indenfor materialevidenskab i Øresundsregionen.

For at sikre øget innovation og iværksætteri, er det vigtigt, at anvendelsen af ny viden gøres tilgængelig for, og kan anvendes af alle regionens virksomheder. Øresundsregionen skal være kendetegnet af samarbejde og integration for at udnytte de synergieffekter, som findes mellem alle regionens forsknings- og videnbaserede institutioner og virksomheder på tværs af Øresund.

Øresundsregionen har flere organisationer, som direkte støtter iværksætteri og innovationer som for eksempel væksthuse og forskerparker – Scion DTU, Symbion, CAT, IT-Væksthuset 5'te, COBIS, Ideon, Medeon, Minc, VentureLab. Dertil kommer regionale Vækstråd og Væksthuse samt Øresund Entrepreneurship Academy.

Ranking af iværksætteri i udvalgte OECD-storbyområder



Kilde: OECD 2009

ESS OG MAX IV

European Spallation Source (ESS) og MAX IV er nye forskningsfaciliteter inden for materialevidenskab, der opføres i Lund.

ESS er et europæisk forskningsanlæg for videnskabelige gennembrud inden for materialer, medicin, mad og miljø. ESS producerer neutronstråler til udforskning af materialer og bliver opført fra 2013 til 2019. MAX IV er et nordisk forskningsanlæg for videnskabelige gennembrud inden for medicin, teknik og naturvidenskab.

MAX IV producerer røntgenstråler til udforskning af materialer og bliver opført fra 2010 til 2014.

ESS forventes at beskæftige 500 forskere og teknikere, mens MAX IV vil beskæftige yderligere 200 forskere og teknikere, hertil kommer ca. 2500 årligt tilrejsende gæsteforskere. Datahåndteringen placeres i København.

Etableringen af de nye internationale forskningsanlæg, kan blive en løftestang for udviklingen af viden og innovation i Øresundsregionen – både i forhold til forskning, iværksætteri og netværksdannelse. Dette kræver dog, at anlæggene integreres Øresundsregionalt.

Et initiativ i denne forbindelse er Interreg projektet MIC (Øresund Materials Innovation Community), der med Øresundsuniversitetet i spidsen fokuserer på at udvikle Øresundsregionen til en ledende region indenfor materialevidenskab.

Kilde: European Spallation Source Scandinavia





LIFESCIENCE KLYNGEN I ØRESUNDSREGIONEN BESTÅR AF:

- Ca. 40.000 ansatte indenfor den private Life Science sektor
- Ca. 10.000 forskere i den private og offentlige Life Science sektor
- Ca. 45.000 studerende indenfor Life Science
- Ca. 2.600 indskrevne PhD studerende indenfor Life Science ved Københavns Universitet og Lund Universitet

Kilde: Medicon Valley Alliance, 2009



CLEANTECH:

Cleantech er en sektor i vækst. En vækst hvor ønsket om en økonomisk udvikling baseres på ny teknologi, der kan støtte kampen mod klimaforandringer og miljøproblemer. I Øresundsregionen skal vi anvende vores styrkeposition indenfor cleantech til at skabe grøn vækst. Initiativer i denne forbindelse er eksempelvis Copenhagen Cleantech Cluster og Cleantech City Malmö.

Kilde: Øresundskomiteen, Copenhagen Cleantech Cluster och Cleantech City Malmö

Trods disse ressourcer når antallet af iværksættere i regionen ikke på niveau med udlandet. Både Danmark og Sverige er dårlige til at etablere nye virksomheder sammenlignet med vore konkurrentlande.

Der er dog forskelle mellem den danske og svenske side af regionen. Mangel på viden om virksomhedsopstart hos iværksættere på den danske side er et problem, men det gælder ikke på den svenske side. Samtidig har forskerparkerne og væksthuse ne forskellige kompetencer og erfaringer, når det gælder arbejdet med at støtte iværksætterne. Det er vigtigt, at denne viden udnyttes optimalt over hele regionen, så vi kan lære af hinandens erfaringer. Endvidere

skal viden og spidskompetence i øget omfang spredes til virksomheder i hele Øresundsregionen for at øge den kritiske masse og muligheden for at kommercialisere regionens videnbase.

Iværksætteri er dyrt og ressourcekrævende. Ofte er det en hindring for at starte virksomhed, at der ikke er risikovillig kapital. Det er et problem for både Danmark og Sverige⁴. Ligeledes har den finansielle krise kastet mange etablerede virksomheder indenfor eksempelvis Life Science industrien ud i en akut finansiell krise. Det danske og svenske marked er hver for sig ofte for små til at tiltrække større udenlandske investorer. Derfor er det vigtigt at handle i fællesskab.

⁴Entrepreneurship Review of Denmark", OECD 2008 og "Strategisk uppföljning av en nationell strategi för regional konkurrenskraft, entreprenörskap och sysselsättning 2007–2013", Näringsdepartementet 2009.

UDFORDRINGER

Udfordringerne på området innovation og iværksætteri er først og fremmest følgende:

- Den globale konkurrence skærper kravene til både eksisterende og fremvoksende brancher, hvilket kræver, at Øresundsregionens samlede ressourcer på innovationsområdet anvendes på en bedre koordineret og mere effektiv måde.
- Det nordiske velfærdssystem har brug for sociale innovationer og socialt iværksætteri for at imødekomme fremtidens krav, og dette skal stimuleres og støttes. Den omfattende sundheds- og sygeplejesektor samt en stor kommunal velfærdssektor på begge sider af Sundet udgør et godt grundlag for det.
- Samarbejdet mellem erhvervslivet og forskersamfundet skal forbedres, så videnoverføringen og kommercialisering af viden fra universiteter, højere læreanstalter og hospitaler kan bidrage til at understøtte eksisterende erhvervsklynger samt skabe grundlag for nye vækstvirksomheder inden for regionens styrkeområder, som fx Cleantech og Life Science.
- Der er mangel på risikovillig kapital

STRATEGISKE INDSATSER

For at klare de udfordringer, som er identificeret i relation til innovation og iværksætteri, kræves der flere initiativer, hvor forskellige aktører i regionen spiller sammen. Følgende indsatser på området prioriteres:

- **Öresundskomiteen skal sammen med regionerne og Øresundsuniversitetet samle de berørte organisationer om udarbejdelse af en fælles strategi for, hvordan regionens samlede videnressourcer kan udnyttes på en mere effektiv måde til at skabe vækst og videntunge arbejdspladser. Dette kan eksempelvis ske ved:**
 1. At styrke "triple helix" samarbejdet mellem erhvervsliv, forskningsinstitutioner og hospitaler samt offentlige myndigheder inden for regionale styrkeområder som life science, cleantech, IKT, mv.
 2. At forbedre systemet så flere af de ideer, som udvikles i de forskellige forskningsmiljøer i Øresundsregionen, kan blive kommercialiseret gennem nye eller eksisterende virksomheder i regionen.
 3. At sikre at gode erfaringer og etableret kompetence til støtte af iværksættere nyttiggøres på tværs af Øresund.
 4. At sikre at iværksættere kan udnytte de grænseregionale fordele, for eksempel via adgangen til større markeder og erfaringerne med at starte virksomhed i udlandet.
 5. Sammen med Copenhagen Capacity, Invest in Skåne og de to stater at finde metoder, som kan lette adgangen til risikovillig kapital i hele Øresundsregionen.
 6. At Öresundskomiteen, sammen med øresundsregionale aktører og de to stater fremme og støtte koordineringen og varetagelsen af den øresundsregionale dimension i ESS og MAX IV-etableringen med henblik på at opnå maksimalt udbytte af investeringen til gavn for regionens og landenes forskning og økonomiske tilvækst.
- **Øresundsuniversitetet, staterne og regionerne på begge sider af Øresund bør tage et samlet initiativ for at forsøge at få etableret EU-programmer som eksempelvis KIC (Knowledge and Innovation Communities). De styrkeområder, som i første omgang kan prioriteres, er "Life Science", "Cleantech" og materialevidenskab.**

INFORMATION- OG KOMMUNIKATIONSTEKNOLOGI (IKT):

I Øresundsregionen arbejder mere end 80.000 personer indenfor IKT sektoren, der omfatter mere end 10.000 virksomheder. I regionen er endvidere 8.000 studerende og 5.500 forskere indenfor området.

Kilde: Øresund IT, tal fra 2002 (nye tal bliver tilgængelige april 2010).

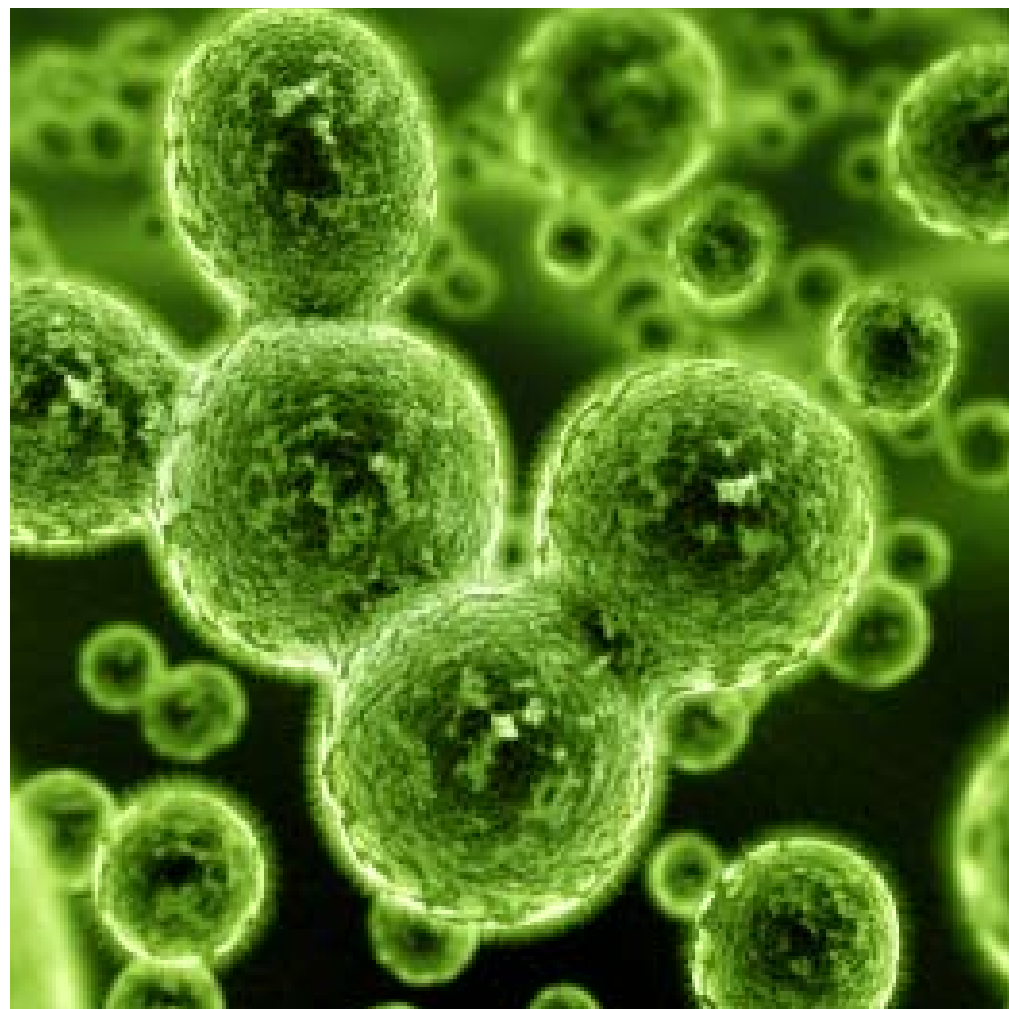
BIOSUNDHEDSKLYNGEN I ØRESUNDSREGIONEN ER IFLG. OECD EN AF VERDENS STÆRKESTE KLYNGER PÅ OMRÅDET

I 2009 åbnede Forskerparken COBIS midt i et af Europas mest markante forskningsmiljøer inden for biosundhed. Omkring forskerparken ligger markante forskningsinstitutter, som bl. andet Biotech Research & Innovation Center, Molekylærbiologiske Institut på Københavns Universitet, Finsenslaboratoriet på Rigshospitalet og det nye Protein Laboratorium på Panum Institutet.

Tilsammen rummer disse forskningsinstitutioner mere end 500 forskere, som udfører klinisk forskning, grundforskning og erhvervsrettet forskning og udvikling i verdensklasse på udvalgte områder som fx kræft og diabetes.

Baseret på denne forskning, et tæt samarbejde med forskningsmiljøerne og etablering af et incubatormiljø i samarbejde med bl. andet techtrans-enheder fra både Københavns Universitet og Region Hovedstaden forventes forskerparken COBIS i de kommende år at kunne medvirke til at fastholde regionens internationale førerposition inden for biosundhed.

Kilde: Region Hovedstaden





KULTUR OG OPLEVELSER

Kultursektoren, oplevelsesindustrien og turisterhvervet er områder, som vokser kraftigt i betydning. Både når man ser på økonomien og beskæftigelsen. Mange vurderinger peger på, at disse områder vil vokse yderligere og dermed udgøre en stadig større del af økonomien og beskæftige stadig flere mennesker.

Kultur- og oplevelsesindustrien går på tværs af sektorer, brancher og fagområder. Den omfatter kommerciel, kulturel og kunstnerisk virksomhed, som udføres af alt fra kulturproducenter til servicepersoner, fra udførende kunstnere til eventmakere. Den tværfaglige karakter stiller nye krav til håndteringen af kulturpolitikken i relation til andre politikområder, som for eksempel erhvervspolitik og forskningspolitik. Det betyder, at endnu flere parter end i dag skal inviteres til at deltage aktivt for at udnytte det fulde potentiale i kultur- og oplevelsessektoren.

Kultur og andre oplevelser er vigtige, i forhold til oplevelsen af Øresundsregionen som en åben og attraktiv region. Det er betydningsfuldt når det gælder om at tiltrække mennesker og virksomheder og i at sikre individuelle menneskers forståelse af og samspil med det omgivende samfund.

Mange kulturer og nationaliteter er repræsenteret i Øresundsregionen. Her findes et stærkt kosmopolitisk præg, som tilfører en ekstra værdi, og som åbner for nye muligheder også i en global sammenhæng.

Der findes en bevidsthed i regionen om, at et levende, varieret og kvalitetspræget kulturliv udgør en vigtig ressource for skabelsen af innovative processer og udvikling af nye brancher og produkter. Endvidere er øget kulturaktivitet for børn og unge på tværs af Øresund en mulighed for at styrke deres evne til at søge kreative løsninger, så de også i en voksen alder opfatter regionen som et muligt sted for skabende aktiviteter.

Kultur og oplevelser er store aktiver både for regionens egne borgere og for dem, der besøger regionen. Men disse sektorer er på mange områder udsat for en stærk international konkurrence fra andre storbyregioner. Det gælder især store arrangementer, men også film, billedkunst mv. En øresundsregional strategi for kultur og oplevelser er derfor nødvendig for at kunne møde den globale konkurrence.

UDFORDRINGER

For både at kunne opfylde de regionale behov og møde den internationale konkurrence kræver det, at man håndterer følgende udfordringer:

- Det er afgørende for en vellykket fremtidig udvikling af kulturen og oplevelsesindustrien i Øresundsregionen, at man øger den grænseregionale dynamik og samarbejdet på tværs af Sundet inden for regionens stærke kulturbrancher – for eksempel medier, film, musik og design.
- Der skal skabes bedre forudsætninger, når det gælder forskning, virksomhedsmiljøer, kapital, mentorordninger mv. for at stimulere og støtte innovationer og iværksætteri inden for oplevelsesindustrien i Øresundsregionen.
- Der skal skabes bedre koordinering af kulturudbuddet og den fælles udnyttelse af arenaer og kulturfaciliteter i Øresundsregionen.
- Den internationale konkurrence om arrangementer og turister stiller øgede krav til, at aktører inden for både den offentlige og private sektor samarbejder om den globale markedsføring.
- Samarbejder på tværs af Øresund skal bidrage til at styrke kultur til, med og af børn og unge med henblik på at opmuntre kreativiteten og innovationsevnen og for herigennem at sikre, at de unge kan blive ambassadører for integration, samarbejde og dialog på tværs af Øresund.

”Jag tror att ett kreativt befolkningsskikt kommer att växa fram i Öresundsregionen som drar till sig konstnärer, fotografer

Dragan Buvac, konserthuschef och vd,
Malmö Symfoniorkester

I Danmark og Sverige er der henholdsvis cirka 78.000 og 107.000 beskæftiget i kulturelle brancher. Heraf arbejder 54.000 eller 29 procent, eller 1/3 af samtlige kulturbeskæftigede i Danmark og Sverige tilsammen i Øresundsregionen.

I Øresundsregionen bruger husstandene årligt 27 milliarder DKK på kultur, hvilket svarer til 17.000 DKK per husstand, som igen svarer til 7 procent af husstandenes samlede udgifter til forbrug.

I Øresundsregionen er der årligt over 7 millioner besøgende på regionens museer og kunsthaller.

Kilde: Tendens Øresund Golden Edition 2010, på grundlag af oplysninger fra SCB og Danmarks statistik Källa: Tenden Øresund Golden Edition 2010, baserat på upplysningar från SCB och Danmarks statistik



”Vi tiltrækker allerede kunstpublikum hos hinanden i regionen, også på ARKEN. Vi har busfulde af svenskere til store, internationale udstillinger. Men det er ikke nok udveksling. Vi skal give regionen mere tyngde bl.a. via digitale platforme”

Karen Haumann,
vicedirektør, kunstmuseet ARKEN i Ishøj

STRATEGISKE INDSATSER

Aktører inden for kulturen, oplevelsesindustrien, forskningsinstitutioner og andre private og offentlige parter; regioner, kommuner og stat – bør udvikle samarbejder, som kan styrke kultur, oplevelses- og turisterhvervet ved at mobilisere ressourcer på begge sider af Øresund. Fokus skal ligge på følgende strategiske indsatser:

- **Der skal gives mulighed for et mangfoldigt kulturliv af høj kvalitet ved:**

1. At øge koordineringen af kulturaktiviteter og fremme samarbejdet med henblik på bedre fælles brug af regionens mange kulturfaciliteter og arenaer, til gavn for både publikum og producenter. Et samarbejde omkring "Artist in residence"-programmer, hvor kulturarbejdere fra hele verden indbydes til at bo, arbejde og udstille deres værker i regionen giver for eksempel mulighed for, at samtidens internationale kunst og kultur af højeste kvalitet kommer i kontakt med det lokale kunst- og kulturliv i Øresundsregionen.

- **Der skal skabes stærke kulturelle brancher og støtte til innovation inden for kulturen ved:**

1. At støtte iværksætteri inden for kultursektoren via mentorordninger mellem kulturarbejdere og virksomheder i hele Øresundsregionen.
2. Generelt at understøtte at kulturarbejdere samarbejder med erhvervslivet i hele regionen ved for eksempel at sammenkoble den danske stats satsning inden for kultur- og oplevelsesindustrien – hvor "Center for Kultur og Oplevelsesøkonomi" udgør et af elementerne – med en lignende satsning i Skåne.
3. At undersøge forudsætningen for at etablere et øresundsregionalt "Ideon", hvor kultur er en virksomhedsgren blandt andre.
4. At udvikle samarbejdsmodeller inden for nye medier for at styrke området også internationalt. At øge kulturinstitutionernes medvirken i udviklingsarbejdet og anvendelsen af ny teknik og nye medier.

Den årlige vækst i omsætningen i de kreative erhverv, som blot udgør en del af oplevelsesøkonomien, var i Sverige 7,8 procent og for Danmark 2,7 procent i perioden 1999-2003 ifølge oplysninger fra EU-Kommissionen (2007): 'The Economy of Culture in Europe'

Oplevelseserhvervene udgjorde i 2006 10,4 procent af værditilvæksten i Danmark eller i alt 87 mia. kr.

Kilde: Erhvervs- og byggestyrelsens rapport "Vækst via oplevelser – en analyse af Danmark i oplevelsesøkonomien fra september 2008".

- **Øresundsregionens kulturelle ressourcer skal synliggøres og styrke integrationen ved:**

1. At fremme samarbejde mellem eksisterende arrangementer i Øresundsregionen og støtte udviklingen af nye arrangementer. Det skal bidrage til, at medborgerne bliver mere vidende og nysgerrige om Øresundsregionen og mulighederne for at anvende hele regionen mere aktivt. Det kan dreje sig om oplevelser, der udgår fra Øresundsregionens specifikke forudsætninger og synliggør regionen, som eksempelvis det fælles historiske kulturlandskab, cykelløbet Øresund Rundt, kapsejls omkring regionen, broløbet, en uge med fokus på kunst, nye medier og madoplevelser samt arrangementer, der engagerer og synliggør de multikulturelle ressourcer, som findes i regionen.
2. At udvikle øresundsregional statistik med fokus på kultur og oplevelser.

- **Der skal skabes synlighed og global konkurrenceevne ved:**

1. At udvikle modeller som forbedrer koordinering, samarbejde og prioriteringer for at kunne konkurrere mere effektivt om forskellige arrangementer. Denne indsats skal bidrage til at få store internationale og prestigefyldte arrangementer som verdensudstillingen EXPO 2020 eller europamesterskabet i fodbold til regionen gennem samarbejde mellem blandt andet Wonderful Copenhagen og Event in Skåne samt den danske og svenske stat.
2. At udvikle samarbejdsmodeller i Øresundsregionen, som generelt styrker regionens muligheder for at konkurrere om den voksende internationale turisme. Koordinering af markedsføringen i eksempelvis Tyskland, Kina og Indien, som forventes at blive storleverandører af turister over de næste ti år, giver mulighed for større gennemslagskraft, hvis man gør det i fællesskab. (Turismen kan derudover opnå en sidegevinst gennem arrangementer.)

"Vi kan håbe på et netværk mellem offentlige kulturinstitutioner og private, så vi får et edderkoppespind af samarbejder på tværs af regionen."

Mads Øvlisen, formand for Statens Kunstråd i Danmark og i bestyrelsen for Wanås Fondet i Sverige



- **En markant fælles satsning på kultur for, med og af børn og unge for eksempel gennem skoler og i idrætsklubber for at stimulere, at børn og unge tidligt får kendskab til kulturen på begge sider af Sundet og herigennem bliver ambassadører for dialog og samarbejde på tværs af Øresund:**

1. Regioner og kommuner skal diskutere mulige indsatser. Det kan for eksempel dreje sig om etablering af en ordning, der fremmer svenske kulturarbejders muligheder for at arbejde i danske skoler og omvendt. Det kan være fælles projekter for danske og svenske unge via samarbejde mellem kulturinstitutioner på begge sider af Sundet, eller gennem initiativer i idrætsklubber.

Sådanne øresundsregionale initiativer er nødvendige for at styrke de unges sprogforståelse og åbenhed over for regionens muligheder, også når de senere skal vælge uddannelse og arbejde.

- **Der skal skabes økonomiske forudsætninger for at fremme kulturelle aktiviteter på tværs af Øresund ved:**

1. At berørte aktører (staterne, kommunerne og regionerne) skal aktualisere spørgsmålet om at anvende kulturmidler grænseoverskridende for at styrke kulturens rolle i integrationsprocessen.

ET SAMMENHÆNGENDE OG VARIERET ARBEJDSMARKED

For Øresundsregionens fremtidige udvikling er det afgørende at have et velfungerende fælles arbejds- og boligmarked, som er åbent og attraktivt både for mennesker bosat i regionen og for tilflyttere. Behovet for korrekt og højt uddannet arbejdskraft er stort inden for forskellige fremtidsbrancher. Men det er også vigtigt at kunne tilgodese behovet for arbejdskraft inden for servicefagene, både i den offentlige og private sektor.

Fremtiden indebærer, at stadig færre skal forsørge stadig flere, hvis det ikke lykkes os at få flere personer i arbejde i Øresundsregionen. Det kan ske ved øget beskæftigelsesfrekvens og øget indvandring af personer i den arbejdsdygtige alder. Regionens store mangfoldighed, når det gælder boliger, skoler, kultur og natur, gør det lettere at rekruttere arbejdskraft til Øresundsregionen sammenlignet med en mindre arbejdskraftregion. For at klare det kræves der dog en betydelig koordinering af indsatser fra forskellige aktører i Øresundsregionen.

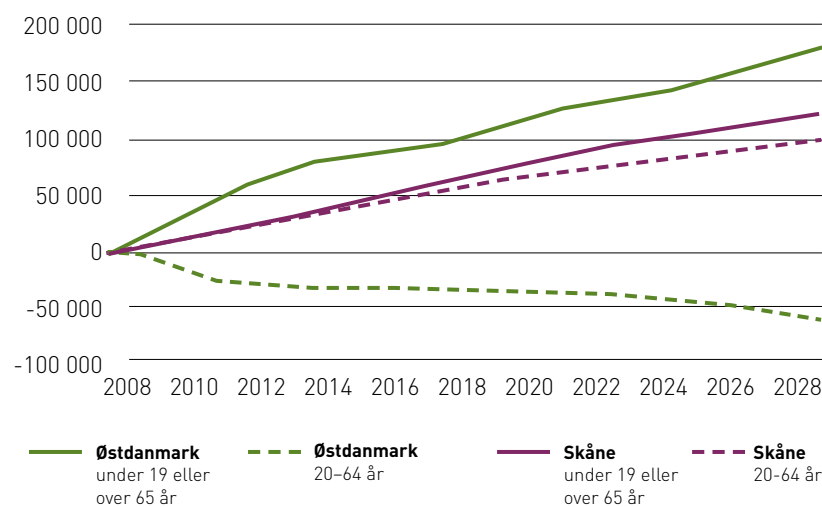
Det store spørgsmål er, hvordan Øresundsregionens arbejdsmarked vil udvikle sig i et længere tidsperspektiv. Befolkningsprognoser kombineret med rimelige antagelser om beskæftigelsesniveauer og arbejdsproduktivitet giver følgende billede. Det skal tilføjes, at

der ikke er taget hensyn til pendlingens indvirkning eller proaktive indsatser for at imødegå problemerne. Det billede, som toner frem, viser den overordnede udfordring, som regionen står over for på det fremtidige arbejdsmarked.

Allerede gennemførte analyser viser, at hvis Øresundsregionen skal opnå samme økonomiske vækst, som i de foregående år, kan regionen i fremtiden komme til at stå i den situation, at der er en stor mangel på arbejdskraft. Hvor stor arbejdskraftsmanglen vil blive, vil yderligere analyser vise. Denne mangel på arbejdskraft kan risikere både at skabe en øget konkurrence om arbejdskraft mellem Sjælland og Skåne og skabe "flaskehalse" inden for forskellige erhverv, brancher og fag.

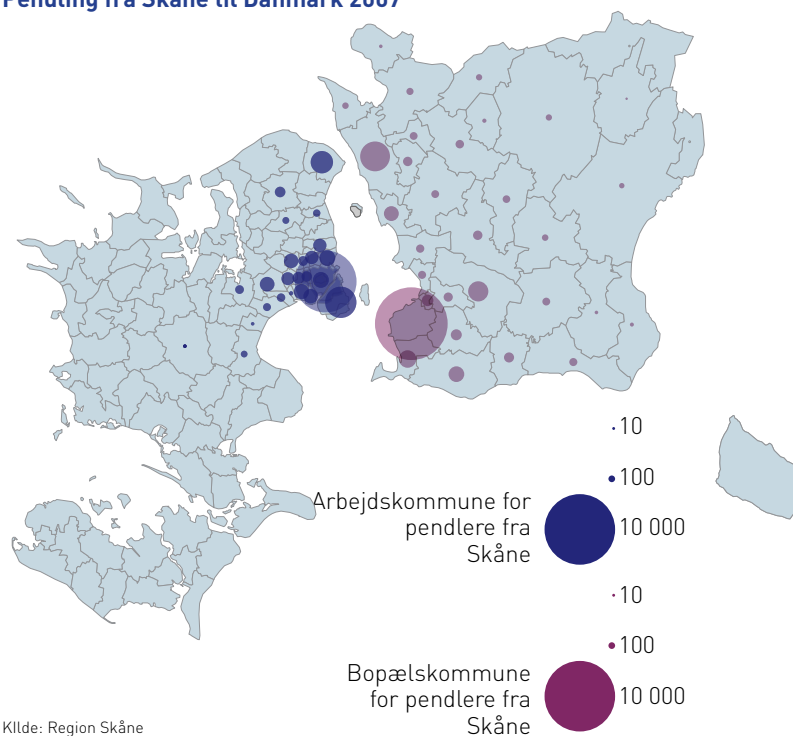
Billedet af det samlede arbejdskraftbehov i Øresundsregionen viser, at de største mangelfag er nogenlunde de samme på begge sider af Sundet. Både på Sjælland og i Skåne vil der frem for alt blive behov for uddannede inden for sundhedssektoren, det øvrige plejemarked og uddannelsesområdet.

Befolkningsudviklingen fordelt på aldersgrupper i perioden 2008 – 2027 i Østdanmark og Skåne



Kilde: Danmarks statistik og Region Skåne

Pendling fra Skåne til Danmark 2007



Kilde: Region Skåne



Når det gælder personer med videregående uddannelser, vil efterspørgslen i Skåne gælde læger, tandlæger og visse andre uddannelsesgrupper inden for pleje og omsorg. Det gælder også førskolelærere, civilingeniører og diplomingeniører. På den danske side findes mangelfagene inden for sundhedssektoren, lærere (folkeskolen), pleje og omsorg samt bygge og anlæg.

For at imødegå den kommende mangel på arbejdskraft på begge sider af Sundet er det vigtigt, at man på nationalt, regionalt og kommunalt niveau arbejder ud fra et øresundsregionalt perspektiv med henblik på at skabe et fælles arbejdsmarked med fri bevægelighed for arbejdskraften, og hvor virksomhederne kan udnytte hele regionen som et sammenhængende marked. Det kræver blandt andet bedre information fra myndigheder og en harmonisering af lovgivning og uddannelser.

Validering af svenske og danske uddannelser er i dag et problem, når forskellige arbejdsgivere skal sammenligne ansøgninger forud for ansættelser. Eksempelvis er social- og sundhedsassistent blevet et autorisationsfag i Danmark. Autorisationskravene er skræddersyet til den danske uddannelse, hvilket bevirker, at de fleste svenske "undersköterskor" ikke længere kan opnå ansættelse som social- og sundhedsassistenter i Danmark. Det er et problem, når man tænker på, at vi i dag har stort overskud af denne arbejdskraft i Sverige og en tilsvarende mangel i Danmark. Problemet findes også inden for andre fagområder, for eksempel i byggesektoren.

Det er en prioriteret opgave at udvikle den grænseregionale arbejdsmarkeds- og uddannelsesstatistik og at udvikle analyse- og prognoseinstrumenter for bedre at kunne forudse arbejdsmarkedets fremtidige behov for arbejdskraft og kompetencer.

Man skal endvidere være opmærksom på den globale konkurrence om arbejdskraften. Den vil sandsynligvis blive skærpet i fremtiden og dermed risikere at forværre situationen. Presset på arbejdsmarkedet kan dog falde takket være lavere økonomisk aktivitet (lavkonjunktur), øget indflytning/indvandring, øget beskæftigelsesfrekvens og øget arbejdsproduktivitet. Men uanset dette, er det indlysende, at der må gøres noget allerede nu.

“Vi måste överhuvudtaget titta på hur förutsättningarna för att jobba och bo är i Bombay, New York, London, Düsseldorf, för det är dem vi konkurrerar med.”

Stephan Mühler, vd Sydsvenska industri- och handelskammaren



UDFORDRINGER

De beskrevne udviklingstendenser stiller regionens arbejdskraftforsyning over for betydelige udfordringer, som kan sammenfattes i følgende punkter:

- De formelle og institutionelle hindringer og barrierer, som gør det vanskeligt for arbejdstagere at bo og arbejde på forskellige sider af Øresund, samt for virksomhedsejere at ansætte personer fra den anden side, skal så vidt muligt fjernes eller have mindre betydning.
- Det er nødvendigt med en forstærket og videreudviklet informationsservice til borgere og virksomheder som skal sikre synlighed om jobmuligheder og arbejdsmarked, overblik over regler og rammer samt understøtte en øget og mere effektiv koordinering af forskellige ressourcer.
- Det er nødvendigt med en betydelig tværgående koordinering af forskellige aktørers indsatser både centralt, regionalt og lokalt på begge sider af Øresund for at sikre forsyning af arbejdskraft og kompetence i Øresundsregionen. Dette gælder både i forhold til den offentlige sektor, fx på pleje-omsorgsområdet, og ikke mindst på de fremtidige erhvervsområder, som skal sikre vækst og arbejdspladser i regionen, fx inden for biosundhed, Cleantech, IT mv.
- Det skal være muligt uden formelle hindringer at give personer med forskellige uddannelser, faglige kompetencer og praktik adgang til alle regionens arbejdspladser, uanset om færdighederne er erhvervet i Sverige eller Danmark.
- Det skal lykkes at udnytte den betydelige ressource, som arbejdskraften med udenlandsk baggrund udgør, ikke mindst de unge.
- Der skal gøres særlige anstrengelser for at tiltrække arbejdskraft fra andre dele af verden.
- Borgerne på begge sider af Sundet skal opfatte Øresundsregionen som et fælles arbejdsmarked. Grænsehindringer som begrænser den frie mobilitet i Øresundsregionen kan også begrænse den frie mobilitet i andre nordiske og europæiske grænseregioner. Da en tredjedel af Europas befolkning lever i grænseregioner og dermed påvirket af to nationers lovgivning og regler, er det vigtigt at grænsehindringsarbejdet koordineres på regionalt, nordisk og europæisk niveau.

De seneste års udvikling har vist, at der har udviklet sig et stadig mere integreret og sammenhængende arbejdsmarked i Øresundsregionen. Frem for alt har mange personer fra Skåne fået arbejde i Københavnsområdet, ikke mindst blandt de unge. Antallet af svenskfødte pendlere var 3.226 i 2005, 4.581 i 2006 7.063 i 2007 og 10.000 (prognose i 2008)



"Den høje skat er en hindring for tiltrækning af højtuddannet, udenlandsk arbejdskraft i Øresundsregionen.."

Susanne Korsgaard, direktør
for HR og intern administration,
Ferring Pharmaceuticals A/S i Ørestad



■ STRATEGISKE INDSATSER

Et integreret arbejdsmarked som tilbyder mange forskellige typer af jobs, er en strategisk forudsætning for, at Øresundsregionen skal fortsætte med at udvikle sig i positiv retning. Det er endvidere en vigtig forudsætning for befolkningens velfærd og virksomhedernes tilvækst. For at møde udfordringerne på arbejdsmarkedet kræves der strategiske indsatser, hvor mange forskellige parter i regionen samarbejder:

- **Öresundskomiteen skal, sammen med de regionale og kommunale aktører fortsætte med, i dialog med de to stater, Nordisk Ministerråd/Gränshinderforum arbejde for at få fjernet eksisterende grænsebarrierer i så vid udstrækning som muligt. Dette kan eksempelvis ske ved:**
 1. ØresundDirekt, den fælles informationsservice på begge sider af Sundet, skal videreudvikles. Tjenesten skal sikre overblikket over muligheder, rammer og regler og tilbyde assistance til virksomheder og jobsøgende i Øresundsregionen. En service der skal tilbydes i samarbejde med regioner, kommuner og de relevante statslige myndigheder.
 2. At få tilpasset skattesystemet, det sociale sikringssystem og A-kassesystemet, så det bliver lettere at arbejde og bo på forskellige sider af Øresund.
 3. At skabe et system, som gør det muligt for de samme faggrupper med uddannelse/kompetence/eksamen fra henholdsvis Sverige og Danmark at arbejde i hele regionen.
- **Der er et behov for en diskussion om den langsigtede arbejdskraftforsyning i regionen med repræsentanter for statslige myndigheder, regionerne, kommunerne, arbejdsgiverorganisationer, arbejdstagerorganisationer, Beskæftigelsesregion Hovedstaden og Sjælland samt arbejdsformidlingen i Skåne. Initiativet skal ses i sammenhæng med det igangværende projekt "Kompetenceregnskab Øresund." Dette kan eksempelvis ske ved:**
 1. At gennemføre en nærmere undersøgelse af forholdet mellem uddannelse og udbuddet af arbejdskraft.
 2. At finde mere effektive metoder til indslusning af regionsindbyggere med udenlandsk baggrund på arbejdsmarkedet.
 3. At finde mere effektive metoder til at beholde og tiltrække kvalificeret arbejdskraft fra udlandet.
 4. At forbedre statistikken og udvikle metoder til bedre at vurdere den fremtidige efterspørgsel og udbuddet af arbejdskraft.
 5. At skabe et varieret boligmarked med forskellige typer af ejer-, andels- og lejeboliger.



TILGÆNGELIGHED OG MOBILITET

Menneskers bevægelighed og mulighed for at nå frem til alle steder i Øresundsregionen er en forudsætning for et fælles arbejdsmarked, et velfungerende samarbejde mellem skoler og universiteter/højere læreanstalter og for at kunne udnytte hele udbuddet af kultur og oplevelser.

Øresundsregionen er i dag også et trafikknudepunkt, hvor internationale transportkorridorer på europæisk niveau krydser hinanden. De er samtidig nationale knudepunkter af største betydning for både Danmark og Sverige. Regionens tilgængelighed er efter international målestok god, men den er udsat for pres på en række områder.

"Vi skal lave de rigtige investeringer i infrastruktur og ikke hele tiden vente på, at trafikken står stille før vi gør noget."

Jesper Møller, formand for Dansk Industri
og direktør for Toms Gruppen

De udfordringer, som regionen står overfor på det trafikale og infrastrukturmæssige område, skal imødegås ved fælles indsatser fra begge lande, hvis målsætningen om at udvikle regionen og dens konkurrenceevne skal realiseres.

På infrastrukturuområdet er strategien baseret på tre overordnede hensyn:

- **At komme til og fra regionen**
– den internationale tilgængelighed
- **At komme rundt i regionen**
– den indenregionale tilgængelighed og mobilitet
- **At komme igennem regionen**
– regionen som transitområde

Samlet set skal høj mobilitet og tilgængelighed i Øresundsregionen således både understøtte og styrke den igangværende grænseregionale integrationsproces og udvikle den internationale tilgængelighed med henblik på at styrke regionens konkurrenceevne.

■ EN KLIMASMART REGION

Trafik og transporter bør endvidere ses i relation til klima- og miljøspørgsmål. En stigende trafikmængde i løbet af de kommende 20 år er en klimamæssig udfordring, som skal løses med hensyn til miljøbelastning. Det stiller krav til udvikling af miljøvenlige transport og bedre kollektive løsninger for både gods- og persontransport.

Øresundsregionen har alle forudsætninger for at være en verdensledende region for holdbar udvikling. Klimaarbejdet skal samordnes bedre i regionen, for at sprede

erfaringer og gode eksempler. Målet er at udvikle og bibeholde en klimasmart region med ren natur og sunde have, til rekreation med unikke værdier.

"Jag tror att man i framtiden måste bli mycket mer kommunikativ i infrastrukturen för att den ska utnyttjas bättre."

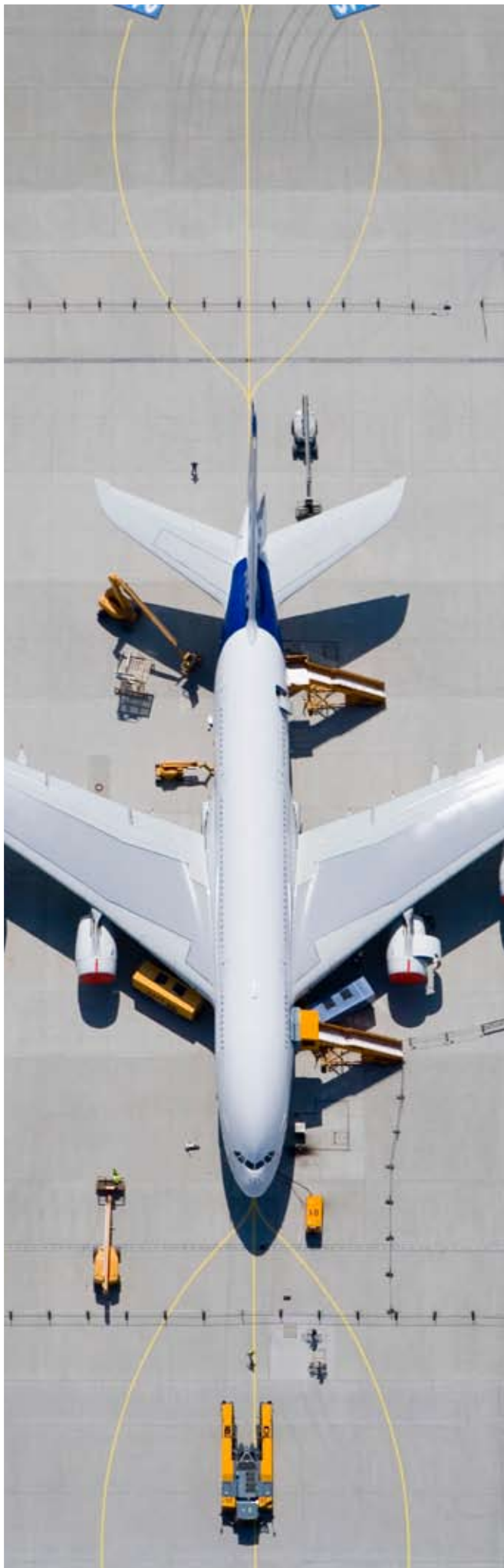
Caroline Ullman-Hammer, vd, Øresundsbron



"Det er en god og vigtig ide med et mere omfattende Øresundsbillet-system. Vi bor tæt og vil integreres. Tanken er rigtig med et fælles produkt til for bus, metro og tog i Hovedstadsområdet og Skåne."

Dorthe Nøhr Pedersen, direktør for Trafikselskabet Movia





"En fast förbindelse mellan Helsingborg och Helsingør är fullständigt avgörande för Öresundsregionen i framtiden. Utan en fast förbindelse kommer vi att få hårdsmälta i kommunikationerna."

Renée Mohlkert, näringslivs- och marknadsdirektör, Helsingborg

DEN INTERNATIONALE TILGÆNGELIGHED

Øresundsregionen og dens omdrejningspunkt, har i dag en høj international tilgængelighed, primært takket være Københavns lufthavn i Kastrup. Den har en vigtig funktion som port til hele Skandinavien og især til Øresundsregionen. Men der er behov for at styrke denne position for at imødegå den internationale konkurrence om interkontinentale forbindelser. Det er afgørende for en positiv udvikling i hele Øresundsregionen, at den internationale tilgængelighed er høj. Så bliver regionen attraktiv for placering af større virksomheder, internationale projekter og arrangementer.

Etableringen af Femern Bælt forbindelsen vil generelt øge tilgængeligheden. Koblingen mellem forbindelsen til Nordeuropa, lufthavnen og det øvrige Skandinavien via Øresundsbron vil skabe særdeles fordelagtige vilkår for regionens udvikling. Men det kan kun udnyttes optimalt, hvis forbindelsen til de øvrige europæiske centre forstærkes.

Kortere rejsetid mellem København/Malmö og de nærmeste europæiske storbyer (Hamburg, Bremen, Berlin, Göteborg, Oslo og

Stockholm), med højhastighedsforbindelser, er vigtigt for at give Kastrup det større opland, som er nødvendigt for at bevare den gode internationale tilgængelighed. Trafikken kan i visse dele af Øresundsregionen starte med 200 km/t, men på sigt planlægges det at hastigheden stiger. Også Kastrups kobling til den regionale togtrafik på begge sider af Sundet, bør styrkes.

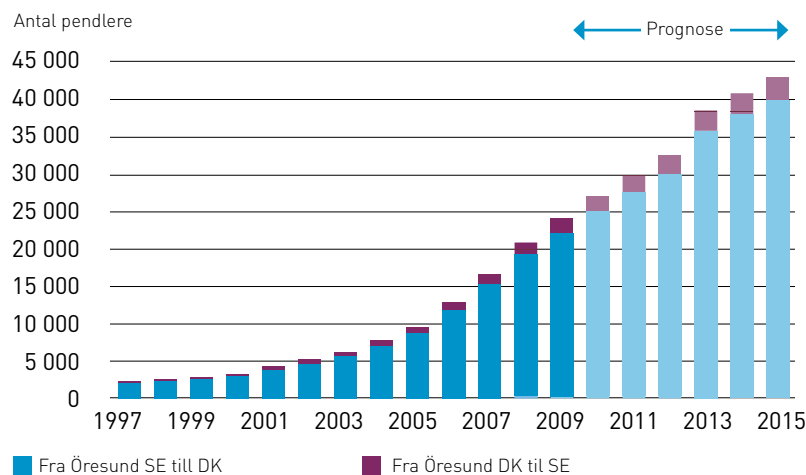
Den generelle trafikudvikling forventes at indebære et markant stigende transportbehov i hele regionen. Højere hastigheder, udviklingen i pendling på tværs af Sundet, samt et øget behov for godstransporter rejser spørgsmålet, om kapaciteten over Øresund er tilstrækkelig. En sikring af fremtidig kapacitet peger på, at etableringen af yderligere forbindelser mellem Danmark og Sverige kan blive nødvendig inden for ganske få år. Den danske og svenske stat bør derfor indlede arbejdet med en fast forbindelse mellem Helsingør og Helsingborg.

DEN INDENREGIONALE TILGÆNGELIGHED

Det voksende pres på trafikken til og fra regionens centrale områder skaber flaskehalse på begge sider af Sundet. Udviklingen i pendling viser tydeligt, at Øresundsregionen er på vej til at blive en sammenhængende arbejds- og boligregion, hvor borgerne be-

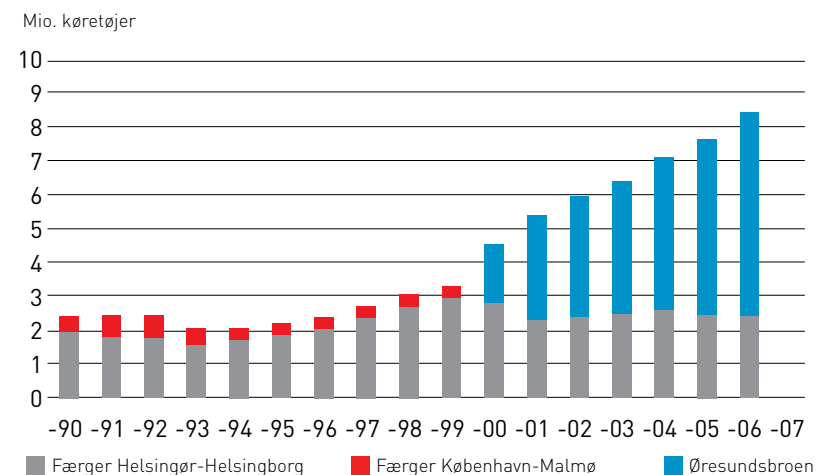
væger sig på kryds og tværs til deres arbejdspladser i hele regionen. Fortsætter denne udvikling, stiller det krav til et velfungerende kollektivt trafiksystem, som kan aflaste vejtrafikken og skabe mere miljøvenlige transportalternativer. Specielt når det gælder Øresundstrafikken, hvor pendlingen er øget markant, er der behov for

Arbejdspendling over Øresund 1997 - 2015
Prognose 2008-2015



Kilde: TendensØresund 2010

Trafikken over Øresund
1990-2007



Kilde: TendensØresund 2010

at øge kapaciteten på jernbaneområdet. En yderligere forbindelse over Sundet giver nye muligheder for at udnytte de kollektive trafiksystemer i en fortsat integration af Sjælland og Skåne.

Forbindelserne mod København og Malmö fra de øvrige dele af regionen kræver en opgradering. Fremkommeligheden med tog på Sjælland og delvist i Skåne er begrænset på grund af forældet materiel og manglende kapacitet. Bilkøer på vejene koster hvert år samfundet milliarder og kan blive en trussel mod fortsat vækst i Øresundsregionen.

At skabe et sammenhængende kollektivt trafiksystem i hele regionen, er en udfordring. Dette indebærer, at den regionale togtrafik på Sjælland, i lighed med i Skåne, bliver koblet sammen med togtrafikken over Sundet, så man får hurtigtgående regionaltog, der

dækker hele regionen. Investeringer i intermodale anlæg, som for eksempel "park and ride"-anlæg, skal understøtte skiftet mellem forskellige transportformer, så adgangen til den kollektive trafik forbedres.

Kapacitetsproblemerne i vejnettet skyldes, at hovedstrømmene går i østlig-vestlig retning mod København på den danske side, og mod Malmö, Lund og Helsingborg på den svenske side. Det tværgående vejnet på Sjælland er ikke tilstrækkeligt udbygget. Der er derfor behov for hurtigere og mere direkte forbindelser mellem byerne. I hovedstadsområdet er trafiktrykket på de tværgående ringveje stort. En fremtidig forbindelse mellem regionens nordlige del med tilknytning til motorvejsnettet mod syd skal ses i relation til behovet for yderligere kapacitet over Øresund.

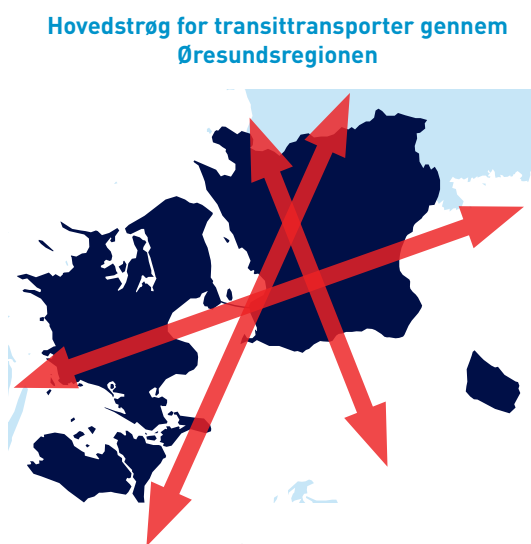
■ ØRESUNDSREGIONEN SOM TRANSITOMRÅDE

Takket være sin geografiske position er Øresundsregionen et transitområde mellem den skandinaviske halvø og de store markeder i det kontinentale Europa. Regionen ligger endvidere centralt placeret i skæringspunktet for de internationale transportkorridorer mellem storbyer som Oslo, Göteborg, Stockholm, Helsinki, Hamburg og Berlin. Øresundsregionen har også en strategisk placering i forhold til de østlige dele af Østersøregionen med dens store potentiale for øget udveksling med det vestlige Europa. Dertil kommer, at regionen i kraft af sin store befolkning er et naturligt knudepunkt i de internationale korridorer.

Øget handel og en stadig mere integreret europæisk økonomi indebærer, at transporter af både personer og gods mellem de forskellige dele af Europa vil blive vigtigere og vokse i omfang. Udbygningen af den faste forbindelse over Femern Bælt vil styrke den nord-sydgående transportkorridor gennem Øresundsregionen. Gennemgående transporter er derfor og vil også i fremtiden være en vigtig del af hverdagen i Øresundsregionen. Den teknologiske udvikling og de begrænsninger, som transporterens klimapåvirkning og trængsel forårsager, indikerer, at en voksende del af godstransporterne nødvendigvis må foregå via bane og skib og i intermodale transportkæder, hvor disse transportmidler indgår.

Hovedparten af godstransporterne i Øresundsregionen foregår med lastbil og skib. De gennemgående transporter betjener ikke virksomheder eller indbyggere i Øresundsregionen, men belaster en allerede hårdt presset infrastruktur. Som følge heraf stiger trængs-

len, og tilgængeligheden reduceres. Desuden indebærer transittrafikken en øget miljøbelastning i form af støj og udslip, hvilket yderligere forøger de negative effekter.



Men der er også positive effekter. Transittransporterne bidrager til at skabe et større udbud og øget frekvens af flyforbindelser, færgeforbindelser, søfart og muligheder for terminaler og tredjepartslogistik. Den infrastruktur, som motiveres af transittrafikken, har derfor en værdi for trafikforsyningen i regionen.

Udfordringen bliver i høj grad at udnytte transitttransporten som en værdiskabende aktivitet. Transitgods kan også indgå i en værdikæde, hvor godset gennemgår forskellige typer af bearbejdninger og håndteringer, som fører til, at godset stiger i værdi. Derudover kan regionens kompetence inden for logistik bevares og udvikles som en vær-

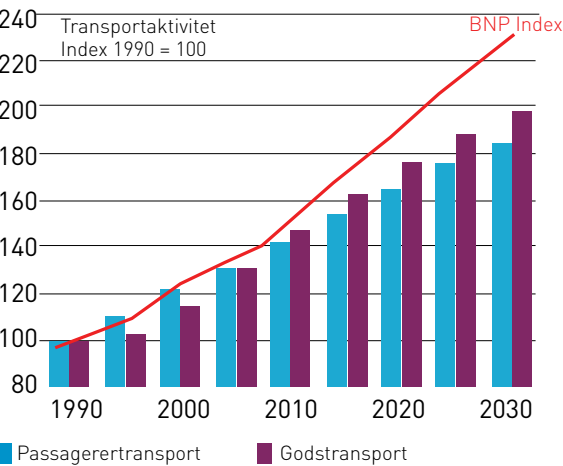
diskabende branche.

Begrebet grønne korridorer er blevet lanceret af EU-kommissionen som en del af den fremtidige europæiske transportpolitik. I EU's forslag til strategi for Østersøområdet indgår endvidere en udvikling af grønne korridorer blandt andet gennem konkrete eksempler. Udgangspunktet er at møde klimaudfordringerne og samtidig øge konkurrenceevnen. En grøn korridor er kendetegnet ved bæredygtige logistikløsninger, integrerede logistikplaner med optimal udnyttelse af trafiktyperne, harmoniserede love og regler, koncentration af national og international godstrafik, effektive



og strategisk placerede omladningspunkter med støttende infrastruktur og en platform for udvikling og demonstration af innovative logistikløsninger. Søfarten vil højst sandsynligt få større betydning for godstransporterne. Det indebærer, at Øresundsregionens havne bliver endnu mere vigtig som logistisk omdrejningspunkt og skal derfor have multimodale faciliteter til et godt vej- og jernbanenet. Øresundsregionen har gode forudsætninger for at udvikle sig som en modelregion for grønne transporter. Regionen ligger i skæringspunktet for flere internationale transportstrøg.

Vækst, transporter 1990-2030



Källa: TendensØresund 2010

I 2005 forventes transitttransporteren på vej og bane at omfatte ca. 25 mil. ton gods. Det kan sammenlignes med, at 85 mil. ton blev transporteret til og fra regionen, og at 140 mil. ton gælder transporter med både start og mål inden for regionen.

Dertil kan lægges en omfattende skibstrafik, som passerer gennem Øresund og Store Bælt gennem havnene i regionen.

Af de 20 mil. personer, som årligt passerer Kastrup Lufthavn, udgør 5 mil. transferpassagerer. Færgeruterne fra havne i Øresundsregionen udgør vigtige bindeled for personrejser mellem Skandinavien og det kontinentale Europa.

Kilde: IBU-Øresund

DEN DIGITALE INFRASTRUKTUR

Danmark og Sverige er i dag førende IT-nationer. Rapporterne "Bredbandsstrategi för Sverige" og "Danmark som højhastighedssamfund" peger begge på behovet for at udbygge bredbåndsinfrastrukturen de kommende år, for at klare fremtidens kapacitetskrav. En høj grad af anvendelse af IT og internet er godt, både når det gælder vækst, konkurrenceevne og innovation. Det bidrager endvidere til udviklingen af et bæredygtigt samfund. Der kræves dog en bedre koordineret satsning på den digitale infrastruktur (teknik, standarder, priser mv.) i hele Øresundsregionen for at borgere og virksomheder skal få så effektive værktøjer som muligt, men også for at styrke regionens internationale tiltrækningskraft. Målet er, at Øresundsregionens bredbåndsinfrastruktur skal være blandt de bedste i verden med hensyn til kvalitet, hastighed og mobilitet.



UDFORDRINGER

På baggrund af de problemer og muligheder, som er beskrevet vedrørende tilgængelighed og mobilitet, kan de største udfordringer sammenfattes i følgende punkter:

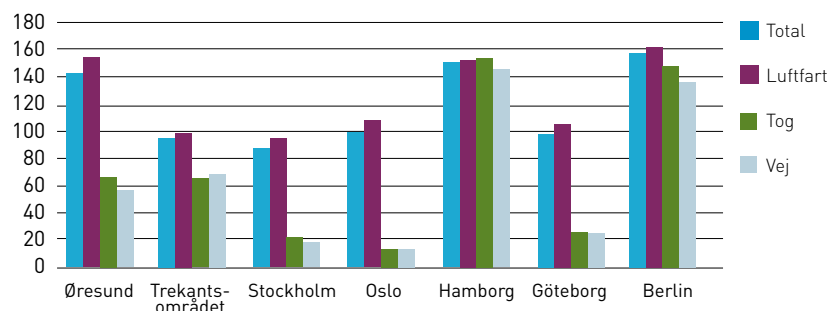
- De voksende problemer med at bevæge sig mellem regionens østlige og vestlige dele forårsages primært af kapacitetsproblemer inden for togtrafikken. Der er behov for nye initiativer omkring både tog- og vejforbindelser over Øresund, hvis ikke regionens fremtidige udvikling skal blive bremsset på afgørende vis.
- For at udnytte Øresundsregionens samlede kraft skal regionens forskellige dele forbindes på en mere effektiv måde med kollektiv trafik, men også når det gælder udbygning af strategiske vejsektioner.
- Øresundsregionens generelt set gode internationale tilgængelighed afhænger først og fremmest af de internationale flyforbindelser. Kastrup skal forbedre sin konkurrenceevne som international lufthavn, hvis Øresundsregionens globale position og tiltrækningskraft skal bevares og styrkes.
- Hovedparten af godstransporterne i regionen foregår via vejnettet og med skib. Transporten af gods inden for og gennem regionen forventes at stige kraftigt. Det forudsætter, at godstransporterne bliver effektiviseret og i større udstrækning foregår via bane, samt at infrastrukturen bindes op på velfungerende knudepunkter.

Interregprojektet IBU-Øresund initieredes af Øresundskomiteen. I projektet samarbejder drygt 30 svenske og danske kommuner og regionale aktører samt statlige myndigheder med at skildre en fremtidsbillede af infrastruktur, byudvikling og næringsliv i Øresundsregionen. Målet med IBU-Øresund er at bidrage til en attraktiv og konkurrencedygtig Øresundsregion med en langsigtet bæredygtig udvikling.

www.ibu-oresund.se www.ibu-oresund.dk

- Øresundsregionen skal have adgang til bredbånd i verdensklasse og være en modelregion i verden for at alle borgere og virksomheder har tilgang til bredbånd med høj kvalitet, hastighed og mobilitet. Dette styrker regionens internationale konkurrence- og attraktionskraft.
- Øresundsregionen har alle forudsætninger for at være en verdensledende region for holdbar udvikling og klimavenlige transport. Klimaarbejdet skal samordnes bedre for at sprede erfaringer og gode eksempler. Målet er, at udvikle og bibeholde en klimasmart region med ren natur og sundt hav til rekreation med unikke værdier

Tilgængelighedsindeks for udvalgte europæiske regioner 2001



Kilde: ESPON/COWI

Øresundsregionen har generelt en høj tilgængelighed sammenlignet med andre regioner i Nordeuropa. Den høje tilgængelighed skyldes imidlertid primært Kastrup Lufthavn. Sammenlignet med Hamborg og Berlin er Øresundsregionens

Kilde: IBU-Øresund, 2009



■ STRATEGISKE SATSNINGER

De nævnte udfordringer skal imødegås med en række strategiske indsatser over en bred front, ikke mindst fordi mobiliteten og tilgængeligheden i Øresundsregionen er meget vigtig for at styrke den funktionelle region. Den nationale grænse stiller desuden særlige krav til udformningen og sammenkoblingen af transport- og kommunikationssystemerne. Her skal der tages særskilte hensyn til klima, miljø og menneskers sundhed.

- **Öresundskomiteen skal, i samarbejde med de regionale og kommunale aktører, fortsætte dialogen med de to stater om at få igangsat de nødvendige nationale udredningsarbejder om de langsigtede behov for yderligere investeringer i togforbindelser, veje, lufthavne og havne. Blandt andet ved:**
 1. At imødegå øgede kapacitetsbehov på forbindelserne over Øresund ved at forberede bygning af en fast forbindelse mellem Helsingør- Helsingborg.
 2. At træffe direkte foranstaltninger til at sikre Kastrups position som international storlufthavn ved at bibeholde og udvide forbindelser til destinationer på vigtige markeder rundt om i verden.
 3. At skabe et velfungerende kollektivtrafiksystem i hele Øresundsregionen, ved at sammenkoble den regionale togtrafik på begge sider af Øresund.
 4. At i fællesskab arbejde for jernbanenet til tog med højere hastigheder i Sverige og Danmark med tilslutning i Kastrup. Det skal dels sammenknytte vore lande med Kastrup som centralt knudepunkt, men frem for alt koble disse net op på det europæiske højhastighedsnet.
 5. At medvirke til at øge tilgængeligheden og mobiliteten i trafikkorridorerne, som understøtter integrationen af hele regionen.
 6. At udvikle Øresundsregionen til en modelregion for grønne transport.
 7. At undersøge forudsætningerne for en grænseoverskridende Øresundsregional klimastrategi
- **Öresundskomiteen skal sammen med statslige myndigheder, regionerne og kommunerne blive enige om satsninger på tog- og vejforbindelser, som bidrager til på en bedre måde at sammenknytte yderområderne, både indbyrdes og med regionens centrale dele.**
- **Öresundskomiteen skal sammen med de ansvarlige aktører for den kollektive trafik i regionen for at undersøge forudsætningerne for at indføre et fælles pendlerkort, som gælder i en vis periode i hele Øresundsregionen. Det ville gøre det lettere at rejse og sende et stærkt signal om en sammenhængende storbyregion.**
- **Öresundskomiteen skal sammen med de øvrige nationale og regionale aktører sikre, at forbindelserne via Femern Bælt til Hamburgregionen med dens landtilslutninger, har tilstrækkelig høj kapacitet.**
- **Öresundskomiteen skal, sammen med de ansvarlige aktører på IKT-markedet i Øresundsregionen for at søge at opnå en fælles "Øresundstakst" for telefoni og IT-kommunikation (en operatør anvender allerede dette princip inden for mobiltelefoni og mobilt bredbånd).**
- **Øresundsregionen skal fungere som en global modelregion for digital integration**

ØRUS

STYREGRUPPE

Öresundskomiteens forretningsudvalg

LEDELSESGRUPPE

Mikael Stamming Öresundskomiteen

Monika Yngvesson Region Skåne

Jens Christian Sørensen Region Hovedstaden

ARBEJDSGRUPPE

Gunne Arnesson Lövgren Region Skåne

Kristian Johnsen Region Hovedstaden

René Lønne Region Sjælland

Malene Barenholdt Götze Københavns Kommune

Christer Persson Malmö stad

Thomas Nymann Nielsen KKR Sjælland

Mette Jeppesen KKR Hovedstaden

Per Bennetsen Region Sjælland

Inger Nilsson Malmö stad

Claus Juhl Københavns Kommune

Lilian Persson Kommunförbundet Skåne

Anette Vedel Carlsen Öresundskomiteen

Elsebet Fristed Öresundskomiteen

Mikael Stamming Öresundskomiteen

Claes Håkansson Öresundskomiteen

Daniel Persson Öresundskomiteen

Birgitte Steenstrup Öresundskomiteen

Ansvarshavende redaktør:

Mikael Stamming

Redaktion:

Elsebet Fristed og Eva Holmestig

Redaktionen afsluttet:

marts 2010

Grafisk design:

Mikael Forth

Foto:

Viktoria Blomberg: side 11, 16 21, 27 och 29.

Exigus/Region Skåne/Sydpol.com: side 18, 19 23, 25

iStockphoto: side 7, 11, 19 21 och 32

Öresundsregionens Lille Blå: side 15

Polfoto/Alexis Maryon: side 4, Polfoto/Kirchherr: side 8,

Pofoto/Stella: side 12

Miriam Preis: side 1, 11, 28 och 29

Miklos Szabo: side 31

Stock Xchng/clix: side 16

WOCO/Christian Alsing: side 36

Öresundskomiteen/Eva Holmestig: side 25 och 28,

Öresundskomiteen/Mikael Stamming: side 6

Følgende organisationer har deltaget aktivt i processen:

Albertslund kulturforvaltning
Alexandrea Institut A/S
Alfalaval
Arbetsförmedlingen
Arken
Artlab
Arup
Atrendia ApS
Auto Images AB
Ballerup Kommune
Baltic Sea Solutions
Banverket Malmö
Beskæftigelsesregion Hovedstaden og Sjælland
Bilka
Bornholm Regionskommune
Bromölla kommun
Business Region Skåne
Cantabile 2
Center for Bolig og Velfærd
Center for Kultur- og Oplevelsesøkonomi
CIRCLE, Lund University
COBIS
Copenhagen Business School
Copenhagen Capacity
Copenhagen Film Festivals
Copenhagen Malmö Port CMP
Crossroads Copenhagen
Damvad
Danmarks Biblioteksskole
Danmarks Tekniske Universitet
Dansescenen København
Dansk Byggeri
Dansk Erhverv
Dansk Industri
Danske Vognmænd
DI Transport
Drömarnas Hus i Malmö
DSB
E.ON Nordic
ESS Scandinavia Sekretariat
Europeiska Ungdomsparlamentet
Event in Skåne
Femern Bælt
Ferrings AS
FORA
Form/Design Center
Forsknings- og Innovationsstyrelsen
Frederiksberg kommune
Furesø kommune kulturforvaltning
Företagarna
Försäkringskassan
Geografisk Institut, Københavns Universitet
Greve kommune
Greve Museum
Gymnasielærerforening
Gymnasieskolen Spyken
HAMMER & HANBORG
Handelskammer Hamburg
Helsingborg stad

Helsingborgs Kulturförvaltning
Helsingborgs Marknadsföring
Helsingør kulturforvaltning
Henning Larsen Architects
Herlev Børne- og Kulturforvaltning
Holbæk Museum
Hvidovre Bibliotekerne
Hässleholm Kommun
Hässleholm Kulturhus
Håndværksrådet
IBU-Öresund
Ideon Center i Lund
Innovationsbron
Interreg-sekretariatet, Øresund
KKR Hovedstaden
KKR Sjælland
Kommunförbundet Skåne
Kreative Byer
Kristianstad Högskola
Kullaflyg
Kultur- og Fritid Lunds kommun
Kultur och Näringsliv
Kultur og fritidsforvaltningen i Kristiansstad
Kultur og fritidsforvaltningen Simrishamn
Kultur og kommunikation i København
Kultur Skåne
Kulturen i Lund
kulturforvaltningen Albertslund
Kulturforvaltningen Helsingborg
Kulturförvaltningen Malmö stad
Kulturhuset Mazetti
Kulturregion Midt og Vestsjælland
Kulturregion Storstrøm
Kunstakademiets Arkitektskole
Københavns Kommune
Københavns kommune kulturforvaltning
Københavns Lufthavn
Københavns Universitet
Køge kommune kulturforvaltning
Landskrona stad
LCTF Lolland community testing facility
Lejre kommune
LIFE - Det Biovidenskabelige Fakultet
LO
Lunds kommun
Lunds Tekniska Högskola
Lunds Universitet
Malmö Arena
Malmö Dramatiske Teater
Malmö Högskola
Malmö Museer
Malmö stad
Malmö Symfoniorkester
Malmö Turism
Mandag Morgen
MANNOV AB
Media Mötesplats Malmö
Medicon Valley Alliance
MINC

Mobile Heights
Musik i Syd
Nordea
Nordisk Ministerråd
Nueva
Näringsliv och Marknad, Helsingborg
Plan B
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Skåne
Region Skåne, skoletjenesten
Risø, DTU's Innovationsaktiviteter
Roskilde Universitetscenter
Rådet for Teknologi og Innovation (RTI)
Scandnet
SCION-DTU
SkatØresund
Skånet AB
Skånetrafiken
Sofiero Slott och Slottsträdgård
St Petri Skola
Statens Byggeforskningsinstitut
Statens Kunstråd Danmark
Stevns kommune
Sustainable Business Hub
Svenskt Näringsliv
Sydsvenska Dagbladet
Sydsvenska Industri- og handelskammaren
SÖSK
Teknologisk Institut
The Swedish University of Agricultural Sciences
Tillväxtverket
Tourism in Skåne
Trafikselskabet Movia
Transfer Øresund
Trelleborg Stad kulturnævnet
Tænketanken Dansk Oplevelsesøkonomi
VisitDenmark
VisitSweden
Vordingborg Gymnasium
Vordingborg Kommune
Vägverket Region Skåne
Væksthus Hovedstadsregionen
Wickmanska i Sverige
Wonderful Copenhagen
World Outgames
Ørestad Gymnasium
Ørestad Nord
Øresund direkt
Øresund Entrepreneurship Academy
Øresund Environment Academy
Øresund Food Network
Øresund IT Academy
Øresund Logistics
Øresunds Universitet
Øresundsborger
Øresundsbro Konsortiet
Øresundsbron
ØresundsInstitut

Derudover har en del personer medvirket, der ikke repræsenterer en enkelt organisation

Medlemsorganisationerne fra dansk side:

Region Hovedstaden
Region Sjælland
Københavns Kommune
Frederiksberg Kommune
Bornholms Regionskommune
Kommunekontakttråd Hovedstaden
Kommunekontakttråd Sjælland

Medlemsorganisationerne fra svensk side:

Region Skåne
Malmö stad
Helsingborgs stad
Lunds kommun
Landskrona stad



Öresundskomiteen • Gammel Kongevej 1 • DK-1610 København V
Tfn: +45 33 22 00 11 • Fax: +45 33 22 00 23 • info@oresundskomiteen.dk • www.oresundskomiteen.dk

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 10

Emne: Fejring af 10-året for etablering af en sammenhængende øresundsregion

1 bilag



Øresundsregionen Revitaliseret (part II)

V. 3 - 10. marts 2010

Indledning

Øresundsregionen Revitaliseret blev oprindelig foreslået som et interregprojekt. Ansøgningen om EU-støtte blev afvist, hvorefter parterne bag projektet har drøftet en videreførsel under mere beskedne økonomiske vilkår. De økonomiske bidragsydere, projektejerne, i det oprindelige projekt var Region Skåne, Malmö Stad, Københavns Kommune og Region Hovedstaden, som hver havde bidraget med 1 million DKK til projektet. Efter afslaget fra Interreg har parterne tilkendegivet, at de fortsat gerne vil slutte op om en samlet indsats i anledning af Øresundsregionens og Øresundsbrons 10-års-jubilæum.

For at få så konkret et oplæg som muligt og i lyset af den korte tidsfrist fremsendes herved et projektoplæg, inklusive budget for de planlagte projekter, som tilsammen giver et finansieringsbehov på ca. 6,2 millioner DKK. Projektoplæg og budget behandles på et møde den 9. marts mellem projektejerne, Øresundskomiteen og Øresundsbron. De to sidstnævnte udgør fortsat sekretariatet for Øresundsregionen Revitaliseret.

Hvad er det, vi vil?

Vi vil med afsæt i 10-året for indvielsen af Øresundsbron gennem en samlet kommunikationsindsats skabe et fornyet fokus på Øresundsregionen, dens muligheder og dens udviklingspotentialer. Både internt i regionen, over for hele Danmark og Sverige og internationalt.

10-års-fejringen og kommunikationsindsatsen består af mange delelementer, heraf en stor del, som ikke er nævnt som delelementer i projektet, men som alligevel skal ses som en del af helet:

Mange organisationer planlægger rapporter, bøger, konferencer etc. med afsæt i 10-året. Godt 40 organisationer og virksomheder i Øresundsregionen indgår i et informationsnetværk med henblik på at fejre og markere sig i fejringen af 10-året. Mange af organisationerne planlægger egne aktiviteter i forbindelse med 10-året. Netværket drives af Øresundskomiteen og Øresundsbron, og flere virksomheder ventes at komme med inden årets udløb.

Øresundsbron og Øresundskomiteen driver den centrale presseservice omkring jubilæet, hvor der ventes skærpet opmærksomhed fra den danske og den svenske presse. Men også internationalt vil dette store, samfundsmæssige eksperiment skabe opmærksomhed. Vi samarbejder med det danske Udenrigsministerium, Den svenske ambassade i København, International Press Center i København og en række danske og svenske repræsentationer i udlandet omkring pressedelen.

De historier, vi gerne vil fortælle, handler naturligvis om den kolossale udvikling, som vi har oplevet omkring Øresund. Og der er mange historier, mange succeser og mange bidragsydere

til fortællingerne, hvad enten det er visionære politiske beretninger, hårde økonomiske eller trafikale beretninger – eller beretningerne om mennesker og virksomheder omkring Øresund, som har fået en anderledes og bedre tilværelse af, at to lande er smeltet sammen til en region. Der er plads til alle historiefortællerne og til alle, der har et budskab. Vi forbereder de centrale historier i pressematerialet og i den "tidning" som vi gerne vil producere og distribuere bredt i regionen som en del af fejringen.

Derfor har vi skabt det brede kommunikationsnetværk, og derfor er et centralt element i kommunikationen, hjemmesiden www.oresund10.com, hvor alle begivenheder samles i en eventkalender, hvor kontakter kan skabes, hvor nyheder kan fortælles, hvor det centrale presserum er placeret – og hvor parterne kan profilere sig. Alle organisationerne bag projektet markedsfører og henviser til hjemmesiden, og det er planen at gennemføre en mindre online-kampagne for at få så mange som muligt til at gå ind på siden.

En vigtig del af kommunikationen er de events, som planlægges. Events er som kommunikationsmiddel meget stærkt, når man skal nå og involvere mange mennesker. Derfor er de begivenheder, som foreslåes, begivenheder, hvor mange tusinde mennesker enten kan deltage eller være tilskuere. Desuden understreger de alle nogle af de værdier, som vi gerne ser repræsenteret i Øresundsregionen: Sport, sejlads og forskellige idrætsgrene, som engagerer mange indbyggere i Øresundsregionen. Og begivenhederne som sådan vil også skabe en hel del medieomtale både i Danmark og Sverige og i visse tilfælde også internationalt.

Desuden er det vigtigt også at have forskning og uddannelse centralt med i billedet af Øresundsregionen. Derfor foreslår vi en "Videnskabens vecka" afviklet med Øresundsuniversitetet som arrangør.

Vi er sikre på, at der opstår mange flere events, konferencer eller møder mellem mennesker i løbet af året. Og det er også en væsentlig del af projektet: At vi går foran med store events, som så kan inspirere andre til også at fejre 10-året i bridgeklubben, miniputboldholdet eller hvad det måtte være. Alle begivenhederne tilbydes omtale på www.oresund10.com.

Projektets delelementer

www.oresund10.com er 10-års-jubilæets kampagnesite, som blev offentliggjort den 1. januar 2010. En fælles onlineplatform/afsæt, hvor interesserede kan hente information om Øresundsregionens 10-års-jubilæum og alle de aktiviteter, der knytter sig hertil. Endvidere er sitet et omfattende presserum, hvor pressen kan hente tematiserede faktaark, finde eksperter, historien om regionen, tidslinje, bloggere, video og fotomaterialer m.m. Platformen er også tænkt som en markedsføringsplatform for andre aktører, som iværksætter egne 10-års-aktiviteter. Sitet kobles også op mod YouTube. Websitet er således et vigtigt værktøj for at brande regionen både regionalt, nationalt og internationalt. Websitet skal markedsføres for at skabe kendskab og involvering på sitet.

Projektansvarlig: Øresundsbron

YouTube. Medborgerdialog/ branding af Øresundsregionen 2010: Youtube-kanalen skaber en platform, som kan give Øresundsregionens medborgere – private borgere, virksomheder, institutioner eller politikere m.fl. – en unik mulighed for at vise egen hverdag, det vil sige egne billeder af det at bo, arbejde eller opleve i en fælles region. Målet med at anvende kanalen YouTube er at øge interessen og kendskabet til Øresundsregionen, som på lang sigt skal bidrage til flere besøg på den anden side af sundet. Vi skal have så mange som muligt til at uploade personlige bidrag med afsæt i regionen. Det kan samtidig bidrage til at brande regionen internationalt. Universets omdrejningspunkt er konkurrencen + det personlige bidrag = din region, Øresundsregionen. Det helt essentielle er at sprede kendskabet og øge involveringsgraden.

Projektansvarlig: Øresundskomiteen

10-års-symbol: Der er til formålet udarbejdet et symbol for 10-året, som kan bestilles og benyttes frit. Symbolet for jubilæet er et visuelt redskab, som skal bidrage til at synliggøre og tydeligt markere 10-året. Med henblik på at opnå større synlighed for 10-års-festlighederne samt styrke de værdier, som kendetegner Øresundsregionen, anvendes symbolet i alle naturlige og relevante sammenhænge og er tænkt anvendt af alle samarbejdspartnere, som har en aktie i 10-års-festlighederne.

Projektansvarlig: Øresundsbron

Maj (uge 20): Indstik til dagspressen: For at nå bredt ud til befolkningen i Øresundsregionen udarbejdes en avis, som indrykkes som bilag i relevante medier i Øresundsregionen. Avisen skal have 50 procent redaktionelt indhold, resterende 50 procent finansieres af annoncer. Avisen skal blandt andet markedsføre de events, som finder sted i



forbindelse med jubilæet, markedsføre jubilæumssitet og kommunikere Øresundsregionens historie for at understøtte den grænseregionale dimension, som skal bidrage til større

forståelse, accept og involvering af den enkelte borger. Avisen udarbejdes af ekstern konsulent med en redaktionsgruppe bestående af medarbejdere fra partnerorganisationerne.

Projektansvarlig: Øresundskomiteen

12. juni: Broløb med tilhørende events/ folkefest i Malmö og København: Broløbets 10-års-jubilæumsløb lørdag den 12. juni kl. 16.00, et unikt løb på 21,1 km. Løbet arrangeres af Sparta, MAI og Øresundsbron. Maksimum 30.000 løbere denne gang mod 80.000 i 2000. Løbet bliver en folkefest med brunch, storskærm og underholdning i start- og målområdet, ikke bare for løberne, men også for deres venner og bekendte. Startområdet er ved Kastrup Strandpark, mål Ribersborgsområdet i Limhamn, Malmö.

Projektansvarlig (Løbsarrangører): MAI, Sparta og Øresundsbron

Projektansvarlig (events): DK - Wonderful Copenhagen/Sparta

Projektansvarlig (events): SE - Malmö stad/MAI

13. juni: Kapsejlads på Øresund: Kapsejlads "Hvem kommer først til København?". Sejladsen begynder i Malmö havn, går langs/krydser under Øresundsbron med mål i Københavns havn. Samarbejde mellem KDY (Kongelig Dansk Yachtklub) og MMS (Malmö Segel Sällskap). Repræsentanter fra kongefamilierne inviteres til at deltage, og de ankommer til festlig modtagelse i Københavns havn. Børnesejlads i samarbejde med Dansk Sejlunion.

Projektansvarlig DK: Wonderful Copenhagen

Projektansvarlig SE: Malmö Seglersällskap

20.-29. august: Øresund Cooking: Det oprindelige koncept hedder "Copenhagen Cooking" og er en madfestival, som sætter fokus på Københavns sprudlende madscene og regionens udsøgte råvarer gennem en bred palette af gastronomiske arrangementer over hele byen. Festivalen har været afholdt fem gange, og i jubilæumsåret 2010 er det tænkt at udvide festivalen til også at omfatte Malmö. Sammen med restauranter, cafeer og andre gastronomiske aktører fejrer man det nordiske køkken gennem et alsidigt program, som giver publikum mulighed for at få mindeværdige smagsoplevelser på kryds og tværs af sundet.

Projektansvarlig DK: Wonderful Copenhagen

Projektansvarlig SE: Malmöfestivalen, Karin Karlsson

16.-22. august: Ström Festival i København og Street dance i Malmö: Ström er Københavns elektroniske musikfestival med en vision om at være Nordeuropas førende elektroniske begivenhed. Festivalen varer i seks dage, hvor man samler det bedste fra Københavns elektroniske musikscene. I 2010 bliver Ström en øresundsregional begivenhed i en højere grad end de tidligere år, da den svenske og skånske elektroniskscene bliver en del af festivalkonceptet. Og i Malmö vil man desuden lave en platform for Street dance, da Street dance er "resultatet" af musikken – og her mødes danske og svenske Street dansere.



Projektansvarlig DK: Wonderful Copenhagen

Projektansvarlig SE: Arrangementsenheten, Gatukontoret, Christian Dahl

17.-19. september: Øresund Contemporary Art: Under en intens weekend kan du blive klogere på kunst, når toneangivende gallerier, udstillingsrum, kunsthaller og museer åbner dørene for en række særlige arrangementer i København og Malmö. Med Øresund Contemporary viser vi alle, der er nysgerrige på kunst, hvad der sker på samtidskunstscenen i København og i 2010 altså også i Malmö. Vigtigste aktører inden for samtidskunst i Malmö er Malmö Konsthall, Moderna Museet, Galleri Magnus Åklundh, Elastic Galleri, Galleri Ping Pong, Cirkulationscentralen, Signal - Center for Contemporary Art, KHM - Galleri for Konsthögskolan i Malmö, Unten Drunter.

Projektansvarlig DK: Wonderful Copenhagen

Projektansvarlig SE: Kulturförvaltningen

13.-19. september: Videnskabens uge: Målet er at løfte videnskaben frem i regionen. Består af blandede aktiviteter, eksempelvis videnskabelige forelæsninger, forelæsninger/kurser i entreprenørskab, nobelprisarrangementer i Øresund, øresundskonferencer, nykomponerede musikstykker, som illustrerer videnskaben i forskellige perioder (lytte til videnskabens symfoni), videnskabelige opdagelsesklubber for børn, videnskabelige show, tematiske tænketanke m.m.

Projektansvarlig: Øresundsuniversitetet

September: Øresund Architecture & Design Days: Copenhagen Architecture & Design Days er en arkitekturfestival, som i maj får København til at boble med arkitektoniske oplevelser. Der sker alt fra foredrag, debatter, opvisninger, rundvisninger og besøg. I forbindelse med jubilæumsåret udvides festivalen til også at omfatte den svenske side af sundet.

Projektansvarlig DK: Wonderful Copenhagen

Projektansvarlig SE: Stadsbyggnadskontoret, Göran Rosberg

Organisering

Når der er taget stilling til, om og hvordan projektet skal gennemføres, tages der samtidig stilling til, hvem der er ansvarlige for de enkelte aktiviteter og budgetter.

Den hidtige styregruppe, som består af Region Skåne, Malmö Stad, Københavns Kommune, Region Hovedstaden, Öresundskomiteen, Wonderful Copenhagen, Øresundsuniversitetet og Øresundsbron, suppleres om ønsket med repræsentanter for de to regioner og de to kommuner. Flere kommuner eller regioner kan tænkes at komme med som medfinansierer, og de får naturligvis også tilbudt et sæde i styregruppen.

Sekretariatet, som består af Øresundskomiteen og Øresundsbron, er ansvarlig for at koordinere indsatsen, for hjemmesiden, for pressearbejdet og den beskedne markedsføring, som skal ske af websiten.

Fremtidsperspektiv

En række af de events, som planlægges i år kan, hvis de bliver en succes, gå hen at blive til nye traditioner i Øresundsregionen: En øresundskapsejls om året, en stor madfestival om året i regionen etc.

Desuden vil mange af de samarbejdsrelationer, som er opbygget omkring kommunikation og markedsføringen af 10-året, være oplagte til at kunne spille en central rolle i den fremtidige profilering af Øresundsregionen. Måske efter en samlet plan?

I forbindelse med en evaluering af aktiviteterne i 2010 vil styregruppen foreslå hvilke elementer, der kan og skal arbejdes videre med på længere sigt. Det er en klar opfattelse hos alle, at 2010 kan give det momentum, som kan være med til at skabe nye Øresundsbegivenheder, interesse og samarbejder. Der vil ske en samlet afrapportering til Öresundskomiteen.

Foreløbigt budget (DKK)

Budget¹

Fælles omk. inkl. indstik og YouTube	2.000.000
Øresund Architecture & Design Days	400.000
Kapsejlads på Øresund	1.000.000
Broløbsevents	1.300.000
Strøm festival/Street Dance	300.000
ØresundCooking	400.000
Øresund Contemporary Art	300.000
Videnskabsuge	500.000
Total:	6.200.000 DKK

Budgetkommentarer:

¹⁾ Inkl. handicapsikring/skal gøres tilgængelig for mennesker med funktionsnedsættelser.

Forventet indtægtsbudget (DKK)

Region Skåne	1.000.000
Malmö Stad	1.000.000
Region Hovedstaden	1.000.000
Københavns Kommune	1.000.000
Öresundskomiteen	1.200.000
Region Sjælland ¹	750.000
Helsingborgs Stad	250.000
Total:	6.200.000 DKK

Budgetkommentarer:

¹ Afventer bekræftelse

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 13

Emne: Indkøbspolitikken - status for 2009

1 bilag

Region Hovedstaden

Indkøbspolitik for Region Hovedstaden

Indkøbspolitik

Vedtaget af Regionsrådet den 27. november 2007

REGION

Region Hovedstaden

Crassula ovata

Indhold

1.0	Indledning	3
2.0	Formål	4
3.0	Målsætning	5
4.0	Optimale indkøb	6
4.1	Rette behovsdækning og kvalitet	6
4.2	Korrekt mængde og ydelse på rette tid og sted	7
4.3	Laveste totalomkostninger	7
4.3.1	Rationel kunde	7
4.3.2	Reel konkurrencesituation	8
4.3.3	Det økonomisk rationelle indkøb	8
4.3.4	Leverandørsamarbejdet	9
5.0	Gennemsigtighed i indkøbsaktiviteten	9
6.0	Professionel varetagelse af indkøbsaktiviteten	10
7.0	God etik og moral	11

1.0 Indledning

Indkøbspolitikken understøtter Region Hovedstadens overordnede mål: at sikre kvalitet, udvikling og effektivitet i de aktiviteter inden for sundhedsområdet, socialområdet og regional udvikling, som regionen varetager.

Region Hovedstadens indkøbspolitik sikrer kvalitet gennem fokus på, at de varer og tjenesteydelser der købes, har den kvalitet, der er fastlagt som den faglige standard.

Region Hovedstadens indkøbspolitik sikrer udvikling gennem fokus på at medvirke til udvikling af endnu bedre og mere sikre varer og tjenesteydelser gennem samarbejde med leverandører og brancheorganisationer.

Region Hovedstadens indkøbspolitik sikrer effektivitet gennem fokus på at gennemføre indkøb, hvor der opnås det optimale forhold mellem kvalitet og pris.

Indkøbspolitikken realiseres med respekt for nationale og internationale love og regler vedrørende menneskerettigheder, arbejdstagerrettigheder, miljø og anti-korruption, det vil sige:

- FN's deklaration om menneskerettigheder
- ILO's deklaration om arbejdstagerrettigheder
- Rio deklarationen om miljø og udvikling
- FN's konvention mod korruption

Realiseringen af disse overordnede mål for indkøbspolitikken sker konkret gennem at stille krav, hvor det er relevant i forbindelse med regionens indkøb og gennem samarbejde med leverandører og brancheorganisationer.

Indkøbspolitikken skal ses i sammenhæng med andre politikker i Region Hovedstaden, såsom miljøpolitikken.

2.0 Formål

Indkøbspolitikken skal fastlægge de overordnede principper og sikre gode rammer for, at regionens indkøb kan ske på optimale betingelser, således at regionens indkøbspotentiale kan udnyttes fuldt ud til gavn for alle regionens virksomheder.

Indkøbspolitikken skal endvidere bidrage til, at Region Hovedstaden på tværs af alle virksomheder fremstår som én kunde med deraf følgende stordriftsfordele, ligesom politikken skal bidrage til, at indkøb sker på en professionel måde.

3.0 Målsætning

Region Hovedstadens indkøbsaktiviteter skal sikre brugeren et optimalt indkøb gennem:

- Rette behovsdækning og kvalitet
- Korrekt mængde og ydelse på rette tid og sted
- Laveste totalomkostning

Der skal være stor gennemsigtighed i indkøbsaktiviteten.

Region Hovedstaden skal varetage sin indkøbsaktivitet professionelt.

Region Hovedstaden skal udvise god etik og moral i sin indkøbsaktivitet.

4.0 Optimale indkøb

4.1 Rette behovsdækning og kvalitet

For at sikre den rette behovsdækning i rette kvalitet skal kvalitetsniveauet defineres under hensyntagen til

- Fastlagt behandlings- og serviceniveau
- Patient- og medarbejdersikkerhed, herunder hygiejneaspektet
- Funktionelle og øvrige arbejdsmiljømæssige forhold for personalet
- Økonomi
- Miljø

Kvalitetsniveau og behov fastlægges i tæt samarbejde mellem hovedbrugere, faglige eksperter og budgetansvarlige. Der nedsættes i den forbindelse brugergrupper, som arbejder under det til enhver tid gældende brugergruppekommissorium for regionen.

Regionens indkøb skal afspejle bevidsthed om kvalitet og sikkerhed, herunder opretholdelse af en høj hygiejnestandard, til gavn for patienter og personale samt en konstruktiv prioritering af og respekt for de økonomiske midler, der er til rådighed, hvilket indebærer, at definering af kvalitet skal ske ud fra et tilstrækkelighedsprincip i forhold til regionens behov og målsætning.

Endvidere skal arbejdsmiljømæssige aspekter inddrages i defineringen af rette behov.

Miljøaspektet skal indtænkes i relevant og realiserbart omfang, herunder inden for rammerne af EU-udbudsdirektivet, og forudsætter, at en belysning af den miljømæssige effekt er tilgængelig og håndterbar. Opfyldelse af miljøkrav må ikke ske på bekostning af patient- eller personalesikkerheden og skal være økonomisk realiserbar.

I forbindelse med indgåelse af tjenesteydelsesaftaler vil Region Hovedstaden efter konkret vurdering og i relevant omfang stille krav om opfyldelse af sociale klausuler i forbindelse med leverancens udførelse. Der kan f.eks. stilles krav om, at en vis del af de medarbejdere, som leverandøren ansætter til at udføre opga-

ven, skal være personer, der opfylder kriterierne for ansættelse med løntilskud hos private arbejdsgivere i henhold til Beskæftigelsesministeriets lovgivning herom, p.t. lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Der kan i denne forbindelse være tale om forskellige former for jobtræning i form af virksomhedspraktik, uddannelsesaftaler, fleksjob m.v.

4.2 Korrekt mængde og ydelse på rette tid og sted

Brugeren har ansvaret for at definere ordremængder og ydelser, leveringsperiode og -sted under hensyntagen til det aktuelle behov, områdets budgetter samt de dermed forbundne logistikomkostninger.

4.3 Laveste totalomkostninger

Regionens indkøb skal ske under hensyntagen til de driftsmæssige omkostninger.

Regionen skal gennem sine indkøb tilstræbe laveste totalomkostninger gennem nedenstående aktiviteter.

4.3.1 Rationel kunde

Regionen skal fremstå som én god og rationel kunde og drage stordriftsfordele gennem volumenakkumulering og tværgående standardisering i det omfang, dette ikke sker på bekostning af særlige behov.

Regionen tilstræber en høj udnyttelsesgrad af indgåede aftaler om køb af varer og tjenesteydelser for derigennem at realisere opnået besparelspotentiale og for at opfylde sine forpligtelser over for de valgte leverandører. Regionens virksomheder er derfor forpligtet til at benytte de indgåede aftaler.

Regionen skal udnytte sine faglige kompetencer og styrke som betydende efterspørger til at stille krav til leverandørerne om produkter og ydelsers prissætning, kvalitet, funktionalitet, indhold og miljøeffekt.

Regionen skal løbende sikre, at der sker en optimering af forespørgsler, kontrakter, bestillingsrutiner, logistiske forhold samt andre forhold, som har indflydelse på den økonomiske optimering af et samhandelsforhold.

Regionen vil i tilfælde, hvor det vurderes hensigtsmæssigt for en yderligere optimering af omkostningsniveauet for regionens indkøb og/eller de dermed forbundne aktiviteter indgå strategiske samarbejdsaftaler og alliancer med andre nationale eller internationale indkøbsorganisationer. Et sådant samarbejde om økonomisk optimering bør ikke ske på bekostning af korrekt og rettidig behovsdækning på regionens virksomheder.

4.3.2 Reel konkurrencesituation

Regionen skal for at opnå kommerciel optimering udnytte og som minimum fastholde konkurrencesituationen. Dette indebærer, at det nationale og internationale marked afdækkes i relevant omfang gennem markeds- og leverandør-analyser.

I et snævert marked vil Regionen søge at udvide markedet ved at opstille alternativ behovsdækning og dermed fremprovokere en reel konkurrencesituation.

Alle indkøb – over en bagatelgrænse – konkurrenceudsættes. Som minimum bør indhentes 2-3 tilbud for varekøb og for tjenesteydelser, for EU-udbudspligtige indkøb dog minimum 5 tilbud. Inden for bygge- og anlægsområdet følges Tilbudslovens anvisninger om tilbudsindhentning.

4.3.3 Det økonomisk rationelle indkøb

Regionens logistik- og indkøbsstyring skal sikre minimering af de samlede omkostninger under hensyntagen til kvalitet, forsyningssikkerhed og servicekrav.

Minimering af de samlede omkostninger omfatter en minimering af købspriser, evt. energi- og øvrige driftsomkostninger samt de logistikomkostninger, der er forårsaget af indkøbet.

En minimering af logistikomkostninger omfatter en samlet minimering af lager-, transport-, håndterings-, administrations- samt mangelomkostninger.

Regionen skal udnytte sine økonomiske ressourcer bedst muligt. Enhver anskaffelse bør derfor ske som et køb. I særlige tilfælde kan den økonomisk mest optimale løsning dog være finansiering gennem leasing eller leje. De til enhver tid gældende retningslinier for godkendelse af en sådan finansiering skal følges.

4.3.4 Leverandørsamarbejde

Region Hovedstaden indgår samhandelsrelationer med professionelle og konkurrencedygtige leverandører.

Region Hovedstaden lægger vægt på gode, dynamiske relationer til sine leverandører for derigennem at kunne:

- Drage nytte af den ekspertise, som leverandørerne besidder bl.a. med hensyn til:
 - Korrekt brug af produkterne for derigennem at opnå den bedste og mest økonomiske effekt af indkøbet.
 - Opnåelse af øget kendskab til nye produkter og metoder, som kan bidrage til en løbende udvikling inden for patientbehandling, arbejdsrutiner, miljø og produktivitet.
- Indgå i faglig dialog om produkternes kvalitet og indhold med henblik på sikring af den fremtidige behovsdækning gennem produktudvikling
- Indgå i praktisk samarbejde om produktudvikling
- Udvikle administrative processer og leveringsrutiner
- Indgå i anden faglig sparring med henblik på omkostningsreduktion hos begge parter

5.0 Gennemsigtighed i indkøbsaktiviteten

Region Hovedstaden vil gennem sine indkøbsaktiviteter sikre gennemsigtighed i de stillede krav samt i de prioriteringer, der ligger til grund for valget af leverandører.

Regionen vil ligeledes lægge vægt på gennemsigtighed i tilbudte periferi- og accessoriske ydelser i forbindelse med tilbudsvurderingen.

6.0 Professionel varetagelse af indkøbsaktiviteten

Regionens indkøbsaktivitet varetages af fagspecialister inden for såvel det strategiske som det operationelle indkøb.

Det strategiske indkøb foregår i et tæt samarbejde mellem indkøbsfagspecialisterne og brugerne, sidstnævnte primært repræsenteret ved brugergrupper.

Indkøbsfagspecialisterne er ansvarlige for de kommercielle forhold og for gennemførelse af indkøbsprocessen.

Brugere, teknikere, andre fagspecialister samt den budgetbærende virksomhed er ansvarlig for at kravespecifere indkøbet. Opgave- og ansvarsfordeling mellem indkøbsfagspecialisterne og brugere, m.fl. sker i henhold til det til enhver tid gældende brugergruppekommissorium for Region Hovedstaden.

Indkøbsfagspecialisterne skal sikre en korrekt og god gennemførelse af indkøbet på et omkostningsniveau, der – alt andet lige – som minimum er på linie med de mest effektive blandt andre sammenlignelige aftagere.

Den operationelle indkøbsaktivitet udløses af de budgetbærende enheder, idet disponeringsretten i forhold til indgåede aftaler ligger hos disse.

Regionen understøtter indkøbsaktiviteterne med relevant teknologi i et sådant omfang, at en effektiv gennemførelse af de strategiske indkøbsaktiviteter samt en effektiv styring af lagre og den daglige operationelle disponering muliggøres.

7.0 God etik og moral

Enhver, der beskæftiger sig med indkøb i regionen, skal handle i Region Hovedstadens interesse og skal bevare et uafhængigt forhold til leverandørerne.

Placering af ordrer skal finde sted efter objektive kriterier og uden forudindtagethed.

Såvel tilbudsgivere som valgte leverandører skal behandles professionelt med vægt på ligebehandling og gennemsigtighed.

Samhandelsaftaler skal behandles fortroligt og må ikke udbredes til uvedkommende.

Der skal i forbindelse med indkøb af varer og tjenesteydelser, hvor der kan være begrundet mistanke om involvering af konventionsstridig børne- eller voksenarbejdskraft, træffes afklarende og forebyggende foranstaltninger i samarbejde med leverandører og brancheorganisationer, således at regionens indkøb ikke bidrager til konventionsstridig børne- eller voksenarbejdskraft.

Leverandører til Region Hovedstaden skal overholde reglerne i "Lov om ligebehandling af mænd og kvinder med hensyn til beskæftigelse m.v." og i "Lov om forbud mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet m.v." Leverandørerne må således ikke forskelsbehandle på grund af køn, race, hudfarve, religion eller tro, politisk anskuelse, seksuel orientering, alder, handicap eller national, social eller etnisk oprindelse.



**Region
Hovedstaden**

**Indkøbspolitik for
Region Hovedstaden**

Vedtaget af Regionsrådet
den 27. november 2007

Ansvarlig enhed:
Region Hovedstaden
Koncern Økonomi/Indkøbs-
afdelingen
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon: 48205000
E-mail: indkoeb@regionh.dk
Hjemmeside:
www.regionh.dk

Grafisk tilrettelæggelse:
Identitet & Design A/S

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 14

Emne: Godkendelse af Amgros I/S regnskab 2009

2 bilag



Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

CVR-nr. 14 47 98 80

Årsrapport for 2009

20. regnskabsår

Indholdsfortegnelse

Oplysninger om virksomheden	1
Ledelsespåtegning	2
Den uafhængige revisors påtegning	3
Hoved- og nøgletal	4
Ledelsesberetning	5
Årsregnskab	
Anvendt regnskabspraksis	12
Resultatopgørelse	15
Balance	16
Egenkapitalopgørelse	18
Noter	19

Oplysninger om virksomheden

Amgros I/S
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

www.amgros.dk
amgros@amgros.dk

Telefon: 88713000
Telefax: 88713008

Bestyrelse

Bent Hansen, formand
Knud Andersen
Bent Pedersen
Per Nielsen
Henrik Thorup
Poul-Erik Svendsen
Anne Marie Hansen

Direktion

Flemming Sonne

Interessenter

	Ejerandel
Region Hovedstaden	30,00%
Region Midtjylland	22,00%
Region Syddanmark	22,00%
Region Sjælland	15,00%
Region Nordjylland	11,00%

Revision

Ernst & Young Godkendt Revisionspartnerselskab
Gyngemose Parkvej 50, 2860 Søborg

Bankforbindelse

Danske Bank

Ledelsespåtegning

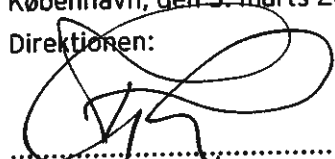
Bestyrelsen og direktionen har aflagt årsrapport for 2009. Årsrapporten er behandlet og vedtaget dags dato.

Årsrapporten er aflagt i henhold til årsregnskabsloven, regnskabsklasse C.

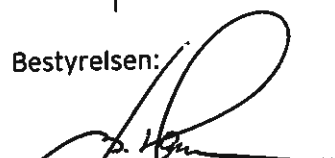
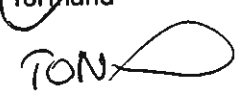
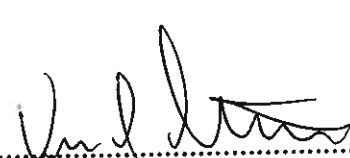
Vi anser den valgte regnskabspraksis for hensigtsmæssig og de udøvede regnskabsmæssige skøn for for-
svarlige, ligesom årsrapporten efter vores opfattelse indeholder de oplysninger, der er relevante for at be-
dømme selskabets økonomiske forhold. Det er derfor vores opfattelse, at årsrapporten giver et retvisende
billede af selskabets aktiver og passiver, den finansielle stilling samt af resultatet af selskabets aktiviteter
for regnskabsåret 2009.

København, den 5. marts 2010

Direktionen:


.....
Flemming Sonne

Bestyrelsen:


.....
Bent Hansen
formand
.....
Per Nielsen
.....
Anne Marie Hansen
.....
Knud Andersen
.....
Henrik Thorup
.....
Bent Pedersen
.....
Poul-Erik Svendsen

Den uafhængige revisors påtegning

Til interessenterne i Amgros I/S

Vi har revideret årsregnskabet for Amgros I/S for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2009, omfattende ledelsesberetning, anvendt regnskabspraksis, resultatopgørelse, balance, egenkapitalopgørelse og noter. Årsregnskabet aflægges efter årsregnskabsloven.

Ledelsens ansvar for årsregnskabet

Ledelsen har ansvaret for at udarbejde og aflægge et årsregnskab, der giver et retvisende billede i overensstemmelse med årsregnskabsloven. Dette ansvar omfatter udformning, implementering og opretholdelse af interne kontroller, der er relevante for at udarbejde og aflægge et årsregnskab, der giver et retvisende billede uden væsentlig fejlinformation, uanset om fejlinformationen skyldes besvigelser eller fejl, samt valg og anvendelse af en hensigtsmæssig regnskabspraksis og udøvelse af regnskabsmæssige skøn, som er rimelige efter omstændighederne.

Revisors ansvar og den udførte revision

Vores ansvar er at udtrykke en konklusion om årsregnskabet på grundlag af vores revision. Vi har udført vores revision i overensstemmelse med danske revisionsstandards. Disse standarder kræver, at vi lever op til etiske krav samt planlægger og udfører revisionen med henblik på at opnå høj grad af sikkerhed for, at årsregnskabet ikke indeholder væsentlig fejlinformation.

En revision omfatter handlinger for at opnå revisionsbevis for de beløb og oplysninger, der er anført i årsregnskabet. De valgte handlinger afhænger af revisors vurdering, herunder vurderingen af risikoen for væsentlig fejlinformation i årsregnskabet, uanset om fejlinformationen skyldes besvigelser eller fejl. Ved risikovurderingen overvejer revisor interne kontroller, der er relevante for virksomhedens udarbejdelse og aflægelse af et årsregnskab, der giver et retvisende billede, med henblik på at udforme revisionshandling, der er passende efter omstændighederne, men ikke med det formål at udtrykke en konklusion om effektiviteten af virksomhedens interne kontrol. En revision omfatter endvidere stillingtagen til, om den af ledelsen anvendte regnskabspraksis er passende, om de af ledelsen udøvede regnskabsmæssige skøn er rimelige, samt en vurdering af den samlede præsentation af årsregnskabet.

Det er vores opfattelse, at det opnåede revisionsbevis er tilstrækkeligt og egnet som grundlag for vores konklusion.

Revisionen har ikke givet anledning til forbehold.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af virksomhedens aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2009 samt af resultatet af virksomhedens aktiviteter for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2009 i overensstemmelse med årsregnskabsloven.

Udtalelse om ledelsesberetningen

Ledelsen har ansvaret for at udarbejde en ledelsesberetning, der indeholder en retvisende redegørelse i overensstemmelse med årsregnskabsloven.

Revisionen har ikke omfattet ledelsesberetningen, men vi har i henhold til årsregnskabsloven gennemlæst ledelsesberetningen. Vi har ikke foretaget yderligere handlinger i tillæg til den gennemførte revision af årsregnskabet.

Det er på denne baggrund vores opfattelse, at oplysningerne i ledelsesberetningen er i overensstemmelse med årsregnskabet.

København, den 5. marts 2010

Ernst & Young

Godkendt Revisionspartnerselskab


Lone Højdrum
statsautoriseret revisor

Hoved- og nøgletal

Virksomhedens udvikling i de seneste 5 år kan beskrives således:

	2009	2008	2007	2006	2005
Hovedtal (t.kr.)					
Nettoomsætning	5.602.067	5.038.250	4.250.273	3.392.377	2.813.181
Bruttofortjeneste	75.147	70.438	56.310	41.465	28.584
Resultat før finansielle poster (EBIT)	36.243	36.930	39.964	31.043	22.844
Finansielle poster	2.175	5.474	2.262	1.451	1.445
Årets resultat	38.418	42.404	42.226	32.495	24.289
Egenkapital, ultimo	52.311	56.571	55.799	45.357	36.065
Samlede aktiver	703.038	649.449	541.497	417.440	339.225
Årets investeringer	9.762	15.196	12.593	13.666	0
Antal medarbejdere	39	34	14	12	8
Nøgletal					
Bruttomargin	1,3	1,4	1,3	1,2	1,0
Overskudsgrad (EBIT-margin)	0,6	0,7	0,9	0,9	0,8
Afkastningsgrad	5,4	6,2	8,3	8,2	7,4
Likviditetsgrad	105,0	106,2	107,8	102,4	111,9
Soliditetsgrad	7,4	8,7	10,3	10,9	10,6
Egenkapitalens forrentning	70,6	75,5	83,5	79,8	69,8

Definitioner på nøgletal:

Bruttomargin: Bruttofortjeneste / Nettoomsætningen * 100

Overskudsgrad (EBIT-margin): Resultat før finansielle poster (EBIT) / Nettoomsætningen * 100

Afkastningsgrad: Resultat før finansielle poster / Gennemsnitlige samlede aktiver * 100

Likviditetsgrad: Omsætningsaktiver / Kortfristet gæld * 100

Soliditetsgrad: Egenkapital / Samlede aktiver * 100

Egenkapitalens forrentning: Årets resultat / Årets gennemsnitlige egenkapital * 100

Ledelsesberetning

Præsentation af virksomheden

Amgros er et politisk ledet interessentskab, der er ejet af de fem regioner, og har hjemmel i sundhedslovens § 78, stk. 3. Amgros' formål er at drive indkøbsvirksomhed inden for sundhedsområdet med henblik på videresalg til dets interessenter og andre offentlige myndigheder eller offentlige organer.

Amgros er regionernes lægemiddelorganisation

Virksomheden fungerer som medicingrossist og koordinator for indkøb og handel af lægemidler mm., samt varetager sekretariatsopgaver for regionerne og sygehusapotekerne. Desuden løses opgaver i forbindelse med vedligeholdelsen af markedsføringstilladelserne på de registrerede lægemidler, der produceres på de danske sygehusapoteker. På vegne af kommunerne foretager Amgros I/S endvidere udbud og indkøb af høreapparater til de offentlige høreklivker. Amgros I/S følger EUs udbudsdirektiv og den danske tilbudslov ved afholdelse af EU-udbud og indgåelse af kontrakter.

Amgros I/S har en række effektive it-systemer, der varetager og forenkler processen omkring udbud, indkøb og handel med lægemidler fra leverandør til hospitalsafdelingerne. Dette gør hverdagen nemmere og skaber store administrative besparelser for sygehusapotekerne, regionerne og leverandørerne. Amgros I/S har ikke selv noget fysisk lager af lægemidler. Alle medicinordrer fra sygehusene og sygehusapotekerne går via Amgros I/S til leverandørerne, mens leverancer sker direkte til sygehusene. Virksomheden opsamler, bearbejder og analyserer salgsdata til brug for kommende udbud, samt generel overvågning af udviklingen på hospitalsmarkedet, som distribueres til ejerne. Udvikling og kvalitetssikring af de fælles it-løsninger udføres i tæt samarbejde med sygehusapotekerne.

I samarbejde med sygehusapotekerne har Amgros valgt et rettet et særligt fokus på forskning og udvikling inden for teknisk og klinisk farmaci med etablering af SAFE-funktionen (Sygehusapotekernes og Amgros Forsknings og udviklingsEnhed). Amgros varetager endvidere projektledelsen af en række udviklingsprojekter, der har fokus på enklere håndtering og færdigfremstilling af lægemidler til brug på afdelingerne (klar til brug lægemidler).

Amgros I/S har gennem de senere år skabt en dynamisk og smidig organisation med stor vægt på at skabe synergi, inspiration og løsninger på tværs af faggrænser og arbejdsområder. Amgros har et tæt samarbejde med en hel række interessenter, herunder sygehusapotekerne, regionerne, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, Lægemiddelstyrelsen samt de mange leverandører. Ligeledes har Amgros over de senere år udviklet et meget konstruktivt samarbejde med universiteterne om forskellige projekter og ph.d-studerende.

Årets resultat

Virksomhedens resultatopgørelse for 2009 udviser et overskud på 38,4 mio. kr. og en egenkapital på 52,3 mio. kr.

Ledelsesberetning - fortsat

Amgros omsatte i 2009 for 5.335 mio. kr. lægemidler, hvilket er 565 mio. kr. mindre end budgetteret, men 565 mio. kr. mere end i 2008. Virksomheden opnåede en stigning i dækningsbidraget på lægemidler, hvilket skyldes bedre indkøbspriser og større indkøb af præparater med rabat.

På høreapparatområdet solgte Amgros for 266 mio. kr., svarende til 27 mio. kr. mere end budgetteret i 2009.

Som det fremgår af regnskabet for 2009, bærer Amgros' renteindtægter tydeligt præg af den generelle finansielle situation, og renteindtægterne er trods stram styring af debitorer og kreditorer faldet væsentligt i forhold til 2008.

Amgros har gennem 2009 fortsat fokuseret på den økonomiske styring. Det gælder specielt budgettering og budgetopfølgning, regnskabsaflæggelse i henhold til årsregnskabsloven, samt debitor-, kreditor- og likviditetsstyring.

Året der gik

I 2009 fortsatte væksten i omsætningen af lægemidler i hospitalssektoren. Forventningerne til Amgros om til stadighed at maksimere konkurrencesituationen på hospitalslægemidler med henblik på at opnå bedre indkøbspriser, er vokset i samme takt. Situationen har endvidere skabt et ønske om, at Amgros påtager sig flere og mere fagligt specialiserede opgaver. Med denne udvikling er fulgt et behov for bl.a., at få flere medarbejdere med farmaceutiske kompetencer samt flere medarbejdere i støttefunktioner som fx analyse, it, administration og juridisk support. Samtidig har det været vigtigt, at Amgros har fastholdt arbejdet med at videreudvikle de etablerede forretningsområder, ved at styrke kompetencerne inden for bl.a. projektledelse, rådgivning, råvareindkøb, produktion, kunderelationer, samt gennem etablering af en tværorganisatorisk markedsanalysefunktion, der skal sikre koordinering og kvalitetssikring af interne og eksterne analyseaktiviteter.

I 2009 gennemførte Amgros en strategiproces mhp. at fastlægge retningen for virksomhedens drifts- og udviklingsområder i perioden frem til 2014. Som følge af processen valgte Amgros at udskille SAFE-funktionen som et selvstændigt team/afdeling med reference til den administrerende direktør. Virksomheden består således af seks selvstændige teams/afdelinger; Udbud, Ledelsessekretariat, IT og projekt, Lægemiddelfremstilling og registrering, Økonomi og kundefunktion samt SAFE (sygehusapotekernes og Amgros Forsknings- og udviklingsEnhed).

Amgros' 3 strategiske ambitioner for perioden 2009-2014:

1. At tage ansvar for ressourceoptimering og skabe dokumenterbar værdi
2. Være på forkant, se nye tendenser, og tage initiativ til fremme af kvalitet og sikkerhed i lægemiddelbehandlingen
3. At varetage fælles interesser for regioner, sygehusapoteker og sygehuse.

Ledelsesberetning - fortsat

Konsulentfirmaet McKinsey gennemførte i begyndelsen af 2009 en specifik analyse af virksomhedens udbudsforretning med det formål at komme med forbedringsforslag og give inspiration til, hvordan regionernes købermagt kunne styrkes yderligere, med henblik på at opnå bedre tilbudspriser på sygehusmedicin på længere sigt. Resultaterne af analysen har udmøntet sig i en række strategiske mål og initiativer, som skal løftes enten i Amgros alene eller i samarbejde med Danske Regioner. Flere af initiativerne har for Amgros' vedkommende kunne løses inden for de eksisterende rammer og af de nuværende medarbejdere, mens andre initiativer har krævet en yderligere rekruttering af nye medarbejdere med specifikke kompetencer.

Status på lægemidler

Med afsæt i Regionernes økonomiaftale for 2010 besluttede Danske Regioners bestyrelse i oktober 2009 en ny rådgivningsstruktur - Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, RADS, med henblik på at forstærke arbejdet med at skabe konsensus og forpligtende rammer på klinisk niveau for anvendelse af dyr sygehusmedicin. Det er hensigten, at medicinanvendelsen på tværs af regionerne i højere grad skal ensrettes, og at den nationale konsensus om behandlingsvejledninger og medicinrekommendationer skal danne grundlag for regionernes fælles indkøb af sygehusmedicin. Målet med arbejdet er at skabe en højere kvalitet i medicinanvendelsen og en mere effektiv ressourceanvendelse. Det forventes, at ca. 15-20 terapiområder er i proces inden for en 3-årig tidshorisont. Amgros deler sekretariatsfunktionen med Danske Regioner og leder det faglige og administrative arbejde, der knytter sig til fagudvalgene. Siden efteråret 2009 har der været arbejdet intenst på at opbygge RADS-sekretariatet og beskrive alle processer i arbejdet. Arbejdet forventes over de kommende år at trække en del ressourcer i Amgros og kræve ansættelse af yderligere kompetencer.

Amgros har i 2009 gjort en målrettet indsats for at skærpe konkurrencen inden for flere monopolistisk dominerede terapiområder. Det har medført en øget interesse for at blive leverandør hos Amgros. Et stigende antal parallelimportører har budt ind på udbud og vundet kontrakter for 2010. Parallelimportørerne er ofte den eneste konkurrencemulighed på en lang række patenterede og stort set monopolistiske præparater.

Status på Høreapparater

I efteråret 2009 indhentede Kommunernes Landsforening (KL) tilslutning til fornyelse af høreapparatornningen hos samtlige kommuner, således at Amgros' samarbejdsaftale med KL og kommunerne om høreapparatindkøb er forlænget for en ny 2-årig periode frem til udgangen af 2011.

Aftalen åbner mulighed for, at Amgros, hvis kommunerne måtte ønske det, kan stå for indkøb af samtlige høreapparater, som anvendes ved alle offentligt betalte behandlinger.

Høreapparatforbruget i 2009 viste en fremgang i antal udleveringer på 6 %. Det er første gang i 5 år, at kurven har en opadgående tendens. Generelt har efterspørgslen været stærkt stigende og forbruget inkl. privat solgte høreapparater er steget 20 %.

Ledelsesberetning - fortsat

Forskning

I 2008 blev Sygehusapotekernes og Amgros' Forsknings- og udviklingsEnhed (SAFE) etableret med det formål at initiere og understøtte forsknings- og udviklingsaktiviteter inden for dansk sygehusfarmaci. SAFE er organisatorisk forankret i Amgros, og opererer både centralt og decentralt. Missionen for SAFE er at: arbejde for rationel farmakoterapi, optimering af patientsikkerhed og sikker lægemiddelhåndtering i regionerne ved at sikre, at sygehusapotekerne og Amgros er aktive inden for forskning og udvikling. SAFE initierer og understøtter forskning og udvikling inden for klinisk farmaci og lægemiddelfremstilling, og bidrager til formidling af de opnåede resultater.

SAFE er i 2009 blevet organiseret som en selvstændig enhed i Amgros for at styrke Amgros' strategi om at være på forkant, se nye tendenser, og tage initiativ til udvikling og forbedring. SAFE har desuden fokus på at bidrage til kompetenceudvikling på sygehusapotekerne og på spredning af viden i form af kursusaktiviteter, netværksdeltagelse og formidling af resultater.

Opgaveporteføljen omfatter endvidere store, nationale projekter som fokuserer på rationel og sikker færdigtilberedning af lægemidler.

It-struktur og udvikling

På it-området har 2009 været kendetegnet ved konsolidering i forhold til Amgros' forretningssystemer og den underliggende it-infrastruktur.

Amgros' ledelse besluttede i 2009 at etablere eget IP-telefonisystem, der understøtter en mere selvstændig identitet og sikrer en bedre driftsøkonomi. Endvidere skal løsningen sikre, at Amgros kan yde den optimale service i forhold til leverandører og kunder. Amgros er i denne forbindelse også frakoblet Danske Regioners telefonisystem og it-netværk. Den it-driftsmæssige del af Amgros er outsourcet og sammen med virksomhedens driftspartner er samtlige hardwareplatforme blevet udskiftet til nyere og mere tidssvarende udstyr, der kan understøtte det daglige arbejde.

Håndteringen af de elektroniske udbud med bl.a. faste mængder har voldt en del udfordringer, dels internt og dels blandt sygehusapotekerne. Da denne type udbud forventes at øge i antal, er udfordringerne blevet udbedret med en platform til en mere fremtidssikret løsning. Med ændringerne har man øget og forbedret funktionaliteterne på sygehusapotekernes drift og informationsportal - Apoteksportalen. Afløst af disse ændringer forventer Amgros, at antallet af restordre vil aftage.

2009 har også været et år med fokus på Amgros' interne sagsgange og arbejdsformer. Amgros har i 2009 skiftet fra et ældre arkivsystem til en nyt Elektronisk Sags- og Dokumenthåndteringssystem.

Amgros og sygehusapotekerne valgte i fællesskab i 2009 at igangsætte en foranalyse, der skal afdække behovet for et nyt og tidssvarende sygehusapotekssystem - Apovision2. Det nuværende system bygger på en ældre teknologi og kræver store økonomiske ressourcer i forbindelse med ændringer og opdateringer.

Ledelsesberetning - fortsat

Samtidig er systemet efterhånden udbygget maksimalt til, hvad platformen kan bære. Komplexiteten for denne type it-system er stor, da det er underlagt en række regulatoriske krav fra bl.a. lægemiddelstyrelsen. Her stilles der bl.a. krav til kvalitetsstyring, som til stadighed skal tilsikre udvikling og test af systemet og om dette overholder de kvalitetsstandarder som lægemiddelstyrelsen foreskriver. Direktionen vurderer, at der er et voksende behov for en mere centralt styret platform, hvis man skal sikre driftssikkerhed og ikke mindst mindske de økonomiske omkostninger til opdateringer og vedligeholdelse af systemet i det kommende årti.

Lægemedelfremstilling og registrering

Amgros har gennem 2009 udviklet samarbejdet med de producerende sygehusapoteker, og har hermed et godt udgangspunkt for en fremadrettet strategisk planlægning af produktionen på nationalt plan. De producerende sygehusapoteker er i 2009 reduceret fra 6 til 4.

Foruden cytostatikatilberedninger, kobling af antibiotikaprodukter og andre "klar-til-brug" lægemidler, består lægemiddelproduktionen af en registreret SAD-produktion og af en magistrel produktion (præparater fremstillet til den enkelte patient).

I 2009 valgte Amgros at foretage en gennemgang og rationalisering i antallet af SAD-præparater. Målet var, at Amgros og sygehusapotekernes ressourcer fremover skal koncentreres om at udvikle de tilbageblivende præparater. De enkelte præparater er blevet vurderet i forhold til følgende kategorier:

- Sygehusspecifikke lægemidler, som ikke umiddelbart kan erstattes af synonym- eller analogpræparater
- Lægemidler, som bidrager til patientsikkerheden
- Lægemidler, som kan erstattes af andre registrerede lægemidler, men som bidrager til produktionsrentabiliteten, beredskab og forsyningssikkerheden eller til fagligt "know how".

Resultatet af sortimentsgennemgangen er, at SAD-sortimentet er reduceret fra 162 produkter og 537 varenumre, til 95 produkter og 316 varenumre. En reduktion på ca. 41 %.

Økonomi og kundeservice

Amgros og de producerende sygehusapoteker har fundet det nødvendigt at centralisere og styrke råvareindkøb og analyser ved at samle højt specialiseret viden i Amgros. Behovet herfor er accelereret over de seneste år, hvor det er blevet stadig vanskeligere at fremskaffe de nødvendige råvarer til lægemiddelfremstillingen med den konsekvens, at præparaterne er gået i restordre.

I år 2009 har teamet haft særlig fokus på at konsolidere de sidste forretningsgange og processer, primært som følge af fusionen af Amgros I/S og SAD I/S i 2008. Specielt har der været fokus på processer i økonomisystemet, hvor der er udviklet ny it-løsning, som har gjort processerne mere hensigtsmæssige og tidsbesparende.

Ledelsesberetning - fortsat

Samtlige offentlige høreklivikker og private høreklivikker med puljeordning fik i 2009 via Amgros' hjemmeside adgang til egne lagre, hvilket har gjort afstemning af lagerværdier enklere og hurtigere. Der er ligeledes udviklet en elektronisk afstemning af kreditorer, hvilket sikrer, at leverandøren ved at alle bilag er modtaget i Amgros, at kunderne dermed faktureres til tiden og samtidig har det minimeret ressourceforbruget. I 2009 blev der igangsat et projekt, som har fokus på, at udvikling af et nyt it-system, der skal sikre en korrekt, rettidig og tidsbesparende rykning af Amgros' debitorer. I det kommende år vil Amgros have fokus på indførelse af et godkendelsesmodul samt et PO-system, for at skabe et bedre overblik over anvendte, men endnu ikke bogførte økonomiske midler.

Udvalgte aktiviteter i 2010

Patientsikkerhed og nyt etiketdesign

Amgros vil i 2010 fortsætte udviklingsarbejdet med firmaets etiketdesign, som findes på alle SAD-præparater (450 forskellige etiketter). Målet er at mindske risikoen for fejl og forvekslinger i medicineringen yderligere, idet medicineringsfejl er den oftest rapporterede behandlingsfejl i Danmark.

I 2010 vil Amgros endvidere arbejde med etikettering på områder udover SAD-præparaterne, idet der skal designes etiketter til koblede produkter og til sprøjteetiketter i form af dobbelte ampuleetiketter. Der vil også blive igangsat et projekt, som har til formål at sikre implementeringen af nye stregkoder (D2) på alle SAD-præparater i stedet for de nuværende EAN-13 stregkoder. D2 forventes implementeret på alle SAD-præparater ved udgangen af 2012.

Priskalkulation

Amgros har i samarbejde med de producerende sygehusapoteker og firmaets revisorer igangsat et arbejde om udarbejdelse af en vejledning for udarbejdelse af en priskalkulationsmodel for Sygehusapotekernes produktion. Udgangspunktet tages i gældende regler og vejledninger, samt gældende praksis hos Sygehusapotekerne.

Fremtidig magistrel produktion

Magistrel produktion sker på de fleste sygehusapoteker i større eller mindre grad. Hvert sygehusapotek har traditionelt løst den magistrelle opgave selvstændigt og har enten selv produceret eller bestilt præparatet på et af to private apoteker som producerer magistrelt. Området fylder meget på de fleste sygehusapoteker, og ligger som en oplagt mulighed for at blive løst i et nationalt set-up. Amgros har i første omgang påtaget sig at kortlægge området, så der kan etableres en mere hensigtsmæssig løsning for fremtidens magistrelle produktion. Målet er øget rationalisering, samhandel, evt. fordeling af produktionen samt registrering af de største magistrelle præparater.

Udbud af lægemidler

Amgros kan konstatere, at der kommer stadig flere parallelimporterede præparater på markedet, der bidrager til bedre indkøbspriser på hele markedet. Der vil i 2010 blive arbejdet videre med fastmængdeudbud, så også mindre leverandører får mulighed for at kunne levere faste mængder, hvor risikoen for tab er minimal.

Ledelsesberetning - fortsat

Metoden bliver nøje vurderet for terapiområde til terapiområde, for at undgå situationer, hvor dels omkostninger til skift af præparat, opvejer den økonomiske gevinst, dels de situationer hvor hyppige præparatskift øger risikoen for fejlmedicinering samt situationer, hvor forsyningssikkerheden sættes over styr. Amgros ser fastmængde udbud som et skridt på vejen mod dynamiske fastmængde udbud.

Amgros forventer i løbet af 2010 at stille krav om stregkoder på inderpakninger på alle tabletter. Dette vil kunne medvirke positivt til en øget patientsikkerhed.

Nye it-løsninger

Implementering af ny Apoteksportal samt udvikling og integrering af Leverandørportalen er sidste trin i udviklingen af en komplet it-understøttet virksomhedsmodel, som kan varetage komplicerede udbudsforløb fra budgettering over EU-udbud til forbrugsopfølgning.

Disse to portaler vil sikre, at både kunder og leverandører kan følge deres aftaler fra start til slut. Med værktøjet kan aftaleparterne til hver en tid få status på indkøb, salg og besparelser i forhold til rammeaftalerne. Apoteksportalen forventes ibrugtaget i foråret 2010, mens leverandørportalen forventes i drift primo 2011.

For udbudssystemet vil der i 2010 være fokus på at kunne opfylde de krav, der vil opstå som resultat af arbejdet i RADS.

I 2010 vil Amgros og en række sygehusapoteker blive koblet via videokonferenceudstyr, der sikrer, at deltagerne kan spare rejsetid.

Væsentlige begivenheder med indflydelse på årsregnskabet

I 2009 gennemførte Amgros 64 forskellige udbud på lægemiddelområdet med over 1000 tilhørende udbudsnumre. Amgros havde i 2009 over 100 forskellige leverandører på lægemiddelområdet.

Den øgede konkurrence på hospitalsmarkedet får virksomhederne til i stigende grad at benytte muligheden for at klage over udfaldet af et udbud. Dette øger omkostningerne til såvel personale som til juridisk bistand og evt. tab/erstatning. I 2010 indføres et nyt cirkulære, som vil kunne medføre, at Amgros kan blive afkrævet større erstatninger end tidligere.

Transaktioner med nærtstående parter

Som nærtstående parter anses Danske Regioner. Danske Regioner stiller mødelokaler, kantinefaciliteter, telefon, reception og servicefunktioner til rådighed for Amgros. Prisen herfor har i 2009 været 693.000 kr.

Begivenheder efter balancedagen

Der er efter regnskabsårets afslutning ikke indtruffet begivenheder, der væsentligt vil kunne påvirke vurderingen af virksomhedens finansielle stilling.

Anvendt regnskabspraksis

Årsrapporten for Amgros I/S er aflagt i overensstemmelse med årsregnskabslovens bestemmelser for store klasse C virksomheder.

Anvendt regnskabspraksis er uændret i forhold til tidligere år.

Modul til Anvendt regnskabspraksis

Generelt om indregning og måling

Aktiver indregnes i balancen, når det er sandsynligt, at fremtidige økonomiske fordele vil tilflyde virksomheden, og aktivets værdi kan måles pålideligt.

Forpligtelsen indregnes i balancen, når det er sandsynligt, at fremtidige økonomiske fordele vil fragå virksomheden, og forpligtelsen kan måles pålideligt.

Ved første indregning måles aktiver og forpligtelser til kostpris. Måling efter første indregning sker som beskrevet for hver enkelt regnskabspost nedenfor.

I resultatopgørelsen indregnes indtægter i takt med at de indtjenes, mens omkostninger indregnes med de beløb, der vedrører regnskabsåret.

Resultatopgørelsen

Nettoomsætning

Indtægter ved salg af medicin og høreapparater indgår i nettoomsætningen på tidspunktet for levering og risikoens overgang, såfremt indtægten kan opgøres pålideligt. Omsætningen opgøres efter fradrag af moms, afgifter og rabatter.

Andre driftsindtægter og -omkostninger

Andre driftsindtægter og -omkostninger indeholder regnskabsposter af sekundær karakter i forhold til virksomhedens hovedaktiviteter.

Andre eksterne omkostninger

Andre eksterne omkostninger omfatter omkostninger til reklame, administration, lokaler mv.

Af- og nedskrivninger

Af- og nedskrivninger omfatter af- og nedskrivninger på immaterielle og materielle anlægsaktiver. Anlægsaktiverne afskrives lineært på grundlag af kostprisen baseret på nedenstående vurdering af brugstiderne.

Anvendt regnskabspraksis - fortsat

De immaterielle og materielle anlægsaktiver afskrives lineært over den forventede brugstid, baseret på følgende vurdering af brugstiderne:

	<u>Brugstid</u>
Færdige udviklingsprojekter	3 år
Andre anlæg, driftsmateriel og inventar	3 år

Fortjeneste eller tab ved afhændelse af anlægsaktiver indregnes i resultatopgørelsen under afskrivninger.

Finansielle poster

Finansielle indtægter og omkostninger indregnes i resultatopgørelsen med de beløb, der vedrører regnskabsåret. Finansielle poster omfatter renteindtægter og -omkostninger.

Balancen

Immaterielle anlægsaktiver

Immaterielle anlægsaktiver omfatter udvikling af softwaresystemer til brug for udbud af virksomhedens aktiviteter. De enkelte softwaresystemer undergår en løbende udvikling, mens brugen heraf fortsat er igang, og virksomheden klassificerer dermed de samlede udviklingsomkostninger under færdiggjorte udviklingsprojekter.

Immaterielle anlægsaktiver måles til kostpris med fradrag af akkumulerede af- og nedskrivninger.

Udviklingsprojekter, der er klart definerede og identificerbare, og hvor den tekniske udnyttelsesgrad, tilstrækkelige ressourcer og et potentielt fremtidigt marked eller udviklingsmulighed i virksomheden kan påvises, og hvor det er hensigten at fremstille, markedsføre eller anvende produktet eller processen, indregnes som immaterielle anlægsaktiver, såfremt der er tilstrækkelig sikkerhed for, at den fremtidige indtjening kan dække produktions-, salgs- og administrative omkostninger samt de samlede udviklingsomkostninger.

Øvrige udviklingsomkostninger indregnes som omkostninger i resultatopgørelsen, i takt med, at de afholdes.

Udviklingsomkostninger opgøres til de direkte medgåede omkostninger, der indirekte kan henføres til de enkelte udviklingsprojekter.

Der foretages nedskrivningstest på erhvervede immaterielle anlægsaktiver, såfremt der er indikationer for værdifald. Nedskrivningstesten foretages for hvert enkelt aktiv henholdsvis gruppe af aktiver. Aktiverne nedskrives til det højeste af aktivets eller aktivgruppens kapitalværdi og nettosalgspris (genindvindingsværdi), såfremt denne er lavere end den regnskabsmæssige værdi.

Anvendt regnskabspraksis - fortsat

Materielle anlægsaktiver

Materielle anlægsaktiver omfatter andre anlæg, driftsmateriel og inventar. Materielle anlægsaktiver måles til kostpris med fradrag af akkumulerede af- og nedskrivninger.

Kostprisen for egenproducerede anlægsaktiver omfatter løn- og materialeomkostninger mv., der direkte er medgået til produktionen samt en andel af de produktionsomkostninger, der indirekte kan henføres hertil.

Der foretages nedskrivningstest på materielle anlægsaktiver, såfremt der er indikationer for værdifald. Nedskrivningstesten foretages for hvert enkelt aktiv henholdsvis gruppe af aktiver. Aktiverne nedskrives til det højeste af aktivets eller aktivgruppens kapitalværdi og nettosalgspris (genindvindingsværdi), såfremt denne er lavere end den regnskabsmæssige værdi.

Varebeholdninger

Varebeholdninger måles til kostpris på grundlag af FIFO-princippet eller til nettorealiseringsværdi, hvis denne er lavere.

Tilgodehavender

Tilgodehavender måles til amortiseret kostpris, der sædvanligvis svarer til nominel værdi. Værdien reduceres med nedskrivninger til imødegåelse af forventede tab.

Egenkapital

Udbytte, som foreslås udbetalt for regnskabsåret, præsenteres som en særskilt post under egenkapitalen.

Hensatte forpligtelser

Hensatte forpligtelser omfatter forventede omkostninger til retstvister, tab for tredjepart, omstruktureringer mv. Hensatte forpligtelser indregnes, når virksomheden på balancedagen har en retlig eller faktisk forpligtelse, og det er sandsynligt, at indfrielse vil medføre et forbrug af virksomhedens økonomiske ressourcer.

Hensatte forpligtelser, som forventes indfriet senere end et år fra balancedagen, måles til nutidsværdien af de forventede betalinger. Andre hensatte forpligtelser måles til nettorealiseringsværdi.

Resultatopgørelse

1. januar - 31. december

	Note	2009 t.kr.	2008 t.kr.
Nettoomsætning	1	5.602.067	5.038.250
Andre driftsindtægter	2	1.612	604
Omkostninger til råvarer og hjælpematerialer		5.501.657	4.947.672
Andre eksterne omkostninger		<u>26.875</u>	<u>20.744</u>
Bruttofortjeneste		75.147	70.438
Personaleomkostninger	3	26.244	20.189
Af- og nedskrivninger af immaterielle og materielle anlægsaktiver	4	12.660	10.188
Andre driftsomkostninger	5	<u>0</u>	<u>3.131</u>
Resultat før finansielle poster		36.243	36.930
Andre finansielle indtægter	6	2.203	5.528
Andre finansielle omkostninger	7	<u>28</u>	<u>54</u>
Årets resultat		<u><u>38.418</u></u>	<u><u>42.404</u></u>
Resultatdisponering			
Det disponible beløb udgør:			
Overført fra tidligere år		42.678	42.500
Årets bevægelser på overført resultat, jf. egenkapitalopgørelsen		-42.678	-42.226
Årets resultat		<u>38.418</u>	<u>42.404</u>
Til disposition		<u><u>38.418</u></u>	<u><u>42.678</u></u>
foreslås af bestyrelsen disponeret således:			
Udbytte for regnskabsåret		<u>38.418</u>	<u>42.678</u>
Disponeret		<u><u>38.418</u></u>	<u><u>42.678</u></u>

Balance
pr. 31. december

	Note	2009 t.kr.	2008 t.kr.
Aktiver			
Anlægsaktiver			
Færdiggjorte udviklingsprojekter		<u>19.325</u>	<u>22.845</u>
Immaterielle anlægsaktiver	8	<u>19.325</u>	<u>22.845</u>
Andre anlæg, driftsmateriel og inventar		<u>659</u>	<u>37</u>
Materielle anlægsaktiver	9	<u>659</u>	<u>37</u>
Anlægsaktiver i alt		<u>19.984</u>	<u>22.882</u>
Omsætningsaktiver			
Fremstillede færdigvarer og handelsvarer		<u>18.622</u>	<u>21.210</u>
Varebeholdninger		<u>18.622</u>	<u>21.210</u>
Tilgodehavender fra salg og tjenesteydelser		625.202	562.838
Andre tilgodehavender		<u>2.400</u>	<u>2.677</u>
Tilgodehavender		<u>627.602</u>	<u>565.515</u>
Likvide beholdninger		<u>36.830</u>	<u>39.842</u>
Omsætningsaktiver i alt		<u>683.054</u>	<u>626.567</u>
Aktiver i alt		<u><u>703.038</u></u>	<u><u>649.449</u></u>

Balance
pr. 31. december

	Note	2009 t.kr.	2008 t.kr.
Passiver			
Egenkapital			
Interessentskabskapital		13.893	13.893
Foreslået udbytte for regnskabsåret		<u>38.418</u>	<u>42.678</u>
Egenkapital i alt	10	<u>52.311</u>	<u>56.571</u>
Hensatte forpligtelser			
Andre hensatte forpligtelser	11	<u>0</u>	<u>3.112</u>
Hensatte forpligtelser i alt		<u>0</u>	<u>3.112</u>
Gældsforpligtelser			
Leverandører af varer og tjenesteydelser		640.734	575.780
Anden gæld		<u>9.993</u>	<u>13.986</u>
Kortfristede gældsforpligtelser		<u>650.727</u>	<u>589.766</u>
Gældsforpligtelser i alt		<u>650.727</u>	<u>589.766</u>
Passiver i alt		<u>703.038</u>	<u>649.449</u>
Sikkerhedsstillelser og eventualforpligtelser	12		
Andre økonomiske forpligtelser	13		
Nærtstående parter	14		
Honorar til virksomhedens generalforsamlingsvalgte revisor	15		

Egenkapitalopgørelse

(t.kr.)	Interessent- skabskapital	Overført resultat	Foreslået udbytte	I alt
Egenkapital pr. 1/1 2009	13.893	0	42.678	56.571
Udloddet udbytte			-42.678	-42.678
Overført i året		38.418		38.418
Foreslået udbytte		<u>-38.418</u>	<u>38.418</u>	<u>0</u>
Egenkapital pr. 31/12 2009	<u>13.893</u>	<u>0</u>	<u>38.418</u>	<u>52.311</u>

Noter

	2009 t.kr.	2008 t.kr.
Note 1. Nettoomsætning		
Nettoomsætning for medicin fordelt på markeder:		
Region Hovedstaden	2.244.842	2.030.555
Region Midtjylland	1.149.858	1.010.283
Region Syddanmark	1.065.037	933.606
Region Sjælland	489.846	431.480
Region Nordjylland	<u>385.534</u>	<u>364.465</u>
	<u>5.335.117</u>	<u>4.770.389</u>
Nettoomsætningens fordeling på aktiviteter:		
Medicin	5.335.117	4.770.389
Høreapparater	266.572	267.336
Øvrige	<u>378</u>	<u>525</u>
	<u>5.602.067</u>	<u>5.038.250</u>
Note 2. Andre driftsindtægter		
Udlodning af FBS-midler ved salg af Kommuneforsikring	0	604
Tilbageført hensættelser	<u>1.612</u>	<u>0</u>
	<u>1.612</u>	<u>604</u>
Note 3. Personaleomkostninger		
Personaleomkostninger er opgjort således:		
Lønninger og gager	20.784	16.591
Pensionsomkostninger	3.517	2.708
Andre omkostninger til social sikring	-147	175
Andre personaleomkostninger	<u>2.090</u>	<u>715</u>
	<u>26.244</u>	<u>20.189</u>
Gennemsnitligt antal medarbejdere	<u>39</u>	<u>34</u>
Virksomheden har ikke pligt til, og har derfor valgt ikke at oplyse vederlaget til bestyrelse og direktion.		

Noter

	2009 t.kr.	2008 t.kr.
Note 4. Af- og nedskrivninger af immaterielle og materielle anlægsaktiver		
Færdiggjorte udviklingsprojekter	12.598	10.180
Andre anlæg, driftsmateriel og inventar	<u>62</u>	<u>8</u>
	<u>12.660</u>	<u>10.188</u>
Note 5. Andre driftsomkostninger		
Andre driftsomkostninger	<u>0</u>	<u>3.131</u>
	<u>0</u>	<u>3.131</u>
Note 6. Andre finansielle indtægter		
Andre renteindtægter, valutakursgevinster og lignende indtægter	<u>2.203</u>	<u>5.528</u>
	<u>2.203</u>	<u>5.528</u>
Note 7. Andre finansielle omkostninger		
Renteomkostninger, valutakurstab og lignende omkostninger	<u>28</u>	<u>54</u>
	<u>28</u>	<u>54</u>
Note 8. Immaterielle anlægsaktiver		
(t.kr.)		Færdiggjorte udviklings- projekter
Kostpris		
Saldo pr. 1/1 2009		40.937
Tilgang i årets løb		9.078
Afgang i årets løb		<u>0</u>
Kostpris pr. 31/12 2009		<u>50.015</u>
Af- og nedskrivninger		
Saldo pr. 1/1 2009		18.092
Årets afskrivninger		<u>12.598</u>
Af- og nedskrivninger pr. 31/12 2009		<u>30.690</u>
Regnskabsmæssig værdi pr. 31/12 2009		<u>19.325</u>

Noter

Note 9. Materielle anlægsaktiver

(t.kr.)	Andre anlæg, driftsmateriel og inventar
Kostpris	
Saldo pr. 1/1 2009	46
Tilgang i årets løb	683
Afgang i årets løb	0
Kostpris pr. 31/12 2009	729
Af- og nedskrivninger	
Saldo pr. 1/1 2009	8
Tilgang ved fusion	62
Årets afskrivninger	0
Af- og nedskrivninger pr. 31/12 2009	70
Regnskabsmæssig værdi pr. 31/12 2009	659

	31/12 2009 t.kr.	31/12 2008 t.kr.
Note 10. Interessentskabskapital		
Interessentskabskapitalen t.kr. 13.893 sammensættes således:		
Region Hovedstaden	4.185	4.185
Region Midtjylland	3.111	3.111
Region Syddanmark	3.038	3.038
Region Sjælland	2.090	2.090
Region Nordjylland	1.469	1.469
	13.893	13.893

Interessentskabskapitalen har udviklet sig således de seneste 5 år:

	2009 t.kr.	2008 t.kr.	2007 t.kr.	2006 t.kr.	2005 t.kr.
Pr. 1/1	13.893	13.573	11.776	11.776	11.500
Kapitalforhøjelse	0	320	1.797	0	276
Pr. 31/12	13.893	13.893	13.573	11.776	11.776

Noter

	31/12 2009 t.kr.	31/12 2008 t.kr.
Note 11. Andre hensatte forpligtelser		
Saldo pr. 1/1 2009	3.112	0
Årets hensættelse	<u>-3.112</u>	<u>3.112</u>
	<u>0</u>	<u>3.112</u>
 Note 12. Sikkerhedsstillelser og eventualforpligtelser		
Der er ingen sikkerhedsstillelser og eventualforpligtelser pr. 31. december 2009.		
 Note 13. Andre økonomiske forpligtelser		
Huslejeforpligtelse vedrørende uopsigelig kontrakt indtil 1. november 2012 udgør	<u>8.711</u>	<u>7.676</u>
 Note 14. Nærtstående parter		
Nærtstående parter med bestemmende indflydelse omfatter interessenter som følge af deres indskudte interssent-skabskapital.		
 Note 15. Honorar til virksomhedens generalforsamlingsvalgte revisor		
Honorar for lovpligtig revision	75	72
Honorar for andre ydelser	<u>50</u>	<u>185</u>
	<u>125</u>	<u>257</u>

Udlodning til regionerne:

Udlodning af overskud vil blive fordelt efter

lægemiddelomsætningen i Amgros i 2009. Fordelingen fremgår af nedenstående tabel:

Sygehusapotek	Omsætning i kr.	Omsætning fordelt i procent	Udlodning i kr.
Aalborg	385.534.529,02	7,23%	2.776.266
Region Nordjylland	385.534.529,02	7,23%	2.776.266
Århus	868.660.658,05	16,28%	6.255.298
Herning	148.953.166,19	2,79%	1.072.624
Viborg	126.159.101,63	2,36%	908.482
Horsens	6.085.450,00	0,11%	43.822
Region Midtjylland	1.149.858.375,87	21,55%	8.280.226
Vejle	225.667.424,27	4,23%	1.625.050
Kolding	76.107.997,76	1,43%	548.060
Esbjerg	130.046.572,97	2,44%	936.476
Sønderborg	136.548.240,19	2,56%	983.295
Odense	496.667.235,63	9,31%	3.576.542
Region Syddanmark	1.065.037.470,82	19,96%	7.669.424
Roskilde	218.930.806,44	4,10%	1.576.539
Næstved	161.929.654,40	3,04%	1.166.069
Holbæk	108.985.617,81	2,04%	784.815
Region Sjælland	489.846.078,65	9,18%	3.527.423
Region Hovedstaden	2.244.842.799,59	42,08%	16.165.301
Samlet lægemiddelomsætning i Amgros i kr.	5.335.119.253,95		
Samlet overskud i år 2009 i kr.	38.418.639,84		

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 15

Emne: Tids- og procesplan for klimastrategi for hovedstadsregionen

1 bilag

NOTATKongens Vænge 2
3400 Hillerød**Telefon** +45 48 20 50 00
Direkte +45 20 56 12 47
Fax +45 48 20 56 61
Web www.regionh.dk**Tids- og procesplan for en klimastrategi for hovedstadsregionen**Journal.nr. 09006269
Dato: 25. marts 2010

Tids- og procesplanen er opdelt i tre faser – forberedelses-, dialog- og beslutningsfase. Planen er justeret på baggrund af drøftelserne i miljø- og klimaudvalget den 2. marts 2010. En detaljeret tidsplan med politiske milepæle fremgår nederst i notatet.

Forberedelsesfasen (september 2009-februar 2010)

Der har været afholdt en indledende dialogfase med udvalgte interessenter, herunder kommuner, regioner og interesseorganisationer. Cowi a/s er blevet valgt som rådgiver på klimastrategien og skal levere en række opgaver. Herunder analyseforslag, kortlægning af kommunernes klimaindsats samt redegørelse af regionale klimaudfordringer og handlemuligheder.

Dialog – og analysefase (marts-december 2010)

Den administrative følgegruppe nedsættes. En række dialogaktiviteter gennemføres i løbet af periode med centrale aktører for at identificere hvilke klimaudfordringer, der inden for rammen af klimastrategiens seks indsatsområder, er behov og interesse for at løse i fællesskab.

For at skabe et solidt videngrundlag for klimastrategien igangsættes en række analyser. Der afholdes en række workshops for at kvalificere analyserne og for at få relevante aktører (kommuner, stat, vidensinstitutioner, interesseorganisationer og erhvervsorganisationer) til at identificere udfordringer og konkrete klimatiltag.

Endelig planlægges afholdt et politikerseminar og politiske møder mellem regionen og kommunerne. Regionens miljø- og klimaudvalget samt kommunernes teknik- og miljøudvalgsformænd planlægges inviteret til et seminar først på efteråret 2010 for at drøfte klimastrategien, analyseresultaterne og nye konkrete klimatiltag herunder muligheden for et regionalt klimacharter (se længere nede).

Beslutningsfasen (januar-marts 2011)

I denne periode drøftes udkast til klimastrategi i miljø- og klimaudvalget, KKR samt forretningsudvalget og regionsrådet med henblik på regionsrådets endelige godkendelse i marts 2011.

Som afslutning på forløbet og samarbejdet med kommunerne overvejes at samle de 29 borgmestre, regionsrådsformanden og formanden for miljø- og klimaudvalget i forbindelse med offentliggørelsen af klimastrategien for at underskrive et såkaldt ”regionalt klima-charter”. Charter-idéen er inspireret af Danmarks Naturfredningsforenings succesfulde klimakommune-initiativ.

KLIMASTRATEGIENS POLITISKE MILEPÆLE 2010-2011

Emne	Aktiviteter		Måned
	Region H	KKR og KKU	
<i>Dialog- og analysefase (marts-oktober)</i>			
Drøftelse af klimastrategien - præsentation af indhold, proces, oplæg til analyser samt drøftelse kommunernes behov og interesser		KKR's direktørudvalg for miljø og infrastruktur	Primo april
Den regionale klimaindsats - ekskursion til Skåne	MIK		16. april
Tids- og procesplan for klimastrategi for hovedstadsregionen	FU/RR		20./27. april
Bæredygtigt byggeri	MIK		3. maj
Møde med KKR's formand for miljø og infrastrukturudvalget – drøftelse af klimastrategi, herunder inddragelse og samarbejde med kommunerne		KKR's formand for miljø og infrastruktur og JCS	4. maj
<i>Forslag</i> om formandsmøde – drøftelse af klimastrategi, herunder inddragelse og samarbejde med kommunerne	RR- og MIK-formand	KKR formand og næstformand	Maj
Kommissorium for MIK-udvalget	FU/RR		18./25. maj
Transportsektorens CO2-udledning og Region Hovedstadens CO2-udledning	MIK		3. juni
Nyt sygehusbyggeri og klimatiltag	MIK		23. august
<i>Forslag</i> om orientering om klimastrategien og den igangværende indsats		KKU	25. august
Udfordringer og initiativer til klimastrategien samt klimacharter for hovedstadsregionen	MIK		27. september
<i>Forslag</i> om præsentation af klimaanalyser samt drøftelse af mulighed for fælles tiltag og indsatser på klimaområdet		KKU	4. oktober
<i>Forslag</i> om formandsmøde – præsentation af ramme for klimastrategi, drøftelse af muligt samarbejde og politisk proces	RR- og MIK-formand	KKR formand og næstformand	Oktober
<i>Beslutningsfasen november – marts 2011</i>			
Klimastrategiens temaer og initiativer	MIK		1. november
Drøftelse af 1. udkast klimastrategi	MIK		29. november
Drøftelse af 2. udkast til klimastrategi	MIK		Januar
<i>Forslag</i> om formandsmøde – præsentation af udkast til klimastrategi samt drøftelse af offentliggørelse	RR- og MIK-formand	KKR formand og næstformand	Januar
Forslag om KKU-møde – præsentation af udkast til klimastrategi		KKU	Januar/februar
Forberedelse af fælles politikerseminar med kommuner og region	MIK		Februar
Forventet politisk behandling af klimastrategien	FU/RR		Februar/marts
Fælles politikerseminar med kommuner og region med offentliggørelse af klimastrategi	RR- og MIK-formand	29 borgmestre	Marts

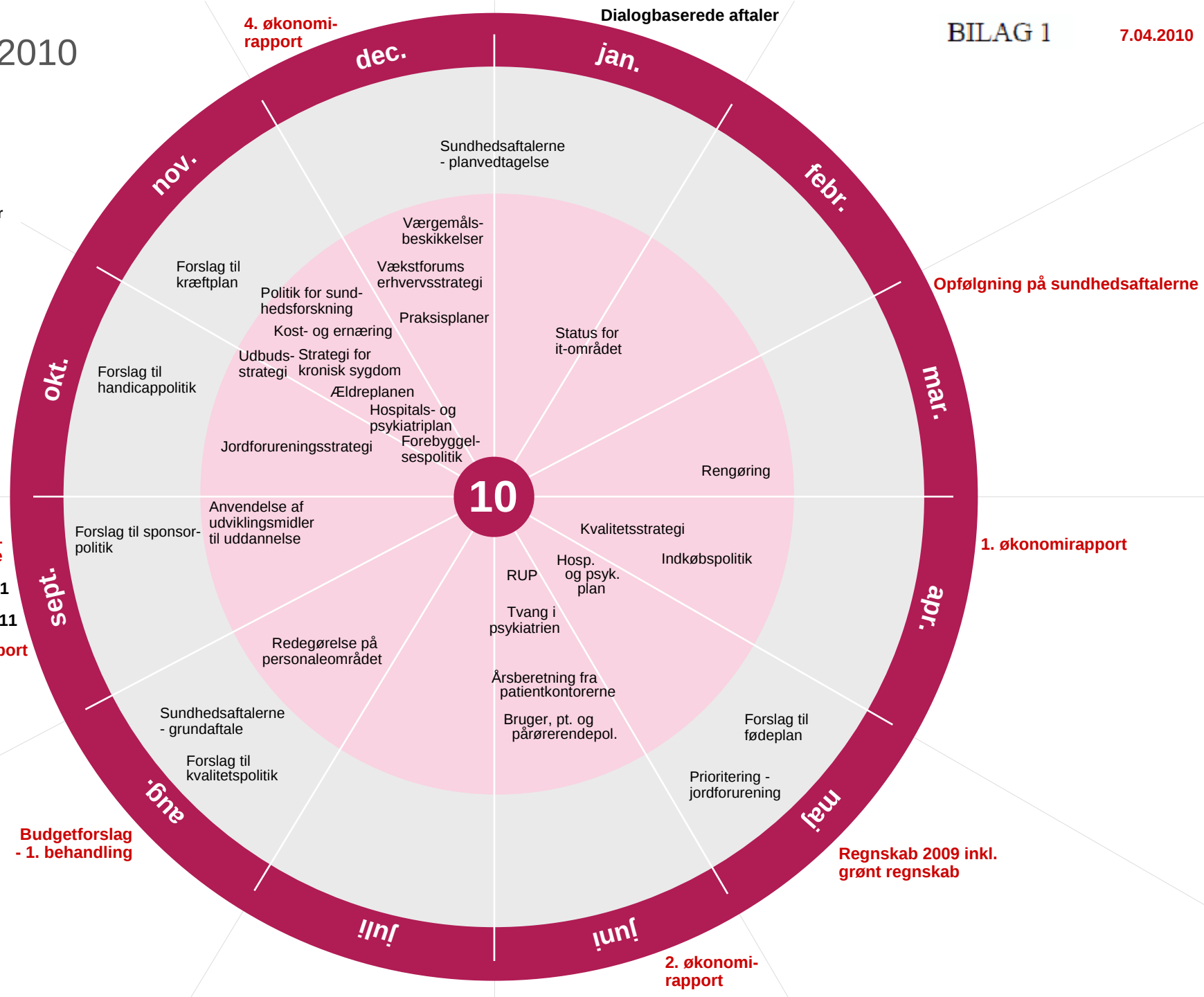
Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 17

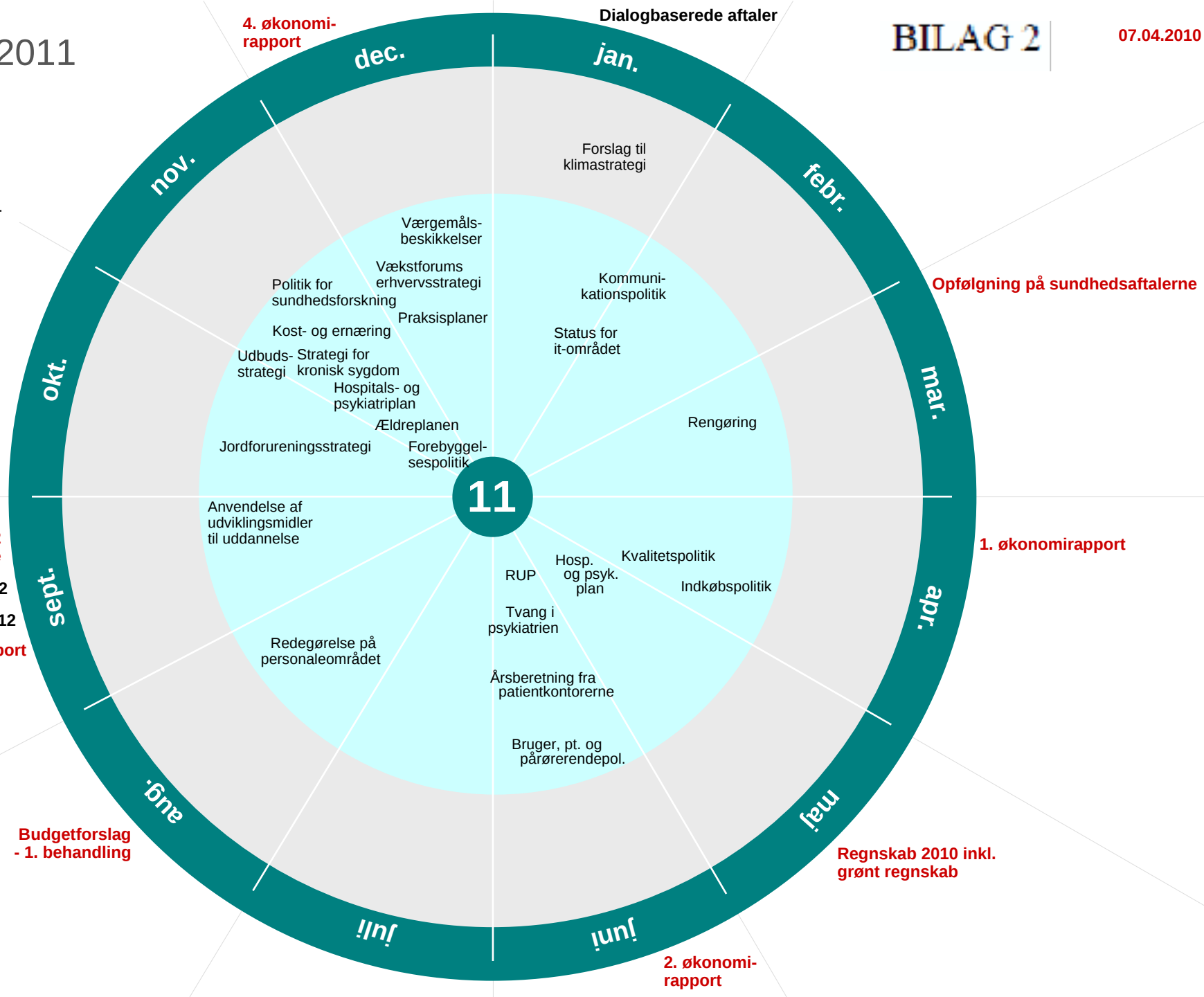
Emne: Det politiske arbejde 2010/2011 - mødeplan og årshjul

3 bilag

- Årlige afrapporteringer
- Større politiske sager
- Større årligt tilbagevendende sager



- Årlige afrapporteringer
- Større politiske sager
- Større årligt tilbagevendende sager



MØDEPLAN 2011

JANUAR 2011		FEBRUAR 2011		MARTS 2011		APRIL 2011		MAJ 2011		JUNI 2011	
L1	Nytår	T 1	RR	T 1		F 1		S 1		O 1	
S2		O 2		O 2		L 2		M 2	18	T 2	Kr.himmelfartsdag
M 3	1	T 3		T 3		S 3		T 3		F 3	
T 4		F 4		F 4		M 4	14	O 4		L 4	
O 5		L 5		L 5		T 5		T 5		S 5	Grundlovsdag
T 6		S 6		S 6		O 6		F 6		M 6	23
F 7		M 7	6	M 7	10	T 7		L 7		T 7	
L 8		T 8		T 8		F 8		S 8		O 8	
S 9		O 9		O 9		L 9		M 9	19	T 9	
M 10	2	T 10		T 10		S 10		T 10		F 10	
T 11		F 11		F 11		M 11	15	O 11		L 11	
O 12		L 12		L 12		T 12	FU	T 12		S 12	Pinsedag
T 13		S 13		S 13		O 13		F 13		M 13	2. pinsedag 24
F 14		M 14	7	M 14	11	T 14	Danske Regioners	L 14		T 14	FU
L 15		T 15		T 15	FU	F 15	generalforsamling	S 15		O 15	
S 16		O 16		O 16		L 16		M 16	20	T 16	
M 17	3	T 17		T 17		S 17		T 17	FU	F 17	
T 18		F 18		F 18		M 18	16	O 18		L 18	
O 19		L 19		L 19		T 19		T 19		S 19	
T 20		S 20		S 20		O 20		F 20	St. Bededag	M 20	25
F 21		M 21	8	M 21	12	T 21	Skærtorsdag	L 21		T 21	RR
L 22		T 22		T 22	RR	F 22	Langfredag	S 22		O 22	
S 23		O 23		O 23		L 23		M 23	RR 21	T 23	
M 24	4	T 24		T 24	KL's	S 24	Påskedag	T 24		F 24	
T 25	FU	F 25		F 25	delegeret møde	M 25	2. påskedag 17	O 25		L 25	
O 26		L 26		L 26		T 26	RR	T 26		S 26	
T 27		S 27		S 27		O 27		F 27		M 27	26
F 28		M 28	9	M 28	13	T 28		L 28		T 28	
L 29				T 29		F 29		S 29		O 29	
S 30				O 30		L 30		M 30	22	T 30	
M 31	5			T 31				T 31			

MØDEPLAN 2011

JULI 2011			AUGUST 2011			SEPTEMBER 2011			OKTOBER 2011			NOVEMBER 2011			DECEMBER 2011		
F 1			M 1	31		T 1			L 1			T 1			T 1		
L 2			T 2			F 2			S 2			O 2			F 2		
S 3			O 3			L 3			M 3	40		T 3			L 3		
M 4	27		T 4			S 4			T 4			F 4	FU-seminar		S 4		
T 5			F 5			M 5	36		O 5			L 5	FU-seminar		M 5	49	
O 6			L 6			T 6			T 6			S 6			T 6	FU	
T 7			S 7			O 7			F 7			M 7	45		O 7		
F 8			M 8	32		T 8			L 8			T 8	FU		T 8		
L 9			T 9	Budgetseminar		F 9			S 9			O 9			F 9		
S 10			O 10			L 10			M 10	41		T 10			L 10		
M 11	28		T 11	FU 1. beh.		S 11			T 11	FU		F 11			S 11		
T 12			F 12			M 12	37		O 12			L 12			M 12	50	
O 13			L 13			T 13	FU 2. beh.		T 13			S 13			T 13	RR	
T 14			S 14			O 14			F 14			M 14	46		O 14		
F 15			M 15	33		T 15	.		L 15			T 15	RR		T 15		
L 16			T 16	RR 1. beh.		F 16			S 16			O 16			F 16		
S 17			O 17			L 17			M 17	42		T 17			L 17		
M 18	29		T 18			S 18			T 18			F 18			S 18		
T 19			F 19			M 19	38		O 19			L 19			M 19	51	
O 20			L 20			T 20	RR 2. beh.		T 20			S 20			T 20		
T 21			S 21			O 21			F 21			M 21	47		O 21		
F 22			M 22	34		T 22	.		L 22			T 22			T 22		
L 23			T 23			F 23			S 23			O 23			F 23		
S 24			O 24			L 24			M 24	43		T 24			L 24		
M 25	30		T 25			S 25			T 25	RR		F 25			S 25	Juledag	
T 26			F 26			M 26	39		O 26			L 26			M 26	2. Juledag	52
O 27			L 27			T 27			T 27			S 27			T 27		
T 28			S 28			O 28			F 28			M 28	48		O 28		
F 29			M 29	35		T 29			L 29			T 29			T 29		
L 30			T 30			F 30			S 30			O 30			F 30		
S 31			O 31						M 31	44					L 31		

}

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 18

Emne: Frederiksværk gymnasium og hf - udpegning af medlem til bestyrelsen

3 bilag

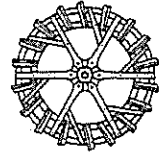
Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

MODTAGET

11 FEB. 2010

Region Hovedstaden

Frederiksværk
Gymnasium og HF



10.2.2010

Angående udpegning af repræsentant til skolens bestyrelse.

Fra den 1.1.2007 har Region Hovedstaden udpeget Per Jensen.
Da han ikke ønsker at sidde i bestyrelsen længere, vil jeg hermed spørge, om I kan finde en ny repræsentant ?.

Vedlagt er skolens vedtægter og kopi af brev, hvor Per Jensen udpeges af Regionen.

Venlig hilsen



Palle Bak Petersen
Rektor



**Region
Hovedstaden**

COPY

BILAG 2

Koncern Sekretariatet

Råds- og udvalgssekretariatet

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 48 20 50 00

Fax 48 20 57 77

Web www.regionhovedstaden.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23
Journal nr.: 10001642

Dato: 23. februar 2010

Frederiksværk Gymnasium og HF
Strandgade 34
3300 Frederiksværk
Att: Rektor Palle Bak Petersen

Kære Palle Bak Petersen

Med brev af 10. ds. har De anmodet om, at regionsrådet udpeger et medlem af bestyrelsen for Frederiksværk Gymnasium og HF. De oplyser i samme forbindelse, at Region Hovedstaden for perioden fra den 1. januar 2007 udpegede Per Jensen til den pågældende bestyrelsespost.

Det kan i den anledning oplyses, at Per Jensen alene var indstillet til udpegning som medlem af den midlertidige bestyrelse, som skulle virke i 2006. Det synes ikke at fremgå ikke af materiale i Region Hovedstadens besiddelse, at Frederiksværk Gymnasium og HF har anmodet regionsrådet om udpegning eller genudpegning til den pågældende bestyrelsespost for perioden fra 2007 til 2009.

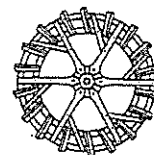
Såfremt De i overensstemmelse med vedtægten for Frederiksværk Gymnasium og HF ønsker, at regionsrådet udpeger et medlem af bestyrelsen for perioden fra 2010 og fire år frem, vil en sag herom kunne forelægges regionsrådet på dettes næste møde den 23. marts 2010.

Med venlig hilsen

Frits Ripperger

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød
Att. Frits Ripperger

MODTAGET **Frederiksværk**
- 8 MRS. 2010
Gymnasium og HF
Region Hovedstaden



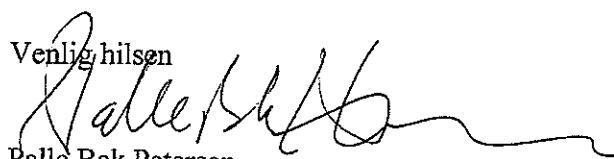
Den, 5.3.2010

Angående udpegning af et medlem til bestyrelsen ved Frederiksværk Gymnasium og HF.

Jævnfør vores vedtægter § 4 skal vi have udpeget et bestyrelsesmedlem af Regionsrådet for Region Hovedstaden.

Jeg håber derfor, at I som nævnt i jeres brev af 23. februar 2010 vil medvirke til, at der udpeges et medlem til bestyrelsen for Frederiksværk Gymnasium og HF pr. 1.5.2010 og fire år frem.

Venlig hilsen


Palle Bak Petersen
Rektor

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 19

Emne: Frederiksborg Gymnasium og hf - udpegning af medlem til bestyrelsen

1 bilag



FREDERIKSBORG
GYMNASIUM OG HF

MODTAGET

24 MRS. 2010

KRU

Region Hovedstaden

Hillerød, den 22. marts 2010

Rektor

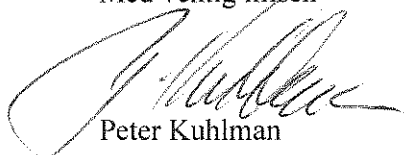
Region Hovedstaden
Koncern Regional Udvikling
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Udpegning af medlem af bestyrelsen for Frederiksborg Gymnasium og HF

Jeg skal hermed anmode Region Hovedstaden om at udpege et nyt medlem til skolens bestyrelse for den kommende 4-årige periode, idet Benedikte Kiær er udtrådt af bestyrelsen i forbindelse med hendes udnævnelse til socialminister.

Ifølge vedtægterne for Frederiksborg Gymnasium og HF skal 1 bestyrelsesmedlem udpeges af Regionsrådet for Region Hovedstaden.

Med venlig hilsen



Peter Kuhlman

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 20

Emne: Henvendelse fra regionsrådsmedlem Bent Larsen (V) om
respiratorpatienter på Rigshospitalet

3 bilag

Fra: Bent Larsen

Sendt: 7. april 2010 23:10

Til: Vibeke Storm Rasmussen; Helle Ulrichsen

Cc: Helle Mathiasen

Emne: dagsordenspunkt

Kære Vibeke og Helle

Jeg vil gerne bede om dagsordenspunkt om respirator patienter på Rigshospitalet:

Ifølge pressen er der i de to første måneder af 2010 11 patienter, der har måttet lade livet på grund af mangel på respirator. Hvilken økonomi skal stilles til rådighed for at løse dette problem?

Mvh

Bent Larsen

Den 16. marts 2010

FORRETNINGSUDVALGET

SAG NR. 27

MEDDELELSER

27.02 Kapacitetsproblemer på Respirationscenter Øst

Sundhedsministeriet har i forlængelse af medieomtale anmodet om en redegørelse om den videre plan for RCØ, herunder regionens plan for at håndtere kapacitetsproblemerne. Endvidere er Indenrigs- og Sundhedsministeren i samrådsspørgsmål AG af 25. februar 2010 blevet bedt om at oplyse, ”hvordan man vil sikre, at regionerne løfter ansvaret for at udstyre Respirationscenter Øst med tilstrækkelige ressourcer”.

./. Region Hovedstadens svar af 26. februar 2010, som er udsendt til regionsrådets medlemmer den 5. marts 2010, vedlægges.

Sagsnr.: 10001767

Sundhedsministeriet

Direkte 48205616

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

EAN-nr: 5798001061223

Dato: 26. februar 2010

Journal nr.: 10001767

Kapacitetsproblemer på Respirationscenter Øst (RCØ)

Sundhedsministeriet har i forlængelse af medieomtale anmodet om en redegørelse om den videre plan for RCØ, herunder regionens plan for at håndtere kapacitetsproblemerne. Endvidere er Indenrigs- og Sundhedsministeren i samrådsspørgsmål AG af 25. februar 2010 blevet bedt om at oplyse, "hvordan man vil sikre, at regionerne løfter ansvaret for at udstyre Respirationscenter Øst med tilstrækkelige ressourcer".

Ventetid og venteliste

RCØ behandler kronisk respirationsinsufficiens hos patienter, som lider af neuromuskulære lidelser, thoraxdeformiteter mv. Den dominerende patientgruppe er patienter med medfødte muskelsygdomme, såkaldte muskeldystrofier, en gruppe børn med ansigts misdannelser og senest en andel af patienter med den fremadskridende dødelige sygdom amyotrofisk lateralsklerose (ALS).

Det skal understreges, at ventelisten til RCØ er en venteliste til vurdering med henblik på tilrettelæggelse af behandling i hjemmet med assisteret ventilation, enten non-invasivt eller invasivt. Hvis der lægeligt er fundet indikation for, at en patient skal respiratorbehandles, vil den initiale respiratorbehandling foregå på patientens lokale intensivafdeling. Det er dér, den akutte livreddende behandling for svigtende åndedrætsfunktion, foregår.

Det er naturligvis ønskværdigt, at der er den kortest mulige ventetid fra indlæggelse på en intensivafdeling, til hjemmerespiratorbehandlingen kan etableres. Når en patient dør i ventetiden, kan det enten skyldes, at grundsygdommen er fremadskridende og dødelig, eller at komplikationer opstår under indlæggelse på andre afdelinger.

At etablere hjemmerespiratorbehandling for en patient er en samarbejdsopgave mellem praktiserende læge, hjemstedskommune, lokalsygehus, specialafdeling og respirationscenter. Behovet for assisteret respiration kan opstå akut eller efter et længere forløb, hvor patienterne følges uger, måneder eller år i respirationscentret med målinger af lungefunktion og iltningsevne, især under søvn. Når behovet opstår, skal patienten indlægges, med henblik på trakeotomi (rør i halsen), hjemmet skal gøres egnet til hjemmerespirator, og ikke mindst skal der uddannes et såkaldt hjælperhold, som kan assistere patienten døgnet 24 timer året rundt. Opstår behovet akut, modtages patienten på RCØ, såfremt der er kapacitet. Hvis ikke skal indlæggelse først ske på lokal intensivafdeling, hvor behandling sker indtil RCØ har kapacitet til at modtage patienten.

RCØ's arbejde er dels den tværfaglige indsats for at forberede patienten på tilværelsen som hjemmerespiratorpatient, dels etablering af respiratorbehandling, samt oplærings-

opgaven for hjælperhold. Patientforløbene varierer i længde fra få dage (kontrolindlæggelser) til måneder og hele år.

Både i Respirationscenter Vest og Øst er efterspørgslen stigende og ventetiden ligeså. RCØ har i dag en differentieret venteliste og -tid. Ca. 40 patienter har behov for hurtig behandling. Det er hovedsagelig ALS-patienter, der har været til ambulant vurdering. Ventetiden er op til 4 måneder. Knap 50 patienter har en kronisk sygdom, som ikke er akut truende. Disse patienter har en ventetid på ca. 6 måneder.

Kapacitet på kort sigt

Respirationscenter Øst har en sengekapacitet på 7 senge og et ambulatorie med 1250 besøg om året. Endvidere har Institution for Respirationspatienter (IRP) 7 sengepladser, som bruges af RCØ til rehabilitering af respiratorpatienter. RCØ har egen læge-/sygepleje-/sekretær- og socialrådgivernormering og vagtbetjenes lægeligt af Neuroanæstesiologisk Klinik. Til RCØ er tilknyttet 1.200-1.400 patienter, hvoraf ca. 275 er i hjemmerespiratorbehandling. I 2009 etableredes ca. 3 nye respiratorordninger om måneden.

Forslag til afhjælpning af flaskehalse er drøftet intensivt, og i januar måned 2010 er et stort antal patienter taget ind til primær vurdering for at optimere visitationen. Det har resulteret i, at ca. 20 patienter i januar og februar har fået etableret assisteret ventilation i hjemmet. Med denne visitation forventes ventetiden væsentligt nedbragt for patienter med behov for hurtig behandling. Det forudsætter imidlertid et optimalt samarbejde med alle involverede parter og at hjælperhold kan rekrutteres.

I samarbejde med Region Sjælland er igangsat et arbejde med at beskrive patientforløb for at afklare sygehusenes roller. Dette arbejde forventes at smidiggøre samarbejdet.

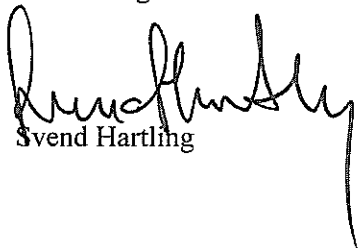
Der er udarbejdet forslag om fælles telefonrådgivning til andre sygehuse fra Respirationscenter Vest og Øst.

Kapacitet på lang sigt

RCØ skal efter regionens hospitalsplan flyttes fra Rigshospitalet til Glostrup Hospital. De foreløbige rokader imellem regionens hospitaler har ført til, at der aktuelt frigøres et areal på Glostrup Hospital, som vil kunne indrettes til RCØ samt det antal sengepladser, der i dag varetages af IRP.

Regionsrådet besluttede den 2. februar 2010 at der skal udarbejdes et projektforslag for en nærmere beskrivelse af, hvordan RCØ og IRP vil kunne indpasses på Glostrup Hospital. Som led i dette projektforslag vurderes den nødvendige sengekapacitet i RCØ inklusiv de regionale opgaver, der i dag udføres på IRP. Det forventes, at samlingen af RCØ og IRP yderligere kan forbedre kapacitetsudnyttelsen.

Med venlig hilsen



Svend Hartling

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Sag nr. 21

Emne: Henvendelse fra regionsrådsmedlem Bent Larsen (V) om den samlede
ledelsestruktur

6 bilag

Sendt: 7. april 2010 18:56

Til: Vibeke Storm Rasmussen; Helle Ulrichsen

Cc: Helle Mathiasen

Emne: dagsordenspunkt

Kære begge

Efter samtale i dag med konsulent Lars Lundgaard omkring ansættelse af to koncerndirektører, står det klart at han alene skal fremkomme med profiler af 2 koncerndirektører. Han er ikke blevet bedt om at vurdere den samlede ledelsesstruktur.

På den baggrund skal jeg anmode om dagsordenspunkt: Den samlede ledelsestruktur

Redegørelsen bedes indeholde: Den hidtidige arbejdsdeling mellem de i 2009 værende 5 koncerndirektører. Antallet af direktører og vicedirektører i stabene og på virksomhederne (hospitaler, psykiatri m.v.)

Med venlig hilsen
Bent Larsen

REGION HOVEDSTADEN

SEKRETARIATSDIREKTØREN

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød
Tlf: 4820 5000
Fax: 4820 5149
E-post: regh@regh.dk
www.regionhovedstaden.dk

Dato: 4. januar 2008

Direkte tlf.: 4820 5700

Notat vedr. arbejdsdeling i koncerndirektionen**Ansvarlig i forhold til stabe:**

Jeannette Birkelund:	Koncern HR, Koncern Sekretariatet og Koncern Miljø
Morten Rand Jensen:	Koncern Plan og Udvikling og Koncern Økonomi
Jens Chr. Sørensen:	Koncern Regional Udvikling og Koncern IT
Svend Hartling:	Koncern Praksis
Helle Ulrichsen:	Koncern Kommunikation

Ansvarlig i forhold til større projekter/emner:

Svend Hartling/ Morten Rand Jensen:	Hospitals- og psykiatriplan
Svend Hartling:	Sundhedsfaglige råd, uddannelse, mv.
Helle Ulrichsen:	Lederudvikling
Jeannette Birkelund/ Svend Hartling:	Kommunekontakt, herunder rammeaftaler på det sociale område
Jens Chr. Sørensen:	Forskning

Ansvarlig i forhold til politiske udvalg:

Helle Ulrichsen:	Regionsrådet og Forretningsudvalget
Svend Hartling/ Morten Rand Jensen:	Underudvalget vedr. hospitalsområdet
Svend Hartling:	Underudvalget vedr. praksis- og forebyggelsesområdet
Jens Chr. Sørensen:	Underudvalget vedr. regional udvikling
Morten Rand Jensen:	Underudvalget vedr. psykiatri- og socialområdet
Jeannette Birkelund:	Kommunekontaktudvalget

Jeannette Birkelund/ Svend Hartling:	Sundhedskoordinationsudvalget, herunder sundhedsaftaler
Svend Hartling:	Diverse praksisudvalg

Ansvarlig i forhold til Danske Regioner:

Helle Ulrichsen:	Regionsdirektørgruppe
Morten Rand Jensen/ Svend Hartling:	Psykiatri og social
Jens Chr. Sørensen/ Jeannette Birkelund:	Regional udvikling + Miljø
Svend Hartling/ Morten Rand Jensen:	Sundhed
Jeannette Birkelund:	Personale
Morten Rand Jensen:	Økonomi

**REGION HOVEDSTADEN
Direktionen**

**OVERORDNET ADMINISTRATIV ORGANISERING
I REGION HOVEDSTADEN**

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. De overordnede rammebetingelser for Region Hovedstaden	4
3. Principper for den administrative organisering	6
4. Overordnet organisationsmodel	8
5. Overordnet administrativ organisering med tilhørende ressource- rammer	11
6. Den videre proces med den overordnede administrative organisationsplan	19

1. Indledning

Forberedelsesudvalget vedtog på sit møde den 7. februar 2006 en plan for den øverste administrative ledelse af Region Hovedstaden. Det blev samtidigt forudsat, at den nye regionsdirektør skulle sikre udarbejdelse af et samlet oplæg til organisationsplan for Region Hovedstaden til vedtagelse i forberedelsesudvalget.

Der blev truffet politisk beslutning om ansættelse af tre af de fire øvrige medlemmer af koncerndirektionen på forberedelsesudvalgets møde den 9. maj 2006. Ansættelsen af den sidste koncerndirektør forventes afsluttet inden sommerferien 2006.

Oplægget til overordnet administrativ organisationsplan med tilhørende ressourcerammer udgør udgangspunktet for det videre arbejde med at tilvejebringe en mere detaljeret og samlet organisationsplan. Efter den politiske drøftelse i forretningsudvalget den 2. maj 2006 har oplægget til overordnet administrativ organisering i Region Hovedstaden været sendt i høring i MED-organisationerne hos de opgaveoverdragende myndigheder samt i det Midlertidige Tværgående Hovedsamarbejdsudvalg (MT-HSU). Direktionen har på baggrund af den politiske behandling og høringsprocessen tilrettet organisationsplanen.

På forberedelsesudvalgsmødet den 9. maj 2006 blev regionsdirektøren/koncerndirektionen – bl.a. med baggrund i tilkendegivelserne i høringsprocessen – desuden bemyndiget til at fastlægge den overordnede administrative organisation samt varetage den videre fordelingsproces af det administrative personale, herunder udpegning/ansættelse af øvrige direktører og chefer på de næste niveauer i regionen.

Ideelt set burde der i tilknytning til drøftelsen af en administrativ organisationsmodel bl.a. tillige foregå en bred drøftelse af og dialog om regionens mission, vision og værdier, men dette har ikke været muligt i den nuværende situation. Det betyder ikke, at man ikke allerede nu kan og bør have nogle overordnede pejlemærker for den administrative organisation i Region Hovedstaden.

Det er et grundlæggende udgangspunkt for den administrative organisering i landets største region – med over 1,6 mio. indbyggere – at den rigtige organisationsmodel er den, som på et ethvert tidspunkt bedst sikrer, at der i forhold til opgavevaretagelsen leveres en service af højst mulige kvalitet gennem en effektiv ressourceudnyttelse.

Region Hovedstaden har med sine topprofessionelle og fagligt velfunderede ledere og medarbejdere potentialet til at blive en stærk og innovativ region med fokus på kvalitet og udvikling, som kan være en attraktiv samarbejdspartner for bl.a. andre offentlige myndigheder, vidensinstitutioner og private virksomheder. Region Hovedstaden skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse, og hovedstaden skal være lokomotiv for resten af Danmark inden for erhvervsudvikling og forskning.

Det er vigtigt, at regionens virksomheder fortsat fremstår som spændende og attraktive arbejdspladser med en udviklende personalepolitik, og at den kommende administrative organisering udvikles med vægt på værdibaseret ledelse og åbenhed, hvor ledere og medarbejdere får en høj grad af medindflydelse og medansvar med muligheder for kompetence- og medarbejderudvikling

Der vil også være et overordnet ledelsesmæssigt fokus på at fremme et godt fysisk- og psykisk arbejdsmiljø i den videre organisatoriske opbygningsproces, således at arbejdsmiljøpolitikken også aktivt kan bidrage til at fremme regionens politiske mål og visioner.

Der er andre gode grunde til, at det er nødvendigt at få fastlagt en overordnet administrativ organisationsmodel i Region Hovedstaden nu. For det første skal organisationen være på plads og fuldt funktionsdygtig, når reformen træder i kraft den 1. januar 2007, og således at der er sikker drift til borgerne i regionen fra dag ét.

For det andet – og i nær sammenhæng hermed – er der hensynet til personalet fra de opgaveoverdragende myndigheder, som skal overføres til den ny region pr. 1. januar 2007, og som naturligt har forventninger om – og krav på – at få præsenteret hovedlinjerne i den fremtidige administrative organisation.

Der er ikke tale om en endelig og detaljeret organisationsplan, idet der bl.a. mangler en udtømmende beskrivelse af, hvilke opgaver der knyttes til de enkelte funktioner, ligesom der udestår en afklaring af de præcise snitflader mellem de forskellige funktioner. Hertil kommer, at placeringen og organiseringen af visse funktioner og områder p.t. er genstand for drøftelse.

2. De overordnede rammebetingelser for Region Hovedstaden

Region Hovedstaden bliver Danmarks største virksomhed med ca. 36.000 ansatte. Regionen vil skulle virke under helt andre rammebetingelser end de nuværende amter og H:S.

Den kommunale styrelseslov – som amternes virksomhed og rammer var forankret i – er erstattet af en særskilt lov om regioner, hvor hovedtanken er, at den politiske styreform skal ændres fra det traditionelle udvalgsstyre til et såkaldt fleksibelt forretningsudvalgsstyre.

Ændringerne i regionernes ansvarsområde, hvor sundhedsområdet bliver den altoverskyggende opgave, men hvor også regional udvikling bliver en ny vigtig opgave, betyder, at politikerrollen ændrer sig. Det stiller igen nye krav til den måde, hvorpå det administrative system skal betjene og understøtte det politiske niveau.

Der skal gives mulighed for, at politikerne kan få en mere tydelig strategisk rolle. Den ændrede politiske organisering og proces stiller en række krav til administrationen mhp. at tilrettelægge procedurer og logistik for betjeningen af det politiske niveau, så der i regionen sikres en effektiv og smidig politisk proces. Direktionen skal bl.a. støtte politikerne i deres nye vigtige roller med at sikre

udvikling på tværs af de traditionelle fagområder. Ved siden af dette strategiske og koordinerende fokus i topledelsen skal den administrative organisering understøtte og matche en effektiv og kvalificeret politisk proces i en ny struktur med talrige samarbejdsflader og rådgivende fora.

Den manglende mulighed for skatteopkrævning og opdelingen af regionernes økonomi i uafhængige kasser til sundhed, regional udvikling og entreprenørdrift på social- og socialpsykiatriområdet giver ligeledes ændrede vilkår. Det vil som følge heraf bl.a. ikke være muligt at prioritere ressourcer på tværs af sektorerne i regionen.

Dermed ændres også kravene til administrationen, hvor det er nødvendigt at tænke i radikalt andre baner end den sektoropdelte forvaltningsstruktur, som kendes fra kommunerne og de nuværende amter. Regionens opgaver og vilkår betyder, at det vil være hensigtsmæssigt at tilrettelægge arbejdsdelingen mellem direktørerne ud fra en koncernledelsestankegang, hvor koncerndirektionen med i alt fem direktører agerer som en samlet enhed, og hvor regionen som én sammenhængende organisation styrkes, fordi alle aspekter er tænkt sammen i den administrative struktur.

Regionerne skal i højere grad end tidligere drives på markedslignende vilkår, hvor bl.a. takstfinansiering får en højere grad af betydning end tidligere. Dette stiller krav til fleksibilitet og omstillingsparathed i forhold til borgere og brugere, og større krav til kvalitet, effektivitet og dokumentation.

Endvidere indebærer kommunalreformen, at der på en række områder skal etableres tættere relationer og nye samarbejdsflader med kommunerne. Det gælder både i forhold til finansiering af regionernes aktiviteter, hvor kommunerne får et stort direkte medansvar, og i form af formaliserede samarbejds- og kontaktorganer, hvor kommunerne ligeledes får et større medansvar for udviklingen og løsningen af opgaverne.

På social- og specialundervisningsområderne får Region Hovedstaden en leverandørpligt i forhold til de tilbud, som kommunerne efterspørger. Det er kommunernes efterspørgsel, som dimensionerer normeringen af pladser og stillinger i regionens institutioner og tilbud. Det bliver derfor helt afgørende at kende og kunne forudse behovene i kommunerne, og at regionens tilbud er attraktive for kommunerne med hensyn til kvalitet og pris.

Det er et centralt og gennemgående træk ved kommunalreformen, at der i lovgivningen stilles større krav til kvalitet, effektivitet, dokumentation og gennemsigtighed i den service, som regionerne og kommunerne leverer. Det stiller krav om, at organisationen indrettes med et stærkt fokus på kvalitet og evaluering både i de serviceudførende sektorer og i de administrative støttefunktioner. Hertil kommer, at der i organisationen sættes fokus på brugerperspektivet, bl.a. i forlængelse af at der generelt i det danske samfund er ønske og krav om en stadig større brugerinddragelse.

Det væsentligste hensyn ved organiseringen af Region Hovedstaden er som tidligere nævnt, at der leveres den bedst mulige service og kvalitet til borgerne i regionen gennem en effektiv ressourceud-

nyttelse. Det bør ske i driftsorganisationen – det vil sige på sygehusene/hospitalerne og institutionerne – i det følgende kaldet virksomhedsområderne.

Der er begrænsede ressourcer til regionens overordnede koncernledelse og stabsfunktioner, og det er derfor nødvendigt, at der skabes synergi i organiseringen af disse, samtidig med at der sikres en fortsat kompetent og professionel betjening og service af det politiske niveau.

Koncernstabsfunktionernes centrale opgave er – gennem strategiske oplæg og administrativ bistand - at understøtte og hjælpe de brugerrettede virksomhedsområder med at levere en effektiv service af højst mulige kvalitet.

3. Principper for den administrative organisering af Region Hovedstaden

Region Hovedstaden er en enhedsorganisation:

- Stabsfunktioner arbejder på tværs af hovedopgaver og virksomheder.
- Stabsfunktioner bistår og understøtter de brugerrettede virksomheder mhp., at de kan levere god og effektiv service overfor brugerne.
- Stabsfunktioner bidrager til, at koncernledelsen kan rådgive regionens politikere.
- Stabsfunktioner bidrager via projekter og andre tværgående funktioner til løsning af administrative opgaver på tværs af virksomheder.

Region Hovedstaden er en koncern med en koncerndirektion og en koncernledelse:

- Koncernledelsesmodellen er valgt pga. det store volumen og de forskellige forretningsområder.
- Koncernledelsen har det overordnede ansvar for regionens opgavevaretagelse.
- Koncernledelsen sikrer koordinering og sammenhæng på tværs af hovedområderne.
- Koncernledelsen har ikke detaljerede styringsopgaver. De konkrete dispositioner foretages decentralt i de enkelte virksomheder, som har betydelige frihedsgrader mht. aktivitetsstyring.
- Koncernledelsen er strategiskabende og varetager den overordnede mål- og politikfastsættelse og dermed den overordnede prioritering.

Driftsorganisationen er i fokus:

- Virksomhederne er Region Hovedstadens fundament.
- Virksomhederne skal hver især have en sådan størrelse, at de har selvstændige fagligt bæredygtige administrative støttefunktioner på de fleste områder.
- Decentralt ansvar og kompetence motiverer ledere og medarbejdere, skaber engagement og fremmer derved en optimal opgaveløsning.

Opgaver løses kun ét sted:

- Hensynet til krav om effektivitet og høj kvalitet betyder, at specifikke opgaver kun løses ét sted.
- Hensynet til decentralisering afvejes i forhold til sammenhængende koncernløsninger, stordriftsfordele og bæredygtighed.

Koncernledelsen varetager de administrative funktioner som:

- Kræver spidskompetencer, kun få skal have og/eller hvor hensynet til et fagligt miljø tilsiger centralisering.
- Retter sig mod politikere.
- Overordnet retter sig mod eksterne parter som kommuner, staten, andre regioner, højere læreanstalter, erhvervsvirksomheder etc.
- Bidrager til overordnet styring og målfastsættelse.
- Bidrager til udformning af strategier og politikker.
- Udgør controllerfunktioner.

Tværgående overordnede driftsfunktioner udskilles fra koncernledelsen:

- Dette kan enten ske ved at overlade driften af tværgående koncernfunktioner til egne virksomheder, ved at placere tværgående funktioner på koncernadskilte matrikler eller ved at samle de overordnede tværgående funktioner i særlige centre.

Der skal være entydighed og sammenhæng i opgavevaretagelsen:

- Ansvar for opgavers varetagelse skal være entydigt og referencestrukturen klar.
- Referencelinjerne mellem koncerndirektionen og virksomhederne går altid gennem virksomhedsledelserne, medmindre der er tale om dekoncentreret (strategisk) forvaltningsvirksomhed.
- Områder, der fagligt hænger sammen, organiseres sammen.

Styringsfilosofier:

- Det er et væsentligt udgangspunkt for tilrettelæggelsen af den administrative organisering og styring i Region Hovedstaden, at der på én gang er en stærk overordnet koordinering på strategiske områder samtidig med, at der findes en række selvstyrende, decentrale virksomheder med stærke og kompetente stabe.
- Den overordnede koordinering og styring vil typisk ske i et tæt samarbejde mellem koncerndirektionen og virksomhedsdirektørerne (den udvidede direktion) – med aktiv inddragelse af eksempelvis faglig rådgivning – bl.a. med det formål at skabe kvalitet, sammenhæng og ejerskab til regionens overordnede strategier og politikker.
- Styring af virksomhederne sker via kontrakter, dialog og resultatopfølgning.

- Særlige indsatsområder organiseres og løses projektorienteret på tværs af virksomheder og stabsfunktioner - eksempler på sådanne indsatsområder kunne være fusionering af de administrative områder og den kommende specialeplanlægning.
- Alle ledere i Region Hovedstaden skal fokusere på kvalitet, udvikling og dokumentation i forhold til deres forretningsområder, ligesom medarbejderne skal kunne fokusere på deres fagområder og have plads og mulighed til at udvikle deres kompetencer. Derved sikres, at også den fremtidige opgavevaretagelse i Region Hovedstaden tilgodeses på et højt fagligt niveau.
- Beslutninger om og implementering af overordnede strategier og politikker skal bl.a. ske ved inddragelse af relevante medarbejdere på alle niveauer, herunder også gennem MED-systemet. Dette bl.a. med henblik på at sikre ejerskab til indhold, proces og beslutninger om det fælles arbejdsgrundlag, samt at medarbejdernes værdier og holdninger bliver en integreret del af den samlede virksomhed.

4. Overordnet organisationsmodel

Region Hovedstadens organisationsmodel kan beskrives ved regionens opgaver, ved den struktur opgaverne løses i og ved de processer og den kultur opgaverne løses gennem.

Region Hovedstaden har fire overordnede opgaver, der er givet gennem lovgivningen:

1. Sundhed (sygehuse og sygesikring)
2. Psykiatri
3. Regional udvikling (herunder miljøopgaver)
4. Drift af visse og overordnet koordination af alle regionens sociale institutioner.

Det er karakteristisk for de overordnede opgaver, at sundhed og psykiatri udgør langt hovedparten af den samlede opgaveportefølje.

Politisk struktur i Region Hovedstaden i 2006

Der er igennem lovgivning og kommunalreform sat en række rammer for den politiske organisering i regionerne. Heraf fremgår, at forberedelsesudvalget skal vedtage det kommende regionsråds styrelsesvedtægt senest den 15. december 2006. Heri skal bl.a. fastlægges den politiske struktur for regionsrådet, der træder i funktion 1. januar 2007, herunder også kompetencefordeling mellem forretningsudvalg og regionsrådet.

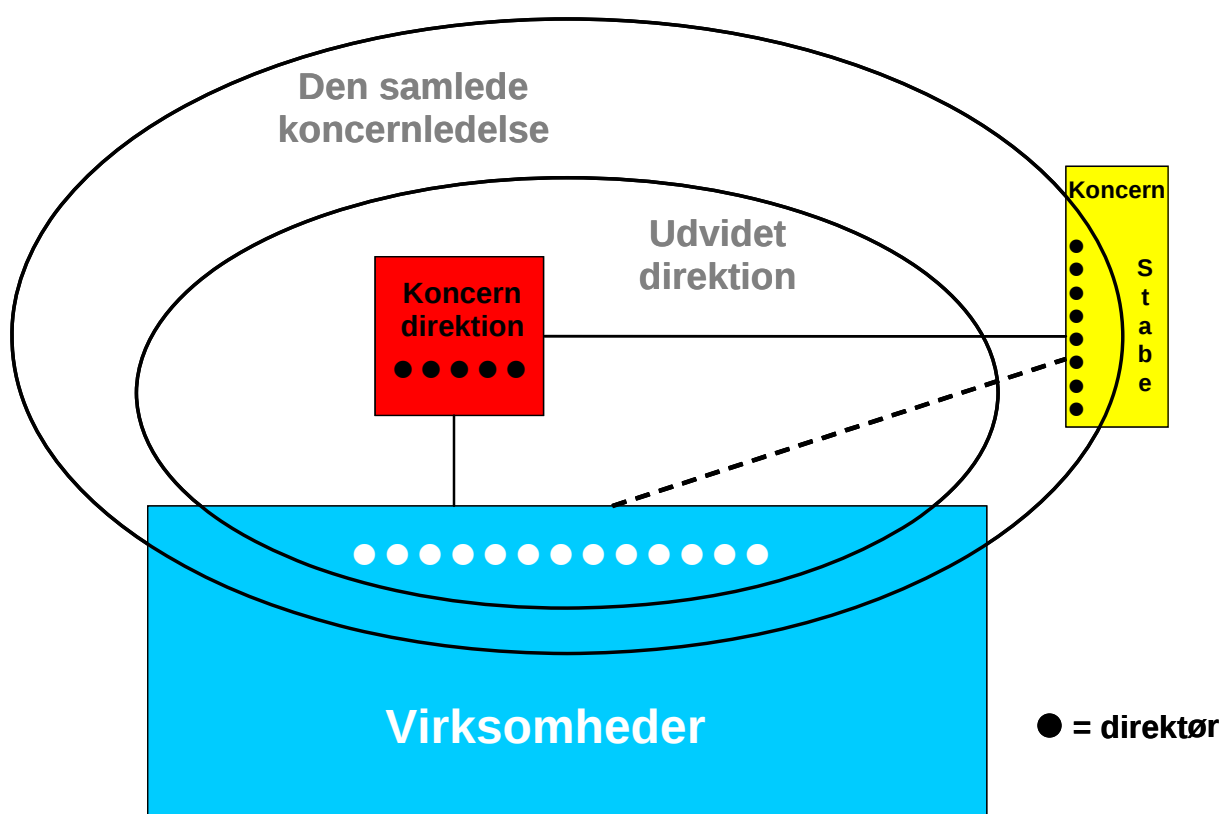
Forberedelsesudvalget i Region Hovedstaden har bl.a. nedsat et midlertidigt forretningsudvalg og fire midlertidige underudvalg for 2006. Hertil kommer, at der er nedsat en række lov- og aftalebestemte udvalg og fora, bl.a. et kommunekontaktudvalg og et regionalt vækstforum.

De ovenfor skitserede principper vedr. enhedsorganiseringen og koncernledelsesmodellen i Region Hovedstaden betyder bl.a., at sekretariatsbetjeningen af den politiske ledelse i regionen ikke sker via en traditionel forvaltningssektoropdeling som i amterne i dag, hvor forskellige politiske udvalg betjenes af sektorforvaltninger med administrative forvaltningsfagdirektører.

Formålet med enhedsorganiseringen og samlingen af stabsfunktioner har dels været at afspejle den nye regions opgaveportefølje med den store vægt på sundhedsområdet i en samlet rationel og effektiv organisation, dels at skabe muligheder for på tværs i organisationen at udnytte de samlede strategiske udviklingspotentialer, fx. på kvalitets- og planlægningsområdet.

Overordnet administrativ organisationsplan

I nedenstående figur vises en grafisk fremstilling af oplæg til en overordnet administrativ organisationsplan for Region Hovedstaden.



Koncerndirektionen

Direktionen bistår regionsrådets formand, forretningsudvalget og regionsrådet med regionens ledelse. Direktionen består af en administrerende koncerndirektør (regionsdirektøren) og fire koncerndirektører, der fordeler sine opgaver i mellem sig. Ansvarsområderne kan skifte over tid, og alle direktionsmedlemmer har på direktionsniveau ret og pligt til at blande sig i hinandens ansvarsområder.

Virksomhedsdirektører og koncernstabsdirektører refererer til én af de fem koncerndirektører i koncerndirektionen, således at der på ethvert tidspunkt er helt klare ansvars- og referenceforhold.

Koncernstabsfunktioner

Koncernstabsfunktionerne har generelle og koordinerende, strategiske opgaver vedr. udvikling, styring, opfølgning, kontrol og støtte til regionens virksomheder og den øverste politiske og administrative ledelse. Hvorledes snitfladen mellem stabene og virksomhederne bliver, og hvor stabsfunktionerne geografisk bliver placeret er under overvejelse. Koncernstabsfunktionerne ledes af en række stabsdirektører, som refererer til en af koncerndirektørerne.

Stabsfunktionerne skal ud over de ovenstående skitserede opgaver indgå i en projekt- og netværksorganisering i regionen, hvor de fungerer som støttefunktioner for den opgavevaretagelse, som finder sted i virksomhederne.

Virksomhedsområder

Regionens fundament er de virksomheder eller institutioner, der leverer regionens ydelser og udgør den egentlige driftsorganisation. Virksomhederne er en række organisatoriske enheder, der kan fordele sig på én eller flere matrikler. Enhederne spænder vidt mhp. personalemæssig størrelse og kompleksitet. Virksomhederne ledes af virksomhedsdirektører, der har den overordnede ledelse af institutionernes drift og ansvaret for at implementere retningslinier og strategier lagt af regionsråd og direktion. Der må som konsekvens af den kommende strukturplanlægning for sygehusområdet, forventes visse ændringer i og samkøringer af de institutionsrettede administrative ledelses- og stabsfunktioner

Uagtet at regional udvikling hører til en af de fire hovedopgaver, og derfor organisatorisk burde placeres som en virksomhed, findes det pga. områdets karakter med overvægt af strategiske funktioner og myndighedsopgaver i forhold til egentlige driftsfunktioner hensigtsmæssigt, at området indgår i koncernstabsledelsen.

Udvidet direktion

Koncerndirektionen og virksomhedsdirektørerne udgør en udvidet direktion, som etableres for at understøtte koncernledelsestankgangen og for at styrke direktionens muligheder for at agere på tværs af hele regionens område herunder især sundhedsområdet. Etableringen af en udvidet direktion skal samtidig sikre de enkelte sygehuse og øvrige virksomheders indflydelse på de overordnede beslutninger. På møderne i den udvidede direktion vil relevante stabsdirektører deltage efter behov.

Den samlede koncernledelse

Den samlede koncernledelse udgøres af de fem koncerndirektører, virksomhedsdirektørerne og stabsdirektørerne.

Mødefora

1. Koncerndirektionen mødes en gang ugentligt.

2. Direktion og koncernstabsdirektørerne mødes hver anden uge.
3. Direktion og virksomhedsdirektørerne mødes hver anden uge.
4. Den samlede koncernledelse mødes hver tredje måned.

Herudover vil der blive etableret en lang række yderligere formelle og uformelle ledelses- og samarbejdsstrukturer på tværs i regionen ikke mindst på det sundhedsfaglige område. Direktionsmedlemmer, vicedirektører og centerdirektører/-chefer på institutionerne vil skulle indgå i netværk og inddrages i relevante, ledelsesmæssige og strategiske overvejelser og beslutninger i regionen.

Sundhedsfaglig rådgivning

Der skal bl.a. tilrettelægges en hensigtsmæssig proces og organisering i forbindelse med den specifikke, sundhedsfaglige rådgivning i regionen. Der forudsættes etableret en række Sundhedsfaglige Råd, som skal samarbejde på tværs af afdelinger og sygehuse/hospitaler i Region Hovedstaden. Hvert råd er organiseret med udgangspunkt i et speciale.

De Sundhedsfaglige Råd nedsættes af koncerndirektionen. Formandskabet i rådene udgøres af en vicedirektør/fagdirektør fra sygehusledelserne/hospitalsdirektionerne som formand og en kliniker som næstformand. Rådene er tværfagligt sammensat og har rådgivende status.

Inddragelse af medarbejderne

Der er med nedsættelse af et forhandlingsorgan igangsat en proces omkring etablering af en ny MED-organisation i Region Hovedstaden, der kan træde i kraft fra januar 2007. Medarbejderindflydelse og medbestemmelse vil i den forbindelse blive sikret gennem en aktiv og omfattende inddragelse omkring fastsættelse af overordnede målsætninger, udviklingsstrategier, strukturændringer, arbejdsmiljøpolitik og kompetenceudvikling m.v.

5. Oplæg til overordnet administrativ organisering i Region Hovedstaden med tilhørende resourcerammer

De nu foreliggende bodelingsaftaler mellem Region Hovedstaden og de syv afgivende myndigheder medfører, at der skal overføres et antal årsværk blandt det administrative personale fra de centrale stabsfunktioner i de afgivende myndigheder. Der er derfor foretaget en talmæssig gennemgang af disse årsværk mhp. at kunne fastlægge de overordnede rammer og snitflader for den overordnede administrative organisering i regionen. For Frederiksborg Amt indgår også sygehusenes driftsadministration, idet amtet ikke har haft en egentlig sondring mellem driftsadministration og forvaltningsadministration.

I nedenstående tabel er angivet det samlede antal administrative årsværk, inkl. ledende personale, som forudsættes overført til regionen:

Enheder - afgivende adm. årsværk	Koncernstabs-funkt. centralt	Koncernfunkt. decentralt	Stabsfunkt. virksomheder	I alt års-værk
H:S Direktionen	110	0	0	110
Københavns Kommune	34	0	0	34
Frederiksberg Kommune	11	0	0	11
Bornholms Regionskommune	17	0	2	19
Hovedstadens Udviklingsråd	12	0	0	12
Frederiksborg Amt	126	58	137	321
Københavns Amt	227	53	71	351
I alt koncernstabe	537	111	210	858

Nedenfor gennemgås rammerne for oplæggets konkrete udmøntning af de administrative ressourcer.

A) Koncerndirektionen

Består af en regionsdirektør og fire koncerndirektører, som fungerer som en samlet koncerndirektion.

I alt fem årsværk. Der etableres derudover en særlig direktionspulje på 30 årsværk til anvendelse på særlige indsatsområder og strukturtilpasninger.

B) Koncernstabsfunktioner

- Regionssekretariat
- Planlægnings- og udviklingsafdeling
- Økonomiafdeling
- Sygesikringsadministrationsafdeling
- HR-afdeling
- Kommunikationsafdeling
- Afdeling for regional udvikling
- Miljøafdeling
- it-afdeling.

Regionssekretariatet

Varetager følgende hovedopgaver:

- Formandssekretariat
- Direktionssekretariat
- Råds- og udvalgssekretariat
- Politikerservice med honorar, kurser, rejser etc.
- Journalfunktioner mv.
- Juridiske specialfunktioner vedr. offentlig ret, herunder styrelseslov
- Køb/salg af ejendom og udbud m.v.

- Forsikringsområdet
- Klagesagsbehandling
- Videnskabsetisk komité
- Teknisk service med trykkeri, kantine, betjente, håndværkere m.v.

Dimensioneres inden for en ramme på 50 årsværk.

Derudover forudsættes patientvejlederfunktionen tilknyttet afdelingen med decentral placering på sygehusene.

Planlægnings- og udviklingsafdeling

Varetager følgende hovedopgaver:

- Samlet sundhedsplanlægning
- Specialeplanlægning
- Praksisplanlægning
- Sundhedsaftaler med kommunerne
- Kvalitetsudvikling på sygehuse og i den primære sektor
- Akkreditering, patientsikkerhed og klinisk kvalitet
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Rammeaftaler for det sociale område
- Relationer til grund- og videreuddannelse
- Sundhedsvæsnets forskningsvirksomhed.

Dimensioneres inden for en ramme på 50 årsværk.

Der videreføres særlige enheder for den lægelige videreuddannelse i Region Øst, for brugerundersøgelse, for patientsikkerhed og for klinisk kvalitet samt særlige specialprojekter. Enhederne er fysisk placeret på sygehuse, men refererer til afdelingen.

Økonomiafdeling

Varetager følgende hovedopgaver:

- Generelle eksterne økonomiforhandlinger
- Udviklingen af styringsprincipper og -modeller
- Kontraktudformning for virksomhedsområderne
- Budgetlægning, rapportering og resultatopfølgning
- Tværgående specialanalyser
- Sundhedsdata og DRG
- Fastlæggelse af sociale takster og aktivitetsafhængige bidrag
- Regionens interesser vedr. trafikelskabets driftsvirksomhed
- Sammenkobling af økonomisystemløsninger
- Generel ledelsesinformation
- Systemsupportfunktioner
- Regnskab og revision.

Dimensioneres inden for en ramme på 45 årsværk.

Endvidere forudsættes tilknyttet særlige koncernenheder vedr. indkøb og vedr. bygnings- og byggeadministration til afdelingen. Placeres decentralt på sygehus, men refererer til afdelingen

Sygesikringsadministrationsafdeling

Varetager følgende hovedopgaver:

- Sygesikringsafregning
- Controlling
- Almindelig aftaleadministration
- Forhandling af konkrete §2 og §3 – aftaler
- Betjening af overenskomstbestemte udvalg.

Dimensioneres inden for en ramme på 40 årsværk.

HR-afdeling

Varetager følgende hovedopgaver:

- Udarbejdelse af generelle politikker og strategier
- Tværgående analyser og specialanalyser
- Den strategiske arbejdsmiljøindsats
- Personalejuridisk specialrådgivning
- Generelle overenskomstforhold
- Tværgående overordnet organisationsudvikling, herunder ledelsesudvikling
- MED-organisationen.

Dimensioneres inden for en ramme på 40 årsværk.

Kommunikationsafdeling

Varetager følgende hovedopgaver

- Udvikling af overordnede politikker og strategier
- Tværgående faglig samordning af kommunikationsindsatsen i hele regionen
- Strategisk kommunikationsrådgivning af regionsråd, regionsformand, koncerndirektion og virksomhederne
- Produktion af indhold til såvel interne som eksterne elektroniske og trykte medier.
- Løbende kommunikationsplaner, medietræning og daglig pressebetjening
- Design.

Dimensioneres inden for en ramme på 15 årsværk.

Endvidere tilknyttes en særlig kommunikationsenhed, som står for den daglige udvikling, drift, support og koordinering af regionens hjemmeside, intranet-løsninger, design mv. Placeres på et sygehus men med reference til afdelingen.

Afdeling for regional udvikling

Varetager følgende hovedopgaver:

- Helhedsorienteret udviklingsplanlægning vedr. landskabsmæssige forhold, natur og miljø, by- og erhvervslokalisering, infrastruktur, erhverv, turisme, beskæftigelse, uddannelse og kultur
- Regionale og interregionale erhvervspolitikker og strategier
- Samarbejdet mellem forskning og erhverv, herunder den generelle tech-trans-virksomhed
- Generel trafikplanlægning
- Bredere interregionale initiativer i Øresundsregionen
- Særlige kultur og turisme projekter
- Særlig uddannelseskoordinering
- Særlige beskæftigelsesinitiativer
- Internationalt samarbejde og EU
- Agenda 21 politikker.

Dimensioneres inden for en ramme på 30 årsværk.

Der forudsættes derudover etableret en særlig fælles enhed for tech-trans-virksomheden på sygehuse. Placeres på et sygehus, men refererer til afdelingen.

Miljøafdeling

Varetager følgende hovedopgaver:

- Råstofplanlægning
- Jordforurening – kortlægning og udarbejdelse af strategier
- Jordforurening – oprydningsprojekter.

Dimensioneres inden for en ramme på 45 årsværk.

It-afdeling

Der er en meget forskellig organisering af it-området mellem enhederne, hvor der er forskellige snitflader mellem det centrale og decentrale niveau. Der vurderes at være umiddelbare synergimuligheder for så vidt angår samling af EPJ/ KITA funktionerne, fælles indkøb, kontrakt- og leverandørstyring samt it-infrastruktur og drift.

It-afdelingen organiseres overordnet som en stabsfunktion med it-direktøren og en række afdelinger for henholdsvis systemadministration, drift og EPJ/ KITA. De enkelte decentralt placerede it-driftsenheder forudsættes at referere til afdelingen.

Der vil fortsat skulle være selvstændige it-funktioner på alle store sygehuse/hospitaler m.v. som en del af institutionernes administrative funktioner.

Når it-direktøren er ansat, tages der nærmere stilling til snitfladerne mellem det centrale og decentrale niveau. Foreløbigt er medregnet 82 årsværk på it-området som centralt placerede koncernstabsfunktioner.

Der etableres efter sommerferien 2006 en fælles EPJ/KITA funktion med tilknyttet projekt Sundhedsfagligt Indhold og med fælles programleder. Programlederen refererer i den daglige drift til it-direktøren. For at sikre brugerstyring og brugerengagement etableres en overordnet styregruppe med repræsentanter for virksomhederne og koncerndirektionen, der fastlægger den overordnede strategi og prioritering af projektet og sikrer fremdrift og koordination på tværs af virksomhederne.

Ressourceanvendelsen i de centrale koncernstabsfunktioner i oplægget kan (jvf. ovenstående) sammenfattes til 432 årsværk, som fordeler sig som anført i nedenstående tabel:

Koncernstabsfunktioner	Årsværk
Direktionen	5
Direktionspulje	30
Regionssekretariatet	50
Planlægnings- og udviklingsafdeling	50
Økonomiafdeling	45
Sygesikringsadministrationsafdeling	40
HR-afdeling	40
Kommunikationsafdeling	15
Afdeling for regional udvikling	30
Miljøafdeling	45
It-afdeling ¹	82
I alt koncernstabe	432

C) Virksomhedsområder

- H:S' hospitaler, Københavns Amts sygehuse og Bornholms Centralsygehus
- Sygehus Nordsjælland (somatik)
- Handicapinstitutioner i Region Hovedstaden
- Psykiatrien i et selvstændigt driftsområde .

Virksomhedsområder generelt

¹ De 82 årsværk er overført fra H:S og Frederiksborg og Københavns amter og foreløbig placeret under de centrale koncernstabsfunktioner. Herudover er i den samlede ressourceopgørelse 50 årsværk fra Frederiksborg Amt, der foreløbigt er placeret under de decentrale koncernstabsfunktioner.

Der etableres en selvstændig operationel sygehusadministration for den nordsjællandske somatiske sygehusvirksomhed. De nuværende administrative stabsfunktioner på sygehuse og hospitaler i H:S og Københavns Amt videreføres med en række specifikke ændringer, som er omtalt nedenfor. Der må som konsekvens af den kommende strukturplanlægning for sygehusområdet, forventes visse yderligere samkøringer af de institutionsrettede administrative stabsfunktioner.

Der etableres et særskilt virksomhedsområde for henholdsvis handicap og psykiatri.

Samtidig må der for de institutionsbaserede stabsfunktioner iværksættes et særligt udviklingsforløb omkring etablering af fælles drifts- og kompetencecentre på en række specialområder. Disse funktioner placeres integreret i institutionsstabene og med forpligtigelse til at betjene alle. Området vil være mangfoldigt fra fælles it-call-centre og fondsadministration til specialistkompetencer indenfor udvikling af ny arbejdstilrettelæggelse etc.

Sygehusadministration Nordsjælland

Varetager følgende hovedopgaver:

- Sygehusledelse for den nordsjællandske somatiske sygehusdrift i Hillerød, Esbønderup, Helsingør og Frederikssund
- Alle de sygehusrettede økonomifunktioner omkring budget, rapportering, regnskab
- Normale sygehusrettede faglige udviklingsfunktioner og HR-funktioner, herunder sygehusrettet kvalitetsudvikling og forskning
- Central serviceenhed for løn- og personaleadministration dækkende de nordsjællandske somatiske sygehusenheder, psykiatriske enheder og handicapinstitutioner i Nordsjælland samt koncernstabsfunktionerne.

Den hidtidige særlige uddannelses- og udviklingsenhed FOQUS er henført til Sygehus Nordsjælland indenfor en ramme på 23 årsværk.

Sygehusadministrationen dimensioneres inden for en samlet ramme på 118 årsværk.

Sygehusadministrationerne i Glostrup, Herlev og Gentofte

Tilføres en række yderligere økonomi- og personalefunktioner, som hidtil har været placeret i sundhedsforvaltningen inden for en ramme på 12 årsværk. Endvidere flyttes løn- og personaleadministrative funktioner ud til et af sygehusene inden for en ramme på 10 årsværk med henblik på, at sygehuset etablerer et servicecenter, som også dækker de psykiatriske enheder, handicapinstitutioner samt tjenestemandsområdet i det hidtidige Københavns Amts område.

Herudover flyttes en del af sundhedsforvaltningens hidtidige ressourcer til faglig kvalitetsudvikling og patientsikkerhed ud til sygehusene inden for en ramme på tre årsværk, herunder de i dag decentralt placerede risikomanager-funktioner på Herlev Sygehus.

Handicapvirksomheden i Region Hovedstaden

Der etableres en selvstændig virksomhed, som varetager den operationelle ledelse af driften af handicapinstitutioner for børn, unge og voksne samt af specialskoler for handicappede, som overtages fra Københavns og Frederiksborg Amter. Der etableres tilhørende driftsadministration med normale funktioner for økonomi, faglig kvalitetsudvikling og HR-udvikling. Den klassiske løn- og personaleadministration varetages af to servicecentre på de somatiske sygehuse.

Psykiatrirvirksomheden i Region Hovedstaden

Der er i maj måned politisk vedtaget at etablere et selvstændigt driftsområde for psykiatrien i regionen, hvorunder behandlingspsykiatrien og de sociale tilbud til psykisk syge placeres.

Administrationsområdet i psykiatrien organiseres med ledelses-, økonomi- og HR-udviklingsfunktioner, enhed for faglig - og psykiatrifaglig kvalitetsudvikling samt løn- og personaleadministration.

Den samlede dimensionering af administrationsområdet for psykiatrien fastlægges efterfølgende.

Fordelingen af årsværk på baggrund af den samlede administrative ressourceramme

De 858 administrative årsværk er på baggrund af den samlede ressourceramme i oplægget fordelt, som det fremgår i nedenstående tabel:

Områder:	Årsværk
Koncernstabsfunktion	432
Decentrale koncernstabsfunktioner	111
Virksomhedsdrift	210
Synergieffekt ved fusion	105
I alt anvendt	858

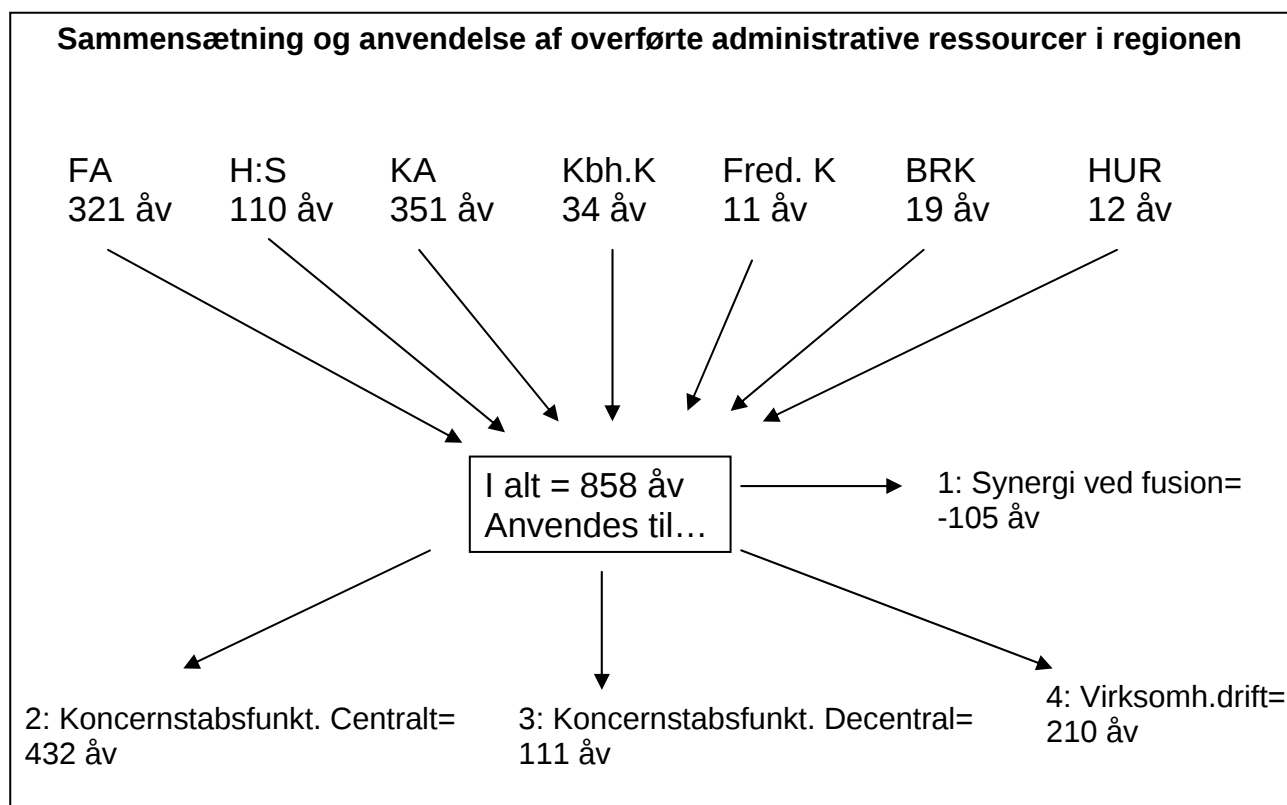
Antallet af årsværk i de centrale koncernstabsfunktioner i ovenstående gennemgang udgør i alt 432.

I gennemgangen er endvidere nævnt en række koncernstabsfunktioner, som tænkes placeret decentralt. Det er foreløbig forventningen, at disse udgør 111 årsværk, men der udestår en nærmere gennemgang heraf. Ligeledes udestår en nærmere gennemgang af de 210 årsværk, der forventes placeret på virksomhedsområderne.

Desuden er der foretaget en ledelsesmæssig vurdering af det mulige omfang af synergieffekten ved sammenlægning af ensartede administrative funktioner i forbindelse med fusionerne. Denne synergieffekt er vurderet til 105 årsværk. Hertil kommer hvad der kan opnås af synergimuligheder på ITområdet efter en nærmere analyse.

Der er ved beregningen af stabsfunktionernes størrelse på virksomhedsniveau anvendt nøgletal og skøn, som må anses for "omkostnings-effektive". Der kan derfor ikke – som en del af den umiddelbare fusionsproces - forudsættes yderligere synergimuligheder for dette område.

De samlede tilførte administrative ressourcer og deres fremtidige anvendelse er sammenfattet i den nedenstående figur:



6. Den videre proces med den overordnede administrative organisationsplan

Realisering af den beskrevne synergieffekt på 105 årsværk planlægges gennemført ved en kombination af flere personalepolitiske tiltag.

De afgivende myndigheder er primo maj 2006 anbefalet straks at iværksætte et midlertidigt ansættelsesstop for administrative funktioner, som forventes bragt til ophør efter sommerferien 2006. Dette tiltag forventes - sammen med den løbende personaleomsætning og naturlig afgang, der normalt befinder sig på 15-20 pct. årligt for administrationsområdet - at kunne tilvejebringe en tilstrækkelig personalemæssig buffer. Der bliver derfor ikke gennemført afskedigelser i overgangsfasen for at tilvejebringe den planlagte synergieffekt i fusionsprocessen.

I løbet af maj og juni 2006 søges gennemført en nærmere afklaring af den geografiske placering af en række administrative funktioner, således at dette kan indgå i rammerne for personalefordelingen.

Udpegning af stabsdirektører

Efter den politiske godkendelse af organisationsplanen har der været gennemført opslag af ni stabsdirektørstillinger og to virksomhedsdirektørstillinger, og der er den 30. maj truffet beslutning om ansættelse af en række chefer i de nye koncernstabsfunktioner og virksomhedsområderne for handicapinstitutioner og for psykiatrien.

Udpegning af stabsdirektører betyder endvidere, at arbejdet med at beskrive stabsfunktionernes konkrete ansvarsområder og opgaveløsning kan igangsættes.

Fordelingsprocessen for administrativt ansatte

Det Midlertidige Tværgående Hovedsamarbejdsudvalg (MT-HSU) har besluttet, at samtlige administrative ansatte skal deltage i en særlig fordelingsproces, der skal føre frem til at alle administrativt ansatte – i lighed med regionens øvrige personale – i juni måned kan informeres om deres fremtidige arbejdsmæssige placering.

I slutningen af maj og begyndelsen af juni måned 2006 udfylder de administrative ansatte derfor et CV-skema samt et skema med ønsker til fremtidige arbejdsmæssige og geografiske placering. Det sker for at gennemføre fordelingsprocessen i størst mulig åbenhed og på ensartede præmisser.

Med gennemførelse af CV-processen er der skabt et grundlag for en kvalificeret beslutning, om hvilke medarbejdere der placeres i centrale henholdsvis decentrale stabsfunktioner, og medarbejderne vil efterfølgende inden udgangen af juni blive informeret om deres kommende placering.

Proces med konkret organisering af koncernstabsfunktioner

Den foreliggende plan for administrativ organisering rummer ikke en detaljeret opgave- og funktionsbeskrivelse for de centrale koncernstabsfunktioner, og den indeholder heller ikke grundlaget for, at de enkelte medarbejdere kan få konkret besked om arbejdsindholdet og ansvarsområdet. I den videre proces hen over sommeren skal opbygningen af den administrative organisering fortsætte og medarbejderinddragelsen indgå som en del af processen.

Efter udpegning af stabsdirektører og virksomhedsdirektører udarbejdes et udkast til opgaver og organisering af de enkelte administrative funktioner, herunder de nærmere snitflader mellem forskellige stabsfunktioner, samt snitflader og arbejdsmæssige samarbejdsflader til regionernes virksomhedsområder, som en del af den konkrete beskrivelse af den administrative organisering i regionen.

I beskrivelsen af stabsfunktionerne indarbejdes de personalepolitiske ambitioner om en organisering byggende på en flad ledelsesstruktur, muligheder for projekt- eller teamorganisering af arbejdsfunktioner og med en joborganisering baseret på medinddragelse og udstrakt anvendelse af delegation.

Som optakt til indflytning og opstart af koncernstabsfunktioner forberedes der integrationsprojekter for de kommende sammenbragte ledere og medarbejdere. Integrationsprojekter forventes at løbe hen over årsskiftet og ind i 2007 afhængigt af de nærmere omstændigheder vedr. sammenflytning af personale fra de afgivende enheder.



**Strukturplan for ledelsen
i
Region Hovedstadens virksomheder**

Vedtaget af Regionsrådet den 26. juni 2007.

1. Indledning

Strukturplanen fastlægger ledelsesstrukturen i Region Hovedstadens virksomheder:

- Hospitaler
- Psykiatri
- Handicap
- Apotek

Strukturplanen beskriver desuden ansvars- og kompetencefordelingen mellem de forskellige ledelsesniveauer.

Koncerndirektionens og koncernstabenes ledelsesstruktur fremgår af regionens overordnede administrative organisationsplan.

2. Ledelse i Region Hovedstaden

Ledelsesfunktionerne i de enkelte virksomheder varetages med udgangspunkt i regionens overordnede administrative organisering, planlægningsgrundlag, personalepolitik og ledelsespolitik.

Ledelsesopgaverne skal udføres i overensstemmelse med regionsrådets beslutninger og det grundlag, der følger af de lovgivnings- og myndighedsmæssige forhold.

3. Generelt om ledelsesstrukturen på virksomhedsniveau

Ledelsesstrukturen skal afspejle den enkelte virksomheds opgaver og størrelse, således som det fremgår af plangrundlaget for område- og nærhospitalerne, Rigshospitalet og Bornholms Hospital samt psykiatri, handicap og apotek.

Det er væsentligt, at ledelsesstrukturen på alle organisatoriske niveauer er indrettet med henblik på at fremme effektive beslutningsprocesser, på grundlag af professionel faglig rådgivning og med inddragelsen af medarbejdernes synspunkter.

De enkelte virksomheder ledes af en direktion bestående af en virksomhedsdirektør og et antal direktionsmedlemmer.

Virksomhedsdirektøren har overfor koncerndirektionen det overordnede administrative ansvar for virksomhedens drift og udvikling, herunder de samlede opgaver, den økonomiske styring og personaleledelsen.

Den samlede direktion skal besidde de nødvendige faglige kompetencer. Direktionsmedlemmerne har – udover ledelsesfaglige kompetencer - komplementære faglige profiler - f.eks. lægefaglige, sygeplejefaglige og økonomiske kompetencer. De enkelte medlemmer af direktionen skal kunne fungere selvstændigt på vegne af direktionen.

Antallet af medlemmer i de enkelte direktioner afspejler virksomhedens opgaver og størrelse.

Virksomhedsdirektøren ansættes og afskediges af koncerndirektionen. De øvrige direktionsmedlemmer ansættes og afskediges af koncerndirektionen efter indstilling fra virksomhedsdirektøren. Forretningsudvalget orienteres løbende om ændringer.

Virksomhedernes organisatoriske struktur vil bestå af institutioner, centre, klinikker og afdelinger.

Virksomhedsdirektørerne fastsætter nærmere retningslinier for center-, klinik- og afdelingsledelsernes arbejde og sammensætning.

Hospitaler

Alle hospitaler med undtagelse af Rigshospitalet er opbygget med afdelinger.

På kliniske og tværgående afdelinger består afdelingsledelsen som hovedregel af 2 personer. Afhængig af specialets karakter kan afdelingsledelsen dog bestå af 1-3 personer med fælles ledelsesansvar. Ledelsen udøves i et ligeværdigt forpligtende samarbejde, hvor beslutningerne tilstræbes truffet i enighed. I tilfælde af uenighed i afdelingsledelsen, forelægges sagen for hospitalsdirektionen. I sager af uopsættelig karakter har den ledende overlæge kompetence og pligt til at disponere på afdelingsledelsens vegne. Hospitalsdirektionen orienteres efterfølgende.

De enkelte medlemmer af ledelsen skal kunne fungere selvstændigt på vegne af afdelingsledelsen.

Afdelingsledelsens sundhedsfaglige ansvar er uanset bestemmelserne i dette regulativ reguleret af den til enhver tid gældende lovgivning vedr. sundhedspersonalets forhold.

Rigshospitalet

Rigshospitalet er opbygget med en centerstruktur, hvor hvert center har et antal klinikker, der ikke nødvendigvis relaterer sig til et enkelt lægefagligt speciale, men kan omfatte flere specialer eller dele af et speciale. Centerstrukturen begrundes i hospitalets størrelse og det store antal kliniske enheder.

Det enkelte center ledes af en centerdirektør, og af en faglig leder, der har en komplementær faglig profil til centerdirektøren. Den faglige leder kan f.eks. være en centerchefsygeplejerske eller en centerchefbioanalytiker. Centerdirektøren har det overordnede ansvar for centrets drift og udvikling og refererer til hospitalsdirektionen.

Den enkelte klinik ledes af en klinikchef. Der vil sædvanligvis være en klinikledelse, der ud over klinikchefen består af en faglig leder med komplementær faglig profil til klinikchefen. F.eks. en klinikchefsygeplejerske.

Bornholm

Det forudsættes, at Bornholms Hospital indgår i et tæt og gensidigt forpligtende samarbejde med Rigshospitalet.

Bornholms Hospital har egen ledelse og eget budget. Hospitalet ledes af en hospitalschef og en vicehospitalschef.

Hospitalet er opbygget med afdelinger, hvor ledelsesforholdene svarer til øvrige hospitaler.

Hospitalschefen refererer til Rigshospitalets direktør og er funktionsmæssigt sidestillet med centerdirektørerne og indgår i centerdirektørgruppen på Rigshospitalet.

Psykiatri

Psykiatrien består af psykiatri, der er opbygget af centre og socialpsykiatri, der er opbygget med institutioner.

Centerdannelsen begrundes i den geografiske adskillelse mellem de forskellige enheder, med deraf følgende krav til den lokale ledelse og i de komplekse samarbejdsrelationer til husværter, praksis-sektor og kommuner.

På institutioner består ledelsen af en leder, der refererer til direktionen i psykiatrien.

Det enkelte center ledes af en centerchef, der har det overordnede ansvar for drift og udvikling og af en klinikchef og en udviklingschef, hvor klinikchefen har ansvaret for den lægelige behandling og udviklingschefen har ansvaret for plejen og kvalitetsudvikling generelt.

Centerchefen refererer til psykiatridirektionen. Klinik- og udviklingschef refererer til centerchefen. Denne model gælder almindeligvis.

Sct. Hans Hospital vil fremover være et center i psykiatrien, men pga. sin størrelse vil centret blive underopdelt i et antal afdelinger, med hver sin afdelingsledelse svarende til de somatiske hospitaler.

Centret på Sct. Hans ledes af en centerchef, der refererer til psykiatridirektionen og har det overordnede ansvar for drift og udvikling samt af en vicecenterchef, der refererer til centerchefen og har en komplementær faglig profil til denne. Desuden indgår afdelingsledelserne i centerledelsen.

Centret i Hillerød består af de psykiatriske afdelinger i Helsingør, Hillerød og Frederikssund. Centret ledes af en centerchef, der refererer til direktionen i psykiatri og har det overordnede ansvar for centrets drift og udvikling samt af de tre afdelingsledelser.

På Bornholm og på Stolpegård etableres centre, der ledes af en centerchef, som har det overordnede ansvar for centrets drift og udvikling og refererer til psykiatridirektionen, samt af en faglig leder med komplementær faglig profil til centerchefen. Den faglige leder refererer til centerchefen.

Børne- og ungdomspsykiatrien organiseres i tre særskilte centre (Hillerød, Bispebjerg og Glostrup). Hvert center ledes af en centerchef, som har det overordnede ansvar for centrets drift og udvikling og refererer til psykiatridirektionen, samt af en faglig leder med komplementær faglig profil til centerchefen.

Børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium på Bornholm bliver en del af Bispebjergcentret. Den lokale ledelse på Bornholm udgøres af en afsnitsledelse, der referer til centerledelsen på Bispebjergcentret.

Handicap

Handicapområdet er opdelt i institutioner, der ledes af én leder med reference til handicapdirektionen.

4. Ledelsesstrukturen i de enkelte virksomheder

4.1. Rigshospitalet (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 2 vicedirektører

Centerstruktur (x antal centre) med centerledelser bestående af:

- Centerdirektøren
- Faglig leder, f.eks. centerchefsygeplejerske.....

4.2. Hillerød Hospital (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 3 vicedirektører

4.3. Frederikssund Hospital (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 1 vicedirektør

4.4. Helsingør Hospital (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 1 vicedirektør

4.5. Gentofte Hospital (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 2 vicedirektører

4.6. Herlev Hospital (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 3 vicedirektører

4.7. Bispebjerg Hospital (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 3 vicedirektører

4.8. Glostrup Hospital (strukturen implementeres, når ombygningerne er tilendebragt, formentlig i år 5)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 2 vicedirektører

4.9. Frederiksberg Hospital (strukturen implementeres, når ombygninger og flytninger er tilendebragt, formentlig i år 5)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 1 vicedirektør

4.10. Hvidovre Hospital (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 3 vicedirektører

4.11. Amager Hospital (strukturen implementeres, når ombygninger og flytninger er tilendebragt, formentlig år 5)

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 1 vicedirektør

4.12. Bornholms Hospital (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Hospitalschefen
- 1 vicechef

4.13. Psykiatri (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Psykiatridirektøren
- 3 vicedirektører

Behandlingspsykiatri:

Centerstruktur (x antal centre) med centerledelser bestående af:

- Centerchefen
- Klinikchef
- Udviklingschef

Da der er stor forskel i centrenes størrelse, vil Skt. Hans og Hillerød have en udvidet centerledelse og Bornholm, Stolpegård og de børne- og ungdomspsykiatriske centre vil have mindre centerledelser.

4.14. Handicap (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Handicapdirektøren
- Vicedirektør
- Fag- og administrationschef

4.15. Region Hovedstadens Apotek (strukturen implementeres umiddelbart)

Direktionen består af:

- Regionsapotekeren
- 3 Farmaceutiske chefer

5. Udefunktioner

En udefunktion er en funktion hvor et hospital stiller personale indenfor et bestemt speciale til rådighed for et andet hospital bl.a. med henblik på, at borgerne, på en faglig forsvarlig måde, kan blive betjent så tæt på deres bopæl som muligt.

Udefunktioner kan omfatte tilsyn, konsulentordninger, ambulatorier – herunder laboratorier og elektive funktioner, herunder både dagkirurgi og stationær kirurgi. Udefunktioner vil således kunne have et meget forskelligt omfang, hvilket bør afspejle sig i de ledelsesmæssige forhold.

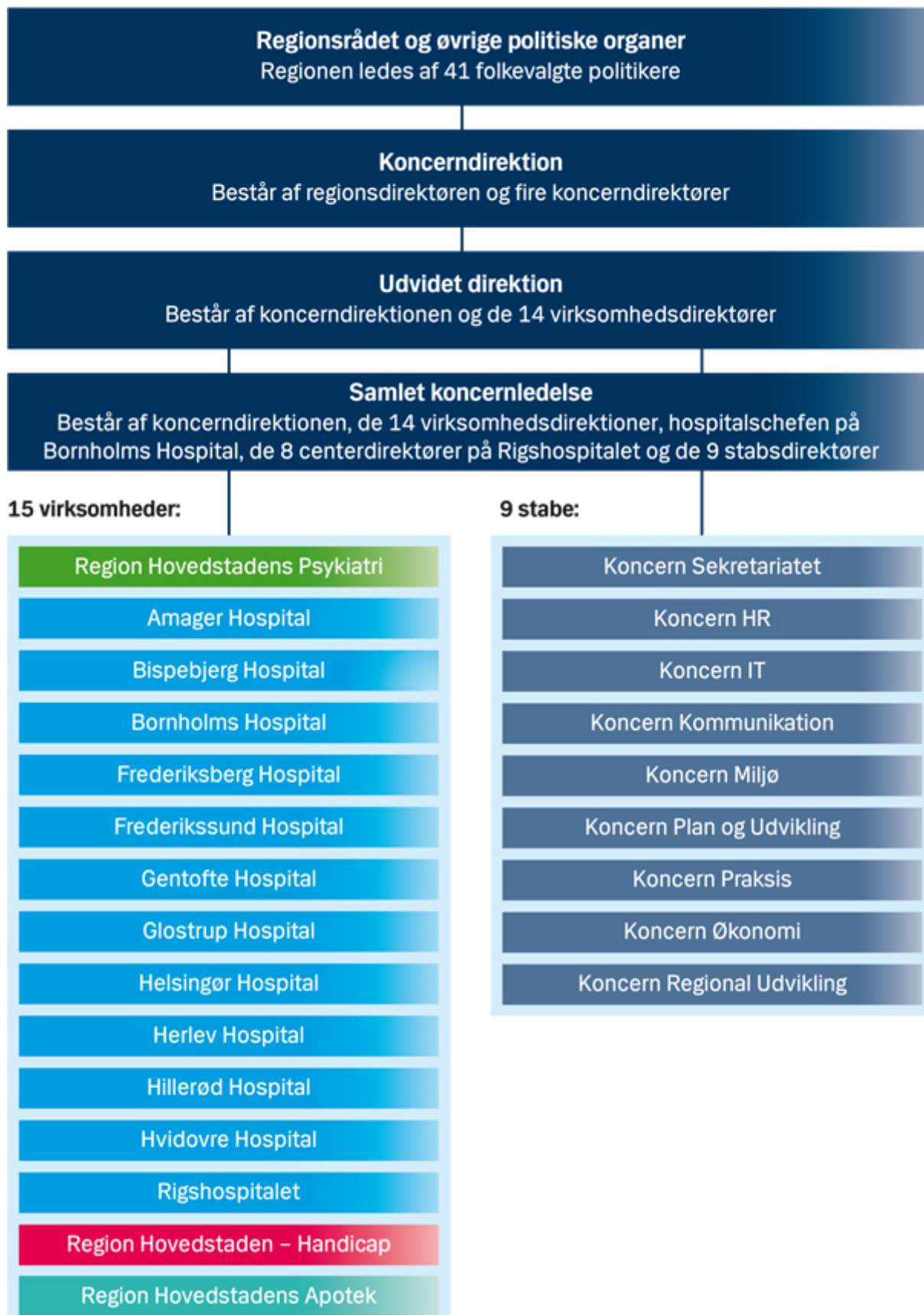
Hospitalsdirektørerne på henholdsvis det betjenende og det betjente hospital har det overordnede ansvar for at tilrettelægge udefunktionerne, som reguleres ved kontrakter, hvori ydelserne og de gensidige forpligtelser beskrives. Der skal under hensyn til fagligheden tilstræbes kontinuitet i opgavevaretagelsen.

I alle kontrakter beskrives de ledelsesmæssige forhold.

Ved udefunktioner, der omfatter daglig udstationering af flere medarbejdere, vil der sædvanligvis skulle være en lokal forankret ledelse, der refererer til både det betjenende og det betjente hospital.

De konkrete referenceforhold beskrives i kontrakten.

Organisationsdiagram for Region Hovedstaden



Koncern Sekretariatet

Direktøren

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød**Telefon** 48 20 50 00**Direkte** 4820 5700**Fax** 48 20 57 77**Mail** lars.tanderup@regionh.dk**Web** www.regionhovedstaden.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 11. januar 2010

NOTATTil: **SD-kredsen****Notat vedr. arbejdsdeling i koncerndirektionen – ind til videre****Ansvarlig i forhold til stabe:**

Helle Ulrichsen:	KKO og KSE
Morten Rand Jensen:	KPU og KØK
Jens Chr. Sørensen:	KIT, KRU og KMI
Svend Hartling:	KPR, KHR og Præhospital enhed

Ansvarlig i forhold til større projekter/emner:

Svend Hartling/ Morten Rand Jensen:	Hospitals- og psykiatriplan
Svend Hartling:	Sundhedsfaglige råd
Helle Ulrichsen:	Lederudvikling
Svend Hartling:	Sundheds- og rammeaftaler
Jens Chr. Sørensen:	RUP, agenda 21, forskning, uddannelse og sundheds-it-strategi
Morten Rand Jensen:	Psykiatri og handicap

Ansvarlig i forhold til politiske udvalg:

Helle Ulrichsen:	Regionsrådet, Forretningsudvalget og Serviceudvalget
------------------	--

Svend Hartling:	Kvalitetsudvalget og Udvalget vedr. ulighed i sundhed
Jens Chr. Sørensen:	Uddannelses- og forskningsudvalget, Miljø- og klimaudvalg og Udvalget vedr. regional udviklingsplan og trafik
Morten Rand Jensen:	Psykiatri- og handicapudvalget
Jens Chr. Sørensen:	Vækstforum
Helle Ulrichsen:	Kommunekontaktudvalget
Svend Hartling:	Sundhedskoordinationsudvalget
Svend Hartling:	Diverse praksisudvalg
Svend Hartling:	Dialogforum for sundhed
Morten Rand Jensen:	Dialogforum for handicap og Dialogforum for psykiatri
Helle Ulrichsen:	RegionH-MED

Ansvarlig i forhold til Danske Regioner:

Helle Ulrichsen:	Regionsdirektørgruppe
Morten Rand Jensen:	Psykiatri
Morten Rand Jensen:	Handicap
Jens Chr. Sørensen:	Regional udvikling + Miljø
Svend Hartling/ Morten Rand Jensen:	Sundhed
Jørgen Schwensen:	Personale
Morten Rand Jensen:	Økonomi