

Rapport fra arbejdsgruppe vedr. opstilling af modeller for:

Budgettering af omkostninger ved klinisk uddannelse i sundhedsvæsenet



Region Syddanmark

Den Lægelige Videreuddannelse
Region Syd
Region Syddanmark og Grønland

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	5
1: Sammenfatning af arbejdsgruppens forslag	7
1.1. Afdelingernes uddannelsesbudget	7
1.1.1 Grundbeløb	7
1.1.2 Udgift pr. uddannelsessøgende.....	8
1.1.3. Løn til de uddannelsessøgende modregnet værdi af lægernes produktion.....	8
1.1.4. Sammenfatning af uddannelsesbudget for en afdeling.....	9
1.1.5. Uddannelsesbudget sammenholdt med aktivitetsbudget/baseline.....	11
1.2 Budgetteringsmodel ved ændring af antal uddannelsesstillinger i en afdeling	11
2: Yngre lægers videreuddannelse.....	15
2.1 Struktur	15
2.2 Udgifter til de uddannelsessøgende lægers løn	15
2.3 Arbejdsforhold.....	16
3: Afdelingernes ressourceforbrug til videreuddannelse af læger	17
3.1 Direkte udgifter.....	17
3.1.2. Løn til uddannelsesansvarlig overlæge mm	17
3.1.3 Udgifter til arbejdsplads, forbrugsvarer og undervisningsmidler.....	17
3.2 Indirekte udgifter	18
3.2.1 Den uddannelsesansvarlige overlæge	18
3.2.2 Vejledere og kliniske undervisere	19
3.2.3. Andre personalegruppers tidsforbrug ved lægers videreuddannelse.....	20
4: De uddannelsessøgendes produktionsværdi	21
Afsnit 4: De uddannelsessøgendes produktionsværdi	21
4.1. De uddannelsessøgende lægers fravær fra klinisk produktion	21
4.2 Lægernes produktionsværdi	22
5: Økonomistyring i RSD (2009) og etablering af stillinger til lægelig videreuddannelse.....	25
5.1 Udgift til lægelige uddannelsesstillinger	25
5.2. Lægens produktionsværdi og DRG-værdi.....	25
5.3 Finansiering af somatisk sygehusbehandling	25
5.3.1 Økonomistyring fra staten til regionen.....	26
5.3.2 Region Syddanmarks takststyringsmodel 2009.....	26
5.3.3 Takststyring fra regionen til sygehusene	27
5.3.4. Finansiering for somatiske sygehuse.....	27
5.3.5. Finansiering for psykiatrisygehuset.....	28
5.3.6 Finansiering almen praksis	28
6: Arbejdsgruppens forslag.....	29
6.1. Afdelingernes uddannelsesbudget	29
6.1.1 Grundbeløb	29
6.1.2 Udgift pr. uddannelsessøgende.....	30
6.1.3. Løn til de uddannelsessøgende modregnet værdi af lægernes produktion.....	31
6.1.4. Sammenfatning af uddannelsesbudget for en afdeling.....	31
6.1.5. Uddannelsesbudget sammenholdt med aktivitetsbudget/baseline.....	34
6.2 Budgetteringsmodel ved ændring af antal uddannelsesstillinger i en afdeling	35
Bilag 1:Takststyringsmodel for sundhedsområdet i Region Syddanmark 2008	39
Bilag 2	47
Bilag 3	53

Indledning:

Sygehusledelserne har ved flere lejligheder fremsat ønske om opstilling af simple modeller for budgettering af uddannelsesaktiviteten på linje med driftsaktiviteter i sygehusafdelinger. Ønsket er aktualiseret af den tiltagende anvendelse af aktivitetsafregning i den offentlige sektor, et afregningssystem der ikke umiddelbart tilgodeser aktiviteter som uddannelses og forskning, men tvært i mod tilskynder til nedprioritering af aktiviteter, der ikke direkte og umiddelbart fremmer afdelingens driftsaktivitet.

Efter anmodning af sundhedsdirektørerne i Region Syddanmark nedsattes derfor i foråret 2008 en arbejdsgruppe med følgende:

Kommissorium:

Arbejdsgruppen skal fremkomme med forslag til modeller for budgettering af omkostninger ved gennemførelse af klinisk videreuddannelse ved Region Syddanmarks kliniske afdelinger. Modellerne skal relateres til modellen for økonomistyring i Region Syddanmarks somatiske sygehuse.

Modellerne skal forholde sig til samspillet mellem uddannelse, produktion og andre driftselementer i et aktivitetsafregnet økonomisystem.

Arbejdsgruppen skal afrapportere til HR-direktøren inden udgangen af maj 2008.

Sammensætning:

Afdelingschef Steen Tinning (formand), udpeget af HR-direktøren.

Fuldmægtig Bodil Nørgaard Dahlhus, udpeget af afdelingschefen for Sundhedsøkonomi.

Led. Overlæge Ejler Ejlersen, indstillet af Sygehus Lillebælt

Lægelig direktør H.C. Thyregod, indstillet af Sygehus Lillebælt.

Overlæge Henrik Jordening, indstillet af Sydvestjysk Sygehus

Overlæge Peter Lyndrup, indstillet af Sygehus Sønderjylland

Yngre læge Allan Thimsen Pedersen, indstillet af Sydvestjysk Sygehus

Ledende oversygeplejerske Arne Brehm Høj, indstillet af Sydvestjysk Sygehus

Afdelingschef Jens Strøm, indstillet af Sygehus Sønderjylland

Lægelig direktør Jens Peter Steensen, indstillet af Odense Universitetshospital

Led. Overlæge Niels Dieter Röck, indstillet af Odense Universitetshospital

Klinisk assistent Thomas Brøcher Christophersen, indstillet af Odense Universitetshospital.

Overlæge Sonja Rasmussen, indstillet af psykiatrilædelser i Region Syddanmark

Oversygeplejerske Birgitte Kibenich, indstillet af psykiatrilædelser i Region Syddanmark

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af afdelingen for Lægelig Videreuddannelse i regionalt HR.

Arbejdsgruppen har afholdt i alt 4 møder senest d. 5. marts 2009, hvor arbejdsgruppens indstilling blev godkendt.

Arbejdsgruppen har, med bistand fra gruppens medlemmer og fra en række afdelinger, indhentet oplysninger om aktiviteter og tidsforbrug ved varetagelsen af lægelig videreuddannelse i disse afdelinger. Tidligere erfaringer med uddannelsesbudgettering på det lægelige område fra Vejle Amt og fra Odense Universitetshospital er inddraget i arbejdsgruppens overvejelser, ligesom den ret sparsomme litteratur om emnet er indgået.

Arbejdsgruppen har desuden modtaget en række bidrag til belysning af modeller for økonomistyring af sygehusene jf. bilag 1.

Konsekvenserne af arbejdsgruppens forslag for en række afdelinger er angivet i jf. bilag 2 og 3.

Kapitel 1: Sammenfatning af arbejdsgruppens forslag

Arbejdsgruppen har vurderet, at der er to adskilte aspekter i uddannelsesbudgetteringen:

- Afdelingernes uddannelsesbudget i absolutte værdier (f.eks. kroner) og/eller som relativ andel af afdelingernes ressourceforbrug (f.eks. forbrug af lægeressourcer).
- Finansieringsproblemerne ved ændring af antal uddannelsesklassificerede årsværk.

1.1. Afdelingernes uddannelsesbudget:

Opstilling af et samlet regnskab for en afdelings uddannelsesaktivitet, herunder den del afdelingen anvender på lægelig videreuddannelse, har primært betydning ved at synliggøre dette ressourceforbrug over for ressourceanvendelsen ved frembringelse af afdelingens øvrige aktivitet. Synliggørelsen kan anvendes ved drøftelser af afdelingernes økonomi, normeringer og aktivitetsbudgetter eller ved sammenligning med andre afdelinger. Synliggørelsen kan bidrage til bevidstgørelse om og hermed fokusering på, at et aftalt uddannelsesniveau og undervisningstilbud rent faktisk tilvejebringes.

Opstilling af et uddannelsesbudget kan ikke umiddelbart forventes at medføre tilførsel af midler til afdelingerne, idet afdelingerne som hovedregel allerede deltager i videreuddannelsen. Uddannelsesbudgetter kan derimod indgå i de løbende drøftelser mellem afdelinger og sygehusledelser og sekundært mellem sygehusene og de regionale ledelser om ressourcefordeling og ressourceanvendelse.

Arbejdsgruppen har for at opnå en enkel ensartet model, der kan dække alle afdelingstyper, valgt at omregne alle udgifter til kronebeløb. Som nøgletal er anvendt et nettoårsværk for speciallæge på 210 dage og en bruttoløn for speciallægen på 725.000 kr. pr. år. Et tidsforbrug på 1 dag modsvarer herved en udgift på 3.452 kr. (afrundes til 3.500 kr.). For at skelne mellem udgifter knyttet til de yngre lægers driftsfunktioner, og udgifter udløst af funktionen som uddannelseslæge, er foretaget sammenligninger mellem læger i uddannelsesstillinger og læger i tilsvarende uklassificerede stillinger. Dette indebærer, at f.eks. udgifter ved sygdom, barsel og 10 dages kursusdeltagelse ikke indgår som uddannelsesudgift, selvom det vedrører læger i uddannelsesstillinger. Tilsvarende er tidsforbruget ved ansættelse af uddannelseslæger ikke anset for en uddannelsesudgift, selvom den nye ansættelsesprocedure for ansættelse i hovedforløb er mere tidsforbrugende end ansættelse i en uklassificeret stilling.

De samlede udgifter til videreuddannelsen i afdelingen omfatter et grundbeløb og et beløb, der afhænger af antal uddannelsessøgende og af disses placering i uddannelsessystemet. Beløbene er fastsat på basis af oplysninger om tidsforbrug og økonomi ved gennemførelse af videreuddannelse i en række afdelinger.

1.1.1 Grundbeløb:

Dækker udgifter, som afdelingen vil have, når den indgår i videreuddannelsen uafhængigt af hvor mange uddannelsessøgende, afdelingen har ansat.

Grundbeløbet indeholder:

- a. Funktionstillæg og transportudgifter til uddannelsesansvarlig overlæge
- b. Den uddannelsesansvarlige overlæges tidsforbrug til deltagelse i regionale uddannelsesudvalg
- c. Den uddannelsesansvarlige overlæges egen pædagogiske efteruddannelse

- d. Den uddannelsesansvarlige overlæges planlægning af uddannelsen i afdelingen.
- e. Planlægning af systematisk undervisning, uddannelseskonferencer og teoretisk undervisning ud over de obligatoriske kurser
- f. Anskaffelse af lærebøger, undervisningsmateriale, generelle afdelingslicenser m.m.

Standard grundbeløb for afdelinger med lægelig videreuddannelse er: 210.000 kr. pr. år.

Ca. 50.000 kr. vil være direkte udgift (løn og drift), mens restbeløbet vil indgå som produktionsstab for afdelingen.

Tillæg til afdelinger, der har **hoveduddannelse i flere specialer** (f.eks. medicinsk afdeling med flere medicinske specialer) **150.000 kr. for 2. og følgende specialer.**

Tillæg for deltagelse i **basisuddannelse eller/og "andet speciale"** hoveduddannelse med ansættelser minimum 6 mdr. (f.eks. almen medicin jf. ovenfor): **15.000 kr. pr. speciale.**

1.1.2 Udgift pr. uddannelsessøgende (eksklusiv løn og produktionsværdi for disse):

Udgifterne omfatter:

- a. Den uddannelsesansvarlige overlæges tidsforbrug til samtaler, administration af evalueringer, godkendelser og evt. justering af forløb.
- b. Tidsforbrug til teoretisk undervisning, uddannelseskonferencer m.m. ud over de obligatoriske kurser
- c. Vejledersamtaler og systematisk evaluering.
- d. Tidsforbruget for underviseren til klinisk oplæring, supervision og feedback overfor konkrete procedurer (operation, specialundersøgelse, stuegang m.m.).
- e. Tidsforbrug for sekretærer, sygeplejersker m.m. relateret til lægers videreuddannelse
- f. Udgifter til forbrugsvarer, undervisningsmidler, licenser m.m.

Standardudgift pr. uddannelsessøgende pr. år. 70.000 kr.

10.000 kr. er en driftsudgift, mens restbeløbet er produktionstab.

1.1.3. Løn til de uddannelsessøgende modregnet værdi af lægernes produktion

De yngre læger indgår i afdelingens drift, mens de er ansat i uddannelsesforløbene.

Arbejdsgruppen har valgt at angive den værdi, en læge tilfører afdelingen, som identisk med bruttolønnen til den pågældende læge. Der tages herved ikke hensyn til, at lægens arbejde også skal indtjene en overhead til dækning af lokaleudgifter, udgifter til stabsfunktioner m.m.

Som uddannelsesudgift angives differencen mellem de enkelte lægegruppers værdi for afdelingens produktion i en uklassificeret stilling og i en stilling med uddannelse, idet kravet om uddannelse indebærer, at den uddannelsessøgende læge er fraværende fra afdelingens produktion i et vist omfang. Udgiften pr. læge er opgjort til:

Basislæger:	90.000 kr. pr. år.
Intro-læger:	80.000 kr. pr. år.
h-læger andet speciale:	100.000 kr. pr. år.
h-læger eget speciale.	100.000 kr. pr. år.

En afdelings samlede uddannelsesbudget kan herefter sammensættes af:

Grundudgift + standardudgift pr. uddannelsessøgende + en værdi for lønudgift uden modsvarende produktionsgevinst pr. læge under uddannelse.

Til beregning af en afdelings uddannelsesbudget/-regnskab er udarbejdet skema 1, jf. bilag 1.

1.1.4. Sammenfatning af uddannelsesbudget for en afdeling

Ved udarbejdelse af et budget for en afdelings varetagelse af lægelig videreuddannelse foreslår arbejdsgruppen, at der primært anvendes en beskrivelse, hvor alle udgifter anføres i kronebeløb.

Forslaget indebærer, at tidsforbrug omregnes til udgiftskroner med udgangspunkt i lægelønning.

Ved opstilling af budgettet anvendes en række standardbeløb, hvis grundlag er angivet i andre kapitler af denne rapport.

Der skelnes mellem grundudgifter, der er uafhængige af antal uddannelsessøgende læger, og udgift pr. uddannelsessøgende læge. Grundudgiften medgår til dækning af det tidsforbrug, der er ved etablering af uddannelsen herunder til afdelingens deltagelse i specialets uddannelsesudvalg, til udarbejdelse af afdelingens uddannelsesprogram og til justering af arbejdsprocesserne i afdelingen under hensyn til uddannelsens krav.

Udgiften pr. uddannelsessøgende læge omfatter dels et beløb, der dækker undervisernes tidsforbrug til klinisk vejledning, samtaler, evaluering m.m. dels et produktionstab for den uddannelsessøgende læge. Dette tab opstår for den uddannelsessøgende læge sammenholdt med en tilsvarende læge i uklassificeret stilling, betinget af, at den uddannelsessøgende læge er fraværende til teoretisk uddannelse, til praktisk oplæring i kliniske færdigheder, til evaluering og til samtaler og karrierevejledning og øvrige aktiviteter fastlagt i uddannelsesbestemmelserne.

Arbejdsgruppen foreslår, at en afdelings uddannelsesbudget opstilles som angivet i skema 1.

Skema 1: Uddannelsesbudget for _____ afdeling.

Grundudgift:

Eget speciale:	210.000 kr.
2. og følgende specialer ^{*)} : à 150.000 kr.=	kr.
Basis og/eller fremmed speciale: à 15.000 kr. =	kr.
I alt	kr. _____ kr.

Standardudgift pr. uddannelsessøgende læge:

_____ læger à 70.000 kr. = _____ kr.

Produktionstab vedr. uddannelsessøgende læger:

Basislæger: à 90.000 kr. =	kr.
Introlæger: à 80.000 kr. =	kr.
h-læger. (andet speciale) à 100.000 kr. =	kr.
h-læger (eget speciale) à 100.000 kr. =	kr.
I alt	kr. _____ kr.

Samlet budget vedr. lægelig videreuddannelse i afdelingen: _____ kr.

^{*)} en administrativ ledelsesenhed kan omfatte specialer f.eks. en medicinsk afdeling eller en centerstruktur med flere specialer.

Udgiften kan ses i relation til afdelingens samlede budget, til afdelingens budget for lægeløn eller til aktivitetsparametre, baseline eller lign.

a. Som mål for en afdelings forbrug af lægeressourcer kan anvendes:

(afdelingens regnskab for lægeløn)/ 725.000 kr. = Antal speciallægeenheder.

b. Uddannelsesbudgettet kan tilsvarende omregnes:

(Afdelingens uddannelsesbudget _____ kr.)/ 725.000 kr. = Speciallægeenheder til uddannelse.

$b \times 100/a = c$ angiver forbruget til videreuddannelse som % af afdelingens samlede forbrug af lægeressourcer.

b: _____ x 100 / a: _____ = c: _____ %

Afdelingen anvender c: _____ % af lægeressourcerne til videreuddannelse af læger.

Det er her forudsat, at afdelingens samlede lægeaktivitet kun er fordelt på produktion og videreuddannelse. Anvendes dele af lægeaktiviteten f.eks. til forskning, til efteruddannelse eller anden aktivitet vil disse indgå i aktivitetsandelen, der herved yderligere opsplittes (reduceres). Dette vil dog ikke påvirke den anførte andel til videreuddannelse

1.1.5. Uddannelsesbudget sammenholdt med aktivitetsbudget/baseline

Ønskes forbruget af lægerressourcer sat i relation til afdelingens aktivitet f.eks. udtrykt ved baseline eller i DRG-værdi kan disse værdier for afdelingen sættes i forhold til de beregnede speciallægeenheder.

Aktivitetsparametre (baseline) / a – b = d (aktivitet pr. produktiv speciallæge”).

Lægernes aktivitet er imidlertid ikke eneste faktor i produktionen, også det øvrige personales aktivitet indgår, og der er desuden direkte udgifter til forbrugsvarer samt indirekte udgifter til træk på andre afdelinger, sygehusets administration samt til lokaler og teknisk udstyr.

For at opnå et mere retvisende billede af sammenhængen mellem lægenormering og aktivitet må derfor korrigeres for disse faktorer.

Betinget af forskellene mellem afdelingernes aktivitetsudtryk, økonomimodellens forskelle i behandling af forskellig aktivitet og de uensartede beskrivelser af baseline aktivitet, skal udvalget påpege det usikre grundlag for rutinemæssig gennemførelse af omregning fra afdelingernes uddannelsesbudgetter til afdelingernes aktivitetsforhold (baseline).

Arbejdsgruppen vurderer, at en afdelings budget eller regnskab til lægelig videreuddannelse, hensigtsmæssigt kan udtrykkes i kronebeløb og som relativ andel af afdelingens samlede lægerressourcer, som dette sker ved anvendelse af Skema 1.

Arbejdsgruppen skal imidlertid fremhæve, at sammenstilling af uddannelsesudgifter og driftsaktivitet kan have en naturlig plads ved vurdering af finansieringsgrundlaget for ændringer af afdelingernes lægenormeringer udløst af f.eks. ændret videreuddannelseskapacitet jf. kapitel 6.2.

1.2 Budgetteringsmodel ved ændring af antal uddannelsesstillinger i en afdeling

For afdelinger, der pålægges at oprette nye stillinger til videreuddannelse eller som skal gennemføre nedlæggelse af tidligere uddannelsesstillinger, optræder overvejelser om konsekvenserne af en sådan ændring af lægestaben.

Som grundlag for belysning af de økonomiske konsekvenser af omlægningerne har arbejdsgruppen udarbejdet skema 2 jf. bilag 3.

Ved øgning af antal uddannelsesstillinger er overvejelserne primært knyttet til finansieringen af den/de ekstra stillinger. For en afdeling vil oftest foreligge en af flere muligheder.

1. Afdelingen kan have uklassificerede lægestillinger (inkl. afdelings- og overlægestillinger), som inddrages i finansieringen.
2. Afdelingen kan finansiere de nye stillinger ved besparelser på andre løndele eller på driftskonti.
3. Afdelingen kan selv bidrage til finansieringen ved øget honoreret aktivitet (f.eks. DRG), jf. 2.1.5
4. Afdelingen kan tilføres eksterne midler.

Hvilken/hvilke af de anførte muligheder, der konkret kan og skal vælges, afhænger bl.a. af, i hvilket omfang afdelingen er aktivitetsfinansieret, så en evt. budgetudvidelse helt eller delvist kan finansieres ved øget aktivitet.

Skema 2: Økonomiske og driftsmæssige konsekvenser ved oprettelse af nye uddannelsesstillinger:

Direkte udgifter: (Løn og drift)

Løn til den uddannelsessøgende læge/er:

Basislæge:	400.000 kr.=	kr.
Introlæge	450.000 kr.=	kr.
h-læge andet speciale:	470.000 kr.=	kr.
h-læge 1. år.	500.000 kr.=	kr.
h-læge 2. år	525.000 kr.=	kr.
h-læge 3. år.	550.000 kr.=	kr.
h-læge 4. år.	575.000 kr.=	kr.
h-læge 5. år.	600.000 kr.=	kr.
<u>Driftsudgift:</u>	_____ læger à 10.000 kr.=	kr..
(Evt. merudgift for nye uddannelsesafdelinger 50.000 kr.		kr.

I alt: Direkte udgift (finansieringsbehov) _____ kr.

Midler til dækning af denne merudgift kan tilvejebringes enten ved tilførsel af midler udefra (ramme eller aktivitetsbudgettering) eller ved omkonteringer (besparelser) i afdelingen, evt. ved kombination af heraf.

Finansieringen må skaffes ved:

- tildeling af ekstra eksterne midler.
- midler indtjent ved øget aktivitet
- midler tilvejebragt ved besparelser.

Valg af finansieringsform herunder en mulig kombination heraf, vil afhænge af de faktiske muligheder primært betinget af regionens og sundhedssystemets økonomistyringssystem.

Arbejdsgruppen foreslår, at normeringsændringer ledsages af en justeret baselineaktivitet for afdelingen. Denne justering kan være uafhængig af hvilken finansiering, der konkret vælges.

Nettoproduktionsregnskab: (Til justering af afdelingens baseline med eller uden bidrag til finansieringen)

Ved oprettelse af en ekstra lægestilling tilføres afdelingen arbejdskraft. Omfanget heraf er beregnet ud fra lægens løn med fradrag af lægens uddannelsesbetingede fravær fra klinisk rutine, jf. kapitel 6. Samtidigt skal afdelingen levere undervisning m.m. beregnet til 70.000 kr., hvoraf 10.000 kr. er indregnet ovenfor som direkte driftsudgift, mens de resterende 60.000 kr. indgår i nettoregnskabet.

Nettoproduktionsværdi pr. uddannelsessøgende læge:

Basislæge:	250.000 kr. =	kr.
Introlæge	310.000 kr. =	kr.
h-læge andet speciale:	310.000 kr. =	kr.
h-læge 1. år.	340.000 kr. =	kr.
h-læge 2. år	365.000 kr. =	kr.
h-læge 3. år.	390.000 kr. =	kr.
h-læge 4. år.	415.000 kr. =	kr.
h-læge 5. år.	440.000 kr. =	kr.
(Evt. produktionstab for nye uddannelsesafdelinger - 160.000 kr.		kr.

Nettoproduktionsregnskab: _____ kr.

Tilført produktionsværdi: (_____ kr./725.000 kr.) = _____ speciallægeenhed.

Nettoproduktionsregnskab kan danne basis for evt. regulering af afdelingens aktivitetsregnskab (baseline), hvilket for afdelinger med aktivitetsafregning kan indgå i finansiering af driftsudgifter.

Skema 2 er udarbejdet som støtte for drøftelserne mellem sygehusledelser og afdelingerne ved stillingsændringer (skemaet kan ved ændring af fortegn anvendes til konsekvensbedømmelse ved nedlæggelse af uddannelsesstillinger). Skemaet er opdelt i to afsnit. I første afsnit opgøres udgifter (finansieringsbehovet) ved etablering af nye uddannelsesstillinger. I andet afsnit beregnes den tilførsel af produktionskapacitet, ændringen indebærer. Denne parameter kan indgå ved bedømmelse af muligheder for aktivitetsbidrag og ændring af afdelingens baseline.

Kapitel 2: Yngre lægers videreuddannelse

2.1 Struktur:

Efter afslutning af lægeuddannelsen på Universiteterne kan cand. med.en af Sundhedsstyrelsen tildeles autorisation som læge. For at opnå ret til selvstændigt virke som læge skal den yngre læge gennemgå en basisuddannelse på 12 måneder heraf mindst 6 måneder ved en sygehusafdeling med akut modtagelse og yderligere 6 måneder ved en anden sygehusafdeling eller i en almen lægepraksis.

Efter afsluttet basisuddannelse, og hermed erhvervelse af Sundhedsstyrelsens autorisation til selvstændigt virke som læge, kan den unge læge påbegynde den egentlige speciallægeuddannelse i et af de 39 godkendte lægelige specialer.

Speciallægeuddannelsen er opbygget af 1 års ansættelse i en introduktionsstilling i det valgte speciale efterfulgt af ansættelse i et blokforløb på 4 – 5 år, omfattende ansættelse ved to eller flere afdelinger fortrinsvis indenfor specialet. Er de i specialets målbeskrivelse anførte kompetencer opnået og dokumenteret, og det til uddannelsen knyttede teoretiske uddannelsesprogram gennemført, kan lægen efter ansøgning modtage Sundhedsstyrelsens autorisation som speciallæge i det aktuelle speciale.

Under hele uddannelsesforløbet er lægen ansat i tidsbegrænsede lægestillinger omfattet af overenskomst mellem Yngre Læger og Danske Regioner. Ansættelserne er således grundlæggende ordinære ansættelser omfattet af den fællesakademiske overenskomst med de arbejdsmæssige forpligtelser, der følger heraf. Det skal således fremhæves, at der hverken er tale om surnummererede funktioner eller elevansættelser med begrænset funktion og ansvar.

Ansættelsen i en uddannelsesstilling afviger dog fra uklassificeret ansættelse ved at indeholde krav om uddannelse og oplæring, herunder adgang til deltagelse i et ret omfattende teoretisk uddannelsesprogram. Kravene i den enkelte stilling er fastsat i stillingens uddannelsesprogram, udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens målbeskrivelse for specialet, med beskrivelse af de kompetencer en speciallæge i specialet som minimum skal mestre.

Disse forhold er nærmere bedømt i kapitlet om de uddannelsessøgende lægers produktivitet.

2.2 Udgifter til de uddannelsessøgende lægers løn:

Som anført ovenfor er de uddannelsessøgende læger ansat på normal akademisk overenskomst med anciennitetsskala og en række kvalifikationstillæg. Den normale årlige bruttoløn uden vagt- eller overarbejdsbetaling fremgår af nedenstående oversigt (afrundet).

Basislæger:	400.000 kr.
Intro-læger:	450.000 kr.
h-læger andet speciale:	470.000 kr.
h-læger 1 år.	500.000 kr.
h-læger 2. år	525.000 kr.
h-læger 3. år.	550.000 kr.
h-læger 4. år.	575.000 kr.
h-læger 5 år.	600.000 kr.

Afdelingslæge	700.000 kr.
Overlæge	800.000 kr. (inkl. 75.000 kr. for ”ledelse”).

2.3 Arbejdsforhold:

De uddannelsessøgende læger udfører normalt forefaldende lægearbejde under ansættelsen i uddannelsesstillinger. For alle ansættelser skal foreligge et uddannelsesprogram og en individuel uddannelsesplan, som fastsætter delfunktioner, lægen skal deltage i for at opnå de ønskede kompetencer. Langt den overvejende del af lægens lærings- og kompetenceopbygning sker således under udførelse af konkret lægearbejde. Den primære optræning forudsætter naturligvis demonstration og tæt supervision, men det skal noteres, at en væsentlig del af de faglige aktiviteter, der indebærer opbygning af rutinekompetencer efter den primære oplæring, kan gennemføres uden tæt supervision.

De senere års stigende krav om hurtig gennemførelse af speciallægeuddannelserne har medført tiltagende skift fra ustruktureret ”mesterlære” til nøje planlagt undervisning herunder oplæring udenfor den kliniske hverdag i færdighedstræningslaboratorier. Denne tendens kan fremme den kliniske læringsproces og hermed sikre en hurtigere progression i kompetenceopnåelsen, men det sker delvist på bekostning af de uddannelsessøgendes deltagelse i afdelingens rutineproduktion.

Kapitel 3: Afdelingernes ressourceforbrug til videreuddannelse af læger

Afdelingernes udgifter til videreuddannelse af læger kan opdeles i direkte udgifter, der fremstår på afdelingernes udgiftsbudgetter, og indirekte udgifter i form af reduceret produktion, der kan aflæses på afdelingernes aktivitetsoversigter. Ved indregning af bruttoløn til den yngre læge som del af afdelingens udgift til uddannelse må modregnes med den pågældendes bidrag til afdelingens produktion jf. kapitel 4.

3.1 Direkte udgifter:

3.1.1. Løn til uddannelsessøgende læger:

De uddannelsessøgende er som anført ansat efter overenskomst med heraf følgende krav til aflønning m.m. Afdelingernes primære udgift er derfor knyttet til den bruttoaflønning lægerne på de forskellige uddannelsesniveauer skal oppebære jf. kapitel 2.2.

3.1.2. Løn til uddannelsesansvarlig overlæge m.m.:

Til opgaven som uddannelsesansvarlig overlæge er normalt knyttet et funktionstillæg. Tilsvarende kan andre læger i afdelingen modtage særlig honorering for deres uddannelsesrelaterede aktivitet. Over for dette står, at en væsentlig del af disse tillæg vil være ydet af overenskomstbestemte ”puljer” eller ”ny løn” - beløb der under alle vilkår skulle komme til udbetaling. Udgifterne er således ikke direkte udløst af uddannelsen, men er argumenteret til dette formål. De uddannelsesgivende læger deltager i en række møder og aktiviteter uden for afdelingen. Dette medfører behov for transportgodtgørelse og evt. diæter m.m.

Arbejdsgruppen har på basis af en række eksempler skønnet de direkte udgifter for afdelingen til dækning af transport m.m. og de direkte lønudgifter betinget af afdelingernes deltagelse i speciallægeuddannelsen til **30.000 kr. pr. år**. Uafhængigt af antal uddannelsessøgende i afdelingen.

Afdelingerne har normalt ikke ekstra udgifter til aflønning af ikke lægeligt personale betinget af den lægelige efteruddannelse. Evt. tidsforbrug for ikke lægeligt personale indgår nedenfor.

3.1.3 Udgifter til arbejdsplads, forbrugsvarer og undervisningsmidler:

Afdelingerne kan have udgifter til etablering og drift af arbejdsplads, til almindeligt vareforbrug og til egentlige uddannelsesmidler.

a. arbejdsplads:

De uddannelsessøgende har normalt behov for en tildelt arbejdsplads (skrivebord, PC-adgang, omklædningsfaciliteter evt. bad, telefon, kittel osv.). Ved udvidelse af staben er der generelt behov for ekstra plads i driftsområderne (konferencerum, ambulatorier, laboratorier, operationsstuer, evt. forskningsafnit m.m.). Udgifterne til disse driftsfaciliteter er naturligvis yderst varierende fra speciale til speciale, men i specialer hvor stabsudvidelsen ledsages af særligt store udgifter, vil disse generelt skulle bevilges uden direkte relation til etablering af uddannelsesstilling. Bortset fra særlige krav til f.eks. PC-adgang og internetforbindelse, betinget af uddannelsen, er hovedparten af disse udgifter knyttet til lægefunktionens drift og ikke specifikt til uddannelseselementet.

b. Forbrugsvarer:

I forbindelse med oplæring til specielt tekniske procedurer skal anvendes almindelige afdelingsrelevante forbrugsvarer som sprøjter, kanyler, sterile væsker m.m. Ved oplæring i færdighedslaboratorier vil udgifterne evt. blive dækket af laboratoriet, men i mange tilfælde vil

kravene være specialespecifikke med udgiftsdækning via afdelingen. Udgifterne vil dog normalt være begrænsede.

c. Uddannelsesmidler:

Afdelinger med uddannelsessøgende læger skal normalt have lærebøger, tidsskrifter, licenser, e-baserede uddannelsesprogrammer, ”fantomer” m.m. Anskaffelse eller etablering af større elementer, f.eks. computerstyrede simulatorer, vil normalt ske udenfor den løbende drift, hvorfor udgifter hertil ikke indregnes ved alm. etablering af uddannelsesstillinger.

d. Transportudgifter, diæter og ophold:

Ved deltagelse i teoretiske kurser, placeret udenfor afdelingens geografi, vil de uddannelsessøgende normalt modtage transportgodtgørelse og under visse vilkår også diæter og dækning af opholdsudgifter. Udgifterne varierer en del fra sygehus til sygehus med tendens til øgede udgifter for afdelinger placeret med stigende afstand til universitetssygehusene. Ved vurdering af disse udgifter skal imidlertid erindres, at alle læger har krav på økonomisk støtte i forbindelse med deltagelse i efteruddannelse. Da kursusudgifterne ved videreuddannelse ikke er pålagt afdelingerne bortset fra udgifter til transport og eventuelt, er det vurderet, at der ikke umiddelbart optræder merudgifter for uddannelsessøgende til dette formål. En række afdelinger tilbyder de uddannelsessøgende teoretisk uddannelse ud over de obligatoriske kurser. Omkostningerne ved disse kurser indgår i opgørelsen jf. 3.2.2.

Sammenfattende vurderer arbejdsgruppen, at afdelingernes merudgifter til arbejdsplads, transport, uddannelsesmidler og forbrugsvarer udløst af uddannelsen standardmæssigt kan **fastsættes til 20.000 kr. for afdelingen som helhed + 10.000 kr. pr. uddannelsessøgende pr. år.**

3.2 Indirekte udgifter:

De indirekte udgifter omfatter det produktionstab uddannelsesaktiviteterne medfører. Arbejdsgruppen har valgt at opgøre de indirekte udgifter som tidsforbrug i timer, dage m.m. for efterfølgende at sætte dette forbrug i relation til et nettoårsværk, der igen kan sammenholdes med bruttoårsløn og sammenholdes med afdelingens samlede personaleårsværk og aktivitetsregnskab, jf. kapitel 6.

Et lægeårsværk sættes i denne forbindelse til 42 uger (52 uger - 6 ugers ferie, 10 søgnehellige dage og 10 efteruddannelsesdage) = 210 arbejdsdage.

3.2.1 Den uddannelsesansvarlige overlæge:

Den uddannelsesansvarlige overlæge deltager i regionale uddannelsesudvalg - ca. 4 møder årligt. Med forberedelse samt konferering og udtalelser ved meritvurdering, bedømmelse af evaluerings- og inspektorrapporter m.m. anvendes i alt ca. 8 arbejdsdage pr. år.

Den uddannelsesansvarlige overlæge deltager i pædagogisk efteruddannelse - ca. 2 dage pr. år.

Den uddannelsesansvarlige overlæge er ansvarlig for planlægning af uddannelsen i afdelingen herunder udarbejdelse og løbende justering af uddannelsesprogrammer for i-stillinger og h-ansættelser (gennemsnitligt 2 – 3 år i afdelingen). Overlægen fastlægger den teoretiske undervisning, Endeligt fastlægger den uddannelsesansvarlige overlæge i samarbejde med afdelingsledelsen rammer for en uddannelsesintensiv arbejdstilrettelæggelse. Dette generelle arbejde,

der stort set er uafhængigt af antal uddannelsessøgende, vurderes at beslaglægge ca. **20 arbejdsdage pr. år.**

Har afdelingen basislæger under uddannelse, deltages i andre specialers hoveduddannelse med ansættelser på mindst 6 mdr. (f.eks. hospitalsuddannelsen i almen medicin, kirurgi for gynækologer, neurokirurgi for neurologer osv.) tillægges yderligere **3 dage pr. "fremmed speciale"**.

Den uddannelsesansvarlige overlæge har ud over de generelle opgaver en række opgaver knyttet til de enkelte uddannelsessøgende. Opgaverne omfatter samtaler, administration af evalueringer, tildeling af vejleder, udarbejdelse af dokumentation for gennemført uddannelse og håndtering af evt. problemer i uddannelsesforløbene. Opgaven vurderes at beslaglægge ca. 10 timer pr. år pr. uddannelsessøgende = **1½ dag pr. år.**

3.2.2 Vejledere og kliniske undervisere:

Alle afdelingens læger indgår i afdelingens lærergruppe som undervisere i den daglige kliniske supervision og kompetenceudvikling af mindre erfarne kolleger. I denne rapport er det imidlertid anset for mest hensigtsmæssigt at angive ressourceforbruget samlet i antal speciallægetimer.

Systematisk undervisning, uddannelseskonerferencer, forskningsvejledning og teoretisk undervisning inkl. forberedelse (2 timer pr. undervisningstime) lægger skønsvist samlet beslag på op mod 100 timer årligt dvs. **14 arbejdsdage for afdelingens samlede speciallægestab pr. år.** Forbruget vil i mindre grad øges med antal uddannelsessøgende (hele lægestabets deltagelse i interne uddannelseskonerferencer betragtes som del af driften, hvorfor dette ikke indgår).

Vejledersamtaler: Omfatter tidsforbrug til vejledersamtaler, struktureret evaluering (360 gr. evaluering, journalaudit) drøftelse af uddannelsesplaner, læringskontrakter, karrierevejledning og tidsforbrug til dokumentation af kompetenceopbygning m.m. (logbøger). Lægger beslag på ca. 1½ time pr. måned = **3 arbejdsdage pr. år pr. uddannelsessøgende.**

Klinisk vejledning: Den praktiske kliniske uddannelse med patientkontakt (mesterlæren) indebærer et tidsforbrug/produktionstab for lærergruppen. Ved oplæring af en ny læge i en konkret procedure/operation vil underviseren miste/reducere sin egen produktivitet. Produktions- tabet er bedømt ved en række eksempler:

Eks 1: En speciallæge kan uden en uddannelsessøgende læge ved sin side varetage 12 patienter i et 3 timers ambulatorium. Med den uddannelsessøgende (der sideløbende ser på egne patienter) reduceres speciallægens ambulante aktivitet til 8 patienter i de 3 timer. "Produktionstab" er da på 4 ambulante besøg = 1 time. Den uddannelsessøgende er produktiv i hele forløbet.

Eks. 2.: Op træning i en operativ procedure som speciallægen normalt selv kan udføre på 1½ time. Speciallægen demonstrerer proceduren 2 gange, operationernes varighed forlænges til 2 timer.

Den yngre læge udfører i stigende omfang de følgende 5 operationer med speciallægen som aktiv bisidder. Varigheden af operationerne forlænges herved i gennemsnit til 2½ time. Det samlede produktionstab for speciallægen ved op træningen er herved 6 timer. Den uddannelsessøgende er ikke produktiv i forløbet.

Eks. 3. Speciallægen går normalt stuegang på 2 timer. Gennemføres stuegangen som superviseret stuegang af en uddannelsessøgende læge er varigheden 3 timer. Tidsforbruget er da 1 time. Den uddannelsessøgende er ikke produktiv.

Ved oplæring af uddannelsessøgende i nye procedurer vil den uddannelsesgivende således skulle nedsætte sin "egenproduktion" i processen. Efterhånden vil den uddannelsessøgende overtage større og større dele af proceduren, og vejlederens opgave aftager for til sidst alene at omfatte en mindre grad af supervision. Skønsvis vil produktionstab i læringsperioden være ca. 50 % af speciallægens normale produktion. Er middelvarigheden af en procedure 1 time og læringsperioden sættes til 10 procesforløb, vil oplæringen af en ny læge i proceduren koste ca. 5 produktionstimer for en undervisende speciallæge. Sættes gennemsnittet af nye procedurer til 10 – 15 pr. år pr. læge vil produktionstab (tabt produktion for afdelingens speciallæger) være 50 – 75 timer pr. år = **ca. 8 arbejdsdage pr. år pr. uddannelsessøgende læge.**

3.2.3. Andre personalegruppers tidsforbrug ved lægers videreuddannelse:

Ikke lægeligt personales deltagelse som undervisere eller hjælpere ved undervisningen er begrænset bortset fra samspil i teamfunktioner og evt. deltagelse i 360 grader eller lignede evalueringer.

Det ikke lægelige personale vil opleve "spildtid" ved supervision, optræning m.m. jf. ovenfor. Ofte vil dette personale dog kunne tilrettelægge sine aktiviteter, så tidstab kan minimeres.

Sekretærer vil ofte blive inddraget i planlægning af undervisning og ved dokumentation af gennemført uddannelse jf. den uddannelsesansvarlige overlæge.

Arbejdsgruppen har vurderet omfanget af det ikke lægelige personales tidsforbrug ved speciallægeuddannelse til ca. 20 timer pr. uddannelsessøgende med en timeløn på 250 kr. er udgiften hertil **5.000 kr. pr. uddannelsessøgende pr. år.**

Kapitel 4: De uddannelsessøgendes produktionsværdi:

Lægestabens sammensætning og størrelse er af væsentlig betydning for en afdelings muligheder for levering af sundhedsydelser. Produktion af sundhedsydelser (undersøgelser, behandling, pleje m.m.) er de uddannelsesgivende afdelingers primære opgave. En afdelings aftalte (budgetterede) aktivitet udtrykkes ved baseline for aktiviteten. Baseline-aktiviteten kan udtrykkes på forskellig måde f.eks. ved en række nøgletal eller omregnet til et økonomisk mål f.eks. DRG-værdi jf. kapitel 5.

Den uddannelsessøgende læge indgår i afdelingernes lægestabe og yder herved en andel af afdelingens produktionspotentialer. I løbet af uddannelsen udvikler lægerne et stigende kompetenceniveau, der indebærer en tiltagende produktionsværdi for afdelingen. Uddannelsen gør lægen i stand til at påtage sig stadig flere opgaver sideløbende med, at oplæringen medfører en fortsat øget rutine, der alt andet lige vil medføre, at konkrete procedurer kan udføres hurtigere og ofte med aftagende forbrug af ressourcer og andet personales tid.

Arbejdsgruppen har drøftet forskellige muligheder for at udtrykke den enkelte læges produktionsværdi, men betinget bl.a. i de store forskelle mellem forskellige afdelingstypers aktivitet, mellem afdelingernes personalefordeling, medicin- og utensilieforbrug, træk på andre afdelinger osv., er det valgt at indføre **målebegrebet: ”en speciallæge”**.

Begrebet anvendes til at opgøre en afdelings samlede lægestab med ét tal, hvor lægerne på forskelligt uddannelsesniveau vægtes forskelligt.

Som udgangspunkt for begrebet og for den relative vægtning af de forskellige læger, anvendes bruttolønnen til lægerne jf. kapitel 2.2. Som grundenhed anvendes en bruttoløn på 725.000 kr. dvs. bruttoløn til en overlæge med fradrag af lønandel for ”ledelsesudøvelse” (NB ikke speciale- eller afdelingsledelse). En afdelingslæge vil således have en produktionsværdi på 0,97 speciallægeenhed, en læge med 2-3 års anciennitet: 0,69 og en nyuddannet læge: 0,55.

Disse vægtninger er imidlertid baseret på, at lægerne i fuldt omfang kan deltage i produktionen. Som tidligere anført vil læger under videreuddannelse være fraværende til teoretisk uddannelse, vejledersamtaler, klinisk uddannelse m.m. (ordinær ferie, sygedage og orlov indgår ikke).

4.1. De uddannelsessøgende lægers fravær fra klinisk produktion:

a. Fravær til kurser og forskningstræning¹

Basislæger:	10 dage på 6 mdr.
Intro-læger:	10 dage på 12 mdr.
h-læger andet speciale:	10 dage på 6 mdr.
h-læger 1. – 4. år.	14 dage pr. år.
h-læger 5 år. ²	0 dage pr. år.

¹ Det samlede antal obligatoriske kursusdage omfatter generelle kurser: 20 dage, forskningstræning 20 dage og specialespecifikke kurser: 30 dage. Hertil kommer retur dage og enkelte konkrete dage til introduktion i afdelingen m.m.

² De fleste specialer har hoveduddannelse på 4 år, men i de medicinske og kirurgiske fag er hoveduddannelsen på 5 år. Da antal kursusdage er uafhængigt af uddannelsens varighed er kursusdagene i modellen placeret indenfor de 4 første år. selvom der naturligvis kan forekomme kursusdage i det 5. uddannelsesår.

Overfor ovennævnte tidsforbrug til kurser m.m. skal fremhæves, at færdige speciallæger normalt har adgang til 10 efteruddannelsesdage pr. år. Den kliniske "nettoilstedeværelse" kan derfor opgøres til et årsværk på 210 dage pr. læge. Med anvendelse af nettoårsværk og sammenligning med andre læger i afdelingen skal fradraget for kurser m.m. reduceres til 10 dage for basislæger, 10 dage for læger fra andre specialer og 5 dage pr. år i hstillinger (eget speciale), bortset fra 5. år i de femårige forløb, hvor der ikke sker reduktion af årsværket.

b. Fravær i forbindelse med teoretisk undervisning i afdelingen, struktureret vejledning og evaluering, samtaler m.m.

Ca. 45 timer = **6 arbejdsdage pr. år.**

c. Tidsforbrug ved klinisk oplæring (jf. tidsforbrug for undervisere og vejledere):

Den uddannelsessøgende læge vil under klinisk praktisk oplæring ikke yde bidrag til afdelingens produktion. Baggrunden er, at der ved disse procedurer deltager en uddannelsesgivende læge, der superviserer/vejleder, og som tillægges den produktion, der er resultat af de fælles anstrengelser. Det vurderes, at der i gennemsnit sker oplæring i 10 - 15 "procedurer" pr. uddannelsesår med et tidsforbrug for den uddannelsessøgende læge på 15 - 18 timer pr. procedure. I alt 200 - 225 timer = **30 arbejdsdage pr. år.**

Tages udgangspunkt i et nettoårsværk og korrigeres for uddannelsesbetinget fravær fra produktion fås følgende antal produktive dage for de forskellige uddannelseslæger.

Basislæger:	164 dage pr. år. (= 78%)
Intro-læger:	174 dage pr. år. (= 83%)
h-læger andet speciale:	164 dage pr. år. (= 78%)
h-læger 1. - 4. år.	170 dage pr. år. (= 81%)
h-læger 5. år.	174 dage pr. år. (= 83%)

4.2 Lægernes produktionsværdi:

Tages som anført ovenfor udgangspunkt i lægernes lønninger og korrigeres for fravær fås følgende afrundede værdier for de uddannelsessøgende lægers produktionsværdi. I parentes er anført produktivitet i forhold til en "speciallægeenhed":

Produktionsværdien for de enkelte lægegrupper kan herefter fastsættes til:

Basislæger:	310.000 kr. pr. år.	(43 %)
Intro-læger:	370.000 kr. pr. år.	(51 %)
h-læger andet speciale:	370.000 kr. pr. år.	(51 %)
h-læger 1. år.	400.000 kr. pr. år.	(55 %)
h-læger 2. år	425.000 kr. pr. år.	(59 %)
h-læger 3. år.	450.000 kr. pr. år.	(62 %)
h-læger 4. år.	475.000 kr. pr. år.	(66 %)
h-læger 5. år.	500.000 kr. pr. år.	(69 %)

Uddannelsesudgiften pr. uddannelseslæge bliver herefter differencen mellem lægens løn og produktionsværdi:

Basislæger:	90.000 kr. pr. år.
Intro-læger:	80.000 kr. pr. år.
h-læger andet speciale:	100.000 kr. pr. år.
h-læger eget speciale.	100.000 kr. pr. år.

Denne udgift skal tillægges afdelingens øvrige udgifter til uddannelse.

Kapitel 5: Økonomistyring i Region Syddanmark (2009) og etablering af stillinger til lægelig videreuddannelse

I forbindelse med ansættelse af flere uddannelseslæger skal der findes finansiering til den øgede lønudgift til uddannelseslægerne samt det produktionstab, der vil være, når de erfarne læger skal uddanne de yngre læger.

Udgift og finansiering vil afhænge af, om uddannelseslægerne ansættes i somatikken, psykiatrien eller almen praksis.

Det forudsættes at den grundlæggende økonomi til lægelig videreuddannelse er tilvejebragt i afdelingerne. Der fokuseres derfor i dette kapitel af rapporten alene på de sammenhænge, der kan findes mellem finansieringen af nye stillinger og de økonomistyringsmodeller, Region Syddanmark anvender ved finansiering af sygehusenes aktivitet.

5.1 Udgift til lægelige uddannelsesstillinger

Udgifterne til lægelig videreuddannelse, herunder udgifterne ved oprettelse af nye stillinger til uddannelse, er nærmere beskrevet i rapportens kapitel 3, og modeller til beregning heraf er beskrevet efterfølgende i kapitel 6. Udgifterne omfatter dels direkte udgifter til lægens løn m.m. og indirekte udgifter for afdelingen betinget af tidsforbruget ved uddannelsen for den unge læge og for underviserne i afdelingen. Udgifterne kan samles og udtrykkes dels ved et kronebeløb dels ved andele af årsværk for en standardspeciallæge.

5.2. Lægens produktionsværdi og DRG-værdi

Der er en række omkostninger forbundet med at oprette ekstra uddannelsesstillinger for læger, men samtidig har de ekstra uddannelseslæger også en arbejdskraftværdi for afdelingerne gennem mulighed for øgning af afdelingens aktivitet og dermed evt. aktivitetsudløste økonomiske midler.

Lægernes produktionsværdi er nærmere beskrevet i kapitel 4.

DRG-værdien af patientbehandlingen er fastsat ud fra landsgennemsnitlige omkostninger til patientbehandling ud fra indsamling af fordelingsregnskaber fra alle landets sygehuse. Overordnet kan det siges således, at DRG-værdien fastsættes ved at dele alle omkostninger til patientbehandling ud på alle patienter. Dette vil sige, at DRG-værdien for samtlige patienter er lig omkostningerne til samtlige patienter.

Fastsættelsen af, hvor meget aktivitet (DRG-værdi) en enkelt fagperson leverer, kan ikke opgøres eksakt. Når en patient behandles på sygehuset, fastsættes der er en DRG-værdi for denne patient. Behandlingen involverer flere personer og faggrupper, og det er umuligt at opgøre, hvor stor en andel af DRG-værdien den enkelte fagperson har været årsag til.

5.3 Finansiering af somatisk sygehusbehandling

Sygehusene har i udgangspunktet budget til det nuværende antal uddannelsesstillinger, idet dette er finansieret i de gamle amter.

Det antages, at ekstra læger i en afdeling kun vil øge den elektive aktivitet, da den akutte aktivitet bør være varetaget gennem den eksisterende bemanning. Finansieres den nye stilling ved nedlæggelse af en eksisterende lægestilling, vil den akutte aktivitet principielt ikke påvirkes heraf, men en evt. forskel i produktivitet mellem de to stillinger kan påvirke muligheden for elektiv aktivitet.

Da det stationære medicinske område anses som akut, forudsættes det, at ekstra uddannelseslæger indenfor det medicinske område udelukkende vil generere ekstra ambulansaktivitet.

5.3.1 Økonomistyring fra staten til regionen

Den eksterne finansiering afhænger af, hvor de ekstra patienter kommer fra. Såfremt patienterne kommer fra en af de andre fire regioner, får regionen 100% af DRG-værdien via den mellemregionale afregning.

Kommer patienterne derimod fra Region Syddanmark, får regionen finansiering via statens økonomistyring af regionerne. Denne økonomistyring aftales en gang årligt og kan derfor variere over tid. For 2008 var regionerne rammestyrede, hvorfor der ikke var finansiering til øget aktivitet. I 2009 er der indtil videre aktivitetsfinansiering dog med et loft. Det forventes, at Region Syddanmark vil nå over loftet for aktivitetsfinansiering, hvorfor der ikke vil være finansiering til den sidst leverede aktivitet.

Kommer patienterne fra Region Syddanmark, men ville oprindeligt have været henvist til en anden regions sygehus, vil Region Syddanmark spare 100% af DRG-værdien på den mellemregionale afregning.

Kommer patienterne fra Region Syddanmark, men ville oprindeligt have været henvist til et privat sygehus, vil Region Syddanmark spare udgiften til det private sygehus. Denne udgift svarer ikke nødvendigvis til DRG-værdien.

5.3.2 Region Syddanmarks takststyringsmodel 2009

På samme måde, som sygehusene via deres budget tildeles en givet mængde ressourcer (kroner) har Region Syddanmark vedtaget en takststyringsmodel (spilleregler) for hvor meget aktivitet, der skal præsteres for den givne bevilling. Aktivitetsbudgettet kaldes "baseline".

For at man kan sammenligne den mængde ressourcer, der bruges til at frembringe aktiviteten (produktionen) med den aktivitet, som faktisk udføres, måles aktivitets budgettet i takster, der ligeledes opgøres i kroner. Disse takster fastsættes af Sundhedsstyrelsen på baggrund af de landsgennemsnitlige omkostninger til de forskellige somatiske behandlingsdiagnoser. Taksterne betegnes således for Diagnoserelaterede grupperinger – i daglig tale kaldet DRG-takster.

Ved afvigelser fra baseline reguleres sygehusenes budgetter efter nærmere bestemte retningslinjer. Budgetreguleringen kan både være positiv og negativ. Reguleringen, også kaldet afregningen, varierer alt efter hvilken slags aktivitet, der er tale om.

Aktivitet	Afregning	Begrundelse
Planlagt aktivitet	55%	Den planlagte aktivitet afregnes som udgangspunkt til ca. 55% af de landsgennemsnitlige behandlingstakster, idet det må forventes, at behandlingen af de sidste ekstra patienter ikke koster så meget som gennemsnittet.
Akut aktivitet	0%	Takststyringsmodellen skal ikke tilskynde til øget akut aktivitet. Derfor afregnes der ikke for ekstra akut aktivitet.
Stationær medicinsk aktivitet	0%	Indlagte planlagte medicinske patienter afregnes som hovedregel ikke. Der afregnes dog med 55% for ambulante medicinske aktiviteter, da man ønsker at tilskynde sygehusene til at omlægge fra indlagt til ambulante behandling på det medicinske område.
Stationær genoptræning	55%	Genoptræning under indlæggelse afregnes til 55% af genoptræningstaksterne.
Ambulant genoptræning	90%	Ambulant genoptræning afregnes til 90% af genoptræningstaksterne.
Kronikermodel		En særlig afregningsmodel for patienter med kroniske sygdomme er under udarbejdelse.

For visse patientgrupper afregnes med mere end 55% af DRG-taksten. Disse behandlinger er udvalgt, fordi de 55% åbenlyst ikke dækker de marginale omkostninger, typisk pga. af store udgifter til implantater eller andre hjælpemidler. Sygehusene bliver på samme vis kompenseret for stigende udgifter til særlig dyr medicin.

5.3.3 Takststyring fra regionen til sygehusene

Takststyringsmodellen for Region Syddanmark ændrer sig løbende. På denne baggrund vil der i dette notat udelukkende blive taget udgangspunkt i takststyringsmodellen for 2009, som den ser ud lige nu.

Den meraktivitet, uddannelseslægerne leverer ud over baseline, vil ud fra de nævnte forudsætninger blive honoreret med 55% af DRG-værdien til sygehusene.

5.3.4. Finansiering for somatiske sygehuse

En udvidelse af antallet af uddannelseslæger i Region Syddanmark kræver, at der findes finansiering i regionen. Der kan opstilles forskellige modeller til finansiering af udgifterne i forbindelse med ekstra uddannelseslæger.

En model kan være at give sygehusene bevilling svarende til uddannelseslægerens løn samt justere baseline svarende til uddannelseslægerens produktionsværdi. Denne model vil være neutral for sygehusene, men vil give en finansieringsmanko for regionen.

En anden model kan være, at sygehusene ikke gives bevilling eller baselinejustering. Dette vil være neutralt for regionen, men de pågældende sygehuse vil have en finansieringsmanko. Finansieringsmankoen vil afhænge af, om aktivitetsstigningen sker indenfor det medicinske eller det kirurgiske område.

En tredje model er, at finansieringsmankoen i model et fordeles mellem sygehusene efter en given fordelingsnøgle.

Det skal besluttes, om ekstra uddannelsesstillinger skal finansieres af regionen eller skal ske ved en omfordeling mellem sygehusene. Det skal samtidig vurderes, om de ekstra uddannel-

sesstillinger giver besparelser på f.eks. den mellemregionale afregning, som derfor kan være med til at finansiere stillingerne.

5.3.5. Finansiering for psykiatrisygehuset

Psykiatrien er som udgangspunkt ikke aktivitetsfinansieret, hvorfor ekstra udgifter til uddannelseslæger må findes ved besparelser på andre konti. Der må dog også forventes at være en produktionsværdi for uddannelseslægerne i psykiatrien, hvorfor der må kunne behandles flere patienter eller spares på andet personale.

5.3.6 Finansiering almen praksis

Det antages, at såfremt der kommer ekstra uddannelseslæger i almen praksis, vil der blive produceret flere ydelser, hvorfor sygesikringens udgifter til de praktiserende læger vil stige.

Kapitel 6: Arbejdsgruppens forslag

Arbejdsgruppen har vurderet, at der er to adskilte aspekter i uddannelsesbudgetteringen:

- Afdelingernes uddannelsesbudget i absolutte værdier (f.eks. kroner) og/eller som relativ andel af afdelingernes ressourceforbrug (f.eks. forbrug af lægerressourcer)
- Finansieringsproblemerne ved ændring af antal uddannelsesklassificerede årsværk

6.1. Afdelingernes uddannelsesbudget:

Afdelingernes opgaver er klinisk aktivitet, uddannelse og forskning.

Opstilling af et samlet regnskab for en afdelings uddannelsesaktivitet, herunder den del afdelingen anvender på lægelig videreuddannelse, har derfor primært betydning ved at synliggøre dette ressourceforbrug overfor ressourceanvendelsen ved frembringelse af afdelingens produktion.

Synliggørelsen kan anvendes ved drøftelser af afdelingernes økonomi, normeringer og aktivitetsbudgetter eller ved sammenligning med andre afdelinger. Synliggørelsen baseret på en række forudsætninger knyttet til uddannelsesaktiviteten i afdelingen herunder normer for anvendelse af tid til både den løbende kliniske og den mere formelle undervisning, kan bidrage til bevidstgørelse om og hermed fokusering på, at et aftalt uddannelsesniveau og undervisningstilbud rent faktisk tilvejebringes.

I den aktuelle situation, hvor de fleste kliniske afdelinger rent faktisk deltager i videreuddannelsen af læger, vil det normalt blive formodet, at der i afdelingen er afsat ressourcer til videreuddannelsen helt eller delvist i det omfang, der er forudsat i opgørelsen. Opstilling af et uddannelsesbudget kan således ikke umiddelbart forventes at medføre tilførsel af midler til afdelingerne.

Opstilling af uddannelsesbudgetter kan derimod forventes at indgå i de løbende drøftelser mellem afdelinger og sygehusledelser - og sekundært mellem sygehusene og de regionale ledelser om ressourcefordeling og ressourceanvendelse.

Arbejdsgruppen har, for at opnå en enkel ensartet model, der kan dække alle afdelingstyper, valgt at omregne alle udgifter til kronebeløb. Som udgangspunkt er anvendt løn- og produktivitetstabeller som anført i tidligere Kapitel. Som nøgletal er anvendt et nettoårsværk for speciallæge på 210 dage og en bruttoløn for speciallægen på 725.000 kr. pr. år. Et tidsforbrug på 1 dag modsvares herved en udgift på 3.452 kr. (afrundes til 3.500 kr.)

Af tidligere kapitel fremgår, at udgifterne til videreuddannelse af læger omfatter beløb, der er knyttet til afdelingens deltagelse i uddannelsen og som sådan uafhængig af antal uddannelsessøgende samt udgiftsbeløb, der direkte kan relateres til antallet af uddannelsessøgende.

De samlede udgifter til videreuddannelsen i afdelingen omfatter derfor et grundbeløb og et beløb, der afhænger af antal uddannelsessøgende og af disses placering i uddannelsessystemet.

6.1.1 Grundbeløb (dækker udgifter, som afdelingen vil have, når den indgår i videreuddannelsen uafhængigt af hvor mange uddannelsessøgende, afdelingen har ansat):

- a. Funktionstillæg og transportudgifter til uddannelsesansvarlig overlæge. Ca. **30.000 kr. pr. år.**
- b. Den uddannelsesansvarlige overlæges tidsforbrug til deltagelse i regionale uddannelsesudvalg, ca. 4 møder årligt + forberedelse samt konferering og udtalelser ved meritvurdering, bedømmelse af inspektorrapporter m.m. i alt ca. **8 arbejdsdage pr. år.**
- c. Den uddannelsesansvarlige overlæges egen pædagogiske efteruddannelse: ca. **2 dage pr. år.**
- d. Den uddannelsesansvarlige overlæges planlægning af uddannelsen i afdelingen herunder udarbejdelse og løbende justering af uddannelsesprogrammer for i-stillinger og h-ansættelser (gennemsnitligt 2 – 3 år i afdelingen). Fastlæggelse af rammer for uddannelsesintensiv arbejdstilrettelæggelse, teoretisk undervisning, tildeling af vejledere m.m. I alt ca. 20 dage årligt.

Har afdelingen basislæger under uddannelse, deltager i andre specialers hoveduddannelse med ansættelser på mindst 6 mdr. (f.eks. hospitalsuddannelsen i almen medicin, kirurgi for gynækologer, neurokirurgi for neurologer osv.) tillægges **yderligere 3 dage pr. ”fremmed speciale”**.

- e. Systematisk undervisning, uddannelseskonerer og teoretisk undervisning inkl. forberedelsestid i det omfang dette er betinget af videreuddannelse i afdelingen. Opgavevaretagelsen opdeles i en andel, der er uafhængig af antal uddannelsessøgende (100 timer pr. år. = ca. **14 dage pr. år.**), og en andel, der øges i takt med antal uddannelsessøgende.
- f. Anskaffelse af lærebøger, undervisningsmateriale, generelle afdelingslicenser m.m. ca. 20.000 kr. pr. år.

Sammenfattet (a – f): (30.000 kr. + 8 dage + 2 dage + 20 dage + 14 dage + 20.000 kr.) = (50.000 kr. + 44 dage à 3.500 kr.) = **204.000 kr.**

Standard grundbeløb for afdelinger med lægelig videreuddannelse: 210.000 kr. pr. år.

Ca. 50.000 kr. vil være direkte udgift (løn og drift), mens restbeløbet vil indgå som produktionsstab for afdelingen.

Tillæg til afdelinger, der har **hoveduddannelse i flere specialer** (f.eks. medicinsk afdeling med flere medicinske specialer) **150.000 kr. for 2. og følgende specialer.**

Tillæg for deltagelse i **basisuddannelse eller/og ”andet speciale”** hoveduddannelse med ansættelser minimum 6 mdr. (f.eks. almen medicin jf. ovenfor): **15.000 kr. pr. speciale.**

6.1.2 Udgift pr. uddannelsessøgende (eksklusiv løn og produktionsværdi for disse):

- a. Den uddannelsesansvarlige overlæges tidsforbrug til samtaler, administration af evalueringer, godkendelser og evt. justering af forløb samt tildeling af vejleder. Ca. 10 timer pr. uddannelsessøgende pr. år. (= ca. **1½ arbejdsdag**).
- b. Tidsforbrug til teoretisk undervisning, uddannelseskonerer m.m. Ca. 15 timer pr. år. pr. uddannelsessøgende (= ca. **2 arbejdsdage**)

- c. Vejledersamtaler og systematisk evaluering. Ca. 20 timer pr. år (= ca. **3 arbejdsdage**)
- d. Tidsforbruget for underviseren til klinisk oplæring, supervision og feedback overfor konkrete procedurer (operation, specialundersøgelse, stuegang mm). Ca. 60 timer pr. uddannelsessøgende pr. år. (= ca. **8 arbejdsdage**)
- e. Tidsforbrug for sekretærer, sygeplejersker mm relateret til lægers videreuddannelse. Ca. 20 timer à 250 kr. pr. time = **5.000 kr. pr. uddannelsessøgende pr. år.**
- f. udgifter til forbrugsvarer, undervisningsmidler, licenser m.m. Ca. **10.000 kr. pr. år pr. uddannelsessøgende**

Sammenfattet (a – f): (1½ dag + 2 dage + 3 dage + 8 dage + 5.000 kr. + 10.000 kr.) =
 (14½ dag à 3.500 kr. + 15.000 kr.) = 50.750 kr. + 15.000 kr. = 65.750 kr.

Afrundet standardudgift pr. uddannelsessøgende pr. år. 70.000 kr.

10.000 kr. er en driftsudgift, mens restbeløbet er produktionstab.

6.1.3. Løn til de uddannelsessøgende modregnet værdi af lægernes produktion

Som tidligere anført kan som uddannelsesudgift angives differencen mellem de enkelte lægegrubbers værdi for afdelingens produktion i en uklassificeret stilling og i en stilling med uddannelse, idet kravet om uddannelse indebærer, at den uddannelsessøgende læge er fraværende fra afdelingens produktion i et vist omfang. Udgiften pr. læge er opgjort til:

Basislæger:	90.000 kr. pr. år.
Intro-læger:	80.000 kr. pr. år.
h-læger andet speciale:	100.000 kr. pr. år.
h-læger eget speciale.	100.000 kr. pr. år.

En afdelings samlede uddannelsesbudget kan herefter sammensættes af:

Grundudgift + standardudgift pr. uddannelsessøgende + en værdi for lønudgift uden modsvarende produktionsgevinst pr. læge. Til gennemførelsen af en sådan beregning er udarbejdet skema 1, der kan anvendes til en simpel udarbejdelse af en afdelings uddannelsesregnskab vedr. lægelig videreuddannelse.

6.1.4. Sammenfatning af uddannelsesbudget for en afdeling

Ved udarbejdelse af et budget for en afdelings varetagelse af lægelig videreuddannelse foreslår arbejdsgruppen, at der primært anvendes en beskrivelse, hvor alle udgifter anføres i kronebeløb. Forslaget indebærer, at tidsforbrug omregnes til udgiftskroner med udgangspunkt i lægelønning.

Ved opstilling af budgettet anvendes en række standardbeløb, hvis grundlag er angivet i tidligere kapitel af denne rapport.

Der skelnes mellem grundudgifter, der er uafhængige af antal uddannelsessøgende læger, og udgift pr. uddannelsessøgende læge. Grundudgiften medgår til dækning af det tidsforbrug, der er ved etablering af uddannelsen herunder til afdelingens deltagelse i specialets uddannelses-

udvalg, til udarbejdelse af afdelingens uddannelsesprogram og til justering af arbejdsprocesserne i afdelingen under hensyn til uddannelsens krav.

Udgiften pr. uddannelsessøgende læge omfatter dels et beløb, der dækker undervisernes tidsforbrug til klinisk vejledning, samtaler, evaluering mm, dels et produktionstab for den uddannelsessøgende læge. Dette tab opstår for den uddannelsessøgende læge sammenholdt med en tilsvarende læge i uklassificeret stilling betinget af, at den uddannelsessøgende læge er fraværende til teoretisk uddannelse, til praktisk oplæring i kliniske færdigheder, til evaluering og til samtaler og karrierevejledning og øvrige aktiviteter fastlagt i uddannelsesbestemmelserne.

Arbejdsgruppen foreslår, at en afdelings uddannelsesbudget opstilles som angivet i skema 1.

Skema 1: Uddannelsesbudget for _____ afdeling.

Grundudgift:

Eget speciale:	210.000 kr.
2. og følgende specialer*):	à 150.000 kr. = kr.
Basis og/eller fremmed speciale:	à 15.000 kr. = kr.
I alt	kr. _____ kr.

Standardudgift pr. uddannelsessøgende læge (årsværk):

_____ læger à 70.000 kr. = _____ kr.

Produktionstab vedr. uddannelsessøgende læger:

Basislæger:	à 90.000 kr. =	kr.
Introlæger:	à 80.000 kr. =	kr.
h-læger (andet speciale)	à 100.000 kr. =	kr.
h-læger (eget speciale)	à 100.000 kr. =	kr.
I alt		kr. _____ kr.

Samlet budget vedr. lægelig videreuddannelse i afdelingen: _____ kr.

*) En administrativ ledelsesenhed kan omfatte flere specialer f.eks. en medicinsk afdeling eller en centerstruktur med flere specialer.

Udgiften kan ses i relation til afdelingens samlede budget, til afdelingens budget for lægeløn eller til aktivitetsparametre, baseline eller lignende.

a. Som mål for en afdelings forbrug af lægeressourcer kan anvendes:
(afdelingens regnskab for lægeløn)/ 725.000 kr. = Antal speciallægeenheder.

b. Uddannelsesbudgettet kan tilsvarende omregnes:
(Afdelingens uddannelsesbudget _____ kr.)/ 725.000 kr. = Speciallægeenheder til uddannelse.

$b \times 100/a = c$ angiver forbruget til videreuddannelse som % af afdelingens samlede forbrug af lægeressourcer.

b: _____ x 100 / a: _____ = c: _____ %

Afdelingen anvender c: _____ % af lægeressourcerne til videreuddannelse af læger.

6.1.5. Uddannelsesbudget sammenholdt med aktivitetsbudget/baseline

Ønskes forbruget af lægeressourcer sat i relation til afdelingens aktivitet, f.eks. udtrykt ved baseline eller i DRG-værdi, kan disse værdier for afdelingen sættes i forhold til de beregnede speciallægeenheder. Det er her forudsat, at afdelingens samlede lægeaktivitet kun er fordelt på produktion og videreuddannelse. Anvendes dele af lægeaktiviteten f.eks. til forskning, til efteruddannelse eller anden aktivitet skal principielt foretages modregning også for disse faktorer inden aktivitetsberegningen gennemføres.

Aktivitetsparametre (baseline) / a – b = d (aktivitet pr. produktiv speciallæge)

Lægernes aktivitet er imidlertid ikke eneste faktor i produktionen, også det øvrige personales aktivitet indgår, og der er desuden direkte udgifter til forbrugsvarer samt indirekte udgifter til træk på andre afdelinger, sygehusets administration samt til lokaler og teknisk udstyr.

For at opnå et mere retvisende billede af sammenhængen mellem lægenormering og aktivitet må derfor korrigeres for disse faktorer. Som regneeksempel kan forudsættes, at overhead (regional og lokal administration, udgifter til lokaler samt afdelingens afskrivning af driftsudstyr) kan fastsættes til et standardoverhead f.eks. på 15% af DRG-indtjeningen.

Inden afdelingens egen ”fortjeneste” kan beregnes må yderligere modregnes for trækket på andre afdelinger (f.eks. anæstesi til operative funktioner, røntgen eller laboratorium). Denne modregning vil være yderst forskellig fra afdeling til afdeling. Det vil bl.a. være nødvendigt at vurdere, om afdelingens budget f.eks. omfatter operationsafdelingen, eller om udgiften hertil er knyttet til en selvstændig budgetenhed fælles for flere afdelinger. Også denne udgift kunne formentlig udtrykkes som % af det samlede ressourceforbrug.

En afdelings reelle DRG-indtjening vil da være afdelingens samlede DRG-indtjening med fradrag for standardoverhead f.eks. 15 % og forbrug på andre afdelinger f.eks. 30 %, dvs. i det angivne eksempel 55 % af DRG.

Lægernes relative andel af DRG-indtjeningen kan vurderes ved at sætte afdelingens udgift til lægeløn i forhold til afdelingens samlede løn- og driftsudgift:

$(\text{afdelingens lægeløn}) / (\text{afdelingens samlede løn- og driftsbudget}) = z$ (er lægelønnen i en afdeling f.eks. 1/3 af afdelingens samlede budget, bliver resultatet i det anførte eksempel $55 \% \times 1/3 = 18 \%$)

Dette indebærer, at eksemplets afdeling for at indtjene 400.000 kr. til aflønning af en ekstra basislæge, skal producere DRG aktivitet for $400.000 \text{ kr.} \times 100/18 = 2,2 \text{ mio. kr.}$

Omvendt kan man opgøre, at produktionstabet, udtrykt i DRG-værdier, ved at lægerne anvender arbejdstid til uddannelse er væsentligt mindre end den direkte DRG-værdi giver udtryk for.

Ved at en speciallæge bruger sin tid til at undervise, vil han ikke give anledning til en produktion, der lægger beslag på andre afdelinger, eget personale eller de administrative systemer.

Betinget af forskellene mellem afdelingernes aktivitetsudtryk, økonomimodellens forskelle i behandling af forskellig aktivitet og de uensartede beskrivelser af baseline aktivitet, skal ud-

valget påpege det usikre grundlag for rutinemæssig gennemførelse af omregning fra afdelingernes uddannelsesbudgetter til afdelingernes aktivitetsforhold (baseline). Arbejdsgruppen skal samtidigt anføre, at det må anses for usikkert, om en omregning reelt giver brugbare oplysninger, der står i rimeligt forhold til arbejdet ved fremskaffelse af valide oplysninger til brug for den supplerende beskrivelse.

Arbejdsgruppen vurderer på den beskrevne baggrund, at en afdelings budget eller regnskab til lægelig videreuddannelse, hensigtsmæssigt kan udtrykkes i kronebeløb og som relativ andel af afdelingens samlede lægerressourcer, som dette sker ved anvendelse af Skema 1.

Arbejdsgruppen skal imidlertid fremhæve, at sammenstilling af uddannelsesudgifter og driftsaktivitet kan have en naturlig plads ved vurdering af finansieringsgrundlaget for ændringer af afdelingernes lægenormeringer udløst af f.eks. ændret videreuddannelseskapacitet jf. kapitel 6.2.

6.2 Budgetteringsmodel ved ændring af antal uddannelsesstillinger i en afdeling

For afdelinger, der pålægges at oprette nye stillinger til videreuddannelse eller som kan gennemføre nedlæggelse af tidligere uddannelsesstillinger, optræder overvejelser om de økonomiske konsekvenser af en sådan ændring af lægestaben.

Arbejdsgruppen finder, at de i tidligere kapitel opstillede tabeller og oversigter kan anvendes som grundlag for belysning af de økonomiske konsekvenser af omlægningerne.

Udgangspunktet for beregningen er, at afdelingen i forvejen har eller fortsat efter ændringen skal varetage videreuddannelse. Er dette ikke tilfældet skal tillige overvejes, hvilke økonomiske konsekvenser dette indebærer jf. ovenfor om grundudgifter til videreuddannelse.

Ved øgning af antal uddannelsesstillinger er overvejelserne primært knyttet til finansieringen af den/de ekstra stillinger. For en afdeling vil oftest foreligge en af flere muligheder.

1. Afdelingen kan have uklassificerede lægestillinger (inkl. afdelings- og overlægestillinger), som inddrages i finansieringen.
2. Afdelingen kan finansiere de nye stillinger ved besparelser på andre løndele eller på driftskonti.
3. Afdelingen kan selv bidrage til finansieringen ved øget honoreret aktivitet (f.eks. DRG), jf. 6.1.5
4. Afdelingen kan tilføres eksterne midler.

Hvilken/hvilke af de anførte muligheder, der konkret kan og skal vælges i det enkelte tilfælde, afhænger i betydelig grad af de forhold, der foreligger i udgangssituationen før ændringen. Det vil herunder indgå, i hvilket omfang afdelingen er aktivitetsfinansieret, så en eventuel budgetudvidelse kan helt eller delvist finansieres ved øget aktivitet.

For stort set alle afdelinger vil kunne beregnes en effekt på afdelingens aktivitet ved ændring af den lægelige normering, som det bl.a. kan ske ved ændring af uddannelseskapaciteten. Det vil på denne baggrund være naturligt at lade normeringsændringen blive ledsaget af en juste-

ret baselineaktivitet for afdelingen. Problemet for finansieringen af stillingsændringen er imidlertid, at ændring af aktiviteten ikke nødvendigvis udløser økonomiske midler. Det skal sideløbende noteres, at der er forskel på de økonomistyringsmodeller, der gælder på afdelingsplan og på sygehusniveau.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der altid indgår justering af afdelingernes aktivitetsbudget (baseline) ved ændring af lægestaben som led i lægelig videreuddannelse.

Skema 2 er udarbejdet som støtte for drøftelserne mellem sygehusledelser og afdelingerne ved stillingsændringer (skemaet kan ved ændring af fortegn anvendes til konsekvensbedømmelse ved nedlæggelse af uddannelsesstillinger). Skemaet er opdelt i to afsnit. I første kapitel opgøres udgifter (finansieringsbehovet) ved etablering af nye uddannelsesstillinger. I andet kapitel beregnes den tilførsel af produktionskapacitet ændringen indebærer. Denne parameter kan indgå ved bedømmelse af muligheder for aktivitetsbidrag evt. ændring af afdelingens baseline.

Skema 2: Økonomiske og driftsmæssige konsekvenser ved oprettelse af nye uddannelsesstillinger:

Direkte udgifter: (Løn og drift)

Løn til den uddannelsessøgende læge/er:

Basislæge:	400.000 kr.=	kr.
Introlæge	450.000 kr.=	kr.
h-læge andet speciale:	470.000 kr.=	kr.
h-læge 1 år.	500.000 kr.=	kr.
h-læge 2. år	525.000 kr.=	kr.
h-læge 3. år.	550.000 kr.=	kr.
h-læge 4. år.	575.000 kr.=	kr.
h-læge 5. år.	600.000 kr.=	kr.

Driftsudgift: _____ læger à 10.000 kr.= kr.

(Evt. merudgift for nye uddannelsesafdelinger 50.000 kr.) kr.

I alt: Direkte udgift (finansieringsbehov) kr.

Midler til dækning af denne merudgift kan tilvejebringes enten ved tilførsel af midler udefra (ramme eller aktivitetsbudgettering) eller ved omkonteringer (besparelser) i afdelingen, evt. ved kombination af heraf.

Aftalt finansiering:

- a. Tilførte midler: kr.
- b. Aktivitetsfinansieret: kr.
- c. Afdelingens direkte bidrag: kr.

Nettoproduktionsregnskab: (NB: Kan anvendes til justering af afdelingens baseline med eller uden afledt bidrag til finansieringen)

Ved oprettelse af en ekstra lægestilling tilføres afdelingen arbejdskraft. Omfanget heraf er beregnet ud fra lægens løn med fradrag af lægens uddannelsesbetingede fravær fra klinisk rutine, jf. kapitel 6. Samtidigt skal afdelingen levere undervisning m.m. beregnet til 70.000 kr., hvoraf 10.000 kr. er indregnet ovenfor som direkte driftsudgift, mens de resterende 60.000 kr. indgår i nettoregnskabet.

Nettoproduktionsværdi pr. uddannelsessøgende læge:

Basislæge:	250.000 kr. =	kr.
Introlæge	310.000 kr. =	kr.
h-læge andet speciale:	310.000 kr. =	kr.
h-læge 1 år.	340.000 kr. =	kr.
h-læge 2. år	365.000 kr. =	kr.
h-læge 3. år.	390.000 kr. =	kr.
h-læge 4. år.	415.000 kr. =	kr.
h-læge 5. år.	440.000 kr. =	kr.

(Evt. produktionstab for nye uddannelsesafdelinger - 160.000 kr.) kr.

Nettoproduktionsregnskab: kr.

Tilført produktionsværdi: (_____ kr./725.000 kr.) = _____ speciallægeenhed.

Nettoproduktionsregnskab kan danne basis for evt. regulering af afdelingens aktivitetsregnskab (baseline), hvilket for afdelinger med aktivitetsafregning kan indgå i finansiering af driftsudgifter.

Bilag 1: Takststyringsmodel for sundhedsområdet i Region Syddanmark 2008

De økonomiske rammer for sundhedsområdet i de kommende regioner er overordnet fastsat ud fra bloktilskud fra staten, aktivitetsbestemt finansiering fra staten, grundbidrag fra kommunerne samt aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne.

Regeringen har i 2008 afsat en pulje på 491,59 mio. kr. til finansiering af generel meraktivitet på sygehusområdet i Region Syddanmark. Puljen udbetales med 100 pct. af DRG-værdien inklusive kommunalt aktivitetsbidrag for meraktivitet op til 210,6 mio. kr. Den resterende del af puljen udbetales med 70 pct. af DRG-værdien inklusive kommunalt aktivitetsbidrag.

Herudover har regeringen i 2008 afsat en pulje på 32,437 mio. kr. til finansiering af meraktivitet af strålebehandling på kræftområdet i Region Syddanmark. Puljen udbetales med 100 pct. af DRG-værdien incl. kommunalt aktivitetsbidrag for meraktivitet.

Som følge af regeringsaftalen om regionernes økonomi i 2008 skal regionerne som minimum afregne 50 pct. af bevillingerne til egne sygehuse på baggrund af præsteret aktivitet. Andelen opgøres som forholdet mellem den aktivitetsfinansierede værdi (antal patienter (aktiviteten) * amternes (regionernes) interne takster der fastsættes i budgettet) og sygehusenes samlede DRG-opgjorte produktionsværdi (antal patienter (aktiviteten) * årets DRG-takster).

Det aktivitetsafhængige bidrag fra kommunerne beregnes som 30 pct. af DRG-taksten for sygehusindlæggelser og gråzonepatienter eksklusiv et eventuelt langliggebidrag dog maksimalt 4615 kr. (2008 pl-niveau) og 30 pct. af DAGS-taksten for ambulante besøg dog maksimalt 307 kr. pr. besøg (2008 pl-niveau). I gennemsnit svarer det til, at kommunerne afregner ca. 14 til 15 pct. af DRG-taksten.

Afregning mellem regionerne for fritvalgspatienter sker som udgangspunkt efter DRG-takst, men kan også afregnes efter bilaterale aftaler regionerne imellem.

Afregning til de private sygehuse sker på baggrund af takster fastsat ved aftale med Amtsrådsforeningen (Regionsforeningen) og de private sygehuse. Taksterne tager typisk udgangspunkt i DRG-taksterne.

I 2008 vil der i forhold til det udvidede frie sygehusvalg være max ventetid på 1 måned. Herudover er der indgået aftale om, at der skal sikres akut udredning og behandling af patienter, hvor der foreligger begrundet mistanke om cancer, således at diagnostik - ved begrundet mistanke om cancer - skal påbegyndes inden for maksimalt 48 timer.

Modellens intention

Takststyringsmodellen skal understøtte en udvikling i retning af øget produktivitet på regionens sygehuse, stigende aktivitet, således at borgernes efterspørgsel kan efterkommes samt udjævning af forskelle i regionen med hensyn til produktivitet, udgiftsniveau og dækningsomfang.

Drivkraften er, at sygehusene i en konkurrencesituation vil arbejde på at udvide markedsandelen selv i et marked med vigende marginalpriser.

Hvor kapaciteten i Region Syddanmark ikke er tilstrækkelig søges indgået aftaler med andre leverandører af sundhedsydelser til lavest mulige priser eventuelt gennem udbud.

Model for takststyring

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

Sygehusenes budgetter opfattes som en à conto bevilling, hvortil der knyttes krav om gennemførelse af en given aktivitet (baseline). Ved såvel positive som negative afvigelser i aktiviteten reguleres sygehusenes budgetter med den fastsatte afregningstakst.

Det er således forholdet mellem budget og baseline, der er det væsentligste grundlag for sygehusenes økonomi.

Den elektive stationære aktivitet (undtagen stationær elektiv medicinsk aktivitet jf. nedenstående) og hele den ambulante aktivitet afregnes som udgangspunkt til marginaltakst på 55 pct. af DRG-taksten med henblik på at sikre omkostningsproduktiviteten og sikre en økonomisk rationel udvidelse af sygehusaktiviteten, idet meraktiviteten forventeligt er marginalproduktion, og derfor har et lavere omkostningsniveau end de gennemsnitlige produktionsomkostninger, som er udtrykt igennem DRG-værdien.

Det akutte område, herunder skadestuerne, afregnes til en takst på 14 pct. svarende til den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering. Ud fra sundhedsøkonomiske og politiske overvejelser giver det ikke mening gennem en takststyringsmodel at tilskynde til øget akutaktivitet.

Væsentlig aktivitetsstigning eller fald indenfor det akutte område og afledte økonomiske konsekvenser heraf håndteres budgetmæssigt i en rammestyringsmetodik, hvor der ved ændringer i aktivitetsniveauet finansieringsmæssigt tages højde for dækning af de enkelte sygehusets op-tageområde.

Stationær elektiv medicinsk aktivitet (dvs. aktivitet på medicinske, neurologiske, pædiatriske, kardiologiske, endokrinologiske, hjertemedicinsk, nyremedicinsk, hudafdeling og geriatriske afdelinger) afregnes ligeledes til en takst på 14 pct. svarende til den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering. Der forventes ikke at skulle ske aktivitetsstigning på det stationære medicinske område. Patienter på disse afsnit kan altovervejende betragtes som akutte patienter eller patienter afledt af akut aktivitet. En stigning i antallet af elektive patienter på disse områder kan være et udtryk for en omlægning af patientforløbene fra akutte til elektive eller et indikationsskred for, hvornår der er behov for indlæggelse på et sygehus.

Stationær elektiv aktivitet på onkologiske og hæmatologiske afdelinger afregnes til en takst på 55 pct. . Ligeledes afregnes der til en takst på 55 pct. for aktivitet på medicinsk/kirurgisk afd. Ærø.

Væsentlig aktivitetsstigning eller fald indenfor det stationære medicinske område og afledte økonomiske konsekvenser heraf håndteres budgetmæssigt i en rammestyringsmetodik.

Der afregnes til en takst på 55 pct. for ambulante medicinsk aktivitet, og der ønskes at give incitament til omlægning fra stationær til ambulante behandling på det medicinske område.

Ved afregning af mer-/mindreaktivitet i forhold til baseline skelnes der ikke imellem inden- og udenregionspatienter. Sygehusene opnår således den samme afregning for inden- og udenregionspatienter.

Særlig afregning

Principperne for særlig afregning i 2007 fortsætter i 2008. Dvs. der vil være mulighed for afregning til højere takster enten som en incitamentsskabende faktor eller som konsekvens af, at afregningstaksten ikke er dækkende for marginaludgiften, f.eks. hvor medicin eller implantater til behandlingen kun lige dækkes af afregningstaksten. Der vil blive lavet en gennemgang af samtlige grupper med særlig afregning, hvor det vurderes, om de nye takster for 2008 giver anledning til ændring i den særlige afregningstakst. Det skal ligeledes vurderes, om der er behov for at sætte andre DRG-grupper eller implantater/materiale på listen med særlig afregning.

I forhold til særlig dyr medicin på det ambulante område er der udarbejdet en medicinliste i 2007 som fortsætter i 2008, hvortil stigningen i udgifterne fra 2007 til 2008 vil blive dækket.

Baseline for grupper med særlig afregning sættes lig 2007 aktivitet tillagt produktivitetskrav. Dette indebærer, at sygehusene i budget 2008 i udgangspunktet tilføres midler svarende til den særlige afregning i 2007.

Særlig afregning 1. ambulante besøg

Set i lyset af skærpelsen af ventetidsgarantien til maksimalt 30 dage i relation til udvidet frit sygehusvalg er det væsentligt at indarbejde incitamenter i den økonomiske styringsmodel, der fremmer sygehusenes incitament til hurtigt at få forundersøgt patienterne og få de relevante patienter ind i et behandlingsforløb og afklaret de patienter, der ikke skal i yderligere behandling.

En organisering af en afdeling, således at patienterne kommer hurtigt ind til 1. ambulante besøg, kan forventes at være mere ressourcekrævende, end hvis der ikke arbejdes målrettet mod at få patienterne hurtigt ind.

For alle 1. ambulante besøg inden 14 dage på ikke-medicinske afdelinger gives en ekstra honorering på 320 kr., mens der for alle 1. ambulante besøg efter 14 dage fratrækkes 180 kr. i afregningen.

For det medicinske område (dvs. aktivitet på medicinske, neurologiske, reumatologiske, pædiatriske, kardiologiske, endokrinologiske, hjertemedicinsk, nyremedicinsk, hudafdeling og geriatiske afdelinger) gives en ekstra honorering på 320 kr. for alle 1. ambulante besøg inden 30 dage, mens der for alle 1. ambulante besøg efter 30 dage fratrækkes 180 kr. i afregningen

Forskellen mellem det medicinske område og den øvrige aktivitet begrundes i, at behandlingen allerede starter ved 1. ambulante besøg på det medicinske område, og derfor er det tilstrækkeligt, at 1. ambulante besøg ligger indenfor 30 dage set i lyset af at skulle overholde behandlingsgarantien indenfor 30 dage.

Efterlevelse af krav om takstfinansiering på 50 pct.

Der stilles fra regeringens side krav om takstfinansiering på 50 pct. Modellen skal udformes, så dette krav kan opfyldes.

Ved fastlæggelse af baseline og afregning på det akutte område samt det stationære medicinske område, hvor der gives afregning svarende til den kommunale medfinansiering, vil der blive indlagt et teknisk udsvingsbånd på afregningstaksten for at sikre, at regionen lever op til kravet om 50 pct. takstafregning. Det betyder, at der vil blive afregning på 50-55 pct. af DRG-værdien (svarende til den generelle marginale afregningstakst) op til 90 pct. af baselineaktiviteten. Aktivitet over 90 pct. af baseline afregnes til 14 pct. af DRG-værdien. I praksis betyder dette, at sygehusene afregnes med 14 pct. for mer/mindre aktivitet på det akutte og medicinske stationære område i forhold til baseline. Ved aktivitet under 90 pct. af baseline vil sygehusene i princippet skulle aflevere 50-55 pct. af DRG-taksten, men der indlægges i modellen en mulighed for genforhandling af baseline på det akutte samt medicinske stationære område ved nedgang i aktiviteten i forhold til den oprindelige baseline. Dette gøres for at sikre, at der ikke er en u hensigtsmæssig incitamentsstruktur i forhold til omlægning fra akut til elektiv og ambulansaktivitet.

Baseline korrigeres løbende i forhold til eventuelle budgetbevillinger og budgetomplaceringer mellem afdelinger/sygehuse m.m. med aktivitetsmæssig konsekvens, således at aktivitetskravet tilpasses det aktuelle budgetniveau. Baseline indeholder såvel inden- som udenregionspatienter.

Produktivitetskrav

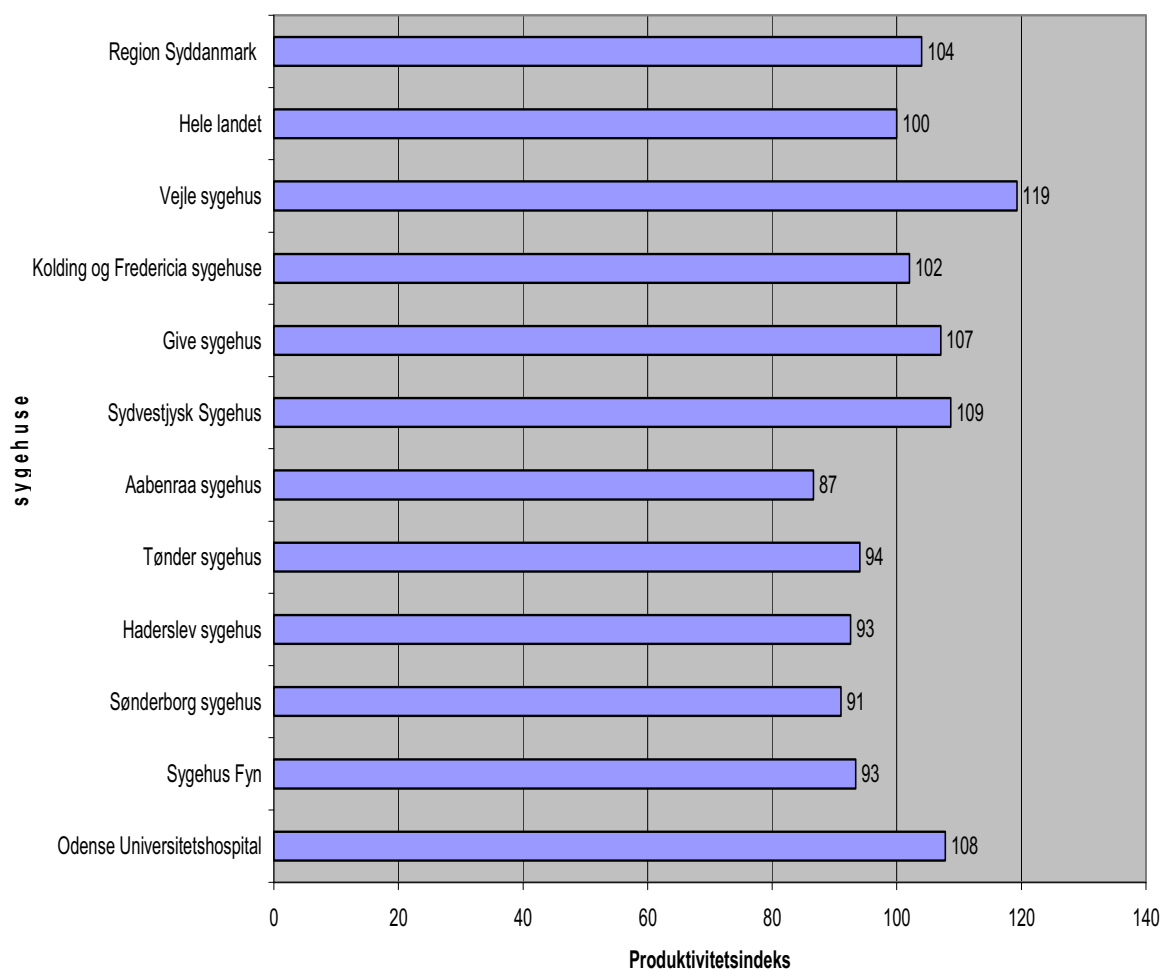
Takststyringsmodellen indebærer en differentieret årlig forhøjelse af baseline afhængig af produktivitetsstatus. For den aktivitet der afregnes til ca. 55 pct. gælder at:

- Sygehuse med høj produktivitet får en lille forhøjelse af baseline på ca. 2 pct.
- Sygehuse med middel produktivitet får en forhøjelse af baseline på 3 pct. årligt og
- Sygehuse med lav produktivitet får en forhøjelse af baseline på 4 pct. årligt.

For den aktivitet, der afregnes til 14 pct., indlægges et produktivitetskrav på 1 pct. årligt dvs. baseline forhøjes med 1 pct. Samlet set giver dette et produktivitetskrav for sygehusene i Region Syddanmark på 2 pct. årligt svarende til det produktivitetskrav, regionerne har forpligtet sig til i økonomiaftalen med regeringen.

Takststyringsmodellen i Region Syddanmark understøtter vækst på den elektive aktivitet, og der ønskes ikke at give tilskyndelse til vækst på den akutte aktivitet udover en forventet vækst på ca. 1 pct. Derfor er produktivitetskravet forskelligt alt afhængig af, om det er elektiv eller akut aktivitet.

Produktivtetsindeks for sygehuse i Region Syddanmark 2006 hele landet = 100



Fastsættelse af sygehusenes interne baseline for 2008

Baseline fastlægges ud fra aktiviteten i 2007 tillagt de fastlagte produktivtetskrav for de enkelte sygehuse. Meraktivitetsafregningen inklusiv den særlige afregning for 2007 bringes videre ind i budget 2008. Dog gælder dette ikke for afregning for ambulante genoptræning, idet der er nogle særlige budgetforudsætninger herfor jf. nedenstående kapitel om baseline og afregning for genoptræning 2008.

Fordelingen af baseline mellem afdelinger og mellem akut og elektiv aktivitet sker som udgangspunkt ud fra fordelingen af aktiviteten i 2007. Fordelingen mellem akut og elektiv sker ud fra indlæggelsesmåden.

Baseline skal desuden korrigeres for bevillinger, der er givet i 2007, som har aktivitetsmæssig konsekvens, og som ikke videreføres i 2008. Ligeledes skal baseline korrigeres for nye bevillinger i 2008, som har aktivitetsmæssig konsekvens samt bevillinger i 2007, som ikke havde helårlig effekt i 2007. Der vil herudover kunne være andre forhold, som giver anledning til en korrektion af baseline i forhold til aktivitetsniveauet for 2007. Baseline vil blive korrigeret løbende hen over året for sådanne forhold.

Grundenheden er de ledelsesmæssige sygehusenheder, som følger SOR. Baseline beregnes som udgangspunkt på overafdelingsniveau dvs. max 6 cifre i SKS. Dette gøres for at sikre overskuelighed i beregningerne af baseline samt i baselinerapporter og ledelsesoverblik i ledelsesinformationssystemet.

Baseline og afregning for genoptræning i 2008.

Baseline for den stationære genoptræning for 2008 fastsættes ud fra faktisk aktivitet for 2007 tillagt produktivitetskrav. Baseline for den ambulante genoptræning fastsættes som baseline for 2007 tillagt produktivitetskrav. Baseline for ambulante genoptræning i 2007 blev fastsat ud fra det beløb, regionen blev DUT'et i forhold til kommunerne til dette område i 2007 budgettet. Fordelingen mellem sygehuse er fastsat på baggrund af antallet af fys-/ergoterapeuter ansat på de enkelte sygehuse.

Ovenstående betyder, at afregningen for stationær genoptræning i 2007 bringes videre ind i budget 2008, mens afregning for den ambulante genoptræning for 2007 ikke bringes videre ind i budget 2008.

Afregningen for genoptræning sker ud fra de samme afregningsregler som i 2007. Dvs. afregningen for stationær genoptræning er fastsat til 55 pct. for mer/mindre aktivitet. Afregningen for meraktivitet for ambulante genoptræning er fastsat til 55 pct., mens afregning for mindreaktivitet i 2008 er fastsat til 100 pct. ud fra en forudsætning om budgetsikkerhed for regionen.

Sygehusene afregnes ikke for genoptræning, der ikke udløser kommunal medfinansiering. Der skal foreligge en aftale med kommunerne, hvis almindelig ambulante genoptræning skal udløse afregning.

Datagrundlag for baseline og aktivitetsopgørelser.

Datagrundlaget for baseline og aktivitet i 2007 var data i eSundhed, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen.

I 2008 arbejdes der på, at datagrundlaget for baseline og aktivitet fastlægges ud fra data fra Landspatientregisteret, som Region Syddanmark selv grupperer med grupperingslogikken og taksterne for 2008. Disse data vil ikke nødvendigvis være i fuld overensstemmelse med data i eSundhed.

Data vil blive stillet til rådighed i ledelsesinformationssystemet med mindst tilsvarende informationsniveau, som de data der kan trækkes i eSundhed.

Creep-korrektioner

Der er i meraktivitetsafregningen fra staten indlagt en vækstbegrænsning på 1,5 pct. pr. behandling (creep). Samme vækstbegrænsning indføres i aktivitetsafregningen mellem regionen og sygehusene. Creep-korrektionen er indført for at imødegå den værdistigning af aktiviteten, der kan tilskrives forbedret registreringspraksis og deraf følgende højere DRG-værdi.

Der er dog en række problemstillinger i forhold til creep-korrektion. Når der korrigeres for creep, korrigeres der for den værdi, der er afledt af, at den gennemsnitlige værdi pr. kontakt ligger over 1,5 pct. Hvis gennemsnitsværdien for patienterne på en afdeling stiger som følge af, at der er et ændret casemix på afdelingen, vil afdelingen derfor også blive fraskrevet værdi som følge af en creep-korrektion. Dette er ikke hensigtsmæssigt. Ligeledes vil omlægning af lette stationære patienter til tunge ambulante patienter medføre, at en afdelings gennemsnitsværdi for de stationære patienter stiger, samtidig med at også gennemsnitsværdien for de ambulante patienter stiger. Afdelingen vil derfor få korrigeret aktivitetsværdien som følge af creep-korrektionen, hvilket ikke er tilsigtet.

Der indføres derfor et princip om, at en afdeling kan få korrigeret sin creep, hvis creepen skyldes ændringer i casemix eller omlægning af patientforløb fra stationær til ambulante. Det vil her være afdelingen/sygehuset, der har bevisførelsen.

Creepkorrektionen sker på afdelingsniveau, og der korrigeres kun for positiv creep.

Indtægter fra udenregionale patienter.

Indtægter fra udenregionale patienter placeres under regionens fælleskonti, således at man undgår evt. skævheder i at uden- og indenregionale patienter finansieres forskelligt.

Udgifterne til behandling af udenregionale patienter indgår i udgangssituationen i sygehusenes bruttobudgetter og aktiviteten indgår i baseline. Afregning til sygehusene for mer/mindreaktivitet for udenregionale patienter sker derfor på lige vilkår med de indenregionale patienter.

Afregning og opfølgning fra region til sygehusniveau.

Aktivitetsafregningen sker som udgangspunkt på sygehusniveau. Sygehusene har således den ledelsesmæssige kompetence til at fordele midlerne ud på afdelingerne i overensstemmelse med principperne i takststyringsmodellen. Sygehusene skal fra årets start opstille en model for, hvordan meraktivitetsmidler fordeles ud på afdelingerne evt. med en fordelingsnøgle indbygget. Dette indebærer, at styringsmodellen alene afgør, hvordan der afregnes i forhold til sygehuset. Styringsmodellen afgør ikke, hvordan de midler, sygehuset får, skal fordeles internt på sygehuset – det besluttet af sygehusledelsen.

Udviklingen i forhold til baseline samt værdien af mer/mindreaktiviteten vil blive opgjort hver måned, således at det ultimo måneden er muligt i regionens ledelsesinformationssystem at se baseline, aktivitetsdata og DRG-værdi for de foregående måneder opgjort på afdelingsniveau.

Efter budgetopfølgningen for 3. kvartal foretages en à conto afregning til sygehusene på baggrund af prognosen for årets mer-/mindreaktivitet samt særlig afregning inklusiv særlig dyr medicin. I januar 2009 udarbejder sygehusene en fornyet prognose for 2008. Hvis denne afviger væsentligt fra prognosen, hvorudfra der er givet en a conto bevilling, vil det være muligt at korrigere a conto bevillingen således, at denne korrektion bogføres på regnskab 2008. En-

delig afregning for årets mer/mindreaktivitet sker i 1. kvartal 2009 og bogføres på regnskab 2009.

Afregning fra sygehus til afdelinger

Afregningen fra sygehuset til de enkelte afdelinger på sygehuset sker ud fra samme principper, uanset om patienten kommer fra egen eller anden region.

Med henblik på at øge frihedsgraderne hos afdelingsledelserne skal merindtægterne og incitamenterne i hensigtsmæssigt omfang føres ud på de udførende afdelinger for derigennem at understøtte og fremme en effektiv drift og arbejdstilrettelæggelse.

Afdelingerne kan gennem regionens ledelsesinformationssystem følge udviklingen i afdelingens aktivitet og baseline måned for måned.

Det er sygehusledelsernes opgave at sikre, at intensionerne i takststyringsmodellen afspejles i økonomistyringen i forhold til afdelingerne.

Bilag 2:

Skema 1: Uddannelsesbudget for _____ afdeling.

Grundudgift:

Eget speciale:	210.000 kr.
2. og følgende specialer*):	à 150.000 kr. = _____ kr.
Basis og/eller fremmed speciale:	à 15.000 kr. = _____ kr.
I alt	kr. _____ kr.

Standardudgift pr. uddannelsessøgende læge:

_____ læger à 70.000 kr. = _____ kr.

Produktionstab vedr. uddannelsessøgende læger:

Basislæger:	à 90.000 kr. = _____ kr.
Introlæger:	à 80.000 kr. = _____ kr.
h-læger. (andet speciale)	à 100.000 kr. = _____ kr.
h-læger (eget speciale)	à 100.000 kr. = _____ kr.
I alt	kr. _____ kr.

Samlet budget vedr. lægelig videreuddannelse i afdelingen: _____ kr.

Udgiften kan ses i relation til afdelingens samlede budget, til afdelingens budget for lægeløn eller til aktivitetsparametre, baseline eller lign.

a. Som mål for en afdelings forbrug af lægeressourcer kan anvendes:
(afdelingens regnskab for lægeløn)/ 725.000 kr. = Antal speciallægeenheder.

b. Uddannelsesbudgettet kan tilsvarende omregnes:
(Afdelingens uddannelsesbudget _____ kr.)/ 725.000 kr. = Speciallægeenheder til uddannelse.

$b \times 100/a = c$ angiver forbruget til videreuddannelse som % af afdelingens samlede forbrug af lægeressourcer.

b: _____ x 100 / a: _____ = c: _____ %

Afdelingen anvender c: _____ % af lægeressourcerne til videreuddannelse af læger.

*Det er her forudsat, at afdelingens samlede lægeaktivitet kun er fordelt på produktion og videreuddannelse. Anvendes dele af lægeaktiviteten f.eks. til forskning, til efteruddannelse eller anden aktivitet, vil disse indgå i aktivitetsandelen, der herved yderligere opsplittes (reduceres). Dette vil dog ikke påvirke den anførte andel til videreuddannelse.

Eksempel 1: Ortopædkirurgisk afdeling med 4 overlæger, 1 afdelingslæge, 2 h-forløb, 3 i-stillinger, 2 almen medicinske årsværk og 4 basislægeårsværk.

Skema 1: Uddannelsesbudget for ortopædkirurgisk afdeling.

Grundudgift:

Eget speciale:	210.000 kr.
2. og følgende specialer*):	à 150.000 kr.= kr.
Basis og/eller fremmed speciale:	à 15.000 kr. = x2 30.000 kr.
I alt	kr. <u>240.000 kr.</u>

Standardudgift pr. uddannelsessøgende læge:

14 læger à 70.000 kr. = 980.000 kr.

Produktionstab vedr. uddannelsessøgende læger:

4 Basislæger:	à 90.000 kr. =	360.000 kr.
3 Introlæger:	à 80.000 kr. =	240.000 kr.
2 h-læger. (andet speciale)	à 100.000 kr. =	200.000 kr.
5 h-læger (eget speciale)	à 100.000 kr. =	500.000 kr.
I alt		kr. <u>1.300.000 kr.</u>

Samlet budget vedr. lægelig videreuddannelse i afdelingen: 2.520.000 kr.

Udgiften kan ses i relation til afdelingens samlede budget, til afdelingens budget for lægeløn eller til aktivitetsparametre, baseline eller lign.

a. Som mål for en afdelings forbrug af lægeressourcer kan anvendes:

(Bruttoløn læger: 10.760.000 kr.)/ 725.000 kr. = 14,84 speciallægeenheder.

b. Uddannelsesbudgettet kan tilsvarende omregnes:

(Uddannelsesudgift: 2.520.000 kr.)/ 725.000 kr. = 3,48 speciallægeenheder til uddannelse.

$b \times 100/a = c$ angiver forbruget til videreuddannelse som % af afdelingens samlede forbrug af lægeressourcer.

b: $3,48 \times 100 / a: 14,84 = c: 23,45 \%$

Afdelingen anvender c: 23,5 % af lægeressourcerne til videreuddannelse af læger.

*) Det er her forudsat, at afdelingens samlede lægeaktivitet kun er fordelt på produktion og videreuddannelse. Anvendes dele af lægeaktiviteten f.eks. til forskning, til efteruddannelse eller anden aktivitet, vil disse indgå i aktivitetsandelen, der herved yderligere opsplittes (reduceres). Dette vil dog ikke påvirke den anførte andel til videreuddannelse

Eksempel 2: Medicinsk afdeling med 6 intern medicinske specialer (30 overlæger), almen medicinsk- og basisuddannelse.

Skema 1: Uddannelsesbudget for xxxxxxxx afdeling.

Grundudgift:

Eget speciale:	210.000 kr.
2. og følgende specialer*): 5 à 150.000 kr.=	750.000 kr.
Basis og/eller fremmed speciale: 2 à 15.000 kr. =	30.000 kr.
I alt	kr. <u>990.000 kr.</u>

Standardudgift pr. uddannelsessøgende læge:

47 læger à 70.000 kr. = 3.290.000 kr.

Produktionstab vedr. uddannelsessøgende læger:

9 Basislæger: à 90.000 kr. =	810.000 kr.
12 Introlæger: à 80.000 kr. =	960.000 kr.
5 h-læger. (andet speciale) à 100.000 kr. =	500.000 kr.
21 h-læger (eget speciale) à 100.000 kr. =	2.100.000 kr.
I alt	kr. <u>4.370.000 kr.</u>

Samlet budget vedr. lægelig videreuddannelse i afdelingen: 8.650.000 kr.

Udgiften kan ses i relation til afdelingens samlede budget, til afdelingens budget for lægeløn eller til aktivitetsparametre, baseline eller lign.

a. Som mål for en afdelings forbrug af lægeressourcer kan anvendes:

(Bruttoløn til afdelingens læger: 46.732.000 kr.)/ 725.000 kr. = 64,46 speciallægeenheder.

b. Uddannelsesbudgettet kan tilsvarende omregnes:

(Uddannelsesbudget: 8.650.000 kr.)/ 725.000 kr. = 11,93 speciallægeenheder til uddannelse.

$b \times 100/a = c$ angiver forbruget til videreuddannelse som % af afdelingens samlede forbrug af lægeressourcer.

b: $11,93 \times 100 / a: 64,46 = c: 18,51 \%$

Afdelingen anvender c: 18,5 % af lægeressourcerne til videreuddannelse af læger.

*Det er her forudsat, at afdelingens samlede lægeaktivitet kun er fordelt på produktion og videreuddannelse. Anvendes dele af lægeaktiviteten f.eks. til forskning, til efteruddannelse eller anden aktivitet, vil disse indgå i aktivitetsandelen, der herved yderligere opsplittes (reduceres). Dette vil dog ikke påvirke den anførte andel til videreuddannelse

Eksempel 3: Anæstesiaafdeling med 24 overlæger, 6 afdelingslæger, 12 h-forløb og 3 i-stillinger.

Skema 1: Uddannelsesbudget for _____ afdeling.

Grundudgift:

Eget speciale:	210.000 kr.
2. og følgende specialer ^{*)} : à 150.000 kr.=	kr.
Basis og/eller fremmed speciale: à 15.000 kr. =	kr.
I alt	kr. <u>210.000 kr.</u>

Standardudgift pr. uddannelsessøgende læge:

33 læger à 70.000 kr. = 2.310.000 kr.

Produktionstab vedr. uddannelsessøgende læger:

Basislæger: à 90.000 kr. =	kr.
3 Introlæger: à 80.000 kr. =	240.000 kr.
h-læger. (andet speciale) à 100.000 kr. =	kr.
30 h-læger (eget speciale) à 100.000 kr. =	3.000.000 kr.
I alt	kr. <u>3.240.000 kr.</u>

Samlet budget vedr. lægelig videreuddannelse i afdelingen: 5.760.000 kr.

Udgiften kan ses i relation til afdelingens samlede budget, til afdelingens budget for lægeløn eller til aktivitetsparametre, baseline eller lign.

a. Som mål for en afdelings forbrug af lægeressourcer kan anvendes:
(Bruttoløn læger 43.050.000 kr.)/ 725.000 kr. = 59,38 speciallægeenheder.

b. Uddannelsesbudgettet kan tilsvarende omregnes:
(Uddannelsesbudget 5.760.000 kr.)/ 725.000 kr. = 7,94 speciallægeenheder til uddannelse.

$b \times 100/a = c$ angiver forbruget til videreuddannelse som % af afdelingens samlede forbrug af lægeressourcer.

$b: 7,94 \times 100 / a: 59,38 = c: 13,37 \%$

Afdelingen anvender c: 13,4 % af lægeressourcerne til videreuddannelse af læger.

^{*)}Det er her forudsat, at afdelingens samlede lægeaktivitet kun er fordelt på produktion og videreuddannelse. Anvendes dele af lægeaktiviteten f.eks. til forskning, til efteruddannelse eller anden aktivitet, vil disse indgå i aktivitetsandelen, der herved yderligere opsplittes (reduceres). Dette vil dog ikke påvirke den anførte andel til videreuddannelse

Eksempel 4: Laboratorieafdeling med 2 overlæger, 1 afdelingslæge, 1 i-stilling og 1 h-forløb.

Skema 1: Uddannelsesbudget for afdeling.

Grundudgift:

Eget speciale:	210.000 kr.
2. og følgende specialer*):	à 150.000 kr.= kr.
Basis og/eller fremmed speciale:	à 15.000 kr. = kr.
I alt	kr. <u>210.000 kr.</u>

Standardudgift pr. uddannelsessøgende læge:

2 læger à 70.000 kr. = 140.000 kr.

Produktionstab vedr. uddannelsessøgende læger:

Basislæger:	à 90.000 kr. =	kr.
1 Introlæger:	à 80.000 kr. =	80.000 kr.
h-læger. (andet speciale)	à 100.000 kr. =	kr.
1 h-læger (eget speciale)	à 100.000 kr. =	100.000 kr.
I alt		kr. <u>180.000 kr.</u>

Samlet budget vedr. lægelig videreuddannelse i afdelingen: 530.000 kr.

Udgiften kan ses i relation til afdelingens samlede budget, til afdelingens budget for lægeløn eller til aktivitetsparametre, baseline eller lign.

a. Som mål for en afdelings forbrug af lægeressourcer kan anvendes:
(Bruttoløn læger 3.350.000 kr.) / 725.000 kr. = 4,62 speciallægeenheder.

b. Uddannelsesbudgettet kan tilsvarende omregnes:
(Afdelingens uddannelsesbudget 530.000 kr.) / 725.000 kr. = 0,73 speciallægeenheder til uddannelse.

$b \times 100/a = c$ angiver forbruget til videreuddannelse som % af afdelingens samlede forbrug af lægeressourcer.

b: $0,73 \times 100 / a: 4,62 = c: 15,80 \%$

Afdelingen anvender c: 15,8 % af lægeressourcerne til videreuddannelse af læger.

^{*)}Det er her forudsat, at afdelingens samlede lægeaktivitet kun er fordelt på produktion og videreuddannelse. Anvendes dele af lægeaktiviteten f.eks. til forskning, til efteruddannelse eller anden aktivitet, vil disse indgå i aktivitetsandelen, der herved yderligere opsplittes (reduceres). Dette vil dog ikke påvirke den anførte andel til videreuddannelse

Bilag 3:

Skema 2: Økonomiske og driftsmæssige konsekvenser ved oprettelse af nye uddannelsesstillinger:

Direkte udgifter: (Løn og drift)

Løn til den uddannelsessøgende læge/er:

Basislæge:	400.000 kr.=	kr.
Intrølæge	450.000 kr.=	kr.
h-læge andet speciale:	470.000 kr.=	kr.
h-læge 1 år.	500.000 kr.=	kr.
h-læge 2. år	525.000 kr.=	kr.
h-læge 3. år.	550.000 kr.=	kr.
h-læge 4. år.	575.000 kr.=	kr.
h-læge 5. år.	600.000 kr.=	kr.
<u>Driftsudgift:</u>	_____ læger à 10.000 kr.=	kr..
<u>(Evt. merudgift for nye uddannelsesafdelinger 50.000 kr.</u>		kr.

I alt: Direkte udgift (finansieringsbehov) _____ kr.

Midler til dækning af denne merudgift kan tilvejebringes enten ved tilførsel af midler udefra (ramme eller aktivitetsbudgettering) eller ved omkonteringer (besparelser) i afdelingen, evt. ved kombination af heraf.

Aftalt finansiering:

- a. Tilførte midler: _____ kr.
- b. Aktivitetsfinansieret: _____ kr.
- c. Afdelingens direkte bidrag: _____ kr.

Netto produktionsregnskab: (NB: Kan anvendes til justering af afdelingens baseline med eller uden afledt bidrag til finansieringen)

Ved oprettelse af en ekstra lægestilling tilføres afdelingen arbejdskraft. Omfanget heraf er beregnet ud fra lægens løn med fradrag af lægens uddannelsesbetingede fravær fra klinisk rutine. jf. kapitel 6. Samtidigt skal afdelingen levere undervisning m.m. beregnet til 70.000 kr., hvoraf 10.000 kr. er indregnet ovenfor som direkte driftsudgift, mens de resterende 60.000 kr. indgår i nettoregnskabet.

Netto produktionsværdi pr. uddannelsessøgende læge:

Basislæge:	250.000 kr. =	kr.
Intrølæge	310.000 kr. =	kr.
h-læge andet speciale:	310.000 kr. =	kr.
h-læge 1 år.	340.000 kr. =	kr.
h-læge 2. år	365.000 kr. =	kr.
h-læge 3. år.	390.000 kr. =	kr.
h-læge 4. år.	415.000 kr. =	kr.
h-læge 5. år.	440.000 kr. =	kr.

(Evt. produktionstab for nye uddannelsesafdelinger - 160.000 kr. _____ kr.

Netto produktionsregnskab: _____ kr.

Tilført produktionsværdi: (_____ kr./725.000 kr.) = _____ speciallægeenhed.

Netto produktionsregnskab kan danne basis for evt. regulering af afdelingens aktivitetsregnskab (baseline), hvilket for afdelinger med aktivitetsafregning kan indgå i finansiering af driftsudgifter.

Eksempel 3: En nyetableret akut modtageafdeling, skal indgå i lægelig videreuddannelse med 8 basisårsværk, 2 årsværk i almen medicinsk uddannelse og 1 årsværk i intern medicin.

Skema 2: Økonomiske og driftsmæssige konsekvenser ved oprettelse af nye uddannelsesstillinger:

Direkte udgifter: (Løn og drift)

Løn til den uddannelsessøgende læge/er:

Basislæge:	400.000 kr.= 8 x =	3.200.000	kr.
Intrøslæge	450.000 kr.=		kr.
h-læge andet speciale:	470.000 kr.= 2 x =	940.000	kr.
h-læge 1 år.	500.000 kr.= 1 x =	500.000	kr.
h-læge 2. år	525.000 kr.=		kr.
h-læge 3. år.	550.000 kr.=		kr.
h-læge 4. år.	575.000 kr.=		kr.
h-læge 5. år.	600.000 kr.=		kr.
<u>Driftsudgift:</u>	11 læger à 10.000 kr.=	110.000	kr..
<u>(Evt. merudgift for nye uddannelsesafdelinger</u>	<u>50.000 kr.</u>		50.000 kr.

I alt: Direkte udgift (finansieringsbehov) 4.815.000 kr.

Midler til dækning af denne merudgift kan tilvejebringes enten ved tilførsel af midler udefra (ramme eller aktivitetsbudgettering) eller ved omkonteringer (besparelser) i afdelingen, evt. ved kombination af heraf.

Aftalt finansiering:

a. Tilførte midler:	4.815.000	kr.
b. Aktivitetsfinansieret:		kr.
c. Afdelingens direkte bidrag:		kr.

Netto produktionsregnskab: (NB: Kan anvendes til justering af afdelingens baseline med eller uden afledt bidrag til finansieringen)

Ved oprettelse af en ekstra lægestilling tilføres afdelingen arbejdskraft. Omfanget heraf er beregnet ud fra lægens løn med fradrag af lægens uddannelsesbetingede fravær fra klinisk rutine. jf. kapitel 6. Samtidigt skal afdelingen levere undervisning m.m. beregnet til 70.000 kr., hvoraf 10.000 kr. er indregnet ovenfor som direkte driftsudgift, mens de resterende 60.000 kr. indgår i nettoregnskabet.

Netto produktionsværdi pr. uddannelsessøgende læge:

Basislæge:	250.000 kr. = 8 x =	2.000.000	kr.
Intrøslæge	310.000 kr. =		kr.
h-læge andet speciale:	310.000 kr. = 2 x =	620.000	kr.
h-læge 1 år.	340.000 kr. = 1x =	340.000	kr.
h-læge 2. år	365.000 kr. =		kr.
h-læge 3. år.	390.000 kr. =		kr.
h-læge 4. år.	415.000 kr. =		kr.
h-læge 5. år.	440.000 kr. =		kr.
<u>(Evt. produktionstab for nye uddannelsesafdelinger -</u>	<u>160.000 kr.</u>	-	160.000 kr.
<u>Netto produktionsregnskab:</u>		2.800.000	kr.

Tilført produktionsværdi: (2.800.000 kr./725.000 kr.) = 3,86 speciallægeenhed.

Netto produktionsregnskab kan danne basis for evt. fastsættelse af afdelingens aktivitetsregnskab (baseline), hvilket for afdelinger med aktivitetsafregning kan indgå i finansiering af driftsudgifter.

*Eksempel 4: En anæstesiaafdeling, der nu og fremover skal deltage i uddannelse tilføres 1 in-
trostilling, men afgiver et årsværk fra hoveduddannelsesforløb 1. år.*

Skema 2: Økonomiske og driftsmæssige konsekvenser ved oprettelse af en ny uddannelsesstillinger:

Direkte udgifter: (Løn og drift)

Løn til den uddannelsessøgende læge/er:

Basislæge:	400.000 kr.=		kr.
Introlæge	450.000 kr.=	+ 450.000	kr.
h-læge andet speciale:	470.000 kr.=		kr.
h-læge 1 år.	500.000 kr.=		kr.
h-læge 2. år	525.000 kr.=		kr.
h-læge 3. år.	550.000 kr.=		kr.
h-læge 4. år.	575.000 kr.=		kr.
h-læge 5. år.	600.000 kr.=		kr.
<u>Driftsudgift:</u>	1 læge à 10.000 kr.=	10.000	kr.
<u>(Evt. merudgift for nye uddannelsesafdelinger 50.000 kr.</u>			kr.

I alt: Direkte udgift (finansieringsbehov) 460.000 kr.

Midler til dækning af denne merudgift kan tilvejebringes enten ved tilførsel af midler udefra (ramme eller aktivitetsbudgettering) eller ved omkonteringer (besparelser) i afdelingen, evt. ved kombination af heraf.

Aftalt finansiering:

- a. Tilførte midler: kr.
- b. Aktivitetsfinansieret: kr.
- c. Afdelingens direkte bidrag: 510.000 kr. (nedlagt h-stilling)

Netto produktionsregnskab: (NB: Kan anvendes til justering af afdelingens baseline med eller uden afledt bidrag til finansieringen)

Ved oprettelse af en ekstra lægestilling tilføres afdelingen arbejdskraft. Omfanget heraf er beregnet ud fra lægens løn med fradrag af lægens uddannelsesbetingede fravær fra klinisk rutine. jf. kapitel 6. Samtidigt skal afdelingen levere undervisning m.m. beregnet til 70.000 kr., hvoraf 10.000 kr. er indregnet ovenfor som direkte driftsudgift, mens de resterende 60.000 kr. indgår i nettoregnskabet.

Netto produktionsværdi pr. uddannelsessøgende læge:

Basislæge:	250.000 kr. =		kr.
Introlæge	310.000 kr. =	+ 310.000	kr.
h-læge andet speciale:	310.000 kr. =		kr.
h-læge 1 år.	340.000 kr. =	- 340.000	kr.
h-læge 2. år	365.000 kr. =		kr.
h-læge 3. år.	390.000 kr. =		kr.
h-læge 4. år.	415.000 kr. =		kr.
h-læge 5. år.	440.000 kr. =		kr.
<u>(Evt. produktionstab for nye uddannelsesafdelinger - 160.000 kr.</u>			kr.
<u>Netto produktionsregnskab:</u>		- 30.000	kr.

Mistet produktionsværdi: (30.000 kr./725.000 kr.) = 0,04 speciallægeenhed.

Netto produktionsregnskab kan danne basis for evt. regulering af afdelingens aktivitetsregnskab (baseline), hvilket for afdelinger med aktivitetsafregning kan indgå i finansiering af driftsudgifter.