

# Kapitel 1



# Indledning og sammenfatning

Den opgave, som regionernes skal løse, udfordres af det omgrænsende samfund. Det danske samfund er præget af finanskrisen, flere ældre og 'faldende' arbejdsstyrke i de kommende år. Alt sammen noget, der lægger et pres på velfærden.

Dertil kommer udviklingen inden for sundhedsvæsenet. Lægelig forskning, ny medicin og udviklingen i medicoindustrien er alle med til at øge mulighederne for behandling og helbredelse. Dette er positivt og medvirkende til, at levetiden forlænges, men også omkostningsfuldt. Befolkningen forventer de nyeste og bedste behandlinger. Forventningerne og kravene fra befolkningen er generelt stigende, og det gælder ikke alene selve behandlingen, men også rammerne, hvori behandlinger udføres. Herunder enestuer, medbestemmelse og valgfrihed.

I et offentligt sundhedsvæsen, hvor de økonomiske rammer er fastlagte, udfordrer det styringen af sundhedsvæsenet i regionerne. Det er et puslespil, hvor brikkerne ikke nødvendigvis passer sammen, og det er regionernes opgave at skære til og fylde ud for at få det hele til at gå op.

*Styr på regionerne* analyserer udviklingen på en række centrale områder for regionernes økonomistyring. I det følgende opridses nogle af analysens hovedpointer.

## **Regionernes budgetter i 2010 (kapitel 2)**

Regionerne vedtog i september 2009 deres budgetter for 2010. Regionerne holdt sig for fjerde år i træk inden for det udgiftsniveau, der blev aftalt i økonomiaftalen mellem Danske Regioner og regeringen.

- Regionerne har i budgetterne for 2010 afsat 94,1 mia. kr. til sundhedsområdet. Realvæksten mellem 2009 og 2010 er mindre end i de senere år, og de foreløbige regnskaber tyder på, at den aftalte vækst har været der allerede i 2009. Samlet set er der dog tilført i alt 5,6 mia. kr. fra 2007 til 2010.

- Fra 2006 til 2009 har der været en aktivitetsvækst på sygehusene på cirka 16,5 procent. Det vil sige, at regionerne har leveret 16,5 procent flere behandlinger til borgerne i denne periode, svarende til cirka 5,5 procent pr. år.

### **Regional udvikling: Sådan håndterer regionerne vækstkrisen (kapitel 3)**

Afmatningen i dansk økonomi betyder, at færre vælger at etablere virksomhed. Samtidig oplever de etablerede virksomheder svækket adgang til at låne kapital til investering i virksomhedens udvikling.

Regionsrådene og de regionale vækstfora har siden 2008 gennem den regionale udviklingspolitik fokuseret på at afbøde konsekvenserne af krisen. Samlet er der afsat over 725 mio. kr.

Kapitlet indeholder blandt andet følgende konklusioner:

- Tilgangen af nye virksomheder i regionerne faldt mellem 33 og 54 procent fra 2. kvartal 2008 til 2. kvartal 2009. Andelen af vækstiværksættere faldt fra mellem 8 og 12 procent til mellem 5 og 9 procent.
- De regionale vækstforas og regionsrådenes investeringer på iværksætterområdet udgjorde godt en fjerdedel af de 1,5 mia. kr., som vækstforaene og regionsrådene i 2009 var med til at sikre til investeringer i regional erhvervsudvikling.
- De regionale vækstfora og regionsrådene har investeret mere end 316 mio. kr. inden for områder som mindsket frafald på ungdomsuddannelser, nye uddannelser til unge, omstilling af arbejdsstyrken, bedre overgange mellem uddannelserne samt bedre undervisnings- og læringsmiljø.

## **Udgiftspres på sygehusområdet (kapitel 4)**

Sundhedsudgifterne er stigende. Det er en udvikling, som kendes fra hele den vestlige verden. Sygehusvæsenet står i fremtiden overfor en række store udfordringer, som vil presse økonomien blandt andet som følge af:

- Flere ældre. Antallet af personer over 64 år vil stige fra 0,8 mio. i 2009 til 1,4 mio. i 2040. Samtidig vil antallet af personer over 80 år fordobles.
- En følge af at vi lever længere, er at der ofte optræder flere sygdomme hos hver enkelt patient. Samtidig giver den teknologiske udvikling nye behandlingsmuligheder.
- Grænsen for hvad der behandles bevæger sig i takt med udviklingen og befolkningens øgede behov og ønsker og derfor ses der en stigning for eksempel i antallet af knæoperationer.

## **Ventetid til operationer (kapitel 5)**

Ventetid til behandling påvirker patienternes oplevelse af et velfungerende sundhedsvæsen og har været et politisk fokusområde igennem flere år. Som resultat af overenskomstkonflikten i foråret 2008 steg ventetiden markant. Siden har regionerne haft fokus på området, så ventetiden er faldet. Af kapitlet fremgår, at:

- En stor del af behandlingerne i sygehusvæsenet er slet ikke berørt af ventetider. For de områder, hvor der er ventetider, er situationen ved at nærme sig niveauet fra før strejken i 2008.
- Den tid patienterne ender med at vente fra henvisning til operation er generelt kortere end den ventetid sygehusafdelingerne oplyser ved starten af behandlingsforløbet.

## **Indlæggelsestid og genindlæggelser (kapitel 6)**

Genindlæggelser forstås ofte som et resultat af en for tidlig udskrivning af ældre patienter, som resulterer i svingdørpatienter. Analysen nuancerer debatten og viser blandt andet, hvilke patienter, der genindlægges. Nogle af pointerne fra kapitlet er følgende:

- Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet fra 4,5 til 4,2 dage fra 2007 til 2009. Antallet af genindlæggelser er derimod stabilt.
- Sygdomsbilledet for patienter, der genindlægges, følger mønsteret for samlede indlæggelser. Der er således ikke flere ældre i gruppen end normalt. Og der er relativt mange genindlæggelser blandt yngre kvinder, hvilket blandt andet afspejler, at en stor del af genindlæggelserne relaterer sig til graviditet og fødsel.
- Ud af godt 1 million årlige indlæggelser er der cirka 10.000 indlæggelser, hvor patienten ligger færdigbehandlet på sygehuset efter endt behandling. Hvis man antager, at det var muligt for den kommunale plejesektor at modtage de færdigbehandlede patienter fra første dag, kunne der hvert år frigives cirka 80.000 sengedage på sygehusene.

### **Styring af udgifter til sygehusmedicin (kapitel 7)**

Udgifterne til sygehusmedicin er steget meget i de senere år. Det skyldes blandt andet forskningsmæssige gennembrud, der har givet mange nye og dyre præparater, som kan hjælpe mennesker med for eksempel gigt, kræft og sclerose bedre end tidligere.

Regionerne har stor fokus på området og forsøger med forskellige initiativer at styre udviklingen. I kapitlet kan du læse mere om baggrunden for stigningerne og initiativerne til styring:

- Udgifterne til regionernes samlede fællesindkøb af sygehusmedicin er steget med 10-15 procent årligt de seneste år.
- For at opnå stordriftsfordele og gode priser køber regionerne sygehusmedicin ind i fællesskab gennem Amgros. I 2009 resulterede det i en samlet rabat på 1,3 mia. kr. målt i forhold til de officielle listepreiser.
- Nedsættelsen af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) forventes at medføre lavere lægemiddelpreiser samt et kvalitetsløft i lægemiddelbehandlingen i de kommende år.

### **Anvendelse af vikarer på sygehusene (kapitel 8)**

Brug af vikarer er en naturlig del af det at drive et sygehusvæsen. Det kan være hensigtsmæssigt at bruge vikarer til f.eks. at lukke huller i forbindelse med sygdom. Men samtidig – fordi vikarer normalt er dyrere end fastansat personale – er det vigtigt at have en tæt styring og overvågning af området. Danske Regioner har gennemført en analyse af regionernes aktuelle vikaranvendelse og den målrettede indsats, som regionerne har gjort for at nedbringe udgifterne særligt til eksterne vikarer. Nogle af konklusionerne er:

- I 2009 udgjorde regionernes samlede udgifter til eksterne vikarer i alt cirka 1,0 mia. kr., hvilket er et fald på knap 230 mio. kr. eller 20 procent i forhold til i 2008.
- Udviklingen er et resultat af en målrettet indsats fra regionernes side for at nedsætte udgifterne til eksterne vikarer. Blandt andet er der i flere regioner vedtaget et stop for brug af vikarer fra private bureauer og/eller etableret interne vikarbureauer.

### **Hvor meget arbejder medarbejderne i sundhedsvæsenet? (kapitel 9)**

Sundhedsvæsenet står i fremtiden over for nogle demografiske udfordringer der medfører, at gruppen af erhvervsaktive medarbejdere reduceres betydeligt. Manglen på arbejdskraft vil derfor på sigt kunne udgøre en barriere for at kunne leve op til ambitionerne om et sundhedsvæsen, der kan yde høj kvalitet og service i behandlingen på alle tider af døgnet hele året. Nogle af pointerne i kapitlet er:

- Blandt nogle faggrupper inden for sundhedsvæsenet forventes en relativ stor del af arbejdsstyrken at forlade arbejdsmarkedet inden for 10 år. Det er dog især blandt ledere og speciallæger.
- Den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid er steget med 0,5 timer gennem de seneste fem år.
- Den aftalte ugentlige arbejdstid er siden 1960 faldet med cirka 30 procent og er i dag på 37 timer om ugen. Samtidig er regionalt ansattes ret til fravær i forbindelse med blandt andet barsel, familiemæssige årsager samt barns sygedag blevet styrket betydeligt gennem tiden som følge af overenskomstfornyelser og ændret lovgivning i Danmark.

## **Økonomi og styring i praksissektoren (kapitel 10)**

Også på praksisområdet oplever regionerne en stigning i udgifterne. I kapitlet beskrives udviklingen i sektoren og styringsredskaberne.

- Udgifterne til praksissektoren udgør cirka 13 mia. kr. og der behandles cirka 5 mio. patienter om året. Det betyder, at næsten alle danskere har modtaget mindst en behandling i praksissektoren i løbet af 2009.
- Antallet af borgere, der modtager behandling i praksissektoren, er stigende, og hver enkelt patient modtager i gennemsnit flere behandlinger end tidligere. I 2009 gik patienterne til egen læge 5,1 gange i løbet af året.
- Presset for kapacitet i almen praksis stiger, hvilket stiller krav om øget produktivitet og effektivitet i sektoren.

## **Stigende udgifter til Patientforsikringen (kapitel 11)**

Patientforsikringsordningen giver erstatninger til patienter, som oplever at være udsat for skader i forbindelse med behandling i sundhedsvæsenet. Ordningen blev etableret i 1992 og dækningsområderne er siden hen løbende blevet udvidet. I dette kapitel analyseres udviklingen og nogle af pointerne er:

- De regionale udgifter til patientskadeerstatninger er vokset i perioden 2006 til 2009 målt i 2009-priser med i alt 183 mio. kr., svarende til 48 procent. Der er en markant stigning i 2009 på 115 mio. kr.
- Væksten i de regionale udgifter til patientskadeerstatninger forventes at fortsætte. Ved en mekanisk fremskrivning af historiske tal med videre kan udgifterne udgøre mellem 550 mio. kr. og 775 mio. kr. i 2011.
- Udviklingen er blandt andet udtryk for, at flere dækningsområder er blevet omfattet af patientforsikringsordningen, og at kendskabet til ordningen er blevet forbedret.