



Styr på regionerne

– regionernes økonomi i 2009

DANSKE
REGIONER



Indhold

Kapitel 1	
Indledning og sammenfatning	3
Kapitel 2	
Regionernes budgetter for 2009	11
Kapitel 3	
Regionernes takststyringsmodeller	23
Kapitel 4	
Regionernes anvendelse af private leverandører	35
Kapitel 5	
Aktivitet i sygehusvæsenet – hvem bruger sygehusene mest?	43
Kapitel 6	
Aktivitet og udgifter i psykiatrien	51
Kapitel 7	
En teknisk beregning af sundhedsvæsenets rekrutteringsudfordring frem mod 2015	61
Kapitel 8	
Indførelse af omkostningsbevillinger i regionerne	73

Forord

2008 var et begivenhedsrigt år for regionerne – et år der fik stor betydning for den regionale økonomi og mulighederne for økonomistyring.

En omfattende strejke betød aflyste behandlinger og stigende ventelister på sygehusene. I kølvandet på strejken og suspensionen af det udvidede frie valg satte regionerne gang i kedlerne inden for den økonomiske ramme, som var aftalt i økonomiforhandlingerne. Det betød en aktivitetsvækst i efteråret på imponerende ca. 6 pct. i forhold til året før. Som led heri gennemførte regionerne danmarkshistoriens største udbud af sundhedsydelse, hvilket gav store besparelser på betalingerne til privathospitaler.

Oveni dette er nye pakkeforløb for de livstruende sygdomme ved at blive udrullet. De forbedrer vilkårene for patienterne, men ændrer arbejdsgange og gamle rutiner. Forberedelserne til de nye akutfunktioner og de kommende nye sygehusbyggerier er i gang. Det kræver planlægning og flytning af mange medarbejderes daglige arbejdsplads.

På trods af strejken og de store omvæltninger lykkedes det at øge den samlede produktion i sygehusvæsenet i 2008, sådan at der samlet set var en aktivitetsvækst på 2,3 pct.

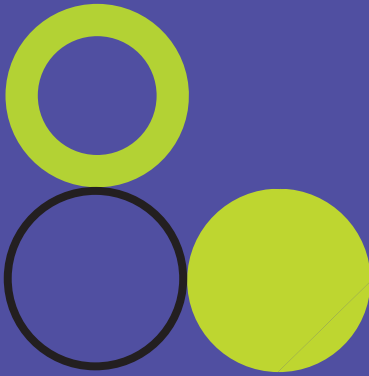
Samtidig blev et af de mest effektive sundhedsvæsener i verden mere effektivt. Danskerne er blandt de folk i verden, der får mest for pengene i deres sundhedsvæsen.

Det kan forhåbentlig fortsætte i de kommende år, fordi teknologien og de mange omstillingsparate medarbejdere muliggør det. Dermed kan regionerne give deres bidrag til en effektiv velfærdsstat, der fokuserer på borgernes behov. Men det er ikke en udvikling, der kommer af sig selv. Den pressede personalesituation og nedslidte fysiske rammer udgør de største barrierer for fortsat høj produktivitetsvækst.

I denne publikation samles en række analyser, der gør status for den regionale økonomi. Analyserne viser, hvordan ressourcerne anvendes i sundhedsvæsenet, og hvordan de hvert år anvendes lidt bedre end året før. Nogle af analyserne er tidligere blevet offentliggjort på vores hjemmeside www.regioner.dk, hvor man også kan finde yderligere information om regionernes økonomi.

Bent Hansen





Kapitel 1.

Indledning og sammenfatning

Budgetsamarbejdet med regeringen er omdrejningspunktet for regionernes økonomi. Hvert år i juni drøftes det kommende års udfordringer og der aftales politiske målsætninger og en økonomisk ramme, der passer hertil.

Regionerne har overholdt økonomiaftalerne i både 2007, 2008 og 2009.

Det indgår i de årlige aftaler, at produktiviteten på sygehusene hvert år skal forbedres. Sygehusene og afdelinger arbejder hele tiden på at forøge produktivitet, effektivitet og kvalitet ved at anvende nye behandlingsformer, nyt apparatur og bedre arbejdsrutiner. Det sker blandt andet gennem de mange gode ideer, der opstår blandt personalet.

Det betyder, at man hvert år får mere og mere for pengene, samtidig med at den samlede udgiftsramme øges.

Produktivitetsvækst på sygehusene 2004-2009

	2004 - 5	2005 - 6	2006 - 7 (forventet)	2007 - 8 (aftalt)	2008 - 9 (aftalt)
Vækst i pct.	1,8	1,9	Ca. 1,5	2,0	2,5

Anm.: I 2009 er der et generelt produktivitetskrav på 2 pct., og herudover skal regionerne tilvejebringe et yderligere råderum på 1/4 mia. kr. ved frigørelse af ressourcer fra indkøb, administration mv.

Men behovet for at effektivisere drejer sig ikke alene om at få mest muligt ud af de økonomiske ressourcer. De personalemæssige ressourcer udgør en tilsvarende udfordring. Derfor er der også stor fokus på effektiviseringer, som er arbejdskraftsbesparende for at få antallet af hænder til at gå op med omfanget af opgaver.

I denne publikation er der en række analyser, der fortæller mere om nogle af regionernes udfordringer, og om hvordan regionerne får deres økonomi til at hænge sammen. Analyserne sammenfattes i det følgende.

Kapitel 2. Regionernes budgetter for 2009

Budgetterne for 2009 indeholder en vækst i udgifterne på sundhedsområdet, der giver mulighed for flere og nye behandlinger. Samtidig er regionerne stillet overfor et væsentligt produktivitetskrav på 2,5 pct. Nogle af de vigtigste nøgletal fra budgetterne er:

- Regionernes samlede nettodriftsudgifter til sundhedsområdet er ca. 90,8 mia. kr. i 2009, heraf udgør sygehusvæsenet ca. 70 mia. kr. Der er tale om en vækst på ca. 2,1 mia. kr. i forhold til budget 2008, når der korrigeres for opgaveændringer, svarende til 2,6 pct.
- Livstruende sygdomme er blandt de højt prioriterede områder. Ved en teknisk fordeling af samtlige sygehusudgifter kan det opgøres, at ca. 21 pct. af de samlede sygehusudgifter vedrører kræftbehandling og hjertebehandling.
- Regionernes aktivitet på social- og specialundervisningsområdet er faldende i 2009. Dermed fortsætter tendensen fra de foregående år, hvor flere kommuner har valgt at hjemtage pladser. Bruttodriftsudgifterne i budget 2009 er faldet med knap 300 mio. kr., svarende til ca. 6,3 pct. De samlede antal pladser på socialområdet er faldet med 251 pladser siden 2008.
- På det regionale udviklingsområde ligger budgetterne for 2009 på niveau med 2008, når der ses bort fra de afgiftsændringer, der er blevet indført på området. På grund af et stort udgiftspress på kollektiv trafik har det været nødvendigt at opprioritere dette område, hvilket har betydet, at udgifterne til kultur og uddannelse er faldet med 16 pct.

Kapitel 3. Regionernes takststyringsmodeller

Takststyring er blevet brugt i regionerne fra første dag, regionerne overtog ansvaret for det danske sundhedsvæsen. De fem regioner bruger i midlertidig takststyring forskelligt, da takststyringen bliver målrettet til at imødekomme forskellige regionale udfordringer.



I kapitel 3 beskriver de enkelte regioners takststyringsmodeller som de ser ud i foråret 2009, samt hvilke overvejelser, der ligger bag indretningen af takststyringsmodellerne.

Takststyring er kun ét af mange styringsredskaber, og bliver altid kombineret med en nuanceret dialog med ledelsesniveauet på sygehusene for at sikre dynamikken og de rette incitamenter i takststyringsmodellen. Der er ligeledes dialog om de områder, hvor DRG-taksten ikke afspejler udgifterne til en behandling. Eksempler herpå er særlig dyr medicin, ICD'er og andre nye dyre implantater.

Kapitel 4. Regionernes anvendelse af private leverandører

En betydelig del af de regionale opgaver – også på sundhedsområdet – udføres af private leverandører.

Kapitel 4 analyserer og præsenterer omfanget af privatudførte opgaver i regionerne, herunder regionernes køb af privatproducerede varer. Konklusionerne er:

- På sundhedsområdet fik regionerne i 2007 udført driftsopgaver hos private leverandører for 24,1 mia. kr. Det svarer til 29,9 pct. af regionernes udgifter på området. De privatudførte opgaver består for godt halvdelen af diverse tjenesteydelser, entreprenør- og håndværkerydelser. Den anden halvdel består af praksissektoren, dvs. praktiserende læger og speciallæger mv., der er organiseret som selvstændige erhvervsdrivende og små private virksomheder.
- Regionerne køber derudover i stort omfang varer fra private leverandører. Varekøb udgjorde samlet set 11,7 mia. kr. i regionerne i 2007. Det svarer til, at der på driftsområdet samlet set entres med private for til 35,8 mia. kr., svarende til 44,4 pct. af driftsudgifterne på sundhedsområdet.
- Inden for regional udvikling anvendes langt hovedparten af regionernes udgifter til private leverandører. Eksempelvis går de fleste af udgifterne til kollektiv trafik til betaling af private operatører. Samlet set anvendtes i 2007 private leverandører og operatører for ca. 1,1 mia. kr. svarende til 76 pct. af de samlede udgifter på hele det regionale udviklingsområde.

- Social- og specialundervisningsområdet er et særligt område for regionerne, idet regionerne her selv fungerer som leverandører til kommunerne. Dermed kan regionerne ikke videlicite selve serviceydelsen til private. Til regionernes egen opgaveudførelse anvendes dog private ydelser. I 2007 udgjorde de 0,3 mia. kr. Køb af privatproducerede varer udgjorde ca. 0,4 mia. kr.

Kapitel 5. Aktivitet i sygehusvæsenet – hvem bruger sygehusene mest?

Sundhedsvæsenet er i hele den vestlige verden præget af stor vækst. Ny teknologi muliggør nye og flere behandlinger, og generelt er efterspørgslen efter det gode og sunde liv voksende i befolkningerne.

Kapitel 5 analyserer de seneste års vækst i forbruget af sygehusydelser, og det undersøges, hvilke aldersgrupper mv. der i særlig grad bruger sygehuse. Analysens hovedkonklusioner er følgende:

- Den samlede produktionsværdi for det somatiske sundhedsvæsen udgjorde i 2007 ca. 48,0 mia. kr. Det svarer til, at der siden 2005 har været en vækst på ca. 11 pct. i den samlede produktionsværdi. Udgiftsvæksten har dog kun været ca. 7 pct., idet der samtidig har været en høj produktivitetsudvikling.
- Der var ca. 1,1 mio. indlæggelser og 8,7 mio. ambulante besøg i 2007. De indlagte patienter stod for ca. 60 pct. af produktionsværdien i sygehusvæsenet og det ambulante område ca. 40 pct. i 2007.
- Bl.a. som følge af mere effektive behandlingsforløb har den enkelte patient gennemsnitligt flere kontakter til sygehusvæsenet (f.eks. fle-re kontrolbesøg). Samtidig er der flere patienter, der er i kontakt med sygehusvæsenet. I 2007 var ca. 2,3 mio. danskere i kontakt med sygehusvæsenet, hvilket er en stigning på 4,3 pct. i forhold til 2005, svarende til flere end hver tredje dansker.
- Omkring 50 pct. af den samlede produktionsværdi i det somatiske sundhedsvæsen vedrørte i 2007 personer over 60 år. Regionernes enhedsudgifter pr. borger over 65 år var i 2007 ca. 25.000 kr.



- Kvinderne havde flest indlæggelser i 2007, ca. 595.000 mod mændenes ca. 492.000. Også på det ambulante område stod kvinderne for flest besøg i 2007. Kvinderne havde således ca. 4,8 mio. ambulante besøg og mændene ca. 3,9 mio. Dette skyldes blandt andet besøg i forbindelse med graviditet.
- Samlet set tegner kvinderne sig for ca. 53 pct. af den samlede produktionsværdi i sygehusvæsenet.

Kapitel 6. Aktivitet og udgifter i psykiatrien

I gennem de seneste 20 år har psykiatrien i Danmark ændret sig markant. Udviklingen i behandlingsformer og lægemidler har gjort det muligt i større omfang at erstatte indlæggelse med ambulante behandling og samtidig varetage behandlingen i patientens vante sociale omgivelser. Det har styrket patientens inddragelse og skabt fokus på patientens ansvar for eget liv.

I kapitel 6 gives der et indblik i den udvikling psykiatrien har gennemgået de seneste år og konklusionerne er følgende:

- Antallet af personer i behandling inden for psykiatrien er i perioden 2001-2007, steget med 24 pct. samtidig med at udgifterne til psykiatrien siden 2000 kun er steget med 7.7 pct. Udgifterne inden for somatikken i samme periode steget med 33,2 pct. - hvilket er over 4 gange så meget.
- Psykiatrien har, som somatikken, gennemgået en udvikling, hvor flere patienter behandles ambulant. Siden 1998 er antallet af ambulante ydelser steget med 20 pct. og antallet af sengepladser er faldet med 20 pct.
- I perioden 1998-2007 er andelen af enestuer, i forhold til det samlede antal sengepladser, steget fra 43 pct. til 89 pct.
- Psykiatrien har i flere år været præget af lange ventelister, men ved de seneste opgørelser fra 1. marts 2009 ses et fald i ventelisterne. For børne- og ungdomspsykiatrien er faldet på 8,9 pct. og for voksenpsykiatrien 5 pct.

- Psykiatrien har stort set det samme antal ansatte i 2007 som i 2002, selv om udviklingen viser, at flere personer bliver behandlet, at udgiftsudviklingen har været lav, og at ventelisterne begynder at falde.

Kapitel 7. En teknisk beregning af sundhedsvæsenets rekrutteringsudfordring frem mod 2015

Danske Regioner har udarbejdet en mekanisk fremskrivning af rekrutteringsudfordringen. Forskningen tager udgangspunkt i, at regionerne personalemæssigt vil imødegå udgiftsvæksten i sundhedsvæsenet i fremtiden, som det hidtil har været tilfældet.

Samtidig er der - med udgangspunkt i de seneste overenskomster og trepartsaftalerne - analyseret nogle mulige håndtag, som kan medvirke til at imødegå fremtidens udfordringer. De vigtigste konklusioner er:

- Den historiske udvikling viser, at når sundhedsudgifterne er steget med 1 pct. er beskæftigelsen i sundhedsvæsenet steget med 0,27 pct. med en vis differentiering mellem de enkelte faggrupper. Udviklingen for læger har stort set svaret til udgiftsudviklingen, mens anvendelsen af øvrigt plejepersonale har været faldende.
- I et beregningsteknisk scenarium med en fortsat høj udgiftsvækst, som de seneste 5 år, vil regionerne i 2015 mangle godt 6.000 personer.
- En analyse af den relative påvirkning af alternative veje til at imødegå den personalemæssige udfordring viser, at de seneste tiltag i overenskomsterne på det regionale område peger den rette vej: Der er et relativt stort potentiale i initiativet om deltidsansattes mulighed for at gå på fuldtid og i de seniorpolitiske ordninger, der giver seniorerne ret til en årlig seniorbonus i 3 år.
- Afbureaukratisering og mere fleksibel opgavevaretagelse har umiddelbart et stort potentiale for at imødekomme en del af udfordringen. Konkret hvor stort, afhænger af hvilket ambitionsniveau, der anlægges i forhold til at frigive tid til kerneopgaverne.

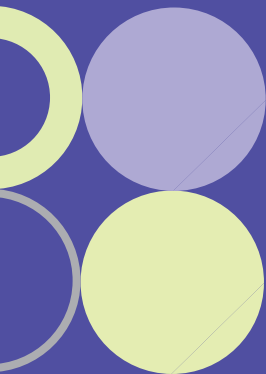
Hvis der eksempelvis kan frigives én time mere ugentligt til kerne opgaver for sygeplejersker vil det løse 25 pct. af rekrutteringsudfordringen i et højvækstscenarium.

Kapitel 8. Indførelse af omkostningsbevillinger i regionerne

I forbindelse med oprettelsen af regionerne i 2007 blev der udviklet et særligt regionalt budget- og regnskabssystem.

Kapitel 8 beskriver overgangen til et omkostningsbaseret system i regionerne, samt anvendelsesmulighederne og begrænsningerne i det nye system vurderes. Blandt konklusionerne kan fremhæves:

- Regionerne har i princippet et fuldt omkostningsbaseret system fra 2009. Rammebetingelserne er dog ikke tilpasset hertil, da økonomiaftalerne med staten fortsat er udgiftsbaserede. Der er samtidig ikke fri låneadgang.
- Den manglende tilpasning af rammebetingelserne sætter begrænsninger for en optimal anvendelse af omkostningsbevillinger i styringsmæssig sammenhæng. Den manglende låneadgang kan f.eks. betyde, at regionerne forhindres i at gennemføre investeringer, som ud fra en omkostningsvurdering er rentable.
- Regionerne har påbegyndt indførelsen af lokale styringsmodeller, som er baseret på omkostningsprincipper. Region Syddanmark er vist som eksempel. Det kan konkluderes, at omkostningsbevillinger giver forskellige positive styringseffekter, selv om rammebetingelserne ikke er optimale.
- Omstillingen til omkostningsbevillinger har dog betydet ekstra administrative omkostninger og det vil tilsvarende være tilfældet i den løbende drift, så længe der fortsat skal arbejdes med både omkostnings- og udgiftsprincipper.



Kapitel 2.

Regionernes budgetter for 2009

I efteråret 2008 vedtog regionsrådene budgetterne for 2009. Budgetterne ligger for tredje år i træk inden for den aftalte udgiftsramme med regeringen.

Budgetterne for 2009 indeholder en vækst i udgifterne på sundhedsområdet, der giver mulighed for flere og nye behandlinger, herunder en vækst i dyr medicin. Samtidig er regionerne stillet overfor et væsentligt produktivitetsskrav på 1,265 mia. kr. svarende til en produktivitetstigning på 2,5 pct.

- Regionernes samlede nettodriftsudgifter til sundhedsområdet er ca. 90,8 mia. kr. i 2009, heraf udgør sygehusvæsenet ca. 70 mia. kr. Der er tale om en vækst på ca. 2,1 mia. kr. i forhold til budget 2008, når der korrigeres for opgaveændringer svarende til 2,6 pct.
- En mindre del af denne vækst blev afholdt allerede i 2008. I økonomiaftalen for 2009 blev der aftalt et løft i 2008 på 175 mio. kr. til at færdigimplementere forløbspakkerne på kræftområdet, og derudover er der efter budgetlægningen for 2008 aftalt højere lønstigninger i 2008 til de regionale medarbejdere svarende til 300 mio. kr. Når der korrigeres herfor, er der en realvækst mellem budget 2008 og budget 2009 på sundhedsområdet på 1,6 mia. kr. svarende til 1,8 pct.
- Sundhedsudgifternes størrelse afspejler, at en stor del af befolkningen hvert år er i kontakt med sundhedsvæsenet. I 2007 var der godt en million sygehusindlæggelser og 8,7 mio. ambulante besøg. Og inden for praksissektoren var der 19,6 mio. konsultationer.

- Livstruende sygdomme er blandt de højt prioriterede områder. Ved en teknisk fordeling af samtlige sygehusudgifter kan det opgøres, at ca. 21 pct. af de samlede sygehusudgifter vedrører kræftbehandling og hjertebehandling.
- Regionernes aktivitet på social- og specialundervisningsområdet er faldende i 2009. Dermed fortsætter tendensen fra de foregående år, hvor flere kommuner har valgt at hjemtage pladser. Bruttodriftsudgifterne i budget 2009 er faldet med knap 300 mio. kr., svarende til ca. 6,3 pct. De samlede antal pladser på socialområdet er faldet med 251 pladser siden 2008.
- På det regionale udviklingsområde ligger budgetterne for 2009 på niveau med 2008, når der ses bort fra de afgiftsændringer, der er blevet indført på området. På grund af et stort udgiftspres på kollektiv trafik har det været nødvendigt at opprioritere dette område, hvilket har betydet, at udgifterne til kultur og uddannelse mv. er faldet med 16 pct.

1. Regionernes økonomi på sundhedsområdet

I 2009 udgør regionernes nettodriftsudgifter til sundhedsområdet ca. 90,8 mia. kr., heraf udgør nettodriftsudgifterne til sygehusene 69,7 mia. kr., jf. tabel 1.

Tabel 1.

Nettodriftsudgifterne på sundhedsområdet fordelt på hovedområder fra regnskab 2007 til budget 2009 i mio. kr. 2009 pris- og lønniveau

	Regnskab 2007	Budget 2008	Budget 2009
Sygehusvæsen mv.	65.727	67.308	69.748
- heraf behandlingspsykiatrien	6.213	6.241	6.370
Praksissektoren	13.682	13.851	13.354
Sundhedsvæsen ekskl. medicintilskud	79.409	81.159	83.102
Medicintilskud	7.334	7.509	7.654
Sundhedsvæsen i alt	86.743	88.668	90.756

Kilde: Danmarks Statistik og de regionale indberetninger af budget 2009 til Velfærdsministeriet.

Anm.: Der er foretaget tekniske korrektioner i forhold til Danmarks Statistiks opgørelse af budget 2008, jf. note til tabel 2.

Anm.: Sygehusvæsen mv. omfatter udgifter til sygehusvæsen, diverse udgifter og indtægter på sundhedsområdet samt udgifter til fælles formål og administration på hele sundhedsområdet.

Væksten fra budget 2008 til budget 2009 udgør dermed ca. 2,1 mia. kr. Når der ses bort fra regionernes udgifter til medicintilskud, er væksten ca. 1,9 mia. kr.

Der er heri ikke taget højde for, at en mindre del af væksten fra budget 2008 til budget 2009 forventes at blive afholdt allerede i 2008. Det betyder, at det forventes, at regnskabet for 2008 vil ligge over budgettet for 2008, og at væksten fra 2008 til budget 2009 derfor reelt vil være lavere. Det følger dels af økonomiaftalen for 2009, hvor der blev aftalt et løft i 2008 til færdigimplementering af kræftpakker på 175 mio. kr. og dels af aftalen mellem regeringen, Danske Regioner og KL i december 2007 om ændrede lønforudsætninger for 2008. Der blev i den forbindelse aftalt en forhøjet lønstigning i 2008 for de regionale medarbejdere svarende til 300 mio. kr. på sundhedsområdet.

I tabel 1 er der endvidere ikke taget hensyn til, at der er sket opgaveændringer på sundhedsområdet som følge af ny lovgivning. Eksempelvis dækker faldet i udgifterne på ca. 0,5 mia. kr. mellem budget 2008 og budget 2009 i praksissektoren over, at kommunerne har overtaget den vederlagsfri fysioterapi og fået penge med fra regionerne til opgaven.

I den regionsfordelte realvækst i tabel 2 er der derimod korrigeret for alle opgaveændringer mellem 2007, 2008 og 2009, således at udgifterne er opgjort i 2009 opgaveniveau.

Tabel 2.

Regionsfordelt realvækst i nettodriftsudgifter på sundhedsområdet ekskl. medicintilskud fra regnskab 2007 til budget 2009 i mio. kr. 2009 pris-, løn- og opgaveniveau

	R07-B08		B08-B09	
	Mio. kr.	Pct.	Mio. kr.	Pct.
Hovedstaden	557	2,2	420	1,6
Sjælland	143	1,2	404	3,3
Syddanmark	635	3,8	435	2,5
Midtjylland	166	1,0	659	3,9
Nordjylland	249	3,0	155	1,8
I alt	1.751	2,2	2.073	2,6

Kilde: Danmarks Statistik og de regionale indberetninger af budget 2009 til Velfærdsministeriet.

Anm.: Der er korrigeret for opgaveændringer (DUT), således at regnskab 2007 og budget 2008 er opgjort i 2009 opgaveniveau. DUT-beløbene er fordelt på regioner efter bloktilskudsfordelingen.

Anm.: Der er foretaget tekniske korrektioner i forhold til Danmarks Statistiks opgørelse af budget 2008. For Region Nordjylland er udgifterne korrigeret ned med 95 mio. kr. For Region Midtjylland er udgifterne korrigeret op med 118 mio. kr. For Region Hovedstaden er udgifterne korrigeret op med 10 mio. kr. Der er tale om omflytninger mellem andre konti.

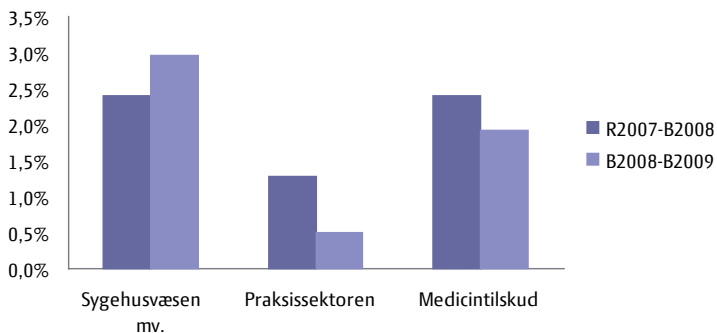
Det ses, at skal væksten varierer fra 1,6 pct. i Region Hovedstaden til 3,9 pct. i Region Midtjylland. Forskellene i realvæksten mellem budget 2008 og budget 2009 afspejler bl.a. den eksisterende 5-årige overgangsordning på sundhedsområdet, hvor Region Midtjylland fik mulighed for at hæve deres udgiftsniveau relativt set i forhold til de øvrige regioner.

Når der tages hensyn til ændrede lønforudsætninger i 2008 på 300 mio. kr. og løftet i 2008 vedrørende færdigimplementering af kræftpakker, er væksten på landsplan 1,6 mia. kr. fra budget 2008 til budget 2009 svarende til 1,8 pct.

Figur 1 viser denne opgavekorrigerede realvækst fra regnskab 2007 til budget 2009 fordelt på udgiftsområder. Det ses, at den største vækst prioriteres til sygehusvæsenet, hvor væksten mellem budget 2008 og budget 2009 er på 2 mia. kr. Medicintilskud har traditionelt også haft høje udgiftsstigninger. Medicinvæksten forventes dog at være lavere i 2008 og 2009 end tidligere som følge af en ændring af medicintilskudsreglerne, som mindsker væksten

Figur 1.

Opgavekorrigeret realvækst mellem regnskab 2007 og budget 2009 fordelt på udgiftsområder. 2009 pris-, løn- og opgaveniveau



Kilde: Danmarks Statistik og regionale indberetninger til Danske Regioner

Hvad går pengene til i sygehussektoren?

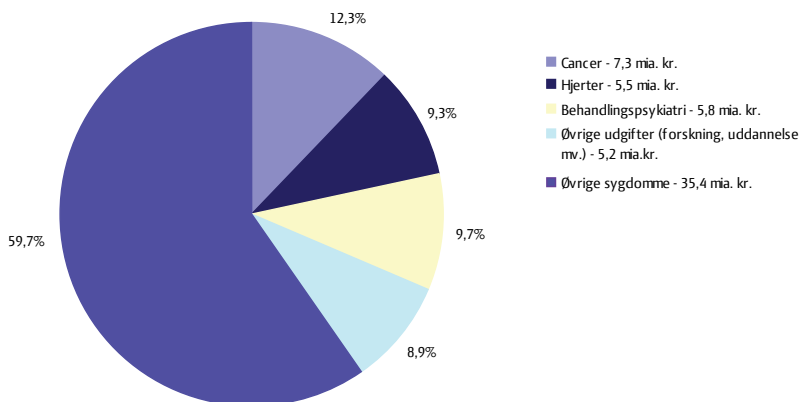
Sundhedsudgifternes størrelse afspejler, at en stor del af befolkningen hvert år er i kontakt med sundhedsvæsenet.

I 2007 var der lidt over en million sygehusindlæggelser på de regionale sygehuse. Det svarer gennemsnitligt set til, at hver femte dansker var indlagt. På det ambulante område var der i 2007 over 8,7 mio. besøg, hvilket svarer til, at hver dansker i gennemsnit var på sygehuset 1,6 gange om året til et ambulante besøg.

Figur 2 viser, hvordan udgifterne i sygehusvæsenet fordeler sig på forskellige områder i 2007. Figuren er baseret på en teknisk opgørelse, hvor udgifterne til behandling er opgjort ud fra produktionsværdien. Produktionsværdien baserer sig på aktiviteten i de enkelte DRG-grupper og DRG-værdien sat i forhold til den samlede produktion.

Figur 2.

Udgifter til sygehusvæsenet i 2007 fordelt på områder. 2007 pris- og lønniveau



Kilde: LPR, Danmarks Statistik og regionale indberetninger til Danske Regioner

Nogle af de højt prioriterede områder i sygehusvæsenet er behandling af livstruende sygdomme som kræft og hjertebehandling. Omkring hver femte indlagte patient bliver behandlet for kræft- eller hjertesygdomme. Opgjort som udgifter anvendes ca. 7,3 mia. kr. eller 12,3 pct. af de samlede sygehusudgifter på kræftbehandling, mens godt 9,3 pct. eller 5,5 mia. kr. anvendes på hjertebehandling. Kræftområdet er blevet opprioriteret i regionerne efter indførelsen af pakkeforløbene.

Behandlingspsykiatri

Nettodriftsudgifterne til behandlingspsykiatrien i regionerne udgør i budget 2009 6,5 mia. kr., jf. tabel 3. Der er tale om en realvækst på 0,4 pct. fra regnskab 2007 til budget 2008 og 2,5 pct. fra budget 2008 til budget 2009.

Tabel 3.**Nettodriftsudgifterne til behandlingspsykiatrien i mio. kr. 2009
pris- og lønniveau**

Region	Regnskab 2007	Budget 2008	Budget 2009
Hovedstaden	2.534	2.472	2.478
Sjælland	854	835	897
Syddanmark	1.135	1.171	1.182
Midtjylland	1.231	1.278	1.312
Nordjylland	459	485	501
Total	6.213	6.241	6.370

Kilde: Regionale indberetninger til Danske Regioner

Anm.: Stigningen i Region Sjælland fra budget 2008 til budget 2009, skyldes strukturændringer

Aktiviteten indenfor behandlingspsykiatrien har været stigende i de seneste år. Fra 2005 til 2007 har der været en vækst på 9.800 (voksne samt børn og unge), der har været behandlet på psykiatriske sygehusafdelinger, jf. tabel 4. Særligt inden for børne- og ungdomspsykiatri har væksten været høj. Her har 22 pct. flere været i behandling i 2007 end i 2005.

Tabel 4.**Aktiviteten i behandlingspsykiatrien**

	2005	2006	2007
Borgere i behandling på voksenpsykiatriske afdelinger	104.996	106.537	111.630
Ambulante besøg på voksenpsykiatriske afdelinger	806.625	821.463	828.653
Borgere i behandling på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger	14.500	15.783	17.688
Ambulante besøg på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger	90.997	91.662	95.703

Kilde: Regionale indberetninger til Danske Regioner

Der forventes en fortsat vækst i aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrien i 2008 og 2009 som følge af den udvidede udrednings- og behandlingsret.

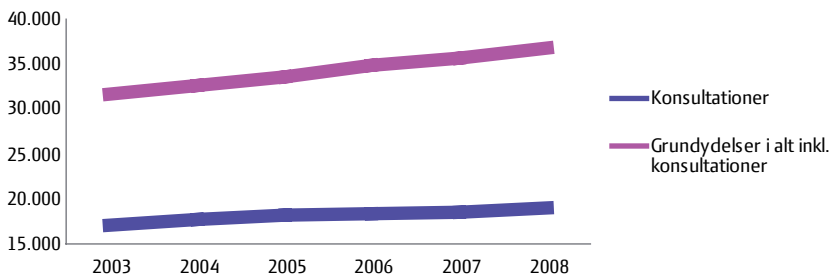
Praksissektoren

Udgifterne i praksissektoren dækker over udgifter til praktiserende læger, speciallæger, tilskud til medicin, briller og kiropraktorer mv.

Der har generelt været en stigende aktivitet i sektoren. Et eksempel er besøg hos praktiserende læger, hvor der fra 2003 til 2007 har været en vækst på 7,1 pct. i antallet af konsultationer, jf. figur 3. I 2007 var der ca. 19,6 mio. konsultationer svarende til, at hver borger i gennemsnit besøgte den praktiserende læge 3,5 gange i løbet af 2007. Ses der på de samlede ydelser, der leveres af de praktiserende læger, har hver dansker kontakt til deres praktiserende læge 6,8 gange om året.

Figur 3.

Antal konsultationer ved alment praktiserende læger i 1.000



Kilde: Sygesikringsregistret og CSC Scandihealth

Anlægsudgifter på sundhedsområdet

Regionerne fik med økonomiaftalen for 2009 mulighed for at afholde anlægsudgifter for 4 mia. kr., hvoraf 1 mia. kr. finansieres fra Kvalitetsfonden. Da Erik Juhl Udvalget og Regeringen ikke forud for budgetlægningen havde udmeldt, hvordan midlerne fra Kvalitetsfonden skulle udmøntes, kunne regionerne ikke fuldt ud indarbejde midlerne i forbindelse med budgetlægningen, og regionerne har budgetteret med 3,5 mia. kr. i anlægsudgifter i 2009.

Det fremgår af tabel 5, at regionerne i 2007 afholdt anlægsudgifter for 2,6 mia. kr., og at regionerne i 2008 forventes at have investeret for 3,7 mia. kr.

Tabel 5.

Regionernes anlægsudgifter til sundhedsområdet i mio. kr. 2009 pris- og lønniveau

	Regnskab 2007	Korrigeret budget 2008	Budget 2009
Sundhedsområdet	2.557	3.699	3.535

Kilde: Danmarks Statistik og de regionale indberetninger af budget 2009 til Velfærdsministeriet.

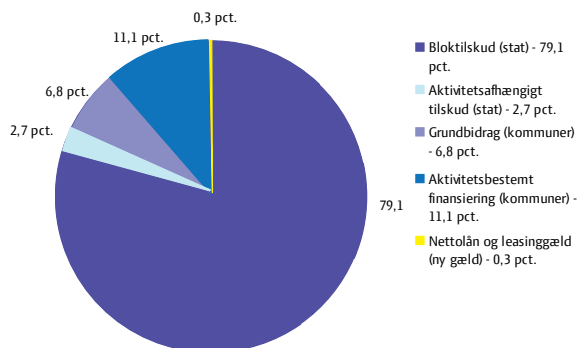
Anm.: I 2008 havde regionerne budgetteret med knap 2,8 mia.kr. Men efter budgetlægningen er det aftalt, at regionerne kan optage yderligere lån til medicoteknisk udstyr for 850 mio. kr. De 850 mio. kr. er tillagt budgettallene i tabel 3 i 2008

Regionernes indtægter på sundhedsområdet

Regionernes finansiering af sundhedsområdet består af fem finansieringskilder, bloktilskud fra staten, aktivitetsafhængigt tilskud fra staten, grundbidrag fra kommunerne, aktivitetsbestemt finansiering fra kommunerne og eventuelle lån, jf. figur 4.

Figur 4.

Regionernes finansieringskilder på sundhedsområdet i 2009 i mia. kr. 2009 pris- og lønniveau



Kilde: Regionale indberetninger af budget 2009 til Velfærdsministeriet

2. Regional udvikling

En del af regionernes opgaver vedrører regional udvikling. Opgaverne omfatter primært kollektiv trafik, miljø og erhvervsudvikling.

Regionernes samlede nettodriftsudgifter i budget 2009 til regional udvikling udgør 2,5 mia. kr. Omkring halvdelen går til den kollektive bustrafik, mens 16,7 pct. går til oprydning af forurenet jord og 21,9 pct. går til erhvervsudvikling. De sidste ca. 11 pct. af udgifterne vedrører kultur, uddannelse, administration mv.

Tabel 6.

Nettodriftsudgifterne til regional udvikling samt realvækst fra budget 2008 til budget 2009 i mio. kr. 2009 pris- løn- og opgaveniveau

	Budget 2009	Realvækst mellem Budget 2008 - Budget 2009	
		i mio. kr.	i pct.
Kollektiv trafik	1.278	101	8,6
Erhvervsudvikling	554	-15	-2,6
Miljø	423	12	2,9
Uddannelse og kultur	129	-25	-16,4
Administration og øvrige udgifter	146	-62	-29,8
I alt	2.530	12	0,5

Kilde: Danmarks Statistik og de regionale indberetninger af budget 2009 til Velfærdsministeriet.

De budgetterede udgifter for 2009 ligger på niveau med 2008, når der ses bort fra konsekvenserne af en ny lov, der forøger energifgifterne ved buskørslen. Tabel 6 viser realvæksten fordelt på de forskellige områder mellem de to år. Det ses, at særligt den kollektive trafik er blevet prioriteret. Det sker som følge af et stort udgiftspres i den kollektive bustrafik, og opprioriteringen heraf indebærer, at udgifterne til kultur og uddannelse mv. falder.

3. Social- og specialundervisningsområdet

Regionerne varetager driften af institutioner på social- og specialundervisningsområdet på vegne af kommunerne.

Kommunerne har mulighed for løbende at hjemtage de sociale institutioner, hvilket flere kommuner har benyttet sig af. Udviklingen afspejler sig i antallet af pladser på institutionerne, hvor antallet er faldet med 251 pladser fra 2008 til 2009, jf. figur 5, samme udvikling afspejles i bruttodriftsudgifterne til området, jf. tabel 7.

Tabel 7.

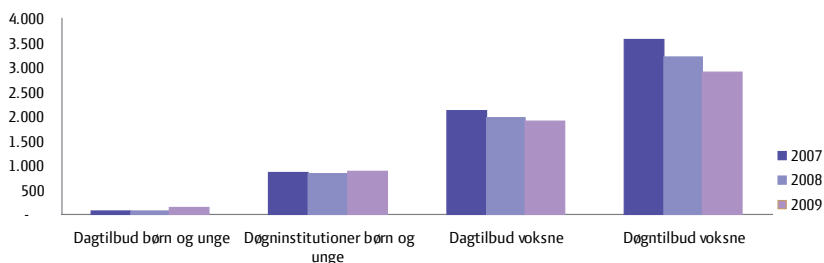
Regionernes bruttodriftsudgifter til social- og specialundervisningsområdet i mio. kr. 2009 pris- og lønniveau

	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	994	1.066	969
Region Sjælland	732	649	685
Region Syddanmark	1.367	1.074	993
Region Midtjylland	1.416	1.290	1.158
Region Nordjylland	694	640	619
I alt	5.203	4.719	4.423

Kilde: Danmarks Statistik og de regionale indberetninger af budget 2009 til Velfærdsministeriet.
Anm.: Bruttodriftsudgifter dækker over hovedarterne 1-6 samt 9 i den regionale kontoplan.

Figur 5.

Antal pladser på det regionale socialområde i 2007, 2008 og 2009.



Kilde: "Regionernes aktiviteter på social- og specialundervisningsområdet 2009" – Danske Regioner, december 2008.

Det største aktivitetsområde er voksenområdet, der tegner sig for 83 pct. af det samlede antal pladser på det regionale socialområde.

Region Midtjylland har det største antal pladser pr. borger, jf. tabel 8.

Tabel 8.

Indeks for antallet af pladser pr. indbygger på de regionale sociale institutioner for børn og voksne i 2009

	Børn og unge	Voksne	I alt
Hovedstaden	74	71	71
Sjælland	118	100	103
Syddanmark	77	88	86
Midtjylland	155	141	143
Nordjylland	72	124	115
I alt (indeks 100)	100	100	100

Kilde: Danmarks Statistik og "Regionernes aktiviteter på social- og specialundervisningsområdet 2009" – Danske Regioner, december 2008.

Anm.: Landsgennemsnittet er henholdsvis 0,7 pladser for børn og unge pr. 1.000 borger i den nævnte aldersgruppe og 1,2 pladser for voksne pr. 1.000 borger i den nævnte aldersgruppe.

Anm.: Med antal pladser pr. borger menes borgere inddelt i følgende aldersgrupper, børn og unge (0-19 årige) og voksne (20+ årige)

Kapitel 3.

Regionernes takststyringsmodeller

Takststyring er blevet brugt i regionerne fra første dag, regionerne overtog ansvaret for det danske sundhedsvæsen. Baggrunden var, at takststyring eksplicit er nævnt i økonomiaftalen for 2007, hvor regionerne og regeringen indgik en aftale om, at halvdelen af sygehusenes finansiering skulle være baseret på aktivitet.

De fem regioner bruger takststyring forskelligt, da takststyringen bliver målrettet til at imødekomme forskellige regionale udfordringer.

Det følgende afsnit vil kort beskrive de enkelte regioners takststyringsmodeller som de ser ud i foråret 2009, samt hvilke overvejelser, der ligger bag indretningen af takststyringsmodellerne.

Generelt om takststyringsmodellerne anno 2009

Efter strejken i foråret 2008 blev det udvidede frie valg suspenderet indtil 1. juli 2009, og samtidig blev aktivitetspuljen for 2008 udbetalt til regionerne.

Regionerne har udformet takststyringsmodeller i suspensionsperioden, der både tager højde for de regionale udfordringer, men også imødekommer udfordringerne som følge af strejken med at få behandlet de mest alvorlige syge og få reduceret ventelisterne under hensyntagen til den økonomiske ramme.

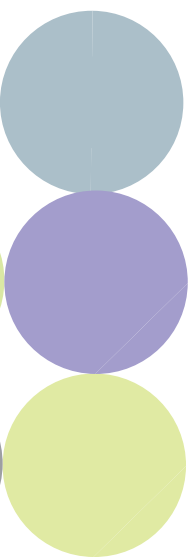
Takststyringsmodellerne er et dynamisk redskab, der bliver brugt til at håndtere forskellige regionale udfordringer, og derfor forventer flere af regionerne at tilpasse takststyringsmodellerne, når suspensionen af det udvidede

frie valg bliver ophævet pr. 1. juli 2009. Resultatet anno foråret 2009 er fem forskellige takststyringsmodeller, der er forskellige fra region til region, men de har mange fælles kendetegn:

Fælles kendetegn for taksstyringsmodellerne

- Alle regioner har valgt en model, der tager udgangspunkt i DRG-taksterne.
- Regionerne har valgt at fastsætte takster ud fra en lokal vurdering af omkostningsstrukturen på sygehusene.
- Alle regioner har valgt at indarbejde produktivitetskrav i takststyringsmodellen.
- Regionerne har valgt forskellig afregning for sygehusene, såfremt de producerer mere, end der er aftalt. Region Nordjylland og Region Sjælland har valgt en knæktakst på henholdsvis 20 pct. og 10 pct. såfremt sygehusene har en højere aktivitet end aftalt. Region Syddanmark og Hovedstaden har valgt en model med uændret afregningssats, såfremt sygehusene har højere aktivitet end aftalt. Region Midtjylland har ingen afregning, såfremt sygehusene laver mere aktivitet end aftalt.

Takststyringsmodellerne er kun ét af mange styringsredskaber og bliver altid kombineret med en nuanceret dialog med ledelsesniveauet på sygehusene for at sikre dynamikken og de rette incitament i takststyringsmodellen. Der er ligeledes dialog om de områder, hvor DRG-taksten ikke afspejler udgifterne til en behandling. Eksempler herpå er særlig dyr medicin, ICD'er og andre nye dyre implantater.



Takststyringsmodeller marts 2009

Tabel 1 giver en kort opsummering af de centrale elementer i de enkelte regioners takststyringsmodeller.

Tabel 1.

Regionernes takststyringsmodeller i 2009

Region	Områder	Afregning af meraktivitet af DRG - taksten	Bemærkning	Produktivitetskrav til hospitaler
Hovedstaden	Det somatiske område	50 pct.	Administrationen kan her fastlægge "loft" for hvor store stigninger, der må være i forhold til præstationsbudgettet.	2 pct.
Sjælland	Det somatiske område	70 pct.	Aktiviteten over loftet honoreres med 10 pct.	Produktivitetskrav til begge sygehuse på 3 pct.
Syddanmark	Elektiv aktivitet	50-55 pct.		Differentierede krav afhængig af produktivitet
	Akut aktivitet	0 pct.		1 pct.
	Behandlinger, hvor marginaltaksten ikke er dækkende (ex. behandlinger på det onkologiske område)	mulighed for højere takst		
	Medicinsk område	0 pct. for de indlagte, men 55 pct. for de ambulante		
Midtjylland	Kirurgiske patienter	50 pct.	Der er ingen afregning for aktivitet ud over loftet. Såfremt sygehuset ikke opnår den aftalte aktivitet, skal sygehuset levere 50 pct. af mindreaktiviteten tilbage.	Differentierede krav afhængig af produktivitet
	Ambulante medicinske patienter	50 pct.		
	Indlagte medicinske patienter	0 pct.		
Nordjylland	Det somatiske område	60-70 pct.	Aktivitet udover kontraktniveauet karakteriseres som generel meraktivitet og afregnes med 20 pct. af DRG-takst uden loft for den samlede afregning	2 pct.

Region Hovedstaden

Sigtet med takststyringsmodellen

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

Modellen

Grundprincipperne for modellen er:

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

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

Produktivitet

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

Region Sjælland

Sigtet med takststyringsmodellen

Takststyringsmodellen i region Sjælland er udformet, så den understøtter en udvikling med fokus på enhedsomkostninger og øget produktivitet samt den politiske målsætning om, at 95 pct. af regionens borgere behandles på egne sygehuse. Takststyringsmodellen er samtidig enkel og skal fremme lighedssynspunktet mellem patienter og sygehuse.

Modellen

Takststyringsmodellen afregner fra den første patient, hvilket imødekommer regeringens krav om, at 50 pct. af sygehusenes bevillinger skal takstafregnes. Aktivitetspuljen i regionen bliver fordelt ud fra produktionen det foregående år på det enkelte sygehus, dog korrigeret for virkninger af strejken 2008.

Som følge af suspenderingen af det udvidede frie sygehusvalg, er regionens takstmodel ændret for 2008. Der opereres således med en takstmodel for perioden 1.7.2008 – 1.7.2009. Modellen lægger op til honorering på 70 pct. af DRG-taksten op til baseline, 70 pct. af DRG-taksten op det enkelte sygehus' andel af den statslige meraktivitetspulje. Aktivitet derudover honoreres med 10 pct. Derudover har regionen en garantiklinik, som honoreres med 55 pct. af DRG-værdien, og som holdes udenfor takstmodellen. Der er i 2008 muligt for sygehusafdelingerne at indmelde særlige meraktivitetsprojekter som ligeledes honoreres med 55 pct. af DRG-værdien.

Sygehusenes baseline og budget i 2008 er korrigeret for konsekvensen af strejken.

I 2.halvår af 2009 afregnes aktiviteten over loftet til 55 pct, og der forventes endvidere fastsat flere differentierede takster.

Grundprincipperne for modellen er:

- Sygehuset modtager en grundbevilling på 30 pct. af grundbudgettet
- Sygehuset modtager 70 pct. af DRG-værdien fra den første patient og op til det aftalte produktionsniveau.
- Aktiviteten herudover afregnes i 1. halvår 2009 til 10 pct.

- Aktiviteten udover aftaleniveauet afregnes i 2. halvår 2009 til 55 pct. Der forventes endvidere differentierede takster på udvalgte områder for at understøtte regionens målsætning om en høj egenproduktion samt fortsat fokus på en fortsat positiv udvikling i enhedsomkostningerne.
- Garantiklinikken afregnes i hele 2009 med 55 pct. af DRG-værdien til dækning af de direkte lønomkostninger m.m. forbundet med aktiviteten på klinikken.

Produktivitet

Sygehusene er underlagt et produktivitetskrav på ca. 3 pct. årligt. Produktivitetskravet er højere end det, der er forudsat i økonomiaftalen. Dette skyldes, at regionen via blandt andet et højere produktivitetskrav, ønsker at understøtte en positiv udvikling i sygehusenes enhedsomkostninger.

Region Syddanmark

Sigtet med takststyringsmodellen

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

Modellen

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

Den planlagte aktivitet afregnes som udgangspunkt til ca. 55 pct. af de landsgennemsnitlige behandlingstakster, idet det må forventes, at behandlingen af de sidste ekstra patienter ikke koster så meget som gennemsnittet.

- Takststyringsmodellen skal ikke tilskynde til øget akutaktivitet. Derfor afregnes der ikke for ekstra akut aktivitet.
- Stationær medicinsk aktivitet 0 pct. Indlagte planlagte medicinske patienter afregnes som hovedregel ikke. Der afregnes dog med 55 pct. for ambulat medicinsk aktivitet, da man ønsker at tilskynde sygehusene til at omlægge fra indlagt til ambulat behandling på det medicinske område.
- 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.

Produktivitet

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

- For al akut aktivitet indlægges et produktivetskrav på 1 pct. årligt, dvs. baseline forhøjes med 1 pct.
- For al planlagt 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.

Region Midtjylland

Sigtet med takststyringsmodellen

Region Midtjylland har udformet sin takststyringsmodel med et generelt loft over puljeudbetalingerne for at sikre økonomisk styring.

Modellen

Takststyringsmodellen for Region Midtjylland i 2009 betyder, at al generel aktivitet bliver afregnet med 50 pct. af DRG-taksten. Stationær medicinsk aktivitet afregnes med 0 pct. af DRG-taksten. Med hvert sygehus er der aftalt et aktivitetsniveau, som aktiviteten bliver afregnet op til. Producerer sygehuset mere aktivitet end det aftalte aktivitetsniveau, er der ingen afregning for denne meraktivitet, der er dermed et loft for produktionen. Dog gælder afregningsreglerne fra takststyringsmodellen i 2008 i tilfælde af mindreaktivitet. Det betyder, at hvis et hospital ikke opnår det aftalte aktivitetsniveau, så skal hospitalet aflevere 50 pct. af mindreaktiviteten tilbage.

Grundprincipperne for modellen er:

- Al generel aktivitet op til det aftalte aktivitetsniveau bliver afregnet med 50 pct. af DRG-taksten
- Leverer sygehuset mindre aktivitet end aftalt, bliver hospitalet modregnet 50 pct. af DRG-værdien for mindreaktiviteten

Produktivitet

Sygehusene i Region Midtjylland er underlagt et samlet produktivitetskrav på 2,5 pct. Produktivitetskravene er differentieret for hospitalerne for 2009, således at de mest produktive hospitaler vil få et produktivitetskrav på 2,3 pct., mens de mindre produktive hospitaler vil få et produktivitetskrav på 2,7 pct.

Region Nordjylland

Sigtet med takststyringsmodellen

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

Modellen

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

Grundprincipperne for modellen er:

- Sygehusene modtager en grundbevilling til dækning af de faste omkostninger.
- Der afregnes fra første patient med en afregningsgrad på 70 pct. indtil et aftalt kontraktniveau.
- Meraktivitet ud over kontraktniveauet afregnes til 20 pct. DRG-værdi.
- Særlig pulje til hjemtrækningsprojekter som en mere langsigtet satsning. Projekterne afregnes til omkring 60 pct. af DRG-værdien.
- Særlig pulje til finansiering af meraktivitetsprojekter inden for de politisk prioriterede særlige indsatsområder. Meraktivitetsprojekterne afregnes til 70 pct. DRG.

Produktivitet

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

Kapitel 4.

Regionernes anvendelse af private leverandører

En betydelig del af de regionale opgaver – også på sundhedsområdet – udføres af private leverandører.

Denne analyse præsenterer omfanget af privatudførte opgaver i regionerne, herunder regionernes køb af privatproducerede varer.

Konklusionerne i analysen er:

- På sundhedsområdet fik regionerne i 2007 udført driftsopgaver hos private leverandører for 24,1 mia. kr. Det svarer til 29,9 pct. af regionernes udgifter på området. De privatudførte opgaver består for godt halvdelen af diverse tjenesteydelser, entreprenør- og håndværkerydelser. Den anden halvdel består af praksissektoren, dvs. praktiserende læger og speciallæger mv., der er organiseret som selvstændige erhvervsdrivende og små private virksomheder.
- Regionerne køber derudover i stort omfang varer fra private leverandører. Varekøb udgjorde samlet set 11,7 mia. kr. i regionerne i 2007. Det svarer til, at der på driftsområdet samlet set entres med private svarende til 35,8 mia. kr., det vil sige 44,4 pct. af driftsudgifterne på sundhedsområdet.
- Inden for regional udvikling anvendes langt hovedparten af regionernes udgifter på private leverandører. Eksempelvis går de fleste af udgifterne til kollektiv trafik til betaling af private operatører. Samlet set anvendtes i 2007 private leverandører og operatører for ca. 1,1 mia. kr. svarende til 76 pct. af de samlede udgifter på hele det regionale udviklingsområde.

- Social- og specialundervisningsområdet er et særligt område for regionerne, idet regionerne her selv fungerer som leverandører til kommunerne. Dermed kan regionerne ikke viderelicitere selve serviceydelsen til private. Til regionernes egen opgaveudførelse anvendes dog private ydelser. I 2007 udgjorde de 0,3 mia. kr. Køb af privatproducerede varer udgjorde ca. 0,4 mia. kr.
- Inden for fælles formål og administration anvender regionerne private leverandører i form af tjenesteydelser samt entreprenør- og håndværkerydelser for 0,8 mia. kr. Køb af privatproducerede varer udgjorde ca. 0,2 mia. kr. De samlede udgifter udgjorde i 2007 ca. 2,1 mia. kr.
- Regionernes udgifter på anlægsområdet går primært til private i forbindelse med investeringer i bygninger og medicoteknik udstyr. I 2007 udgjorde de samlede anlægsinvesteringer 2,7 mia. kr., heraf 2,3 mia. kr. på sundhedsområdet.

1. Baggrund

På det kommunale område er der udarbejdet et indeks for, i hvor høj grad der anvendes private leverandører i produktionen af serviceydelser. Indekset kaldes Det Private LeverandørIndeks (PLI). PLI viser andelen af kommunernes brug af private i forhold til den andel af den samlede opgaveløsning, som i princippet kan varetages af private.

Denne analyse tager udgangspunkt i de principper, der anvendes i den kommunale PLI, men tilpasset regionale opgaver. Der tages således højde for den særlige karakter, som den primære sundhedssektor i regionerne har, dvs. at klinikkerne i praksissektoren (praktiserende lægers, speciallægers, tandlægers mv.) er funderet på privatretligt grundlag og derfor er private erhvervsdrivende, som udfører sundhedsopgaver. Det svarer i en vis udstrækning til, at private sygehuse udfører opgaver for regionerne enten i form af udbud eller gennem det udvidede frie valg.

Sædvanligvis tages der i opgørelser af anvendelse af private leverandører højde for, at nogle opgaver ikke må udføres af private, eksempelvis afholdelse af valg eller den politiske betjening. På sundhedsområdet er der en

række sygehusedelser eller -funktioner, der ikke må udføres andre steder end på offentlige sygehuse. Det gælder f.eks. en række specialiserede behandlinger og uddannelse af læger. Det er ikke muligt gennem budget- og regnskabssystemet at definere omfanget af disse områder. Men hvis man kunne korrigere herfor, ville andelen af de privatudførte opgaver i forhold til de opgaver, der potentielt set kan varetages af private, alt andet lige være højere, end hvad de er beregnet til i denne analyse.

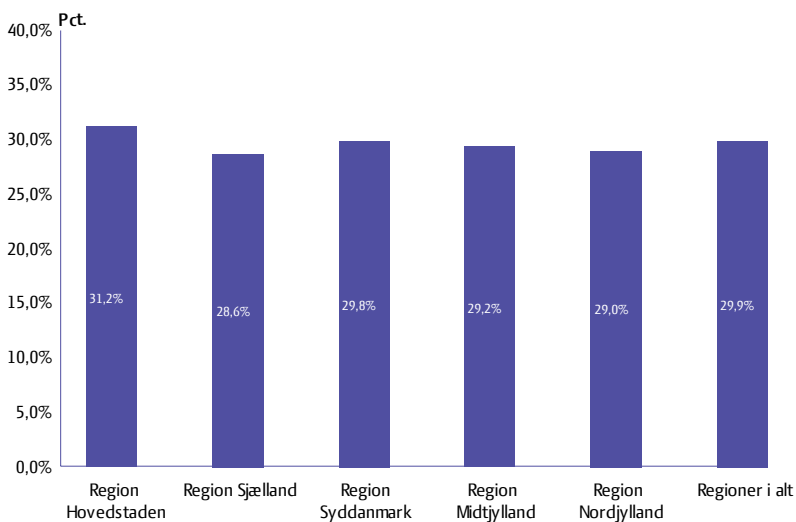
Rent teknisk opgøres de privatudførte opgaver ved at opgøre udgifterne til tjenesteydelserne samt entreprenør- og håndværkerydelser og sætte dem i forhold til de samlede regionale driftsudgifter til lønninger, tjenesteydelser, entreprenør- og håndværkerydelser samt varekøb. På sundhedsområdet indgår også udgifter til ydelser udført hos praktiserende læger, speciallæger, tandlæger mv., som rent konteringsmæssigt betegnes som overførsler.

2. Omfanget af privatudførte opgaver på sundhedsområdet

Regionernes udgifter på sundhedsområdet i 2007 omfatter privatudførte opgaver for 24,1 mia. kr. i form af tjenesteydelser, entreprenør- og håndværkerydelser samt opgaver udført i praksissektoren. Når lønninger og varekøb medregnes udgør de samlede regionale sundhedsudgifter i 2007 80,6 mia. kr. Dermed udgør andelen af privatudførte opgaver i 2007 29,9 pct. af de samlede udgifter varierende fra 31,2 pct. i Region Hovedstaden til 28,6 pct. i Region Sjælland, jf. figur 1.

Figur 1.

Andel af privatudførte opgaver på sundhedsområdet i 2007



Kilde: Danmarks Statistik

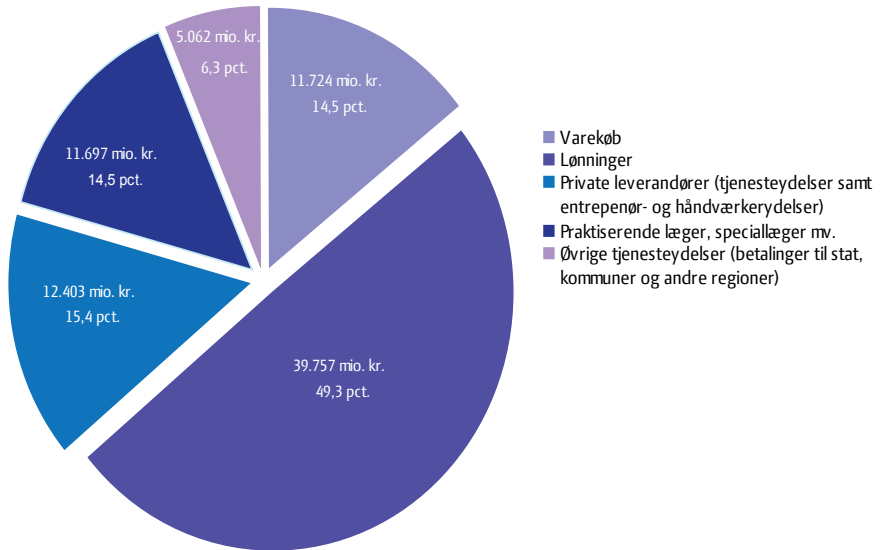
Anm.: Ydelserne i praksissektoren indgår og omfatter ydelser leveret hos praktiserende læger og speciallæger, herunder udgifter til profylaktiske svangerundersøgelser, lægeundersøgelser af børn, vaccinationer. De omfatter endvidere specialiseret tandplejetilbud, tandlægebehandling, fysurgisk behandling, kiropraktor, fodterapeuter og psykologbehandling.

Det skal bemærkes, at udgifter til private i forbindelse med IT-udgifter, konsulentydelse, kantineydelse mv., hvor funktionerne deles mellem sundhedsområdet og de øvrige områder i regionerne, ikke indgår. Disse indgår i stedet for under området "fælles formål og administration", jf. afsnit 4.

Andelen af privatudførte opgaver er ikke et samlet udtryk for omfanget af anvendelsen af privatproducerede varer eller ydelser. I figur 2 er de forskellige udgiftstyper i regionerne vist. Det ses, at ud over de 24,1 mia.kr. som udføres af private, køber regionerne også varer hos private leverandører svarende til 11,7 mia. kr. på sundhedsområdet. Det betyder, at der samlet set entreres med private svarende til 35,8 mia. kr. i 2007 på driftsområdet. Dvs. at ca. 44,4 pct. af driftsudgifterne på sundhedsområdet bruges på betaling for varer og tjenesteydelser til private.

Figur 2.

Fordeling af regionernes udgifter i regnskab 2007 på udgiftstyper på sundhedsområdet



Kilde: Danmarks statistik

3. Omfanget af privat udførte opgaver på det regionale udviklingsområde

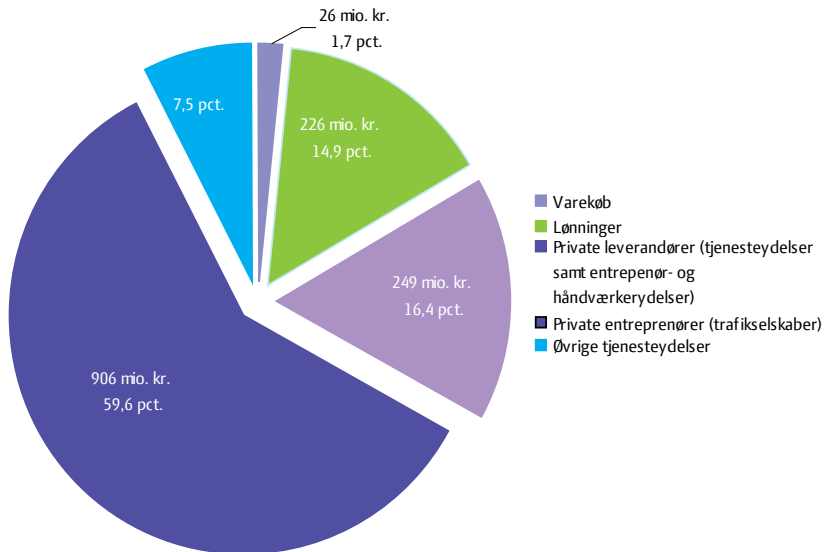
Det største udgiftsområde på området for regional udvikling er tilskud til trafikskelskaberne, som i 2007 udgjorde 906 mio. kr. Langt den største del af dette tilskud går til betaling af private entreprenører. En lille del af udgifterne går til administration af trafikskelskaberne samt øvrige driftsområder.

På miljøområdet anvender regionerne også i stor udstrækning private leverandører. Af de samlede udgifter på 304 mio. kr. i 2007 går 191 mio. kr. - eller ca. 63 pct. - af udgifterne til private leverandører i form af tjenesteydelser samt entreprenør- og håndværkerydelser.

Samlet set anvendtes i 2007 ca. 1,2 mia. kr. på området for regional udvikling til private leverandører, herunder til private entreprenører i den kollektive trafik. Når varekøb medregnes, er der ikke tale om en markant stigning, eftersom at omfanget af varekøb er begrænset på området for regional udvikling.

Figur 3.

Fordeling af regionernes udgifter i regnskab 2007 på udgiftstyper på området for regional udvikling



Kilde: Danmarks Statistik

4. Omfanget af privatudførte opgaver på øvrige områder

Social- og specialundervisningsområdet er et særligt område for regionerne. Her fungerer regionerne selv som leverandører til kommunerne. Principielt er regionerne i konkurrence med kommunernes egne tilbud og diverse private leverandører (typisk selvejende institutioner).

I regionernes egen opgaveudførelse anvendes dog også private ydelser svarende til ca. 315 mio. kr. i 2007 og privatproducerede varer for ca. 380 mio. kr. ud af samlede udgifter på 4,6 mia. kr.

På området for fælles formål og administration, som omfatter de understøttende funktioner til regionernes øvrige tre områder, anvendes samlet set private leverandører svarende til ca. 760 mio. kr. Derudover køber regionerne privatproducerede varer for 195 mio. kr. Samlet set anvendes ydelser eller varer fra private for knap 1,0 mia. kr. ud af de samlede fællesudgifter på ca. 2,1 mia. kr.

5. Hvilke ydelser købes hos private?

Langt hovedparten af de ydelser, som regionerne køber hos private, vedrører udlicitering af understøttende funktioner til serviceydelserne. Det drejer sig om rengøring, vaskeri, kantine, vedligeholdelse af grønne anlæg, håndværkerydelser mv.

Dertil kommer udgifter til behandling af patienter enten hos private sygehuse og i praksissektoren. I 2007 havde regionerne eksempelvis udgifter til behandlinger hos private sygehuse på ca. 750 mio. kr. Dette antages i 2008 at være steget med ca. 50 pct.

Fælles for opgaverne i praksissektoren og på private sygehuse er, at opgaverne udføres på baggrund af en kontrakt med regionerne. Kontrakten for private sygehuse er indgået i form af enten de centralt aftalte takster gennem det udvidede frie valg eller regionernes egne udbud af sundhedsydelser. Kontrakten med speciallæger, praktiserende læger mv. sker ligeledes gennem centrale aftaler med Danske Regioner. På nogle områder er speciallæger også omfattet af kontrakten/aftalerne under det udvidede frie valg.

Regionerne anvender på visse områder i stigende grad kontroludbud, dvs. udbud, hvor regionens egne enheder kan byde på opgaverne, hvis de mener, de er konkurrencedygtige i forhold til andre leverandører. Derved afprøves markedet, før der træffes valg om, at opgaverne udføres internt.

6. Anvendelse af private i kommuner og staten

Der er endnu ikke udarbejdet indikatorer for anvendelsen af private leverandører for regionernes vedkommende. For kommunerne og staten er der tidligere foretaget en række forskellige opgørelser heraf. Tabel 1 viser forskellige indikatorer for anvendelsen af private i den offentlige opgavevaretagelse. Det skal bemærkes, at de forskellige indikatorer ikke direkte kan sammenlignes med hinanden, dels fordi de opgøres på forskellige måder, dels fordi der er forskel på de opgaver, staten, regionerne og kommunerne udfører.

Tabel 1.**Forskellige indikatorer for opgørelse af anvendelse af private i den offentlige opgavevaretagelse**

Indeks/udgiftsandel (år for opgørelse)	Regioner	Kommuner	Stat
Privatudførte opgaver i regionerne i 2007 på sundhedsområdet (2007)*	29,9		
Kommunal PLI (2007)		23,6	
Kommunal konkurrenceudsættelsesindikator (2007)		23,7	
Kommunal udliciteringsgrad (2006)		12,1	
Statslig udliciteringsgrad (2005)			25

Anm.: Der er ikke udarbejdet en samlet andel af privatudførte opgaver for hele det regionale område. Konkurrencestyrelsen, velfærdsministeriet samt Danske Regioner undersøger mulighederne for at udarbejde et decideret indeks for konkurrenceudsættelse i på det samlede regionale område (IKU).

For kommunerne er der opgjort et Privat LeverandørIndeks (PLI) og en såkaldt Indikator for KonkurrenceUdsættelse (IKU), som i 2007 udgjorde henholdsvis 23,6 pct. og 23,7 pct. Til forskel fra PLI er der i IKU taget højde for, at kommunerne på nogle områder selv har vundet opgaven på konkurrenceudsatte områder.

Derudover opgøres en udliciteringsgrad, som senest er opgjort i 2006 til 12,1 pct. Modsat den kommunale PLI og IKU tager den kommunale udliciteringsgrad ikke højde for, at nogle kommunale områder ikke må udliciteres, ligesom der ikke i tilstrækkeligt omfang tages højde for privat udførte opgaver på momsfrigitte områder.

På det kommunale område holdes eksempelvis udgifterne til den politiske organisation og udgifter i forbindelse med en række regionale udviklingsopgaver ude af opgørelsen for PLI og IKU.

På det statslige område er der i 2005 opgjort en udliciteringsgrad på 25 pct.

Kapitel 5.

Aktivitet i sygehusvæsenet – hvem bruger sygehusene mest?

Sundhedsvæsenet er i hele den vestlige verden præget af stor vækst. Ny teknologi muliggør nye og flere behandlinger og efterspørgselen efter det gode og sunde liv er voksende i befolkningerne.

Også de danske sygehuse gennemfører flere og flere behandlinger – både under indlæggelser og ved ambulante besøg. Samtidig er sygehusene blevet mere effektive, og derfor har aktiviteten kunnet stige mere end udgifterne.

Flere danskere var i kontakt med sygehusvæsenet i 2007 end nogensinde før. Men det er ikke jævnt fordelt. Produktionsværdien for over-60 årige er ca. fem gange så stor som for personer i aldersgruppen 0-19 år. Endvidere kan det konstateres, at kvinder har et højere forbrug af ydelser i sygehusvæsenet end mænd, og at forbruget, primært på grund af graviditet, fordeler sig forskelligt over et livsforløb.

I det følgende analyseres de seneste års vækst i forbruget af sygehusedelser, og det undersøges, hvilke aldersgrupper mv. der i særlig grad bruger sygehusene.

Analysens hovedkonklusioner er følgende:

- Den samlede produktionsværdi for det somatiske sygehusvæsen udgjorde i 2007 ca. 48 mia. kr. Det svarer til, at der siden 2005 har været en vækst på ca. 11 pct. i den samlede produktionsværdi. Udgiftsvæksten har dog kun været ca. 7 pct., idet der samtidig har været en høj produktivitetsudvikling.
- Der var ca. 1,1 mio. indlæggelser og 8,7 mio. ambulante besøg i 2007. De indlagte patienter stod for ca. 60 pct. af produktionsværdien i sygehusvæsenet og det ambulante område for ca. 40 pct. i 2007.

- Bl.a. som følge af mere effektive behandlingsforløb har den enkelte patient gennemsnitligt flere kontakter til sygehusvæsenet (f.eks. flere kontrolbesøg). Men samtidig er der flere patienter, der er i kontakt med sygehusvæsenet. I 2007 var ca. 2,3 mio. danskere i kontakt med sygehusvæsenet, hvilket er en stigning på 4,3 pct. i forhold til 2005.
- Omkring 50 pct. af den samlede produktionsværdi i det somatiske sygehusvæsen vedrørte i 2007 personer over 60 år. Regionernes enhedsudgifter pr. borger over 65 år var i 2007 ca. 25.000 kr.
- Kvinderne havde flest indlæggelser i 2007, ca. 595.000 mod mændenes ca. 492.000. Også på det ambulante område stod kvinderne for flest besøg i 2007. Kvinderne havde således ca. 4,8 mio. ambulante besøg og mændene ca. 3,9 mio. Dette skyldes blandt andet besøg i forbindelse med graviditet.
- Samlet set tegner kvinderne sig for ca. 53 pct. af den samlede produktionsværdi i sygehusvæsenet.

1. Produktionsværdien i sygehusvæsenet 2005-2007

Den aktivitet, der udføres i sygehusvæsenet, værdisættes gennem DRG-systemet. DRG-systemet afspejler værdien af de patientbehandlinger, som sygehusene udfører. I 2007 var værdien af den samlede aktivitet i det somatiske sygehusvæsen ca. 48 mia. kr., hvoraf det ambulante område udgjorde knap 40 pct., og indlagte udgjorde omkring 60 pct. af værdien.

Tabel 1.

Ambulant og indlagt produktionsværdi 2005-2007 i mio. kr. 2007 pris- og lønniveau

Årstal	Indlagt	Ambulant	Total	Pct. vækst	Pct. vækst	Pct. vækst
	Mio. kr.	Mio. kr.	Mio. Kr.	Indlagt	ambulant	total
2005	27.418	15.792	43.210			
2006	28.311	17.099	45.410	3,3	8,3	5,1
2007	29.480	18.514	47.993	4,1	8,3	5,7

Kilde: Landspatientregisteret

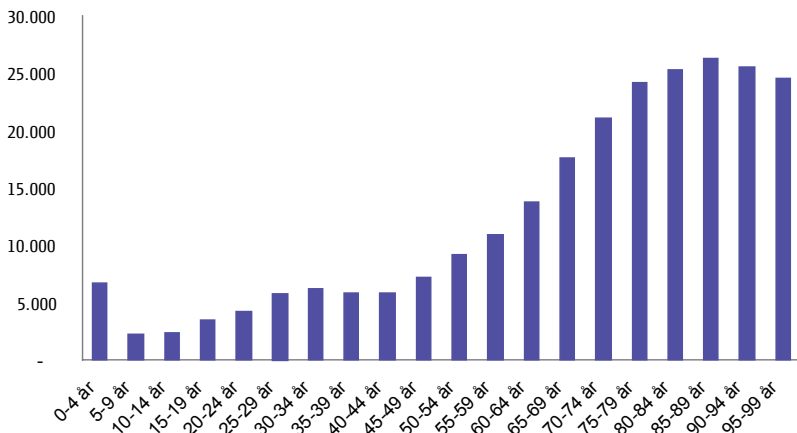
Produktionsværdien i sygehusvæsenet er steget med 5,1 pct. og 5,7 pct. i henholdsvis 2005-2006 og 2006-2007, jf. tabel 1. Det er især det ambulante område, som trækker væksten i vejret. Fra 2005-2007 er den ambulante produktionsværdi således steget med 8,3 pct. om året. At væksten har været størst på det ambulante område skyldes bl.a., at der til stadighed er flere behandlinger, som omlægges fra stationær til ambulante regi.

Siden 2005 har der været en produktivitetsvækst på 1,5-2 pct. årligt, hvilket betyder at produktionsværdien er vokset mere end udgifterne.

Ikke alle bruger sundhedsvæsenet lige meget. Der er en stor alders- og kønsforskel i brugen af sygehjælper. Således står patienter i alderen 50-84 år for godt 60 pct. af den samlede produktionsværdi i sygehusvæsenet, jf. figur 1. Aldersgruppen 60-64 årige er den aldersgruppe, der står for den største produktionsværdi af alle aldersgrupper inddelt i 5 års intervaller.

Figur 1.

Samlet produktionsværdi i sygehusvæsenet i 2007 opdelt på aldersgrupper justeret for indbyggere i den givne aldersgruppe i 1.000 kr.



Kilde: Landspatientregisteret

Der er også forskel på mænd og kvinders brug af sygehusvæsenet. Ud af de 2,3 mio. danskere (svarer til over hver 3. dansker), der i 2007 var i kontakt med sygehusvæsenet enten som indlagt eller ambulante patient, var der ca. 200.000 flere kvinder end mænd jf. tabel 2. Det er hovedsageligt ambulante besøg og indlæggelser i forbindelse med fødsler, der gør, at kvinder bruger sygehusvæsenet mere end mænd.

Tabel 2.

Unikke personer i kontakt med sygehusvæsenet 2005-2007 i 1000 personer.

Årstal	Mænd	Kvinder	Total	Pct. vækst total
2005	1.004	1.175	2.180	
2006	1.027	1.199	2.226	2,1
2007	1.045	1.227	2.273	2,1

Kilde: Landspatientregisteret

Antallet af personer i kontakt med sygehusvæsenet steg fra 2005-2007 med 4,3 pct. Væksten er større end den generelle befolkningsudvikling, som har ligget under 0,5 pct. Væksten viser, at en stigende andel af befolkningen er i kontakt med sygehusvæsenet.

Omfanget af kontakter med sygehusvæsenet er også forøget for den enkelte patient. Det kommer til udtryk ved, at den gennemsnitlige produktionsværdi pr. patient er steget med 6,5 pct. fra 2005 til 2007.

Tabel 3.

Samlet produktionsværdi pr. patient i kontakt med sygehusvæsenet for 2005-2007

Årstal	Mænd	Kvinder	Total	Pct. vækst mænd	Pct. vækst kvinder	Pct. vækst total
2005	20.031	19.641	19.821			
2006	20.645	20.179	20.394	3,1	2,7	2,9
2007	21.401	20.861	21.110	3,7	3,4	3,5

Kilde: Landspatientregisteret

2. Mænd og kvinders brug af sygehusedydelser

I følgende afsnit uddybes og analyseres forskelle mellem mænd og kvinders brug af sygehusvæsenet. Hovedkonklusionerne er, at:

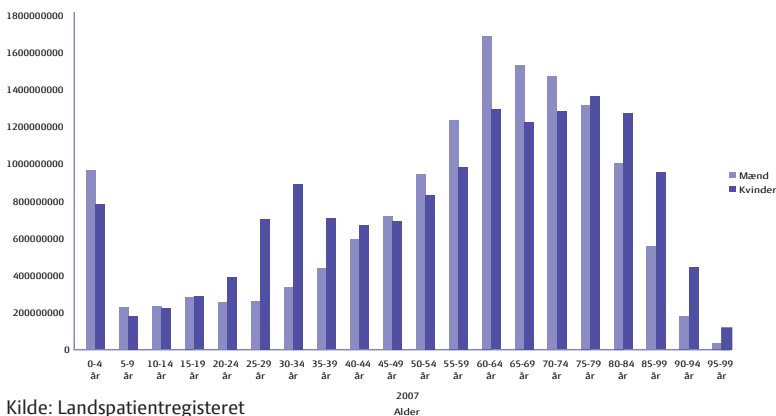
- Den gennemsnitlige produktionsværdi for indlagte var højere for mænd end for kvinder i 2007. Produktionsværdien for indlagte er 29.000 kr. for mænd og 26.500 kr. for kvinder.
- Den gennemsnitlige ambulante produktionsværdi for kvinder var en smule højere end for mænd i 2007. Produktionsværdien er 2.100 kr. for mænd og 2.150 kr. for kvinder.
- Kvinderne havde flest indlæggelser i 2007. Antallet af indlagte kvinder var ca. 595.000, mens antallet af indlagte mænd var ca. 492.000. Dette svarer til omkring 16 pct. flere indlæggelser af kvinder end mænd.
- Kvinderne havde flest ambulante besøg i 2007. Kvinderne havde ca. 4,8 mio. ambulante besøg og mændene ca. 3,9 mio.

Behandling under indlæggelse

Som det fremgår af figur 2, topper værdien af den sygehusbehandling, kvinderne modtager både i alderen 25-29 år og 60-79 år, hvor det for mændene sker omkring 60-74 år. Udsvinget i produktionsværdi for kvinder mellem 25-39 år skyldes fødsler.

Figur 2.

Produktionsværdien for indlagte patienter i 2007 fordelt på alder og køn



Kilde: Landspatientregisteret

Den gennemsnitlige produktionsværdi for indlagte er dog samlet set højere for mænd end for kvinder, jf. tabel 4, svarende til en forskel på 13 pct.

Tabel 4 viser også, at den gennemsnitlige produktionsværdi i perioden 2005-2007 er steget fra 26.093 kr. til 27.120 kr. pr. person. Stigningen kan bl.a. skyldes, at en del af den lettere behandling, der tidligere er foregået under indlæggelse, er omlagt til ambulans behandling. Det vil sige, at noget af den billigere aktivitet ikke længere sker under indlæggelse, hvormed den tilbageværende og overvejende dyrere indlagte aktivitet trækker den gennemsnitlige værdi op.

Tabel 4.

Gennemsnitlig produktionsværdi pr. indlæggelse i 2005-2007 i kr.

Årstal	Mænd	Kvinder	Total	Total stigning i pct.
2005	27.429	24.974	26.093	
2006	27.905	25.109	26.383	1,1
2007	28.915	25.635	27.120	2,8

Kilde: Landspatientregisteret

Der er hvert år flere kvinder indlagt end mænd. I 2007 blev ca. 595.000 kvinder indlagt, mens 492.000 mænd blev indlagt, jf. tabel 5. At kvinder næsten havde 100.000 flere indlæggelser end mænd i 2007, men samtidig gennemsnitlig udgør en lavere produktionsværdi, jf. tabel 3, skal bl.a. ses i lyset af, at værdien af fødsler gennemsnitligt ikke er så høj, som de behandlinger mænd får foretaget, når de er indlagt. Denne fortolkning understøttes af, at kvinder i alderen 20-39 er indlagt mere end mænd i denne alder, jf. figur 3.

Tabel 5.

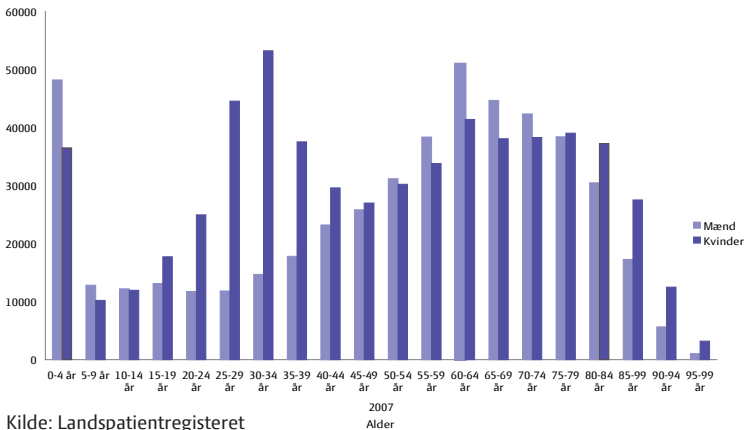
Indlagte fordelt på kvinder og mænd 2005-2007

Årstal	Mand	Kvinde	Total	Total stigning i pct.
2005	478.975	571.804	1.050.779	
2006	489.089	583.978	1.073.067	2,1
2007	492.146	594.860	1.087.006	1,3

Kilde: Landspatientregisteret

Figur 3.

Indlagte patienter fordelt på kvinder og mænd opdelt efter alder i 2007



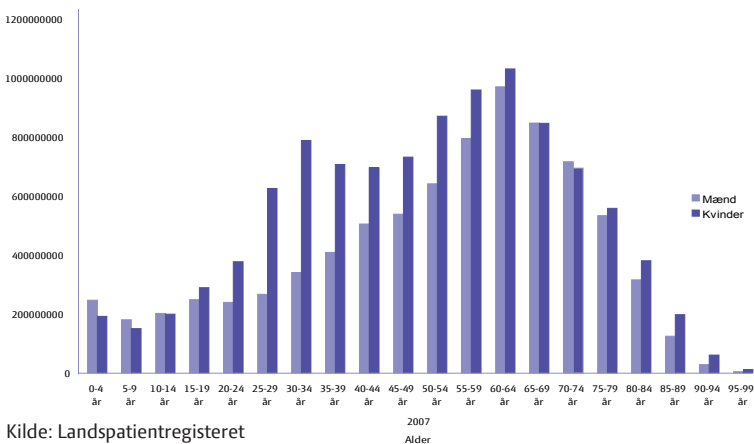
Kilde: Landspatientregisteret

2.2 Værdien af ambulans behandling

Produktionsværdien for det ambulante område fordeler sig stort set ligesom for det stationære område. Der er igen to udsving for kvinder og et for mænd, jf. figur 4. På det ambulante område har kvinder i de fleste aldersgrupper den største produktionsværdi. Første top er igen omkostninger relateret til graviditet, og anden top er omkring 60-64 års alderen, hvor produktionsværdien også topper for mænd.

Figur 4.

Ambulant produktionsværdi fordelt på køn og alder i 2007



Kilde: Landspatientregisteret

Tyngden af de ambulante behandlinger er steget med 4,2 pct. fra 2006 til 2007. Tyngden af en behandling er et udtryk for, hvilke og hvor mange ydelser der leveres i forbindelse med patientkontakten. Hvis tyngden stiger, betyder det, at der udføres flere ydelser under besøget, og/eller at kompleksiteten af behandlingen stiger. Tallene afspejler en udvikling, hvor langt mere udføres ambulantly end tidligere. Hospitalsindlæggelserne bliver både færre og kortere, hvilket er til gavn for patienterne.

Tabel 6.

Ambulante besøg fordelt på kvinder og mænd 2005-2007

Årstal	Mand	Kvinde	Total	Total stigning i pct.
2005	3.581.382	4.384.908	7.966.290	
2006	3.753.966	4.628.883	8.382.849	5,2
2007	3.885.570	4.826.750	8.712.320	3,9

Kilde: Landspatientregisteret 10. juni 2008

Den aldersmæssige fordeling af de ambulante besøg viser næsten samme mønster som for sygehusudskrivingerne. Dog har kvinder flere ambulante besøg end mænd i alle aldersgrupper undtagen i børne- og ungdomsårene og blandt de 65-69 årige.

Kapitel 6.

Aktivitet og udgifter i psykiatrien

I gennem de seneste 20 år har psykiatrien i Danmark ændret sig markant. Udviklingen i behandlingsformer og lægemidler har gjort det muligt i større omfang at erstatte indlæggelse med ambulante behandling og samtidig varetage behandlingen i patientens vante sociale omgivelser. Det har styrket patientens inddragelse og skabt fokus på patientens ansvar for eget liv.

I dette kapitel gives der er indblik i den udvikling, psykiatrien har gennemgået de seneste år, og konklusionerne er følgende:

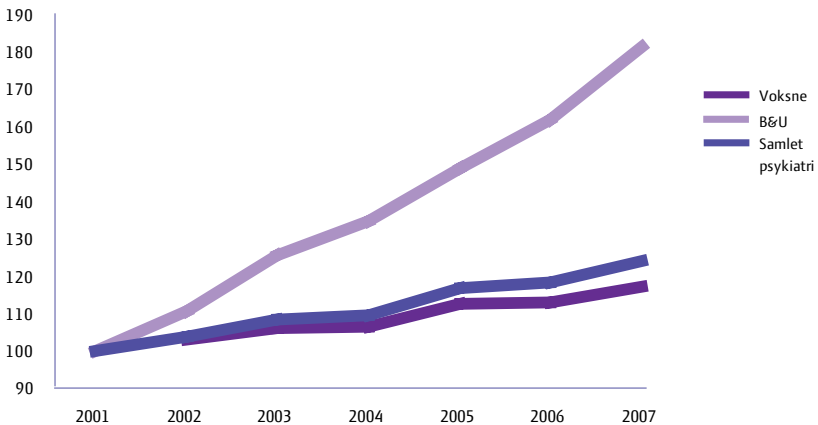
- Antallet af personer i behandling inden for psykiatrien er, i perioden 2001-2007, steget med 24 pct. samtidig med, at udgifterne til psykiatrien siden 2000 kun er steget med 7,7 pct. Udgifterne inden for somatikken i samme periode steget med 33,2 pct. - svarende til over 4 gange så meget.
- Psykiatrien har, som somatikken, gennemgået en udvikling hvor flere patienter behandles ambulant. Siden 1998 er antallet af ambulante ydelser steget med 20 pct. og antallet af sengepladser er faldet med 20 pct.
- I perioden 1998-2007 er andelen af enestuer, i forhold til det samlede antal sengepladser, steget fra 43 pct. til 89 pct.
- Psykiatrien har i flere år været præget af lange ventelister, men gennem det seneste år ses et fald i ventelisterne. For børne- og ungdomspsykiatrien er faldet på 8,9 pct. og for voksenpsykiatrien 4,7 pct.
- Psykiatrien har stort set det samme antal ansatte i 2007 som i 2002, selv om udviklingen viser, at flere personer bliver behandlet, at udgiftsudviklingen har været lav, og at ventelisterne begynder at falde.

1. Antal personer i behandling

Siden 2001 er antallet af personer i behandling inden for det psykiatriske område steget markant. Antallet af personer i behandling inden for hele psykiatrien er i perioden 2001-2007 steget med 24 pct. Således var der i 2001 ca. 90.000 personer i behandling, mens antallet i 2007 var steget til ca. 120.000 personer.

Figur 1.

Udviklingen i antal personer i behandling. Indeks 100



Kilde: Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2007/ Danske Regioners nøgletals-database.

Den signifikant største stigning er sket inden for det børne- og ungdomspsykiatriske område, hvor antallet af personer i behandling er steget med 82 pct. fra 9.740 i 2001 til 17.688 i 2007.

Voksenpsykiatrien, som udgør størstedelen af den samlede psykiatri, har også øget antallet af personer i behandling. Antallet af personer i behandling er i perioden steget med 17 pct. fra 80.284 i 2001 til 93.942 i 2007.

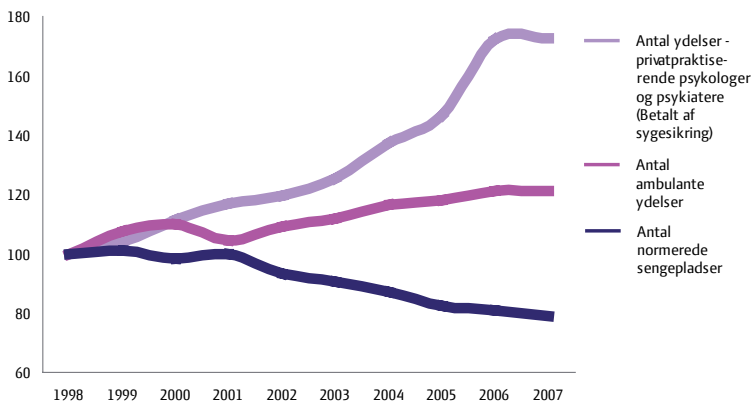
2. Kapacitet

Siden 1998 er antallet af sengepladser faldet med 20 pct., mens antallet af ambulante ydelser er steget med ca. 20 pct. Det afspejler psykiatriens målsætning om, at mest mulig behandling bør foregå i patientens nærmiljø.

Samtidig er brugen af private ydelser steget markant, så der i dag benyttes 75 pct. flere private ydelser end for 10 år siden.

Figur 2.

Aktiviteter i psykiatrien 1998-2007. Indeks 100



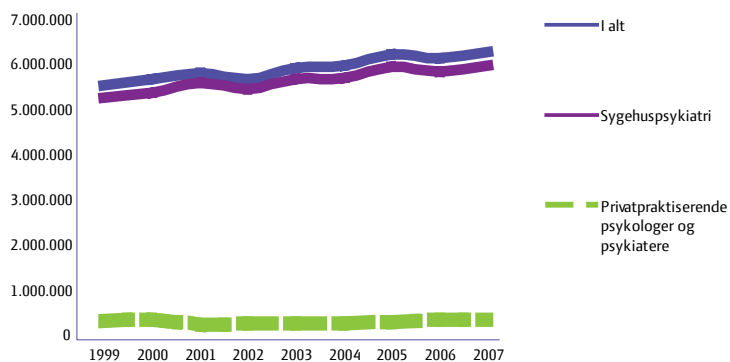
Kilde: Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2007/ Danske Regioners nøgletals-database.

3. Udgifter

Sammenholdt med den markante stigning i antallet af personer i behandling, har udgiftsniveauet haft et forholdsmæssigt lavt væksth niveau.

Figur 3.

Regionernes samlede nettodriftsudgifter til psykiatrien 1999-2007

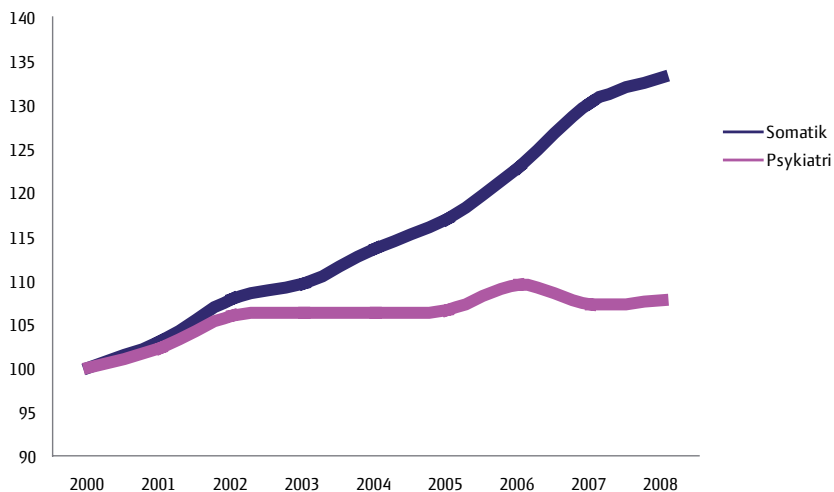


Kilde: Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2007.

Mens antallet af personer i behandling i perioden 2001-2007 er steget med 24 pct., er stigningen i udgifterne i samme periode kun steget med 8 pct. – altså kun en tredjedel. Sammenlignes psykiatrien med somatikken, viser der sig en betydelig forskel i den økonomiske udvikling.

Figur 4.

Den økonomiske udvikling i psykiatrien og somatikken. Indeks 100



Kilde: Danske Regioners nøgletalsdatabase

I perioden 2000-2008 er stigningen i nettoudgifterne til det psykiatriske sygehusvæsen steget med ca. 8 pct. I samme periode er nettoudgifterne til det somatiske sygehusvæsen steget med ca. 33 pct.

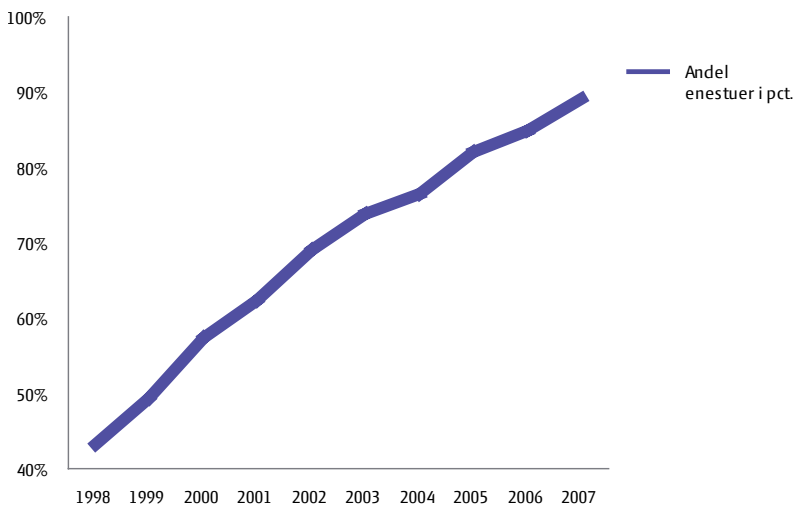
Det vil altså sige, at stigningen i tilførslen af midler til somatikken over de seneste 8 år, er over 4 gange så høj som stigningen i tilførslen til psykiatrien.

4. Enestuer

Udviklingen i andelen af enestuer inden for psykiatrien har over de seneste ti år gennemgået en positiv udvikling.

Figur 5.

Udvikling i andelen af enestuer i forhold til det samlede antal sengepladser



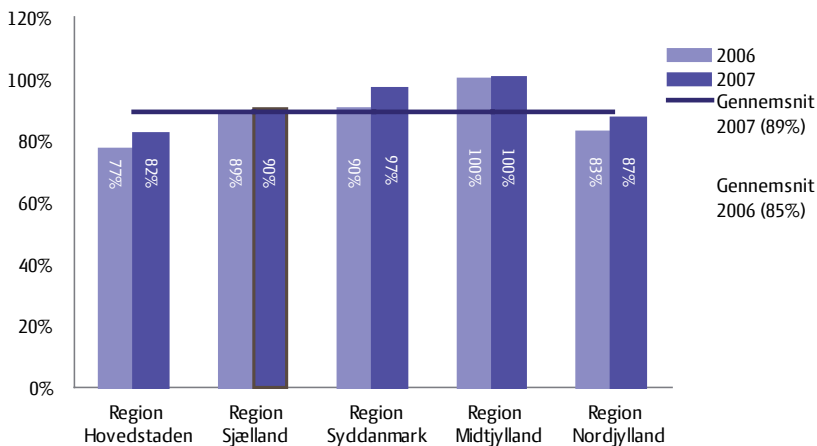
Kilde: Danske Regioners nøgletalsdatabase.

Siden 1998 er andelen af enestuer inden for psykiatrien steget fra 43 pct. til 89 pct. i 2007. Ønsket om en dækningsprocent på 100 er i regionerne enten indfriet eller tæt på at være indfriet.

Ser man på andelen af enestuer i de enkelte regioner, fremgår det, at alle senge i Region Midtjylland er enestuer og Region Syddanmark mangler kun 3 pct. Trods forskelle mellem regionerne er en positiv udvikling gennemgående.

Figur 6.

Andelen af enestuer i forhold til det samlede antal sengepladser i de enkelte regioner



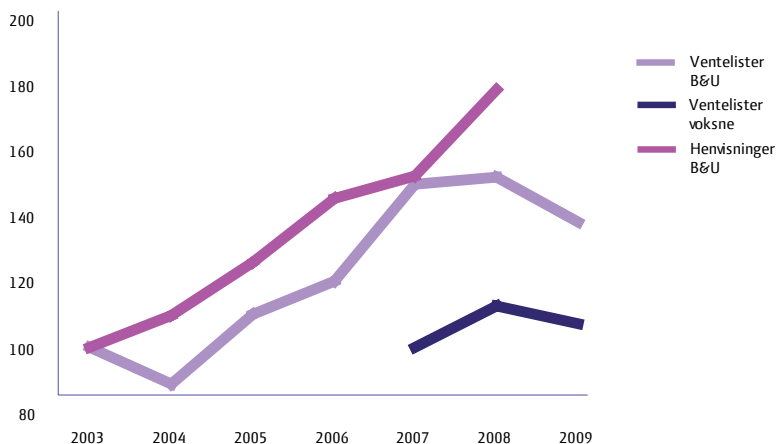
Kilde: Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2007

5. Ventelister og ventetid

På trods af, at både regionerne og amterne igennem en årrække har øget kapaciteten og aktiviteterne på psykiatriområdet, har det tidligere ikke været muligt at følge med den stadigt stigende efterspørgsel. Det har ventelisterne i børne- og ungepsykiatrien været et udtryk for.

Den udvikling er nu vendt. På trods af en udvikling med et stigende antal personer i behandling og et stigende antal henvisninger, er det inden for det seneste år lykkedes at få knækket ventelistekurven. Det gælder såvel inden for børne- og ungepsykiatrien, hvor ventelisten er faldet med 8,9 pct., som inden for voksenpsykiatrien, hvor ventelisten er faldet med 4,7 pct.

Figur 7.
Udvikling i ventelisterne. Indeks 100



Kilde: Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2007/ Danske Regioners nøgletalsdatabase /Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed 2008 (Sundhedsstyrelsen)

Mere om ventelister

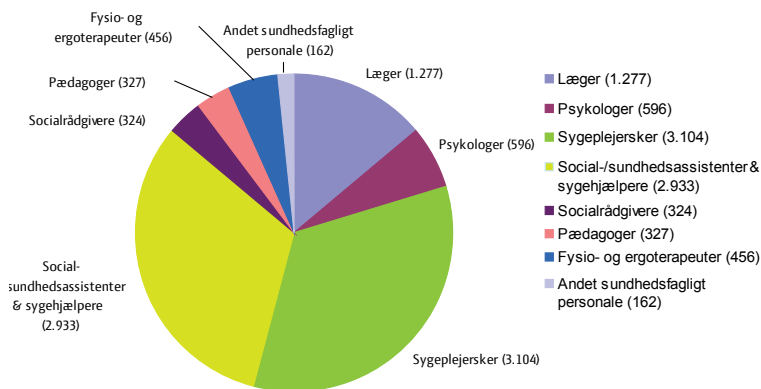
Pr. 1. marts 2009 stod 2.629 børn og unge med et akut behov for undersøgelse/behandling på venteliste til børne- og ungdomspsykiatrien. Samtidig stod 4.334 voksne med et akut behov for undersøgelse og/eller behandling på venteliste til voksenpsykiatrien.

Pr. 1. august 2008 fik psykisk syge børn og unge ret til at lade sig undersøge hos en privatpraktiserende psykiater eller privathospital, såfremt ventetiden i det offentlige oversteg 2 måneder. Pr. 1. januar 2009 omfatter denne ret også behandling.

6. Personale

Psykiatrien består ikke kun af læger og sygeplejersker. Psykologer, social- og sundhedshjælpere- og assistenter, socialrådgivere, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter og andet sundhedsfagligt personale udgør over halvdelen af den samlede stab.

Figur 8.
Personalefordelingen

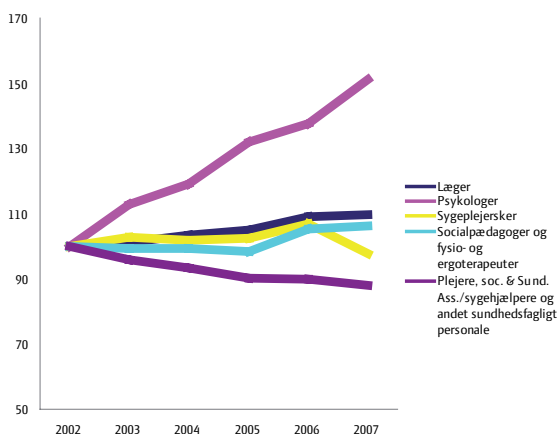


Kilde: Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2007.

Manglen på personale udgør en betydelig udfordring i forhold til en udbygning af tilbuddene i psykiatrien. Det skyldes bl.a., at det er svært at få medicinstuderende og yngre læger til at vælge specialt.

Dog er psykologstaben blevet udbygget betydeligt igennem årene, mens udviklingen i antallet af ansatte inden for de resterende personalegrupper har haft en mere moderat udvikling.

Figur 9.
Udvikling i antal ansatte i de forskellige personalegrupper. Indeks 100



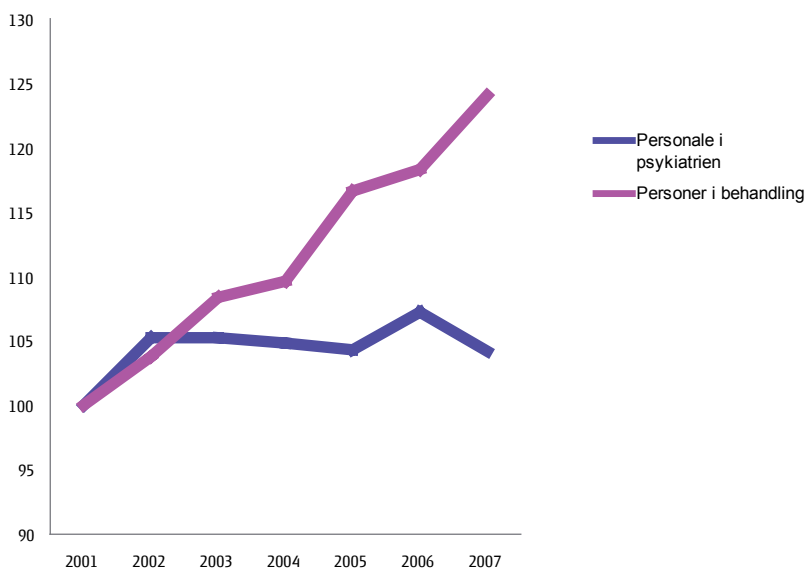
Kilde: Danske Regioners nøgletalsdatabase.

I perioden 2002-2007 er psykologstaben udvidet med 51,3 pct. Stigningen har især fundet sted indenfor børne- og ungdomspsykiatrien. I samme periode er antallet af læger udvidet med 9,6 pct.

Sammenlignes udviklingen i antallet af personer i behandling med udviklingen i mængden af personale, viser der sig en betydelig forskel.

Figur 10.

Udvikling i personale og antal personer i behandling. Indeks 100



Kilde: Danske Regioners nøgletalsdatabase.

Personale dækker over alle personalegrupperne inden for psykiatrien.

I perioden 2001-2007 er den samlede personalemængde inden for psykiatrien steget med 4 pct. Denne udvikling skal ses i forhold til, at der i samme periode er kommet 24 pct. flere personer i behandling. Stigningen i antal personer i behandling har altså været 6 gange så høj som stigningen i personalemængden.

Set over en årrække har psykiatrien præsteret en ganske betydelig udvidelse i behandlingskapaciteten for en relativt beskedent øget udgift. Aktivitetsstigningen er især sket i børne- og ungdomspsykiatrien. Den stigende produktivitet ses bl.a. ved, at antallet af patienter siden årtusindskiftet er steget med 25 pct. Denne udvikling er gennemført samtidig med, at antallet af personale har været næsten konstant, og at ventelistekurven ser ud til at være knækket.

Kapitel 7.

En teknisk beregning af sundhedsvæsenets rekrutteringsudfordring frem mod 2015

Faglige organisationer, forskere og regeringen har alle offentliggjort prognoser for, hvor meget personale sundhedsvæsenet vil mangle om nogle år i takt med, at store årgange er på vej ud af arbejdsmarkedet. Rekrutteringsudfordringen vurderes vidt forskelligt afhængigt af hvilke forudsætninger, der anvendes – især vedrørende fremtidens behov for sundhedsydelser.

Danske Regioner har nedenfor udarbejdet en mekanisk fremskrivning af rekrutteringsudfordringen, der på efterspørgselsiden tager udgangspunkt i, at den måde regionerne personalemæssigt har imødegået udgiftsvæksten i sundhedsvæsenet historisk set, også vil være gældende i fremtiden.

Sådanne fremskrivninger kan risikere at overvurdere udfordringen, blandt andet fordi organisationer finder løsninger når de står i en vanskelig situation, som man ikke kan forudsige på forhånd.

Men fremskrivningerne kan bruges til at pege på hvor stort behovet for løsninger er, til at sammenligne mulige løsninger, samt vurdere hvor effektive de vil være til at løse de kommende udfordringer.

Med udgangspunkt i de seneste overenskomster og trepartsaftalerne er der derfor analyseret nogle mulige håndtag, som kan medvirke til at imødegå fremtidens udfordringer. Konklusionerne er:

- Den historiske udvikling viser, at når sundhedsudgifterne er steget med 1 pct. er beskæftigelsen i sundhedsvæsenet steget med 0,27 pct. med en vis differentiering mellem de enkelte faggrupper. Udviklingen for læger har stort set svaret til udgiftsudviklingen, mens anvendelsen af øvrigt plejepersonale har været faldende.

- I et scenarium med en fortsat høj udgiftsvækst, som de seneste 5 år, vil regionerne i 2015 mangle godt 6.000 personer; blandt sygeplejersker i størrelsesordenen 3.800, i lægegruppen som helhed ca. 1.400, andet sundhedsfagligt personale ca. 400 og ca. 500 plejepersonale, f.eks. social- og sundhedspersonale.
- Går sundhedsvæsenet omvendt ind i en lavvækstperiode ¹⁾, svarende til f.eks. udviklingen i 1980'erne med en gennemsnitlig årlig vækstrate på lige under 1,0 pct., vil der være en sygeplejerskemangel i 2015 på under 1.000 personer og en mangel på andet sundhedsfagligt uddannet personale i størrelsesordenen 100 personer.
- En analyse af den relative påvirkning af alternative veje til at imødegå den personalemæssige udfordring viser, at de seneste tiltag i overenskomsterne på det regionale område peger den rette vej. Der er et relativt stort potentiale i initiativet om deltidsansattes mulighed for at gå på fuldtid og i de seniorpolitiske ordninger, der giver seniorerne ret til en årlig seniorbonus i 3 år.
- Afbureaukratisering og mere fleksibel opgavevaretagelse har umiddelbart et stort potentiale for at imødekomme en del af udfordringen. Konkret hvor stort afhænger af hvilket ambitionsniveau, der anlægges i forhold til at frigive tid til kerneopgaverne. Hvis der eksempelvis kan frigives én time mere ugentligt til kerneopgaver for sygeplejersker vil det løse 25 pct. af rekrutteringsudfordringen i et højvækstscenarium.
- En teknisk beregning viser til sammenligning, at hvis betalt frokost afskaffes, vil alle personaleudfordringer være løst fuldt ud, godt tre gange i et fortsat højvækstscenarium og 10-15 gange i et lavvækstscenarium. Hertil kommer muligheder for at uddanne flere og tilpasse uddannelserne, der dog ikke er analyseret her.

1. Historisk udgiftsvækst og beskæftigelse i det regionale sundhedsvæsen

I perioden 2002-2006 var den årlige udgiftsvækst på det regionale sundhedsområde, ekskl. medicin, i Danmark på 3,1 pct. Ses specifikt på sygehusvæsenet har den årlige udgiftsvækst i perioden (2000-2005) været 3,0 pct.

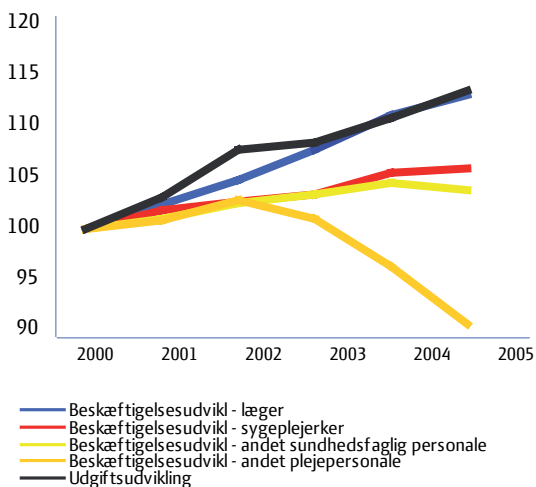
¹⁾ Et sådant lavvækstscenarium ville betyde, at udgiftsudviklingen på sundhedsområdet ville være markant lavere i Danmark end man ser i den øvrige vestlige verden.

Væksten afspejler bl.a. udvidede behandlingsmuligheder og at området har fået tilført øgede ressourcer i lyset af bl.a. øgede krav om service fra befolkningen (fokus på ventetider, kræft etc.).

Omvendt viser den historiske udvikling også, at udgiftsstigningen i sygehusvæsenet ikke afspejler sig i en tilsvarende stigning i beskæftigelsen for de enkelte personalegrupper og slet ikke ens. Dette ses af figur 1 nedenfor, hvor udgiftsudviklingen i sygehusvæsenet er sammenholdt med beskæftigelsesudviklingen for de enkelte faggrupper i perioden 2000-2005.

Figur 1.

Udgifts- og beskæftigelsesudvikling i det offentlige sygehusvæsen i perioden 2000-2005. Indeks 100



Kilde: Sundhedssektoren i tal 2007.

Anm.: Andet sundhedsfagligt personale omfatter i dette talmateriale bioanalytikere, jordemødre, fysio-/ergoterapeuter, fodterapeuter, tandlæger, farmaceuter, beskæftigelsesvejledere, defektricer, farmakoner, lægesekretærer og øvrige med sundhedsfaglig uddannelse. Andet plejepersonale omfatter sygehjælpere, social- og sundhedsassistenter, plejere og plejhjemsassistenter, radiografer.

Det ses, at der i perioden er en generel stigning i beskæftigelsen for alle faggrupper, dog med en betydelig differentiering faggrupperne imellem og med undtagelse af plejepersonale. Den samlede beskæftigelse i det offentlige sygehusvæsen er steget med 0,27 pct., når udgifterne er steget med 1 pct. Dette varierer dog meget mellem de forskellige faggrupper, og hænger sammen med den generelle udvikling i sundhedsvæsenet, jf. boks 1.

Boks 1.

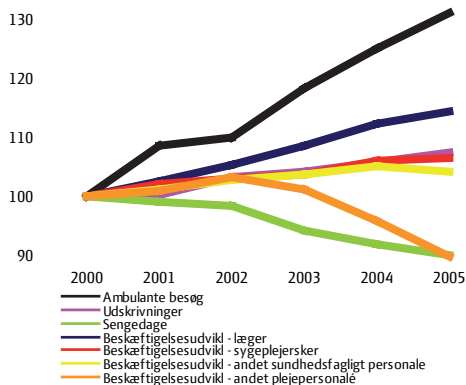
Udviklingen i beskæftigelse mellem forskellige faggrupper

Når udgifterne stiger med 1,0 pct., stiger beskæftigelsen for læger med 0,97 pct., for sygeplejersker med 0,43 pct., for øvrigt sundhedsfagligt personale med 0,27 pct., mens beskæftigelsen af plejepersonale generelt har været faldende i perioden, svarende til 0,7 pct. ved en udgiftsstigning på 1,0 pct.

Som forklaring på denne udvikling kan umiddelbart peges på, at sygehusvæsenet til stadighed bliver mere teknologi- og behandlingstungt (medicin etc.), kortere indlæggelsesforløb og mere præget af ambulante besøg, hvorved udgiftsvæksten i højere grad skal findes inden for behandlingsregimerne frem for i personaletunge ydelser, jf. figur 1.1.

Figur 2.

Aktivitets- og beskæftigelsesudvikling i det offentlige sygehusvæsen i perioden 2000-2005. Indeks 100



Kilde: Sundhedssektoren i tal 2007.

Anm.: Som i figur 1

Beskæftigelsesudviklingen for læger (blå) har ligesom udviklingen i ambulante besøg (sort) en kraftig udvikling i perioden, hvilket formentlig afspejler, at den ambulante behandling er mere lægeintensiv sammenlignet med et samlet indlæggelsesforløb.

Beskæftigelsesudviklingen for sygeplejersker (rød) og det øvrige sundhedsfaglige personale (gul) følger den mindre kraftige udvikling i udskrivninger (pink), hvilket afspejler, at andelen af sygeplejersker ansat ved sengeafsnit på sygehuse er højere. Endelig har beskæftigelsen af plejepersonale (orange) fulgt nedgangen i liggetiden på sygehuse (grøn).

2. Rekrutteringsudfordringen i regionerne med en historisk baseret efterspørgselsforudsætning

Tabel 1 viser personale manglen i regionerne frem mod 2015, hvor der på efterspørgselsiden er lagt til grund, at den historiske relation mellem udgiftsudvikling og beskæftigelsesbehov også tegner fremtiden.²⁾

På efterspørgselsiden er anlagt to udgiftsvækstscenarier. Et højvækstscenarium, svarende til udgiftsudviklingen de senere år og et lavvækstscenarium med en årlig gennemsnitlig vækst, svarende til udviklingen i 1980'erne, der repræsenterer den seneste lavkonjunktur.

Tabel 1.

Fremskrevet rekrutteringsudfordring i regionerne i 2015

Udfordring i 2015 i årsværk	Højvækst scenarium	Lavvækst scenarium ³⁾
Sundhedsvæsenet i alt	6.100	300
Sygeplejersker	3.800	950
Læger	1.400	- 700
Uddannet plejepersonale (SOSU)	400	- 50
Øvrigt sundhedsfagligt personale	500	100

Anm.: Se bilag 1

I et scenarium med en fortsat høj udgiftsvækst, som de seneste år, vil regionerne i 2015 mangle godt 6.000 personer; primært sygeplejersker i størrelsesordenen 3.800, men også i lægegruppen som helhed, ca. 1.400. Desuden vil regionerne stå med en udfordring i forhold til øvrigt sundhedsfagligt personale, hvilket dækker over f.eks. radiografer, bioanalytikere (ca. 500) og i forhold til plejepersonale, som f.eks. social- og sundhedsassistenter (ca. 400).

Går sundhedsvæsenet omvendt ind i en lavvækstperiode, svarende til f.eks. udviklingen i 1980'erne med en gennemsnitlig årlig vækstrate på lige under 1,0 pct., vil der være en sygeplejerskemangel i 2015 på under 1.000 og en mangel på andet sundhedsfagligt uddannet personale i størrelsesordenen 100 personer.

²⁾ På udbudssiden er det forudsat, at til- og afgangsmønstre til offentlig beskæftigelse inden for de enkelte faggrupper udvikler sig som i de senere år

³⁾ Et sådant lavvækstscenarium ville betyde, at udgiftsudviklingen på sundhedsområdet ville være markant lavere i Danmark end man ser i den øvrige vestlige verden.

3. Mulige tilpasninger

Der er flere veje til at imødegå den personalemæssige udfordring. Ovenstående tal peger alene på størrelsesorden af rekrutteringsudfordringen, hvis udfordringen opgøres som kravet til flere nyansatte i den offentlige sektor.

Der kan således peges på mange faktorer, der kan påvirke de fremskrevne balancer eller ubalancer inden for enkelte fag- eller uddannelsesgrupper, jf. boksen nedenfor.

Faktorer, der kan påvirke evt. ubalancer mellem udbud og efterspørgsel inden for de enkelte faggrupper, f.eks.:

- Uddannelsesvalg blandt unge
- Gennemførelsestid og frafald i uddannelsessystemet
- Tilpassede uddannelser
- Ændret tilgang til beskæftigelse inden for et givet fag, herunder bl.a. indvandrere og efterkommere og tilgang af udenlandsk arbejdskraft.
- Tilbagetrækningen blandt ældre medarbejdere
- Fastholdelsen af medarbejdere mere generelt
- Arbejdstiden for de nuværende medarbejdere
- Arbejdskraftbesparende ny teknologi eller andre forbedringer af arbejdsgangene.
- Afbureaukratisering
- Ændret opgavefordeling blandt faggrupperne
- Muligheden for at ansætte personer fra beslægtede faggrupper med relevante kompetencer, hvor rekrutteringssituationen er bedre.

For at se på mulige tilpasninger af ubalancer for de enkelte faggrupper over tid, er det undersøgt, hvorledes ubalancerne i 2015 påvirkes af forskellige mulige løsningsredskaber. Der er taget udgangspunkt i nogle af de tiltag som blev aftalt ved OK08 og i trepartsaftalerne med LO/AC og FTF i 2007.

Konkret er følgende undersøgt:

- Flere timer til deltidsansatte i OK-08: Deltidsfrekvensen halveres frem mod 2015.
- Seniorordning i OK-08: Retten til seniorbonus i tre år indebærer, at alle over 60 år bliver ét år længere. Der er taget højde for deltidsansatte
- PLUS tidsaftale i OK-08: 5 pct. af alle medarbejdere vil arbejde 40 frem for 37 timer
- Lavere sygefravær. Reduktion i sygefraværet på 20 pct. frem mod 2015
- Afbureaukratisering: Én time mere pr. måned på kerneopgaver frem mod 2015.
- Fleksibel opgavevaretagelse: Én time mere pr. uge frem mod 2015.
- Afskaffelse af betalt frokost fra 2011: Den gennemsnitlige effektive arbejdstid øges med 30 minutter dagligt for alle (2,5 time pr. uge)

I tabel 4 og 5 neden for ses, hvor meget de enkelte tiltag vil kunne imødegå rekrutteringsudfordringen for de enkelte faggrupper i henholdsvis højvækst- og lavvækstscenariet. Der er angivet det relative bidrag af de enkelte tiltag, idet antallet af realiserede årsværk ved tiltaget er sat i relation til størrelsesordenen af rekrutteringsudfordringen i tabel 1.

Tabel 4.

Eksempler på bidrag til at imødegå udfordring i højvækstscenarium

Rekrutteringsudfordring i 2015 i årsværk	Sygeplejersker 3.800	Læger 1.400	SOSU 400	Øvrigt sundhedsfagligt personale 500
Virkning af mulige tilpasninger	Pct. af udfordringen			
Deltidsfrekvens halveres frem mod 2015	44	5	168	39
Seniorpolitiske aftale indebærer at alle over 60 år bliver et år længere	41	94	291	101
PLUS tidsaftale benyttes af 5 pct	2	4	6	3
20 pct. lavere sygefravær frem mod 2015	7	4	32	9
Afbureaukratisering giver én ekstra effektiv arbejdstime månedligt	6	6	22	8
Fleksibel opgavevaretagelse 2	25	25	86	31
Til sammenligning: Betalt frokost afskaffes	251	252	862	312

Tabel 5.**Eksempler på bidrag til at imødegå udfordring i lavvækstscenarium**

	Sygeplejersker	Læger	SOSU	Øvrigt sundhedsfagligt personale
Rekrutteringsudfordring i 2015 i årsværk	950	- 700	- 50	100
Virkning af mulige tilpasninger	Pct. af udfordringen			
Deltidsfrekvens halveres frem mod 2015	176			194
Seniorpolitiske aftale indebærer at alle over 60 år bliver et år længere	164			505
PLUS tidsaftale benyttes af 5 pct	7			16
20 pct. lavere sygefravær frem mod 2015	27			45
Afbureaukratisering giver én ekstra effektiv arbejdstime månedligt	25			39
Fleksibel opgavevaretagelse	100			156
Til sammenligning: Betalt frokost afskaffes	1.005			1.561

Analysen peger umiddelbart på, at der er et stort potentiale i at anvende tiltagene i overenskomsterne, herunder både initiativet om deltidsansattes mulighed for at gå på fuldtid og de seniorpolitiske ordninger, der giver seniorerne ret til en årlig seniorbonus i 3 år.

Deltidsfrekvens halveres

I forbindelse med OK-08 har alle ansatte i regionerne fået muligheden for at overgå til fuld tid, hvis de måtte ønske det.

Eksempelvis var det i 2007 godt hver anden sygeplejerske i regionerne, som ikke arbejdede på fuld tid. Hvis det frem mod 2015 kun er godt hver 4. sygeplejerske, der arbejder på deltid, ville det kunne imødekomme 44 pct. af udfordringen i et højvækstscenarium.

Går regionerne omvendt ind i en lavvækstperiode med deraf følgende mindre beskæftigelsesbehov vil det løse udfordringen helt, hvis det frem mod 2015 kun er to ud af fem, frem for hver anden sygeplejerske, der arbejder på deltid.

For plejepersonalet vil udfordringen kunne løses isoleret set fuldt ud, hvis deltidsfrekvensen bliver halveret frem mod 2015 blandt social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, plejere etc.

Seniorordninger

I forhold til lægegruppen er det særligt seniorordningerne i OK-08, der har et potentiale, hvilket hænger sammen med, at én ud af 10 af de i alt ca. 13.000

ansatte i regionerne i 2007 var over 60 år. Hvis retten til seniorbonus i tre år kunne få dem til at blive blot ét år længere ville det stort set løse udfordringen helt, såfremt et højvækstscenarium betinger et fortsat stort beskæftigelsesbehov i regionerne.

Indenfor plejepersonalet og det øvrige sundhedsfaglige personale, hvor rekrutteringsudfordringen umiddelbart er mindre, var godt 9 pct. af de regionalt ansatte over 60 år i 2007. Bliver de ét år længere i beskæftigelse i regionerne, vil det løse rekrutteringsudfordringen helt i begge grupper.

Selvom det i sygeplejerskegruppen i regionerne "kun" er knap hver tyvende, der er over 60 år, vil det løse godt 40 pct. af udfordringen i et højvækstscenarium, hvis de bliver ét år længere i arbejde i den regionale sektor.

Sygefravær

Reduktion af sygefravær giver isoleret set et mindre løsningsbidrag i forhold til rekrutteringsudfordringen. Dog ses, at eksempelvis en reduktion af social og sundhedspersonalets fravær fra gennemsnitlig 15,3 dage til 12,2 dage, svarende til 20 pct., hvilket ville bringe den på niveau med fraværet hos sygeplejersker, ville imødegå 1/3 af den beregnede personalemæssige udfordring i et fortsat højvækstscenarium.

Med et beskæftigelsesbehov i et lavvækstscenarium ville en reduktion af sygeplejerskernes sygefravær fra gennemsnitligt 12,1 dage til 9,7 dage om året, svarende til 20 pct. frem mod 2015, løse lige under en tredjedel af udfordringen med at rekruttere tilstrækkeligt med sygeplejersker.

Afbureaukratisering og fleksibel opgavevaretagelse

Afbureaukratisering og fleksibel opgavevaretagelse har tilsvarende et potentiale for at imødekomme en stor del af udfordringen. Hvor stort potentialet er afhænger af hvilket ambitionsniveau, der anlægges i forhold til at frigive tid til kerneopgaverne.

En mere fleksibel opgavevaretagelse betyder, at flere faggrupper inddrages i opgaveløsningen, ligesom der også kan indføres nye faggrupper i sundhedsvæsenet for at løse opgaver og imødekomme fremtidens behov for arbejdskraft.

Opgaveflytning kan være vertikal, hvor læger afgiver opgaver til sygeplejersker, der afleverer opgaver til social- og sundhedsassistenter etc., ligesom opgaver kan flyttes mellem flere led, f.eks. at nogle lægeopgaver flyttes til lægesekretærer. Ved en horisontal tilgang flyttes opgaver mellem sideordnede faggrupper, f.eks. fra sygeplejersker til jordemødre eller radiografer. Dermed kan de faggrupper, hvor der er mindre eller ingen mangel, i højere grad inddrages inden for områder, hvor der opleves størst mangel. Mere fleksibel opgavevaretagelse forudsætter tilhørende kompetenceudvikling, således at opgaverne varetages på en faglig forsvarlig måde.

I det omfang der frigives i størrelsesordenen én time mere ugentligt til kerneopgaver for sygeplejersker frem mod 2015, vil det kunne løse 25 pct. af den beregnede personalemæssige udfordring i et fortsat højvækstscenarium.

Indebærer en mere fleksibel opgavevaretagelse, at også social- og sundhedspersonalet får frigivet én time ugentligt, vil det kunne løse faggruppens personaleudfordring næsten fuldt ud.

En teknisk beregning

En teknisk beregning viser også, at afskaffes betalt frokost fra 2011 – eller hvis den gennemsnitlige arbejdstid på anden vis øges med 30 minutter dagligt – vil alle rekrutteringsudfordringer være løst fuldt ud. Manglen på arbejdskraft ville være løst mere end to gange i et fortsat højvækstscenarium og 10-15 gange i et lavvækstscenarium. Dette er alene medtaget som et regneeksempel for at perspektivere udfordringernes størrelse.

Bilag 1.

Noter til tabel 1

1) Fremskrivningen af personalemangelen frem mod 2015 tager udgangspunkt i en prognose fra Finansministeriets fra juni 2008, idet det demografiske træk er trukket ud af efterspørgselssiden og erstattet af udgiftsvæksten i sundhedssektoren i hhv. 2002-2006 og 1980-1989, svarende til henholdsvis et højvækstscenarium med en gennemsnitlige årlig udgiftsvækst på 3,1 pct. og et lavvækstscenarium med en gennemsnitlig årlig udgiftsvækst på 0,9 pct.

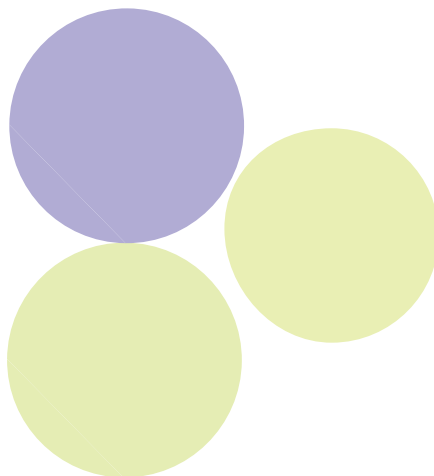
Udgiftsvæksten i højvækstscenariet er opgjort på baggrund af de amtslige driftsudgifter til sygesikring og sygehuse, ekskl. medicin i 2002-2006. Realvæksten er ikke korrigeret for meropgaver. Udgiftsvæksten i lavvækstscenariet er opgjort på baggrund af OECD tal, der omfatter de samlede sundhedsudgifter i Danmark, inkl. plejeudgifter i den kommunale sektor. De amtslige sundhedsudgifter, ekskl. medicin kan ikke på det foreliggende grundlag opgøres tilbage i tid til den periode

2) Samtidig er der taget højde for, hvordan udgiftsvæksten i sygehusvæsenet historisk er omsat i personalebehov. Til grund er lagt perioden 2000-05, hvor beskæftigelsen af læger, sygeplejersker og øvrigt sundhedsfagligt personale er steget med henholdsvis 0,97 pct., 0,43 pct., 0,24 pct. og -0,7 pct., når udgifterne er steget med 1 pct.

3) I forhold til plejepersonale er dog antaget en beskæftigelsesvækst fremadrettet, svarende til halvdelen af sygeplejerskerne. Dette ud fra en betragtning om, at regionernes primære plejepersonale udgøres af social- og sundhedsassistenter, hvis opgaver i mindre grad end plejepersonale i øvrigt er knyttet til langtidsliggere på sengeafsnittene, men også til kortere indlæggelser eller andre aktiviteter i vækst.

4) Øvrigt sundhedsfagligt personale omfatter bioanalytikere og radiografer, idet det er antaget, at personalemangelen for disse grupper svarer til sygeplejerskernes.

5) Det er ikke taget stilling til Finansministeriets forudsætninger på udbudssiden, dvs. de forudsatte tilgangs- og afgangsmønstre til offentlig beskæftigelse for de enkelte faggrupper. Der er således taget udgangspunkt i Finansministeriets forudsætninger vedr. uddannelseskapacitet (optag og færdiggørelse), forhold mellem offentlig og privat beskæftigelse, aldersprofil i den nuværende arbejdsstyrke, deltidsfrekvenser, gennemsnitlig ugentlig arbejdstid etc., der er forudsat til at udvikle sig som i de senere år.



Kapitel 8.

Indførelse af omkostningsbevillinger i regionerne

I forbindelse med oprettelsen af regionerne i 2007 blev der udviklet et særligt regionalt budget- og regnskabssystem.

Det regionale budget- og regnskabssystem har en række særlige karakteristika i forhold til det fælleskommunale system, som tidligere blev anvendt af amterne (og fortsat anvendes i kommunerne). De vigtigste er, at udgifterne på de enkelte udgiftsområder finansieres af dedikerede indtægter uden mulighed for at omprioritere, og at systemet med virkning fra 2009 er fuldt omkostningsbaseret.

I dette kapitel beskrives overgangen til et omkostningsbaseret system i regionerne og anvendelsesmulighederne og begrænsningerne i det nye system vurderes.

Blandt hovedkonklusionerne kan fremhæves:

- Regionerne har i princippet et fuldt omkostningsbaseret system fra 2009. Rammebetingelserne er dog ikke tilpasset hertil, da økonomiaftalerne med staten fortsat er udgiftsbaserede. Der er samtidig ikke fri låneadgang.
- Den manglende tilpasning af rammebetingelserne sætter begrænsninger for en optimal anvendelse af omkostningsbevillinger i styringsmæssig sammenhæng. Den manglende låneadgang kan f.eks. betyde, at regionerne forhindres i at gennemføre investeringer, som ud fra en omkostningsvurdering er rentable.
- Regionerne har påbegyndt indførelsen af lokale styringsmodeller, som er baseret på omkostningsprincipper. Region Syddanmark er vist som eksempel. Det kan konkluderes, at omkostningsbevillinger giver forskellige positive styringseffekter, selv om rammebetingelserne ikke er optimale.

- Omstillingen til omkostningsbevillinger har dog betydet ekstra administrative omkostninger og det vil tilsvarende være tilfældet i den løbende drift, så længe der fortsat skal arbejdes med både omkostnings- og udgiftsprincipper.

1. Hvad indebærer et omkostningsbaseret system?

Det fælleskommunale system, som blev anvendt af amterne indtil 2006, var i sin oprindelige form rent udgiftsbaseret. I et udgiftsbaseret system registreres udgifter og indtægter fuldt ud i det år, hvor transaktionen finder sted. Systemet fokuserer dermed udelukkende på likviditetsforbruget.

I det omkostningsbaserede system opgøres periodens ressourceforbrug, og omkostningerne periodiseres svarende til forbrugstidspunktet. Det betyder, at udgifter til investeringer og anskaffelser udgår af bevillingerne og fordeles over en årrække som afskrivninger, svarende til aktivernes levetid. Tilsvarende registreres hensættelser til f.eks. feriepenge og tjenestemandspensioner, når disse optjenes.

Formålet med at indføre omkostningsbaserede bevillinger er først og fremmest at tilskynde til en mere omkostningsbevidst adfærd hos bevilleshaverne, som får et bedre grundlag for investeringsbeslutninger og driftsøkonomiske afvejninger mellem anvendelsen af forskellige produktionsfaktorer. En ulempe er til gengæld, at bevillingsafgivelsen bliver mere uigennemskuelig, da der ikke er direkte sammenhæng mellem årets omkostninger og årets finansieringsbehov.

2. Udviklingen i de kommunale budget- og regnskabssystemer

I perioden fra 1977-2003 var det fælleskommunale budget- og regnskabssystem rent udgiftsbaseret. I 2002 besluttede regeringens koordinationsudvalg, at der skulle være en større grad af omkostningsstyring i budget- og regnskabssystemet. Det blev herefter besluttet, at der med virkning fra 2004 skulle indføres et obligatorisk anlægskartotek samt et omkostningsbaseret regnskab, som skulle aflægges ved siden af det udgiftsbaserede regnskab.

Indførelsen af omkostningsbaserede elementer i det fælleskommunale system omfattede ikke bevillingssiden og fik derfor ikke den store styringsmæssige betydning.

I forbindelse med indførelsen af det særlige regionale budget- og regnskabssystem fra 2007 blev det besluttet, at også bevillingerne skulle være omkostningsbaserede.

Fra budget 2007 har det været obligatorisk med omkostningsbaserede bevillinger på hovedkonto 2 (social), hovedkonto 3 (regional udvikling) og hovedkonto 4 (administration). Hovedkonto 2 er fuldt ud takstfinansieret af kommunerne og afregningen sker på grundlag af omkostningsbaserede takster, som omfatter afskrivninger og forrentning samt hensættelser til bl.a. tjenestemandspensioner.

Fra budget 2009 er det også obligatorisk at afgive omkostningsbevillinger på hovedkonto 1 (sundhed), som er langt det største udgiftsområde i regionerne.

Regionerne har dermed i princippet et fuldt omkostningsbaseret system med både omkostningsbevillinger og -regnskaber.

Tabel 1.**Indførelse af omkostningsprincipper i amternes og regionernes budget- og regnskabssystemer**

Periode	Omkostningsprincipper
<i>Fælleskommunalt system (1977-2006)</i>	
1977 - 2003	Rent udgiftsbaseret
2004	Obligatorisk anlægskartotek
2004	Krav om omkostningsregistrering og omkostningsbaseret regnskab (supplement til udgiftsbaseret regnskab)
<i>Regionernes budget- og regnskabssystem (2007-)</i>	
2007	Udgiftsbaseret regnskab afskaffes
2007	Omkostningsbevillinger på hkt. 2, 3 og 4
2009	Omkostningsbevillinger på hkt. 1
2009-	Rent omkostningsbaseret (men med udgiftsbaseret økonomiaftale)

Regionerne har generelt oplevet omstillingsprocessen som ressourcekrævende, men der foreligger ikke opgørelser af det samlede ressourceforbrug. Fremadrettet vil der også, så længe der fortsat indgås udgiftsbaserede økonomiaftaler, blive tale om en øget administrativ byrde, da der er behov for både at arbejde med udgifts- og omkostningsprincipper i den økonomiske styring.

3. Bevillingsstyring i regionerne

Det centrale regelsæt for omkostningsbevillinger (reguleret i Indenrigs- og Socialministeriets Budget- og Regnskabssystem for regioner) fastlægger kun, at regionsrådene skal vedtage omkostningsbaserede bevillinger.

De enkelte regioner beslutter selv, i hvilket omfang og i hvilket tempo der skal indføres omkostningsbaseret bevillingsstyring af institutionerne. Dette giver mulighed for at tilrettelægge overgangen etapevis og tilpasset de lokale forhold.

Konvertering af driftsrammen i Region Syddanmark

Region Syddanmark har som den første region konverteret driftsrammerne for de enkelte sygehuse fra 2009, så disse nu er fuldt omkostningsbaserede.

Forud for overgangen er der foregået et omfattende arbejde med at konvertere de tidligere driftsbudgetter for sygehuse til omkostningsbudgetter. Konsekvenserne for den samlede driftsramme for hovedkonto 1 (som udgiftsbaseret udgør ca. 18,3 mia. kr.) er vist i nedenstående oversigt:

Tabel 2.

Konvertering af udgiftsbaseret driftsramme for hovedkonto 1 i Region Syddanmark. Budget 2009

Anskaffelser over 100.000 kr.*	-75 mio. kr.
Udvendig vedligeholdelse *	+43 mio. kr.
Afskrivning af eksisterende og nye aktiver	+455 mio. kr.
Feriepengeforpligtelser	+38 mio. kr.
Hensættelser til tjenestemandspensioner	+93 mio. kr.
Teknisk korrektion vedrørende finansiel leasing	-46 mio. kr.
I alt korrektion	+508 mio. kr.

Anm.: * Teknisk konvertering som følge af ændret afgrænsning af investeringer ved overgangen til omkostningsbevillinger

Styringsmæssige overvejelser

Region Syddanmark har for 2009 valgt en styringsmodel, som indebærer, at bygningsinvesteringer og investeringer i apparatur prioriteres centralt, mens investeringer i inventar og geninvesteringer i apparatur prioriteres decentralt.

Princippet for investeringsrammerne er illustreret i nedenstående tabel:

Tabel 3.

Principper for investeringsrammer i Region Syddanmark. Budget 2009

Bygninger	Apparatur og inventar
Bygningsinvesteringer prioriteres centralt	Nyinvesteringer vedrørende apparatur prioriteres centralt
Ingen omflytningsadgang	Ikke automatisk omflytningsadgang
	Geninvesteringer prioriteres decentralt
	Omflytningsadgang
Løbende vedligeholdelse ~ drift	

Det er endnu for tidligt at konstatere fuldt ud, hvilke styringsmæssige gevinster overgangen til omkostningsbevillinger vil give. Men det er bl.a. forventningen i Region Syddanmark, at:

- Omkostningsbevillingerne vil øge incitamenterne til effektiviseringstiltag på institutionsniveau. Dette gælder også på områder, f.eks. nyinvesteringer i apparatur, som prioriteres centralt, idet der er mulighed for at ansøge om anskaffelser, hvis der kan påpeges effektiviseringsmuligheder.
- Behovet for reinvesteringer bliver synliggjort i højere grad end tidligere.
- Der er større fokus på rentabilitet i forbindelse med nyanskaffelser. F.eks. bliver det tydeliggjort, om anskaffelser af nyt apparatur kan bidrage til et samlet set lavere omkostningsniveau.
- Omkostningsbevillinger giver en række styringsmæssige informationer, som ikke fremgår i samme grad af en udgiftsbaseret bevillingsstyring.

Da økonomiaftalerne med staten fortsat er udgiftsbaserede, er det nødvendigt at følge op på udgiftsudviklingen ved siden af omkostningerne. Dette håndteres i Region Syddanmark ved, at institutionerne alene skal forholde sig til omkostningsbudgetterne og investeringsrammerne, mens sammenhængen til og opfølgningen på økonomiaftalerne håndteres centralt.

Den manglende låneadgang er et særligt problem, som kan betyde, at regionen forhindres i at gennemføre investeringer (f.eks. større bygningsmæssige investeringer), som ud fra en omkostningsvurdering er rentable.

Eksempel på institutionsregnskab

Omkostningsbevillinger er som udgangspunkt et mere informativt styringsinstrument end udgiftsbevillinger, idet ændringer i balanceposter (f.eks. lagerforskydninger, afskrivninger, hensættelser mv.) vil indgå i bevillingerne og opfølgningen herpå.

Dette illustreres med nedenstående forenkede eksempel, som viser et sygehusregnskab. I det udgiftsbaserede regnskab ser det ud som om, at sygehuset blot har brugt bevillingen og alt er i balance:

Tabel 4.

Udgiftsbaseret regnskab

Mio. kr.	Bevilling	Forbrug	Afvigelse
Driftsudgifter	2.000	2.000	0
Anlægsudgifter	100	100	0
I alt	2.100	2.100	0

Det omkostningsbaserede regnskab viser derimod, at sygehuset reelt har haft et underskud som følge af en række afvigelser på omkostningsposterne. I eksemplet er der brugt af varelagre, der er foretaget ekstraordinære afskrivninger på apparatur og der er optjent flere feriedage, tjenestemandspensioner og kompensationsdage end forudsat i bevillingen.

Tabel 5.
Omkostningsbaseret regnskab

Mio. kr.	Bevilling	Forbrug	Afvigelse
Driftsudgifter	2.000	2.000	0
Afskrivninger, hensættelser mv.	200	300	-100
Heraf			
Forskydninger, varelagre	0	20	-20
Afskrivninger, apparatur	90	130	-40
Hensættelser, tjenestemænd	100	130	-30
Hensættelser, feriepenge	10	15	-5
Kompensationsdage, læger	0	5	-5
I alt	2.200	2.300	-100

I eksemplet giver det omkostningsbaserede system således et bedre grundlag for økonomistyringen, idet der budgetteres og følges op på en række omkostningsposter, som ikke fremgår direkte af det udgiftsbaserede system.

4. Aftalesystemet med staten og låneadgang

Selv om regionsrådene skal vedtage omkostningsbaserede bevillinger for 2009 er økonomiaftalen for 2009 med staten fortsat udgiftsbaseret og det må forventes, at det også vil blive sådan i nogle år fremover.

Spørgsmålet om en eventuel overgang til omkostningsbaserede økonomiaftaler, hvor der indgås aftale om årets omkostninger, blev drøftet i et udvalg under Indenrigs- og Sundhedsministeriet i foråret 2007, men det blev på baggrund af drøftelserne i udvalget besluttet, at der fortsat i en periode skal indgås udgiftsbaserede økonomiaftaler.

Beslutningen herom var først og fremmest en følge af, at staten var af den opfattelse, at statens styringshensyn ikke bliver tilgodeset i tilstrækkeligt omfang i et omkostningsbaseret aftalesystem. Det blev dog besluttet, at der forsøgsvis skal opstilles omkostningsbaserede økonomiaftaler, og at erfa-

ringerne hermed senere kan danne grundlag for eventuelt at overgå til omkostningsbaserede økonomiaftaler.

Kernen i det aftalesystem, som er gældende fra 2009, er herefter, at regionerne på det aggregerede plan holdes op mod et udgiftsbaseret system, mens der på det interne plan styres med udgangspunkt i en omkostningsbaseret bevilling. Regionerne er dermed indtil videre nødsaget til at anvende et to-strengt system, hvor der både skal følges op på omkostningsudviklingen og udgiftsudviklingen. Dette er ikke nogen optimal situation og der er en risiko for, at fokus fortsat vil være på udgiftsudviklingen i stedet for omkostningsudviklingen.

Omkostningsbaserede aftalemodeller

Et fremtidigt omkostningsbaseret aftalesystem vil i princippet kunne udformes på flere måder. I et rent omkostningsbaseret aftalesystem indgås der en aftale om omkostningsniveauet og regionerne modtager et bloktilskud, som svarer til årets omkostninger. En mellemmodel vil være, at der aftales et omkostningsniveau, mens regionerne modtager finansiering, svarende til årets likviditetsforbrug.

I den rene model, hvor bloktilskuddet fastlægges ud fra omkostningsniveauet, vil en aftalemæssig forudsætning om uændret aktivitet betyde, at regionerne skal spare op eller nedbringe gæld, hvis der er forskel på omkostningsniveau og udgiftsniveau (likviditetsforbrug).

Forskellen mellem den nuværende og de to omkostningsbaserede aftalemodeller er i simplificeret form illustreret i nedenstående oversigt:



Tabel 6.

Aftalemodeller med staten med omkostningsbevillinger i regionerne

Aftalemodeller	Nuværende model	Mellemmodel	Den rene model
Aftaleindhold	Aftale om udgiftsniveau og bloktilskud ud fra likviditetsforbrug	Aftale om omkostningsniveau og bloktilskud ud fra likviditetsforbrug	Aftale om omkostningsniveau og bloktilskud ud fra omkostninger
Aftaleoverholdelse	På baggrund af likviditetsforbrug	På baggrund af omkostninger	På baggrund af omkostninger
Bloktilskud	Fastsættes med henblik på at skabe ligevægt mellem samlet likviditetsforbrug og samlet finansiering	Fast sættes med henblik på at skabe ligevægt mellem samlet likviditetsforbrug og samlet finansiering	Fastsættes med henblik på at skabe ligevægt mellem samlede omkostninger og samlet finansiering
Konsekvens af investeringsløft på 1 mia. kr.	Ramme øges med 1 mia. kr. Finansiering med lån eller bloktilskud på 1 mia. kr.	Ramme øges med forventet omkostningsstigning (150 mio. kr. ved afskrivning over 10 år og forrentning på 5 pct.) Finansiering med lån eller bloktilskud på 1 mia. kr.	Ramme øges med forventet omkostningsstigning (150 mio. kr. ved afskrivning over 10 år og forrentning på 5 pct.) Finansiering med lån eller bloktilskud på 150 mio. kr. og låneramme på 850 mio. kr.

Låneadgang

Hvis regionerne skal have optimalt udbytte af et omkostningsbaseret system vil det forudsætte, at der er låneadgang, så der frit kan prioriteres mellem investerings- og driftsmidler.

Dette er ikke tilfældet i dag, hvor lånoptagelse kun kan ske efter ansøgning til Indenrigs- og Socialministeriet. Dette begrænser de muligheder, som regionerne har for at indføre et mere omkostningsbevidst styringssystem, og kan betyde, at regionerne forhindres i at gennemføre investeringer, som ud fra en omkostningsvurdering er rentable.

Begrænsningerne vil især være knyttet til større bygningsmæssige investeringer, som ikke kan afholdes inden for bloktilskuddet og hvor der ikke kan opnås låneadgang, men vil også kunne opstå i forbindelse med større apparaturanskaffelser, som der ikke er plads til i bloktilskuddet og eventuelle lånepuljer.

