



Dato 17-08-2020

Anders Brænder Thomsen

Tel. +4521582458

Anders.Thomsen@stab.rm.dk

1-21-78-14-16

Side 1

Fordelingsnøgler population og organisering B2021

Uddybende om teknik

Region Midtjylland oplever en demografisk udvikling med en stigende befolkning, der bliver ældre og lever længere. Flere borgere har flere kroniske sygdomme og sygdomsbilledet sammen med længere levetid øger behandlingsbehovet. Udviklingen er ikke ens på tværs af regionen, hvor nogle områder oplever et større demografisk pres end andre områder. Det betyder, at bruttobudgetnøglen ikke i sig selv er den bedste måde at fordele midler til demografisk pres.

Der foreslås med budget 2021 anvendt en fordelingsmekanisme, som tager hensyn til demografisk udvikling; altså udvikling i befolkningstal og karakteristika. En sådan fordelingsmodel kaldes fremadrettet fordelingsnøgler til population og organisering på hospitalsområdet.

Arbejdet med at indføre en fordelingsnøgle til population og organisering har til dels sin baggrund i hensigtserklæringen om ny Sundheds- og hospitalsplan fra budget 2019. Det fremgår således, at *"I den forbindelse skal der udarbejdes en analyse af hospitalernes økonomi, der relaterer sig til hospitalets population, befolkningens behov ift. sundhedsydelser, hospitalets profil og relevant aktivitet."* De overordnede konklusioner fra arbejdet fremgår på side 7 og 8 i plangrundlaget for Sundheds- og hospitalsplanen, og Hospitalsudvalget blev d. 11. november 2019 præsenteret for analyserne.

I analyserne bekræftes billedet af, at borgerne fra de fem klynger omkring akuthospitalerne modtager den største del af deres akutte behandling på hospitalet i optageområdet. For planlagte behandlinger er billedet et andet. Borgerne modtager ydelser på andre hospitaler end hospitalet i deres optageområde, og hospitalerne udfører - i forskelligt, men betydeligt omfang planlagte behandlinger på borgere fra andre optageområder. Eksempelvis har alle akuthospitaler medicinske afdelinger, mens kun 2 hospitaler har øjenafdelinger.

Konkret om nøglerne

At patienterne ikke benytter ét hospital defineret af

bopælskommunen gør, at en fordelingsnøgle både skal tage hensyn til ændringer i befolkningen, og til hvordan hospitalsområdet er organiseret. Med en aldrende befolkning er det særligt akuthospitalsopgaven, der forventes at vokse, men på trods af dette skal der naturligvis stadig tages hensyn hospitalernes organisering. Det er meget vanskeligt at afgrænse præcist, og der findes ikke én rigtig metode til dette. Det er vurderingen, at bedste bud er at anvende hospitalernes aktivitetsværdi målt i DRG som målestok for tyngden og fordelingen af den opgave de løser. DRG-værdier og befolkningskarakteristika kan kombineres på flere måder. Administrationen foreslår konkret to modeller, som kan anvendes til at tildele nye midler.

A) En model som ser på væksten i opgavetyngden; det vil sige den vækst, der forventes at være på de enkelte hospitaler, når et tidligere års aktivitetsværdier omregnes med fremtidige alders- og befolkningstal. Denne model antages at tilføre midler direkte til demografisk vækst.

B) En model der ser på opgavetyngden der tager udgangspunkt i den statslige bloktilskudstildeling nedbrudt på klyngeniveau og derefter omregnet til hospitalsniveau. Omregningen til hospitalsniveau sker med andele af DRG-værdi. Denne model antages at justere marginalt på grundvilkårene for hospitalerne.

Eksempler og forklaringer 1 - a) model for vækst.

Modellen baserer sig på den fremskrivningsmetode, som blev anvendt i delanalyse 4 i analyserne til Sundheds og hospitalsplanen. I delanalysen blev aktiviteten fremskrevet til 2030 niveau, mens den foreslåede vækstnøgle fremskriver fra 2018 til 2020 niveau. I en fremskrivning af aktiviteten fra 2018 til 2020, tages der udgangspunkt i klyngerne, men der analyseres ligeledes på de respektive hospitalsenheder i Region Midtjylland. Fremskrivningen baserer sig på DRG-værdien i klyngerne i 2018. Denne divideres med antallet af borgere i klyngen og ganges til sidst med det forventede antal borgere i år 2020. Formlen er vist i figur 1.

Figur 1: formel for beregning af fremtidig forventet DRG-værdi pr. aldersgruppe.

$$\frac{\text{DRG-værdi i aldersgruppen 2018}}{\text{Antal borgere i aldersgruppen 2018}} * \text{Forventet antal borgere i aldersgruppen 2020} = \text{Beregnet DRG-værdi for aldersgruppen i 2020}$$

Herefter vægtes den nye aktivitetsværdi med de hospitaler, der leverede ydelserne. Endelig beregnes andelen af den samlede vækst på baggrund af forskellen mellem 2018 og forventet 2020.

Det konkrete regnestykke tilsiger, at Region Midtjylland vil opleve en samlet vækst på 351 mio. kr. DRG., på egne hospitaler. F.eks. er den beregnede vækst for Aarhus Universitetshospital på ca. 162,8 mio. kr. DRG, -svarende til ca. 46,3 % den samlede vækst på regionens hospitaler. Beregningerne fremgår af tabel 1.

Tabel 1: Beregnet aktivitetsvækst i Region Midtjylland til 2020 med fremskrevne befolkningstal.

DRG- værdi	2018	Forventet 2020	2018-2020	% af vækst inkl andre regioner	% af samlet vækst ekskl. andre regioner*
Regionshospitalet Horsens	1.183.976.093	1.223.627.935	39.651.842	11,00%	11,29%
Regionshospitalet Randers	1.324.255.478	1.353.423.244	29.167.766	8,09%	8,30%
Hospitalsenheden Vest	2.529.810.629	2.591.241.723	61.431.094	17,04%	17,49%
Hospitalsenhed Midt	2.481.025.858	2.539.271.568	58.245.710	16,15%	16,58%
Aarhus Universitetshospital	5.981.353.277	6.144.110.983	162.757.706	45,14%	46,34%
Andre Regioner	574.239.160	583.579.340	9.340.180	2,59%	-
Total	14.074.660.495	14.435.254.793	360.594.298	100,00%	100,00%

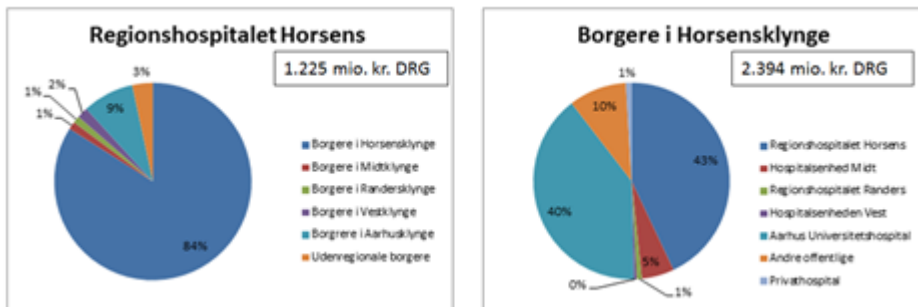
* Den beregnede vækst ekskl. RM borgeres aktivite i andre regioner er (360.594-9.340) 351.254 mio. kr DRG.

Eksempler og forklaringer 2 - b) Grundvilkår bloktilskud omregnet til klynger om kontrolleret for organisering.

Bloktilskud kontrolleret for organisering tager udgangspunkt i bloktilskudsnøglen nedbrudt på klyngeniveau i Region Midtjylland. Da hospitalernes opgaver ikke alene er fordelt efter klyngeaktiviteten, skal en nøgle tage højde omfanget af behandlinger, der forgår på andre hospitaler end nærhospitalet.

Fordelingen af aktivitet baserer sig i følgende på Region Midtjyllands borgere på somatiske hospitaler inkl. privathospitaler. Tallene er baseret på 2018 aktiviteter (Jf. Analyser til Sundheds- og hospitalsplan delanalyse 3).

Figur 1: Eksempel på aktivitetsfordeling i hhv.



Af lagkagediagrammerne fra delanalyse 3 ses f.eks. at i 2018 foregik 43% af aktiviteten på Horsensklyngens borgere på Regionshospitalet Horsens. Den øvrige aktivitetsværdi på borgere med bopæl i Horsensklyngen foregik andre steder – primært på Aarhus Universitetshospital.

I udarbejdelse af en nøgle, kan der tages hensyn til dette ved at lade fordelingen af aktivitetsværdi mellem hospitalerne udgøre en fordeling af blokknøglen. Dette er vist i tabel 2 herunder:

Tabel 2: Bloktilskudsnøgle, samt fordelinger af aktivitetsværdi(DRG) for borgere fra Region Midtjylland. Resultat i kolonnerne bliver herefter fordelingsnøgler til somatiske hospitaler. Med og uden hensynstagen til privathospitaler og andre offentlige hospitaler.

	Bloknøgle	Intern RM fordeling					Andre off.	Privathospital
		RH Horsens	HE Midt	RH Randers	HE Vest	AUH		
Horsensklynge	16,34%	43,0%	5,4%	0,8%	0,5%	39,9%	9,5%	0,9%
Midtklynge	18,17%	0,5%	61,1%	0,7%	10,8%	22,7%	2,8%	1,5%
Randersklynge	18,01%	0,5%	6,6%	45,8%	1,1%	42,5%	2,4%	1,2%
Vestklynge	21,99%	0,7%	8,2%	0,5%	66,1%	19,8%	3,6%	1,1%
Århusklynge	25,49%	3,3%	4,7%	2,9%	0,4%	84,2%	3,0%	1,5%
Hospitalsnøgle inkl. andre offentlige og privathospitaler		8,21%	16,17%	9,34%	16,85%	44,13%	4,04%	1,26%
Hospitalsnøgle ekskl. andre offentlige		8,67%	17,07%	9,86%	17,80%	46,60%		

Anvendelse i Budget 2021

Selvom de endelig vilkår først kendes senere i august, er det forventningen, at der i budget 2021 vil være råderum til at øge hospitalernes budgetter med realvækst.

Der er primært 2 årsager til, at der i budget 2021 forventes at være et råderum til at uddele realvækst til hospitalerne. Den ene er, at der er givet realvækst til den demografiske udvikling i økonomiaftalen for 2021. Det fremgår af økonomiaftalen for 2021, at: *"Den demografiske udvikling indebærer, at der i disse år kommer flere ældre og et generelt øget behandlingsbehov i sundhedsvæsenet. Med aftalen sikres der finansiering af de medfølgende udgifter, når der som følge af den demografiske udvikling kommer flere patienter."* Den anden årsag er, at udviklingen i bloktilskudskriterierne medfører, at Region Midtjylland får en større andel af bloktilskuddet. Dette skyldes, at Region Midtjyllands befolkning vokser mere end landsgennemsnittet, og at borgernes aldersmæssige sammensætning og socioøkonomiske vilkår indikerer, at behovet for sundhedsydelse i Region Midtjylland stiger mere end landsgennemsnittet.

De foreslåede fordelingsnøgler fordeler midler efter

- Den samlede estimerede opgavetyngde for hvert hospital eller
- Den forventede vækst i opgavetyngden over en kortere periode.

Det foreslås på den baggrund at kombinere de to nøgler ved at opdele realvæksten i to, så én del af realvæksten fordeles på baggrund af den samlede opgavetyngde og den resterende del fordeles på baggrund af væksten i opgavetyngden.

Nøglerne er vist i tabel 3, sammen med bruttbudgetnøglen for 2020:

Tabel 3: Tre fordelingsnøgler for somatiske hospitaler.

Hospitaler	Bruttbudget ekskl. medicin	A - Forventet vækst baseret på aktivitetsforventning v. fremtidig befolkningstal og sammensætning	B - Bloktilskudsnøgle med kontrol for organisering
Regionshospitalet Randers	7,9%	12,1%	9,9%
Aarhus Universitetshospital	48,2%	44,4%	46,6%
Regionshospitalet Horsens	7,8%	9,4%	8,7%
Hospitalsenheden Vest	17,5%	17,9%	17,8%
Hospitalsenhed Midt	18,6%	16,2%	17,1%
Total	100,0%	100%	100%

Kompleksitet og opmærksomhedspunkter

Udarbejdelse af fordelingsnøgler til at vise en ændring i et fremtidigt udgiftsbehov er meget komplekst. Det understreges derfor, at fordelingsnøglerne på hver sin måde forsøger at estimere henholdsvis vækst og grundvilkår for hospitalerne, men at nøglerne kunne være udarbejdet med andre forudsætninger og derfor også med andre resultater.

Anvendelsen af DRG-værdi som tyngdemål kan kritiseres for at være upræcis i forhold til hospitalernes forskellighed. DRG-værdien er et udtryk for en landsgennemsnitlig pris på en behandling, og de enkelte hospitalers priser kan afvige herfra grundet forskellige forhold.

Dette anerkendes ved afregning med andre regioner, hvor der indregnes en mark-up faktor, når f.eks. Aarhus Universitetshospital behandler borgere fra andre regioner. Størstedelen af denne mark-up faktor vedrører omkostningselementer (f.eks. bygningsafskrivninger og hensættelse til tjenestemandspensioner). Sådanne poster påvirker ikke driftsøkonomien og medvirker derfor ikke til en skævhed i ovenstående fordelingsnøgler. Imidlertid er der dog også udgiftsposter, som er dyrere ved højt specialiseret behandling, f.eks. forskningsudgifter. Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Midt fakturerer andre regioner for højt specialiserede behandlinger, og får indtægten herfor. Problematikken med en eventuel underestimering af tyngden i højt specialiserede behandlinger, vedrører således alene aktiviteten for midtjyske borgere, der modtager højt specialiseret behandling. Omfanget kendes ikke præcist, men det er en mindre del af de samlede behandlinger. DRG-værdien af behandlingerne er allerede indregnet, så det der kunne mangle er, alene forskellen på DRG-værdierne og de faktiske merudgifter forbundet med at udføre højt specialiseret behandling på midtjyske borgere. Anvendelse af DRG-taksterne indebærer også, at der kan være behandlinger som er billigere at udføre end DRG-taksterne tilsiger.

Teknikken i beregningerne af ovenstående nøgler giver ikke mulighed for indregning af en korrektion for f.eks. højt specialiseret behandling, men det anerkendes, at DRG-værdierne anvendt i modellen kan undervurdere tyngden i højt specialiseret behandling.

Administrationen arbejder sideløbende med at udrede, om det er meningsfuldt også at indarbejde en særskilt tilførsel vedrørende vækst i højt specialiseret behandling, som følge af den demografiske udvikling.

Fordelen ved anvendelsen af DRG-værdien er, at det er en metode til prissætning af behandling, der har været arbejdet med i næsten 20 år, og den anvendes til afregning af behandling på tværs af regioner, kommuner mm.

Der er heller ikke alle steder enighed om, at bloktilskuds-nøglen er et godt mål for sundhedstilstand. Bloktilskuds-nøglen har indarbejdet nogle elementer for at tage højde for socioøkonomiske forhold, men den er noget simpel i indikatorernes indhold. Det er således langt fra tale om helt præcise metoder. Ovenstående er dog administrationens bedste bud, og der lægges vægt på, at modellerne er dynamiske i forhold til at inddrage ændringer i den befolkning, som sundhedsvæsenet er sat i verden for at levere ydelser til. Forventningen er altså, at disse nøgler i højere grad vil tage hensyn til fordeling og udvikling i efterspørgslen på sundhedsydelser. Tidligere anvendte fordelingsnøgler, f.eks. andele af bruttobudget er udelukkende baseret på tyngden i den eksisterende organisation, og gentager således den eksisterende struktur, altså med udgangspunkt i udbuddet af hospitalsydelser.

Det skal pointeres, at der er mulighed for med de to nøgler at kombinere tildelingen af midler ved at opdele en evt. realvækst mellem de to tildelingsnøgler, og dermed understøtte behovene, som ønskes i det enkelte budgetår.

Nøglerne anvendes til tildeling af midler, som prioriteres ud af det samlede budget på sundhedsområdet. I andre sammenhænge vil det fortsat være relevant at benytte andre fordelingsnøgler f.eks. andel af bruttobudget, eller konkrete beregnede nøgler f. eks. ved tildeling af midler til kræftområdet.