

3**Redegørelse for Region Midtjyllands økonomiske situation og handlemuligheder på kort og på lang sigt.****1. Indledning.**

På baggrund af de dystre økonomirapporter november 2007 og december 2007 besluttede Forretningsudvalget den 4. december 2007, at der skal afholdes et døgnsseminar for Regionsrådets medlemmer den 29 og 30. januar 2008, hvor der bliver mulighed for en mere indgående drøftelse af Region Midtjyllands økonomiske situation og handlemuligheder på kort og på lang sigt.

Dato 24.01.2008

Per Grønbech

Tel. +45 8728 5400

pg@rm.dk

Side 1

Der er i denne redegørelse først og fremmest lagt vægt på, at fremstille de økonomiske problemstillinger og muligheder for løsninger på sundhedsområdet, idet området er præget af en betragtelig drifts- og anlægsøkonomisk ubalance, og området har altafgørende betydning for regionens økonomi.

De økonomiske problemstillinger sundhedsområdet kan sammenfattes i:

- Driftsbudgettet for det somatiske område: Forventet merforbrug på driftsbudgettet på 430 mio. kr. i 2007 og yderligere en ubalance på brutto 625/netto 570 mio. kr. i 2008. Driftsbudgettet for psykiatrien er i balance.
- På det somatiske område og psykiatriområdet er der presserende ufinansierede anlægsprojekter på i alt 68 mio. kr. i 2008. Hertil kommer et betydeligt investeringsbehov til gennemførelse af hospitalsplanen for det somatiske område og psykiatriplanen.
- Der er i 2008 budgetteret med et nettolåneoptag på 356 mio. kr., hvilket er ca. 150 mio. kr. mere end rammerne i økonomiaftalen for 2008.
- Der forventes en gennemsnitlig kassebeholdning på 650 mio. kr. i 2008, og en ultimo likviditet i 2008 på -503 mio. kr. Med de nuværende forudsætninger er der fare for, at Region Midtjylland allerede i 2008 ikke kan leve op til kassekreditreglen: "Den daglige likvide beholdning i gennemsnit for de seneste 12 måneder skal være positiv."

- Regionens økonomistyring har været vanskeliggjort af dels mangelfulde data fra sundhedsstyrelsen, dels behovet for udvikling af egne styringsværktøjer og dels manglende erfaringsgrundlag.

I afsnit 2 er der givet en nærmere beskrivelse af de driftsøkonomiske problemstillinger, og årsagerne til de økonomiske problemstillinger. Der lægges op til drøftelse af mulige løsningsmodeller vedrørende regionens overordnede økonomi. Gennemførelse af større besparelser på det somatiske område vil kræve, at der tages fat om en række styringstiltag. Styringsmuligheder beskrives, og der lægges op til en drøftelse heraf.

Investeringsbehovet på sundhedsområdet har været forelagt Forretningsudvalget den 22. januar 2008. I afsnit 3 gives en opsummering heraf.

I afsnit 4 beskrives forudsætningerne i budget 2008 for regionens låneoptag, og hvordan der kan tilvejebringes en mere varig løsning på problematikken omkring det årlige nettolåneoptag og finansieringen af renter og afdrag uden forringelse af regionens driftsbudget.

Problematikken omkring kassebeholdningen og muligheden for optagelse af ekstraordinært lån beskrives i afsnit 5.

Der er i afsnit 6 givet en beskrivelse af tilrettelæggelsen af økonomistyringen i Region Midtjylland.

Afsnit 7 indeholder en sammenligning af det danske sundhedsvæsen med den øvrige vestlige verden. Afsnittet bygger på informationer fra DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Regional Udvikling har en økonomisk udfordring på den kollektive trafik. Bortfald af refusion af dieselaftgiften for den kollektive trafik, ændret fordeling af indtægterne i taktsamarbejdet mellem trafikelskaberne og de statslige jernbaneoperatører, investeringer i Odder og Lemvig banen samt forventning om afskaffelse af muligheden for cross-border leasing af busser vil medføre et vist behov for omprioritering af indsatsen. Problemstillingen berøres kort i afsnit 8.

Der er på socialområdet en usikkerhed om kommunernes planer for 2009. Ved udgangen af 2008 udløber kommunernes aftale om ikke at gennemføre væsentlige ændringer i benyttelsen af sociale tilbud i andre kommuner eller i regionen i perioden 2007 – 2008. Der kan være kommuner, som planlægger at overtage regionale sociale tilbud eller som planlægger at erstatte regionale tilbud med egne tilbud. Ved væsentlige ændringer i regionens opgave som leverandør af sociale tilbud til kommunerne vil medføre behov for tilpas i det enkelte driftsområde såvel som i fællesadministrationen. Dette berøres kort i afsnit 9.

Denne redegørelse underbygges i den vedlagte materialesamling, hvori der er en række beskrivelser og analyser om følgende emner:

- Beskrivelse af drifts- og anlægsøkonomien i Region Midtjylland.
- Regionernes finansieringssystem og betydning for Region Midtjylland.
- Nøgletal og andet materiale, der sammenligner regionerne.
- Beskrivelse og løsningsmuligheder af Region Midtjyllands nettolåneoptag, rente- og afdragsforpligtelser samt likviditet.
- Beskrivelse og udvikling af økonomistyringen i Region Midtjylland.
- Beskrivelse af økonomien i regional udvikling.

- Beskrivelse af økonomien på socialområdet og indvirkningen på de administrative omkostninger.
- Andet baggrundsmateriale: Økonomiaftalerne mellem Danske Regioner og Regeringen for henholdsvis 2007 og 2008.
Budgetforliget for 2007 og 2008.
Økonomirapporten december 2007.
Oversigt over tillægsbevillinger i 2007.
- Artikel om lav udgiftsvækst i den danske sundhedssektor sammenlignet med den øvrige vestlige verden. Direktør og professor, Jes Søgård, DSI Institut for sundhedsvæsen.

Det bemærkes, at hele redegørelsen kan læses uafhængigt af materialesamlingen. Materialesamlingen er alene ment som et tilbud, hvis der er ønsker om uddybende beskrivelser, og som nærmere dokumentation for den overordnede beskrivelse i redegørelsen.

Der vil på døgnsseminaret være en gennemgang af redegørelsen.

Region Midtjyllands revisionsfirma KPMG har bistået med sparring og bidrag til materialesamlingen.

2. Driftsbudgettet på sundhedsområdet.

Det finansielle kredsløb for sundhedsområdet omfatter det somatiske sundhedsvæsen, behandlingspsykiatrien og 89 % af det fællesadministrative område.

2.1. Forventet driftsresultat 2007.

Det forventede driftsøkonomiske resultat opdelt på bevillingsområder 2007 er vist i tabel 1, jfr. økonomirapporten for december 2007¹.

Tabel 1. Forventet driftsøkonomisk resultat sundhedsområdet 2007.

Tal i Mio. kr.	Budget 2007	Korrigeret budget 2007 (1)	Forventet regnskab 2007	Merudgift, mindreindtægt (+)/Mindreudgift, merindtægt (-)
Det somatiske område	14.771,4	15.335,4	15.767,6	432,2
Behandlingspsykiatrien	1.158,5	1.179,8	1.174,6	-5,2
Fællesadministrationen	359,7	393,1	465,1	72
Finansiering	-16.834,4	-17.412,0	-17.382,0	30

Note 1) Incl. alle tillægsbevillinger excl. budgetoverførelser til 2008.

Der gives i det følgende en kort summarisk forklaring på tabel 1. Mere uddybende forklaringer findes i materialesamlingen, hvor der findes en gennemgang af økonomirapporteringen i 2007² samt en oversigt over tillægsbevillinger i 2007³.

2.1.1. Det somatiske område:

Der er ydet tillægsbevillinger på 564 mio. kr.²

På baggrund af amternes regnskab 2006 og økonomiaftalen for 2008 er regionernes bloktilskud for 2007 reguleret med godt 2,2 mia. kr. Region Midtjyllands andel heraf er 474 mio. kr., som er fordelt med 464 mio. kr. til det somatiske område og 10 mio. kr. til behandlingspsykiatrien.

Reguleringen skyldes først og fremmest øget behandlingsaktivitet, hvorfor den kommunale aktivitetsbetaling er forventet øget med 40 mio. kr. Budgettet til somatikken øges derfor med 504 mio. kr. (= 464 mio. kr. + 40 mio. kr.).

DUT-reguleringer for diverse lovændringer udgør 42,6 mio. kr.

Der er herudover en række mindre tillægsbevillinger på 17,4 mio. Kr.

¹ Økonomirapport december 2007 er vedlagt som bilag 10.1

² I bilag 4.1 findes en summarisk gennemgang af økonomirapporterne i 2007.

³ I bilag 4.1.1 findes en oversigt over tillægsbevillingerne.

Efter tillægsbevillinger forventes et merforbrug på 432 mio. kr., som er sammensat af følgende:

Aktivitet:

- Øget behandling af Region Midtjyllands borgere svarende til ca. 210 mio. kr.

Struktur:

- Mindre kommunal betaling til specialiseret ambulante og almindelig genoptræning på 60 mio. kr. Bemærk, at indtægter for ambulante genoptræning er budgetteret under det somatiske område på fælleskonti og ikke under finansiering, hvori indgår kommunernes aktivitetsbetaling, herunder aktivitetsbetaling for genoptræning under indlæggelse. Årsagen er, at den ambulante genoptræning er en kommunal opgave, og budgetteres som indtægtsdækket virksomhed, mens genoptræning under indlæggelse er en regional opgave.
- Merudgifter til medicintilskud på 60 mio. kr.
- Ubalance i hospitalernes budgetter på ca. 80 mio. kr.
- Merudgift til dækningsafgifter på ca. 21 mio. kr.

Den forventede merudgift er overført som en negativ tillægsbevilling til budget 2008. Endelig beslutning herom træffes i forbindelse med aflæggelse af regnskab 2007.

Afslutningsvis skal bemærkes, at konsekvenserne af aftalen mellem danske Regioner og regeringen om handlingsplan for kræftbehandling ikke indgår i ovennævnte tal. Region Midtjylland modtager i 2007 ca. 47 mio. kr. til den fremrykkede indsats. Der skønnes en tilsvarende meromkostning, hvorfor handlingsplanens økonomiske nettovirkning er lig 0.

2.1.2. Behandlingspsykiatrien:

Der er ydet tillægsbevillinger på 21,3 mio. kr.⁴

På baggrund af amternes regnskab 2006 m.v. er behandlingspsykiatriens budget 2007 øget med 10 mio. kr., jfr. bemærkning ovenfor under det somatiske område.

Der er herudover givet tillægsbevilling som følge af diverse DUT-reguleringer og en række budgetomflytninger på 11,3 mio. Kr.

Efter tillægsbevillinger forventes en mindreudgift/merindtægt på ca. 5,2 mio. kr. Dette skyldes blandt andet, at der forventes større indtægter end budgetteret i samhandlen med Region Nordjylland og mindreudgifter på grund af vakante stillinger.

Den forventede mindreudgift/merindtægt er overført som en positiv tillægsbevilling til budget 2008. Endelig beslutning herom træffes i forbindelse med aflæggelse af regnskab 2007.

2.1.3. Fællesadministrationen:

Der er ydet tillægsbevillinger på 33,4 mio. kr.⁴

⁴ I bilag 4.11 er der en oversigt over tillægsbevillingerne.

Der er tale om tillægsbevillinger til IT-systemer, som er igangsat af Århus Amt. Der er tale om tillægsbevilling til EPJ på 21 mio. kr. og LABKA på 10,6 mio. kr. samt flytning af Budgetteamet for psykiatri- og socialområdet fra Psykiatri- og Socialstaben til Fællesadministrationen.

Efter tillægsbevillinger forventes en merudgift på 72 mio. kr.

Merudgiften skyldes primært IT-området, hvor der er merudgifter på i alt 68,4 mio. kr. Der er tale om nødvendige IT-investeringer i forbindelse med etablering af en enstrengt IT-organisation.

Der er herudover merudgifter i forbindelse med strukturreformen på ca. 3,6 mio. kr. Der er tale om forpligtelser, som er henført til regionen, men som ikke har været kendte ved budgetlægningen.

Regionsrådet har den 22. august 2007 godkendt, at merudgiften finansieres af mindreudgifter til renter på 15 mio. kr. og ved øget låneoptag på 57 mio. kr.

2.1.4. Finansiering:

Der er ydet tillægsbevillinger på 578 mio. kr.⁵

Der er samlet givet en forhøjelse af bloktilskuddet og DUT-reguleringen på 537,6 mio. kr., som består af:

På baggrund af amternes regnskab 2006 m.v. er bloktilskuddet øget med 474 mio. kr., jfr. bemærkningerne ovenfor til det somatiske område. Hertil kommer øget indtægt ved den kommunale aktivitetsbetaling på 40 mio. kr.

Til finansiering af diverse DUT-reguleringer er bloktilskuddet øget med 46 mio. kr. og 18 mio. kr. til psykiatriaftaler.

Efter tillægsbevilling forventes en mindreindtægt på 30 mio. kr. Dette skyldes, at den kommunale aktivitetsafhængige betaling for genoptræning under indlæggelse forventes 30 mio. kr. under budgetteret.

Set i sammenhæng med driftsbudgettet for det somatiske område, mangler der kommunale indtægter på 90 mio. kr. til genoptræning under indlæggelse og specialiseret ambulans og almindelig ambulans genoptræning.

De 30 mio. kr. er ikke overført til budget 2008, men forudsat finansieret af kassen.

2.2 Driftsøkonomien i 2008.

Det er primært på det somatiske område, der kan forventes et betydeligt pres på driftsøkonomien i 2008. Dette afsnit indledes med et par korte bemærkninger til forventningerne til drifts-

⁵ I bilag 4.11 er der en oversigt over tillægsbevillinger

økonomien for behandlingspsykiatrien og det fællesadministrative område, mens der gives mere uddybende bemærkninger til det somatiske område.

2.2.1. Behandlingspsykiatrien:

Det forventes, at behandlingspsykiatrien også i 2008 opnår balance i driftsbudgettet. De største økonomiske problemstillinger ligger i gennemførelse af udrednings- og behandlingsretten i børne- og unge psykiatrien samt opfølgninger på psykiatriplanen.

2.2.2. Fællesadministrationen:

For fællesadministrationen forventes ligeledes balance i budgettet for 2008. Der er dog en klar forventning om, at den fortsatte etablering af en enstrengt it-organisation med en enstrengt ledelsesstruktur for hele regionen vil medføre væsentlige merudgifter også i 2008. Ved udgangen af 2007 pågår et væsentlig udviklingsarbejde med hensyn til at sikre:

- Den fulde etablering og drift af ét regionsnetværk,
- Effektiv drift af lokalnetværk i regionshusene, satellitter og de institutioner, som de centrale it-afdelinger i de gamle amter har varetaget driften af,
- Effektiv drift de fælles administrative systemer,
- Udvikling og drift af EPJ samt drift af øvrige fælles sundhedssystemer.

Der er tilrettelagt en arbejdsproces, som skal sikre en gradvis harmonisering, standardisering og samling på en række områder, som skal tilrettelægges succesivt og i et tempo, som tilgodeser hensynet til sikker drift gennem hele forløbet samt hensynet til det berørte personale.

Der er nedsat en arbejdsgruppe⁶, som dels skal udarbejde en prognose for merudgifter i 2008 samt foreslå principper for en budgetmodel, hvorefter merudgifter finansieres af alle berørte enheder centralt såvel som decentralt.

2.2.3. Det somatiske område:

Som beskrevet i afsnit 2.1 overføres en merudgift på i alt 430 mio. kr. fra 2007 til 2008 ved en negativ tillægsbevilling i budget 2008. Herudover skal det somatiske område håndtere en budgetbalance på 615 mio. kr. i 2008. Det kan her forventes, at medicingarantien vil øge bloktilskuddet for Region Midtjylland med 45 mio. kr.

Det samlede driftsøkonomiske problem i 2008 udgør 1.000 mio. kr. (= 430 mio. kr. + 615 mio. kr. – 45 mio. kr.). Beløbet er 90 mio. kr. højere end beskrevet i økonomirapporten december 2007. Dette skyldes, at Regionsrådet på samme møde besluttede at ændre på forudsætningerne for indførelse af mammografiscreening. I budget 2008 er forudsat en implementeringsperiode på 4 år, men det er nu ændret til en implementeringsperiode på 2 år. Dette medfører merudgifter på godt 90 mio. kr. i 2008.

Det bemærkes, at denne opgørelse er baseret på meget **stramme forudsætninger for udviklingen i aktivitetsniveauet med den nuværende takstmodel**. Mulighederne for aktivitetsstigning i budget 2008 inden for rammerne af den nuværende takstmodel er belyst i tabel 2.⁷

⁶ som bilag 10.10 er vedlagt kommissoriet for arbejdsgruppen.

⁷ I bilag 4.9 findes en beskrivelse af udviklingen i aktiviteten 2007-2008 samt koblingen mellem økonomiaftale og Region Midtjyllands interne budgetter.

Tabel 2. Mulighed for aktivitetsstigning i budget 2008 med den nuværende takstmodel. Aktivitetsstigning på egne hospitaler.

	Stigning i %
Forudsat aktivitetsstigning i økonomiaftalen 2008 fra R2006 – R2008	8,8
Realiseret aktivitetsstigning R2006 – R2007	5,7
Rest til aktivitetsstigning R2007 – R2008	3,1
Forudsat produktivitetskrav 2008, jfr. budgetforlig 2008	2,5
Forudsat værdi af nye aktiviteter i budget 2008	0,6
Forudsat ekstra aktivitet ved ændring af indkøringsperioden for mammografiscreening fra 4 til 2 år	1,0
Yderligere aktivitetsstigning	-1,0

Økonomiaftalen forudsætter en aktivitetsstigning på 8,8 % fra R2006 til R2008. Det forventes, at Region Midtjylland har opnået en aktivitetsstigning på 5,7 % i 2007. Dette tal bliver først endelig bekræftet i løbet af foråret 2008.

Der er hermed plads til en aktivitetsudvidelse på 3,1 % fra R2007 til R2008. Idet økonomiaftalen for 2008 forudsætter en produktivetsforbedring på 2 %, og da Regionsrådet i forbindelse med budgetvedtagelsen vedtog yderligere en ½ % produktivetsforbedring, kan det samlede produktivetskrav opgøres til 2,5 %.

Der er i budget 2008 forudsat nye aktiviteter svarende til 0,6 %. De nye aktiviteter er på kræftområdet og mammografiscreening med en indkøringsperiode på 4 år.

Med regionsrådets beslutning om at ændre indkøringsperioden for mammografiscreening fra 4 til 2 år forventes aktiviteten at stige med yderligere 1 % - svarende til 90 mio. kr.

Økonomiaftalen 2008 mellem regeringen og Danske Regioner har en formulering om: "Regeringen og Danske Regioner er enige om at tillægge det afgørende betydning, at den indgåede aftale realiseres således, at regionernes udgifter i 2008 både i budgetterne og i regnskaberne ligger inden for rammerne af aftalen."

Det samlede driftsøkonomiske problem opdeles i et 2007-problem og et 2008-problem. Tabel 3 viser den samlede driftsøkonomiske problemstilling i 2007 og 2008 opdelt på aktivitet, egne struktur problemer og fælles regionale strukturproblemer.

Tabel 3. Forventet merudgift regnskab 2007 og ubalance budget 2008.

Tal i mio. kr.	2007	2008
A. Meraktivitet	210	200
Egne strukturproblemer:		
Realisering af vedtaget besparelse	100	250
Akutforliget		15
B. I alt egne strukturproblemer	100	265
Strukturproblemer af landskarakter		
Genoptræning	90	90
Medicintilskud	60	60
C. I alt strukturproblemer af landskarakter	150	150
D. I alt (A + B + C)	460	615
E. Foreløbig finansiering:		
Kassebeholdningen	-30	
Medicingaranti		-45
F. I alt netto (D + E)	430	570

A. Meraktivitet:

Der er en **større behandling af borgere i Region Midtjylland** ud over forudsætningerne i økonomiaftalerne for 2007 og 2008. I økonomiaftalen for 2008 er der forudsat en aktivitetsstigning på 4,9 % i forhold til regnskab 2006, og der er forudsat en yderligere aktivitetsstigning fra regnskab 2007 til regnskab 2008 på 3,9 %. I alt 8,8 % fra regnskab 2006 til regnskab 2008. Aktivitetsstigningen måles på den enkelte regions egne hospitaler, dvs. inklusiv aktivitet for behandlinger for borgere i andre regioner.

For 2007 forventes det, at Region Midtjylland har en aktivitetsstigning på 5,7 % på driften af egne hospitaler, hvilket svarer til 0,8 % mere end økonomiaftalens forudsætninger. Med de forudsætninger, der ligger i takststyringsmodellen i øvrigt medfører det merudgifter for ca. 100 mio. kr.

Hertil kommer, at økonomien påvirkes af forskydninger i indtægter ved behandling af borgere fra andre regioner samt udgifter til behandling af borgere fra Region Midtjylland i andre regioner. I forhold til budgettet forventes merudgifter/mindre indtægter på 110 mio. kr.

I forhold til budgettet er køb og salg af behandlinger mellem Region Midtjylland og andre regioner reduceret med 100 mio. kr.. Der er derved opstået en ledig kapacitet, der svarer til ca. 1 % af aktiviteten. Den ledige kapacitet udnyttes af borgere fra Region Midtjylland, og dermed forventes **den samlede stigning af behandlingen af borgere i Region Midtjylland at blive 6,7 % fra regnskab 2006 til regnskab 2007.**

I 2008 er der ved indgangen af året en ubalance svarende til 200 mio. kr. Dette skyldes, dels at der er behov for at bringe balance i samhandlen med andre regioner svarende til 110 mio. kr., og dels førmtalte ændring af indkøringsperioden for mammografiscreening fra 4 til 2 år forventes at udløse en merudgift på 90 mio. kr.

Som det fremgår af tabel 2, er der nu forudsat en aktivitetsstigning fra regnskab 2007 til regnskab 2008 på 4,1 %. Dette vil være en betydelig opbremsning i forhold til aktivitetsstigningen fra regnskab 2006 til forventet regnskab 2007, som har været på 5,7 %.

B. Egne strukturproblemer

Egne strukturproblemer skal forstås, som de merudgifter, hvor problemstillingen ikke er fælles med andre regioner.

Som forudsætning for budgetlægningen for 2008 besluttede Regionsrådet, at udgiftspresset på det somatiske område skulle nedbringes med 300 mio. kr. i 2007.

Af dette beløb skulle regionshospitaler gennemføre en udgiftsreduktion på 125 mio. kr. Regionshospitalerne mangler at indfri 80 mio. kr. Beløbet er besluttet overført til 2008 som en negativ tillægsbevilling.

Herudover har regionen fået ekstra udgifter til betaling af dækningsafgifter til kommunerne, svarende til en merudgift på 21 mio. kr. Beløbet overføres til 2008 som en negativ tillægsbevilling.

I budgetforliget for 2008 forudsættes en budgetmanko på 250 mio. kr. finansieret ved:

- Et ekstraordinært produktivitetskrav på ½ %, så det samlede produktivitetskrav bliver på 2½ %. Besparelsen udgør ca. 50 mio. kr.
- Besparelser på serviceområder, vikardækning, fællesindkøb m.v. svarende til 50 mio. kr.
- Besparelse på fællesudgifter på 50 mio. kr.
- Tilvejebringelse af effektiviseringer i forbindelse med strukturplanen svarende til 100 mio. kr.

I forbindelse med akutforliget er den præhospitale indsats opprioriteret med 15 mio. kr. Beløbet er forudsat finansieret af yderligere effektiviseringer i forbindelse med strukturplanen, så det samlede krav er på 115 mio. kr.

C. Strukturproblemer af landskarakter

Mindre indtægter vedrørende genoptræning og merudgifter til medicintilskud er problemstillinger, der også viser sig i andre regioner.

I økonomiaftalerne for 2007 og 2008 er der aftalt en **medicingaranti**, hvorefter regionernes merudgifter i forhold til det forudsatte niveau kompenseres med 75 %.

Under forudsætning af at Region Midtjyllands merudgifter på 60 mio. kr. til medicintilskud svarer til landsgennemsnittet, vil der blive tale om en efterregulering på 45 mio. kr. Nettomerudgiften vil herefter være på 15 mio. kr., som skal finansieres i budget 2008.

De øvrige regioner er spurgt om deres forventninger, og alle regioner oplyser, at der forventes væsentlige merudgifter i 2007. På baggrund af de seneste økonomirapporter fra de respektive regioner forventes på landsplan et merforbrug på minimum 200 mio. kr. Under denne forudsætning vil medicingarantien udløse ca. 33 mio. kr. til Region Midtjylland. Et par regioner skriver, at de seneste vurderinger tyder på et endnu højere udgiftsniveau. På den baggrund holdes der fast i vurderingen af, at Region Midtjylland vil få 45 mio. kr. fra medicingarantien.

Der forventes mindre indtægter vedrørende **genoptræning** på 90 mio. kr. i 2007. Budgettet for 2008 er lagt på samme niveau som i budget 2007, og der skal dermed findes en løsning på et tilsvarende problem.

Der er udarbejdet en beskrivelse og analyse af genoptræningsområdet⁸, som viser, at genoptræningsområdet indeholder meget komplekse problemstillinger i forhold til registrering og afgrænsning af kommunale opgaver henholdsvis regionale opgaver, gråzoner mellem opgaver, der afregnes med 100 % af DRG-værdien henholdsvis 70 % af DRG-værdien, gråzoner mellem behandlingsopgaven og genoptræningsopgaven, som er affødt af strukturreformen. Hertil kommer, at der er stor forskel på praksis mellem regionshospitalerne og mellem kommunerne.

Dette har medført markante vanskeligheder med hensyn til at sikre en ensartet og fyldestgørende registrering. Regionshospitalerne gennemgår registreringerne i januar 2008. Det forventes, at en bedre registrering vil øge indtægtsgrundlaget i et vist omfang, som foreløbig er skønnet til 20 - 40 mio. kr. pr. år., hvor de 40 mio. kr. er et absolut maksimum.

Der er hermed en ubalance på 50 - 70 mio. kr.

Kontakter til de øvrige regioner indikerer, at Region Midtjyllands problemer omkring genoptræning også findes i de øvrige regioner, og derfor synes at være et landsdækkende problem.

I forbindelse med kommunalreformen gennemførtes en DUT-regulering vedrørende genoptræning, der skulle have svaret til de tidligere amters udgifter til genoptræning. Ubalancen i Region Midtjylland og de øvrige regioner viser, at de tidligere amters udgifter er kraftig overvurderet. Dermed er regionernes bloktilskud reduceret med et større beløb end de reelle udgifter, og kommunerne har fået overført et for højt bloktilskud.

2.3 Årsager til de økonomiske problemer på det somatiske område.

Det kan være vanskeligt at forstå, at Region Midtjylland har store økonomiske vanskeligheder, mens man i andre regioner ikke finder tilsvarende problemer.

Dette afsnit beskriver andre regioners forventninger til driftsresultatet for 2007.

Der gives en gennemgang af Amtsrådsforeningens tidligere nøgletalssystem og Indenrigs- og Sundhedsministeriets produktivitetsopgørelser. De amter, der nu udgør Region Midtjylland lå særdeles pænt i forhold til landsgennemsnittet.

⁸ Bilag 5.6 belyser problematikkerne på genoptræningsområdet.

Det er vurderet, om forklaringen til de økonomiske problemer i Region Midtjylland skal søges i regionens budgetlægning for 2007, så der utilsigtet er lagt for store budgetter ud til regionshospitalerne og administrationen. Eller om forklaringen skal søges i fordelingen af bloktilskudene for regionerne.

2.3.1. Situationen i de andre regioner:

En gennemgang af de øvrige regioners økonomirapporteringer for 2007 viser et forventet mer-/mindre forbrug, som vist i tabel 4.⁹

Tabel 4. Oversigt over regionernes forventede mer-/mindre forbrug på sundhedsområdet i 2007.

Mio. kr.	Merforbrug	Medicintilskud	Merforbrug ekskl. medicin
Region Hovedstaden	-348,0	+24,0	-372,0
Region Nordjylland	-47,0	+16,0	-62,0
Region Midtjylland	+432,0	+61,0	+371,0
Region Sjælland	+121,0	+73,0	+48,0
Region Syddanmark	+73,0	+26,0	+47,0

+ = merudgifter/mindreindtægter, - = mindreudgifter/merindtægter

Det ses, at korrigeret for merudgifter til medicintilskud, så er det kun Region Midtjylland, der har en betydelig ubalance.

2.3.2. Nøgletal fra de tidligere amter:

Amtsrådsforeningen har gennem årene udarbejdet en række nøgletalssammenligninger på de amternes forskellige opgave områder.

Hovedtallene for 2004¹⁰ vedrørende henholdsvis det somatiske sygehusvæsen, sygesikring, behandlingspsykiatri samt administration er sammenfattet i tabel 5.

Tabel 5. Uddrag af Amtsrådsforeningens nøgletalssystem på en række opgaveområder, der med strukturreformen er overført til regionerne for 2004.

	Udgift pr. indbygger		Indeks	
	Region Midtjylland ¹	Lands-gennemsnit ²	Region Midtjylland	Lands-gennemsnit
Det somatiske område	10.396	11.133	93,4	100
Behandlingspsykiatrien	770	814	94,6	100
Administrationen	771	835	92,3	100

1) Beregnet som et vejte gennemsnit i forhold til Region Midtjyllands samlede indbyggertal

2) Landsgennemsnittet er beregnet uden Bornholm

Kilde: 6.1 Notat om Amternes Nøgletal v. 4.0

⁹ I bilag 4.10 findes en uddybende gennemgang af de øvrige regionernes forventninger til mer-/mindreforbrug på sundhedsområdet I 2007.

¹⁰ bilag 6.1 gengiver hovedtallene for 2004 vedrørende somatisk sygehusvæsen, sygesikring, behandlingspsykiatri og administration.

Som det ses har de amter, der er henført til Region Midtjylland samlet set lavere udgifter pr. indbygger end landsgennemsnittet. Dette gælder både for det somatiske område, behandlingspsykiatrien og administrationen.

2.3.3. Produktivitet:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i de seneste år i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Danske Regioner udarbejdet opgørelser over produktiviteten i sygehussektoren.

Produktiviteten i sundhedsvæsenet måles ved det relative forhold mellem DRG-værdien af behandlingerne på sygehusene og de omkostninger, der medgår til behandlingerne.

Der beregnes et produktivitetsindeks, hvor landsgennemsnittet sættes til 100. Regioner, der har et produktivitetsindeks på over 100 har højere produktivitet end landsgennemsnittet, idet regionen kan producere mere DRG-værdi for samme omkostningsbeløb, eller sagt på en anden måde producerer den samme DRG-værdi for færre omkostninger.

Produktivitetsniveauet i perioden 2004 til 2006 er vist i tabel 6¹¹.

Tabel 6. Regionernes produktivitetsniveau.

Indeks 100 = landsgennemsnit	Produktivitetsniveau		
	2004	2005	2006
Region Hovedstaden	97	97	99
Region Sjælland	101	99	98
Region Syddanmark	101	102	104
Region Midtjylland	107	106	103
Region Nordjylland	93	94	92
Region Hele landet	100	100	100

Kilde: "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, tredje delrapport", december 2007

Tallene viser, at Region Midtjylland har et produktivitetsniveau på over landsgennemsnittet og indtil 2005 den højeste produktivitet. Førstepladsen som den mest produktive region må i 2006 overlades til Region Syddanmark.

Region Midtjylland har i 2006 en højere aktivitetsstigning end landsgennemsnittet, men en endnu højere stigning i omkostningerne end landsgennemsnittet, hvilket er baggrunden for det faldende produktivitetsniveau. Til illustration af følsomheden i produktivitetsmålingerne kan bemærkes, at havde Region Midtjyllands omkostninger været "kun" 56 mio. kr. lavere, havde regionen delt førstepladsen med Region Syddanmark.¹²

Som det fremgår af tabel 6 har der været væsentlige forskelle i produktivitetsniveauet mellem regionerne. Det må forventes, at forskellene i nogen grad vil blive udlignet over tid. Dels vil marginalomkostningerne være stigende efterhånden som kapacitetsudnyttelsen nås, og det må forventes, at regioner med højt produktivitet har en bedre kapacitetsudnyttelse end regio-

¹¹ I materialesamlingens bilag 6.2 er redegjort for tallene I den seneste landsdækkende produktivitetsopgørelse samt årsagerne til Region Midtjyllands resultater.

¹² Materialesamlingens bilag 6.2, side 7.

ner med lavt produktivitetniveau. Dels er de økonomiske vilkår alene bestemt af økonomiaftalerne mellem regeringen og Danske Regioner, og der er ikke mulighed for omprioritering i forhold til andre opgaveområder.

2.3.4. Interne forklaringer på budgetubalancen i Region Midtjylland:

Der er gennemført følgende vurdering af, om der i forbindelse med budgetlægningen er sket en utilsigtet høj budget tilførslen:

- Udviklingen fra amternes regnskab 2006 til budget 2007 for det somatiske hospitalsområde og primær sundhed (sygesikringsområdet) er belyst. Behandlingspsykiatrien er udeladt af analysen.
- Administrationsbudgettet er sammenlignet med andre regioners administrationsbudgetter.
- Genoptræningsområdet.

Det skal understreges, at førstnævnte analyse er meget vanskelige at gennemføre, dels fordi regionen er sammensat af to næsten hele amter og to opdeltede amter, dels fordi opgavefordelingen er ændret efter strukturreformen, og dels fordi bevillings-, konterings- og registreringspraksis i de 4 amter har været forskellig.

Sammenligning af administrationsbudgettet er vanskelig på grund af forskellige afgrænsninger og opgavevaretagelse i de 5 regioner.

Genoptræningsområdet er vanskelig at belyse på grund af en voldsom kompleksitet, jfr. bemærkningerne i afsnit 2.2.

I de analyser der er gennemført, er der intet, der tyder på, at budgetoverliggeren er sat for højt i forhold til niveauet i de gamle amter og under hensyntagen til den ny opgavefordeling og realvæksten i økonomiaftalen for 2007.

2.3.4.1. Udviklingen fra regnskab 2007 til budget 2008 på det somatiske område.

Ved fastlæggelse af driftsbudgettet for 2007 på det somatiske område har der været to grundlæggende forudsætninger:

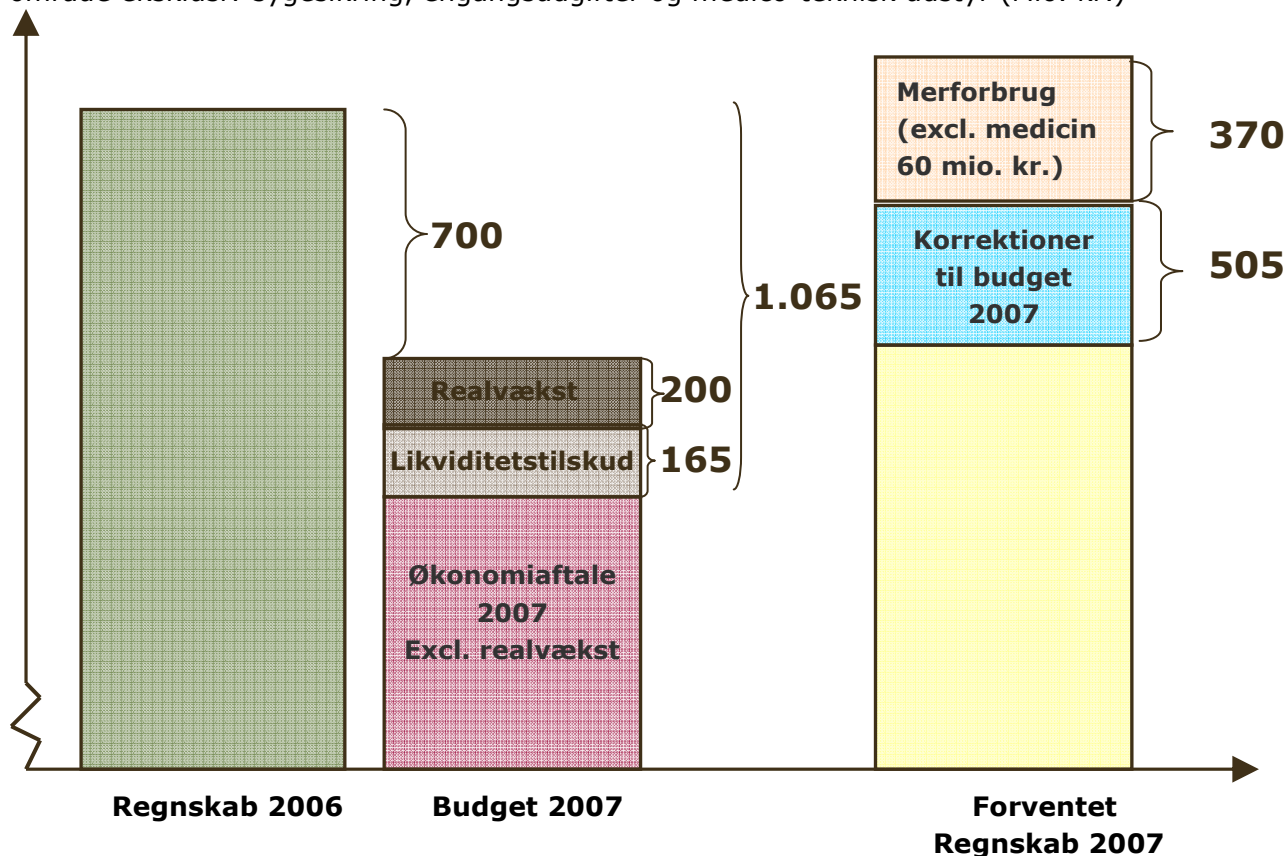
- Udgifterne til sygesikring er budgetteret på det niveau, der ligger til grund for økonomiaftalen 2007 mellem regeringen og Danske Regioner.
- Budgetrammerne for sundhedsvæsnets øvrige driftsorganisation er fastlagt ud fra vurderinger af efterspørgsel og udgiftsbehov på den ene side, men under hensyntagen til de i økonomiaftalen fastlagte muligheder for finansiering på den anden side. Vurderingerne tager afsæt i amternes budget 2006.
- Finansieringskredsløbet for sundhed er samlet set i balance, dog med et nettolåneoptag på 245 mio. kr. (forudsat i økonomiaftalen for 2007) samt anvendelse af et ekstraordinært likviditetstilskud på 168 mio. kr.

En analyse af udviklingen fra amternes regnskab for 2006 til regionens budget 2007 for det somatiske hospitalsområde¹³ viser, at amternes regnskab 2006 (omregnet til Region Midtjylland) udviser et merforbrug på ca. 700 mio. kr. i forhold til det budgetterede.

¹³ I bilag 4.5 beskrives udviklingen fra regnskab 2006 til budget 2007.

I figur 1 er vist sammenhængen mellem driftsregnskabet 2006 og driftsbudgettet 2007 for det somatiske område excl. Sygesikring. Driftsregnskabet for 2006 er fremskrevet til 2007 p/l-niveau. Til højre i figuren er til sammenligning vist det forventede regnskab 2007. Sammenhængene, som er afbilledet i figur 1, er af hensyn til formidlingen foretaget i runde hovedtal. De viste hovedtal rummer en række mindre underliggende bevægelser.

Figur 1 Sammenhængen mellem driftsregnskab 2006 og driftsbudget 2007 for det somatiske område eksklusiv sygesikring, engangsudgifter og medico-teknisk udstyr (Mio. kr.)



Det fremskrevne regnskab 2006 ligger 700 mio. kr. over niveauet i budget 2007. Der er to korrektioner hertil:

I budget 2007 indarbejdes en **realvækst på 200 mio. kr.**, som svarer til økonomiaftalen for 2007's forudsætninger om aktivitetsstigning mv. Korrigeres herfor er differencen mellem regnskab 2006 og budget 2007 på 900 mio. kr. Under forudsætning af at fordelingen af regnskab 2006 er korrekt, så udtrykker de 900 mio. kr. det reelle underliggende udgiftspres i 2007.

Det ufinansierede udgiftspres har i december 2006 været opgjort til 630 mio. kr. og i juni 2007 til 805 mio. kr. Der er således et godt sammenfald mellem vurderingen i juni 2007 og ovenstående regnskabsanalyse.

På baggrund af amternes regnskab 2006 er Region Midtjyllands bloktilskud i medfør af "19. december-aftalen"¹⁴ og Økonomiaftalen for 2008 øget med brutto 505 mio. kr. i 2007, hvilket reducerer det underliggende udgiftspres til 395 mio. kr. set i forhold til regnskabsanalysen.

¹⁴ I bilag 10

I budget 2007 er der indarbejdet et **likviditetstilskud på 165 mio. kr.** Dette likviditetstilskud er et engangstilskud i 2007 og er anvendt til at finansiere driftsudgifter i 2007. Uden dette likviditetstilskud ville det underliggende udgiftspres mellem regnskab 2006 og budget 2007 stige til 1.065 mio. kr.

Fratrækkes reguleringen af bloktilskud på 505 mio. kr. er differencen på 560 mio. kr. Dette beløb udtrykker den varige ufinansierede ubalance, idet likviditetstilskuddet kun kan bruges en gang i 2007.

Differencen svarer til det udgiftspres, der er beskrevet for 2008, som er opgjort til netto 570 mio. kr., jfr. Tabel 3.

For 2007 er udgiftspreset finansieret dels ved det indarbejdede likviditetstilskud på 165 mio. kr., dels ved den direkte besparelse på 300 mio. kr., som blev besluttet i sommeren 2007 samt en indirekte besparelse, som blev indarbejdet i budgetlægningen for hospitalerne for at sikre den overordnede balance i forhold til Økonomiaftalens forudsætninger. Der er herudover gennemført en reel besparelse i forbindelse med budgetlægningen på 95 mio. kr. til dækning af udgifter vedrørende leasing m.v.

I løbet af 2007 er der arbejdet med mange initiativer, som skulle nedbringe udgiftspreset. Dette gælder f.eks.;

- Justering af takststyringsmodellen¹⁵ således,
 - At hospitalerne ikke automatisk får ekstra betaling, når der indlægges flere patienter på de medicinske afdelinger.
 - At hospitalerne fremover kun får 50 % af DRG-værdien for hver kirurgiskpatient, der behandles.
 - At der indføres en bonusordning til de hospitaler, der kan øge antallet af patienter, der behandles inden 1 måned.
- Udgifterne til ny dyr medicin og nye behandlinger er søgt afgrænset.¹⁶
- Udgifter til primær sundhed ved en lang række initiativer som kontrolstatistikker, økonomirammer på udvalgte områder, omsætningsloft på speciallægeområdet, dialog med den enkelte praktiserende læge m.v.¹⁷

I forhold til det forventede regnskab 2007 skal bemærkes, at merforbruget på 430 mio. kr., som beskrevet i Økonomirapporten, december 2007 og gengivet i indledningen af denne redegørelse, her er reduceret med de 60 mio. kr., som vedrører medicin. En sammenligning mellem regnskab 2006 og forventet regnskab 2007 er kompliceret af, at søjlerne ikke er fuldt

¹⁵ I bilag 8.2 er takststyringsmodellen for Region Midtjylland beskrevet.

¹⁶ I bilag 8.3 er regionens udgifter og styringsmuligheder vedrørende ny dyr medicin og nye behandlinger nærmere beskrevet.

¹⁷ I bilag 4.6 er styringstiltagenes muligheder og begrænsninger nærmere beskrevet.

sammenlignelig. Det skyldes først og fremmest, at der i 2007 er indarbejdet realvækst for 200 mio. kr. Det angivne merforbrug på 370 mio. kr. (=430 mio. kr. – 60 mio. kr.) er primært begrundet i den øgede aktivitet, de beskrevne problematikker på genoptræningsområdet og den kun delvis realisering af de vedtagne besparelser på hospitalerne.

2.3.4.2 Administrationsbudgettet sammenlignet med andre regioner.

Administrationsudgifterne er budgetteret med udgangspunkt i organisationsplanen for Region Midtjylland.

Personalenormeringen er fast ud fra den sammenhæng mellem opgaver og personalenormering, som er overført fra de gamle amter. IT-udgifter mv. er ligeledes fastsat ud fra sammenhængen mellem opgaveløsning og udgiftsniveau i de gamle amter.

Efter budgetniveauet er fastlagt, er der på det administrative område gennemført en besparelse på fællesadministrationen 2 %, svarende til 36 stillinger og 15,5 mio. kr.

I materialesamlingen er administrationsområdet i Region Midtjylland sammenholdt med andre regioner.¹⁸

Der er her gennemgået to forskellige analyser, som er gennemført af henholdsvis Region Syddanmark og Danske Regioner. En kontoplanmæssig analysemodel og en ny stillingsbaseret analysemodel, som tager en vis højde for graden af decentralisering/centralisering af de administrative udgifter. Det bemærkes, at Danske Regioners analyse endnu ikke er afsluttet.

Begge analysemetoder er usikre, men meget tyder på at niveauet for administrative udgifter er rimelig ensartet mellem regionerne. Tendensen for Region Midtjylland er følgende:

- Region Syddanmarks benchmarking på det administrative område, som blev lavet i forbindelse med udarbejdelsen af Budget 2008, indikerer: at Region Midtjyllands samlede administrative udgifter ligger under gennemsnittet – tenderende mod den lave ende af de 5 regioner, samt at Region Midtjyllands administrative udgifter på sundhed ligeledes ligger under gennemsnittet – og også tenderer mod den lave ende af de 5 regioner
- Danske Regioners arbejder med en analyse af de administrative udgifter i regionerne. Denne indikerer samme tendens, dvs. at Region Midtjyllands administrative stillinger som andel af alle stillinger ligger på gennemsnittet. Herudover viser analysen, at de administrative stillinger i regionerne ligger relativt lavt set i sammenligning med andre offentlige myndigheder.

Region Midtjylland har ligeledes besluttet at iværksætte flere udrednings- og analysearbejder for at sikre effektiv administration. Det være sig bl.a. evaluering af regionens organisationsplan, løn- og personaleområdet, regnskabsfunktionen, bygningsområdet og it-området

2.3.4.3. Genoptræningsområdet.

Der er udarbejdet en beskrivelse og analyse af genoptræningsområdet.¹⁹

¹⁸ Bilag 6.4

¹⁹ Bilag 5.6

Beskrivelsen viser, at genoptræningsområdet indeholder meget komplekse problemstillinger i forhold til registrering og afgrænsning af kommunale opgaver henholdsvis regionale opgaver, gråzoner mellem opgaver, der afregnes med 100 % af DRG-værdien henholdsvis 70 % af DRG-værdien, gråzoner mellem behandlingsopgaven og genoptræningsopgaven, som er affødt af strukturreformen. Hertil kommer at der er stor forskel på praksis mellem regionshospitalerne og mellem kommunerne.

Dette har medført markante vanskeligheder med hensyn til at sikre en ensartet og fyldestgørende registrering. Regionshospitalerne gennemgår registreringerne i januar 2008. Der er betydelig usikkerhed, hvilken betydning en forbedret registrering vil få i forhold til indtægtsgrundlaget. Det første skøn viser, at indtægterne vil blive forbedret med 20 – 40 mio. kr.

Analysen viser endvidere, at der er upræcisheder i forudsætningerne i forhold til budgetteringen på genoptræningsområdet. Der er ikke taget højde for en forventet forskydning af genoptræningen fra specialiseret ambulant genoptræning til genoptræning under indlæggelse. En sådan forskydning medfører mindreindtægter fra kommunerne, idet afregningen falder fra 100 % af DRG-værdien til 70 % af DRG-værdien. Omfanget af forskydningen kendes først når den endelige aktivitet for 2007 er opgjort. Det upræcise budgetgrundlag udgør op til 28 mio. kroner.

Korrigeres for forventet registreringsproblemer og upræcishederne, så udgør mindreindtægten mellem 50 og 70 mio. kr., hvor der tidligere er skønnet 90 mio. kr.

I forbindelse med indførelsen af den kommunale afregning på genoptræningsområdet er forudsætningerne og dermed DUT-reguleringen baseret på dels en model fra Fyns Amt, dels en opdeling af fysio- og ergoterapien på genoptræning og behandling. Forudsætningerne er behæftet med en vis usikkerhed.

2.3.5. Eksterne forklaringer på budgetubalancen i Region Midtjylland:

Analysen i afsnit 2.3.4 Interne forklaringer på budgetubalancen i Region Midtjylland viser, at der næppe er interne forklaringer på budgetubalancen.

Den væsentligste finansieringskilde for regionerne er bloktilskuddet. Tabel 7 viser fordelingen af indtægter for Regions Midtjylland i 2008.

Tabel 7 Finansielle indtægter og låneoptag – Budget 2008
– finansieringskredsløbet for sundhed

Mio. kr.	Budget 2008 (P/L-2008)
Finansielle indtægter	
1. Statsligt bloktilskud	14.579,4
2. Overgangsord. 2007-11	-254,7
3. Kommunalt grundbidrag	1.398,0
4. Statsligt aktivitetsafhængigt bidrag	517,1
5. Kommunalt aktivitetsafhæng. bidrag	2.158,6
I alt	18.398,4
Låneoptag, likviditetstilskud m.v.	
8. Lån til medicoteknisk udstyr	191,0
9. Lån v/overgns. Renteudgifter	165,6
Lån i alt	356,6
Finansiering vedr. sundhed i alt	18.755,0

Bloktilskuddet udgør ca. 78 % af det samlede finansieringsgrundlag i 2008. I dette afsnit ses nærmere på fordelingen af bloktilskud, herunder overgangsordningen i årene 2007-2011.

I materialesamlingen afsnit 5.1 er gennemgået lovreglerne for finansieringssystemets indretning, herunder en gennemgang af bloktilskudsfordelingen.

2.3.5.1. Fordelingen af bloktilskud mellem regionerne.

Den væsentligste finansieringskilde for regionerne er bloktilskuddet. Bloktilskuddet fordeles på grundlag af den enkelte regions andel af det samlede udgiftsbehov.

Udgiftsbehovet er sammensat af følgende:

- Et basisbeløb på 100 mio. kr.
- Regionens aldersbestemte udgiftsbehov
77,5 % af bloktilskuddet fordeles på grundlag af det aldersbestemte udgiftsbehov. Regionens aldersbestemte udgiftsbehov beregnes på grundlag af regionens indbyggertale i nærmere fastsatte aldersgrupper og den gennemsnitlige fordeling af de regionale sundhedsudgifter i de enkelte aldersgrupper. Denne fordeling afspejler, at der hen over et livsforløb er stor forskel på et menneskes behov for behandling ved hospitaler og læger.
- Regionens socioøkonomiske udgiftsbehov
22,5 % af regionernes bloktilskud til sundhed fordeles på grundlag af de opgjorte socioøkonomiske behov. Der anvendes i alt 9 kriterier i opgørelsen af de socioøkonomiske behov.

I materialesamlingen²⁰ er virkningen af bloktilskuddene gennemgået.

Analysen viser for 2008:

- At Region Midtjyllands andel af befolkningen udgør 22,6 %,
- At Region Midtjyllands andel af det aldersbestemte udgiftsbehov udgør 22,1 %

²⁰ Bilag 5.2 Sådan virker bloktilskuddene.

- At Region Midtjyllands andel af det socioøkonomiske udgiftsbehov udgør 18,1 % i 2008

Region Midtjylland har en yngre befolkning end gennemsnittet. Det synes derfor rimeligt, at regionens andel af det aldersbestemte udgiftsbehov udgør 22,1 % sammenholdt med, at befolkningsandelen udgør 22,6 % i 2008.

I de socioøkonomiske kriterier ligger der en lang række overvejelser om, at der er en positiv sammenhæng mellem børn af enlige, personer i udlejningsboliger, antal tabte leveår mv. og udgiftsbehovet.

2.3.5.2. Regionernes forholdsmæssige andel af bloktilskuddet fordelt på aldersbestemte udgiftsbehov og socioøkonomisk udgiftsbehov.

Det kan imidlertid undre, at Region Midtjyllands andel af de socioøkonomiske udgiftsbehov er meget lav sammenholdt med det aldersbestemte udgiftsbehov og befolkningsandelen.

Spørgsmålet er, om dette gør sig gældende for andre regioner. I tabel 8 er forholdet mellem en den nuværende bloktilskudsfordeling og bloktilskudsfordelingen efter et rent befolkningskriterium opgjort, hvor landsgennemsnittet er sat til indeks 100. Regioner, der har et højere indeks end 100, vinder på den nuværende fordeling sammenholdt med en fordeling rent efter andelen af befolkningen, mens regioner, der har et lavere indeks end 100, taber på den nuværende fordeling af bloktilskuddet sammenholdt med en fordeling rent efter andelen af befolkningen.

Tabel 8. Forholdet mellem den nuværende fordeling af bloktilskuddet og en fordeling af bloktilskuddet rent efter andelen af det samlede befolkningstal.

Indeks I alt = 100	2007	2008
Region Hovedstaden	105,2	104,3
Region Sjælland	101,9	102,5
Region Syddanmark	98,2	98,5
Region Midtjylland	94,0	93,9
Region Nordjylland	99,1	100,4
I alt	100,0	100,0

Det ses, at Region Midtjylland får tildelt et bloktilskud med den nuværende fordeling, der er 6,1 % mindre, end hvis bloktilskuddet fordeles efter befolkningstallet. Det slående er, at Region Midtjylland skiller sig markant ud i forhold til de øvrige regioner.

Den samme øvelse kan laves for henholdsvis det aldersbestemte udgiftsbehov og de socioøkonomiske kriterier. Dette er vist i tabel 9.

Tabel 9: Forholdet mellem den nuværende fordeling af bloktilskuddet og en fordeling af bloktilskuddet rent efter andelen af det samlede befolkningstal fordelt på det aldersbestemte kriterium og det socioøkonomiske kriterium.

	Aldersbestemt kriterium		Socioøkonomisk kriterium	
	2007	2008	2007	2008
Region Hovedstaden	99,2	98,9	126,8	123,7
Region Sjælland	101,8	102,0	101,4	103,7
Region Syddanmark	101,1	101,2	88,6	89,2
Region Midtjylland	98,0	98,0	80,5	80,0
Region Nordjylland	101,9	102,0	87,1	92,5
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0

Det ses, at der er en rimelig ensartet fordeling ud fra det aldersbestemte kriterium, men der er markant variation på det socioøkonomiske kriterium.

2.3.5.3. Vurderingen af de socioøkonomiske kriterier.

Begrundelsen for de socioøkonomiske kriterier har været, at Region Hovedstaden og i mindre grad Region Sjælland har haft et højere udgiftsniveau end andre regioner, som er begrundet i særligt højt udgiftsbehov. Det anføres blandt andet, at der er et særligt udgiftsbehov vedrørende behandlingspsykiatrien i hovedstaden.

Men om der er tale om et særligt højt udgiftsbehov, fordi sundhedstilstanden i hovedstaden er ringere end i det øvrige land, eller om der er tale om, at personer med samme sundhedstilstand bruger flere sundhedsydelser i hovedstaden, eller om der er tale om et særligt højt serviceniveau i hovedstaden er vanskeligt at dokumentere.

Men det forekommer særdeles vanskelig at forstå, at sundhedstilstanden i Region Midtjyllands er så meget bedre end i andre regioner, også sammenholdt med de to naboregioner i Vestdanmark. Hertil kommer, at Region Midtjylland har landets næststørste by og flere andre større byer – større byer er netop argumentet for, at der kan være en ringere sundhedstilstand f.eks. på grund af flere personer med sindslidelse.

De socioøkonomiske kriterier fordeler ca. 19,5 mia. kr. Region Midtjyllands andel heraf ved forskellige opgørelsesmetoder er for 2008:

- Nuværende fordeling: 18,1 % af 19,5 mia. kr. = 3,5 mia. kr. i 2008
- Fordelt efter det aldersbestemte udgiftsbehov: 22,1 % af 19,5 mia. kr. = 4,3 mia. kr.
- Fordelt rent efter befolkningsandel: 22,6 % af 19,5 mia. kr. = 4,4 mia. kr.

I tabel 10 er sammenstillet Region Midtjyllands andel af det socioøkonomiske bloktilskud ved forskellige modeller henholdsvis i 2007 og 2008.

Tabel 10. Region Midtjylland fordeling af det socioøkonomiske bloktilskud opgjort i årets priser

(i milliarder kr.)	Ændring i forhold til nuværende model		Ændring i forhold til nuværende model	
	2007		2008	
Nuværende model	3,2		3,5	
Fordelt med den aldersbestemte kriteriums fordelingsnøgle	3,9	0,7	4,3	0,8
Fordelt ud fra indbyggertallet	4,0	0,8	4,4	0,9

Der er en forskel på 900 mio. kr. mellem den nuværende fordeling og en fordeling rent efter befolkningsandel i 2008. Og der er en forskel på 800 mio. kr. mellem den nuværende fordeling og en fordeling efter det aldersbestemte udgiftsbehov i 2008.

Under de socioøkonomiske kriterier er det navnlig kriteriet antal tabte leveår, der virker uforståeligt. Kriteriet fordeler 1,95 mia. kr. i 2008.

Kriteriet bliver beregnet som forskellen fra middellevetiden i den region med den højeste middellevetid over en 10-årig periode (sidste år i beregningen for 2008 er fra 2006), og derefter ganget med antallet af indbyggere.

Region Midtjylland har den højeste middellevetid og får tildelt 0 kr.

I tabel 11 er vist middellevetider 1995 – 2005 og tabte leveår fordelt på regioner.

Tabel 11. Middellevetider 1995 – 2005.

	Middellevetid	Tabte leveår
Region Hovedstaden	76,6	0,8
Region Sjælland	76,4	1,0
Region Syddanmark	77,3	0,1
Region Midtjylland	77,4	0,0
Region Nordjylland	77,0	0,4

Kilde: Statens Institut for folkesundhed, Uge 35, 2004

Det er vanskeligt at forstå kriteriets begrundelse, når en så beskedne forskel i middellevetid har så stor betydning for fordelingen af tilskud. Som et kuriosum kan tilføjes, at Statens Institut for Folkesundhed i offentliggørelsen af de seneste tal indleder med en konstatering af, at der kun er små forskelle i middellevetiden mellem regionerne.

Blev de 1,95 mia. kr. fordelt som det aldersbestemte udgiftsbehov ville Region Midtjyllands andel være 440 mio. kr.

Den fordelte middellevetid bliver sandsynligvis ikke ændret i de næste mange år.

Herudover kan man gøre sig den overvejelse, at hvis alle regioner i forhold til Region Midtjylland havde tabte leveår på 0,1, så ville Region Midtjylland fortsat få 0 kr.

Kriteriet virker helt uholdbart.

Der synes heller ikke at være nogen rimelig begrundelse for, at de 9 kriterier i sig selv forklarer et objektivi udgiftsbehovet. Der er sandsynligvis mere tale om et ønske om, at opnå den bedst mulige sammenhæng mellem de faktiske udgifter og bloktilskudskriterierne.

Denne mistanke bestyrkes af, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i et notat af 1. december 2004 skriver om kriteriernes forklaringssevne:

”Med de 5 nye regioner er der umiddelbart for få observationer til, at en regressionsanalyse vil kunne give anvendelige resultater. Det er også baggrunden for at der er anvendt en mere simpel analysemetode til udvælgelsen af kriterier i den ovennævnte model (Forslaget til kriterier for bloktilskudsfordelingen).

For at underbygge resultaterne er der i dette afsnit foretaget en analyse af sammenhængen mellem udgifter og kriterier set på amtsniveau. 15 observationer (amter) er dog stadig for få til, at der kan være tale om helt stabile resultater. Dertil kommer, at kriterierne samvarierer, således at estimerede koefficienter på de forklarende variable (og signifikans) kan variere efter, hvilke andre variable der er med inde i den opstillede model.”

Indenrigs- og Sundhedsministeriet tager hermed et betydeligt forbeholdt for deres egen opgørelse af udgiftsbehovet. Med de forbehold der tages, kan det kun vække dyb undren, at der udvælges 9 socioøkonomiske kriterier, som forklarende variable, og herunder helt fantasifulde kriterier som antal tabte leveår.

Analysen og fastsættelsen af de socioøkonomiske bloktilskudskriterier har mere karakter af ”datamassage”, hvor øvelsen ikke går på at opgøre udgiftsbehov men at sikre status quo i fordelingen.

Dermed ignoreres den mulighed, at personer med samme sundhedstilstand kan bruge flere sundhedsydelse i hovedstaden end i andre steder i landet, eller at der kan være forskel på serviceniveauet i de enkelte regioner.

Det er herudover problematisk, at modellen er beregnet på baggrund af regnskabstal for 2003. Der kan anføres følgende problemstillinger:

- Det er vanskeligt at skabe den helt rigtige sammenhæng mellem regnskab 2003, og så de opgaver regionerne skal varetage i 2007. Hertil kommer, at overførsler mellem regnskabsår slører billedet. Fordelingsregnskabet for 2003 kan let over- eller undervurdere det beløb, der skal henføres til regionen. Hvis f.eks. Region Midtjyllands fordelingsregnskab 2003 bliver undervurderet med f.eks. 1 %, svarer det til 200 mio. kr.
- Region Midtjylland udgør to amter, der er delte, idet 67 % af Viborg Amt og 36 % af Vejle Amt indgår i Region Midtjylland.
- Sundhedsudgifterne er vokset siden 2003 og frem til 2007. Dette kan påvirke modellens beregninger af kriterierne, og navnlig al den stund at man har gået efter at skabe den bedst mulige sammenhæng mellem fordelingskriterier og faktisk regnskab 2003. For Region Midtjylland er udgifter og aktiviteter steget en del mere end landsgennemsnittet i perioden.

Ud over bloktilskudskriterierne er der særlige problemer med overgangsordningen. Overgangsordningen indebærer, at regioner med et beregnet overskud på sundhedsområdet som

følge af kommunalreformen betaler til regioner med et beregnet underskud som følge af reformen. Overgangsordningen gælder perioden i perioden 2007 – 2011. Tilskuddet/betalingen udgør i 2007 5/6 af det beregnede underskud/overskud. Ordningen nedtrappes med 1/6 pr. år til og med 2011.

I forbindelse med fremsættelse af lovforslaget blev overgangsordningen beregnet ud fra regnskab 2003. Region Midtjyllands beregnede overskud var på 198 mio. kr. Senere blev overgangsordningen reguleret i forhold til regnskab 2005. Herefter var Region Midtjyllands beregnede overskud på 382 mio. kr. Der er tale om en markant ændring, som kan tilskrives tilfældige udsving og overførsler mellem regnskabsår. Herudover indeholder beregningen af overgangsordningen samme usikkerhed, som anført ovenfor. Endelig havde Århus amt i 2003 og 2004 gennemført en større besparelse gennem ændringer i hospitalsstrukturen. Denne besparelse fik fuld virkning i 2005.

Overgangsordningen er beregnet på baggrund af regnskab 2005, hvorefter Region Midtjylland i 2007 betaler 318 mio. kr. til ordningen. Beløbet nedtrappes over 5 år til og med 2011.

Beregningen af overgangsordningen er baseret på en opgørelse af hovedkonto 4 og forudsat andel af hovedkonto 6. Hvis det er korrekt, at de amter, der nu udgør Region Midtjylland, har haft en lidt anderledes konteringspraksis end andre amter, så der er konteret relativt flere sundhedsudgifter på hovedkonto 3 og 5, medfører det en skævdeling i forhold til Region Midtjylland.

2.3.5.4 Finansieringsudvalgets arbejde omkring bloktilskudskriterier

I Økonomiaftalen for 2008 blev det besluttet at iværksætte en analyse af bloktilskudskriterierne i regi af Finansieringsudvalget.

Der er udarbejdet et udkast til en rapport²¹. Analysen begrænser sig til en vurdering af de potentielle årlige udsving som følge af statistiske ændringer i beregningskriterierne. Analysen viser, at der kun kan forventes relativt små udsving på op til +/- 0,7 %.

Det er ikke omfattet af arbejdskommissoriet at se på, om de opgjorte kriterier for udgiftsbehov og overgangsordningen er hensigtsmæssige. Der er således udelukkende tale om at se på følsomheden i modellen og dermed meget små justeringer af bloktilskudsmodellen. Der er således ikke tale om mere radikale justeringer, som vil kunne ændre tilstrækkeligt på Region Midtjyllands finansieringsgrundlag.

2.3.5.5. Samlet vurdering.

Det kan næppe anfægtes, at der er en positiv sammenhæng mellem alder og behovet for sundhedsydelse. Der kan også være særlige forhold f.eks. omkring større byer og sociale levevilkår, som i et eller andet omfang kan begrunde et udgiftsbehov.

Det forekommer også rimeligt, at der er en overgangsordning, hvorefter forskelle i serviceniveau udlignes over en mindre årrække.

Alt sammen med det formål, at regionerne på sigt sikres ensartede vilkår for at drive et effektivt hospitalsvæsen.

²¹ I bilag 5.8 sammenfattes status for arbejdet og udkastet til rapport.

Analysen ovenfor tyder på, at fastsættelsen af de socioøkonomiske kriterier i bloktilskuddet mere har sigtet mod fastholdelse af fordelingen mellem regionerne i regnskab 2003 end at sikre en ensartet fordeling efter udgiftsbehov I 2007.

Hvis det socioøkonomiske udgiftsbehov blev fordelt på samme måde som det aldersbestemte udgiftsbehov i 2008, ville Region Midtjyllands andel af bloktilskuddet øges med 800 mio. kr.

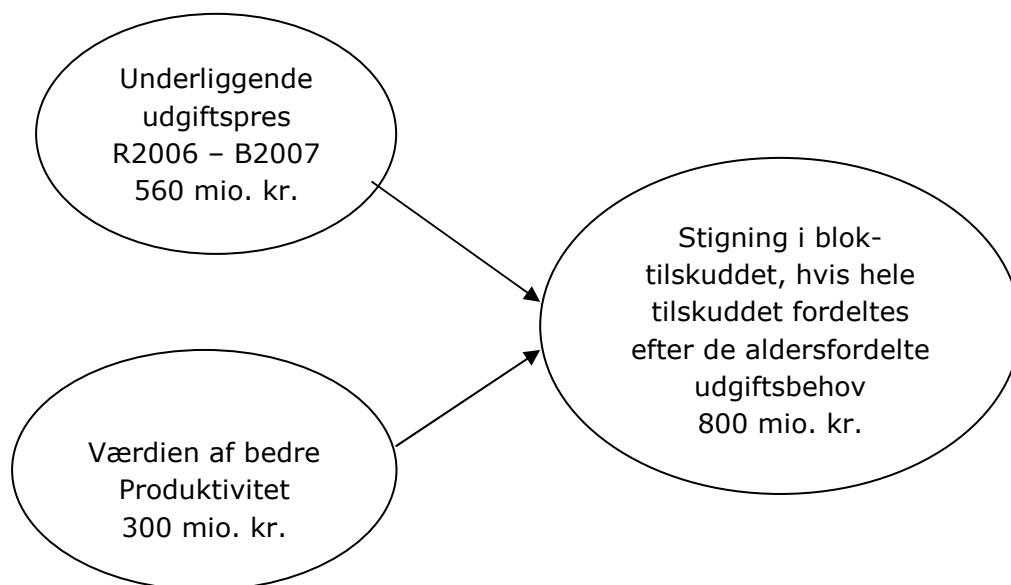
Dette beløb kan sammenstilles med:

- At regnskabsanalysen i afsnit 2.3.4.1 viser et ufinansieret udgiftsbehov på 560 mio. kr. efter reguleringen af bloktilskuddet som følge af amternes regnskab 2006 mv.
- At produktivitetsanalysen viser, at Region Midtjyllands produktivitetsindeks er på 103. Regionen har lave omkostninger pr. produceret ydelse. Hvis regionerne skal stilles lige bør bloktilskuddet fordeles svarende til et produktivitetsindeks på 100. Differencen svarer til 300 mio. kr.

Ved beregningen af fordelingen af bloktilskuddet bør der korrigeres for forskelle i produktivitet. Regioner med lavere produktivitet har alt andet lige et potentiale for forbedringer, der er større end regioner med høj produktivitet. Regioner med høj produktivitet bliver reelt negativt sanktioneret i den nuværende bloktilskudsfordeling, mens regioner med lav produktivitet bliver positivt sanktioneret.

I figur 2 er vist en sammenhæng mellem på den ene side regnskabsanalysen i afsnit 2.3.4.1 og Region Midtjyllands produktivitet på 3 % (300 mio. kr.) i forhold til landsgennemsnittet og på den anden side Region Midtjyllands øget bloktilskud, hvis de socioøkonomiske udgiftsbehov fordeltes som de aldersfordelte udgiftsbehov, jf. ovenstående.

Figur 2: Sammenhæng mellem underliggende udgiftspres R2006-B2007 og Region Midtjyllands produktivitet i forhold til et bloktilskud "kun" fordelt efter aldersfordelte udgiftsbehov



2.4. Løsningsmodeller.

Regionerne bør sikres ensartede vilkår for drift af et effektivt hospitalsvæsen. Det anbefales derfor:

- At Region Midtjylland retter henvendelse til Danske Regioner om, at der ikke indgås en aftale om, at foretage de mindre justeringer af bloktilskudsmodellen, som skitseret i Finansieringsudvalgets udkast til analyse af bloktilskudskriterierne. Danske Regioner anbefales i stedet, at der foretages en mere fundamental analyse af bloktilskudsmodellen. Herunder at der bliver lavet en vurdering af modellens struktur og om de valgte opgjorte kriterier er rigtige og relevante for fordeling af bloktilskuddene til regionerne.
- At der via Danske Regioner rettes henvendelse til Velfærdsministeriet med henblik på, at der foretages en fornyet vurdering af fordelingen af regionernes bloktilskud på baggrund af det budget 2007 den enkelte region forudsættes at have for at kunne sikre uændret drift, i forhold til de opgaver regionen overtager fra de tidligere amter og med korrektion for forskelle i produktivitet. En ændret bloktilskudsfordeling kan tidligst få effekt fra 2009.
- At der via Danske regioner rettes henvendelse til Velfærdsministeriet med henblik på, at der for 2007 og 2008 drøftes en løsning af Region Midtjyllands driftsunderskud på 430 mio. kr. i 2007 og driftsøkonomiske ubalance på 570 mio. kr. i 2008.

Regionerne har sandsynligvis afleveret et for stort bloktilskud til kommunerne vedrørende genoptræning. Det anbefales:

- At Danske Regioner rejser spørgsmålet i forbindelse med drøftelserne af økonomiaftalen for 2009.

Der opstilles i det følgende 4 scenarier for håndtering af det forventede driftsunderskud på 430 mio. kr. i 2007 og ufinansierede udgiftspres på 570 mio. kr. i 2008.

Scenarie 1. Genvurdering af bloktilskuddet:

Det konstateres, at Region Midtjylland's budget 2007 til drift af hospitalsvæsenet er 1.065 mio. kr. ringere end i regnskab 2007. Heraf er 505 mio. kr. finansieret i forbindelse med reguleringen af bloktilskuddet vedrørende amternes regnskab 2006 og økonomiaftalen for 2008.

Der har været 565 mio. kr. mindre til rådighed i 2007 end sammenlignet med 2006.

Hertil kommer, at aktiviteten for regionens borgere er steget med 6,7 % i forhold til 2006, svarende til en merudgift på 210 mio. kr.

Det samlede udgiftspres i 2007 opgøres herefter til 775 mio. kr. Dette beløb er nedbragt til 430 mio. kr., dels ved en besparelse på 220 mio. kr., dels ved finansiering af kassebeholdning på 30 mio. kr. og dels ved en stram budgetlægning svarende til 95 mio. kr.

Region Midtjylland planlægger ikke yderligere besparelser, som følge af driftsresultatet i 2007 eller som følge af det opgjorte udgiftspres for 2008.

De konstaterede budgetubalancer bliver herefter alene reduceret med det beløb, som en bedre registrering af genoptræningen kan indbringe.

Scenarie 2. Gennemfører aftalte besparelser.

Der gennemføres de besparelser, der tidligere er konkretiseret i Regionsrådet:

Tal i mio. kr.	2007	2008
Merudgift	430	570
Besluttet besparelse på Regionshospitalerne	-100	- 150
Bedre registrering genoptræning	- 25	- 25
Merudgift efter besparelse	305	395

Det er besluttet, at regionshospitalerne får overført et merforbrug på 100 mio. kr. i 2007 til realisering i 2008. Herudover er der i forbindelse med budgetforliget for 2008 besluttet:

- Et ekstraordinært produktivitetskrav på ½ %, således at det samlede produktivitetskrav bliver på 2½ %. Besparelsen udgør ca. 50 mio. kr.
- Besparelser på serviceområder, vikardækning, fællesindkøb m.v. svarende til 50 mio. kr.
- Besparelse på fællesudgifter på 50 mio. kr.

Disse besparelser fastholdes, men der gennemføres ikke besparelser, som følge af følgende merudgifter:

Tal i mio. kr.	2007	2008
Meraktivitet	210	200
Besluttet besparelse hospitalsplanen		115
Genoptræning	35	65
Medicintilskud (netto)	60	15
Merudgift efter besparelse	305	395

Scenarie 3. Gennemfører planlagte besparelser.

Der gennemføres de besparelser, der tidligere er besluttet eller planlagt af Regionsrådet:

Tal i mio. kr.	2007	2008
Merudgift	430	570
Besluttet besparelse på Regionshospitalerne	-100	- 150
Besparelse i hospitalsplanen		-15
Bedre registrering genoptræning	- 25	- 25
Merudgift efter besparelse	305	380

Det er besluttet, at regionshospitalerne får overført et merforbrug på 100 mio. kr. i 2007 til realisering i 2008. Herudover er der i forbindelse med budgetforliget for 2008 besluttet:

- Et ekstraordinært produktivitetskrav på ½ %, således at det samlede produktivitetskrav bliver på 2½ %. Besparelsen udgør ca. 50 mio. kr.
- Besparelser på serviceområder, vikardækning, fællesindkøb m.v. svarende til 50 mio. kr.
- Besparelse på fællesudgifter på 50 mio. kr.
- Tilvejebringelse af effektiviseringer i forbindelse med strukturplanen svarende til 100 mio. kr.
- Hertil kommer en planlagt besparelse i forbindelse med akutforliget og opprioritering af den præhospitale indsats på 15 mio. kr.

Det konstateres, at tilvejebringelsen af effektiviseringer i forbindelse med strukturplanen kun får begrænset virkning i 2008.

Disse besparelser fastholdes, men der gennemføres ikke følgende besparelser:

Tal i mio. kr.	2007	2008
Meraktivitet	210	200
Besluttet besparelse hospitalsplanen får først fuld effekt i 2009		100
Genoptræning	35	65
Medicintilskud (netto)	60	15
Merudgift efter besparelse	305	380

Scenarie 4. Gennemfører alle besparelser med henblik på budgetbalance.

Merudgiften på 430 mio. kr. i 2007 er overført til 2008, hvorefter den samlede ubalance opgøres til 1.000 kr. Denne håndteres på følgende måde:

- At der i 2008 findes en løsning på den merudgift, der er henført til 2008 på 570 mio. kr., dog reguleret for en tidsforskydning i besparelser vedrørende tidsforskydninger ved gennemførelse af hospitalsplanen.
- At merudgiften på 430 mio. kr. i 2007 løses ved, at regionshospitalet får overført en negativ tillægsbevilling på 100 mio. kr. i 2007 og 25 mio. kr. i bedre registrering af genoptræningen, og at de resterende 305 mio. kr. løses i en langsigtet spareplan.

Tal i mio. kr.	2007	2008
Merudgift	430	470 (tidsforskydning 100)
Ændring af samhandlen med andre regioner		-50
Besluttet besparelse på Regionshospitalet	-100	- 150
Besparelse i hospitalsplanen		-15
Bedre registrering genoptræning	- 25	- 25
Genforhandling af Økonomien vedr. genoptræning	-50	-50
Ekstra rammebesparelse		-180
Merudgift efter besparelse	255	0

Merudgiften i 2007 på 255 mio. kr. finansieres af kassebeholdningen.

2.5. Hvilke styringsmuligheder er der

I dette afsnit beskrives hvilke overordnede styringsmuligheder der er med henblik på at skabe øget økonomisk balance.

Det skal indledningsvis bemærkes at nogle af forslagene er overlappende, hvorfor forslagene skal forstås som en slags bruttoliste.

2.5.1. Hospitalsstrukturen

I budget 2008 er der allerede en ukonkretiseret strukturbesparelse på 115 mio. kr. Forslag til udmøntning af rammen er en del af det pågående arbejde med etableringen af materiale, der kan sendes i høring forud for en politisk vedtagelse af en ny hospitalsstruktur.

Materialet vil i hovedtræk være bygget op omkring:

- Reduktion i antal matrikler, der er i drift
- Omlægning fra stationær til ambulans behandling

De rene strukturbesparelser vil få en implementeringsperiode, som er afhængig af bygningsmæssige ændringer og tilbygninger der skal ske på de steder funktionerne samles.

2.5.2. Samhandel med andre regioner

I forbindelse med regionsdannelsen blev de 4 amters modeller på samhandelsområdet samlet i én model, hvor det budgetmæssige ansvar er placeret i sundhedsstaben på såvel udgiftssiden, som på indtægtssiden. Med denne model er der på meget kort tid blevet skabt en stor grad af ensartethed i håndteringen af samhandlen med andre regioner, privathospitaler og klinikker. Dette har også været nødvendigt i forhold til indførelsen af regionens takstfinansieringsmodel.

Der har i 2007 været et pres på kontoområdet af forskellige årsager. Nogle af de væsentligste faktorer har været, at både Region Nordjylland og Region Syddanmark har behandlet flere patienter fra egen region end tidligere både på det specialiserede niveau og på hovedfunktionsniveau. Dette har medført både større udgifter, men især lavere indtægter fra andre regioner.

Region Midtjylland bruger således i dag knap 1.067 mio. kr. på behandling af regionens borgere, på hospitaler udenfor regionen eller på privat sygehuse. Tilsvarende behandles patienter fra andre regioner på hospitaler her i regionen for 1.016 mio. kr.

Af de samlede indtægter og udgifter kan ændrede strømme i patientbehandlingen alene foretages for elektive patienter, da akutte patienter i sagens natur skal til nærmeste akut-hospital.

Midtjyder behandlet i andre regioner

Det bør overvejes at skabe et klart incitament for de midtjyske hospitaler til at øge kapaciteten, så en række af de midtjyder, der i dag behandles udenfor regionen, behandles på et af egne hospitaler.

Det kan ske ved at der indgås konkrete aftaler, hvor hospitalerne tilføres en relativ høj DRG-takst (eksempelvis 70-80 %) for de konkrete patientbehandlinger. Således at hospitalets samlede økonomiske og aktivitetsmæssige ramme løftes. Gennemføres et sådant hjemtagings-

projekt vil der være en sparet marginal, på 20-30 % af DRG-beløbet, som kommer til udtryk som mindreforbrug på samhandelskontoen.

Et konkret eksempel herpå er børneområdet, hvor kapaciteten på børneområdet i Randers øges, med henblik på at få skabt kapacitet til de børn, der i dag behandles i Region Syddanmark.

Budgetansvar for midtjyder behandlet udenfor regionen

Skal der ske en reduktion i udgifterne til hospitaler udenfor regionen er det nødvendigt at sikre øget fokus herom på regionens egne hospitaler, så der i forbindelse med viderevisiterings-situationen overvejes, hvorvidt hospitalet selv er i stand til at varetage behandlingen i højere grad, end det sker i dag.

Dette er en ganske kompliceret proces, idet det enkelte hospital, med rimelighed, kun kan få del i budgetansvar, hvor hospitalet selv varetager den pågældende behandlingstype.

I materialesamlingens bilag 9.2 er der søgt skitseret, hvilke forskelligheder der er i patienttyper, og hvad det betyder for en eventuel udlægning af budgetansvaret.

Indtægter fra borgere fra andre regioner behandlet på midtjyske hospitaler

Vedrørende indtægter fra andre regioner er det vigtigt at sondre mellem 2 typer. Den specialiserede behandling og hovedfunktionsniveauet.

For den specialiserede behandling indgår planlægningen af funktionerne, ud over regionens egen dimensionering, også i tilrettelæggelse af den samlede behandlingskapacitet for hele landet.

Derimod er der på hovedfunktion en langt højere grad af frit valg for patienten, efter valg hos egen læge. Det være sig ventetid, erfaring, hospitalets renommé etc. Det betyder, at der er en højere grad af konkurrence med henblik på at tiltrække flere patienter.

Det sidste er af stor betydning for regionens samlede økonomi, da det netop i 2007 primært er faldende indtægter, som giver budgetproblemer.

Det kan overvejes at udvikle modeller, der sikre en øget opmærksomhed på hospitalerne for at tiltrække patienter fra andre regioner. Dette kan ske ved at samtænke øgede incitament og egentlig budgetansvar for konkrete indtægtsområder.

Det er dog ikke så lige til umiddelbart at "gå efter" flere udenregionale patienter, idet det ikke skal skade den midtjyske borgers mulighed for behandling og måske få denne til at søge behandling på privat klinik. Samtidig må der ikke gøres forskel mellem patienter ud fra geografiske hensyn.

Overordnet betyder dette, at ventetiden på behandling formentlig er den klart vigtigste parameter, når patienter der har ret til det udvidede frie valg agter at anvende denne mulighed. Det betyder at en kort ventetid – målt på landsplan – formentlig vil medføre (om)henvi sning af flere patienter fra andre regioner.

Dermed får ventetiden, alene ud fra dette hensyn, en vigtig placering.

2.5.3. Regulering af takststyringsmodellen

Region Midtjyllands takststyringsmodel er i dag opdelt i 2 områder:

- 50 % afregning på kirurgiske patienter og ambulante medicinske behandling.
- 0 % afregning på indlagte medicinske patienter.
- Bonus ved højere frekvens af behandlede patienter indenfor 1 måned.

Opstramningen af takststyringsmodellen over sommeren 2007 indeholdt et valg - blandt andet med opretholdelse af en forholdsvis høj afregning, hvor patienterne er højmobile, hvilket imødegår øgede udgifter på privat klinikker og hospitaler udenfor regionen.

Henset til det frie og udvidede frie sygehusvalg bør der opretholdes forholdsvis høje incitamenter for at i gå "afvandring" til andre end regionens egne hospitaler.

Ses der – derimod – alene på regionens eksterne økonomi er situationen den, at der er loft på det statslige aktivitetstilskud, mens den kommunale medfinansiering er uden loft. Omregnet til DRG-satser vil kommunebidraget udgøre knap 20 % af den DRG-værdi, der gennemføres over statsloftet.

For takststyringsmodellen giver det en slags "gulv", hvis modellen overvejes yderligere stammet.

Endvidere kan "loftet" fra statspuljen over regionens trækningsret også indarbejdes i den interne takststyringsmodel. Dette giver dog betydelige udfordringer i forhold til patientens fortsatte ret til det udvidede frie valg samt de forskellige ventetidsmål på eksempelvis 48 timer for udvalgte kræftformer.

I den nuværende takststyringsmodel er der allerede sket en markant prioritering mellem forskellige patientgrupper, så der er fokus på det kirurgiske område ud fra en risikobetragtning om høj mobilitet og dermed risiko for udgifter til andre regioner og privat klinikker. Derimod er filosofien bag "høj betaling" for ambulante medicinske behandling en tilskyndelse til at sikre en bedre udnyttelse af den samlede medicinske kapacitet.

Endelig er der i takststyringsmodellen indarbejdet "garantiklinikker" på regionens egne hospitaler, hvor der konkret aftales en højere afregningsprocent på helt konkrete områder, hvor der er stor "trafik" af patienter til de private klinikker.

2.5.4. Økonomiaftalen

I rammerne for regionernes virke er der i økonomiaftalen givet klare rammer for den økonomi, som regionen skal holde sig indenfor. Samtidig er det regionernes altoverskyggende opgave at sikre patienternes behandling, og at patienten har ret til frit valg og udvidet frit vagt. Dette betyder, at økonomien i sidste ende ikke må stå i vejen for behandlingen af den enkelte patient.

Holdes hensynet til økonomi op mod hensynet til patientens behandling – herunder frit valg/udvidet frit valg – er det åbenbart, at det er en betydelig udfordring at finde balancen mellem hensynene.

I økonomiaftalen for 2008 er dette sammenfattet som:

Det udvidede frie sygehusvalg

Sygehusvæsenet skal sikre hurtig behandling til alle patienter. Det er samtidig op til en faglig vurdering at sikre, at de patienter, der har det største og mest akutte behandlingsbehov prioriteres først.

Adgangen til det udvidede frie sygehusvalg ændrer ikke ved sygehusvæsenets overordnede forpligtelse til at prioritere hurtig behandling af akut og livstruende sygdom. Patienter med et konstateret behandlingsbehov vil via det udvidede frie sygehusvalg have en adgang til at vælge et alternativ til det offentlige sygehusvæsen, hvis ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger én måned. Det udvidede frie valg er et alternativ, der kan give mulighed for afkortning af ventetiden for patienter, der af forskellige grunde f.eks. smerter, måtte ønske en afkortning af ventetiden.

Økonomiaftale 2008, p.4

Heri er således givet et forslag til prioriteringsrækkefølge, om end den økonomiske udfordring ikke er løst.

2.5.5. Udbud af ydelser hos private

En del af budget 2008 er, at der er igangsat arbejde med at sende patientbehandling i udbud på områder, hvor regionen i dag har et betydeligt forbrug på privat klinikker.

Heri indgår også overvejelser om udbud af kliniske serviceydelser, som CT- og MR-scanninger, for dermed at forbedre "flaskehalsproblemer" internt på egne hospitaler.

2.5.6. Forhøjelse af produktivitetskrav

I budget 2008 er der allerede indarbejdet et produktivitetskrav, der ligger 0,5 % over kravet på 2,0 % fra økonomiaftalen.

Produktivitetskravet er for hospitalerne nogenlunde sidestillet med en rammebesparelse, om end det generelt vurderes knapt så negativt som at "skulle aflevere penge".

2.5.7. Udmøntning af ny dyr medicin og nye behandlinger

Gennem de seneste år har især udgifterne til ibrugtagning af nye dyre medicinske præparater presset regionens økonomi meget. Det selv om der i økonomiaftalen har været fokus på denne udfordring.

Skal den nuværende markante udgiftsvækst ske i et mere moderat tempo, vil det kræve, at der på landsplan aftales et sæt "spilleregler" for, hvad der skal til før et nyt præparat bringes i anvendelse.

For år tilbage var der i amterne en sådan proces, men processen har ikke kunne modstå et utal af konkrete historier, hvor nye præparater kunne være en mulighed for patienten.

På trods heraf vurderes det nødvendigt, at der arbejdes med en klarere forståelse på landsplan af, "hvad der skal til" for et nyt præparat tages i klinisk brug.

En helt tilsvarende argumentation kan gennemføres vedrørende ibrugtagning af nye behandlinger og behandlingsmetoder, om end den økonomiske konsekvens er knap så stor som for nye medicinske præparater.

2.5.8. Rammebesparelse

En sidste udvej er altid at gennemføre en egentlig rammebesparelse på hospitalernes budget. Denne kan være knyttet op på mere eller mindre eksplicitte bindinger afhængig af den konkrete situation.

2.5.9. Selekeret behandling

Udenfor regionens egne muligheder kan også tænkes på eventuelle justeringer af gældende lovgivning, for derigennem at skabe bedre driftsbetingelser for regionen/hospitalerne.

Med valget af kræft som akut sygdom (48 timer) er der en bedret forståelse herfor, dette kan følges op af en mere bred differentiering af ventetidsgarantier.

Ligeledes kan der overvejes om al sygehusbehandling er en offentlig forpligtigelse. Her er kunstig befrugtning det mest diskuterede emne de senere år.

Endelig kunne (gen)overvejes om en symbolsk betaling ved brug af egen læge/skadestuen vil mindske presset på det samlede behandlingssystem.

3. Sundhedsområdets investeringsbehov.

Forretningsudvalget er løbende blevet forelagt forskellige anlægsprojekter og orientering om behovet for anlægsinvesteringer på sundhedsområdet. På Forretningsudvalgets møde den 22. januar 2008 blev der forelagt en orientering om investeringsplan for det somatiske og behandlingspsykiatriske hospitaler i Region Midtjylland. I bilag 4.2 er vedlagt det orienteringsmateriale, som blev forelagt på Forretningsudvalgets møde den 22. januar.

I nedenstående redegøres der nærmere for anlægsinvesteringerne på sundhedsområdet, anlægsinvesteringer på kræftområdet samt nye anlægsinvesteringer, som følge af den nye hospitalsstruktur i regionen. Afslutningsvis vil der blive redegjort for status og behovet for anlægsinvesteringer på det behandlingspsykiatriske område.

3.1 Anlægsinvesteringer på sundhedsområdet

I nedenstående tabel 1 fremgår det vedtagne anlægsudgifter 2008 – 2010 på sundhedsområdet inkl. behandlingspsykiatrien og fælles formål og administration. De to sidstnævnte områder tages med her, idet de udgør en del af sundhed og er relativt lille set i forhold til det samlede anlægsbudget på området.

Tabel 1: anlægsudgifter 2008 – 2010 på sundhedsområdet inkl. behandlingspsykiatrien og fælles formål og administration

Mio. kr.	2008	2009	2010
Budget (Budget 2008):			
Generel vedtaget anlægsramme	281,7	74,6	0
Reserver 1)	65,0	235,8	304,9
Bygningsvedligeholdelse 2)	51,0	52,1	52,1
Medicoteknisk udstyr	257,8	293,0	298,4
Fælles formål og Administration	5,4	5,4	5,4
I alt	660,8	660,8	660,8
Forventede anlægsinvesteringer:			
Vedtagne anlægsinvesteringer	282,9	74,6	0
Anlægsinvesteringer, Arbejdstilsynet	13,7	22,6	11,2
Presserende anlægsinvesteringer	117,7	66,5	57,5
Bygningsvedligeholdelse 2)	51,0	150,0	150,0
Medicoteknisk udstyr	257,8	262,8	262,8
Fælles formål og Administration	5,4	5,4	5,4
I alt	728,5	581,9	486,9
Difference	-67,7	78,9	173,9

1) Reservepulje til somatik og behandlingspsykiatrien, herunder 5,0 mio. kr. til PL-regulering

2) Inkl. bygningsvedligeholdelse i relation til behandlingspsykiatrien på i alt 5,0 mio. kr.

Det fremgår af ovenstående tabel 1, at der i 2008 forventes at være pres på anlægsbudgettet. Dette er primært, som følge af at der forskellige presserende anlægsarbejder opgjort til 117,7 mio. kr. Endvidere bemærkes det, at det i anlægsbudgettet under den generelle anlægsramme

er afsat 95,8 mio. kr. til etablering af Stråleterapien i Herning. Dette anlægsprojekt disponere således en meget stor del af anlægsrammen.

Vedr. Medicoteknisk udstyr er dette nærmere beskrevet i materialesamlingen.²²

Det bemærkes, at administrationen i december har afsendt en indledende forespørgsel omkring lånefinansiering af Stråleterapien i Herning på 183,9 mio. kr. Regionsrådet vil ved evt. lånemulighed, få sagen fremlagt i Regionsrådet.

Mulighed for løsning:

For at kunne iværksætte de presserende anlægsarbejder forslås det:

- at, en evt. opnået lånedispensation fra Indenrigs- og sundhedsministeriet, anvendes til at optage lån på 183,9 mio. kr. til finansiering af Stråleterapienheden i Herning. Regionsrådet vil blive forelagt sagen med indstilling herom.

eller alternativt

- at Stråleterapienheden i Herning finansieres ud af de midler der tilvejebringes ved optagelse af lån til indfrielse af overtagne kassekreditter jf. afsnit 5
- at renter og afdrag på lånefinansieringen indarbejdes i budgettet

3.2 Investeringer i forbindelse med kræfthandlingsplanen

Den 12. oktober 2007 blev der indgået en aftale mellem Regeringen og Danske Regioner om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter.²³

Et af elementerne i aftalen var, at Danske Regioner i samarbejde med regionerne inden udgangen af november 2007 skulle kortlægge og dokumentere behovet for investeringer på kræftområdet, med henblik på, at realisere målsætningerne i kraftaftalen. Kortlægningen og dokumentationen skulle munde ud i en samlet plan for investeringer i apparatur m.v. Omfanget af investeringsbehovet blev ved aftalens indgåelse estimeret til 700 mio. kr.

Region Midtjylland har gennemført kortlægningen af behovet for apparatur og dertilhørende nødvendige bygningsmæssige ændringer. Beløbet er opgjort til ca. 791 mio. kr. i perioden 2008 – 2010. I nedenstående tabel 2 er beløbene anført.

Tabel 2: Kræftinvesteringer 2008 - 2010

Mio. kr. Kræftinvesteringer	2008	2009	2010	Efterflg. år	I alt	Finansiering
Udgifter estimeret ifølge kortlægning m.v.	250	273	268		791	Lånepulje

Beløbet omfatter en ekstra accelerator i Herning, planlagt udvidelse af kapaciteten i Århus og en fremrykning og udskiftning af acceleratorene i Århus samt indkøb af udstyr og etablering af

²² I bilag 4.3 er behovet for investeringer i medico-teknik belyst.

²³ I bilag 10.11 er vedlagt aftalen mellem regeringen og Danske Regioner om kræft af 12. oktober 2007.

bygninger i Århus for at imødekomme de stigende behov som følge af mammografiscreening og accelereret kræftbehandling.

I 2008 er der således et estimeret beløb på 250 mio. til kræftinvesteringer.

Den 18. januar indgik Regeringen aftale om udvidelse af regionernes låneramme for 2008 med henblik på investeringer i kræftapparatur. Heri blev regionernes låneramme for 2008 udvidet med et beløb på 850 mio. kr., som kan anvendes til investeringer indenfor kræftområdet. Låneramme fordeles efter bloktilskudsnøglen²⁴.

Dvs. region Midtjylland andel udgør 180,2 mio. kr. i 2008.

Der er således en manko på 69,8 mio. kr. i 2008 i forhold til det estimerede behov og Regions Midtjyllands andel af lånepuljen.

Mulighed for løsning:

Det foreslås:

- at Region Midtjylland optager et lån, svarende til Regions Midtjyllands andel af kræftpuljen svarende til 180,2 mio. kr. til investeringer på kræftområdet
- at mankoen på 69,8 mio. kr. mellem den udmeldte kræftpulje og Regions Midtjyllands estimat i 2008 finansieres ud af de midler der tilvejebringes ved optagelse af lån til indfrielse af overtagne kassekreditter jf. afsnit 5
- at renter og afdrag på lånefinansieringen indarbejdes i budgettet

3.3 Større anlægsprojekter i forbindelse med ny hospitalsstruktur m.v.

Regionsrådet har løbende behandlet sager vedr. større anlægsinvesteringer forårsaget af bl.a. akutplan, hospitalsplan m.v. for regionen. Region Midtjylland står således overfor en række større anlægsprojekter på hospitalsområdet, der ikke kan finansieres indenfor den generelle investeringsramme.

Der er fra Folketinget givet stærke tilkendegivelser på, at der skal investeres i det danske offentlige sundhedssystem. Det kan bl.a. aflæses i arbejdet med kvalitetsreformen og i regeringsgrundlaget for den siddende regering.

Regeringen har nedsat et ekspertpanel som skal vurdere de konkrete større strukturelle anlægsprojekter på hospitalsområdet og afgive indstilling til staten i forhold til de enkelte projekter. Region Midtjylland kan dermed via ekspertpanelet søge finansiering til projekter, der opfylder de opstillede kriterier. Der skal ansøges om en særlig lånedispensation.

I nedenstående tabel 2 er der en oversigt over større anlægsprojekter i forbindelse med den nye hospitalsstruktur. Disse projekter vil naturligt skulle finansieres ved fremsendelse af ansøgning til ekspertpanelet. En nærmere beskrivelse fremgår af vedlagte bilag 4.2 samt de sager der allerede har været forlagt for Regionsrådet.

²⁴ I bilag 10.12 er vedlagt aftalen mellem regeringen og Danske Regioner om lånerammer af 18. januar 2008

Tabel 3: Større anlægsprojekter med særlig finansiering

Større anlægsprojekt	2008	2009	2010	Efterflg. år	I alt	Finansiering
Det Nye Universitetshospital i Århus (brutto)	180	350	750	5.042	8.800	Ekspertpanel
Akutplan og Hospitalsplan m.v.					1.500	Ekspertpanel
Det nye Hospital i Vestjylland (brutto) 1)						Ekspertpanel
Opgradering til moderne standard 1)						Ekspertpanel

1) Skal udredes nærmere

Mulighed for løsning:

Forretningsudvalget besluttede den 22. januar 2008

- at der rettes henvendelse til ekspertpanelet/ansøges om særlig lånedispensation vedrørende finansiering af de større anlægsprojekter som Det Nye Universitetshospital i Århus, Stråleterapienheden (se dog ovenfor under afsnit 3.1), Akutplanen, Hospitalsplanen, det Nye Hospital i Vestjylland samt opgradering til moderne standard

samt herudover

- at renter og afdrag på lånefinansieringen indarbejdes i budgettet
- at udgifter til renter og afdrag til større anlægsinvesteringer sikres finansieret i forbindelse med økonomiaftaleforhandlinger og/eller opfølgning herpå.

3.4 Behandlingspsykiatrien

Jf. tabel 1 fremgår det at der ikke er afsat en generel anlægsramme på det behandlingspsykiatriske område. Der er udelukkende afsat en ramme på 5,0 mio. kr. til bygningsvedligeholdelse samt at Reservepuljen er en fællespulje til anvendelse på både det somatiske og behandlingspsykiatriske område.

Psykiatriplanen er den strategiske plan der udstikker de overordnede mål for kommende års beslutninger om prioriteringer, omstillinger og udvikling af behandlingspsykiatrien (og socialpsykiatrien).

De beslutninger, der efterfølgende vil blive truffet på baggrund af psykiatriplanen vil medføre behov for ændringer af de fysiske rammer og dermed udmønte sig i anlægsudgifter. Der vil formentlig blive tale om tilbygninger til eksisterende bygninger, ligesom nogle bygninger vil blive afhændet.

På baggrund af psykiatriplanen er der igangsat et udredningsarbejde, der nærmere skal belyse planens økonomiske konsekvenser m.v. Når dette udredningsarbejde er bragt længere frem, vil der først være mulighed for at opstille en investeringsplan, der er konkret med hensyn til investeringsbehovet fordelt på år.

Regionsrådet vil i foråret 2008 blive forlagt en investeringsplan for det behandlingspsykiatriske område.

4. Nettolåneoptag og finansielle udgifter.

I forbindelse med budgetlægningen for 2008 er der forudsat:

- et nettolåneoptag på 356 mio. kr. til dækning af drifts- og anlægsudgifter,
- henlæggelsen til kassen er lig 0, og finansieringskredsløbet er dermed i balance.

Der er i dette afsnit set på mulige varige løsninger af de to problemstillinger, således:

- at der ikke er større nettolåneoptag end forudsat i økonomiaftalerne,
- at udgifter til renter og afdrag kan afholdes inden for rammer, der sikrer, at henlæggelsen fortsat er lig 0, så finansieringskredsløbet er i balance og driftsbudgettet ikke forringes.

I materialesamlingen bilag 7.1 er der givet en teknisk beskrivelse af Region Midtjyllands langfristede gældsforpligtelser og leasingydelse samt udgifter til afdrag og renter.

4.1. Nettolåneoptag.

Region Midtjyllands nettolåneoptag på 356 mio. kr. kan først og fremmest henføres til to poster: afdrag på leasinggæld svarende til 108 mio. kr. i 2008 og lån til medico-teknik på 191 mio. kr.

Regionerne har i økonomiaftalen for 2008 fået en låneramme på 900 mio. kr. til medicoteknik. Det må forudsættes, at økonomiaftalen for 2009 sikrer regionerne mulighed for at finansiere de heraf afledte udgifter til rente og afdrag.

Det vurderes derfor, at et nettolåneoptag på 191 mio. kr. kan holdes inden for rammerne af de kommende økonomiaftaler. Det er imidlertid vigtigt, at Danske Regioner i forbindelse med forhandlinger om økonomiaftalerne for 2009 sikrer, at regionerne fortsat kan finansiere medicoteknisk udstyr svarende til et omfang på 900 mio. kr. Alternativet vil være, at regionerne skal finde 900 mio. kr. inden for rammerne af drifts- og anlægsbudget.

Korrigeret for medicoteknisk udstyr er nettolåneoptaget på 165 mio. kr.

Det er forudsat, at leasinggælden skal afdrages med 108 mio. kr. i 2008. Dette er en væsentlig årsag til det ekstra nettolåneoptag. Ved indgangen til 2009 er restleasinggælden på ca. 270 mio. kr., som bliver afdraget i 2009 – 2011. Omlægges denne leasinggæld til langfristet lån vil afdragsforpligtelsen blive reduceret med ca. 104 mio. kr., og dermed kan nettolåneoptaget reduceres med 104 mio. kr.

Der resterer herefter et problem med nettolåneoptag på godt 60 mio. kr., som kan tilskrives regionens renteudgifter vedrørende overgennemsnitlig gæld. Denne problemstilling foreslås løst i forbindelse med drøftelserne af budget 2009.

Der er følgende løsningsmuligheder:

- at der gennemføres et nettolåneoptag på 60 mio. kr. ud over nettolåneoptag til medicoteknisk udstyr, og
- at aftrapningen af Region Midtjyllands bidrag til overgangsordningen, som er på 64 mio. kr. i 2009, anvendes til nedbringelse af nettolåneoptaget på 60 mio. kr.

4.2. Tilpasning af budget til renter og afdrag.

Under forudsætning af:

- at der i budget 2009 fastholdes et nettolåneoptag på 191 mio. kr. til medico-teknisk udstyr,
- at den låneportefølje, som Region Midtjylland har godkendt i budget 2008, fastholdes,
- at det nuværende drifts- og anlægsbudget holdes uændret i forhold til budget 2008 eksklusiv værdien af økonomiaftalen for 2009.

Så skønnes det, at Region Midtjylland vil få en negativ henlæggelse til kasse på 329 mio. kr. i 2009.

Region Midtjyllands budget 2008 til finansiering af afdrag og renter er på 192 mio. kr. Med den nuværende gældsportefølje er udgifterne i 2009 til afdrag og renter 355 mio. kr. Der er opstillet 3 modeller for nedbringelse af udgifterne til afdrag og renter, som alle går på omlægning af gældsforpligtelser fra kortfristede til langfristede lån. De tre modeller reducerer den negative henlæggelse til kassen.

Model 1: Der optages et langfristet lån til indfrielse af leasingforpligtelser på 270 mio. kr. Herved reduceres de årlige udgifter til afdrag og renter med ca. 88 mio. kr. Der skønnes herefter en negativ henlæggelse til kassen på 240 mio. kr.

Model 2: Ud over model 1 - så ændres forudsætningerne for de kortfristede lån, der er forudsat optaget i 2008 samt kortfristet lån til medico-teknisk udstyr i 2007 til langfristede lån på 25 år. Derved reduceres udgifterne til renter og afdrag med 172 mio. kr. Der skønnes herefter en negativ henlæggelse til kassen på 157 mio. kr.

Model 3: Ud over model 2 - søges om forlængelse af løbetiden på lån vedrørende engangsudgifter. Der skal dispenseres herfor, idet lovgivningen fastsættes en afdragsperiode på 5 år. Alternativt kan de optagne kortfristede lån indfries og erstattes af de langfristede lån, som regionen har mulighed for at optage i forbindelse med delingsaftalerne, jfr. beskrivelsen i afsnit 5. Derved reduceres udgifterne til afdrag og renter med ca. 200 mio. kr. Der skønnes herefter en negativ henlæggelse til kassen på 130 mio. kr.

Under forudsætning af at model 3 gennemføres, kan der være følgende løsningsforslag:

- et øget nettolåneoptag på 130 mio. kr. f.eks. i forbindelse med refinansiering af afdrag og renter (dette skal indgå som en del af økonomiaftalen),
- en inddragelse af aftrapningen af Region Midtjyllands bidrag til overgangsordningen for 2009, som er på 64 mio. kr. i finansieringen, reduceres problemet til ca. 66 mio. kr. Dette beløb kan søges finansieret ved:
 - træk på kassebeholdningen i 2009,
 - refinansiering af afdrag og renter med 66 mio. kr.
- inddrages yderligere aftrapningen af Region Midtjyllands bidrag til overgangsordningen for 2010, som er på 64 mio. kr. i finansieringen, vil den negative henlæggelse til kassen være løst i 2010.

I forbindelse med økonomiaftalen for 2008 er det aftalt mellem regeringen og Danske Regioner, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal belyse problemer omkring den langfristede gæld, som den enkelte region er født med²⁵.

Arbejdet er endnu ikke gået rigtigt i gang, men arbejdet skal jf. økonomiaftalen være afsluttet inden 1. april med henblik på, at resultaterne kan indgå i drøftelserne af økonomiaftalen for 2009.

Resultatet af dette arbejde kan få væsentlig betydning for overvejelserne i dette afsnit.

²⁵ I bilag 7.3 er status for arbejdsgruppen vedr. udredning af regionernes gæld beskrevet.

5. Kassebeholdning og mulighed for omlægning af kassekreditter til langfristet gæld

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Bekendtgørelse om regionernes låntagning og meddelelse af garantier m.v.²⁶ fastsætter de nærmere regler for kassekredit og vilkår for låntagning m.v., herunder retningslinier for dispensation.

Regionerne skal leve op til kassekreditreglen: "Den daglige likvide beholdning i gennemsnit for de seneste 12 måneder skal være positiv."

Som det fremgår af økonomirapporten december 2007 er Region Midtjyllands kassebeholdning under stærkt pres. Hovedkonklusionerne fra økonomirapporten opsummeres kort i afsnit 5.1.²⁷

Region Midtjyllands mulighed for at omlægge kassekreditter til langfristede lån i forlængelse af delingsaftalerne er væsentlig større end tidligere forudsat. Med henblik på at styrke likviditeten har Region Midtjylland mulighed for at øge det langfristede låneoptag med 968,3 mio. kr. Denne forøgelse af det langfristede låneoptag kan eventuelt under visse forudsætninger anvendes til presserende anlægsprojekter eller midlertidige ubalancer i driftsbudgettet. Der redegøres herfor i afsnit 5.2.

5.1. Udviklingen i kassebeholdningen

I økonomirapporten fra december 2007 er den gennemsnitlige kassebeholdning skønnet til 830 mio. kr. Det faktiske resultat bliver 848 mio. kr.

Ved budgetvedtagelsen for 2008 er den gennemsnitlige kassebeholdning skønnet til 650 mio. kr. Budgetforudsætningen er opgjort med den forudsætning, at driftsbudgetterne i alle tre finansieringskredsløb er i balance både i 2007 og i 2008.

Der kan opstilles forskellige scenarier for den gennemsnitlige kassebeholdning i 2008.

Et scenarie kan være:

- At merforbruget 2007 på ca. 430 mio. kr. finansieres af kassebeholdningen,
- At der kan genskabes balance i driftsbudgetterne i 2008.

Herefter skønnes den gennemsnitlige kassebeholdning i 2008 til 150 mio. kr.

Skønnet over den gennemsnitlige kassebeholdning bygger på en række forudsætninger om, hvordan regionens ind- og udbetalinger fordeler sig hen over året. Der er mange usikkerhedsmomenter i antagelserne om fordelingen. Erfaringsmæssigt udligner forskydningerne hinanden, men der kan opstå situationer, hvor forskydningerne går i kraftig negativ eller positiv retning.

Herudover kan der opstå uforudsete problemer, hvor det er nødvendigt at finansiere merudgifter til et presserende formål.

En gennemsnitlig kassebeholdning på 150 mio. kr. er meget lav.

²⁶ Bilag 10.7 indeholder "Lånebekendtgørelsen".

²⁷ I bilag 10.1 er vedlagt Økonomirapporten December 2007

5.2. Mulighed for omlægning af kassekreditter til langfristed gæld.

I lånebekendtgørelsen § 19 stk. 3 er der en bestemmelse om, at for 2007 kan lån, som en region har optaget efter lov om visse procedurermæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen, og som på overtagelsestidspunktet havde en restløbetid på mindre end 10 år forlænges til lån med en løbetid, som ikke overstiger en løbetid på 25 år.

I forbindelse med delingsaftalerne skal Region Midtjylland betale 350 mio. kr. Administrationen har tidligere forstået, at dette beløb udgjorde grænsen for omlægning til langfristede lån efter ovenstående bestemmelse.

Som beskrevet i afsnit 3, har Velfærdsministeriet har givet afslag på Region Midtjyllands låneansøgning om optagelse af lån til anlægsprojekter, der på sundhedsområdet er overført til regionen, og hvor de tidligere amter ikke har opbrugt det afsatte budget 2006. Der er her overført budgetbeløb fra 2006 til 2007 på i alt 272 mio. kr.

I den forbindelse har administrationen spurgt Velfærdsministeriet om en fortolkning af lånebekendtgørelsens § 19 stk. 3. Velfærdsministeriet har svaret, at regionen kan omlægge de kassekreditter regionen har modtaget i forbindelse med delingsaftalerne til 25-årige lån. Disse kassekreditter udgør for Region Midtjylland 1.240,9 mio. kr., som regionen kan omlægge til langfristede lån uden at ansøge om lånedispensation²⁸.

Under forudsætning af at Regionsrådet godkender en sådan omlægning, vil regionens kassebeholdning blive øget med 968,3 mio. kr. (= 1.240,9 - 272,3 mio. kr.) i forhold til det forudsatte i budget 2008.

Som et forsigtigt skøn kan udlånsrenten forudsættes sat til 4,75 %. (Der er senest optaget lån hos Kommunekredit den 12. november 2007 til en rente på 4,52 %). De 968,3 mio. kr. indgår i regionens formuepleje. Et forsigtigt skøn på afkastet er på 5,25 % (af de beregninger, som Jyske Bank har udarbejdet i forbindelse med behandlingen af den finansielle politik blev der skønnet et minimumsafkast på 5,46% i den valgte formueplejemodel).

Der kan altså forudsættes en nettorentegevinst på omkring 0,5 %.

Optages lånet som et serielån skal der årligt afdrages 38,7 mio. kr. Dette beløb kan finansieres ved:

- At afdraget finansieres ved reduktion af driftsbudgettet med tilsvarende. Driftsbudgettet vil herved blive forringet, mens gældsforpligtelsen reduceres. Kassebeholdningen forbliver uændret.
- At afdraget finansieres ved genbelåning, hvorved regionens gældsforpligtelse forbliver uændret og uden driftsbudgettet forringes. Kassebeholdningen forbliver uændret.
- At afdraget finansieres ved tilsvarende reduktion af kassebeholdningen. Dermed forbliver driftsbudgettet uændret, mens gældsforpligtelsen bliver reduceret.

I materialesamlingen afsnit 7.2 er forudsætningerne og beregningerne nærmere uddybet.

²⁸ Bilag 7.2 redegør for lånemuligheden, låneoptagets konsekvenser for likviditet og muligheder for formuepleje.

En umiddelbar styrkelse af kassebeholdningen vil give Region Midtjylland flere frihedsgrader. I en vis udstrækning kan man forestille sig, at den styrkede kassebeholdning ønskes anvendt til f.eks.:

- At merforbruget 2007 på 430 mio. kr. finansieres af kassebeholdningen,
- At presserende anlægsprojekter finansieres af kassebeholdningen, hvis der ikke på anden vis kan opnås lånedispensation. Det bemærkes, at anlæg ud over budgetrammen i 2008 vil kræve dispensation, idet budgettet er lagt på det niveau, som indgår i økonomiaftalen for 2008.

I det omfang kassebeholdningen anvendes til ovenstående, kan der overvejes en model for finansiering af renter og afdrag af et tilsvarende beløb, således at beslutningen ikke på lang sigt forringer kassebeholdningen.

6. Tilrettelæggelse af økonomistyringen.

Dette afsnit beskriver tilrettelæggelsen af økonomistyringen i Region Midtjylland. I materialesamlingen er udarbejdet en række notater²⁹, som giver en detaljeret beskrivelse. I dette afsnit fremlægges blot hovedtrækkene.

Notaterne består af følgende:

- Bevillings- og kompetenceregler:
- Finansieringssystemet:
- Takststyringsmodellen og andre styringstiltag.
- Rapporteringssystemet og InfoRM
- Samarbejdsrelationerne i RM

6.1. Bevillings- og kompetenceregler.

Rammerne for bevillings- og kompetencereglerne er Lov om regioner m.v. og Velfærdsministeriets (tidligere Indenrigs- og Sundhedsministeriet) Budget- og regnskabssystem for regioner. Dette system fastsætter de overordnede regler for regionernes opdeling af budget og regnskab i tre finansielle kredsløb, udgiftsbaseret og omkostningsbaseret budget og regnskab, opbygning af kontoplaner og konteringsregler samt regler for låneoptag.

Inden for lovgivningens rammer er det Forretningsudvalget, der fastsætter procedurer og tidsplan for vedtagelsen af det kommende års budget. Endvidere udmelder Forretningsudvalget budgetrammer for det kommende år.

Regionsrådet er den bevillingsafgivende myndighed, dvs. træffer beslutning om bevillingsniveauet og den dispositionsfrihed, som er overladt til forvaltningen af bevillingen.

I bevillingsreglerne er der lagt vægt på totalrammestyring. Dette indebærer, at bevillingshaveren har frihed og pligt til, at omplacere midler inden for den afgivne bevilling, hvis det vurderes at kunne føre til bedre budgetoverholdelse, bedre service eller bedre målopfyldelse. Totalrammestyringen indebærer også, at de materielle forudsætninger for budgettet skal holdes.

Driftsbevillinger er etårige. I bevillingsregler tages der udgangspunkt i, at mer- eller mindreforbrug overføres til næste år under forudsætning af, at de materielle forudsætninger for budgettet holder. Det er endvidere forudsat, at formålet med overførslen er acceptabel. Den endelige stillingtagen til overførsler mellem 2007 og 2008 besluttet af Regionsrådet i forbindelse med aflæggelse af det endelige regnskab 2007.

Omkring kompetencereglerne skal Regionsrådet i løbet af foråret drøfte, om administrationen skal beholde kompetencen til godkendelse af leasing- eller lejeaftaler til en værdi af 1-5 mio. kr. Eller om sådanne sager skal indstilles til Forretningsudvalget. Foreløbig er det aftalt, at der laves løbende opgørelser over omfanget i forbindelse med kvartalsrapporterne.

²⁹ Materialesamlingen bilag 8.1 – 8.6 beskriver forskellige aspekter af økonomistyringen i Region Midtjylland.

I materialesamlingen bilag 8.1 er bevillings- og kompetenceregler gengivet. De beskrevne regler er i øvrigt en del af de vedtagne budgetbemærkninger.

6.2. Finansieringssystemet.

Regionernes finansiering af sundhedsvæsenet er fastlagt ved lov. Fordelingen af de finansielle indtægter på Sundhedsområdet i Region Midtjylland er vist i tabel 7, afsnit 2.3.5.

De overordnede økonomiske rammer for regionerne fastlægges i forbindelse med de årlige økonomiaftaler³⁰. I relation til økonomiaftalerne er der 6 problemstillinger:

- Tidsfrister for indgåelse af økonomiaftalen for det kommende år er senest den 15. juni. Der skal fremlægges et budgetforslag inden 15. august, og budgettet skal være godkendt inden den 1. oktober. Tidsfristerne sætter den regionale budgetproces under betydeligt pres.
- Den fælles regionale forhandling med et fælles resultat, som regionerne kollektivt er ansvarlige for, medvirker til en standardiseret regional budgetlægning. Budgetlægningen bliver meget teknisk domineret med mindre muligheder for politisk debat og prioriteringer.
- Aftalemodellen fastlægger regionens økonomi i et kortsigtet 1-årigt perspektiv fordelt på driftsformål og anlægsformål. Dette begrænser muligheden for og incitamentet til mere langsigtede prioriteringer og omstruktureringer.
- Økonomiaftalerne indeholder en blanding af ramme- og aktivitetsstyring på den ene side, som kombineres med et efterspørgselsstyret system baseret på behandlingsgarantier og fritvalgs-ordninger på den anden side.
- Regionerne har ikke ensartede forudsætninger, som aftalesystemet i store træk forudsætter, idet man vanskeligt kan forestille sig, at regionerne imellem vil indgå aftaler om omfordeling af midlerne.
- Aftalen fokuserer på overholdelse af en samlet udgiftsramme og ikke så meget kvalitetsmæssige aspekter og langsigtede målsætninger.

Omkring **tidsfristerne** viser erfaringerne fra budgetprocessen for 2008, at det reelt var umuligt at forudse størrelsen af Region Midtjyllands økonomiske rammer, og dermed også reelt umuligt at udarbejde alternative forslag til budgettet.

Budgetlægningen bliver standardiseret, idet det overordnede budgetlægningsprincip må være: det kommende års budget = økonomiaftalen for det kommende år. Regionen har ikke andre finansieringskilder end de, der indgår i lovgivningen og økonomiaftalen.

Aftalen er 1-årig og indeholder forholdsvis specificeret anvendelse. **Normalt bliver økonomiaftalen suppleret** med løbende lovinitiativer, som ændrer på forudsætningerne. Herudover har der været en mangeårig tradition for, at merforbrug i forrige år indarbejdes som forudsætning i indeværende års økonomiaftale.

Ugbrevet Mandag Morgen har i en artikel den 18. juni 2007 udarbejdet en analyse af de seneste 3 års økonomiaftaler for amterne/regionerne. Analysen viser, at der konstateres betydelige merudgifter i forhold til årets økonomiaftale, som for halvdelen skyldes ny

³⁰ I bilag 5.5 er aftalemodellen nærmere belyst. Vedlagt bilaget findes artiklen fra Mandag Morgen.

lovgivning, mens halvdelen tilskrives et regulært merforbrug, som efter forhandling indarbejdes i udgangspunktet for den efterfølgende økonomiaftale.

I økonomiaftalen for 2008 står der: "Regeringen og Danske Regioner er enige om at tillægge det afgørende betydning, at den indgåede aftale realiseres således, at regionernes udgifter både i budgetterne og i regnskaberne ligger inden for rammerne af aftalen."

Efter indgåelse af økonomiaftalen for 2008 har der vist sig et stort behov for at agere og træffe beslutninger på kræftområdet.

Økonomiaftalen er **en blanding af rammestyring og aktivitetsstyring** på den ene side **kombineret med et efterspørgselsstyret** system på den anden side. Økonomiaftalerne giver regionerne et kraftigt incitament til, at hospitalernes aktivitet ikke stiger mere end forudsat i aftalerne. Har regionen en takststyringsmodel, der lægger penge ud til hospitalerne bliver budgetterne overskredet ad den vej. Lægges der loft over takststyringsmodellen, så aktivitet ud over det forudsatte niveau ikke honoreres, vil der ikke være incitament til at øge aktiviteten yderligere³¹.

Men i et efterspørgselsstyret system har patienten altid mulighed for at bruge behandlingsgarantien og fritvalgs-ordningen. Her skal regionen betale 100 % af DRG-værdien.

Regionens valg står mellem at acceptere en takststyringsmodel, hvor hospitalerne får penge til aktivitet ud over det forudsatte (f.eks. 50 % af DRG-værdien) eller acceptere øgede udgifter til privathospitaler, private praktiserende eller andre regioner. Under alle omstændigheder fører manglende muligheder for reel økonomistyring til, at budgetrammerne ikke kan holde.

I materialesamlingen er der en analyse³² af anvendelsen af udbetalingsloft i takststyringen. Analysen er gennemført som en sammenligning af Århus Amt med Vejle Amt. Århus Amt havde loft over takstmodellen, mens Vejle Amt ikke havde loft over takstmodellen. I perioden 2003 til 2005 stiger Århus Amts udgifter til privathospitaler fra 25,1 mio. kr. til 52,5 mio. kr., mens Vejle Amts udgifter falder fra 11,1 mio. kr. til 5 mio. kr. I sammen periode stiger Århus Amts udgifter til udenamtshospitaler fra 370,9 mio. kr. til 484,4 mio. kr. svarende til 31 %, hvor Vejle Amts udgifter stiger fra 82,3 mio. kr. til 91,2 mio. kr. svarende til 11 %.

Hvis valg af takststyringsmodel var den eneste forskel, viser beregningerne, at Århus Amt kunne spare 39,6 mio. kr., hvis man havde valgt en takststyringsmodel uden loft.

Regionerne bør derfor have en styringsmodel, hvorefter:

- De statslige aktivitetspuljer er uden loft. Der kan evt. laves en graduering af afregningen. F.eks. kan aktivitetsstigning på 2-4 % over baseline afregnes med 70 % af DRG-værdien, aktivitetsstigning på 4-5 % med 60 % af DRG-værdien, aktivitetsstigning på over 5 % med 50 % af DRG-værdien.

³¹ I bilag 5.7 og 5.3 er problematikkerne omkring styring i forhold til finansieringssystemet nærmere belyst.

³² Bilag 9.1 belyses muligheder og problemer i anvendelse af udbetalingsloft nærmere.

- Eller alternativt at der i lighed med medicingarantien, gives garanti for merudgifter til privathospitaler under forudsætning af, at økonomiaftalens aktivitetsstigning er opfyldt.

Danske Regioner planlægger et diskussionsoplæg omkring aftalesystemet. Det anbefales, at ovenstående overvejelser om ændring af styringsmodellen indgår i Danske Regioners videre overvejelser.

Regionerne har **ikke ensartede vilkår** at drive hospitalsvæsnet for. I forhold til driftsbudgettet viste afsnit 2.3.5. om fordelingen af bloktilskuddet en væsentlig ubalance til ugunst for Region Midtjylland. Hertil kommer væsentlige forskelle omkring behovet for nyanlæg og regionernes gældsætning. Dette kan tale for, at aftalesystemet får et mere individuelt præg.

Kvalitetsaspektet og langsigtede mål på sundhedsområdet indgår ikke direkte i økonomiaftalerne, f.eks. forhandles kvalitetsreformen separat. Dette kan tale for, at aftalerne får en mere **kontraktliggende form** end de nuværende aftaler.

Der er i materialesamlingen vedlagt følgende notater, som uddyber ovenstående:

- 5.3. Sådan virker de statslige aktivitetspuljer.
- 5.4. Sådan virker den kommunale grundbetaling og aktivitetsbetaling.
- 5.5. Notat om aftalemodellen mellem regeringen og Danske Regioner.
- 5.7. Notat om finansieringssystemet og dets konsekvenser den regionale styring.
- 8.1. Notat om bevillings- og kompetenceregler i Region Midtjylland.
- 9.1. Anvendelse af udbetalingsloft i takststyringen.

6.3. Takststyringsmodellen og andre styringsmodeller.

Den nuværende takststyringsmodel er trådt i kraft pr. 1. september 2007. Modellen er en stramning af den tidligere styringsmodel. Stramningen skal ses i lyset af, de økonomiske problemer Region Midtjylland står over for.

Modellen er udformet, så den søger at balancere bedst mulig mellem de politiske ønsker, der er formuleret for Region Midtjylland og budgetoverholdelse. Modellen bygger på principper om:

- At hospitalerne ikke længere automatisk får ekstra betaling, fordi der indlægges flere patienter i de medicinske afdelinger,
- At hospitalerne fremover kun får 50 % af DRG-værdien for hver kirurgisk patient, der behandles,
- At der indføres en bonusordning til de hospitaler, der kan øge antallet af patienter, der behandles inden for en måned.

Takstmodellen rummer ingen sikkerhed for, at aktiviteten ikke stiger ud over økonomiaftalens forudsætninger. I den udstrækning der behandles flere patienter, vil det medføre merudgifter i forhold til økonomiaftalen.

Muligheden for at justere takststyringsmodellen beskrives i redegørelsens afsnit 7. Styringsmuligheder.

I budget 2008 er der forudsat et produktivetskrav på 2,5 %. Dette produktivetskrav udmøntes differentieret, så de mest produktive hospitaler får et produktivetskrav på 2,3 %, mens mindre produktive hospitaler får et produktivetskrav på 2,7 %.

I materialesamlingens bilag 8.2 er takststyringsmodellen og differentieringen af produktivetskravet nærmere beskrevet.

Der arbejdes løbende med en række andre styringsmodeller:

- Udgifter til ny dyr medicin og nye behandlinger, jfr. materialesamlingen afsnit 8.3 Udgifter til ny dyr medicin og nye behandlinger og udmøntning til hospitalerne,
- Udgifter til primær sundhed, jfr. materialesamlingen afsnit 4.6. Økonomi og økonomistyring i Primær Sundhed.

6.4. Rapporteringssystemet og InfoRM.

Der er i 2007 udarbejdet 6 økonomirapporter, hvoraf 3 har været mere omfattende rapporteringer og økonomi og aktiviteten, mens 3 rapporter har været mindre omfattende med fokus på økonomien.

Forberedelsesudvalget vedtog i forbindelse med budget 2007 en hensigtserklæring om, at der udarbejdes månedlige økonomirapporter fra og med marts og til og med oktober.

Der er eksempler på, at økonomirapporter forelægges Forretningsudvalget med 14 dages mellemrum, og at to økonomirapporter har været behandlet på samme møde i Regionsrådet.

I andre regioner har der været udarbejdet 3-5 økonomirapporter i 2007.

Der foreslås følgende økonomirapporter i 2008:

Rapporter i 2008	Forretningsudvalg	Regionsråd
Økonomirapport ⁽¹⁾	29.04.08	
Økonomi- og aktivitetsrapport	13.05.08	21.05.08
Økonomi- og aktivitetsrapport	12.08.08	20.08.08
Økonomi- og aktivitetsrapport	11.11.08	19.11.08
Økonomirapport	09.12.08	17.12.08

1) Kort økonomirapport vedr. økonomisk status pr. 31. marts 2008. Rapporten videresendes ikke til Regionsrådet, da der til førstkommande Regionsrådsmøde vil forelægges opdateret Økonomi- og aktivitetsrapport.

Med henblik på at effektivisere rapporteringssystemet og understøtte ledelses- og styringsgrundlaget udvikles et informationssystem InfoRM. InfoRM står for Informationssystem Region Midtjylland.

InfoRM skal levere centrale informationer om Region Midtjyllands virksomhed, som baserer sig på registreringer i regionens vigtigste fagsystemer.

InfoRM skal understøtte Region Midtjyllands ledelses- og styringsgrundlag. Informationssystemet skal indholde:

- Opfølgning på alle godkendte beslutningsparametre, der beskriver ressourcer, organisation, ydelser og effekt.

- Opfølgning på godkendte beslutningsparametre skal tilvejebringes for alle ledelsesniveauer i organisationen,
- Muligheder for detaljerede analyser på data, der beskriver ressourcer, organisation, ydelser og effekt.

Visionen med InfoRM er:

- InfoRM er Region Midtjyllands overordnede ledelses- og informationssystem,
- Data fødes kun et sted og synliggøres i InfoRM,
- Data er entydigt defineret på tværs af Region Midtjylland og altid aktuelle.
- Alle væsentlige fagsystemer leverer data til InfoRM,
- Analyser kan dannes på alle data i InfoRM.

Der er udviklet en række rapporteringsfunktioner om økonomi, takststyringsmodeller, DRG-værdier, aktivitet, servicemål og kvalitet (NIP). I løbet af et par måneder er der rapporteringsfunktioner om personale: sygefravær, anciennitet mv.

Fra og med 2008 vil alle data i økonomirapporterne være baseret på InfoRM³³.

6.5. Samarbejdsrelationer.

Det er væsentlig for kvaliteten i økonomistyringen, at der er velfungerende samarbejdsrelationer mellem sektorområderne og Regionsøkonomi.

I bilag 8.5 er der et notat, som beskriver samarbejdet mellem Regionsøkonomi, sektorområdernes økonomifunktioner samt direktionen.

³³ I bilag 8.6 er vedlagt projektbeskrivelse for InfoRM, januar 2008

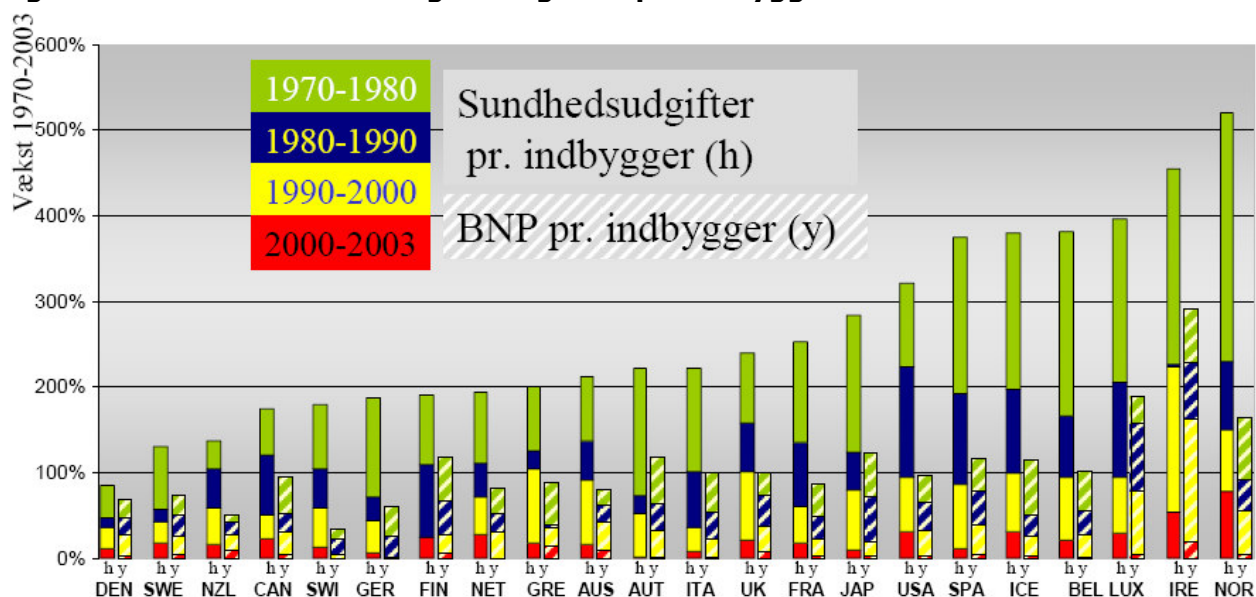
7. Sammenligning af det danske sundhedsvæsen med den øvrige vestlige verden.

Det kan have en særlig interesse at sammenligne det danske sundhedsvæsen med andre lande, som vi almindeligvis sammenligner os med. Jes Søgaard har for Dansk Sundhedsinstitut (DSI) lavet en sammenligning mellem det danske sundhedsvæsen med den øvrige vestlige verden. Hovedkonklusionen herfra gengives i dette afsnit³⁴.

Sundhedsudgifterne er i Danmark i perioden 1970 til 2002 steget i gennemsnit 1,9 % i faste priser pr. indbygger, hvilket er væsentlig mindre end noget andet OECD land, hvor den gennemsnitlige vækstrate i faste priser pr. indbygger er på ca. 4 %. Væksten i det danske sundhedsvæsen har i faste priser pr. indbygger i alle 4 årtier været blandt de absolut laveste, som det fremgår af figur 1.

Hvis man beregner væksten i forhold til BNP pr. indbygger, ligger Danmark tilsvarende lavt med en gennemsnitlig realvækst på kun 0,3 %. Som det fremgår af figur 1, har sundhedsvæsenet andel af BNP pr. indbygger kun været mindre i New Zealand og Schweiz. Det skal dog bemærkes, at dette skyldes, at begge lande i perioden har haft et højere vækst i BNP indbygger, end der har været i Danmark.

Figur 1: Vækst i sundhedsudgifter og BNP pr. indbygger fra 1970 - 2003



Anm. Søjlerne viser totalvækst fra 1970 til 2003, og farvesegmenterne viser proportionale bidrag fra 2000-03 (rød), 1990-2000 (gul), 1980-1990 (blå) og 1970-1980 (grøn). For 8 lande er sundhedsudgift i 2003 ekstrapoleret fra væksttrend og landets BNP i 2003.

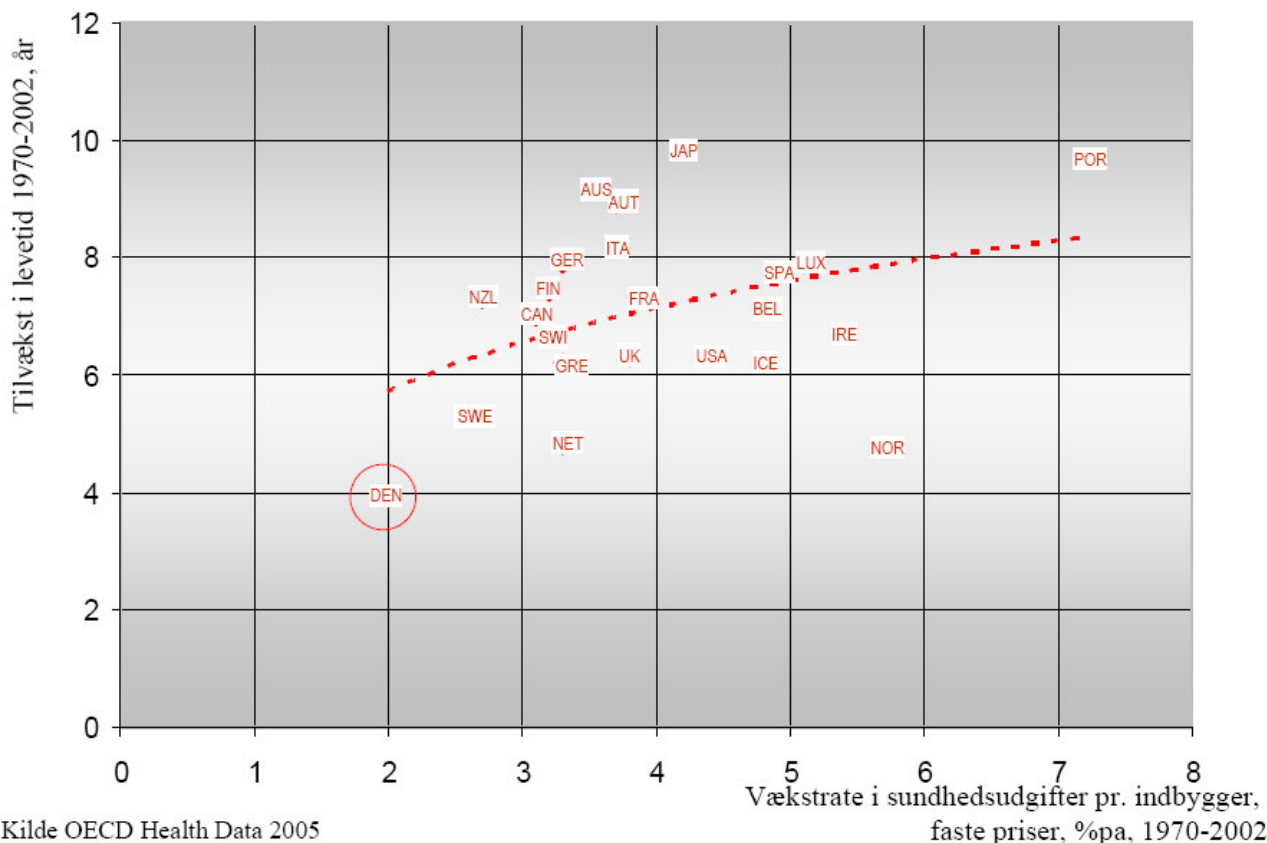
Kilde OECD Health Data 2005

Den lave vækst i de danske sundhedsudgifter, vist i figur 1, har dog ikke været uden konsekvenser, på den positive side har det konstante pres på sundhedsvæsenet været produktivt fremmende i både sygehus og praksissektoren. Dette viser sig bl.a. ved korte indlæggelsestider, en høj andel af ambulant og dagkirurgi samt korte ventelister. På negativ siden har den lave vækst betydet, at den danske middelleve alder er sattet bagud. Hvis man beregner korrelationen mellem tilvækst i levetid og vækstraterne i sundhedsudgifterne, ligger Danmark, som det fremgår af figur 2, på en absolut sidsteplads. Der synes at være en hvis sammen-

³⁴ Artiklen i sin helhed er vedlagt som bilag 10.9

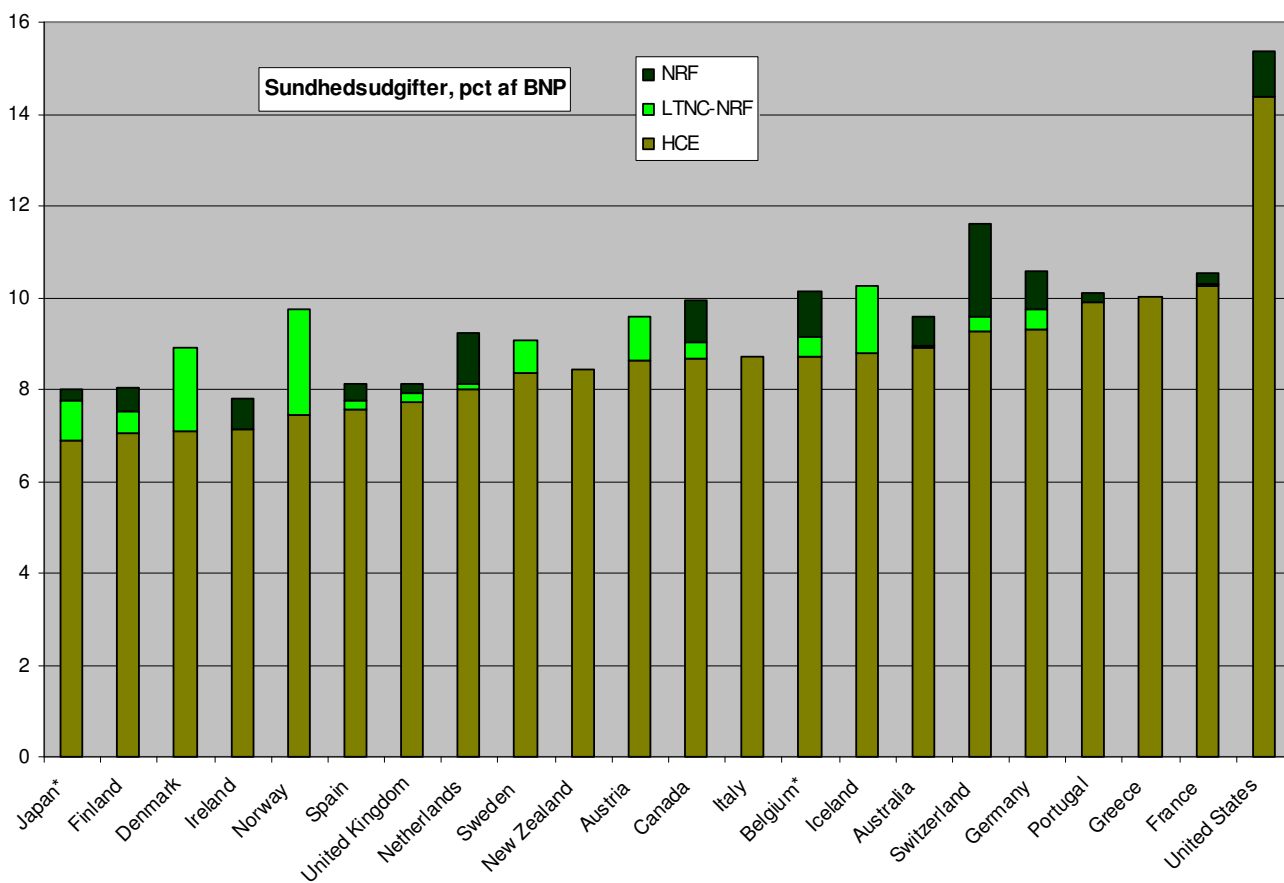
hæng mellem vækstraterne i sundhedsudgifterne pr. indbygger og tilvæksten i levetid. Tendensen er dog ikke helt entydigt, lande som Østrig og Japan har med en forholdsvis lav vækstrate opnået en langt større tilvækst i levetid end gennemsnittet, mens Norge ikke synes at have opnået et positivt resultat af deres meget høje vækst i sundhedsudgifter. Norge dårlige resultat er også en stor del af årsagen til, at den gennemsnitlige effekt af sundhedsudgifterne flader ud mellem 4 og 5 procent.

Figur 2. Korrelation mellem tilvækst i levetid og vækstrater i sundhedsudgifter 1970 - 2002



I den nedenstående figur 3 vises sundhedsudgifterne i 22 lande fordelt som andel af BNP. Som det fremgår, bruger Danmark ca. 7 % af bruttonationalproduktet på egentlige sundhedsudgifter, hvilket er en smule mindre, end de lande vi almindeligvis sammenligner os med. Det er dog svært at sammenligne sundhedsudgifter i forhold til bruttonationalproduktet, dog synes der at være en tendens til, at de lidt mere velhavende lande bruge en lidt mindre del på egentlige sundhedsudgifter (der ses her bort fra USA). Danmark synes alt i alt at ligge lavt, hvilket også er i god tråd med udviklingen vist i figur 1.

Figur 3: Sundhedsudgifter i 22 lande i år 2004 opgjort som procent af BNP opdelt i egentlige sundhedsudgifter = HCE, ikke - NRF relaterede ældreplejeudgifter = LTNC-NRF og i udgifter til plejehjem = NRF



8. Økonomiske problemstillinger under Regional Udvikling.

Der er en række problemstillinger for bevillingsområdet Kollektiv Trafik, som i det følgende opsummeres.

Bortfald af refusion af dieselaafgiften for den kollektive trafik

I Budget 2008 fremgik det, at der ville være en nettoudgift på 15 mio. kr. som følge af Loven om bortfald af refusion af brændstofafgifter. Bruttoudgiften blev opgjort til 38 mio. kr., mens kompensationen fordelt i henhold til bloktilskudsfordelingsnøglen kun udgjorde 23 mio. kr.

I lovforslaget fremsat af Skatteministeriet fremgår det³⁵, at hver region i 2008 vil blive kompenseret fuldt ud for deres udgifter til brændstofafgifter. Regionerne kompenseres under ét fuldt ud gennem DUT, men DUT-modellen betyder, at Region Midtjylland underkompenseres. Lovforslaget indeholder en overgangsmodel, således vil halvdelen af udgifterne til brændstofafgifter i 2009 blive refunderet for hver region, mens den resterende halvdel vil blive fordelt i henhold til bloktilskudsfordelingsnøglen. Fra 2010 vil hele beløbet blive fordelt jf. bloktilskudsfordelingsnøglen. Dermed vil den forventede nettoudgift for 2008 på 15 mio. kr. blive refunderet fuldt ud. De forventede nettoudgifter for 2009 og 2010 vil blive indarbejdede i budgetterne.

Ændret fordeling af indtægterne i takstsamarbejdet mellem trafikskaberne og de statslige jernbaneoperatører

På baggrund af en fejl i modellen for fordeling af udgifter og indtægter takstsamarbejdet mellem trafikskaberne og de statslige operatører på jernbanenettet (BusTog-samarbejdet) blev der udarbejdet en efterregulering for 2006, som medførte en merudgift på 7,6 mio. kr. til Regional Udvikling /Midttrafik.

I 2008 forventes en efterregulering for 2007 på 4,1 mio.kr., samt en forhøjelse af acontobeløbet for 2008 på 9,0 mio.kr. i alt 13,1 mio.kr. Herefter forventes beløbet at udgøre 6 til 8 mio. kr. Udgiften er ikke indarbejdet i Midttrafiks budget for 2008. Samtidig vil Danske Regioner rejse problemstillingen i forbindelse med DUT-forhandlingerne med Regeringen.

Investeringer i Odder og Lemvig banen

Der er udarbejdet en investeringsplan for privatbanerne Odderbanen og Lemvigbanen, som rækker frem til 2020. Region Midtjylland er ansvarlig for finansieringen af investeringsplanen. Staten betaler et årligt direkte tilskud til investeringer på privatbanerne på 10 mio. kr., som tilgår regionen. Dette tilskud overgår til bloktilskud i 2016. Derudover betaler kommunerne i Lemvigbanens område et frivilligt investeringstilskud på 1,4 mio.kr. årligt efter aftale frem til udgangen af 2010, som tilgår Midttrafik direkte. Region Midtjyllands tilskud øremærket til Midttrafiks investeringsplan udgør årligt 2,2 mio. kr., men tilskuddet er sparet væk i 2008 i forbindelse med budgetforliget, og vil først komme til udbetaling fra 2009.

Forventning om afskaffelse af muligheden for cross-border leasing af busser vil medføre et vist behov for omprioritering af indsatsen.

Der er af Danske Regioner varslet en ændring af reglerne om cross-border leasing, som vil komme til at gælde fra 2009 eller snarere 2010³⁶. I øjeblikket benytter mange busselskaber

³⁵ Lovforslag nr. 32, 2001 2. samling. Førstebehandlet 8 januar 2008.

³⁶ Danske regioner, notat af 28. februar 2007, "Dieselaafgifter og moms på kollektiv trafik" case no. 03/4386.

sig af de favorable forhold med hensyn til momssats og afdragsvilkår der findes ved leasing af busser i udlandet f.eks. i Tyskland og Finland. En ændring af reglerne forventes at medføre netto merudgifter i størrelsesordenen 9-10 mio. kr. for Regional Udvikling, såfremt kompensationen fordeles via DUT.

Nye køre/hviletidsbestemmelser

Der er merudgifter som følge af nye køre/hviletidsbestemmelser³⁷. Bestemmelserne vedr. ruter på over 50 kilometer betyder, at busvognmændene må anvende ekstra chauffører. Meromkostningen for de regionale ruter er ca. 1,5 mio. kr. fra 2008.

Virningen af de nye køre-/hviletidsbestemmelser er indarbejdet i Midttrafiks budget 2008. Merforbruget finansieres ved justering af X-bus betjeningen og indgår i de samlede besparelser, som Midttrafik foretager som følge af regionens budgetforlig.

³⁷ I medfør af Bekendtgørelse 328, af 28.03.07

9. Økonomiske problemstillinger under Socialområdet.

Det er en forudsætning for, at regionen kan drive tilbud på social- og specialundervisningsområdet, at det indgår i den årlige rammeaftale mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen. Rammeaftalen fastsætter taksterne for de enkelte tilbud.

De regionale sociale tilbud finansieres fuldt ud af kommunerne. Der er tale om omkostningsfinansierede tilbud, dvs. sige, at kommunerne skal betale udgifter til administration, herunder fællesadministration, tilsyn, afskrivning og forrentning af kapitalapparatet samt udgifter til optjente tjenestemandspensioner.

Der er på området betydelig usikkerhed omkring kommunernes planer for 2009. Ved udgangen af 2008 udløber kommunernes aftale om ikke at gennemføre væsentlige ændringer i benyttelsen af sociale tilbud i andre kommuner eller i regionen i 2007 og 2008.

Der kan være kommuner, der planlægger at overtage sociale tilbud, som er drevet af regionen, eller som planlægger at erstatte regionens tilbud med egne tilbud. Modsat kan det tænkes, at kommuner ønsker, at regionen skal overtage regionale tilbud, der efter delingsaftalen pr. 15. februar 2007 er overført til kommunen. Væsentlige ændringer i regionens opgave som leverandør af sociale tilbud til kommunerne vil medføre behov for tilpasninger i det enkelte driftsområde såvel som i Fællesadministrationen.

Ønsker en kommune at overtage et tilbud, som Region Midtjylland driver, følger det reglerne i Socialministeriets bekendtgørelse om overtagelse af aktiver og passiver, rettigheder og pligter samt ansatte i regionale sociale tilbud og i regionale almene ældreboliger m.v., herunder regler om fordeling af pensionsforpligtelser, der overtages af en kommunalbestyrelse.

Regelsættet svarer til det regelsæt, der er kendt fra delingsaftalerne.

Regionsrådet skal på anmodning fra en beliggenhedskommune udarbejde et aftaleudkast, hvis kommunalbestyrelsen retter henvendelse herom. Ønsker kommunalbestyrelsen på baggrund af aftaleudkastet at overtage tilbuddet, kan andre kommuner anmode om at sagen drøftes i kontaktudvalget. Det er beliggenhedskommunen, der har den endelige beslutningskompetence.

I forbindelse med overdragelse af sociale tilbud er der en særlig udfordring med hensyn til overdragelse af personale fra fællesadministrationen samt reduktion i de fællesadministrative omkostninger.

Der i regionen formuleret nærmere retningslinier for, hvordan der sikres en ordentlig proces, hvis der skal overdrages administrativt personale til en eller flere kommuner.

Socialområdet finansierer 9,9 % af udgifterne til fællesadministration. Denne andel justeres proportionalt med den faktiske udgiftsændring på det sociale område. Ved en større ændring vil en del af dækningsbidraget til fællesadministrationen blive dækket ind ved det personale, der skal overføres i henhold til aftalen med beliggenhedskommunen. Men en del af dækningsbidraget går til finansiering af fælles it-løsninger, Regionsråd og lignende faste udgifter. Der skal findes en model for, hvordan det fællesadministrative budget kan tilpasses.