

## 5.1

### Notat om Finansieringssystemets indretning, oversigt over lovregler

#### 1. Indledning

Formålet med dette notat er at skabe et overblik over lovgrundlaget vedrørende finansieringen af regionernes sundhedsvæsen.

Reglerne er primært beskrevet i loven om regionernes finansiering. En række af reglerne er yderligere uddybet i cirkulærer, f.eks. vedrørende den aktivitetsbestemte medfinansiering (se afsnit 2).

Foruden finansieringssiden er der taget et afsnit med i notatet, der handler om frit sygehusvalg og behandlingsgaranti mv. (se afsnit 3). Dette skyldes, at disse regler i høj grad også vil have indflydelse på økonomien i den enkelte region.

#### 2. Lov om regionernes finansiering

I loven om regionernes finansiering (lov nr. 543 af 24. juni 2005) fastlægges reglerne for, hvordan regionerne bliver finansieret. Det følgende omfatter alene den del af finansieringen, der vedrører sundhedsvæsenet.

Sundhedsområdet omfatter sygehusopgaverne (somatik og psykiatri) og sygesikringsområdet.

Regionerne får ifølge loven følgende indtægter til finansiering af sundhedsopgaverne:

- Et generelt tilskud fra staten (bloktilskud)
- Et grundbidrag fra kommunerne
- Et aktivitetsbestemt bidrag fra kommunerne
- Et aktivitetsbestemt tilskud fra staten

##### 2.1 Bloktilskud

Staten yder årligt et tilskud til finansiering af sundhedsområdet i regionerne. Tilskuddet fordeles i forhold til den enkelte regions andel af det samlede udgiftsbehov på sundhedsområdet.

En regions udgiftsbehov på sundhedsområdet opgøres som summen af:

- Et basisbeløb på 100 mio. kr.
- Regionens aldersbestemte udgiftsbehov
- Regionens socioøkonomiske udgiftsbehov

Basisbeløbet var også kendt før kommunalreformen. Basisbeløbet skal ifølge bemærkningerne til lovforslaget "... afspejle det forhold, at der vurderes at være nogle grundlæggende omkostninger ved at opretholde og drive et regionalt sundhedsvæsen, uanset befolkningens størrelse. Basisbeløbet udgør 100 mio. kr. pr. region og har dermed relativt størst betydning for de befolkningsmæssigt mindste regioner".

Udgiftsbehovskriterierne skal ifølge bemærkningerne til lovforslaget "... dels tage højde for den aldersmæssige sammensætning af befolkningen i de enkelte regioner, dels den socioøkonomiske struktur i regionerne, som kan have betydning for forbruget af sundhedsydelser. Den socioøkonomiske struktur opgøres i den forbindelse ud fra en række kriterier om befolkningens sociale, helbredsmæssige og økonomiske forhold. Dermed tilstræbes det, at regionerne får ensartede vilkår for at løse sundhedsopgaverne".

De samlede regionale nettodrifts- og -anlægsudgifter på sundhedsområdet, som skal indgå i bloktilskudsfordelingen mellem regionerne i det enkelte år, fratrækkes først det beløb, der indgår ved beregning af basisbeløbet (500 mio. kr. for de fem regioner tilsammen). Herefter henregnes 77,5 pct. til regionernes aldersbestemte udgiftsbehov og 22,5 pct. til det socioøkonomiske udgiftsbehov.

Både basisbeløbets størrelse og den procentvise fordeling mellem det aldersbestemte og det socioøkonomiske udgiftsbehov er fastlagt i loven, hvorfor en eventuel ændring af disse fordelingsnøgler vil kræve en lovændring.

### **Aldersbestemte udgiftsbehov**

Regionens aldersbestemte udgiftsbehov beregnes ud fra regionens indbyggertal i nærmere fastsatte aldersgrupper og den gennemsnitlige fordeling af de regionale sundhedsudgifter i de enkelte aldersgrupper. Ifølge loven fastsætter ministeren afgrænsningen af de aldersgrupper, der indgår ved beregningen af det aldersbestemte udgiftsbehov, og fastsætter ligeledes, hvorledes de enkelte aldersgrupper vægtes ud fra den landsgennemsnitlige fordeling af udgifterne.

### **Socioøkonomiske udgiftsbehov**

Det socioøkonomiske udgiftsbehov pr. indbygger opgøres som et landsgennemsnitligt beløb pr. indbygger ganget med et beregnet socioøkonomisk indeks for den enkelte region. Det gennemsnitlige beløb pr. indbygger for regionerne beregnes ud fra udgiftsandelen (22,5 pct. af det samlede beløb til fordeling mellem regionerne) divideret med indbyggertallet i hele landet.

En regions socioøkonomiske indeks bestemmes således som forholdet mellem henholdsvis summen af regionens vægtede andele af følgende kriterier i hele landet og regionens andel af indbyggertallet i hele landet:

- Antallet af børn af enlige forsørgere med en andel på 15 pct.
- Antallet af enlige i aldersgruppen 65 år og derover med en andel på 25 pct.
- Antallet af personer i udlejningsboliger med en andel på 15 pct.
- Antallet af familier på overførselsindkomst med en andel på 17,5 pct.
- Beregnet antal tabte leveår opgjort i forhold til den region, der har den højeste middellevetid, med en vægt på 10 pct.
- Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, med en andel på 5 pct.

- Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, med en andel på 5 pct.
- Antallet af indbyggere på øer uden fast forbindelse med en andel på 2,5 pct.
- Gennemsnitlig rejsetid til 18.000 indbyggere ganget med antallet af indbyggere med en vægt på 5 pct.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget om regionernes finansiering, at, "de socioøkonomiske kriterier indgår i udligningen som nogle såkaldte paraplyvariable, der skal beskrive nogle mere omfattende årsagssammenhænge. Der er således ikke nødvendigvis en direkte sammenhæng mellem den enkelte variabel og udgifterne til sundhedsvæsenet, men den pågældende variabel kan alligevel være et udtryk for nogle socioøkonomiske forhold, som også indebærer en belastning af sundhedsvæsenet".

- Med hensyn til *kriteriet antal børn af enlige forsørgere* nævnes det i bemærkningerne til lovforslaget, "... at dette kriterium ikke skal tages som udtryk for, at børn af enlige forsørgere belaster sundhedsvæsenet mere end andre børn, men kriteriet er et udtryk for en socioøkonomisk struktur i et område. Der er således en sammenhæng mellem antallet af børn af enlige forsørgere i et område og dette områdes belastning af sundhedsvæsenet. Antallet af børn af enlige forsørgere kan derfor anvendes som mål for nogle mere komplekse socioøkonomiske sammenhænge, som fører til belastning af sundhedsvæsenet. Derfor indgår denne variabel i opgørelsen af det regionale udgiftsbehov, ligesom den også hidtil har indgået i opgørelsen af det amtskommunale udgiftsbehov".
- Kriteriet *antal enlige på 65* har hidtil været anvendt i det amtskommunale udgiftsbehov som et mål for belastningen af sundhedsområdet, og er videreført i regionernes udgiftsbehov på sundhedsområdet. Af det aldersbetingede udgiftsbehov fremgår det, at forbruget af sundhedsydelse er stigende med alderen. Men det kan herudover påvises, at antallet af enlige ældre har et større forbrug af sundhedsydelser end de ikke-enlige personer i de tilsvarende aldersgrupper. Kriteriet antal enlige på 65 år og derover opfanger dermed en udgiftsbelastning, som ikke vil fremgå af de generelle aldersmæssige kriterier.
- Kriteriet *antal personer i udlejningsboliger* anvendes ifølge bemærkningerne til lovforslaget "... på baggrund af undersøgelser, som har påvist en sammenhæng mellem boligform og sandsynligheden for at blive indlagt på sygehus. Det er her vist, at personer, der bor i udlejningsboliger, har en større sandsynlighed for at blive indlagt end personer, som bor i ejerbolig".
- Kriteriet *antal familier på overførselsindkomst* er ifølge bemærkningerne til lovforslaget "... anvendt på baggrund af analyser, som har vist en betydeligt højere dødelighed blandt personer på overførselsindkomster end gennemsnittet for personer i de tilsvarende aldersgrupper. Der er generelt påvist en betydelig højere dødelighed for personer ude af erhverv sammenlignet med personer i erhverv. Der er således en statistisk sammenhæng mellem tilknytningen til arbejdsmarkedet og helbredstilstanden. I de områder, hvor der er forholdsvis mange familier på overførselsindkomst, vil der således også være et relativt stort pres på sundhedsvæsenet".
- Kriteriet beregnet *antal tabte leveår*, er opgjort ud fra den beregnede middellevetid i de enkelte regioner. Middellevetiden er beregnet som den forventede gennemsnitlige levetid for en 0-årig i regionen, beregnet ud fra de aldersbetingede dødshyppigheder. Den beregnede middellevetid for en person er således uafhængig af aldersfordelingen for befolkningen i regionen. Ifølge bemærkningerne til lovforslaget kan "... den forventede middellevetid kan betragtes som et udtryk for sundhedstilstanden – og dermed belastningen af sundhedsvæsenet. I de regioner, hvor middellevetiden er forholdsvis lav, må der således forventes en relativt høj belastning af sundhedsvæsenet".
- De to kriterier vedrørende psykiatriske patienter, *antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter*, og *antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni*, er opgjort som antallet af personer med de pågældende diagnoser, som inden for den senest

opgjorte 10-årige periode har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Disse variable er ifølge bemærkningerne til lovforslaget medtaget, "... fordi der kan konstateres betydelige forskelle i belastningen på det psykiatriske område. Der er således en betydeligt højere belastning på det psykiatriske område i hovedstadsområdet end andre steder i landet. Denne merbelastning kan tilsyneladende ikke forklares ud fra særlige socioøkonomiske forhold i hovedstadsområdet, men skyldes snarere en tendens til, at personer med psykiske lidelser søger mod hovedstadsområdet".

- Kriteriet *antal indbyggere på øer uden fast forbindelse* tages ifølge bemærkningerne til lovforslaget "... som udtryk for, at der kan være særlige udgifter forbundet ved at skulle varetage sygehusbetjeningen og det øvrige sundhedsvæsen på øer". Det bemærkes, at Bornholm indgår som en af øerne uden fast forbindelse.
- Kriteriet gennemsnitlig *rejsetid til 18.000 indbyggere* sigter mod at tage højde for særlige udgiftsforhold forbundet med tyndt befolkede områder.

Kriterierne er entydigt fastlagt i loven, og det vil derfor kræve en lovændring at foretage eventuelle justeringer af disse indikatorer, herunder den procentvise vægt, hvormed den enkelte indikator indgår i bloktilskudsberegningen.

## 2.2 Grundbidrag fra kommunerne

Den enkelte kommune betaler et årligt grundbidrag til finansiering af sundhedsområdet til den region, hvori kommunen ligger. Grundbidraget udgør et fast beløb pr. indbygger i kommunen.

Størrelsen af det årlige grundbidrag fastsættes af regionsrådet efter drøftelse i kontaktudvalget mellem regionen og kommunerne. Regionsrådet vil ikke kunne gennemføre forhøjelser af grundbidraget ud over grundbidraget fra året før, reguleret med den forventede pris- og lønudvikling, hvis 2/3 af de kommunale repræsentanter i kontaktudvalget modsætter sig denne forhøjelse.

## 2.3 Aktivitetsbestemt bidrag fra kommunerne

Bopælskommunen betaler til bopælsregionen en andel af udgiften vedrørende følgende ydelser, der leveres til patienter fra regionens kommuner:

- indlæggelse på sygehus (somatik og psykiatri)
- ambulante behandling (somatik og psykiatri)
- genoptræning, der er ydet under indlæggelse på sygehus
- behandling hos praktiserende sundhedspersoner (praktiserende læge, speciallæge, fysioterapeut og psykolog m.fl.).

De nærmere regler for den aktivitetsbestemte medfinansiering er fastsat i "*Cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet*" (cirkulære nr. 114 af 24.11.2006).

## 2.4 Aktivitetsbestemt tilskud fra staten

Staten yder et aktivitetsafhængigt tilskud til al somatisk sygehusbehandling, der foregår ambulant eller under indlæggelse, og som finansieres af en region ved egne eller fremmede sygehuse, klinikker m.v. i medfør af sundhedsloven (afsnit VI) samt udgifter til genoptræning, der er ydet til patienter under indlæggelse på sygehus. Tilskuddet ydes når aktiviteten i den enkelte region er højere den i forvejen fastlagte baseline. Der bliver hvert år fastlagt en samlet tilskudssum, som er til fordeling mellem regionerne. De nærmere regler er fastsat i "*Cirkulære om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2007 til regionernes sygehusvæsen mv.*" (cirkulære nr. 27 af 9. maj 2007).

### **3. Frit sygehusvalg og behandlingsgaranti mv.**

Reglerne om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg og maksimale ventetider for livstruende sygdomme er fastlagt i sundhedslovens kapitel 19-21. Reglerne er siden blevet justeret, herunder længden af perioden for, hvornår en patient skal tilbydes udvidet frit sygehusvalg. Fra 1. oktober 2007 blev perioden således sat ned fra 2 måneder til 1 måned, og samtidig påbegyndtes implementeringen af aftalen mellem regeringen og Danske Regioner "om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter".

#### **3.1 Frit sygehusvalg**

Når en patient bliver henvist til undersøgelse og behandling på sygehus, kan den pågældende patient i princippet frit vælge mellem alle de offentlige sygehuse (gælder for basisbehandling), som kan udføre undersøgelsen og behandlingen, samt visse private sygehuse, som regionerne samarbejder med.

Frit sygehusvalg gælder dog ikke:

- hvis det sygehus patienten vælger har væsentlig længere ventetider end lignende sygehusafdelinger
- i tilfælde af en ulykke eller en akut indlæggelse

Ønsker patienten behandling på en højt specialiseret sygehusafdeling, f.eks. på Rigshospitalet, kræver det dog, at patienten lider af en sygdom, som gør det nødvendigt at blive behandlet på en sådan afdeling (lands- og landsdelsspecialer)

#### **3.2 Udvidet frit sygehusvalg – maksimal ventetid**

Senest 8 hverdage efter at sygehuset har modtaget en henvisning, skal sygehuset give patienten besked, om sygehuset kan tilbyde behandling inden for den maksimale ventetid på en måned.

Hvis ventetiden er over en måned, regnet fra den dag sygehusafdelingen modtager henvisningen, så har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg. For hver forundersøgelse lægges der dog to uger til den samlede ventetid. Hvis der f.eks. skal foretages en røntgenundersøgelse inden den egentlige behandling kan begynde, så må ventetiden være 1½ måned.

Det udvidede frie sygehusvalg betyder, at sygehuset skal give patienten et tilbud om viderehenvisning, og patienten kan vælge mellem offentlige og en række private sygehuse, samt sygehuse i udlandet som regionerne samarbejder med.

Behandlingsgarantien gælder ikke fertilitetsbehandling, organtransplantation og kosmetisk behandling m.m.

#### **3.3 Behandlingsgaranti ved livstruende sygdomme**

Der er fastsat maksimale ventetider til behandling for visse kræft- og andre livstruende sygdomme.

For kræftsygdomme er de maksimale ventetider:

- Til forundersøgelse: 2 uger fra lægens henvisning er modtaget af sygehuset.
- Til operation: 2 uger fra patienten har givet den behandlende afdeling informeret samtykke til operation.

- Til medicinsk behandling, som er primær behandling: 2 uger fra patienten har givet den behandlende afdeling sit informerede samtykke til behandlingen og senest 4 uger fra afdelingen har modtaget henvisning til behandling.
- Til strålebehandling, som er primær behandling: 4 uger fra den behandlende afdeling har modtaget henvisning til strålebehandling.
- Til efterbehandling (strålebehandling eller medicinsk behandling efter primær behandling): 4 uger fra henvisning er modtaget af den behandlende afdeling.

Hvis sygehuset ikke kan henvise til behandling, skal sygehuset tilbyde at meddele dette til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen henviser herefter om muligt patienten til behandling på et sygehus i en anden region eller på et privat sygehus her i landet eller på et sygehus i udlandet.

#### **4. Aftalen akut handling og klar besked til kræftpatienter**

Aftalen om akut handling og klar besked til kræftpatienter, der blev indgået mellem regeringen og Danske Regioner i oktober 2007, indebærer at der skal udarbejdes forløbspakker for alle kræftformer. Disse pakkeforløb vil for hver behandling beskrive et standard udrednings- og behandlingsforløb, herunder hvor længe de enkelte dele af forløbet må tage.

Dette indebærer bl.a. at arbejdet med at stille en diagnose skal påbegyndes inden for 48 timer på patienter, hvor der er en begrundet mistanke om kræft. Den 1.oktober 2007 startedes med patienter, hvor der er mistanke om hoved-halscancer eller lungekræft. Planen udrulles for de øvrige kræftformer i 2008.