

5.7

Notat om finansieringssystemet og dets konsekvenser den regionale styring

1. Formål og resumé

Regionernes finansiering af sundhedsvæsenet er fastlagt i Lov om regionernes finansiering (lov nr. 543 af 24. juni 2005), som er nærmere beskrevet i bilag 5.1 "Notat om Finansieringssystemets indretning – Oversigt over lovreglerne". De enkelte elementer i finansieringssystemet er tilsvarende beskrevet i bilagene 5.2-5.4.

Dato 16.01.2008

Niels E. Kristensen

Tel. +45 8728 5414

NielsErik.Kristensen@stab.rm.dk

Formålet med dette notat er at beskrive de problemstillinger, som finansieringssystemet for regionernes sundhedsvæsen medfører for den regionale styring.

Notatet viser, at finansieringssystemet rummer et paradoks mellem en delvis rammestyret finansiering (statslig aktivitetspulje) af et område, som via behandlingsgaranti og frit valgsordning er gjort efterspørgselsstyret. Denne kombination indebærer, at regionerne reelt mister muligheden for via aktivitetsstyring at overholde budgetrammerne. Hvis efterspørgslen overstiger finansieringsrammen er regionens eneste mulighed at styre, så merudgifterne reduceres mest mulig.

Notatet påpeger endvidere, at der i relation til finansieringssystemet er en kompleksitet, en uforudsigelighed, dataproblemer og en manglende stabilitet i grundlaget, som gør den praktiske styring af økonomien vanskelig.

2. Finansieringssystemets hovedindhold – kort fortalt

I nedenstående er kort redegjort for de enkelte elementer i finansieringssystemet og kriterierne for, at finansieringen udbetales til regionerne.

Bloktilskuddet, som udgør ca. 77-78 % af finansieringen og meddeles 1. juli forud for budgetåret, er fastlagt på grundlag af objektive kriterier, som tilstræber at beregne et tilskud, som modsvarer den forventede efterspørgsel på sundhedsydelse.

Det kommunale grundbidrag, som udgør ca. 7-8 % af finansieringen udmeldes tilsvarende 1. juli forud for budgetåret (jf. dog mulighederne for, at Regionsrådet under visse betingelser kan ændre grundbidragets størrelse ved budgetvedtagelsen). Grundbidraget er, når der bortses fra Regionsrådets ændringsmuligheder, en fast størrelse uden anden kobling til efterspørgslen på sundhedsydelse end befolkningsunderlag.

Den statslige aktivitetspulje, som udgør ca. 3 % af finansieringen. Er en aktivitetsafhængig finansieringskilde, hvorefter regionen modtager betaling for aktiviteter udover en fastlagt baseline, som udtrykker det aktivitetsniveau (målt i DRG-/DAGS-takster), der skal overstiges før, der modtages finansiering fra aktivitetspuljen.

Den samlede statslige aktivitetspulje består af 2 delpuljer (generel aktivitet og strålebehandling på kræftområdet), hvis økonomiske omfang fastlægges i forbindelse med de økonomiaftaleforhandlinger. Der er tale om en pulje med loft, idet der ikke ydes finansiering til meraktivitet udover den statslige aktivitetspulje.

Finansieringsmæssig rummer aktivitetspuljen to delpuljer hvorefter regionerne modtager henholdsvis 100 % finansiering af DRG-aktiviteten (for de første 45 % af meraktivitetspuljen) og 70 % finansiering af DRG-aktiviteten (for de resterende 55 % af meraktivitetspuljen).

En foreløbig baseline udmeldes i forbindelse med økonomiaftalen i juni forud for budgetåret. Den endelige baseline for budgetåret, som fastlægges på grundlag af faktisk aktivitet i årene frem til budgetåret, fastlægges og udmeldes endelig pr. 1. marts i budgetåret.

Baseline-beregning for budgetåret (eksempel 2008) beregnes overordnet set, som beskrevet nedenfor, når der bortses fra den tekniske justering i form P/L-regulering og omregning mellem de enkelte års takstsystemer:

	Den faktiske aktivitet i 2007 korrigeret for eventuelle rammeoverskridelser i 2007
+	produktionsværdien af den aftalte aktivitetsvækst fra 2007 til 2008
-	produktionsværdien af aktiviteterne i den aftalte statslige aktivitetspulje
=	Baseline 2008

Den kommunale aktivitetspulje, som udgør ca. 11-12 % af finansieringen, er modsat den statslige aktivitetspulje uden grundniveau (baseline) og loft. Den kommunale aktivitetspulje bliver skønsmæssigt beregnet i forbindelse med økonomiaftaleforhandlingerne i juni forud for budgetåret, men regionens faktiske indtægter fra aktivitetspuljen er direkte koblet til den konkrete aktivitet i løbet af budgetåret.

Den kommunale medfinansiering gennem aktivitetspuljen er differentieret fra 10 % til 70 % for de forskellige typer af aktiviteter. Tilmed er der for visse typer af aktiviteter fastlagt en maksimums beløbsgrænse for den kommunale medfinansiering.

Den kommunale medfinansiering beregnes på grundlag af DRG-/DAGS-takster, sengedags-takster og de overenskomstsmæssigt fastsatte honorarer for praktiserende sundhedspersoner.

3. Problemstillinger i finansieringssystemet i relation til økonomistyringen

Finansieringssystemets konstruktion medfører regionale styringsproblemer. Dels opstår et paradoks i styringen affødt af en rammestyret finansiering (den statslige aktivitetspulje) og en efterspørgselsstyret aktivitet. Dette paradoks er nærmere beskrevet i nedenstående afsnit A.

Endvidere er den regionale økonomistyring i en række praktiske sammenhænge besværlig gjort af finansieringssystemets indretning. Disse problemstillinger er nærmere beskrevet i nedenstående afsnit B – E.

A. Paradokset mellem efterspørgselsstyret aktivitet/udgift og rammestyret finansiering/indtægt

Finansieringssystemet rummer et indbygget paradoks i den forstand, at finansieringssystemet med den statslige aktivitetspuljes loft grundlæggende forudsætter, at regionerne kan kontrollere aktiviteter/udgifter og tilpasse disse til den rammestyrede finansiering, som aktivitetspuljens loft er udtryk for.

Forudsætningen om kontrol over aktivitet/udgifter udhules imidlertid af de parallelt fungerende regler i sundhedsloven vedrørende patientens rettigheder til behandling. Ifølge disse bestemmelser kan patienten, hvis regionens sygehuse ikke kan behandle indenfor ventetidsgarantien, søge behandling på privathospitaler eller hospitaler i andre regioner. En behandling, som bopælsregionen skal betale for.

Patientens rettigheder til behandling – uanset kapaciteten på bopælsregionens hospitaler – betyder i praksis, at aktivitetssiden er efterspørgselsstyret og dermed på kollisionskurs med den rammestyrede finansiering i medfør af den statslige aktivitetspulje.

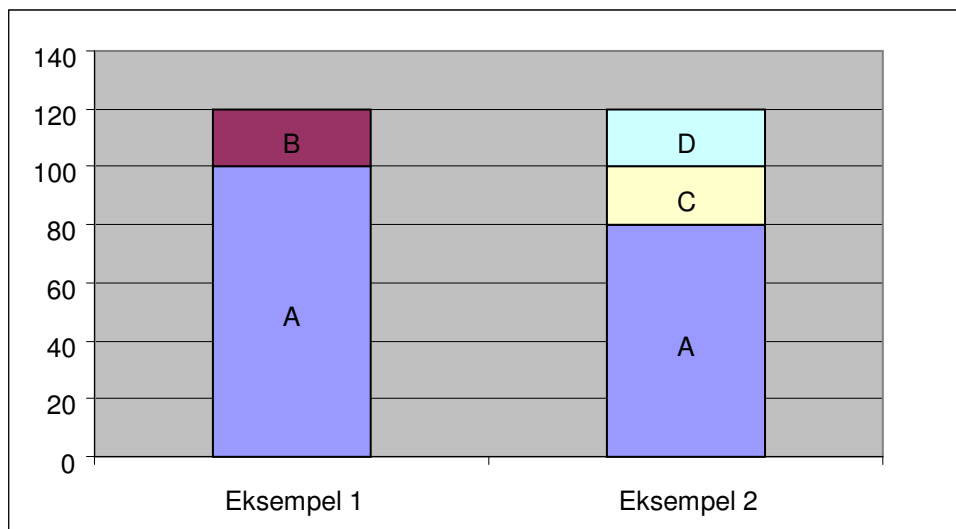
Det ovennævnte paradoks mellem rammestyret finansiering/indtægter og efterspørgselsstyret aktivitet/udgifter medfører i praksis, at regionerne stilles i en umulig styringssituation, når efterspørgslen på behandlinger overstiger det niveau, som finansieres af de statslige aktivitetspuljer. Historikken viser, at efterspørgslen er større end det finansierede udbud.

Paradokset i styringen er vist i nedenstående figur, som i to eksempler illustrerer, hvilke udgifter regionen skal afholde, hvis der vælges forskellige strategier. En væsentlig forudsætning for begge eksempler er, at efterspørgslen svarer til niveau 120 og den statslige aktivitetspulje har et loft ved niveau 100, altså ingen medfinansiering af aktivitet over niveau 100. (Det skal bemærkes, at eksemplerne er en forenklet fremstilling, idet der bortses fra medfinansieringen via den kommunale aktivitetspulje)

- I eksempel 1 imødekommer regionen efterspørgslen på 120 via behandling på egne hospitaler. Regionens afholder altså udgifter for alle aktiviteter op til niveau 120 (i Region Midtjyllands tilfælde vil udgiften til hospitalerne jf. takstmodellen være 55/50% af DRG-taksterne for til de udførte behandlinger). Den statslige aktivitetspulje finansierer imidlertid kun aktivitet op til niveau 100 (område A), mens aktivitet over niveau 100 (område B) "egenfinansieres" af regionen og resulterer i et merforbrug på egne hospitaler.
- I eksempel 2 gennemfører regionen en stram styring og producerer på egne hospitaler aktiviteter svarende til niveau 80 (område A). Herved mister regionens en mulighed

indtægt fra aktivitetsspuljen på aktiviteter fra niveau 80 til niveau 100 på 70% af DRG-taksterne (område C), men omvendt sparer regionen også omkostningerne, som er knyttet til aktivitet fra niveau 80 til niveau 100. Regionen kan med andre ord kontrollere økonomien overfor egne hospitaler ved at styre produktionen under aktivitetsspuljens loft.

Problemet i forhold til ovennævnte fremgangsmåde er, at efterspørgslen ikke imødekommes på egne hospitaler. Patienterne vil derfor kunne søge behandling betalt af Region Midtjylland på privathospitaler og på andre regioners hospitaler. Hvis patienterne i fuldt omfang gør dette, vil det for aktiviteter fra niveau 80 til niveau 100 (område C) påføre udgifter svarende til 100% DRG-takst minus medfinansiering på 70% DRG-takst fra aktivitetsspuljen, og for aktiviteter fra niveau 100 til niveau 120 (område D) udgifter på 100% DRG-takst uden medfinansiering fra aktivitetsspuljen. Den stramme styring af aktiviteten på egne hospitaler sikrer altså økonomien i forhold udgifterne til egne hospitaler, men i konsekvens heraf flyttes udgifterne til kontoen for køb ved privathospitaler og samhandelskontoen med øvrige regioner.



Note: I begge eksempler er det forudsat, at der efterspørges en aktivitet svarende til niveau 120, og at den statslige aktivitetsspulje kan medfinansiere aktivitet til niveau 100.

Som eksemplerne viser, er regionen uden reelle styringsmuligheder for at sikre budgetoverholdelse, når efterspørgslen overstiger det finansierede udbud (aktivitetsspuljens loft).

Ud fra et rent økonomisk rationale bør regionen i den illustrerede situation forfølge strategien i eksempel 1 og imødekomme efterspørgslen via øget egen produktion. Med Region Midtjyllands takstmodel vil dette betyde merudgifter på 50/55 % af DRG-taksten på aktiviteten over puljeloftet. Hvis regionen alternativt forfølger strategien i eksempel 2 og styrer stramt på egenproduktion af aktivitet, så sikres budgetoverholdelse på egne hospitaler, men udgiften væltes over på købet ved privathospitaler og andre regioners hospitaler, hvor afregningstaksten er 100 % af DRG-taksten.

Regionens styringsmulighed er med andre ord ikke i forhold til overholdelse af budgettet – men udelukkende i forhold til størrelsen af merforbruget.

B. Komplexitet

En grundlæggende problemstilling i relationen til gennemførelsen af den løbende regionale styring er finansieringssystemets kompleksitet.

Kompleksiteten i finansieringssystemet er illustreret i gennemgangen af systemets elementer i afsnit 1 og kan kort sammenfattes i to grundlæggende forhold.

- finansieringskilderne omfatter både aktivitetsafhængige og aktivitets-uafhængige elementer. Dette medfører, at der ikke er nogen liniær sammenhæng mellem det regionale sundhedsvæsenes produktion (aktivitet) og indtægterne.
- kriterierne for specielt aktivitetspuljerne er ganske komplekse. Der er forskellige dækningsområder for de forskellige puljer og forskellige grad af medfinansiering for de enkelte aktiviteter i puljerne.

Kompleksiteten indebærer, at en ideel økonomistyring skal være ganske detaljeret, hvis den skal opfange afvigende tendenser i den komplekst sammensatte finansiering. En sådan detaljeringsgrad er i praksis uigennemførlig, hvorfor økonomistyring må ske på mere akkumuleret niveau og deraf afledt usikkerhed.

C. Uforudsigelighed

Finansieringssystemet for regionens sundhedsvæsen rummer elementer af uforudsigelig - altså indtægter, som det er umuligt eller vanskeligt at forudsige undervejs i budgetåret.

Det mest konkrete eksempel på denne uforudselighed er medicingarantien. Garantien indebærer, at regionerne under et modtager en 75%’s finansiering af udgifterne til medicin udover en i Økonomiaftalen aftalt ramme. Da garantirammen er fælles for de 5 regioner er den enkelte regions ”garanti” for finansiering af merudgifter betinget af, at de øvrige regioner har tilsvarende merudgifter. Afhængigheden af de øvrige regioners udgiftsniveauer betyder, at den enkelte region ikke kender indtægten før midtvejs inde i året efter budgetåret.

D. Dataproblemer

De grundlæggende data for en god regional økonomistyring er kort sagt; Opdaterede og retvisende billeder af forbrug og aktivitet.

Forbrugsdata registreres i økonomisystemet (ØS2000), mens aktivitetsdataene, som for sundhedsområdet primært leveres via eSundhed, er baseret på den registrering som hospitalerne med flere foretager i forskellige registre – f.eks. Landspatientregistret.

Problemerne i forhold til data-grundlaget¹ knytter sig til en tidsforskydning i opgørelse/offentliggørelse af data, hvilket forsinker den regionens reaktionstid i forhold til gennem økonomistyringen at rette op på en uheldig udviklingstendens. Forsinkelsen kan medføre, at problemer vokser sig større inden en genopretning kan iværksættes. Et andet aspekt af dataregistreringssystemerne i forhold til god økonomistyring er, at regionen ikke kan kontrollere/påvirke registreringen af alle data, da dele af registreringen foregår uden for egen organisation. Regionen er med andre ord afhængig af andres datadisciplin.

¹ Materialesamlingens bilag 4.4 rummer en mere detaljeret beskrivelse af dataproblematikken. Side 5

Endelig skal det nævnes, at der i 2007 generelt har været problemer med at få valide data fra eSundhed. Data som er grundlaget for alle DRG-beregninger.

E. Graden af ustabilitet i fundament for regionens styring

En god og retvisende økonomistyring er grundlæggende nemmere at opnå i et miljø, hvor forudsætninger er kendte og stabile over tid. Regionernes korte levetid gør det selvfølgelig umuligt på varig sigt at spå om stabiliteten i fundamentet for regionernes økonomistyring, men det kan under alle omstændigheder konstateres, at 2007 – som år 1 – har været ganske ustabil.

Som 2 eksempel på begivenheder, som i væsentlig grad har påvirket regionens styringsgrundlag kan nævnes;

- Udmøntningen af "19. december-aftalen" omkring finansiering af amternes meraktivitet i 2006. Udmøntning skete i juni i forlængelse af Økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner – altså 6 måneder inde i det berørte budgetår.
- "Aftalen om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter", som har en væsentlig indflydelse på dels produktionsplanlægning og – afvikling samt deraf afledte økonomiske effekter indgås i 12. oktober i budgetåret.

De nævnte eksempler m.fl. har kombineret med manglende erfaringsgrundlag givet betydelige udfordringer for styringen i Region Midtjylland i 2007