

## **Notat om fordeling af regionernes statslige bloktilskud.**



Det statslige bloktilskud på 74,5 mia.kr udgør 78 % af regionernes finansiering af udgifterne til borgernes sundhedsydelse.

Dato 24.09.2008

Per Grønbech/  
Niels E. Kristensen

Tlf.8728 5400/  
Tlf.87285414

Per.Groenbech@stab.rm.dk  
NielsErik.Kristensen@stab.rm.dk

Bloktilskuddet på sundhedsområdet fordeles i henhold til kriterier fastsat af Folketinget i Lov nr. 543 af 24. juni 2005 om regionernes finansiering. I loven er kriterierne og deres vægtning fastlagt på grundlag af en analyse af amternes regnskab 2003.

Principielt bør fordelingen af regionernes bloktilskud sikre, at alle regioner forudsat samme effektive drift har ens muligheder for at yde borgerne den samme service.

Side 1

Region Midtjylland vurderer, at den nuværende bloktilskudsfordeling ikke giver Region Midtjylland samme mulighed for at give borgerne samme aktivitets- og serviceniveau som landsgennemsnittet. Der er tre problemstillinger ved den nuværende bloktilskudsfordeling.

- Modellens kriterier er udvalgt og vægtet på grundlag af amternes regnskabstal for 2003. Et enkelt regnskabsår kan rumme tilfældigheder (forskydninger mellem regnskabsår, vedtaget omfattende spareplaner i amterne mv.). I forbindelse med fastsættelsen af bloktilskudskriterierne anførte Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at der er anvendt en simpel analysemetode i forbindelse med udvælgelsen, og at den anvendte metoder indeholder flere fortolkningsproblemer.
- Realvæksten i udgifter til sundhedsydelse er i årene 2004-2009 steget med 13 mia. kr.<sup>1</sup>. Realvæksten imødekommer den kraftig stigende efterspørgsel efter behandlinger, ny dyr medicin og nye behandlinger mv. Patienterne har fået øget rettigheder gennem frit sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg, behandling af kræft inden for 48 timer. Det er et stort spørgsmål, om bloktilskudsfordelingen baseret på talmateriale fra 2003 giver

---

<sup>1</sup> Samlet tilvækst i det aftalte udgiftsniveau for sundhedsvæsenet i Økonomiaftalerne og øvrige aftaler mellem regering og Amdsrådsforeningen/Danske regioner i perioden 2004 – 2009.

regionerne samme muligheder for at imødekomme den stigende efterspørgsel og udvidede rettigheder.

- Bloktilskudsfordelingen er meget følsom over for selv små ændringer i fordelingskriterierne. Region Midtjyllands andel af bloktilskuddet er 21,2 %. En ændring på blot 0,1 % betyder ca. 75 mio. kr. Et andet eksempel på at små forskelle i kriterierne har store konsekvenser er, at Region Midtjylland har den højeste middellevetid af alle regioner, hvilket betyder, at regionen ikke får andel i den del af bloktilskuddet, som henføres til dette kriterium. Beløbet svarer til ca. 400 mio. kr. Hvis middellevetiden i Region Midtjylland blot var 0,23 år mindre eller tilsvarende højere i Region Syddanmark ville det ændre fordelingen, således at Region Midtjylland ville få ca. 150 mio. kr. mere i bloktilskud.

Disse problemstillinger er kernen i det, som Region Midtjylland har rejst ved den nuværende fordeling af bloktilskuddene. Det er opfattelsen, at der bør laves en hurtig og tilbunds gående undersøgelse af kriterierne for bloktilskudsfordelingen.

I 2009 vil Region Midtjyllands andel af bloktilskuddet være 21,2 %, mens regionen har 22,6 % af landets indbyggere. Sættes disse andele i forhold til hinanden, får Region Midtjyllands borgere i gennemsnit 6 % mindre bloktilskud end borgerne i gennemsnit gør på landsplan.

Finansieringsmodellen indebærer med andre ord, at enten forudsættes borgerne i Region Midtjylland have et behov for sundhedsydelser, som er 6 % mindre end behovet på landsplan, eller også forudsættes hospitalerne i Region Midtjylland at være 6 % mere produktive end gennemsnittet af hospitaler i Danmark.

Der er grundlæggende to knapper at skrue på for at skaffe den nødvendige balance. Den ene er at reducere den nuværende aktivitet, og den anden er at øge produktiviteten.

I det omfang aktiviteten reduceres, rejser det spørgsmålet, om befolkningen i Region Midtjylland i dag bliver overbehandlet i forhold til landsgennemsnittet. Det kan være et relevant spørgsmål at stille Sundhedsstyrelsen, hvis svaret er ja er der et sagligt argument for at reducere aktiviteten, og hvis svaret er nej er der et sagligt argument for at drøfte det i forbindelse med den revision af bloktilskudskriterierne, som Finansudvalget skal se på inden 1. april 2009.

Omkring produktiviteten har Region Midtjylland en højere produktivitet end landsgennemsnittet. Efter økonomiaftalen for 2009 skal regionernes produktivitet forbedres med 2,5 %. Disse produktivetsforbedringer skal opnås gennem ny teknik og bedre tilrettelæggelse af arbejdsgange. Region Midtjylland kan kun opnå besparelser, hvis produktiviteten øges udover de 2,5 %. Hvis Region Midtjylland generelt skal øge produktivitet i forhold til landsgennemsnittet, er det nødvendigt, at se på strukturelle besparelser såsom at nedlægge de mindst produktive enheder og centralisere funktioner. Der er her en klar sammenhæng til den service regionen kan tilbyde borgerne. Også her vil det være et relevant spørgsmål at stille, om Region Midtjylland skal have en væsentlig større produktivitet end landsgennemsnittet.

## 1. Faktuelle oplysninger om bloktilskudsfordelingen

De økonomiske rammer for regionerne fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem Danske Regioner og regeringen, hvor der aftales en samlet økonomisk balance, som skal modsvare det forudsatte regionale aktivitetsniveau.

Den primære regionale finansiering er de statslige bloktilskud. Det statslige bloktilskud på 74,5 mia. kr. i 2009 finansierer ca. 78 % af regionernes sundhedsudgifter.

Bloktilskuddet fordeles mellem regioner efter udgiftsbehov, som opgøres efter nedenstående fremgangsmåde:

- Et basisbeløb på 100 mio. kr. pr. region (i alt 0,5 mia. kr. )
- Regionens aldersbestemte udgiftsbehov  
77,5 % af bloktilskuddet (57,35 mia. kr.) fordeles på grundlag af aldersbestemte udgiftsbehov. Regionens aldersbestemte udgiftsbehov beregnes på grundlag af regionens indbyggertal 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 (16,65 mia. kr.) til sundhed fordeles på grundlag af de opgjorte socioøkonomiske behov. Der anvendes i alt 9 kriterier i opgørelsen af de socioøkonomiske behov.

Fordelingen sker på baggrund af en analyse af amternes regnskab 2003 og en forventet sammenhæng til en række objektive socioøkonomiske kriterier. Modellen er etableret ved anvendelse af en forenklet regressionsanalyse, som er en metode, hvor der ved hjælp af en række observationer kan konstateres eventuelle sammenhænge og styrken af sammenhænge mellem et resultat og en række forskellige forklaringsvariable.

I regressionsanalysen er der – kort fortalt – søgt skabt en sammenhæng mellem regnskabsresultaterne 2003 og "scoren" på en lang række socioøkonomiske kriterier. Konklusionen på analysen er, at 9 kriterier i al væsentlighed med den anførte vægtning kan forklare udgiftsbehovet jf. regnskabsresultat 2003.

- 1) Antallet af børn af enlige forsørgere med en andel på 15 pct.
- 2) Antallet af enlige i aldersgruppen 65 år og derover med en andel på 25 pct.
- 3) Antallet af personer i udlejningsboliger med en andel på 15 pct.
- 4) Antallet af familier på overførselsindkomst med en andel på 17,5 pct.
- 5) Beregnet antal tabte leveår opgjort i forhold til den region, der har den højeste middellevetid med en vægt på 10 pct.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) Antallet af indbyggere på øer uden fast forbindelse med en andel på 2,5 pct.
- 9) Gennemsnitlig rejsetid til 18.000 indbyggere ganget med antallet af indbyggere med en vægt på 5 pct.

I fordelingsmodellen blev beregnet over-/underskud for de 5 regioner med henblik på etablering af en overgangsordning, som skulle give mulighed for en gradvis udfasning af serviceforskelle de nye regioner imellem. Da de endelige beløb til overgangsordningen fastlægges, skete det på tal fra regnskab 2005. For Region Midtjylland beregnes et "overskud" på 318 mio. kr., som aftrappet over 5 år skal indbetales til overgangsordningen. Region Midtjyllands "overskud" modsvares næsten krone til krone af et tilsvarende "underskud" i Region Hovedstaden.

Fordelingskriterierne og overgangsordningen er fastsat i lovgivningen.

## 2. Bloktilskudsfordelingen for Region Midtjylland.

Fordelingsmodellen betyder, at Region Midtjylland andel af bloktilskuddet er 21,2 %.

Sættes andelen af bloktilskuddet på 21,2 % (ekskl. overgangsordningen) i forhold til befolkningsandelen på 22,6 % udgør Region Midtjyllands nuværende bloktilskud 94 % af det bloktilskud regionen ville få, hvis det alene blev fordelt efter befolkningsandel. I tabel 1 er beregnet de samme forhold for de øvrige regioner, og hvor landsgennemsnittet er 100. Som det fremgår af tabellen er Region Midtjyllands andel af bloktilskuddet over årene svagt faldende målt i forhold til andelen af befolkningen.

**Tabel 1: Forholdet mellem den nuværende fordeling af bloktilskuddet og bloktilskud fordelt efter befolkningsandele.**

	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	105,2	104,3	104,2
Region Sjælland	101,9	102,5	102,5
Region Syddanmark	98,2	98,5	98,5
<b>Region Midtjylland</b>	<b>94,0</b>	<b>93,9</b>	<b>93,7</b>
Region Nordjylland	99,1	100,4	100,4
I alt	100,0	100,0	100,0

Forholdet mellem Region Midtjyllands andel af bloktilskuddet og andel af befolkningen er et produkt af de andele af det beregnede udgiftsbehov til sundhedsområdet, som fordelingsmodellen finder med udgangspunkt i henholdsvis aldersbetingede kriterier og socioøkonomiske kriterier. I nedenstående tabel 2 er vist forholdet mellem regionernes andele af de alders og de socioøkonomiske kriterier og andele af befolkningen.

**Tabel 2: Forholdet mellem de aldersbestemte og socioøkonomiske kriteriers fordeling af udgiftsbehov i forhold til andele af indbyggertal**

	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
<b>Region Midtjylland</b>	<b>98,0</b>	<b>98,0</b>	<b>80,5</b>	<b>80,0</b>
Region Nordjylland	101,9	102,0	87,1	92,5
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0

Som tabellen viser, er der relativ stor sammenhæng mellem fordelingen på det aldersbestemte kriterium og fordelingen af befolkningen. Alle regioner er tæt på det gennemsnitlige landsindeks på 100. Region Midtjyllands indeks 98 kan være begrundet i, at regionens indbyggere er en anelse yngre end landsgennemsnittet, hvorfor behovet for sundhedsydelse også kan formodes at være en anelse lavere.

I forhold til de socioøkonomiske midler er der en betydelig større variation mellem regionerne. Region Midtjylland får således i medfør af de socioøkonomiske kriterier kun ca. 80 % af det bloktilskud, som regionen ville få, hvis der var tale om en simpel fordeling efter befolkningsandele.

Region Midtjyllands indeks 80 indikerer, at regionen kun burde have et udgiftsbehov på 80 kr., når der på landsplan er et udgiftsbehov på 100 kr.

En af de væsentlige årsager til Region Midtjyllands lave indeks på den socioøkonomiske del er kriteriet "tabte leveår". Som det fremgår af tabel 3, vil det, at fjerne kriteriet "tabte leveår" være positivt for Region Midtjylland, hvis andel af det socioøkonomiske kriterium vil stige fra henholdsvis 18,1 % til 20,1 %.

**Tabel 3: Socioøkonomiske udgiftsbehov på sundhedsområdet i kr. 1.000, hvis man fjerner "tabte leveår"**

For 2008	Socioøkonomisk udgiftsbehov med tabte leveår			Socioøkonomisk udgiftsbehov uden tabte leveår		
	i kr. 1.000	i %	indeks i forhold til indbyggertal	i kr. 1.000	i %	indeks i forhold til indbyggertal
Region Hovedstaden	7.258.008	37,1%	123,7	6.915.426	35,4%	117,9
Region Sjælland	3.043.882	15,6%	103,7	2.665.887	13,6%	90,8
Region Syddanmark	3.808.131	19,5%	89,2	4.126.841	21,1%	96,7
<b>Region Midtjylland</b>	<b>3.530.440</b>	<b>18,1%</b>	<b>80,0</b>	<b>3.922.711</b>	<b>20,1%</b>	<b>88,9</b>
Region Nordjylland	1.909.160	9,8%	92,5	1.918.754	9,8%	93,0
I alt	19.549.620	100,0%	100,0	19.549.620	100,0%	100,0

I forhold til kriteriet "tabte leveår" skal det i øvrigt bemærkes, at Region Midtjylland får 0 kr., idet beregningerne på kriteriet tager udgangspunkt i regionen med den højeste middellevealder, hvilket er Region Midtjylland. Ændringer i Region Midtjyllands levealder har altså ingen betydning for regionens bloktilskud – med mindre middellevealderen bliver kortere end en af de øvrige regioner.

De opsigtsvækkende konsekvenser af den eksisterende fordeling af bloktilskuddet ses også i en sammenligning mellem regionernes bloktilskud målt pr. indbygger, som vist i tabel 4.

**Tabel 4: Befolknings- og bloktilskudsandele Region Syddanmark og Region Midtjylland**

Bloktilskud = 74,5 mia. kr. (2009)	Bloktilskuds andel %	Bloktilskud Mia. kr.	Befolkning 1.000	Befolknings andel %	Bloktilskud pr. indbygger
Region Hovedstaden	31,3	23,3	1.652	30,1	14.080
Region Sjælland	15,4	11,4	821	14,9	13.929
Region Syddanmark	21,6	16,1	1.198	21,8	13.420
Region Midtjylland	21,2	15,8	1.244	22,6	12.710
Region Nordjylland	10,6	7,9	578	10,5	13.607
Landstal	100	74,5	5.493	100	13.570

Et enkelt eksempel på en sammenligning mellem regionerne kunne være Region Syddanmark og Region Midtjylland, som ligner hinanden meget i størrelse og befolkningssammensætning.

Det ses i tabel 4, at både Region Midtjylland og Region Syddanmark får en lavere bloktilskudsandel end den faktiske befolkningsandel, men forskellen er størst for Region Midtjylland. Region Syddanmark har således 710 kr. mere pr. indbygger til rådighed til sundhedsydelse.

Det er en tankevækkende stor forskel, som selvfølgelig kan have en mindre eller større begrundelse i behovet for sundhedsydelse. Her skal det understreges, at Region Midtjylland alt andet lige har et mindre behov for sundhedsydelse, fordi befolkningen er lidt yngre. En korrektion for den lidt yngre befolkning vil dog kun i begrænset omfang indsnævre forskellen.

Det kan i øvrigt med udgangspunkt i tabel 4 bemærkes, at hvis bloktilskud alene blev fordelt efter befolkningstal ville Region Midtjylland få ca. 1 mia. kr. mere (13.570 kr. – 12.710 kr. = 860 kr. x 1.243.662 indbyggere).

### **3. Problemstillinger omkring den anvendte fordelingsmodel for bloktilskuddet**

Region Midtjylland har, som nævnt indledningsvis, identificeret 3 forhold, som kan have betydning for den fordeling af bloktilskuddet, som den anvendte model medfører.

#### Udgangspunktet i regnskab 2003

Modellens kriterier og vægtning af kriterier er sket på grundlag amternes regnskabstal for 2003. Dette grundlag er rent metodisk forholdsvis svagt, idet de enkelte amters regnskabstal i et enkelt år kan være påvirket af en række forhold, som er specifikke på dette år (spareplaner, periodeforskydninger mellem årene m.v.) Endvidere er det ikke uproblematisk at konvertere amternes regnskaber til regionale regnskaber. Region Midtjylland er "sammensat" af Århus Amt og Ringkøbing Amt samt ca. 1/3 af Vejle Amt og ca. 2/3 af Viborg Amt, hvorfor

konverteringen af de amtslige regnskaber til en regional størrelse først forudsætter en korrekt fordeling af de opsplittede amters regnskaber, før der kan akkumuleres til en regional størrelse.

Et særligt problem kan være, at det faktiske befolkningstal for Region Midtjylland først blev afklaret meget sent.

Selv ganske små fejl i beregningen af udgangspunktet har betydelige konsekvenser for regionen.

#### En statistisk model, som ikke opfanger udviklingen 2004-2009

Den fastlagte model for delingen af bloktilskuddet er statistisk, idet kriterierne og deres vægtning ikke løbende vurderes og justeres. Dette er ikke hensigtsmæssigt i forhold til et sundhedsvæsen, som – ikke mindst i årene fra 2004 -2009 – har været i rivende udvikling. Blandt andet kan nævnes, at:

- Udgiftsniveauet for amternes/regionernes sundhedsområde ved de årlige Økonomiaftaler og andre aftaler mellem regering og Amtsrådsforeningen/Danske Regioner er løftet med over 13 mia. kr. i perioden 2004-2009.
- Behandlingsformer, servicemål og patientrettigheder er ændret væsentlig – eksempelvis indførelsen af frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg med ventetidsgaranti, servicemål om behandling af akutkræft inden for 48 timer, pakkeforløb for hjertebehandlinger mv.

Der kan med rette stilles spørgsmålstegn ved, om denne udvikling ikke har ændret behovet for og efterspørgslen efter sundhedsydelser. Det er derfor relevant at spørge, om forudsætninger fra 2003, som var grundlaget for modellen, fortsat er fuld beskrivende for en korrekt opgørelse af regionernes udgiftsbehov på sundhedsområdet.

Det kan i tilknytning hertil bemærkes, at regionens finansieringsgrundlag i perioden ikke er øget i takt med forøgelsen i baseline.

#### Statistiske usikkerheder og stor følsomhed

Ved udvælgelse af de socioøkonomiske kriterier og deres indbyrdes vægtning i finansieringsmodellen er anvendt en regressionsanalyse. Med regressionsanalyse kan der på grundlag en række observationer afdækkes eventuelle årsagssammenhænge mellem forskellige variable og resultater. I nærværende sammenhæng etableres en sammenhæng mellem regnskabsresultat 2003 og en række forskellige socioøkonomiske kriterier.

Regressionsanalysen som metode forudsætter imidlertid et større antal observationer, da analysen afdækker et sammenfaldende mønster i årsagssammenhænge mellem uafhængige observationer.

I denne sammenhæng er regressionsanalysen anvendt på et meget lille antal observationer, hvilket da også får Indenrigs- og Sundhedsministeriet til selv i et notat af 1. december 2004 at bemærke, at:

*”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, stiller det spørgsmålstegn ved modellen som grundlag for fordeling af ca. 16 mia. kr. mellem regionerne i forhold til det reelle udgiftsbehov.

#### **4. Region Midtjyllands økonomiske ubalance med afsæt i fordelingsmodellen**

I nedenstående tabel 5 er vist regionernes produktivitsudvikling for 2003 – 2006, samt den relative produktivitsfordeling i 2006. Af sidstnævnte fremgår, at Region Midtjyllands hospitaler relativt set er ca. 3 % mere produktive end landet som helhed.

**Tabel 5: Udvikling i produktivitet 2003-2006 samt produktivitsniveauet 2006**

	Udvikling i produktivitet				Niveau 2006
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2003-2006 <sup>(1)</sup>	
Hovedstaden	2,2	1,9	1,9	2,0	99
Sjælland	1,6	-0,3	1,6	1,0	98
Syddanmark	2,7	2,4	2,1	2,4	104
Midtjylland	2,8	2,1	1,4	2,1	103
Nordjylland	2,8	1,9	2,7	2,5	92
Hele Landet	2,4	1,8	1,9	2,0	100

(1) Beregnet som et simpelt gennemsnit af udviklingen for 2003-2004, 2004-2005 og 2005-2006

Kilde: Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, delrapport II.

Der er grundlæggende to knapper at skruer på for at skaffe den nødvendige balance. Den ene er at reducere den nuværende aktivitet, og den anden er at øge produktiviteten.

I det omfang aktiviteten reduceres, rejser det spørgsmålet, om befolkningen i Region Midtjylland i dag bliver overbehandlet i forhold til landsgennemsnittet. Det kan være et relevant spørgsmål at stille Sundhedsstyrelsen, hvis svaret er ja er der et sagligt argument for at reducere aktiviteten, og hvis svaret er nej er der et sagligt argument for at drøfte det i forbindelse med den revision af bloktilskudskriterierne, som Finansudvalget skal se på inden 1. april 2009.

Omkring produktiviteten har Region Midtjylland en højere produktivitet end landsgennemsnittet. Efter økonomiaftalen for 2009 skal regionernes produktivitet forbedres med 2,5 %. Disse produktivitsforbedringer skal opnås gennem ny teknik og bedre tilrettelæggelse af

arbejdsgange. Region Midtjylland kan kun opnå besparelser, hvis produktiviteten øges udover de 2,5 %. Hvis Region Midtjylland generelt skal øge produktivitet i forhold til landsgennemsnittet, er det nødvendigt, at se på strukturelle besparelser såsom at nedlægge de mindst produktive enheder og centralisere funktioner. Der er her en klar sammenhæng til den service regionen kan tilbyde borgerne. Også her vil det være et relevant spørgsmål at stille, om Region Midtjylland skal have en væsentlig større produktivitet end landsgennemsnittet.