

Område: Økonomi  
Afdeling: Sundhedsøkonomi

Udarbejdet af: Klaus Andersen  
E-mail: [Klaus.B.Andersen@regionsyddanmark.dk](mailto:Klaus.B.Andersen@regionsyddanmark.dk)  
Karina.Edwardsen@regionsyddanmark.dk

Journal nr.: Telefon: 76631653/76631665

Dato: 13. september 2010

## Notat

# Styr på regionerne – regionernes økonomi i 2010

## 1. Indledning

Danske Regioner har i sommeren 2010 udgivet rapporten ”Styr på regionerne – regionernes økonomi i 2010”. I rapporten belyses hvordan regionerne bruger pengene på sundhedsområdet i 2010. Rapporten sætter tal og ord på nogle af de udfordringer, som sundhedsområdet står overfor i disse år. Kun i mindre udstrækning indeholder rapporten anvisninger på mulige håndteringer af udfordringerne, ligesom det kan være vanskeligt at vurdere omfanget af udfordringerne. Det kan derfor også være vanskeligt at vurdere mulighederne, herunder de økonomiske, for håndtering af udfordringerne.

Dette notat indeholder en kortfattet gennemgang af udvalgte konklusioner fra rapporten med fokus på en perspektivering og nuancering af udfordringer for sundhedsvæsenet set fra Region Syddanmark.

## 2. Rapportens konklusioner i perspektiv fra Region Syddanmark

I det følgende gennemgås udvalgte konklusioner fra rapporten med fokus på udfordringer for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark.

### 2.1 Regionernes budgetter i 2010 (kapitel 2, side 12-19)

I rapporten fremhæves det, at regionerne – med vedtagelsen af budget 2010 – for fjerde år i træk har holdt sig inden for det udgiftsloft, der aftales i de årlige økonomiaftaler med regeringen.

Som udgangspunkt skal regionernes aftaleoverholdelse vurderes ud fra de realiserede – og ikke de budgetterede - økonomi- og aktivitetstal. Regionernes aftaleoverholdelse for perioden 2007-2009 er anført nedenfor:

#### Aftaleoverholdelse 2007-2009 (+=overskridelse af aftale, -=aftaleoverholdelse)

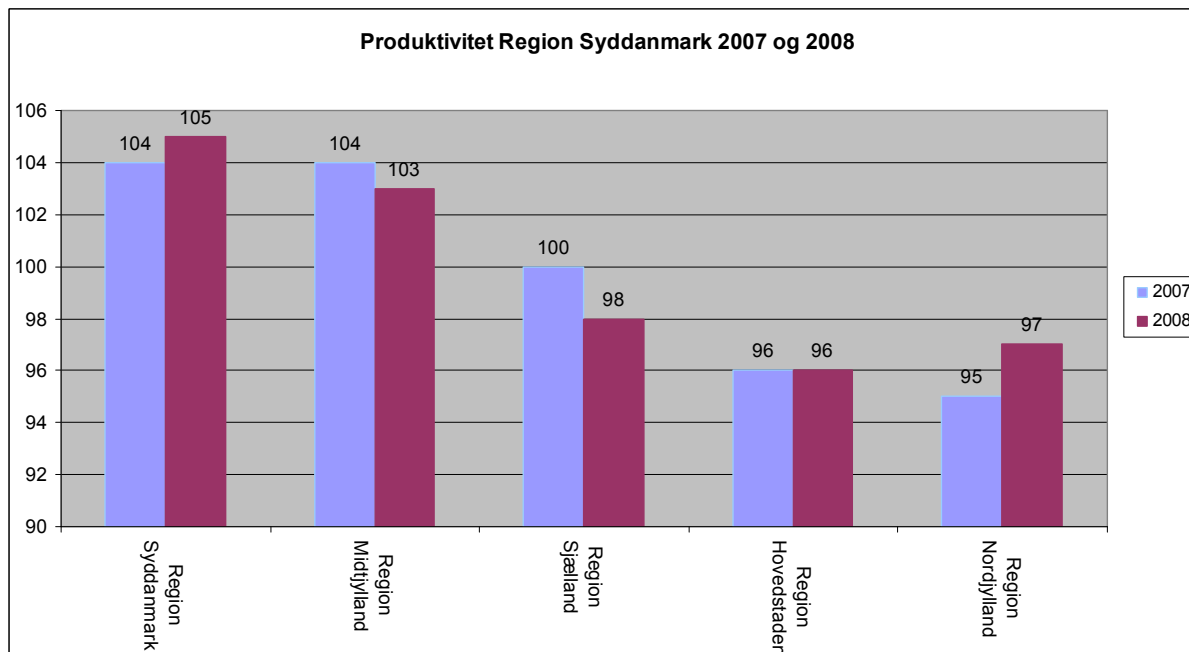
Mio.kr.	2007	2008	2009	Ialt
Alle regioner	96	633	1.695	2.424
Heraf Region Syddanmark	-85	-255	58	-282

I perioden 2007-2009 har regionerne under ét præsteret overskridelser i forhold til de indgåede økonomiaftaler, og overskridelserne er markant øget med regnskab 2009. For Region Syddanmark er der i perioden præsteret aftaleoverholdelse, og for 2010 forventes ligeledes balance i forhold til det aftalte udgiftsloft.

Regnskabsresultaterne skal ses i lyset af, at væksten i perioden har ligget på årligt 5-6 pct., mens økonomiaftalerne i perioden har forudsat en aktivitetsvækst på 3-3,5 pct. årligt. Regeringsaftalerne har

i perioden forudsat, at regionerne selv finansierer dele af aktivitetsvæksten med årlige produktivetsforbedringer på ca. 2 pct. årligt.

Gode økonomiske resultater forudsætter således en høj produktivitet i udgangspunktet, og en vedvarende udvikling af produktiviteten. Udviklingen i regionernes produktivitet fra 2006-2007 og fra 2007-2008 er gengivet nedenfor (indeks 100 = den landsgennemsnitlige produktivitet).



Variationen i resultaterne mellem regionerne (herunder også den udvikling der har været i resultaterne siden regionernes etablering) understreger, at de valgte økonomiske strategier i regionerne også er af væsentlig betydning. Ingredienserne i den økonomiske strategi i Region Syddanmark omfatter:

- Det økonomiske udgangspunkt ved regionens etablering var fornuftigt med et højt produktivetsniveau, og en økonomi i balance. Dette har bl.a. betydet, at det har været muligt konsekvent at fastholde et langsigtet perspektiv for udviklingen af sundhedsvæsenet. De markante underskud, der har været i sygehusenes driftsresultater i 2007 og 2008, er blevet håndteret indenfor regionens samlede økonomi, og har ikke nødvendiggjort ændringer i afregningstakster eller styringsparadigmer. Afregningstakster og model i forhold til sygehusene er således i al væsentlighed blevet fastholdt fra 2007-2010, også i den periode hvor det udvidede frie sygehusvalg var suspenderet og i en situation, hvor væksten i aktiviteten markant har oversteget vores finansiering.
- At tilpasninger i strukturen er gennemført tidligt, og vi er således sammenlignet med andre regioner langt fremme.
- At der er investeret massivt i medicoteknisk apparatur og arbejdskraftbesparende teknologier, der kan understøtte en nedbringelse af enhedsomkostningerne på sygehusene
- At den overordnede kurs er blevet fastholdt, hvor andre regioner bl.a. af økonomiske årsager har set sig nødsaget til at ændre kursen. Selvom aktiviteten er og har været høj understøtter det, at man ikke kan spare sig til forbedrede resultater her og nu.
- At optimere kapaciteten i regionens sundhedsvæsenet, herunder også at sikre den bedste/mest optimale udnyttelse af kapaciteten på privathospitaler gennem udbud og samarbejdsaftaler.

Der er således store forskelle i de økonomiske udfordringer regionerne står overfor de kommende år. Det påvirker også regionernes muligheder for at imødegå de udfordringer som er beskrevet i rapportens øvrige kapitler.

## **2.1 Udgiftspres på sygehusområdet (kapitel 4, side 39-49)**

Sundhedsudgifterne har været stigende igennem en årrække og dette udgiftspres forventes at holde ved. Der peges på en række faktorer som vil presse økonomien de kommende år.

Rapporten fokuserer bl.a. på presset fra en stigning i antallet af kronikere samt patienter med flere sygdomme samtidigt. Ligeledes sættes fokus på stigende andel af ældre som lever længere og derfor har stigende behov for sundhedsydelse idet det antages, at behovet stiger med alderen. Dette er en konklusion som har været alment anerkendt i debatten. De nyeste input i den offentlige debat er dog, at der er sat spørgsmålstegn ved, hvor hårdt dette vil slå igennem, idet man ser en modsatrettet effekt som følge af at den ældre del af befolkningen i dag generelt lever sundere dvs. ryger mindre, motionerer mere og spiser sundere.

Den teknologiske udvikling og ny medicin med forbedrede muligheder for at behandle flere og flere sygdomme skaber ligeledes et pres på efterspørgslen efter sundhedsydelser.

Hertil bør det tilføjes, at den teknologiske udvikling også giver mulighed for at øge produktiviteten og sikre hurtigere diagnosticering og behandling. Den teknologiske udvikling er således ikke en ren udgiftsdrivende faktor som rapporten umiddelbart lægger op til, men også er en væsentlig forudsætning for en indfrielse af produktivitetskravene fra staten på 2 procent årligt.

## **2.2 Ventetid til operationer (kapitel 5, side 49-57)**

Ventetiden fra henvisning til operation nærmer sig generelt niveauet før strejken. For førlighedstruende sygdomme som indsættelse af kunstig knæ og hofte, behandling af diskusprolaps samt knusning af nyresten ligger ventetiden endog lige under dette niveau.

For en stor del af den aktivitet der foregår i sygehusvæsenet er der dog ikke ventetid. Det gælder for de akutte indlæggelser som udgør 70 pct. af alle indlæggelser.

## **2.3 Indlæggelsestid og genindlæggelser (kapitel 6, side 57-67)**

Den gennemsnitlige liggetid har været faldende de sidste 3 år. Samtidigt har antallet af genindlæggelser ligget stabilt. Fald i liggetiden har således ikke ført til flere genindlæggelser. Omkring 5 procent af alle indlæggelser er genindlæggelser.

Til dette billede skal tilføjes, at der er sket en stigende omlægning fra stationær til ambulans behandling. Region Syddanmarks takststyringsmodel tilskynder også økonomisk til denne omlægning. Det er typisk de korte indlæggelser, der kan omlægges til ambulans behandling, hvilket alt andet lige vil øge den gennemsnitlige liggetid for de resterende indlæggelser. Set i dette perspektiv er nedgangen i gennemsnitlig liggetid endnu mere markant.

Nedgang i den gennemsnitlige liggetid må alt andet lige være med til at frigive ressourcer til andre indsatsområder og/eller behandling af flere patienter.

## **2.4 Styring af udgifter til sygehusmedicin (kapitel 7, side 67-78)**

Udgifterne til sygehusmedicin er steget markant de senere år. Der er introduceret mange nye og dyre præparater og de stigende udgifter skyldes både et øget mængdeforbrug og skift til nye og dyre præparater. Dette billede gælder også for Region Syddanmark.

For at imødegå presset på de stigende medicinudgifter har regionerne nedsat "Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin" (RADS). Rådet har til opgave at skabe et fælles nationalt grundlag for

ensartet lægemiddelvalg gennem behandlingsvejledninger og rekommandationslister. Ligeledes skal gennemføres udbud indenfor den pågældende lægemiddelgruppe for at sikre bedst mulige lægemidler under hensyn til prisen.

Region Syddanmarks økonomistyringsmodel sikrer sygehusene dækning af udgifter til særlig dyr medicin til ambulante patienter ud fra en positivliste over medicinpræparater der dækkes. Dette gøres i erkendelse af, at de generelle afregningstakster for ambulans behandling ikke i tilstrækkeligt omfang er dækkende for medicinudgifterne. Der har i Region Syddanmark været en markant vækst i udgifterne til særlig dyr medicin.

Positivlisten over medicinpræparater der dækkes i Region Syddanmark vurderes af det Regionale Lægemiddelråd i Region Syddanmark. Det er tanken at anbefalingerne fra RADS hurtigst muligt indarbejdes i listen således at der kun dækkes økonomisk for præparater der er på RADS' liste.

Presset på medicinudgifterne følger af udviklingen i nye medicinpræparater med nye behandlingsmuligheder. En dæmpning af dette pres vil kræve en national konsensus og kontrol over, hvilke nye behandlinger der optages på positivlisten i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Tunge faglige miljøer skal tages i ed, således at man fagligt tager ansvar for, hvordan en vækst skal prioriteres.

## **2.5 Anvendelse af vikarer på sygehusene (kapitel 8, side 78-91)**

Sundhedsvæsenet har i en årrække været præget af rekrutteringsproblemer, hvilket har medvirket til at udgifterne til vikarer, er steget voldsomt.

Fra 2008 til 2009 er det imidlertid lykkedes regionerne at sænke udgifterne til vikarer med 228 millioner kroner. Faldet er sket i Region Hovedstaden og Region Syddanmark, mens der har været voksende eller uændrede udgifter i de øvrige regioner.

I Region Syddanmark er udgifter til vikarer faldet med 60 mio. kr. svarende til en reduktion på 39%. Det betyder, at Region Syddanmark i 2009, både målt på kroner og i procent af det samlede lønforbrug, har det laveste vikarforbrug af de fem regioner – og et forbrug der ligger markant under landsgennemsnittet. Faldet fortsætter i 2010.

Det er bemærkelsesværdigt, at reduktionen i vidt omfang er sket uden at det har medført merudgifter andre steder. Udviklingen på Sygehus Sønderjylland er så iøjnefaldende, at det i en case i rapporten er beskrevet hvorledes sygehuset har præsteret en parallel reduktion i udgifter til eksterne vikarer og overarbejde.

## **2.6 Hvor meget arbejder medarbejderne i sundhedsvæsenet? (kapitel 7, side 91-102)**

I kapitel 7 konkluderes det, at regionerne fremover vil møde store demografiske udfordringer, og at der blandt flere faggrupper indenfor sundhedsvæsenet forventes, at en relativt stor andel af arbejdsstyrken vil forlade arbejdsmarkedet indenfor 10 år. Ifølge rapporten vil det udgøre en væsentlig barriere for at kunne leve op til ambitionerne om et sundhedsvæsen, der kan yde høj kvalitet i behandlingen på alle tider af døgnet hele året.

Det bemærkes, at med en normalfordeling af arbejdsstyrken på alle alderstrin og med gennemsnitlig 40 år på arbejdsmarkedet, vil den normale afgang fra arbejdsstyrken over en 10 årig periode ligge på ca. 25 procent. Tallene i Tabel 1 tyder ikke på en afgang fra arbejdsstyrken, der overstiger denne normalfordeling for de store personalegrupper indenfor sundhedskartellet (lægesekretærer, SOSU'ere, sygeplejersker). Undtaget herfra er leder, overlæger og lægelige chefer, der typisk har et kortere karriereforløb i deres egenskab af ledere. Hvis det antages, at denne gruppe kun har 20 år i alt på arbejdsmarkedet som ledere, vil halvdelen af årgangen lade sig pensionere indenfor en 10 årige

periode. Derfor er en forventet afgang på 29,2 pct. for gruppen af "ledere på sundhedskartellet" ikke nødvendigvis alarmerende.

Udfordringen for sundhedsvæsenet ligger derfor snarere i at tiltrække nye medarbejdere blandt de mindre årgange, der er på vej ind på arbejdsmarkedet. Omfanget af rekrutteringsudfordringen vurderes forskelligt afhængig af de beregningsmæssige forudsætninger, der ligger til grund for fremskrivningerne. I den sammenhæng er forudsætningerne om den fremtidige udgiftsvækst indenfor sundhedsvæsenet af afgørende betydning. Beregninger fra Danske Regioner viser således, at i et scenarie med en årlig udgiftsvækst på ca. 3 pct. årligt som i perioden 2000-2005 vil regionerne mangle ca. 6.000 medarbejdere i 2015. Er sundhedsvæsenet omvendt på vej ind i lavvækstscenarie med vækst på 1 pct., der ligger på niveau med forudsætningerne i regeringens genopretningsplan, vil manglen på arbejdskraft alene være indenfor sygeplejerskefaget med ca. 1.000 stillinger, mens der eksempelvis vil være ca. 700 "overskydende" læger.

Mangel i 2015 i årsværk	Højvækst scenarium	Lavvækst scenarium
Sundhedsvæsenet i alt	6.100	300
Sygeplejersker	3.800	950
Læger	1.400	-700
Uddannet plejepersonale (SOSU)	400	-50
Øvrigt sundhedsfagligt personale	500	100

Regioner, folketing og arbejdsmarkedets parter har flere muligheder for påvirkning af udbud og efterspørgsel af personale indenfor sundhedsområdet. Det kan f.eks. være:

- De ansatte kan påvirkes til at blive længere på arbejdsmarkedet. Undersøgelser viser, at ansatte som regel gerne vil arbejde ud over efterlønsalderen, hvis arbejdsgiveren blot udtrykker et ønske om fortsat at have medarbejderen ansat.
- Udvikling af nye teknologier, der mindsker behovet for arbejdskraft.
- Substitution af opgaver mellem faggrupper.
- Patientgrupper og sygdomsmønstre på sygehusene ændres, arbejdet omorganiseres.
- Nedbringelse af sygefravær.
- Der tages initiativer for at tiltrække arbejdskraft fra det private, staten og kommunerne.
- Der tages initiativer for at fastholde medarbejdere.
- Øget arbejdstid pr. medarbejder.
- Øget arbejdstid for deltidsansatte.

Virkingen af disse alternative strategier er vanskelig at estimere præcist. En teknisk beregning fra Danske Regioner viser dog, at alle personaleudfordringer vil være løst fuldt ud ved en afskaffelse af den betalte frokost: Godt tre gange i højvækstscenarium, og 10-15 gange i lavvækstscenarium.

## 2.7 Økonomi- og styring i praksissektoren (kapitel 10, side 102-112)

Det konkluderes i rapporten, at antallet af borgere, der modtager behandling i praksissektoren er stigende, og at hver patient i gennemsnit modtager flere behandlinger end tidligere. I 2003 gik patienterne til egen praktiserende læge 4,3 gange i løbet af året, og i 2009 gik patienterne til egen læge 5,1 gange i løbet af året.

Det generelle vækstscenarie for praksisområdet gør sig gældende i alle regioner. En undersøgelse fra Danske Regioner viser dog også variationer i aktivitetsvæksten, hvor Regions Syddanmark har haft en laveste mængdestigning på 1,1 pct. fra 2008-2009. Omvendt har en samlet stigningstakst for udgifterne under praksisområdet på 2,9 pct., jf. nedenstående tabel:

### Regionale forskelle i mængdestigning 2008-09 (%)

	Nord- jylland	Midt- jylland	Syd- danmark	Sjælland	Hovedstad en	I alt
Almen læger	0,7	2,1	1,1	0,1	1,4	1,1
Tandlæger	0,5	0,3	-0,2	1,0	2,0	4,0
Speciallæger	5,5	4,9	1,5	3,4	4,6	0,8
Fysioterapeuter	1,9	2,8	1,6	4,6	4,4	3,1
Kiropraktorer	0,9	2,5	0,8	0,0	1,7	1,3
Psykologer	33,6	27,6	25,9	19,1	27,1	26,4
Tandplejere	-8,4	-3,3	4,9	81,6	-23,2	-4,3
Diverse	-34,3	5,9	8,4	21,0	3,7	5,2
I alt - hele landet	1,5	2,7	1,1	2,1	2,9	2,2

## 2.8 Stigende udgifter til Patientforsikringen (kapitel 11, side 112-119)

Region Syddanmark har – ligesom landets øvrige regioner – oplevet stigninger i udgifterne til patienterstatninger de seneste år, og til regnskab 2009 har der været en stigning i erstatningsudgifterne på 115 mio.kr. for regionerne under ét. Alene i Region Syddanmark er erstatningsudgifterne steget med ca. 70 pct. Årsagen til stigningen er sammensat, men kan også henføres til følgende forhold:

- (1) De udgiftsmæssige konsekvenser af amterne/regionernes overgang til selvforsikring er ved at være fuldt indfaset.
- (2) Lovens dækningsområde er blevet udvidet til at omfatte privathospitaler, almen praksis mv.
- (3) Der er i perioden 2006-2008 sket betydelig ophobning af sagspukler i Patientforsikring, som er blevet afviklet i 2009/2010

Disse forhold indebærer et **skift i niveauet** for erstatningsbetalinger eller har karakter af engangsudgifter. De kan derfor næppe anvendes som grundlag for en fremskrivning af de fremtidige udgifter. De fremtidige udgifter er grundlæggende en funktion af antallet af skader/anmeldelser, erstatningsniveauet for sagerne og anerkendelsesprocenten for de anmeldte sager. Der er i Patientforsikringens officielle statistikker ikke umiddelbart grundlag for et samlet skred i disse indikatorer for de fremtidige udgifter. Derfor er det vanskeligt at se grundlagt for Danske Regioner forventninger om stigninger i erstatningsudgifterne på 13-16 procent, som er indeholdt i "den teoretiske prognose" og "den historiske prognose" på side 117. De fremtidige erstatningsudgifter vil fremover snarere ligge på niveau med den almindelige aktivitets- og udgiftsudvikling indenfor sundhedsvæsenet.