

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
1. marts 2010

## Regionernes opgaver, finansiering, økonomiaftaler og takststyring af sygehuse

### Regionernes opgaver og finansiering

Regionerne har opgaver indenfor sundhedsområdet, regional udvikling og socialområdet (drift af specialiserede institutioner m.v.). Sundhedsområdet udgør langt den største del af regionernes udgifter. Det er således mindre end 3 pct. af udgifterne i regionerne, der vedrører regional udvikling.

De tre opgaveområder har hvert sit økonomiske kredsløb med selvstændige finansieringskilder. Derfor kan der ses isoleret på sundhedsområdet og finansieringen heraf.

Regionernes finansiering er bygget op omkring fire forskellige bidrag. Bidragene udgør tilsammen ca. 96,7 mia. kr. i 2010, *jf. tabel 1.*

**Tabel 1. Regionernes finansiering på sundhedsområdet i 2010, mia. kr.**

	Beløb i 2010 (økonomiaftalen for 2010)	Pct.
Bloktilskud fra staten til sundhedsområdet	76,9	79,6
Grundbidrag fra kommunerne	6,7	6,9
<b>Finansiering, som er uafhængig af årets aktivitet</b>	<b>83,6</b>	<b>86,5</b>
Statslige aktivitetsmidler/aktivitetspuljen	2,6	2,7
Aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne	10,5	10,9
<b>Finansiering, som er afhængig af årets aktivitet</b>	<b>13,1</b>	<b>13,5</b>
<b>Finansiering, i alt</b>	<b>96,7</b>	<b>100,0</b>

For det første modtager regionerne et bloktilskud fra staten. Bloktilskuddet fordeles på regionerne ud fra objektive kriterier. Bloktilskuddet udgør knap 4/5 af regionernes finansiering, *jf. tabel 1.*

For det andet modtager regionerne et grundbidrag fra kommunerne, som udgør knap 7 pct. af regionernes finansiering. Grundbidraget opgøres med et fast beløb pr. indbygger (1.204 kr. pr. indbygger i 2010), og er således uafhængigt af den præsterede aktivitet i regionerne.

For det tredje kan regionerne optjene 2,6 mia. kr. i statslige aktivitetsmidler (aktivitetspuljen). Retten til midlerne fra aktivitetspuljen optjenes, når aktiviteten i den enkelte region når over et på forhånd fastlagt niveau (baseline). Aktivitetspuljen er indrettet, så der er sammenhæng mellem præsteret aktivitet og økonomiske forudsætninger, dvs. at der sker en belønning af præsteret aktivitet.

Der er i økonomiaftalen for 2010 forudsat en produktivetsforbedring på 2 pct. i 2010.

Fra 2001 til 2008 er aktiviteten i sygehusvæsenet opgjort ved produktionsværdi øget med 35 pct. Antallet af opererede udgjorde 587.000 i 2008 mod 473.000 i 2001 svarende til en vækst på næsten ¼.

For det fjerde modtager regionerne et aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne. Størrelsen af bidraget afhænger af, hvor meget og hvilken aktivitet, der leveres af det regionale sundhedsvæsen. Bidraget skønnes i 2010 at ville udgøre ca. 10,5 mia. kr. Der er i øvrigt i forhold til kommunernes økonomi taget højde for kommunernes forventede udgifter til medfinansiering på 10,5 mia. kr.

Regionernes finansiering anvendes til afholdelse af driftsudgifter samt anlægsudgifter. Foruden de nævnte fire finansieringskilder har regionerne visse konkrete muligheder for at optage lån til anlægsinvesteringer, men ikke til driftsudgifter. I 2010 har regionerne f.eks. fået mulighed for at låne op til 200 mio. kr. til anskaffelse af medico-teknisk udstyr.

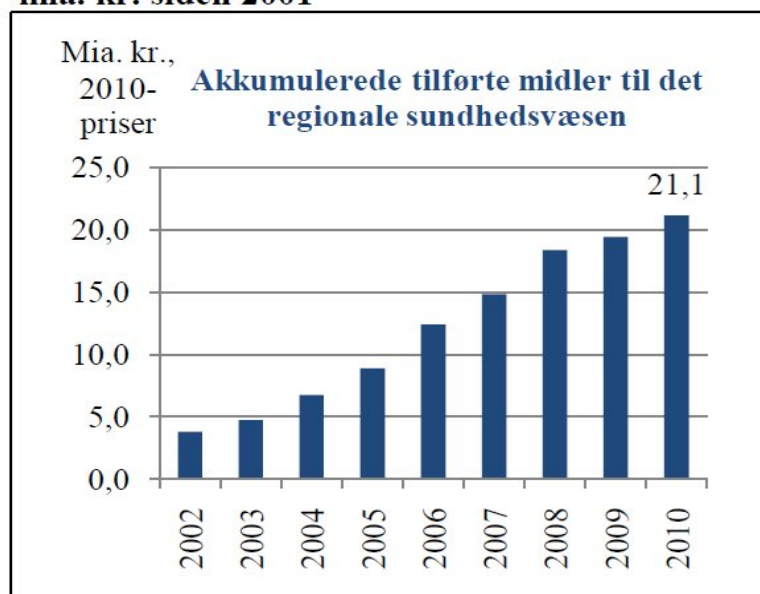
Finansieringen fra staten og kommunerne tilgår de enkelte regioner centralt. Det gælder alle fire finansieringsbidrag.

Det er således op til politisk beslutning i regionsrådene, hvordan midlerne konkret skal udmøntes til de enkelte formål indenfor de overordnede rammer, som regionerne har tilsluttet sig med økonomiaftalen. Arbejdsdelingen i styringen af sygehusvæsenet er ganske klar. Fra statslig og kommunal side bidrager man med finansieringen af sygehusvæsenet, mens den konkrete styring af sygehuse er et regionalt ansvar.

#### **Udviklingen i det økonomiske råderum i sundhedsvæsenet, aktivitet og ventetider**

I 2010 vil sundhedsvæsenet råde over 21 mia. kr. ekstra sammenlignet med 2001, jf. figur.

#### **Det regionale sundhedsvæsen er løftet med 21,1 mia. kr. siden 2001**

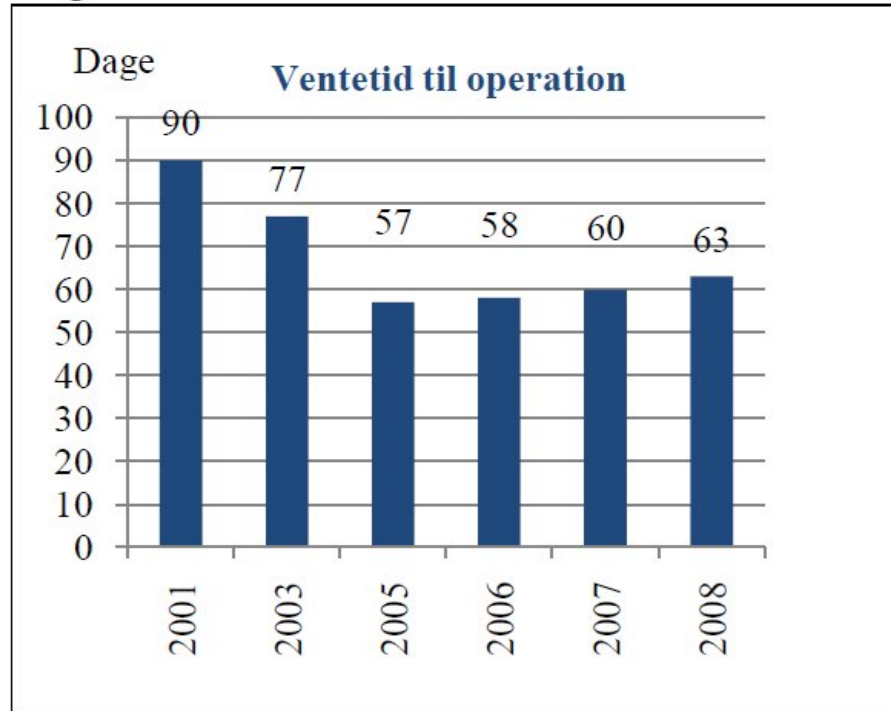


Kilde: Ministeriet for Sundhed og forebyggelse.

Fra 2001 til 2008 er aktiviteten i sygehusvæsenet øget med 35 pct. opgjort i produktionsværdi. Antallet af opererede er i samme periode øget fra 473.000 til 587.000 svarende til godt 24 pct. Den øgede aktivitet i sygehusvæsenet har bidraget til at reducere ventetiderne.

I 2008 lå de erfarede ventetider således på 63 dage mod 90 dage i 2001, dvs. et fald på 30 pct. Det hører med til billedet, at faldet i ventetiderne givet ville have været større i fravær af konflikten i 2008, jf. figur.

### Ventetid til operation på 63 dage i 2008 mod 90 dage i 2001



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

#### Økonomiaftalerne

De finansieringsmæssige rammer for sygehusvæsenet og den øvrige del af det regionale sundhedsvæsen aftales mellem regeringen og Danske Regioner via de årlige økonomiaftaler. Med de seneste økonomiaftaler for 2009 og 2010 har regeringen og Danske Regioner været enige om, at opgaverne løses inden for de aftalte rammer.

Alene med økonomiaftalen for 2010 har regionerne fået tilført ekstra 1,8 mia. kr. i 2010 til sundhedsvæsenet. Og økonomiaftalen for 2010 har også tilført regionerne 300 mio. kr. ekstra i 2009 oveni den vækst, som de i forvejen havde fået med økonomiaftalen for 2009 mv.

Det er regionernes ansvar at varetage driften af det regionale sundhedsvæsen, herunder sygehusenes opgaver og for bl.a. at yde sygehusbehandling til borgerne inden for de økonomiske rammer, der er fastlagt via økonomiaftalerne mv.

Overordnet er det regionernes ansvar at sikre overholdelse af økonomiaftalerne både for så vidt angår de økonomiske og aftalens øvrige forudsætninger. Det er også bekræftet af Danske Regioner i økonomiaftalerne, jf. boks 1.

### **Boks 1. Uddrag af aftalen om regionernes økonomi for 2010.**

Danske Regioner har med økonomiaftalerne skrevet under på, at det har afgørende betydning, at økonomiaftalerne respekteres. I økonomiaftalen for 2010 står der følgende:

*”Regeringen og Danske Regioner er enige om, at tillægge det afgørende betydning, at den indgåede aftale realiseres således, at regionernes udgifter i 2010 både i budgetterne og i regnskaberne ligger inden for rammerne af aftalen.*

*”Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der for regionerne under ét vil være en samlet balance på hvert af områderne i den regionale økonomi i 2010...”*

En tilsvarende tekst indgik i aftalen om regionernes økonomi for 2009.

Regionerne har således også ansvaret for at sikre borgerne adgang til nødvendig sygehusbehandling. Med økonomiaftalekonstruktionen følger også et regionalt ansvar for at få mest muligt ud af de økonomiske rammer, der stilles til rådighed, herunder i forhold til de aftalte overordnede prioriteter og målsætninger.

Endvidere er det regionernes ansvar at sikre, at den samlede kapacitet af sundhedsleverandører anvendes mest effektivt ved bl.a. løbende at sikre, at indsatsen foregår på laveste effektive omkostningsniveau.

Udformningen af det konkrete økonomiske styringssystem ændrer i sagens natur ikke på regionernes (og sygehusenes) overordnede forpligtelser i forhold til patienterne. Regionerne har frihed til at tilrettelægge deres styring af sygehusene inden for de aftale- og lovgivningsmæssige rammer etc.

#### **Takststyring af sygehusene.**

Siden 2004 har der skullet anvendes takststyring i den økonomiske styring af sygehusene. Fra og med 2004 skulle de daværende amter afregne mindst 20 pct. af sygehusenes bevillinger på baggrund af præsteret aktivitet.

Fra 2007 har regionerne skullet afregne mindst 50 pct. af sygehusenes bevillinger på baggrund af præsteret aktivitet.

Takststyringen skal ved at koble bevillinger og aktivitet medvirke til at fremme en større aktivitet og en øget omkostningsproduktivitet på sygehusområdet.

Regionerne kan tilrettelægge deres takststyringsmodeller i forhold til de enkelte sygehuse, afdelinger m.v., når blot den overordnede betingelse om takststyringsandelen er opfyldt. I eksempelvis aftalen mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2007 er det slået fast, at *”Regeringen og Danske Regioner er enige om, at de mest hensigtsmæssige takststyringsmodeller fås ved, at disse tilpasses lokale forhold.”* Hermed sigtes til, at regionerne bør have et bedre kendskab til forholdene på deres egne sygehuse, herunder omkostningsstrukturerne, end de statslige myndigheder. Derfor har regionerne fået en meget udstrakt frihed i forhold til at udforme takststyringen af deres sygehuse.

Regionerne har således både friheden til og ansvaret for at indrette takststyringen af deres egne sygehuse sådan, at de økonomiske rammer, som Danske Regioner og regeringen har aftalt, overholdes, og at der fås mest mulig relevant aktivitet for pengene.