

Indenrigs- og Socialministeriet
Departementet
Holmens Kanal 22
1060 København K



Vedrørende forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering

7. december 2009

Region Midtjylland har den 24. november 2009 modtaget forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering. Lovforslaget indeholder alene et forslag om ændring af opgørelsesmetoden for kriteriet: Antal tabte leveår. Region Midtjylland finder, at der bør gennemføres langt større ændringer.

Det fremgår af lovgivningen om regionernes finansiering, at hensigten er, at regionerne skal have lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet. Udformningen af bloktilskudskriterierne fokuserer mere på at forklare amternes regnskabsresultater fra tidligere år, end det fokuserer på at give regionerne lige muligheder for at finansiere udgiftsbehovet.

Fra 2003 til 2010 har der på sundhedsområdet været en realvækst på 15 mia. kr. Sundhedsvæsenet er i samme periode gået fra at være rammestyreret til i langt højere grad at være styret af efterspørgslen. Det er et markant forandret sundhedsvæsen, vi har i dag. Dette faktum er der ikke taget højde for i det lovforslag, der nu er sendt i høring.

Når gennemsnitsregioner modtager 100 kr. pr. indbygger gennem det samlede bloktilskud til dækning af sundhedsudgifterne, så får Region Midtjylland i 2010 kun 93,3 kr. pr. indbygger. Det betyder, at Region Midtjylland skal være 6,7 % mere produktive og/eller have mindre behov for sundhedsydelser end landsgennemsnittet. Heraf kan 2 % forklares ved, at Region Midtjylland har en yngre befolkning end det øvrige land. Det er naturligvis fair, at bloktilskuddet omfordeler midlerne i forhold til alderssammensætningen. De resterende 4,3 % skyldes de socioøkonomiske kriterier, som udgør 22,5 % af det samlede bloktilskud.

Når gennemsnitsregionen modtager 100 kr. pr. indbygger gennem de socioøkonomiske kriterier får Region Midtjylland i 2010 kun 77 kr. pr. indbygger. Dette er markant lavere end i nogen anden region. Hvis de socioøkonomiske kriterier blev fordelt efter de aldersbestemte kriterier, så ville Region Midtjyllands bloktilskud blive øget med 825 mio. kr.

Region Midtjylland er enig i, at forskelle i socioøkonomiske strukturer har en betydning for behovet for sundhedsydelser. Men Danmark er et relativt homogent land, hvor en så markant forskel som den nuværende fordeling, forekommer helt ubegrundet. Det betyder, at regionerne ikke får ens muligheder for at yde borgerne sundhedsydelser.

Det er naturligvis rimeligt, at opgørelsesmetoden for kriteriet Tabte leveår foreslås ændret. Den nuværende opgørelsesmetode, hvor den region – Region Midtjylland - med den højeste levetid ikke får andel i de 1,7 mia. kr., som fordeles via kriteriet. Puljen fordeles mellem de 4 øvrige regioner. Dette gælder uanset om forskellen til den region med den næsthøjeste middellevetid er 1 dag eller 2 måneder. Dette er åbenlyst uholdbart.

Imidlertid er sammenhængen mellem udgiftsbehov og middellevetid meget kompleks. På den ene side afhænger udgiftsbehovet af afstanden til dødstidspunktet, og på den anden side koster det penge at øge middellevetiden. Herudover er kriteriets logik problematisk, idet det principielt set straffer de regioner økonomisk, der hæver middellevetiden. Dette er i strid med statsministerens målsætning om, at middellevetiden i Danmark i 2020 skal være i top 10 i hele verdenen. Dette kræver, at middellevetiden skal øges med mindst 2,1 år mere end de lande, der ligger over Danmark. Set i lyset af de meget små forskelle der er i middellevetiden i Danmark, foreslås kriteriet helt afskaffet.

Herudover finder Region Midtjylland ikke, at de nuværende socioøkonomiske kriterier fuldt ud lever op til internationalt anerkendte principper for bloktilskudskriterier. Ifølge international standard skal kriterier være konstaterbare, upåvirkelige, have klar årsagssammenhæng, proportionalitet, upåvirkelige i forhold til effektivitet i opgavevaretagelsen samt være stabile.

Det kan hertil tilføjes, at det er et demokratisk problem, hvis begrundelser og udformningen af bloktilskudskriterier bliver så teknisk og kompleks, at det reelt bliver uigennemskueligt for politikerne.

Region Midtjylland stiller derfor forslag om en mere enkel og gennemskuelig model, der lever op til ovenstående principper. Regionen stiller konkret forslag om, at kriterierne: Tabte leveår, Antal enlige i aldersgruppen 65 år og derover, Antal børn af enlige forsørgere og Antal personer i udlejningsboliger udgår af fordelingen. De to kriterier for psykiatriske patienter lever ikke op til standarden om upåvirkelighed. Det foreslås, at der lægges loft over disse to kriteriers anvendelse.

Modsat foreslås, at der indarbejdes et kriterium for uddannelse, idet det er veldokumenteret, at uddannelsesniveau har stor betydning for borgernes sundhed. Herudover foreslås antal førtidspensionister indarbejdet i kriteriet Antal familier på overførselsindkomster. Det samlede forslag indeholder en forenkling og lever op til de internationale standarder.

I styringen og finansieringen af regionerne er der et paradoks. Kravene til øget aktivitet i de årlige økonomiaftaler er procentuelt ens for alle regionerne i forhold til det aktivitetsniveau den enkelte region har haft, men pengene til at øge aktiviteten fordeles efter bloktilskuddet. Set over flere år udhuler dette økonomien i de mest produktive regioner.

Der påtænkes en omlægning af regionernes finansiering, idet det kommunale grundbidrag ønskes omlagt til et aktivitetsafhængigt bidrag. Dette har fordelingsmæssige konsekvenser mellem regionerne, som forudsættes håndteret når den endelige finansieringsomlægning ligger fast.

Region Midtjyllands forslag og synspunkter er nærmere uddybet i vedlagte notat. Kopi af brevet er sendt til Danske Regioner og de øvrige regioner.

Med venlig hilsen



Bent Hansen



Bo Johansen

Principielle betragtninger til lovforslag om ændring af de socioøkonomiske kriterier til fordeling af regionernes bloktilskud på sundhedsområdet.



0. Resume

4. december 2009

Region Midtjylland har den 24. november 2009 modtaget forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering. Lovforslaget indeholder alene et forslag om ændring af opgørelsesmetoden for kriteriet: Antal tabte leveår. Region Midtjylland finder, at der bør gennemføres langt større ændringer.

Side 1

Det fremgår af lovgivningen om regionernes finansiering, at hensigten er, at regionerne skal have lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet. Udformningen af bloktilskudskriterierne fokuserer mere på at forklare amternes regnskabsresultater fra tidligere år, end det fokuserer på at give regionerne lige muligheder for at finansiere udgiftsbehovet.

Fra 2003 til 2010 har der på sundhedsområdet været en realvækst på 15 mia. kr. Sundhedsvæsenet er i samme periode gået fra at være rammestyret til i langt højere grad at være styret af efterspørgslen. Det er et markant forandret sundhedsvæsen, vi har i dag. Dette faktum er der ikke taget højde for i det lovforslag, der nu er sendt i høring.

Når gennemsnitsregioner modtager 100 kr. pr. indbygger gennem det samlede bloktilskud til dækning af sundhedsudgifterne, så får Region Midtjylland i 2010 kun 93,3 kr. pr. indbygger. Det betyder, at Region Midtjylland skal være 6,7 % mere produktive og/eller have mindre behov for sundhedsydelser end landsgennemsnittet. Heraf kan 2 % forklares ved, at Region Midtjylland har en yngre befolkning end det øvrige land. Det er naturligvis fair, at bloktilskuddet omfordeler midlerne i forhold til alderssammensætningen. De resterende 4,3 % skyldes de socioøkonomiske kriterier, som udgør 22,5 % af det samlede bloktilskud.

Når gennemsnitsregionen modtager 100 kr. pr. indbygger gennem de socioøkonomiske kriterier får Region Midtjylland i 2010 kun 77 kr. pr. indbygger. Dette er markant lavere end i nogen anden region. Hvis de socioøkonomiske kriterier blev fordelt efter de aldersbestemte kriterier, så ville Region Midtjyllands bloktilskud blive øget med 825 mio. kr.

Region Midtjylland er enig i, at forskelle i socioøkonomiske strukturer har en betydning for behovet for sundhedsydelser. Men Danmark er et relativt homogent land, hvor en så markant forskel som den nuværende fordeling, forekommer helt ubegrundet. Det betyder, at regionerne ikke får ens muligheder for at yde borgerne sundhedsydelser.

Det er naturligvis rimeligt, at opgørelsesmetoden for kriteriet Tabte leveår foreslås ændret. Den nuværende opgørelsesmetode, hvor den region – Region Midtjylland – med den højeste levetid ikke får andel i de 1,7 mia. kr., som fordeles via kriteriet. Puljen fordeles mellem de 4 øvrige regioner. Dette gælder uanset om forskellen til den region med den næsthøjeste middellevetid er 1 dag eller 2 måneder. Dette er åbenlyst uholdbart.

Imidlertid er sammenhængen mellem udgiftsbehov og middellevetid meget kompleks. På den ene side afhænger udgiftsbehovet af afstanden til dødstidspunktet, og på den anden side koster det penge at øge middellevetiden. Herudover er kriteriets logik problematisk, idet det principielt set straffer de regioner økonomisk, der hæver middellevetiden. Dette er i strid med statsministerens målsætning om, at middellevetiden i Danmark i 2020 skal være i top 10 i hele verden. Dette kræver, at middellevetiden skal øges med mindst 2,1 år mere end de lande, der ligger over Danmark. Set i lyset af de meget små forskelle der er i middellevetiden i Danmark, foreslås kriteriet helt afskaffet.

Herudover finder Region Midtjylland ikke, at de nuværende socioøkonomiske kriterier fuldt ud lever op til internationalt anerkendte principper for bloktilskudskriterier. Ifølge international standard skal kriterier være konstaterbare, upåvirkelige, have klar årsagssammenhæng, proportionalitet, upåvirkelige i forhold til effektivitet i opgavevaretagelsen samt være stabile.

Det kan hertil tilføjes, at det er et demokratisk problem, hvis begrundelser og udformningen af bloktilskudskriterier bliver så teknisk og kompleks, at det reelt bliver uigennemskueligt for politikerne.

Region Midtjylland stiller derfor forslag om en mere enkel og gennemskuelig model, der lever op til ovenstående principper. Regionen stiller konkret forslag om, at kriterierne: Tabte leveår, Antal enlige i aldersgruppen 65 år og derover, Antal børn af enlige forsørgere og Antal personer i udlejningsboliger udgår af fordelingen. De to kriterier for psykiatriske patienter lever ikke op til standarden om upåvirkelighed. Det foreslås, at der lægges loft over disse to kriteriers anvendelse.

Modsat foreslås, at der indarbejdes et kriterium for uddannelse, idet det er veldokumenteret, at uddannelsesniveau har stor betydning for borgernes sundhed. Herudover foreslås antal førtidspensionister indarbejdet i kriteriet Antal familier på overførselsindkomster. Det samlede forslag indeholder en forenkling og lever op til de internationale standarder.

I styringen og finansieringen af regionerne er der et paradoks. Kravene til øget aktivitet i de årlige økonomiaftaler er procentuelt ens for alle regionerne i forhold til det aktivitetsniveau den enkelte region har haft, men pengene til at øge aktiviteten fordeles efter bloktilskuddet. Set over flere år udhuler dette økonomien i de mest produktive regioner.

Der påtænkes en omlægning af regionernes finansiering, idet det kommunale grundbidrag ønskes omlagt til et aktivitetsafhængigt bidrag. Dette har fordelingsmæssige konsekvenser mellem regionerne, som forudsættes håndteret når den endelige finansieringsomlægning ligger fast.

1. Indledning

På baggrund af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner for 2009 har Indenrigs- og Socialministeriets Finansieringsudvalg gennemført en analyse af de socioøkonomiske udgiftsbehovskriterier, der indgår i beregningen af fordelingen af regionernes bloktilskud på sundhedsområdet.

Finansieringsudvalgets analyse af socioøkonomiske kriterier til fordeling af regionernes bloktilskud på sundhedsområdet er offentliggjort i august 2009. Rapporten opstiller følgende mulige ændringer i de socioøkonomiske kriterier:

- 3 alternative modeller til ændringer af kriteriet tabte leveår,
- Nyt kriterium om vækst i middellevetid,
- Ændring af kriteriet for familier for "overførselsindkomster"
- Ændring af vægtning af kriteriet vedrørende indbyggere på øer uden fast forbindelse.

Der er nu udarbejdet et forslag til ændring af lov om regionernes finansiering, som Indenrigs- og Socialministeriet den 24. november 2009 har sendt i høring. Høringsfristen er den 7. december 2009.

Det konstateres, at der kun er medtaget et enkelt forslag til justering af de socioøkonomiske kriterier, nemlig en ny model for kriteriet tabte leveår. Forslaget indebærer derfor kun en meget begrænset omfordeling af bloktilskuddet på sundhedsområdet.

Region Midtjylland har en række principielle bemærkninger til Finansieringsudvalgets analyse og det udsendte lovforslag:

▪ **Analysemetoden**

Det oprindelige grundlag for opgørelse af de enkelte regioners udgiftsbehov bliver stort set fastholdt. De nuværende socioøkonomiske kriterier er estimeret på baggrund af amternes regnskabsresultat for 2003. Der bliver ikke taget højde for det faktum, at sundhedsområdet har været igennem et markant regimeskifte de seneste år. Sundhedssystemet er på få år gået fra at være rammestyreret til i langt højere grad at være efterspørgselsstyret. Sundhedsudgifterne er steget markant, og der er fra 2003 til 2010 tilført sundhedsområdet ekstra ca. 15 mia. kr. Hvilken betydning dette regimeskifte har for udgiftsbehovet i de enkelte regioner er ikke undersøgt nærmere.

▪ **Socioøkonomiske kriterier**

De socioøkonomiske kriterier er i vid udstrækning udformet, således at de angiver den bedst mulige sammenhæng mellem kriterieværdi og regionernes udgiftsniveau i regnskab 2003. Dette har givet påvirket valget af kriterier, udformningen af kriterier og vægtningen af kriterier. Finansieringsudvalgets analyse giver en sikkerhed for, at der er en reel sammenhæng mellem valgte kriterier og udgiftsbehov, men analysen giver ikke dokumentation

for, at de enkelte regioner har lige muligheder for at sikre, at borgerne har lige adgang til sundhedsydelse.

▪ **Manglende sammenhæng mellem aktivitet og bloktilskud**

I styringen og finansieringen af regionerne er der et paradoks. Kravet til øget aktivitet i de årlige økonomiaftaler er procentuelt ens for alle regioner, men pengene til at øge aktiviteten fordeles efter bloktilskuddet. Set over flere år udhuler dette økonomien i de mest produktive regioner.

▪ **Omlægning af kommunal medfinansiering**

Der planlægges en ændring af kommunernes medfinansiering af sundhedsudgifterne, således at grundbidraget pr. indbygger ændres til større medfinansiering af aktiviteten. Dette har byrdefordelingsmæssige konsekvenser, som ikke indgår i overvejelserne.

Region Midtjyllands principielle bemærkninger fremgår af de følgende afsnit.

2. Analysemetoden

Det fremgår af lovgivningen om regionernes finansiering, at regionerne skal have lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet, hvorfor bloktilskuddet fordeles efter en række objektive fordelingskriterier, der afspejler udgiftsbehovet.

Lovgivningen fastsætter kriterier, der foruden et mindre grundbeløb kan inddeles i 2 grupper:

- Kriterier vedrørende demografisk forhold (77,5 %)
- Kriterier vedrørende socioøkonomisk forhold (22,5 %)

Det **demografiske betingede udgiftsbehov** beregnes som et enhedsbeløb pr. indbygger for hvert 5-års aldersinterval mellem 0 og 94 år samt et enhedsbeløb pr. indbygger, der er over 94 år. Den relative forskel i enhedsbeløb mellem aldersgrupperne afspejler, at en persons behov for sundhedsydelser varierer med alderen. Der er i fordelingen mellem aldersgrupper taget afsæt i amternes udgifter i regnskab 2003.

Det **socioøkonomisk betingede udgiftsbehov** opgøres på baggrund af 9 valgte socioøkonomiske kriterier. Fastsættelse af kriterier og deres vægtning er sket på baggrund af:

- Hensyntagen til antagelser og viden om sammenhængen mellem kriterierne og det socioøkonomiske udgiftsbehov,
- Under hensyntagen til at begrænse afvigelserne mellem de estimerede regnskabstal 2003 for de fem regioner og de modelberegnedes udgifter.

Som beskrevet i Finansieringsudvalgets analyse af de socioøkonomiske kriterier til fordeling af regionernes bloktilskud på sundhedsområdet er der væsentlige metodiske problemer i den valgte analysemodel.

Der blev gennemført en analyse af kriteriernes individuelle forklaringsevne, således at der kun indgik kriterier, der havde en signifikant forklaringsevne. Imidlertid blev der ikke foretaget no-

gen samlet (regressions)analyse til understøttelse af vægtningen af de enkelte kriterier. Denne analyse kunne ikke gennemføres på grund af et meget lille antal observationer.

Finansieringsudvalget har udbygget analysen med nye data for 2007 og finder, at den opstillede analyse underbygger kriteriernes anvendelse. I analysen opstilles følgende muligheder for at justere de socioøkonomiske kriterier:

- 3 alternative modeller til ændringer af kriteriet tabte leveår,
- Nyt kriterium om vækst i middellevetid,
- Ændring af kriteriet for familier for "overførselsindkomster"
- Ændring af vægtning af kriteriet vedrørende indbyggere på øer uden fast forbindelse.

Region Midtjylland finder konklusionen problematisk på grund af:

- At modellen lægger afgørende vægt på at begrænse afvigelserne mellem de estimerede regnskabstal 2003 for de fem regioner og de modelberegne udgifter,
- At valget af kriterier påvirkes af ønsket om i videst mulig omfang, at forklare amternes tidligere regnskabstal,
- At der er kriterier, som den enkelte region kan påvirke,
- At forklaringen omkring middellevetid er problematisk,
- At der er andre kriterier, som bør overvejes som alternativ,
- At der er samvariation mellem flere kriterier, og den indbyrdes vægtning af kriterierne ikke er bestemt i en samlet model.

2.1. Nuværende bloktilskudsfordeling

Forskellene i vægtningen af kriterieværdierne mellem regionerne i den nuværende bloktilskudsfordeling for 2007 til 2010 er vist i tabel 1. Fordelingen af de demografiske kriterier og socioøkonomiske kriterier er normeret i forhold til regionernes andele af befolkningen, hvor landsgennemsnittet er lig 100. Er indekset over 100 indikerer det, at regionens andel af kriteriet er større end regionens andel af befolkning. Er indekset under 100 indikerer det, at regionens andel af kriteriet er mindre end regionens andel af befolkningen.

Tabel 1: Regionernes bloktilskud indekseret i forhold til regions befolknings størrelse

	Aldersbestemte kriterium				Socioøkonomisk kriterium				Samlet bloktilskud			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Region	Indeks				Indeks				Indeks			
Region Hovedstaden	99,2	98,9	98,7	98,4	126,8	123,7	124,0	122,5	105,2	104,3	104,2	103,6
Region Sjælland	101,8	102,0	102,2	102,4	101,4	103,7	103,0	106,4	101,9	102,5	102,5	103,5
Region Syddanmark	101,1	101,2	101,3	101,5	88,6	89,2	90,7	91,7	98,2	98,5	98,9	99,2
Region Midtjylland	98,0	98,0	98,0	98,0	80,5	80,0	78,7	77,2	94,0	93,9	93,6	93,3
Region Nordjylland	101,9	102,0	102,1	102,3	87,1	92,5	92,5	93,1	99,1	100,4	100,4	100,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Region Midtjylland andel af det aldersbestemte kriterium svarer til indeks 98 i forhold til regionens befolkningsandel. Regionen har en yngre befolkning og dermed også et lavere udgiftsbehov. Som det ses, er der forholdsvis begrænset variation i indeksværdien mellem regionerne. I perioden 2007 til 2010 har der kun været mindre variation i indeksværdien for de enkelte regioner. Det aldersbestemte kriterium er veldokumenteret, idet det er baseret på konkrete ana-

lyser af sammenhængen mellem alder og forbrug af sundhedsydelser. Der er ikke yderligere bemærkninger hertil.

Derimod er der for de socioøkonomiske kriterier en betydelig spredning mellem regionerne i de beregnede indekssværdier. Her skiller Region Midtjylland sig klart ud i bunden med en indekssværdi på 77,2 i 2010 og med Region Hovedstaden i top med en indekssværdi på 122,5 i 2010. Der er endvidere nogen variation hen over perioden 2007 til 2010, hvor blandt andet indekssværdien for Region Midtjylland falder fra 80,5 i 2007 til 77,2 i 2010.

Ser man på den samlede indekssværdi for bloktilskuddet kan man sige:

Når gennemsnitsregioner modtager 100 kr. pr. indbygger gennem det samlede bloktilskud til dækning af sundhedsudgifterne, så får Region Midtjylland i 2010 kun 93,3 kr. pr. indbygger. Det betyder, at Region Midtjylland skal være 6,7 % mere produktive og/eller have mindre behov for sundhedsydelser end landsgennemsnittet. Heraf kan 2 % forklares ved, at Region Midtjylland har en yngre befolkning end det øvrige land. Det er naturligvis fair, at bloktilskuddet omfordeler midlerne i forhold til alderssammensætningen. De resterende 4,3 % skyldes de socioøkonomiske kriterier, som udgør 22,5 % af det samlede bloktilskud.

Når gennemsnitsregionen modtager 100 kr. pr. indbygger gennem de socioøkonomiske kriterier får Region Midtjylland i 2010 kun 77 kr. pr. indbygger. Dette er markant lavere end i nogen anden region. Hvis de socioøkonomiske kriterier blev fordelt efter de aldersbestemte kriterier, så ville Region Midtjyllands bloktilskud blive øget med 825 mio. kr.

Det er en forskel, som forekommer vanskelig at begrunde i en sundhedsøkonomi, der i høj grad er styret af borgernes efterspørgsel efter sundhedsydelser. Og det er spørgsmålet om det er foreneligt med en lovgivning, der skal give regionerne lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet.

2.2. Udgangspunkt i regnskab 2003

Kriterierne i den nuværende bloktilskudsfordeling er beregnet ud fra amternes regnskaber for 2003. Fordeling af amternes regnskaber for 2003 på de nye regioner er i sig selv problematisk. Dette skyldes, dels at strukturreformen ændrer på opgavefordelingen mellem kommuner og regioner, dels at den nye administrative inddeling af regionerne går på tværs af de tidligere amter (Region Midtjylland har således 3 deleamter: Vejle, Viborg og Århus Amter), og dels at de administrative udgifter fordeles skønsmæssigt mellem de opgaver, der går til henholdsvis stat, region og kommuner. Mindre fejl i disse opgørelser får varige konsekvenser, idet kriterier og vægtningen fastsættes ud fra regnskab 2003.

Det har f.eks. vist sig vanskeligt at identificere IT-udgifter, fordi de har været udgiftsført på mange forskellige måder. Grundlaget for Region Midtjyllands budget 2007 var amternes regnskab 2005. Det har efterfølgende vist, at betydelige IT-udgifter ikke blev identificeret.

Som det blandt andet fremgår af Finansieringsudvalgets analyse af de socioøkonomiske kriterier, så har udgangspunktet været (Finansieringsudvalgets analyse af de socioøkonomiske kriterier, side 11 nederst):

- Hensyntagen til antagelser og viden om sammenhængen mellem kriterierne og det socioøkonomiske udgiftspres
- Under hensyntagen til at begrænse afvigelserne mellem de estimerede regnskabstal 2003 for de fem regioner og de modelberegnedes udgifter

Når der fokuseres på at begrænse afvigelserne mellem de estimerede regnskabstal for 2003 og de modelberegnedes udgifter, så har det en væsentlig betydning for det endelige valg af kriterier og vægtningen af kriterierne. Dermed er der betydelig risiko for, at der ikke skabes den fornødne sammenhæng mellem kriterier og udviklingen i udgiftsbehovet.

For det første er amternes regnskabsresultat for 2003 bestemt af:

- Det enkelte amts udgiftsbehov
- Det enkelte amts valgte serviceniveau
- Det enkelte amts produktivitet
- Det enkelte amts bogføringspraksis

I fastsættelsen af de nuværende bloktilskudskriterier er der ikke korigeret for hverken forskelle i det valgte serviceniveau og i produktiviteten. Det bliver implicit antaget, at der ikke er forskelle i serviceniveau og i produktiviteten. Dette uddybes nedenfor.

For det andet kunne amterne i 2003 prioritere mellem vidt forskellige opgaveområder. Endvidere havde amterne langt bedre mulighed for at prioritere mellem sundhedsydelse og substituerende ydelser inden for socialområdet og forebyggelse. Det gælder f.eks. prioritering mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, mellem hospitalsbehandling og forebyggende tiltag. Valget mellem f.eks. at have relativt høje udgifter til behandlingspsykiatrien og relativt lave udgifter til socialpsykiatrien eller omvendt eksisterer ikke længere.

For det tredje er der siden 2003 og frem til 2010 tilført de regionale sundhedsopgaver en realvækst på over 15 mia. kr. Realvæksten har først og fremmest dækket øget efterspørgsel efter behandling, ny dyr medicin og sundhedsydelse i primærsektoren. Dette svarer til en realvækst på 19 % siden 2003. Det er tvivlsomt, at kriterier der forklarer regnskabsresultatet for 2003 også kan forklare en markant realvækststigning, hvilket skal ses i sammenhæng med ændringer i styringsregimet på sundhedsområdet. Der kan f.eks. henvises til væksten i nye behandling/behandlingsforløb som kræft.

Sundhedsvæsenet har siden 2001 gået fra at være rammestyret til i langt højere grad at være styret af efterspørgslen. Dette er blandt andet sket gennem reglerne om det udvidede frie sygehusvalg indført i 2002. Det skiftende styringsregime kan have ændret på forholdet mellem de enkelte regioners udgiftsbehov. Der henvises blandt andet til Det Økonomiske Råds publikation "Dansk Økonomi, efterår 2009".

Det forekommer ikke realistisk, at kriterier, der er fastsat på baggrund af et ønske om at forklare et regnskabsresultat fra 2003, er robust nok til at forklare udviklingen i regionernes udgiftsbehov i en længere periode. Set i lyset af at udviklingen går i retning af et efterspørgselsstyret sundhedsvæsen, manglende muligheder for prioritering mellem opgaveområder og bloktilskuddets helt dominerende finansielle betydning for regionerne, har det afgørende betydning, at kriterierne i bloktilskuddet har en klar sammenhæng til væksten i de enkelte regioners ud-

giftsbehovet. Den stigende efterspørgsel antages først at slå igennem i de tættere befolkede områder, hvilket kan underbygges af beliggenheden af de private hospitaler, hvor tætheden er størst i Hovedstaden og Østjylland.

2.3. Kontrolanalyse af regnskaberne 2004 – 2006

De nuværende socioøkonomiske kriterier er, som beskrevet ovenfor, fastsat ud fra amternes udgiftsregnskab 2003. Finansieringsudvalget har i analysen af de socioøkonomiske kriterier set på udviklingen i amternes udgiftsregnskaber i perioden 2004 – 2006. Regnskaberne fordeles på de 5 regioner efter samme model som for regnskab 2003. Det har været formålet at vise modelberegningernes følsomhed over for valg af regnskabsår.

Resultatet af analysen er gengivet i nedenstående tabel, hvor de opgjorte sundhedsudgifter er fordelt efter den enkelte regions udgiftsmæssige andel af de samlede opgjorte udgifter.

Tabel 2: Fordeling af opgjorte sundhedsudgifter

	2003	2004	2005	2006	Variation 2003-2006 i pct. -point
Region Hovedstaden	32,4%	32,4%	32,2%	32,0%	-0,4%
Region Sjælland	14,7%	15,1%	15,3%	15,3%	0,6%
Region Syddanmark	21,6%	21,5%	21,4%	21,4%	-0,2%
Region Midtjylland	20,7%	20,6%	20,7%	20,9%	0,2%
Region Nordjylland	10,6%	10,5%	10,5%	10,3%	-0,3%
I alt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%

Kilde: Finansieringsudvalgets analyse af socioøkonomiske kriterier til fordeling af regionernes bloktilskud på sundhedsområdet, side 20. August 2009.

Konklusionen i Finansieringsudvalgets analyse på baggrund af disse tal er, at der er tale om mindre forskelle mellem det oprindeligt anvendte grundlag (regnskab 2003) og en opdatering af grundlaget med regnskabstal for 2006 (afsnit 7. Konklusion/perspektivering side 45). De konstaterede udsving udgør dog mere end 200 mio. kr.

For Region Midtjylland bliver resultatet reduceret på grund af, at Århus Amt gennemfører en besparelse på sundhedsområdet på ca. 300 mio. kr. i 2004/2005. Uden denne besparelse ville ændringen i procentpoint være ca. 0,4 højere, og det faktiske udsving være på op til ½ mia. kr.

I analyseafsnittet anføres endvidere, at udviklingen muligvis kan ses som en tilpasning til de nye regionale udgiftsniveauer. Hertil kommer den forholdsvis store stigning i Region Sjælland kan have en sammenhæng med, at regionen har den mindste vækst i produktiviteten 2003 – 2006, (afsnit 4.3.1. Udgiftsopgørelser baseret på regnskab 2004, 2005 og 2006 side 19 og 20).

Det er korrekt, at følsomhedsanalysen viser, at der ikke er sket store udsving i fordelingen af de opgjorte udgifter mellem 2003 og 2006. Men analysen svarer ikke på spørgsmålet, om den reelle forklaring er, at der bagved sker forskydninger mellem regionerne i forhold til produktivitet og/eller valg af serviceniveau. De fleste amter/regioner vil aktivt forsøge at tilpasse regnskabsresultaterne til de givne budgetrammer, og det er vel det følsomhedsanalysen bekræfter, at amterne/regionerne handler økonomisk ansvarligt.

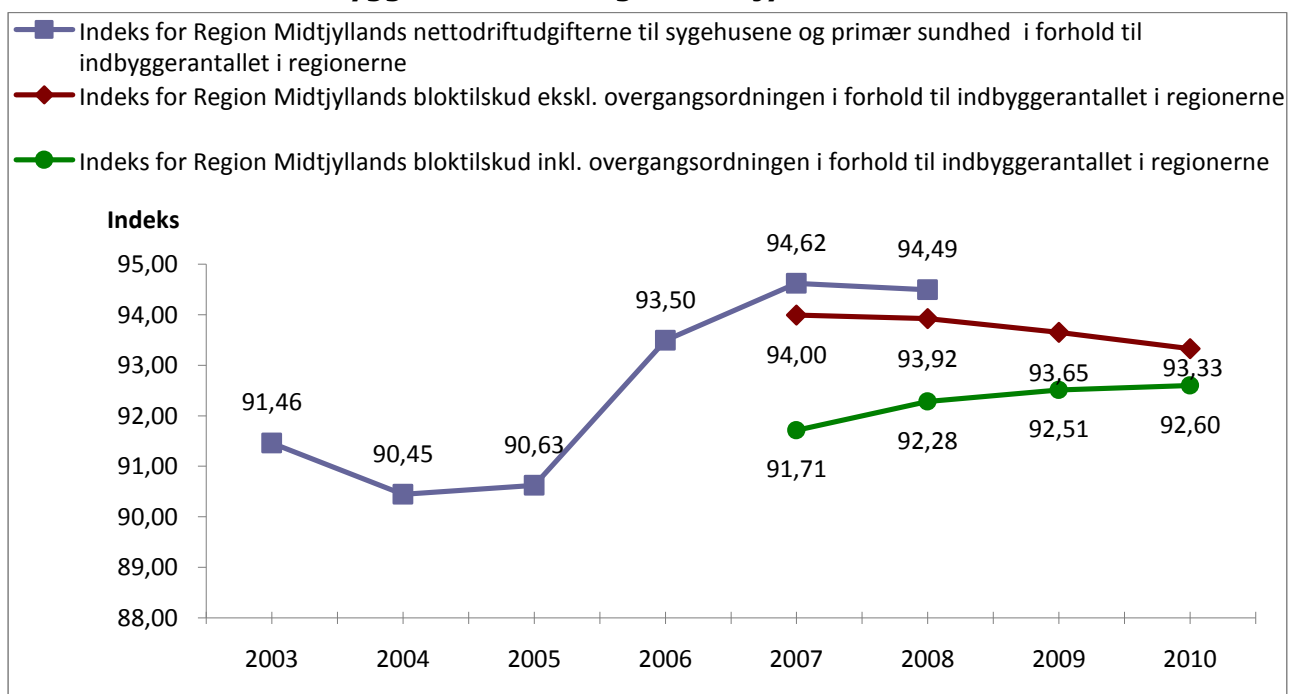
Hypotesen kan være, at en mere afdæmpet udgiftsudvikling er resultatet af gennemførte produktivetsforbedringer og/eller serviceforringelser. Hvis denne hypotese er korrekt, vil det også være et udtryk for, at de socioøkonomiske kriterier ikke fuldt ud kan forklare udviklingen i udgiftsbehovet for den enkelte region, under forudsætning af at regionerne skal have samme muligheder for at tilbyde borgerne sundhedsydelser. Der findes ikke analyser, der kan bekræfte om regioner har et ensartet serviceniveau, og/eller om de enkelte regioner udnytter deres produktivetspotentiale godt nok. Hvis en region i udgangssituationen har et mindre serviceniveau og/eller en højere produktivitet, så er regionen alt andet lige dårligere stillet end andre regioner.

2.4. Udgiftsudviklingen 2003 – 2008 i Region Midtjylland

I figur 1 er vist Region Midtjyllands nettodriftsudgifter i perioden 2003 til 2008. Tallene er indekseret i forhold til indbyggertallet, hvor indeks 100 er lig landsgennemsnittet. Dette er vist i den blå kurve. F.eks. i 2003 bruger Region Midtjylland i gennemsnit 91,46 kr. pr. indbygger til sundhedsydelser, hver gang der på landsplan bruges i gennemsnit 100 kr. pr. indbygger.

Den røde kurve viser Region Midtjyllands bloktilskud i perioden 2007 til 2010 inden fradrag for overgangsordningen, mens den grønne kurve viser Region Midtjyllands bloktilskud efter fradrag for overgangsordningen. Tallene er indekseret i forhold til indbyggertallet, hvor indeks 100 er lig landsgennemsnittet.

Figur 1: Indeks for nettodriftsudgifterne til hospitalerne og primær sundhed og bloktilskud i forhold til indbyggerantallet i Region Midtjylland



Anm.: Tallene er eksklusiv renteudgifter.

Som det fremgår af figur 1 falder Region Midtjyllands andel af nettodriftsudgifter fra 2003 til 2004/2005 målt pr. indbygger. Dette fald skyldes, at Århus Amt gennemførte besparelser på sundhedsområdet svarende til ca. 300 mio. kr. Besparelserne blev udmøntet i strukturtilpas-

ninger med nedlukning af sygehusenheder, reduktioner i serviceniveauer og konkrete rationaliseringstiltag.

Denne besparelse medfører alt andet lige:

- At overskudsberegningen i bloktilskuddet blev ændret væsentlig fra 2003 til 2005. Den oprindelige overskudsberegning baseret på regnskab 2003 udgjorde for Region Midtjylland et plus på 198 mio. kr. Overskudsberegningen på baggrund af regnskab 2005 viser et plus på 382 mio. kr. Hvis overskudsberegningen var fastholdt på 2003 niveau, ville Region Midtjyllands bloktilskud være øget med 460 mio. kr. i perioden 2007 til og med 2011, svarende til gennemsnitlig ca. 100 mio. kr. pr. år. Beregninger fremgår af nedenstående tabel 3

Tabel 3. Ændring i overskudsberegningen for Region Midtjylland fra 2003 til 2005

	Før 2007	2007	2008	2009	2010	2011	I alt
Overgangsordning, genberegnet på R2005	-382	-318	-255	-191	-127	-64	-955
Overgangsordning, beregnet på R2003	-198	-165	-132	-99	-66	-33	-495
Reduktion i bloktilskud fra 2003 til 2005		153	123	92	61	31	460

Som det fremgår af figur 1 stiger Region Midtjyllands andel af nettodriftsudgifter frem til regnskab 2007, hvor indekssværdien udgør 94,62 %. Region Midtjyllands andel af bloktilskuddet efter fradrag for overgangsordningen svarer til en indekssværdi på 91,71. Differencen mellem indekssværdien for nettodriftsudgifter og bloktilskud er knap 3 %. I forhold til økonomiaftalen for 2007 har Region Midtjylland et driftsmæssigt underskud på ca. 264 mio. kr. Region Midtjylland har lignende driftsmæssige underskud for 2008 og 2009 til trods for, at der i regionen er gennemført årlige besparelser hvert år fra 2007 på gennemsnitlig ca. 300 mio. kr.

Som det ses er underskuddet opstået før regionernes start i 2007, og til trods for at der i det tidligere Århus Amt er gennemført væsentlige driftsmæssige besparelser i 2004/2005.

Det ses også af figur 1, at ubalancen mellem nettodriftsudgifter og bloktilskud allerede var en realitet i 2006. Ved midtvejsreguleringen af regionernes bloktilskud, juni 2007 fik regionerne under ét tilført ekstra bloktilskud, svarende til det aktivitets- og serviceniveau regionerne overtog fra amterne. Amternes merudgifter i regnskab 2006 svarede til ca. 1,8 mio. kr., hvortil kom en regulering på ca. 0,4 mia. kr. for helårsvirkningen i 2007. Fordelingen via bloktilskuddet gav nogle regioner overkompensation og navnlig for Region Midtjylland en underkompensation.

Danske Regioner har beregnet, at Region Midtjylland blev underkompenseret med ca. 200 mio. kr.

Den særlige overgangsordning i bloktilskuddet indføres fra 2007 til 2012. Dette er angivet med den grønne kurve i figur 1. I 2012 mødes den grønne og røde kurve, idet overgangsordningen her er fuldt indfaset. Det interessante med den røde kurve er, at indekssværdien for Region Midtjylland falder fra 94 i 2007 til 93,33 i 2010.

Havde Region Midtjylland bevaret en indekssværdi på 94 havde bloktilskuddet i 2010 været ca. 115 mio. kr. højere.

En nærmere vurdering af sammensætningen af Region Midtjyllands nettodriftsudgifter viser, at Region Midtjyllands relative andel af nettodriftsudgifterne i forhold til landsgennemsnittet er størst for de mindst styrbare udgiftsområder og mindst for de "mest styrbare" områder. I tabel 4 er vist Region Midtjyllands andel af de samlede nettodriftsudgifter i forhold til andelen af befolkningen.

Tabel 4: Region Midtjyllands andel af de samlede udgifter i forhold til andelen af befolkning

	Regnskab 2003	Regnskab 2005	Regnskab 2007	Regnskab 2008
Region Midtjyllands	Indeks	Indeks	Indeks	Indeks
Indtægter fra bloktilskud			94,0	93,9
Nettodriftsudgifterne somatisk hospitaler og psykiatrien	89,9	88,8	93,9	94,8
Nettodriftsudgifterne primær sundhed	95,8	95,6	96,2	96,7
Heraf nettodriftsudgifterne praksissektor		94,3	95,1	95,3
Heraf nettodriftsudgifterne sygesikringsmedicin		98,0	98,1	99,3
Nettodriftsudgifterne sundhedsområdet i alt	91,5	90,6	94,5	95,3

Kilde: Danmarks statistik - Fordelte amter - Vejle (64 / 36 %), Århus (99 / 1 %) og Viborg (67 / 33 %)

Indeks over 100 indikerer, at regionens andel af kriteriet er større end regionens andel af befolkningen

Som det ses er andelen af de samlede udgifter målt pr. indbygger størst for sygesikringsmedicin, dernæst praksissektoren og mindst for de somatiske hospitaler og psykiatrien.

2.5. Sammenhæng mellem produktivitet, serviceniveau og regnskabsbaserede udgifter

De nuværende bloktilskudskriterier er beregnet på baggrund af udgiftsmetoden, dvs. med udgangspunkt i de faktiske regnskaber. Der bliver ikke korrigeret for hverken forskelle i produktivitet eller serviceniveau. Det skal dog bemærkes, at et mindre grundtillæg på 100 mio. kr. i bloktilskuddet er begrundet i ønsket om at regulere for forskelle i produktivitet, idet det er vurderet at alle regioner har visse basisomkostninger, der ikke afhænger af størrelse.

Alt andet lige vil lavere serviceniveau og/eller højere produktivitet føre til lavere udgifter, mens højere serviceniveau og/eller mindre produktivitet føre til højere udgifter.

I Finansieringsudvalgets analyse diskuteres muligheden for at korrigere for produktivitet. Herunder beskrives amternes relative produktivitet i 2005 efter de målinger, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse gennemfører. Den relative produktivitet i amterne fordeles på regioner. Tallene er gengivet nedenfor i tabel 5.

Tabel 5: Relativ produktivitet 2005

Relative produktivetsniveauer	2005-niveau
Region Hovedstaden	97
Region Sjælland	99
Region Syddanmark	102
Region Midtjylland	106
Region Nordjylland	94
Hele landet	100

Kilde: Finansieringsudvalgets analyse af socioøkonomiske kriterier til fordeling af regionernes bloktilskud på sundhedsområdet, side 18. August 2009.

Som det ses er der en væsentlig forskel i den relative produktivitet, hvor Region Midtjylland ligger markant højere end de øvrige regioner. I Finansieringsudvalget analyse af de socioøkonomiske kriterier konstateres, at der er en vis sammenhæng mellem de modelberegnedes over- og underskud og så produktiviteten. Dermed vil indfasningen af overgangsordningen reelt modsvare en væsentlig del af forskellene i produktivitet, jfr. side 19 i analysen.

Dette er principielt korrekt, at der er en sådan sammenhæng, således at en del af forskellene i produktivitet kan siges at blive udlignet via indfasningen af overgangsordningen.

Den relative produktivitet på det somatiske område i Region Midtjylland er imidlertid 6 % højere end landsgennemsnittet. Beregnet på baggrund af budget 2007 svarer dette til ca. 630 mio. kr., hvis Region Midtjylland havde samme produktivitet som landsgennemsnittet. Hertil kommer at Region Midtjylland har udgifter til praksissektoren og medicin, der ligger tæt på landsgennemsnittet, samt at behandlingspsykiatrien har et relativt meget lavt udgiftsniveau i forhold til landsgennemsnittet målt pr. indbygger. Dette svarer til 86 % af landsgennemsnittet i 2005. Disse tre faktorer trækker i retning af, at der burde korrigeres væsentlig mere end de 382 mio. kr., der er indarbejdet i overgangsordningen for Region Midtjylland.

3. Problemstillinger vedrørende kriterier for det socioøkonomiske udgiftsbehov

Region Midtjylland anerkender, at der er variation i regionernes udgiftsbehov, der kan tilskrives forskellige socioøkonomiske forhold. Der er imidlertid en række problemer ved de konkrete valg af kriterier for dette socioøkonomiske udgiftsbehov i forbindelse med lovgivningen omkring bloktilskudsfordelingen og den konkrete operationalisering heraf.

I det følgende vil hovedproblemstillingerne ved de socioøkonomiske kriterier - set med Region Midtjyllands øjne - blive gennemgået. De i alt 9 socioøkonomiske kriterier fordeler 22,5 % af det samlede bloktilskud fratrukket basisbeløbet. Som det fremgår af Finansieringsudvalgets analyse (side 8) har Region Midtjylland en væsentlig lavere andel af kriterieværdierne end regionens andel af befolkningen for 8 af kriterierne, herunder navnlig for kriteriet "Tabte leveår". Det er kun i forhold til kriteriet "Rejsetid til 18.000 indbyggere", hvor regionen har en højere andel end landsgennemsnittet.

Region Midtjylland finder, at der er en række væsentlige problemstillinger omkring valg af kriterier og vægtingen af kriterierne, herunder særligt kriteriet "Tabte leveår".

I Finansieringsudvalgets analyse opstilles flere muligheder for at ændre de socioøkonomiske kriterier. I det lovforslag, der er sendt i høring udnyttes kun en af de angivne muligheder,

nemlig en teknisk ændring af udformningen af kriteriet "Tabte leveår". Region Midtjylland finder, at der bør gennemføres langt større ændringer.

3.1. Valg af kriterier

Som det er beskrevet i Finansieringsudvalgets analyse af de socioøkonomiske kriterier skal kriterierne fastsættes under hensyntagen til antagelser og viden om sammenhængen mellem kriterierne og det socioøkonomiske udgiftspres.

Der er international konsensus om, at kriterier i et bloktilskud bør overholde følgende principper:

- Konstaterbarhed, dvs. at der så vidt muligt er tale om en offentlig og officiel statistik
- Upåvirkelighed, dvs. kommunernes/regionernes dispositioner skal ikke kunne påvirke kriterierne – hverken ved at ændre sin politik eller opgørelsesmetode
- Årsagssammenhæng, dvs. kriteriet skal så vidt muligt udtrykke en årsagssammenhæng med udgiftsbehovet
- Proportionalitet, dvs. kriteriet skal så vidt muligt være proportional med udgiftsbehovet
- Udgiftsbehovene skal ikke kunne påvirkes af den kommunale/regionale effektivitet i opgavevaretagelsen, således at opgørelsen ikke begunstiger mindre effektive kommuner/regioner
- Stabilitet i opgørelsen fra år til år

Region Midtjylland finder ikke, at de nuværende socioøkonomiske kriterier fuldt ud lever op til disse internationalt anerkendte principper for bloktilskudskriterier. Det er særligt kriterierne omkring påvirkelighed, konstaterbarhed og delvist proportionalitet der anses for særligt problematiske.

Det kan hertil tilføjes, at det er et demokratisk problem, hvis begrundelser og udformningen af bloktilskudskriterier bliver så kompleks og teknisk, at det reelt bliver uigennemskueligt for befolkningen og politikerne. Region Midtjylland stiller derfor forslag om en mere enkel og gennemskuelig model, der i større omfang lever op til ovenstående principper.

I Finansieringsudvalgets analyse gennemgås de 9 socioøkonomiske kriterier og den viden der er om sammenhængen mellem kriterierne og det socioøkonomiske udgiftspres. Der henvises til forskellige undersøgelser og analyser af sammenhængen mellem behovet for sundhedsydelser og det enkelte kriterium (jf. afsnit 3.1.3. side 24 ff).

I analysen af de socioøkonomiske kriterier er det forsøgt at understøtte valget af de 9 socioøkonomiske kriterier ved en analyse af kriteriernes samvariation med sygehusforbruget. Dette er gjort ved en simpel regressionsanalyse af kommunefordelte kriterieværdier på en opgørelse af udgifter til sundhedsvæsenet i 2007. Den statistiske signifikans bekræftes i disse analyser, om end der er betydelig variation i de enkelte kriteriers forklaringsevne. Der er ligeledes problemer omkring høj samvariation mellem flere kriterier (dvs. kriterierne reelt forklarer det samme, hvilket kan skævvride modellen). Hertil kommer, at der er andre kriterier, der kan være relevant at undersøge nærmere.

Region Midtjylland stiller derfor forslag om en mere enkel og gennemskuelig model, der lever op til ovenstående principper. Hovedelementerne i regionens forslag er, at kriterierne: "Tabte leveår", "Antal enlige i aldersgruppen 65 år og derover", "Antal børn af enlige forsørgere" og "Antal personer i udlejningsboliger" udgår af fordelingen. De to kriterier for psykiatriske patienter lever ikke op til standarden om upåvirkelighed. Det foreslås, at der lægges loft over disse kriteriernes anvendelse.

Modsat foreslås, at der indarbejdes et kriterium for uddannelse, idet det er veldokumenteret, at uddannelsesniveau har stor betydning for borgernes sundhed, og kan betragtes som en bagvedliggende (og mere grundlæggende) forklaringsfaktor i forhold til mange af de kriterier, der foreslås at udgå. Herudover foreslås antallet førtidspensionister indarbejdet i kriteriet "Antal familier på overførselsindkomster". Det samlede forslag indeholder en forenkling og lever op til de internationale standarder.

Bemærkningerne til kriterierne og forslaget uddybes i de følgende hovedafsnit.

3.1.1. Antal enlige over 65 år.

Kriteriet "Antal enlige over 65 år" antager, at enlige ældre har et større sundhedsforbrug end gifte/samboende ældre. En analyse fra Sundhedsministeriet 1999 om Sygehusforbrug i Hovedstadens Sygehusfællesskab viser, at ugifte ældre enlige har et lavere sundhedsforbrug end andre civilstandsgrupper. Altså stik modsat antagelsen i kriteriet.

Det er et spørgsmål, om det ikke er et kriterium, som tiden er løbet fra i takt med, at flere og flere vælger at leve som enlige. Samtidig viser finansieringsudvalgets analyse også, at kriteriet ikke har så stor supplerende forklaringsværdi i forhold til det alderskorrigerede kriterium (demografikriteriet). Det foreslås derfor, at kriteriet udgår.

3.1.2. Antal familier på overførselsindkomster.

I kriteriet "Antal familier på overførselsindkomster" indgår kun antallet af familier, hvor mere end 50 % af bruttoindkomsten kommer fra midlertidige sociale ydelser. Førtidspensionisters indkomst tæller dermed ikke med i kriteriet, da det er en varig social ydelse. Det må formodes, at årsagen til førtidspensionering i høj grad er helbredsmæssige årsager – ikke mindst i forhold til personer med alvorlig sindslidelse – og som begrunder et højere forbrug af sundhedsydelser end i tilsvarende aldersgrupper. I Finansieringsudvalgets analyse af de socioøkonomiske kriterier nævnes kriteriet som en mulighed, men kriteriets forklaringsevne er ikke nærmere undersøgt.

I tabel 6 ses antal *personer* på førtidspension fordelt på regioner i årene 2007 til 2009. I tabel 7 ses, antallet af *familier* på overførselsindkomster (med mere end 50 % af bruttoindkomsten), som indgår i det nuværende fordelingskriterium, fordelt på regioner i årene 2007 til 2009. Indarbejdes antal førtidspensionister i kriteriet vil det forventeligt udligne værdien af kriteriet mellem regionerne.

Tabel 6: Antal personer på førtidspension i de enkelte regioner

	Antal			Pct		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	63.661	61.818	60.270	25,6%	25,1%	24,4%
Region Sjælland	41.771	41.219	41.170	16,8%	16,7%	16,7%
Region Syddanmark	59.311	59.165	59.994	23,9%	24,0%	24,3%
Region Midtjylland	53.987	54.466	55.230	21,7%	22,1%	22,4%
Region Nordjylland	25.796	25.543	25.732	10,4%	10,4%	10,4%
Udlandet	3.957	4.079	4.357	1,6%	1,7%	1,8%
Hele landet	248.483	246.290	246.753	100,0%	100,0%	100,0%

Kilde: Danmarks statistik

Tabel 7: Antal familier på overførselsindkomst i de enkelte regioner

	Antal			Pct		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	41.901	44.022	38.966	37,4%	36,8%	39,4%
Region Sjælland	13.756	14.530	11.795	12,3%	12,2%	11,9%
Region Syddanmark	22.048	24.140	19.122	19,7%	20,2%	19,3%
Region Midtjylland	23.255	24.182	18.737	20,7%	20,2%	19,0%
Region Nordjylland	11.131	12.640	10.212	9,9%	10,6%	10,3%
Hele landet	112.091	119.514	98.832	100,0%	100,0%	100,0%

Kilde: Danmarks statistik

Det foreslås, at antal førtidspensionister bliver indarbejdet i kriteriet "Antal familier på overførselsindkomster" (jf. beskrivelsen i Finansieringsudvalgets analyse af de socioøkonomiske kriterier side 43).

3.1.3. Antal tabte leveår.

I fordeling af bloktilskuddet indgår i det socioøkonomiske kriterium "Antal tabte leveår. Kriteriet er opgjort som antal tabte leveår i forhold til den region, der over en 10-årig periode har haft den højeste middellevetid hos indbyggerne. Den region med den højeste middellevetid får kriterieværdien 0, hvilket betyder, at denne region ikke får tildelt ressourcer efter dette kriterium. Kriteriet fordelte i 2009 1.665 mio. kr.

Som det fremgår af den nedenstående tabel 8, er der over en 10-årig periode en meget begrænset forskel i middellevetiden for de 5 regioner. Det fremgår, at Region Midtjylland har den højeste middellevetid, og at der er tale om relativt små variationer i middellevetiden på 1,1 % (den relative forskel mellem Region Midtjylland og Region Sjælland).

Tabel 8: Den beregnede middellevetid i bloktilskudsmodellen i regionerne

	2007	2008	2009	2010
Region Hovedstaden	76,27	76,60	76,87	77,14
Region Sjælland	76,15	76,41	76,62	76,81
Region Syddanmark	76,98	77,27	77,49	77,71
Region Midtjylland	77,18	77,44	77,72	77,95
Region Nordjylland	76,80	77,04	77,23	77,44

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed

Med lovændringen foreslås kriteriet ændret, således at forskellen måles i forhold til regionernes gennemsnitlige levetid tillagt et år. Dermed sikres en vis proportionalitet i kriteriet. Dette er en

klar forbedring i forhold til tidligere udformning af kriteriet. Der savnes dog en nærmere begrundelse for, hvorfor overlæggeren lægges på den gennemsnitlige middellevetid tillagt 1 år.

Statsministeren har en målsætning om, at middellevetiden skal forøges, således at Danmark i 2020 har en middellevetid, der er blandt de 10 bedste i verden – mod en placering som nr. 23 i 2006 (2,1 leveår fra nr. 10). Det må i naturlig forlængelse heraf foreslås, at der fastsættes en overligger, der lever op til denne målsætning.

Herudover er det problematisk, at kriteriets logik er i strid med en politisk målsætning om at hæve middellevetiden, idet der i kriteriet principielt ligger en økonomisk straf til de regioner, der forøger middellevetiden mere end gennemsnittet.

Det skal i den forbindelse nævnes, at der i litteraturen er meget stor usikkerhed om sammenhængen mellem udviklingen i middellevetid og sundhedsudgifterne. På den ene side kan man argumentere for, at en høj middellevetid er en indikator for en sund befolkning. På den anden side er der mange indikatorer for at intensiv og specialiseret – og dermed dyrere – behandling medvirker til en højere middellevetid.

En god prænatal diagnostik fører til flere aborter og færre meget syge nyfødte og bidrager i høj grad til en øget middellevetid. Det skal i den forbindelse nævnes, at data tyder på, at der f.eks. ikke er en ganske ensartet opfattelse af, hvornår et barn betragtes som dødfødt og som levendefødt (og død indenfor få timer). Et dødfødt barn påvirker ikke middellevetiden – mens et levendefødt der dør kort tid efter fødslen bidrager negativt til middellevetiden med den forventede levetid (eventuelt med særlig korrektion for 0-årige). Når forskellen mellem regionernes middellevetid er så lille som tilfældet er, så skal der ikke megen usikkerhed omkring 0-årige til, før betydelige dele af forskellen i virkeligheden kan være forklaret af datausikkerhed.

En god prænatal diagnostik og prænatal og neonatal behandling er ressourcekrævende og bidrager til en øget middellevetid. Tilsvarende gælder uden tvivl hjertebehandlingen, hvor den omfattende diagnostik og invasive kardiologi i Region Midtjylland har bidraget til høje omkostninger, men også har nedsat dødshyppigheden af hjertesygdom – og samtidig øget middellevetiden. Tilsvarende kan siges om kræftbehandling.

I forbindelse med statsministerens målsætning om at hæve middellevetiden, er en stærkere sundhedsbehandling også et af hans erklærede midler til at nå målet, hvilket er i overensstemmelse med ovenstående argumentation.

Stærkere sundhedsbehandling koster sundhedsudgifter, hvilket kan tale for, at der indføres et nyt kriterium for vækst i levetid, for at modvirke kriteriets skæve incitamentsstruktur. Disse overvejelser indgår også i Finansieringsudvalgets analyse af de socioøkonomiske kriterier (jf. side 42), hvor det foreslås, at vækst i levetid kan supplere kriteriet vedrørende tabte leveår. Dette kriterium er imidlertid ikke medtaget i lovforslaget.

Statens Institut for Folkesundhed har i artikler fastslået, at der kun er små forskelle mellem regionernes middellevetid. SIF fastslår i den forbindelse, at middellevetiden for kvinder i Region Syddanmark og Region Midtjylland er (statistisk) lige lang. I forhold til hvis pengene blev fordelt med det aldersbestemte kriterium, så flytter kriteriet knap 310 mio. kr. fra regioner med en lavere kriterieværdi end gennemsnittet til regioner med en højere. Det forekommer

uhensigtsmæssigt. En andel heraf skyldes den marginale forskel på levetiden for kvinder i Syddanmark og Midtjylland. Det forekommer også at være et brud på proportionalitetsprincippet, at så marginale forskelle imellem regionernes middellevetider omfordeler den nettede sum af over 1,7 mia. kr. i 2010. I Finansieringsudvalgets analyse savnes en analyse af og dokumentation for, at de mindre forskelle – der er regionerne imellem – kan begrunde vægtningen af kriteriet og den relativt store omfordeling, som kriteriet indebærer. Vægtningen af kriterierne er et aspekt, der slet ikke er forsøgt undersøgt i finansieringsudvalgets analyse, men er meget centralt i forhold til den samlede vægtning af kriterierne.

Da det er umuligt, at give kriteriet "Antal tabte leveår" en rimelig fortolkning, og da kriteriet samtidig indeholde meget få forskelle som desuden delvist kan opfanges af andre kriterier, forslås det, at kriteriet udgår. Alternativt bør der skabes en incitamentsstruktur i kriteriet, der er i overensstemmelse med statsministerens målsætninger for middellevetiden. Et sådant kriterium vedrørende vækst i levetid kan Region Midtjylland tilslutte sig, såfremt man her måler på relative forbedringer i middellevetiden.

3.1.4. Psykiatri

To af de 9 socioøkonomiske indikatorer relaterer sig til psykiatriområdet (og udgør 10 % af det samlede socialøkonomiske kriterium) – nemlig kriteriet vedrørende antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter og diagnosticerede patienter med skizofreni.

Der er en særlig problemstilling omkring påvirkeligheden af disse kriterier, idet der kan være forskelle i diagnosticeringen af patienter, dels generelt og dels i forhold til skizofrene. Indeks-værdierne i forhold til landsgennemsnittet for antal psykiatriske patienter i 2009 udgør for Region Hovedstaden 112, Region Sjælland 85, Region Syddanmark 117, Region Midtjylland 87 og Region Nordjylland 77.

Blandt andet det høje niveau i Region Syddanmark – i forhold til eks. Region Midtjylland – er vanskeligt at forklare, da det viser en uforklarlig variation, der understøtter argumentet om at der er tale om forskellig diagnostisk praksis.

For kriteriet antal skizofrene er der også en betydelig variation, om end det her er mere entydigt, at det er hovedstaden, der skiller sig ud. Indeks-værdierne i forhold til landsgennemsnittet for antal skizofrene i 2009 udgør for Region Hovedstaden 136, Region Sjælland 93, Region Syddanmark 89, Region Midtjylland 81 og Region Nordjylland 72.

Hertil kommer, at de to kriterier automatisk er samvarierende, da antallet af skizofrene også er indeholdt i den anvendte afgrænsning af antallet af psykiatriske patienter. Dette er en åbenlys metodisk fejl.

Samtidig har man valgt at afgrænse antallet af psykiatriske patienter et til kun at være to psykiatriske diagnosegrupper (+ skizofreni) i stedet for samtlige diagnosegrupper. Region Midtjylland vil anbefale, at kriteriet defineres som samtlige diagnosekoder med undtagelse af dem for skizofreni (som har sit eget kriterium).

Nedenstående tabel 9 viser udviklingen i antallet af unikke personer (det enkelte år) der har været i kontakt med psykiatrien indenfor hhv. alle psykiatriske diagnosekoder (ekskl. skizofre-

ni) og tallene indikerer at det konkrete valg af diagnosegrupper i kriteriet har nogle byrdefordelingsmæssige konsekvenser, som ikke vurderes at have nogen sammenhæng med det objektive udgiftsbehov.¹

I tabel 9 er vist ændringen, hvis der korrigeres herfor, således at antallet af psykiatriske patienter opgøres eksklusiv antal skizofrene.

Tabel 9: Antal unikke personer med en psykisk diagnosticering (alle) eksklusiv skizofreni

	Antal patienter med psykisk diagnosticering (alle) ekskl. skizofreni**			Pct fordeling af patienter med psykisk diagnosticering (alle) ekskl. skizofreni			Pct. fordeling af antal psykiatriske patienter i bloktilskudsmodellen		
	2007	2008	2009*	2007	2008	2009*	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	24.936	25.417	22.249	30,5%	30,3%	29,6%	34,6%	34,2%	33,7%
Region Sjælland	11.452	12.004	10.470	14,0%	14,3%	13,9%	12,8%	12,8%	12,8%
Region Syddanmark	21.861	22.230	20.707	26,8%	26,5%	27,5%	25,4%	25,5%	25,6%
Region Midtjylland	17.304	17.840	16.305	21,2%	21,2%	21,7%	19,3%	19,5%	19,8%
Region Nordjylland	6.116	6.531	5.431	7,5%	7,8%	7,2%	7,8%	7,9%	8,1%
I alt	81.669	84.022	75.162	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Kilde: eSundhed

Som nævnt er værdien af kriterierne for psykiatrien meget forskellige fra region til region. Re-alvæksten på sundhedsområdet har været ca. 15. mia. kr. siden 2003. Der er imidlertid meget få af disse midler, der er givet til psykiatrien. Det er alene i forhold til udrednings- og behandlingsretten samt retspsykiatrien, hvor midlerne er øget.

Der opstår dermed en skævhed i fordelingen af de midler, der er lagt ud i bloktilskudsfordelingen, idet de regioner med en relativ større andel af de to socioøkonomiske kriterier bliver overkompenseret, når der gives penge til det somatiske område.

Som indikator på regionernes udgiftsbehov til behandlingspsykiatrien kan man se på ventelisterne i forbindelse med udrednings- og behandlingsretten. I Danske Regioners opgørelse af Regionernes aktiviteter og ventetidsopgørelser på psykiatriområdet for 1. og 2. kvartal 2009 fremgår det, at trykket på ventelisten er størst for Region Midtjylland i forhold til Børn og unge, mens det for voksne er størst for Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Vurderet herudfra bør Region Midtjylland ved tildeling af ekstra midler til psykiatrien sikres samme relative andel som Region Hovedstaden og en større relativ andel end de 3 øvrige regioner.

Det anbefales:

- At der indarbejdes et loft over det beløb, der fordeles efter de to kriterier antal psykiatriske patienter og antal psykiatriske patienter, svarende til udgiftsniveauet i regnskab 2003 og
- At kriteriet vedrørende antal psykiatriske patienter korrigeres for antal skizofrene, således at samvariationen mellem de to kriterier undgås. Derudover bør det omfatte alle psykiatriske diagnoser for at sikre upåvirkelighed.

¹ Tallene i tabellerne er ikke beregnet på nøjagtig samme måde som i bloktilskudsmodellen, der indeholder antal personer der i en periode på 10 år har været i kontakt med behandlingspsykiatrien.

3.1.5. Antal personer i udlejningsboliger

Der er sket markante ændringer på boligmarkedet i forhold til undersøgelsen Finansieringsudvalget foretaget for ca. 20 år siden, som lægger til grund for kriteriet "Antal personer i udlejningsboliger". Kriteriet er i dag mere styret af antallet af boligforeninger i regionen og antallet af dyre boliger end af sociale forskelle. Kriteriet må også anses som værende misvisende i forhold til det stærkt stigende antal udlejningsejendomme til mere end 15.000 om måneden.

Målet med de 2 socioøkonomiske indikatorer "Antal familier på overførselsindkomst" og "Antal personer i udlejningsboliger" er at forklare sociale forskelle og de følgesygdomme, som oftere rammer denne gruppe. Der er en meget høj samvariation mellem de 2 kriterier, som følge af at sociallovgivningen, gør det mest fordelagtigt for familier på overførselsindkomst at bo til leje.

Det anbefales:

- at kriteriet for Antal personer i udlejningsboliger udgår af de socioøkonomiske kriterier.

3.2. Nyt kriterium: Uddannelse

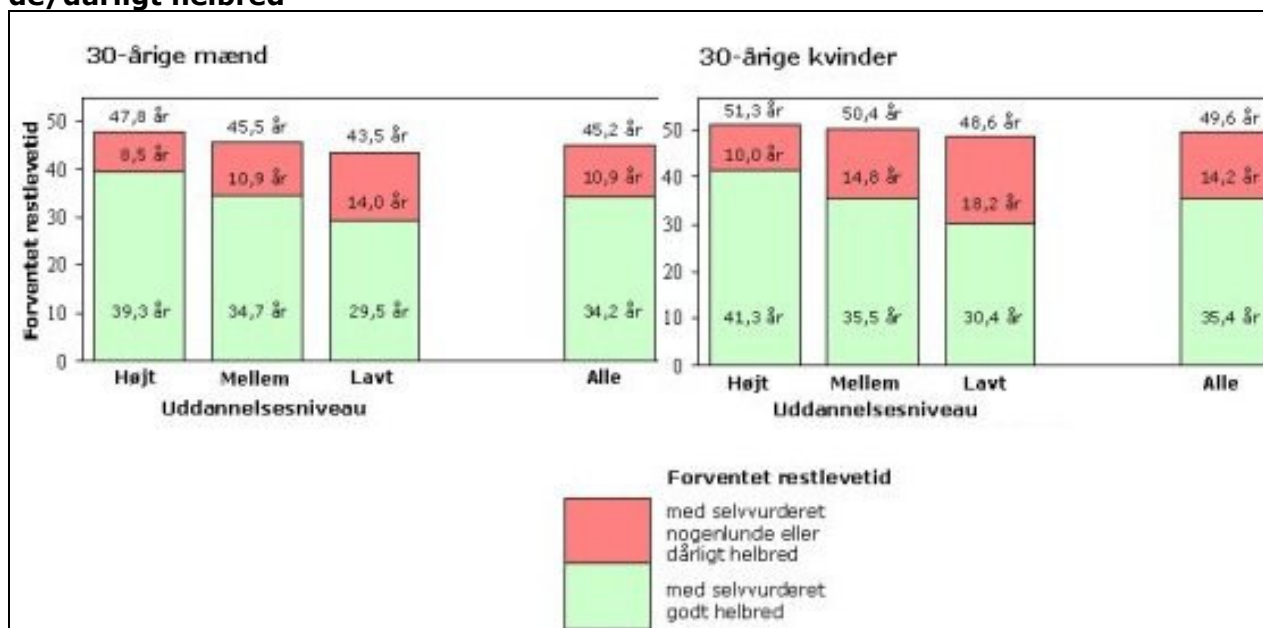
Argumentationen for inddragelsen af flere af de socioøkonomiske kriterier er at de afspejler underliggende forskelle i sociale faktorer. Undersøgelser viser imidlertid at der er en gennemgående bagvedliggende faktor for sociale forskelle i sundhed – nemlig uddannelsesniveau. Uddannelsesniveauet påvirker sundheden og mestringsevne i en positiv retning.

Statens Institut for Folkesundhed har i marts 2004 publiceret en undersøgelse om sammenhængen mellem sociale forskelle og leveår. Undersøgelsen viste, at en 30-årig mand med et lavt uddannelsesniveau må forvente at dø 4,3 år før en jævnaldrende med et højt uddannelsesniveau.

Endvidere må han forvente, som det fremgår af figur 2, at kun 29,5 år af de resterende 43,5 år vil være gode leveår. Gode leveår skal i denne sammenhæng forstås som år, der leves med godt helbred eller uden sygdom. For kvinder ses tilsvarende sociale forskelle. Den højt uddannede kvinde kan se frem til 10,9 flere "gode leveår" og 2,7 færre "tabte gode leveår" end den lavt uddannede.

Lavt uddannede i figur 2 omfatter personer med højst 10 års skolegang evt. suppleret med basisår på efg eller HG. Mellemniveauet udgøres af dem, der har studenter- eller Hf-eksamen eller en faglig uddannelse, mens de højt uddannede, omfatter personer med kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Figur 2: Forventet levetid med selv vurderet godt og med selv vurderet nogenlunde/dårligt helbred



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed

Tabel 10 viser fordelingen mellem regionerne af antal personer mellem 30-64 år, hvor højeste fuldførte uddannelse er grundskole, almen/erhvervsgymnasial uddannelse, mens tabel 11 viser antal personer mellem 30-64 år, hvor højeste fuldførte uddannelse er grundskole.

Tabel 10: Antal personer mellem 30-64 år hvor højeste fuldførte uddannelse er grundskole, almen-/erhvervsgymnasial uddannelse

	Antal			Pct			Det samlede socioøkon-misk udgiftsbehov ifølge bloktilskudsmodellen		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	224.370	219.801	214.677	28,0%	28,1%	28,1%	38,1%	37,1%	37,2%
Region Sjælland	128.567	125.857	122.697	16,1%	16,1%	16,1%	15,2%	15,6%	15,4%
Region Syddanmark	180.625	176.494	171.559	22,6%	22,5%	22,5%	19,4%	19,5%	19,8%
Region Midtjylland	176.379	172.318	168.052	22,0%	22,0%	22,0%	18,1%	18,1%	17,8%
Region Nordjylland	91.048	88.511	85.905	11,4%	11,3%	11,3%	9,2%	9,8%	9,7%
I alt	800.989	782.981	762.890	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Kilde: Danmarks statistik

Tabel 11.: Antal personer mellem 30-64 år hvor højeste fuldførte uddannelse er grundskole

	Antal			Pct			Det samlede socioøkon-misk udgiftsbehov ifølge bloktilskudsmodellen		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Region Hovedstaden	167.193	162.282	157.054	24,9%	24,9%	24,9%	38,1%	37,1%	37,2%
Region Sjælland	112.587	109.481	106.130	16,8%	16,8%	16,8%	15,2%	15,6%	15,4%
Region Syddanmark	159.478	154.913	149.728	23,8%	23,8%	23,8%	19,4%	19,5%	19,8%
Region Midtjylland	150.169	145.712	141.033	22,4%	22,4%	22,4%	18,1%	18,1%	17,8%
Region Nordjylland	81.728	79.049	76.223	12,2%	12,1%	12,1%	9,2%	9,8%	9,7%
I alt	671.155	651.437	630.168	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Kilde: Danmarks statistik

Det anbefales:

- at der indarbejdes et kriterium for uddannelsesniveau. Dette kriterium kan bl.a. erstatte det meget tvivlsomme kriterium for Antal tabte leveår.

3.3. Forskellen på absolutte og relative ændringer

De socioøkonomiske kriterier skal regulere for ændringer i udgiftsbehov. Hvis antallet af enlige forsørgere er uændret i en region, må det forventes at udgiftsbehovet er konstant efter fradrag for produktivitetsforbedringer. Hvis antallet af enlige forsørgere stiger betydeligt i andre regioner, vil det påvirke den relative fordeling med den konsekvens, at den region med uændret antal enlige forsørgere vurderes at have et lavere udgiftsbehov.

Forhold der kan henføres til én region, påvirker forholdene i andre regioner. Dette er en logisk brist i de nuværende modeller for fordeling af bloktilskuddet.

3.4. Regnefejl

Det må konstateres, at der har været fejl i datamaterialet 3 gange de seneste 4 år i forhold til fordelingen af ressourcerne fra de socioøkonomiske kriterier. Det er problematisk, at der er valgt en metode, der ændringsmæssigt er træg, men hvor små regnefejl/registreringsændringer giver store variationer i bloktilskuddet uden sammenhæng med udgiftsbehovet.

Det må i den forbindelse konstateres, at meget få af de valgte socioøkonomiske kriterier fremgår af officiel og offentliggjort statistik – hvilket var nævnt som et af udvælgelseskriterierne og som følger de internationalt anerkendte principper. Det, at der ikke har været tale om officielle statistikker, må formodes at være hovedårsagen til, at Indenrigs- og Socialministeriet ikke har fanget fejlene. Det er samtidig heller ikke muligt for regionerne at kontrollere/validere data da der netop som hovedregel ikke er tale om officielle statistikker.

Det er i den forbindelse særdeles vanskeligt at forklare Region Midtjyllands ansatte/borgere, at der er sket nedskæringer og hermed dårligere service, alene som følge af regne- eller opgørelsesfejl i 3 af de 4 sidste år.

4. Forskelle i produktivitet og i aktivitet

I bloktilskudsmodellen har man ikke ønsket at korrigere for forskellighederne i produktivitet imellem regionerne. Dette giver ikke kun en forskel i forhold til de modelberegne kriterier. Det er også problematisk i forhold til de aktivitets- og produktivitetskrav, som regionerne stilles overfor i de årlige økonomiaftaler i forhold til de midler den enkelte region får til at levere dette.

I styringen og finansieringen af regionerne er der nemlig et indbygget paradoks, der skyldes at sundhedsområdet er styret gennem flere forskellige finansierings-/styringssystemer (der også involverer flere forskellige ministerier).

- Produktivitetskravet til regionerne er procentuelt ens i forhold til det faktiske aktivitetsniveau
- I bloktilskudsmodellen opgøres et beregnet udgiftsbehov
- Regionernes faktisk producerede DRG-aktivitet (og dermed aktivitetsfordelingsnøglen mellem regionerne) har betydning for fordelingen af regionernes basislinie og aktivitetskravet for at få fuld udmøntning af meraktivitetspuljen.

I det følgende vil nogle af paradokserne heri blive gennemgået.

Kravene til øget produktivitet i de årlige økonomiaftaler er procentuelt ens for alle regionerne. Set over flere år udhuler dette økonomien i de mest produktive regioner.

Nedenstående tabel 12 viser effekten af at det faktiske produktivitetskrav dermed er større for de mest produktive regioner end for de mindst produktive. I det viste eksempel er det faktiske produktionskrav for Region A 9,5% større end for Region B. Samtidig straffes regionerne for at overskride baseline (og meraktivitetspuljer) ét år, da overskridelserne indregnes i baseline i de efterfølgende år.

Tabel 12: Et modeleksempel på effekten af manglende differentiering af produktivitetskravet

	Udgifter som indeks	Aktivitet år 1 som indeks	Produktivitetskrav på 2 %	Aktivitet år 2 som indeks
Region A	100	104	2,08	106,08
Region B	100	95	1,90	96,90

Bloktilskuddet udgør et beregnet mål for regionernes udgiftsbehov, og hvis man skal være tro mod den model, så er det også ud fra den fordelingsnøgle aktiviteten skal fordeles (den forventede produktion). Der er imidlertid tale om to forskellige styringsmodeller, der mangler at blive tænkt sammen.

Kravene til øget aktivitet i de årlige økonomiaftaler er – ligesom produktivitetskravet – procentuelt ens for alle regionerne i forhold til det aktivitetsniveau den enkelte region har haft, mens pengene til at øge aktiviteten fordeles igennem bloktilskuddet. Det vil sige at meraktivitetskravet for de mest produktive regioner er større end for de mindst produktive. Dette afspejler sig også i at Region Midtjylland udgør 21,7 % af aktivitetsnøglen, men får kun finansiering til de 21,2 % gennem bloktilskudsnøglen.

Den samme logik gør sig gældende i forhold til meraktivitetspuljen, som er et eksempel på blandingen af de to styringsmodeller. Pengene i meraktivitetspuljen fordeles efter bloktilskudsnøglen, mens aktivitetskravet fordeles efter aktivitetsfordelingsnøglen. I tabel 13 er der vist en beregning for 2009, hvor den nuværende bloktilskudsfordeling af aktivitetspuljen sammenholdes med en fordeling efter den faktiske aktivitet. Tabellen viser, at de mest produktive regioner taber på den nuværende model med fordeling efter bloktilskuddet. Region Midtjyllands tab på denne fordeling udgør 11,9 mio. kr. i 2009.

Tabel 13: Fordeling af meraktivitetspuljen i forhold til ressourcer og krævet aktivitet

	Fordeling af midlerne fra meraktivitets- puljens	Fordeling af krævede meraktivitet	Forskel på fordeling af aktivitet
Region Hovedstaden	790,5	775,7	14,9
Region Sjælland	388,5	391,0	-2,4
Region Syddanmark	545,1	552,9	-7,8
Region Midtjylland	536,1	548,0	-11,9
Region Nordjylland	267,5	260,2	7,3
I alt	2.527,7	2.527,7	0,0

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Tabel 14 viser hvordan regionernes basisaktivitetskrav (DRG baseline) ville blive fordelt, hvis fordelingen var baseret på bloktilskudsnøglen i stedet for aktivitetsfordelingsnøglen. Tabellen viser, at Region Midtjyllands høje produktivitet betyder, at regionen skal producere for 237 mio. kr. mere aktivitet for at nå baseline, som modellen er skruet sammen i dag, i forhold til hvis man fordelte baseline via bloktilskudsnøglen. Dvs. at Region Midtjyllands andel af aktivitetskravet er 237 mio. kr. (i DRG-værdi) højere end regionens andel af bloktilskuddet.

Tabel 14: Fordeling af baseline for 2009 i forhold til aktivitet og fordeling af resourcerne

	Fordeling af baselineaktivitet	Fordeling af baselineaktivitet via bloktilskudsnøglen	Forskel på fordelingsmetoder
Region Hovedstaden	15.406,6	15.701,7	295,1
Region Sjælland	7.765,9	7.717,5	-48,4
Region Syddanmark	10.981,7	10.827,3	-154,3
Region Midtjylland	10.884,3	10.647,6	-236,7
Region Nordjylland	5.168,4	5.312,7	144,3
I alt	50.206,8	50.206,8	0,0

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Det anbefales:

- At fordelingen af penge og aktivitetskrav harmoniseres
- At basislinien reguleres, således at den svarer til fordelingen af pengebeløb

5. Øvrige planer om finansieringsændringer

Den nedenstående tabel 15 viser hvilken betydning det må forventes at få for regionerne hvis det kommunale grundbidrag bliver erstattet af en tilsvarende stigning i det aktivitetsafhængige bidrag. Dette er beregnet ved at sætte fordele det samlede kommunale bloktilskud via den nuværende fordelingsnøgle for det aktivitetsafhængige bidrag.

Som det fremgår af den nedenstående tabel 15 vil Region Hovedstaden og Region Syddanmark forventede bloktilskud fra kommunerne stige med henholdsvis ca. 108 og. 22 mio. kr. i 2011. De store tabere vil være Region Midtjylland og Region Nordjylland som må vente et fald i det forventede bloktilskud fra kommunerne på henholdsvis ca. 73 og 55 mio. kr. i 2011.

Tabel 15: Difference ved at fordele det kommunale grundbidrag som det aktivitetsafhængige bidrag

I kr. mio.	2007	2008	2009
Region Hovedstaden	101	108	108
Region Sjælland	19	17	-1
Region Syddanmark	-15	-15	22
Region Midtjylland	-55	-71	-73
Region Nordjylland	-51	-38	-55
I alt	0	0	0

Kilde: Beregnet på baggrund af tal offentliggjort af Indenrigs- og Socialministeriet - "+" = overskud "-" = underskud

Det anbefales:

- at de fordelingsmæssige konsekvenser af en evt. omlægning håndteres samtidig med selve finansieringsomlægningen.