

## KRITISKE ANALYSER

Af økonom, cand. Scient. Adm. Henrik Herløv Lund  
 kendt fra Den Alternative Velfærdskommission  
[www.henrikherloevlund.dk](http://www.henrikherloevlund.dk)  
[herloevlund@mail.dk](mailto:herloevlund@mail.dk)

# Aftale om regionernes økonomi 2012: I skyggen af nulvæksten.

*Resume: Ifølge VK – regeringen friholder aftalen om regionernes økonomi for 2012 sundhedsområdet for nulvækst, idet der ifølge VKO's "Genopretningsaftale" fra 2011 til 13 afsættes i alt 5 mia. kr. til realvækst på det regionale sundhedsområde.*

*Fritagelsen er i 2012 ligesom i 2011 dog mere af navn end af gavn. Aftalen tillader kun regionerne en realvækst i 2012 på i alt 1,5 mia. kr. svarende til det, som regeringen på forhånd har afsat i 2015 – planen til området. Det er langt mindre end sundhedsudgifterne faktisk er steget i de seneste år, idet de i den nuværende regerings tid årligt realt er steget mellem 3 og 4 mia. kr. i gennemsnit.*

*Hvilket ikke skyldes sløseri med midlerne, men i høj grad skyldes VK – regeringens ventetidsgaranti, som betyder, at selv perifere tilfælde og luksusbehandlinger kan forlange behandling indenfor en måned og herefter få den udført af private sygehuse for det offentliges regning. Resultatet har selvsagt været en stærkt stigende, men vanskeligt forudsigelig efterspørgsel på behandlinger og dermed følgende stigning i sundhedsudgifterne.*

*Samtidig gør den som følge af ventelistegarantien uforudsigelige efterspørgsel i sig selv prioritering og styring af omkostningerne meget vanskeligt. Tilmed er det offentlige sygehusvæsen placeret i et næsten uløseligt økonomisk dilemma, idet regering med ventetidsgarantien og økonomiaftalerne bliver ved med at insistere på en betydelig aktivitetsforøgelse, men kun stiller delvis finansiering til rådighed herfor. Dilemmaet har som bekendt medført fyringer i betydeligt omfang i 2010 og igen i 2011 for at forhindre budgetoverskridelser.*

*Dette grundlæggende dilemma er heller ikke med denne økonomiaftale løst, idet hverken ventetidsgaranti eller den kun delvise statslig finansiering af øget aktivitet ændres. Løsningen af dette dybe dilemma placeres ensidigt hos regionerne, der udover en ekstrem stram økonomistyring hvert år har måttet gennemføre store besparelser og personalereduktioner. I og med at det grundlæggende dilemma mellem statens økonomistyring og så ventetidsgarantien ikke er løst, må man frygte for nye fyringsrunder i 2012.*

*Resultatet kan i længden ikke undgå at blive en forringet service og behandlingseffektivitet, som med stor forudsigelighed navnlig vil ramme patienter med kronisk sygdomme og alvorligere tilfælde. Desuden kommer personalekontoen med stor sikkerhed ud for massive løbende spareforanstaltninger igen i løbet af 2011 og 2012.*

## **HOVEDPUNKTERNE I "AFTALE" OM REGIONERNES ØKONOMI 2012.**

"Aftalen" mellem VK – regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2012 er nu offentliggjort.

Hovedpunkterne heri er, at sundhedsområdet i regionerne i henhold til VK's "Genopretningspakke" og VKO's "Genopretningsaftale" er delvist friholdt for den for kommunerne i øvrigt gældende nulvækst, idet der er afsat i alt 5 mia. kr. til realvækst på driften fra 2011 til 2103.

"Aftalen" overholder dette nøje, idet der i 2011 afsættes 1½ mia. kr. til realvækst på driften for sygehusområdet, fordelt med

- ca. 650 mio. kr. til øget behandlingsaktivitet på sygehusene. Det skulle give mulighed for en aktivitetsstigning på 3 procent.
- Herudover løftes udgifterne på sygehusområdet i øvrigt med 600 mio. kr.
- Og der gives ca. 245 mio. kr. til særlige områder udenfor sygehusvæsenet (herunder receptpligtig medicin og praktiserende læger)

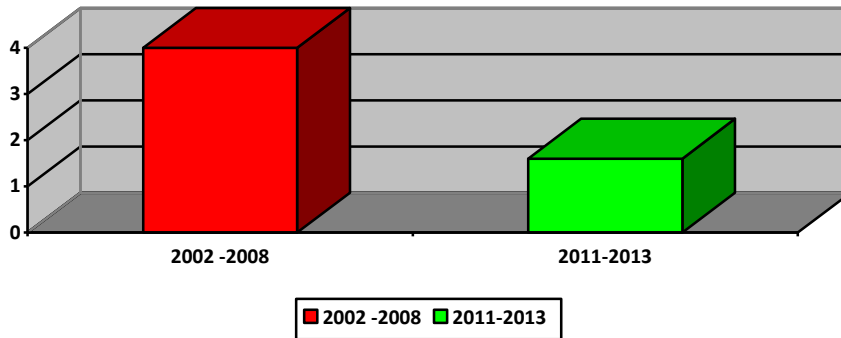
## **FRITAGELSE FRA NULVÆKST MERE AF NAVN END AF GAVN.**

I VKO's "Genopretningsplan" hed det sig jo, at sundhedsområdet skulle friholdes for nulvækst. Til gengæld spares oveni nulvæksten 10 mia. kr. primært på det statslige område efter at kommunerne i den endelige "Genopretningsaftale" blev fritaget for besparelser på 4 mia. kr.

Realiteten er imidlertid noget andet. VKO's "Genopretningsaftale" afsætter som nævnt 5 mia. kr. over en treårig periode til realvækst for sundhedsområdet, hvilket imidlertid skal sammenholdes med at de samlede sundhedsudgifter i VK's tid reelt er steget årligt i gennemsnit op til 4 mia. kr. om året.

De facto har den årlige realvækst i sundhedsudgifterne således næsten været lige så stor som den ramme, som VKO afsætter til 3 år.

Figur: Gns. årlig realvækst i sundhedsudgifter 2002 – 2008 samt 2011 – 2013<sup>1</sup>.



At væksten har været så høj, skyldes ikke sløseri med midlerne, men skyldes i høj grad VK – regeringens ventetidsgaranti, som betyder, at selv perifere tilfælde og kosmetiske operationer kan forlange behandling indenfor en måned, hvis de offentlige sygehuse ikke kan leve op til hertil, kan de herefter i stedet få den udført af private sygehuse for det offentliges regning.

Regeringen har reelt indført et system, hvor i hvert fald de mest velfungerende borgere selv bestemmer, om vedkommende skal behandles og for hvad? Resultatet har selvsagt været en stærkt stigende efterspørgsel på behandlinger og dermed følgende dramatisk stigning i sundhedsudgifterne.

Systemet indebærer samtidig en dramatisk overbehandling af de stærkeste. Sygehuse behandler hellere forholdsvis raske med mindre skavanker end dem som er meget syge, fordi de er nemmere og hurtigere<sup>2</sup> samt for at undgå, at de efter en måned henvender sig til privathospitalerne på regionernes regning, men uden at regionerne har kontrol. Regionerne er i løbet af 2010 og 2011 blevet betydeligt bedre til at undgå dette, hvilket har ramt privathospitalerne.

### BEGRÆNSET REALLØFT.

Men ventetidsgarantien har navnlig gjort efterspørgslen meget vanskelig at forudsige og aktiviteten derned meget vanskelig at styre, samtidig med at sygehuse har fået deres prioriteringsmuligheder stærkt begrænset.<sup>3</sup> Dermed har denne hidtidige vækst i sundhedsudgifterne på årligt 3 til 4 mia. kr. ikke så meget været en budgetmæssigt vækst fra år til år, men er indtil 2010 i høj grad sket i kraft af betydelige overskridelser af budgetterne i de årlige regnskaber både i og udenfor sygehusområdet.

1 ) Kilde: Hebsgaard, Thomas og Marchen Neel Gjertsen: Hjorth sender hospitalsregning til kommunerne. Information 25. februar. 2010.

2) Jf. Karkov, Rasmus: Overbehandling af de stærkeste kvæster velfærdsstaten. Information 3-4 april, 2010.

3) Jf. TV2.Blog: Sådan drænes de offentlige sygehuse systematisk. 5. marts 2010.

Herefter smækkede regeringen kassen i, hvilket har sendt aben videre til regionerne og sygehusene, som siden har været tvunget til store besparelser og personalereduktioner.

Problemet har med regeringens øjne således ikke så meget været sundhedsvæsenets budgetter, men overholdelsen af dem, når man fra 2011 til 2013 vil drosle budgetvæksten ned til lidt over en tredjedel af, hvad den har været inden nulvæksten.

Det ses også i den indeværende økonomiaftale, hvor vægten i lighed med i økonomiaftalen for 2011 lægges på stram økonomistyring af sundheds – og for sygehusområdet fra regionernes side.

Den voldsomme nedskæring af ressourceanvendelsen i sundhedsvæsenet, som regeringen vil gennemføre, sætter sig derimod kun mindre spor i rammen for 2011, som dog også er samlet lidt lavere end tilfældet i tidligere økonomiaftaler. Klarest er faldet i real budgetudvidelse til sygehusene (realløft), hvor stigningen i 2012 ligesom i 2011 er adskillige hundrede millioner mindre end tilfældet forud for nulvæksten, jf. nedenstående tabel, kolonne II.A.

Tabel I: Afsat ramme for sundheds- og sygehus området 2009 til 2012 og fordeling heraf (mio. kr.)<sup>4</sup>

	I. I alt årlig aktivitets vækst	II. Heraf samlet udgiftsvækst	<b>II.A) - Heraf realløft sygehuse</b>	II. B) - Heraf andre udgifter på sygehusområdet (fx sygehusmedicin)	III. Særlige områder (sygesikring + sygesikringsmedicin og praktiserende læger)
2008	<b>1900</b>	<b>1650</b>	<b>950</b>	<b>700</b>	<b>300</b>
2009	<b>1800</b>	<b>1300</b>	<b>785</b>	<b>515</b>	<b>500</b>
2010	<b>1.900</b>	<b>1.232</b>	<b>832</b>	<b>400</b>	<b>550</b>
2011	<b>1.836</b>	<b>1.487</b>	<b>612</b>	<b>875</b>	<b>350</b>
2012	<b>1950</b>	<b>1.500</b>	<b>650</b>	<b>600</b>	<b>245</b>

<sup>4</sup> ) Jf. De årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske regioner. Boks 1: Økonomiske forudsætninger.

## DILLEMA MELLEM KRAV OG MIDLER.

Men den virkelige stramning ligger som sagt i, at der ikke mere gives dækning for merforbrug som følge af efterspørgsel og aktivitet ud over rammerne, uanset at regioner og sygehuset grundet ventelistegarantien er forpligtet til at indfri denne mere efterspørgsel.<sup>5</sup>

Regionerne er reelt fanget i en ”catch 22” dvs. et dilemma man vanskeligt kan komme ud af. Der er med regeringen aftalt en aktivitetsstigning på 3 procent og i denne forbindelse blandt andet afsat et statsligt aktivitetsbestemt tilskud på 2.669,6 mio. kr. på landsplan.

Heri var der imidlertid IKKE fuld omkostningsdækning, idet kun godt 1.232 mio. kr. udbetaltes med fuld DRG/DAGS-takst, mens de resterende 1.437 udbetales med 70 pct. af DRG/DAGS – takst. Endvidere er der loft over, hvor meget de enkelte regioner kan få udbetalt fra denne såkaldte ”Løkkepose”. Når sygehusene i regionen rammer det loft, kommer der ikke flere penge, selv sygehusene fortsætter med at behandle patientstrømmen<sup>6</sup>.

Endvidere skal produktiviteten generelt øge produktiviteten med 2 pct. som bidrag til aktivitetsstigningen.

Aktivitetsstigningen er således igen i 2012 langt fra fuldt finansieret. Samtidig er de offentlige sygehuse imidlertid også som anført underlagt regeringens generelle ventelistegaranti på 1 måned, hvorefter ubehandlede borgere har ret til at gå videre til behandling på private klinikker og sygehuse – for regionernes regning<sup>7</sup>.

Regionerne kan således heller ikke i 2012 unddrage sig en stigende efterspørgsel efter behandling og kan fx ikke nedprioritere mindre alvorlige tilfælde og ”luksusprægede” operationsønsker. De er underlagt et pres for under alle omstændigheder at øge aktiviteten, idet de som sagt under alle omstændigheder vil blive påført udgiften – om ikke andet fra de private sygehuse.

Når regionerne således ikke får den øgede aktivitet fuldt finansieret er der således indbygget en stor risiko for en betydelig manko mellem tilførte midler og afholdte omkostninger. Som regionerne selv må finansiere med besparelser – hvis de vil undgå store budgetoverskridelser, som så skal inddækkes med sidste øjeblikks endnu større besparelser.<sup>8</sup>

---

5) Jf. TV2.Blog: Sådan drænes de offentlige sygehuse systematisk. 5. marts 2010.

6) Jf. Kaae, Martin: Sygehuse straffes for at behandle patienter. Politiken 13. jan 2010.

7) Oven anførte værk.

8) 8) Jf. TV2.Blog: Sådan drænes de offentlige sygehuse systematisk. 5. marts 2010.

Dette misforhold synes ikke korrigeret fra statens side i aftalen for 2012, idet aftalen indeholder samme delvise finansiering gennem den statslige aktivitetsbestemte pulje og samme krav om generelle produktivitetsstigning.<sup>9</sup>

Realiteten er således, at når personalet og sygehusene anstrenger sig for at nedbringe ventelister og hjælpe patienterne ved at løbe hurtigere – så straffes de med nedskæringer.<sup>10</sup>

Ligeledes er ventetidsgarantien uændret på trods af regionernes ønske om og eksperter anbefaling af en differentiering her, således at mindre alvorlige tilfælde kunne være underlagt en frist på 2 til 3 måneder, hvilket ville give de offentlige sygehuse betydeligt bedre prioriteringsmuligheder. Men det ville på den anden side begrænse de private klinikkers og sygehuses kundeunderlag og det ønsker regeringen af ideologisk-politiske grunde ikke.

### **FORTSAT STORE BESPARELSER OG PERSONALE REDUKTIONER .**

Den grundlæggende økonomiske klemme mellem regeringens finansieringsmodel og ventetidsgarantien er således IKKE løst med denne økonomiaftale og dermed kan en gentagelse af de store besparelser og personalereduktioner på de offentlige hospitaler frygtes<sup>11</sup>.

I begyndelsen af 2010 oplevede regionerne som bekendt som konsekvens af merforbrug i regnskabsåret 2009 overskridelser af budgetterne på over en milliard. Regeringens opstramning i elvte time resulterede som bekendt i fyringer af mere end 1000 medarbejdere i løbet af 2010.<sup>12</sup>

Ved budgetteringen af 2011 søgte regionerne derfor i højere grad at være på forkant med besparelserne, hvilket resulterede i, at der på forhånd blev indarbejdet store budgetreduktioner på samlet op mod 1,5 mia. kr.<sup>13</sup> Hvilket selvsagt navnlig har ramt personalekontoen.

Lignende må man frygte for bliver tilfældet forud for og i løbet af budgetåret 2012.

En undersøgelse foretaget af DR Nyheder i efteråret 2010 viste at regionerne i løbet af 2010 og 2011 samlet påtænkte at nedlægge 2900 stillinger, fordelt med 200 stillinger i region Nordjylland, 270 stillinger i region Midtjylland, 215 stillinger i Region Syddanmark, 600 stillinger i Region Sjælland og ikke mindre end 1600 stillinger i Region Hovedstaden.<sup>14</sup>

---

9 ) Jf. aftalen, Bilag 1, s 11.

10) Jf. Dagens Medicin 29.01.2010: Effektivitet straffes med nedskæringer.

11) Jf. Kjellberg, Jakob: Behandlingsgaranti koster ekstra. Resonans (FTF), nr. 1, 2010.

12) Jf. Kjærgaard, Michael: Fyringsrunder skaber utryghed blandt sygeplejersker. FTF 28.10.2010.

13) Jf. OAO: Regionernes budget for 2011.

14) DR nyheder: 2900 færre stillinger på sygehusene. 31. Okt. 2010.

Hvis det bliver tilfældet, kan det selvsagt ikke undgås at medføre serviceforringelser.

### **STRAMNING AF ØKONOMISTYRINGEN.**

Den reelle stramning i aftalen for 2012 ligger - som i økonomiaftalen for 2011 - som anført i den fortsat stramme økonomistyring.

I økonomiaftalen for 2011 lagdes vægten i høj grad på opstramning af regionernes økonomistyring, navnlig på sygehusområdet, bl.a. gennem:

- Sygehusene kan ikke lave aktivitet uden et budget fra regionen
- Øget regionalt fokus på brugen af sygehuse i andre regioner og private sygehuse
- Strammere løbende økonomiopfølgning

I aftalen for 2012 fortsættes denne linje i det mindre ved, at der nu gennemføres en stram opfølgning på de store midler fra den statslige kvalitetsfond til nye sygehusbyggerier.<sup>15</sup>

Det er således primært op til regionerne at prøve at styre sig ud af det i grunden uløselige økonomiske dilemma regeringen har anbragt det offentlige sygehusvæsen i.

Men da regeringens økonomiske styring af det offentlige hospitalsvæsen som anført fortsat har dilemmaet mellem rammestyring og ventetidsgaranti, vil det næsten uundgåeligt medføre en ny økonomisk klemme i 2011, som regionerne nu er pisket til at undgå ved hele vejen igennem 2011 at spare.

Og her bliver det selvfølgelig på behandlingerne af alvorligere tilfælde og kroniske lidelser, da de i modsætning til de mindre alvorlige tilfælde IKKE kan gå til de private klinikker og sygehuse.

Ligesom det er oplagt, at personalekontoen kommer til at holde for og det må forventes, at løbende spareforanstaltninger bliver daglig kost i 2010.

### **DET OFFENTLIGE DANSKE SUNDHEDSVÆSEN UDHULES FRA ØKONOMISIDEN – IGEN.**

Hermed fortsættes den gennem lang tid pågående økonomi udhuling af det offentlige danske sundhedsvæsen. I en årrække har de danske sundhedsudgifter ligget relativt konstant mellem 6,5 og

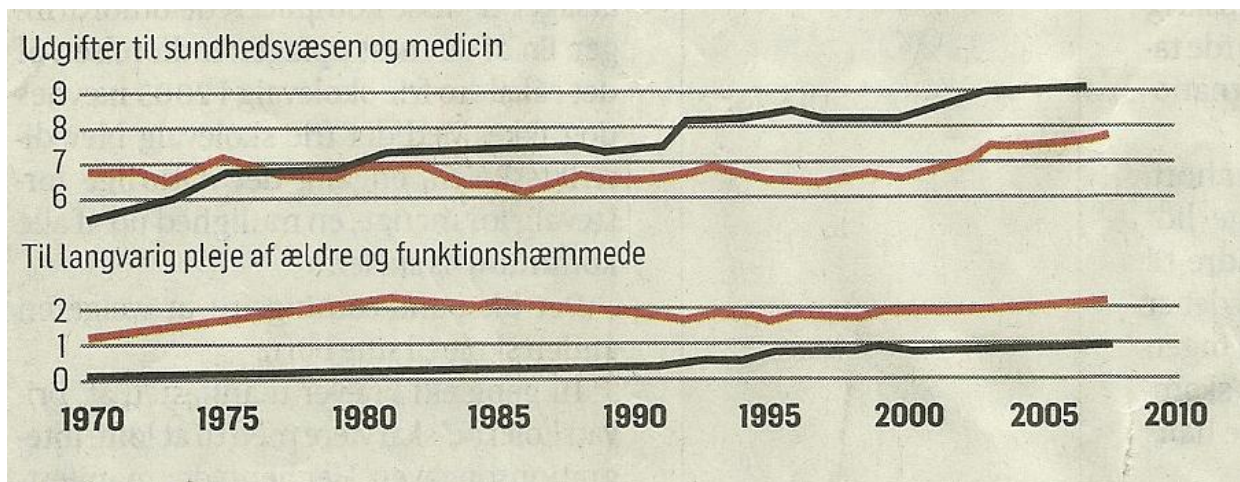
---

15) Jf. Aftalen for 2012, s. 4.

7 procent af BNP, hvor sundhedsudgifterne i en række med danske sammenlignelige lande i Nordvesteuropa som andel af BNP er vokset med omkring 50 pct., jf. nedenstående figur.

En relativ udhuling af det økonomiske grundlag for sundhedsvæsenet, som kun er blevet tilsløret, fordi man i den danske statistik i modsætning til en række andre lande og i modsætning til OECD – regler i vidt omfang medregner udgifter til ældrepleje til sundhedsudgifterne. Og udgifterne til ældrepleje er i modsætning til de egentlige sundhedsudgifter steget betydeligt i Danmark over årene, jf. nedenstående figur.

Figur: Udgifter til sundhedsvæsen og medicin som andel af BNP i Danmark respektive udvalgte nordvesteuropæiske lande<sup>16</sup>.



Denne økonomiske udhuling vil i de kommende 3 år klart fortsætte, jf. ressource tilførslen for det offentlige sygehusvæsen vil blive kraftigt nedskåret i forhold til den hidtidige stigningstakt.

Dette kan vanskeligt tænkes ikke at forringe service og behandlingseffektivitet på de offentlige sygehuse.

Hvilket samtidig vil skubbe patienter over i det private hospitalsvæsen, således som det jo også er VK's langsigtede målsætning.

<sup>16</sup>) Kilde: Søgaard, Jess: Der er gået politik i sundhedsudgifter. Politiken, 9. april 2010.