

KRITISKE ANALYSER

Notat

1. udg. 20.06.12

Aftale om

regionernes økonomi 2013:

SRSF – regeringen viderefører VK's

”smalvækst” for sundhedsvæsenet.

*Af økonom, cand. Scient. Adm. Henrik Herløv Lund
kendt fra Den Alternative Velfærdskommission*

*www.henrikherloevlund.dk
herloevlund@mail.dk*

Udgivet af Forlaget Alternativ

Indhold

RESUME:	4
<i>Intro:</i>	4
Konklusion.....	4
1. Hovedpunkterne i aftalen.	5
2. Den økonomiske ramme.	6
3. Fortsat udhuling af sundhedsvæsenet fra økonomisiden.....	6
4. Differentieret behandlingsgaranti klart fremskridt, men kun delvis finansiering af aktivitetsstigninger stadig et problem.....	7
5. Løft til psykiatrien godt, men utilstrækkeligt.	8
INDLEDNING.	10
DEL I: HOVEDPUNKTERNE I "AFTALE" OM REGIONERNES ØKONOMI 2012.	11
1.1. Hovedtal.	11
1.2. Anlæg.	11
1.3. Patientgarantier.....	11
DEL II: DEN ØKONOMISKE RAMME.	13
2.1. VK: Fritagelse fra nulvækst, men ikke fra "smalvækst".	13
2.2. S+SF s mål for regionerne og sundsektoren i "Fair Løsning".	14
2.3. SRSF fastholder Genopretningspolitikken med begrænset realløft.....	15
2.4. Langt fra Fair Løsning til regionsaftalen for 2013.....	16
DEL III: DIFFERENTIERET BEHANDLINGSGARANTI OG PRODUKTIVITETSKRAV.	18
3.1. Ændring af behandlingsgarantien ubestrideligt fremskridt.	18
3.2. Sygehuse og medarbejdere presses fortsat af konstant stigende produktivitetskrav.....	19

DEL IV: SUNDHEDSVÆSENET UDHULES FRA ØKONOMISIDEN.	21
DEL V: LØFT AF PSYKIATRIEN.	23
5.1. Psykiatrien er økonomisk udsultet.	23
5.2. Behov for tilførsel her og nu af 0,6 mia. kr.	25
KONKLUSION OG SAMMENFATNING.	27

RESUME:

Intro:

- *Med økonomaftalen for 2013 tildeles sundhedsvæsenet i regionerne i alt et realløft på 1,1 mia. kr. Det er bedre end nulvæksten/minusvæksten for kommunerne i kommuneaftalen for 2013, men langt fra det løft på 3 mia. kr. årligt til sygehusene, som S + SF gik til valg på i "Fair Løsning". S + SF har med regionsaftalen for 2013 i stedet videreført VK 's genopretningspolitik, idet det i aftalen tildelte realløft holder sig nøje indenfor den samlede ramme for sundhedsvæsenet i "Genopretningsaftalen" på 5 mia. kr. for hele perioden 2011 til 2013. Også på dette område har S + SF overtaget en stram, borgerlig økonomisk politik og for det regionale sundhedsvæsen altså har videreført "smalvækst".*

Konklusion.

- *Med økonomaftalen for 2013 tildeles sundhedsvæsenet i regionerne i alt et realløft på 1,1 mia. kr. Det er bedre end nulvæksten/minusvæksten for kommunerne i kommuneaftalen for 2013, men langt fra det løft på 3 mia. kr. årligt til sygehusene, som S + SF gik til valg på i "Fair Løsning". S + SF har med regionsaftalen for 2013 i stedet videreført VK 's genopretningspolitik, idet det i aftalen tildelte realløft holder sig nøje indenfor den samlede ramme for sundhedsvæsenet i "Genopretningsaftalen" på 5 mia. kr. for hele perioden 2011 til 2013. Også på dette område har S + SF overtaget en stram, borgerlig økonomisk politik og for det regionale sundhedsvæsen altså har videreført "smalvækst".*
- *SRSF fortsætter hermed en gennem lang tid pågående økonomiske udhuling af det offentlige danske sundhedsvæsen. Indtil 2008 steg udgifterne til sundhedsvæsenet årligt med 3 til 4 mia. kr. Den lave ramme er dermed udtryk for, at behov ikke opfyldes og forbedringer i behandlingen ikke kan gennemføres og/eller at medarbejderne skal løbe hurtigere. Dette kan vanskeligt tænkes ikke på længere sigt at forringe service - og behandlingseffektivitet på de offentlige sygehuse og at skabe flere stressproblemer på sygehusene.*
- *På et væsentligt punkt er der dog tale om opfyldelse af valgløfterne, idet der nu indføres en differentiering af behandlingsgarantien med 2 måneders frist for mindre alvorlige sygdomme og lidelser. Dette må anerkendes som et klart og meget centralt fremskridt. VK 's hidtidige behandlingsgaranti betød, at selv perifere tilfælde og kosmetiske operationer kunne forlange behandling indenfor en måned. Hvis de offentlige sygehuse ikke kunne leve op til hertil, kun de herefter i stedet få behandlingen udført af private sygehuse for det offentliges regning.*

- *Med indførelsen af den differentierede behandlingsgaranti fjernes en vigtig del af en mekanisme, som i årevis ellers har ført til budgetoverskridelser og personalefyringer sidst på året. Hermed bliver det lettere for det offentlige sygehusvæsen at prioritere patienterne efter sygdommenes alvor og tilpasse indslusningen af patienter efter kapaciteten. Dette har givet også reduceret omkostningspresset.*
- *På et andet punkt fastholdes imidlertid et uhensigtsmæssigt økonomisk pres på sygehuse og medarbejdere, idet de fortsat presses af kravene om, at produktiviteten år for år skal øges i de årlige økonomiaftaler – men uden at staten leverer mere end delvist finansiering heraf. Resterende finansiering må regionerne selv levere gennem effektivisering, hvis det er muligt, og ellers med besparelser – hvis de vil undgå budgetoverskridelser, som man risikerer at skulle inddække med sidste øjeblikks endnu større besparelser og dermed fyringer, hvilket vi tidligere har set.*
- *Endelig er det på den ene side godt, at regionsaftalen for 2013 øremærker 200 mio. kr til psykiatrien. Men på den anden side, at dette kun udgør en tredjedel af, hvad en rapport fra Dansk Sundhedsinstitut fornylig har fastslået, der er behov for.*

1. Hovedpunkterne i aftalen.

- *I ”Aftale om regionernes økonomi for 2013” er der afsat 1,1 mia. kr. til realvækst på driften for sygehusområdet, fordelt med ca. 673 mio. kr. til øget behandlingsaktivitet på sygehuse, heraf 200 mio. kr. til psykiatrien og ca. 350 mio. kr. til det øvrige sundhedsområde, herunder praksissektoren. I alt et realløft til det regionale sundhedsvæsen på 1,1 mia. kr.*
- *Endvidere indføres en udredningsgaranti, som indebærer at alle patienter inden for 1 måned efter, at henvisning fra den praktiserende læge er modtaget på sygehuset, skal være udredt eller som minimum have en plan for et videre udredningsforløb, hvis udredningen ikke er afsluttet inden for fristen.*
- *Og der indføres en differentieret behandlingsgaranti under det udvidede frie sygehusvalg. Den differentierede ret indebærer, at fristen for patientens udvidede frie sygehusvalg fastsættes til 2 måneder fra patientens samtykke til behandlingstilbud på grundlag af den gennemførte udredning og 1 måned for patienter med mere alvorlige sygdomme eller tilstanden.*

2. Den økonomiske ramme.

- *S + SF gik i "Fair Løsning" til valg på, at regionerne årligt skulle tilføres 4 mia. kr. i snit, heraf omkring 3 mia. kr årligt til sygehusvæsenet. Men med økonomiaftalen for 2013 er dette på ingen måde opfyldt, idet det tildelte realløft kun er på 1,1 mia. kr. Tværtimod har S + SF med regionsaftalen for 2013 har fastholdt Genopretningspolitikken, idet det i aftalen tildelte realløft er holder sig nøje indenfor den samlede ramme på 5 mia. kr. for hele perioden 2011 til 2013.*
- *Regionsaftalen for 2013 peger på, at S + SF har opgivet den politik og det velfærdsløft blandt andet til sundhedssektoren, som de gik til valg på. Og altså i stedet har videreført genopretningspolitikken dvs. overtaget en stram, borgerlig økonomisk politik og for det regionale sundhedsvæsen altså har videreført "smalvækst".*

3. Fortsat udhuling af sundhedsvæsenet fra økonomisiden.

- *SRSF fortsætter hermed en gennem lang tid pågående økonomiske udhuling af det offentlige danske sundhedsvæsen. I en årrække har de danske sundhedsudgifter ligget relativt konstant mellem 6,5 og 7 procent af BNP, hvor sundhedsudgifterne i en række med danske sammenlignelige lande i Nordvesteuropa som andel af BNP er vokset med omkring 9 pct.*
- *Denne udvikling er fortsat under "Genopretningspolitikken", hvor væksten i sundhedsudgifterne til årligt at udgøre op mod 4 mia. kr er blevet barberet ned til 5 mia. kr. over 3 år, altså reduceret med 2/3. Denne økonomiske udhuling vil også i 2013 klart fortsætte, jf. ressourcetilførslen for det offentlige sygehusvæsen forbliver kraftigt nedskåret i forhold til hidtidig stigningstakt samt jf. den kun delvise finansiering af aktivitetsstigninger.*
- *Dette er et problem, fordi stigning i udgifterne til sundhedssektoren hidtil ikke blot skyldes VK's behandlingsgaranti, men også skyldes reelt stigende behov og efterspørgsel efter sundhedsydelser. Den lave ramme er udtryk for at behov ikke opfyldes og forbedringer i behandlingen ikke kan gennemføres og/eller at medarbejderne skal løbe hurtigere. Dette kan vanskeligt tænkes ikke på længere sigt at forringe service - og behandlingseffektivitet på de offentlige sygehuse og at skabe flere stressproblemer på sygehuse.*

4. Differentieret behandlingsgaranti klart fremskridt, men kun delvis finansiering af aktivitetsstigninger stadig et problem.

- På et væsentligt punkt er der dog tale om opfyldelse af valgløfterne, idet der nu indføres en differentiering af behandlingsgarantien med 2 måneders frist for mindre alvorlige sygdomme og lidelser. Dette må anerkendes som et klart og meget centralt fremskridt.
- VK – regeringen indførte med et måneds behandlingsgarantien uanset karakteren af sygdom og lidelse et system, hvor i hvert fald de mest velfungerende borgere selv kunne bestemme, om vedkommende skal behandles og for hvad? Resultatet var selvsagt en stærkt stigende efterspørgsel på behandlinger og dermed følgende dramatisk stigning i sundhedsudgifterne. Systemet indebærer samtidig en dramatisk overbehandling af de stærkeste. Sygehuse behandlede hellere forholdsvis raske med mindre skavanker end dem som er meget syge, fordi de var nemmere og hurtigere samt for at undgå, at de efter en måned henvendte sig til privathospitalerne på regionernes regning, men uden at regionerne har kontrol.
- Væksten i sygehusudgifter før 2011 med op til årligt 4 mia. kr har – ud over stigende behov – i betydelig udstrækning skyldtes denne hidtidige behandlingsgaranti, som betød, at selv perifere tilfælde og kosmetiske operationer kunne forlange behandling indenfor en måned. Hvis de offentlige sygehuse ikke kunne leve op til hertil, kun de herefter i stedet få behandlingen udført af private sygehuse for det offentliges regning.
- Med indførelsen af den differentierede behandlingsgaranti fjernes en vigtig del af den mekanisme, som i årevis ellers har ført til budgetoverskridelser og personalefyringer sidst på året. Hermed bliver det lettere for det offentlige sygehusvæsen at prioritere patienterne efter sygdommens alvor og tilpasse indslusningen af patienter efter kapaciteten. Dette har givet også reduceret omkostningspresset.
- Dette betyder dog på den anden side ikke, at alle økonomiske problemer er løst for det offentlige sygehusvæsen, idet udgiftspresset ikke alene har hængt sammen med behandlingsgarantien, men også med utilstrækkelig finansiering af øget aktivitet. Sygehuse og medarbejdere presses af kravene om, at produktiviteten år for år skal øges i de årlige økonomiaftaler.
- I aftalen for 2013 er der med regeringen aftalt en aktivitetsstigning på 3 procent og i denne forbindelse blandt andet afsat et statsligt aktivitetsbestemt tilskud på 2.707 mio. kr. på landsplan.. Heri var der imidlertid IKKE fuld omkostningsdækning, idet kun godt 1.250 mio. kr. udbetaltes med fuld DRG/DAGS-takst, mens de resterende 1.457 udbetales med 70 pct. af DRG/DAGS – takst.

- *Aktivitetsstigningen er således igen i 2013 langt fra fuldt finansieret. Og når regionerne ikke får den øgede aktivitet fuldt finansieret og stadig er underkastet en behandlingsgaranti er der således stadig indbygget en risiko for en betydelig manko mellem tilførte midler og afholdte omkostninger. Som regionerne selv må finansiere med effektivisering, hvis det er muligt, og ellers med besparelser – hvis de vil undgå budgetoverskridelser, som man risikerer at skulle inddække med sidste øjeblikks endnu større besparelser og dermed fyringer, hvilket vi tidligere har set.*

5. Løft til psykiatrien godt, men utilstrækkeligt.

- *Endelig må det i sig selv anerkendes som godt, at der med økonomaftalen for 2013 tilføres flere midler til psykiatrien. 200 mio. kr. ud af de i alt 673 prioriteres hertil.*
- *MEN det må lige så klart siges at være langt fra tilstrækkeligt i forhold til blot psykiatriens aktuelle behov, idet psykiatrien i dag er lider af mangel på ressourcer, utilstrækkelig behandlingskapacitet, for tidlig udskrivning og for dårlig kvalitet i behandlingen. Samt i dele af psykiatrien, navnlig børne og ungdomspsykiatrien og socialpsykiatrien af omfattende ventetider og ventelister.*
- *Dette skyldes, at psykiatrien i årevis har været holdt på smalkost. Den har i betydelig udstrækning midler fået midler fra den såkaldte satspulje, som er begrænsede og tildes år for år og dermed vanskelig anvendelse til. Midler, som slet ikke har stået mål med behovene. Antallet af danskere i behandling med psykiatriske diagnoser steg med 48 procent fra 2000 til 2009, mens udgifterne/bevillingerne i psykiatrien i perioden fra 2000 til 2011 kun steg med 15 procent.*
- *Dette hænger ikke mindst sammen med, at udbygningen af psykiatrien er blevet finansieret fra den såkaldte satspulje, der gives fra år til år og dermed kun i begrænset omfang har kunnet anvendes til en mere vedvarende oprustning af psykiatrien. Derfor er stigende behandlingsbehov langt fra er blevet modsvaret af tilsvarende stigning i de således bevilgede midler.*
- *Dette var også erkendt af S + SF forud for valget, som i "Fair Løsning" ville afsætte 2 mia. kr. til et løft af psykiatrien samt på psykiatrien over på faste bevillinger på finansloven. Siden regeringsdannelsen er ambitionsniveauet imidlertid sunket betydeligt. Med økonomaftalen for 2013 får psykiatrien således kun en tiendedel heraf.*
- *Ifølge en aktuel undersøgelse fra Det Danske Sundhedsinstitut er der imidlertid behov for langt mere. Rapporten konkluderer, at der er behov for ekstra 3.000 indlæggelsesdage og yderligere ambulante behandlingskapacitet svarende til næsten 1200 fuldtidsstillinger. Ifølge*

lægeforeningen svarer det til et behov for tilførsel af 0,6 mia. kr eller 3 gange så meget, som faktisk tildelt i økonomiaftalen for 2013.

INDLEDNING.

I del 1 gennemgås hovedpunkter og hovedtal aftalen om regionernes økonomi for 2013.

Dernæst analyseres i del II den aftalte økonomiske ramme.

I forlængelse heraf behandles i del III betydningen af indførslen af differentieret behandlingsgaranti på den ene side og kravene om fortsatte, kun delvist statslige finansierede produktivitetstigninger på den anden side.

I del IV diskuteres, hvorvidt smaltvæksten og den snævre ramme fortsætter og intensiverer en gennem længere tid pågående udhuling af servicen fra det offentlige sygehusvæsen fra økonomisiden.

Og i del V diskuteres endelig spørgsmålet om, hvorvidt løftet i psykiatrien er tilstrækkeligt?

DEL I: HOVEDPUNKTERNE I "AFTALE" OM REGIONERNES ØKONOMI 2012.

1.1. Hovedtal.

Der blev først i juni mellem SRSF – regeringen og Danske Regioner indgået "Aftale om regionernes økonomi for 2013".

I aftalen er der i 2013 afsat 1,1 mia. kr. til realvækst på driften for sygehusområdet, fordelt med

- ca. 673 mio. kr. til øget behandlingsaktivitet på sygehusene. Det skulle give mulighed for en aktivitetsstigning på 3 procent, heraf skal dog de 2 pct. tilvejebringes gennem øget produktivitet.¹
- Heraf prioriteres 200 mio. kr. til et løft af psykiatrien.²
- Og der gives ca. 350 mio. kr. til det øvrige sundhedsområde, herunder praksissektoren

1.2. Anlæg.

På anlægssiden øges anlægsaktiviteten i 2013 til 5 mia. kr. Dette har sammenhæng med udbygningen af de kommende nye supersygehuse.

Investeringsrammerne hertil øges samtidig med 1 mia. kr.³

Endvidere afsættes en pulje på 300 mio. kr. til konkrete OPP – projekter.

1.3. Patientgarantier.

Med aftalen indføres en udredningsgaranti, som indebærer at alle patienter inden for 1 måned efter, at henvisning fra den praktiserende læger er modtaget på sygehuset, skal være udredt eller

¹) Jf. aftalen, s. 3.

²) Ibid. samt aftalen, s. 6-7.

³) Jf. aftalen, s. 3

som minimum have en plan for et videre udredningsforløb, hvis udredningen ikke er afsluttet inden for fristen.⁴

Desuden indføres differentieret behandlingsgaranti under det udvidede frie sygehusvalg. Den differentierede ret indebærer, at fristen for patientens udvidede frie sygehusvalg fastsættes til 2 måneder fra patientens samtykke til behandlingstilbud på grundlag af den gennemførte udredning og 1 måned for patienter med mere alvorlige sygdomme eller tilstanden.⁵

4) Jf. aftalen, s. 5.

5) Ibid.

DEL II: DEN ØKONOMISKE RAMME.

2.1. VK: Fritagelse fra nulvækst, men ikke fra "smalvækst".

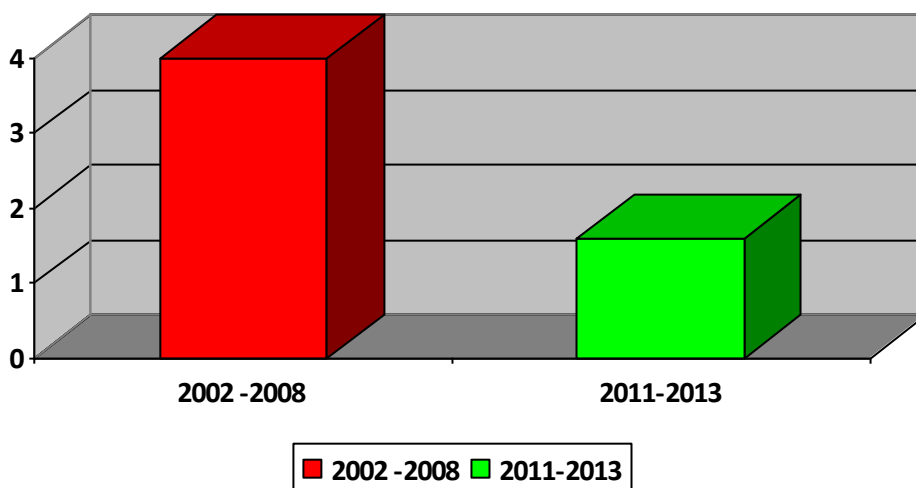
Fra og med 2011 er sundhedsområdet blevet underkastet "smalvækst". I den "Genopretningspolitik" som den tidligere VK regering fra og med 2011 iværksatte, skulle der som bekendt herske nulvækst for den offentlige sektor som helhed.

Sundhedssektoren var dog et område, som skulle friholdes for nulvækst. VKO's "Genopretningsaftale" fra 2010 afsatte over en treårig periode 5 mia. kr til realvækst for sundhedsområdet. Dette skal imidlertid 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 afsatte til 3 år. Om årsagen længere fremme.

Realiteten er således, at sundhedsområdet nok blev friholdt fra den direkte nulvækst, men i stedet underkastet "smalvækst".

Figur: Gns. årlig faktisk realvækst i sundhedsudgifter 2002 – 2008 samt planlagt for 2011 – 2013 ifølge Genopretningspolitikken ⁶.



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

Den voldsomme nedskæring af ressourceanvendelsen i sundhedsvæsenet er dog fortrinsvist sket i regnskabet/forbruget og har derimod kun sat sig mindre spor i de årligt udmålte budgetrammer.

Men uanset om opstramningen af ressourceforbruget er sket i regnskabet og ikke så meget i budgetterne er der stadig tale om en voldsom opstramning i forhold til efterspørgsel og behov.

2.2. S+SF s mål for regionerne og sundsektoren i "Fair Løsning".

Som bekendt har vi imidlertid ikke længere VK i regeringen, men en SRSF – regering.

Her gik S + SF i 2011 med programmet "Fair Løsning" til valg på et betydeligt løft for velfærd – ekskl. effektiviseringer skulle kommunerne og regionernes budgetter over 4 år løftes med i alt 29 mia. kr. inkl. effektiviseringer og eller med godt 20 mia. kr. ekskl. effektiviseringer⁷ – det sidste svarende til godt 5 mia. kr. i snit pr. år.

For regionernes vedkommende skulle der heraf tilflyde dem godt 16 mia. kr og ekskl. effektiviseringer inklusive effektiviseringer og eksklusiv effektiviseringer op mod 12 mia. kr. over hele perioden – det sidste svarende til godt 3 mia. kr. pr år i snit.

Tabel: Økonomi for regionerne ifølge Fair Løsning 2020.⁸

ÆNDRING I FORHOLD TIL 2011; 2011-PL-NIVEAU		
	NIVEAULØFT 2015	NIVEAULØFT 2020
REGIONER		
- normalt serviceløft, medicin mv. - heraf til psykiatri	7,5 1,0	16,9 1,0
- effektiviseringer	4,0	9,0
- særlige prioriteringer ²	4,1	4,1
I alt regioner	15,6	30,0

7) Jf. Fair Løsning – baggrundsrapport, s. 48.

8) Kilde: Fair Løsning – baggrundsrapport, s. 48.

Indenfor det samlede løft var godt 5 mia. kr årligt, inkl. effektiviseringer, afsat til et bedre og mere fair sundhedsvæsen.⁹ Heraf skulle de 3 mia. årligt gå til sygehusene¹⁰ og dermed til regionerne, mens 2 mia. kr. årligt skulle gå til forebyggelse¹¹ og fortrinsvis til kommunerne.

2.3. SRSF fastholder Genopretningspolitikken med begrænset realløft.

S + SF overtog som bekendt regeringsmagten i efteråret 2011, hvor der imidlertid allerede var indgået aftale med regionerne for 2012 under den forrige, borgerlige regering.

Regionsaftalen for 2013 er således den første helt i SRSF s eget regi. Hvordan er det så gået i forhold S + SF s mål i "Fair Løsning".

Her må det konstateres, at S + SF med regionsaftalen for 2013 har fastholdt Genopretningspolitikken, idet det i aftalen tildelte realløft er holder sig nøje indenfor den samlede ramme på 5 mia. kr. for hele perioden 2011 til 2013.

Fra og med 2011 til og med 2012 var brugt – jf. nedenstående tabel - brugt godt 3.8 mia. kr, hvilket efterlader højst 1,2 mia. kr til 2013, hvis de 5 mia. kr. skulle overholdes.

Og det samlede løft i regionsaftalen for 2013 er som fremgået 650 mio. kr. til sygehusene og 350 mio. kr. til øvrige sundhedsvæsen, altså i alt 1,1 mia. kr.

9) Jf. Fair Løsning – baggrundsrapport, s. 39.

10) Jf. S + SF: Fair Forandring - tryghed om skatten, s. 7. August 2009.

11) Oven anførte værk, s. 9.

Tabel I: Afsat ramme for sundheds- og sygehus området 2009 til 2013 og fordeling heraf (mio. kr.)¹²

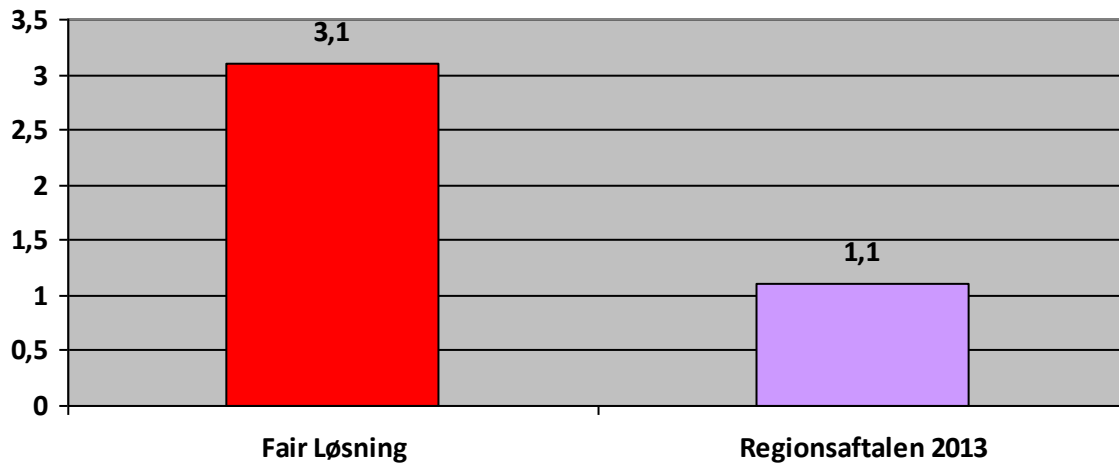
	I. I alt årlig aktivitets vækst	II. Heraf samlet udgiftsvækst	II.A) - Heraf realløft sygehuse	II. B) - Heraf andre udgifter på sygehusområdet (fx sygehusmedicin)	III. Særlige områder (sygesikring + sygesikringsmedicin og praktiserende læger)
2008	1.900	1650	950	700	300
2009	1.800	1300	785	515	500
2010	1.900	1.232	832	400	550
2011	1.836	1.487	612	875	350
2012	1.950	1.500	650	600	245
2013	1.100		673		350

2.4. Langt fra Fair Løsning til regionsaftalen for 2013.

Der er altså langt fra "Fair Løsning" til regionsaftalen for 2013.

12) Jf. De årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske regioner. Boks 1: Økonomiske forudsætninger.

Figur: Mål i Fair Løsning om årligt løft til sygehuse og sundhedssektor respektive faktisk løft i regionsaftalen 2013.



Regionsaftalen for 2013 peger på, at S + SF har opgivet den politik og det velfærdsloft blandt andet til sundhedssektoren, som de gik til valg på. Og altså i stedet har videreført genopretningspolitikken dvs. overtaget en stram, borgerlig økonomisk politik.

DEL III: DIFFERENTIERET BEHANDLINGSGARANTI OG PRODUKTIVITETSKRAV.

3.1. Ændring af behandlingsgarantien ubestrideligt fremskridt.

Det må dog klart anerkendes, at ikke alle valgløfter fra S + SF er blevet opgivet. Et for S + SF centralt mål før valget vedr. sygehusvæsenet var nemlig, at VK – regeringens hidtidige garanti for behandling af indenfor 1 måned skulle differentieres. En sådan differentiering indføres altså nu med økonomaftalen for 2013 for regionerne, jf. foran. Dette må anerkendes som et klart og meget centralt fremskridt.

VK – regeringen indførte med et måneds behandlingsgarantien uanset karakteren af sygdom og lidelse et system, hvor i hvert fald de mest velfungerende borgere selv kunne bestemme, om vedkommende skal behandles og for hvad? Resultatet var selvsagt en stærkt stigende efterspørgsel på behandlinger og dermed følgende dramatisk stigning i sundhedsudgifterne.

VK - regeringens 1 måneds behandlingsgaranti gjorde efterspørgslen meget vanskelig at forudsige og aktiviteten derved meget vanskelig at styre, samtidig med at sygehusene fik deres prioriteringsmuligheder stærkt begrænset.¹³

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 2011 i høj grad sket i kraft af betydelige overskridelser af budgetterne i de årlige regnskaber både i og udenfor sygehusområdet.

Herefter smækkede regeringen kassen i, hvilket sendte aben videre til regionerne og sygehusene, som siden har været tvunget til store besparelser og personalereduktioner. Problemet var med regeringens øjne således ikke så meget været sundhedsvæsenets budgetter, men overholdelsen af dem, når man fra 2011 til 2013 droslede budgetvæksten ned til lidt over en tredjedel af, hvad den har været inden nulvæksten. Derfor blev der også gennemtvunget en voldsom opstramning af økonomistyringen.

Systemet indebar samtidig en dramatisk overbehandling af de stærkeste. Sygehusene behandlede hellere forholdsvis raske med mindre skavanker end dem som er meget syge, fordi de var

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

nemmere og hurtigere¹⁴ samt for at undgå, at de efter en måned henvendte sig til privathospitalerne på regionernes regning, men uden at regionerne har kontrol.

Væksten i sygehusudgifter før 2011 med op til årligt 4 mia. kr har – ud over stigende behov – i betydelig udstrækning skyldtes denne hidtidige behandlingsgaranti, som betød, at selv perifere tilfælde og kosmetiske operationer kunne forlange behandling indenfor en måned. Hvis de offentlige sygehuse ikke kunne leve op til hertil, kun de herefter i stedet få behandlingen udført af private sygehuse for det offentliges regning.

Med indførelsen af den differentierede behandlingsgaranti fjernes en vigtig del af den mekanisme, som i årevis ellers har ført til budgetoverskridelser og personalefyringer sidst på året. Hermed bliver det lettere for det offentlige sygehusvæsen at prioritere patienterne efter sygdommens alvor og tilpasse indslusningen af patienter efter kapaciteten. Dette har givet også reduceret omkostningspresset.

Endvidere har også reduktionen i betalingstaksterne mellem det offentlige sygehusvæsen og privathospitalerne bidraget til at reducere problemet. Endelig er regionerne gennem årene blevet bedre til at udnytte egen kapacitet til at sikre behandlingstilbud indenfor en måned, hvilket til gengæld har ramt privathospitalerne.

3.2. Sygehuse og medarbejdere presses fortsat af konstant stigende produktivitetskrav.

Dette betyder dog på den anden side ikke, at alle økonomiske problemer er løst for det offentlige sygehusvæsen, idet udgiftspreset ikke alene har hængt sammen med behandlingsgarantien, men også med stigende behov samt med utilstrækkelig finansiering af øget aktivitet.

Den samlede budgetramme er stadig meget lav uanset en efter den differentierede behandlingsgaranti mere afdæmpet efterspørgsel og bedre styringsmuligheder.

Og samtidig presses sygehuse og medarbejdere af kravene om, at produktiviteten år for år skal øges i de årlige økonomiaftaler.

I aftalen for 2013 er der med regeringen aftalt en aktivitetsstigning på 3 procent og i denne forbindelse blandt andet afsat et statsligt aktivitetsbestemt tilskud på 2.707 mio. kr. på landsplan.¹⁵ Heri var der imidlertid IKKE fuld omkostningsdækning, idet kun godt 1.250 mio. kr. udbetaltes

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

15) Jf. Aftalen, s. 3.

med fuld DRG/DAGS-takst, mens de resterende 1.457 udbetales med 70 pct. af DRG/DAGS – takst.
¹⁶Endvidere 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 patientstrømmen¹⁷.

Aktivitetsstigningen er således igen i 2013 langt fra fuldt finansieret. Samtidig er de offentlige sygehuse imidlertid stadig underlagt regeringens behandlingsgarantien på 1 måned for alvorligere sygdomme og 2 måneder for mindre alvorlige lidelse, hvorefter ubehandlede borgere har ret til at gå videre til behandling på private klinikker og sygehuse – for regionernes regning¹⁸.

Selvom behandlingsgarantien er differentieret, kan regionerne således heller ikke i 2013 helt unddrage sig stigende efterspørgsel efter behandling. De er underlagt et pres for under alle omstændigheder at øge aktiviteten, idet de som sagt i sidste ende ellers kan blive påført udgiften – om ikke andet fra de private sygehuse.

Som sagt er der med den differentierede behandlingsgaranti sket en klar forbedring af det offentlige sygehudsvæsens prioritering og styringsmuligheder vedr. patienter og behandlinger.

MEN: Når regionerne stadig ikke får den øgede aktivitet fuldt finansieret er der således stadig indbygget en risiko for en betydelig manko mellem tilførte midler og afholdte omkostninger. Som regionerne selv må finansiere med effektivisering, hvis det er muligt, og ellers med besparelser – hvis de vil undgå budgetoverskridelser, som man risikerer at skulle inddække med sidste øjeblikks endnu større besparelser og dermed med fyringer sidst på året, hvilket vi tidligere har set.¹⁹

16) Jf. Aftalen, s. 21 ff.

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

18) Oven anførte værk.

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

DEL IV: SUNDHEDSVÆSENET UDHULES FRA ØKONOMISIDEN.

Men selv om der altså på den ene side med den differentierede behandlingsgaranti i økonomiaftalen for 2013 er sket fremskridt for sygehusvæsenets økonomi er på den anden side den lave økonomiramme og den kun delvise finansiering af aktivitetsstigninger et væsentligt problem.

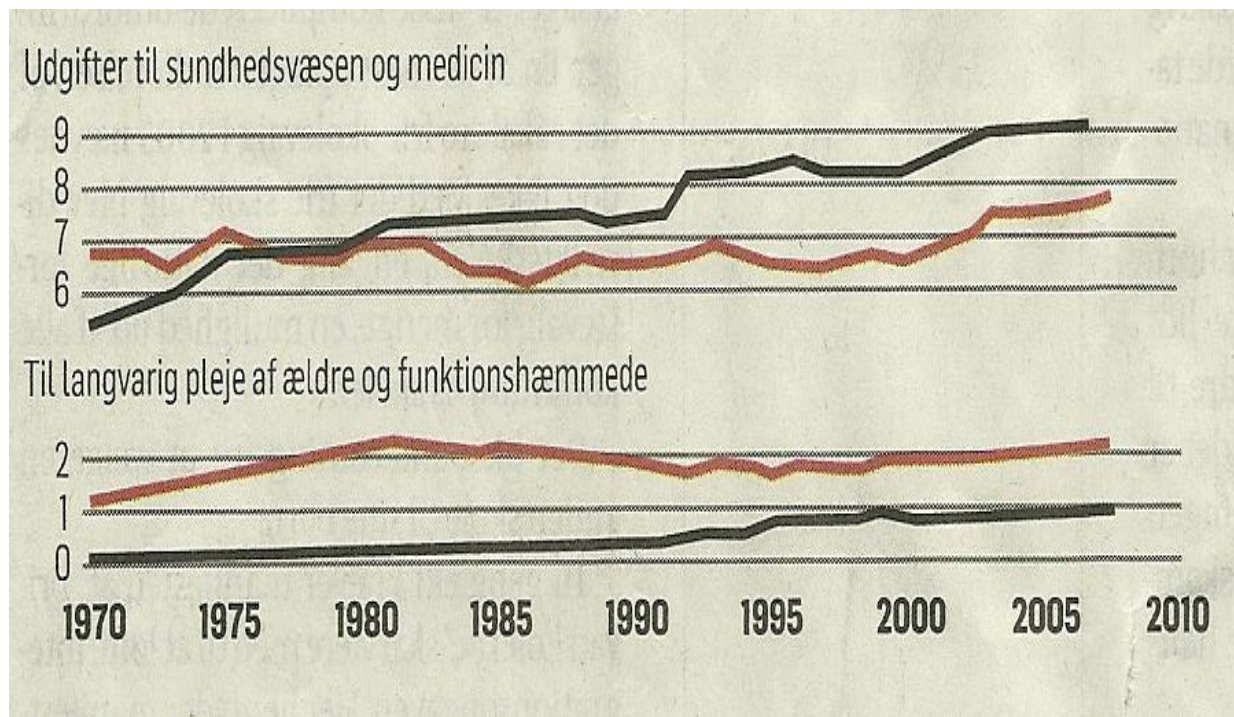
Ikke bare fordi S + SF hermed på endnu et tungt økonomisk punkt har opgivet deres politik fra før valget til fordel for at føre stram, borgerlig økonomisk politik efter valget. Men fordi SRSF hermed fortsætter en gennem lang tid pågående økonomiske udhuling af det offentlige danske sundhedsvæsen.

I en årrække har de danske sundhedsudgifter ligget relativt konstant mellem 6,5 og 7 procent af BNP, hvor sundhedsudgifterne i en række med danske sammenlignelige lande i Nordvesteuropa som andel af BNP er vokset med omkring 9 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 respektive til pleje af ældre og funktionshæmmede som andel af BNP i Danmark (sort kurve) respektive udvalgte nordvesteuropæiske lande (rød kurve)²⁰.



Denne økonomiske udhuling vil altså også i 2013 klart fortsætte, jf. ressourcetilførslen for det offentlige sygehusvæsen forbliver kraftigt nedskåret i forhold til hidtidig stigningstakt samt jf. den kun delvise finansiering af aktivitetsstigninger.

Dette er et problem, fordi stigning i udgifterne til sundhedssektoren hidtil ikke blot skyldes VK's behandlingsgaranti, men også skyldes reelt stigende behov og efterspørgsel efter sundhedsydelser.

Den lave ramme er altså udtryk for at behov ikke opfyldes og forbedringer i behandlingen ikke kan gennemføres og/eller at medarbejderne skal løbe hurtigere.²¹

Dette kan vanskeligt tænkes ikke på længere sigt at forringe service- og behandlingseffektivitet på de offentlige sygehuse og at skabe flere stressproblemer på sygehusene.

20) Kilde: Søgaard, Jess: Der er gået politik i sundhedsudgifter. Politiken, 9. april 2010.

21) Jf. Baastrup, Lisbet: Nye produktivetskrav presser regionerne. FTF 12.06.12.

DEL V: LØFT AF PSYKIATRIEN.

Det må i sig selv anerkendes som godt, at der med økonomiaftalen for 2013 tilføres flere midler til psykiatrien. 200 mio. kr. ud af de i alt 673 prioriteres hertil.

MEN: Står det mål med behovet for ressourcetilførsel i psykiatrien, som den er i dag – med det eksisterende opgavesat.

5.1. Psykiatrien er økonomisk udsultet.

Er 200 mio. kr tilstrækkeligt i forhold blot psykiatriens aktuelle behov. Svaret må klart siges at være nej.

Ifølge Thorstein Theilgaard, generalsekretær BEDRE PSYKIATRI, er psykiatrien udsultet:

"Der er ingen tvivl om, at psykiatrien er under pres og halter håbløst efter det øvrige sundhedsvæsen på en række områder. ... Mangel på penge, mangel på sengepladser og mangel på personale kendetegner psykiatrien. ²²

Denne beskrivelse af det psykiatriske behandlingssystem i Danmark peger på, at der i forvejen er mangel på ressourcer, utilstrækkelig behandlingskapacitet, for tidlig udskrivning og for dårlig kvalitet i behandlingen. Samt i dele af psykiatrien, navnlig børne og ungdomspsykiatrien og socialpsykiatrien af omfattende ventetider og ventelister. Den seneste opgørelse fra Danske Regioner viser, at 4.967 voksne danskere den 1. oktober 2011 stod på venteliste til psykiatrisk behandling. ²³

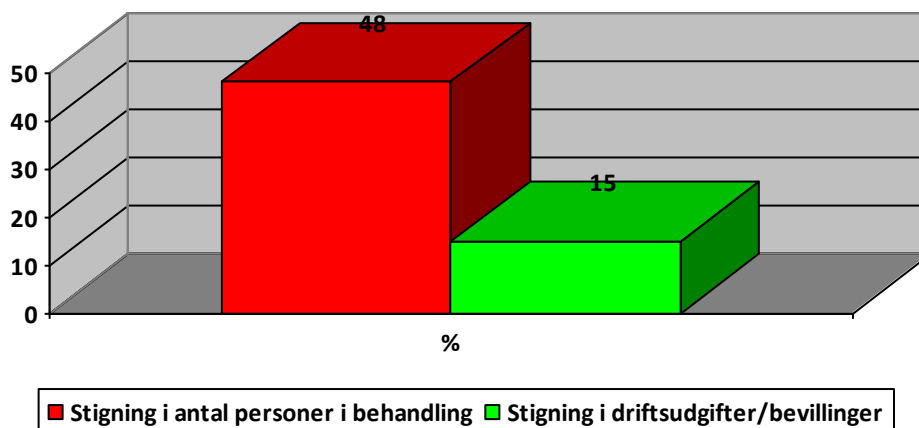
Dette skyldes, at psykiatrien i årevis har været holdt på smalkost Midlerne har slet ikke stået mål med behovene. Antallet af danskere i behandling med psykiatriske diagnoser steg med 48 procent fra 2000 til 2009, mens udgifterne/bevillingerne i psykiatrien i perioden fra 2000 til 2011 kun steg med 15 procent ²⁴.

22) Kilde: Landsforeningen Bedre Psykiatri. www.bedrepsykiatri.dk

23) Jf. Hansen, Ulla Gunge og Jens Beck Nielsen: Udpint psykiatri kan forpurre reform. Berlingske 01.03.12

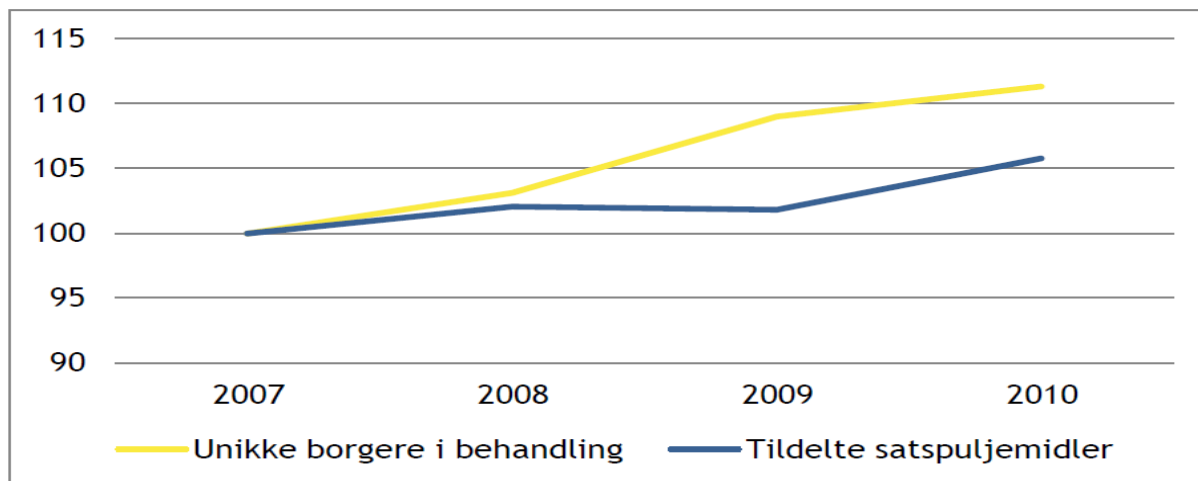
24) Ibid.

Figur: Stigning i antal behandlede og stigning i driftsudgifter/bevillinger.²⁵



Dette hænger ikke mindst sammen med, at udbygningen af psykiatrien er blevet finansieret fra den såkaldte satspulje, der gives fra år til år og dermed kun i begrænset omfang har kunnet anvendes til en mere vedvarende oprustning af psykiatrien. Derfor er stigende behandlingsbehov langt fra er blevet modsvaret af tilsvarende stigning i de således bevilgede midler.

Figur: Udvikling i borgere i behandling kontra satspuljemidler i psykiatrien.²⁶



Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011 samt eSundhed.

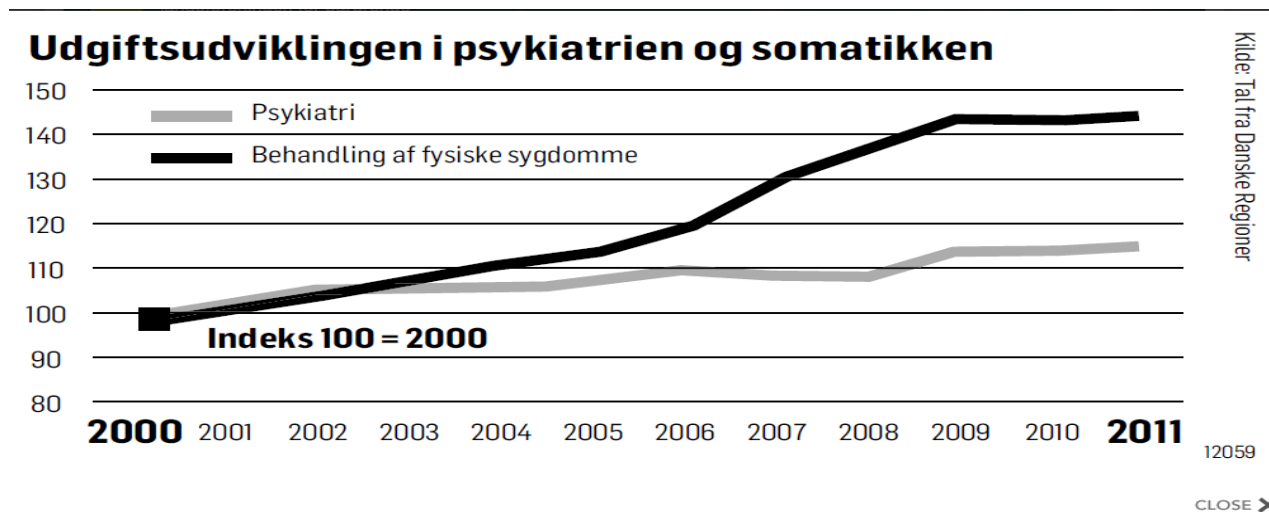
Anm.: Indeks 100 for tildelte satspuljebevillinger er nettodriftsudgifterne i 2007 jf. regionernes regnskabsoplysninger. Ændringen er forskellen i tildelte satspuljebevillinger ift. satspuljebevillinger givet 2007.

Psykiatrien har da også haft en langt lavere tilgang af midler end det somatiske sygehusvæsen.

25) Ibid.

26) Kilde: KREVI: Fra satspulje til psykiatri, s. 25.

Figur: Udgiftsudviklingen i psykiatrien og somatikken.



Psykiatrien skal dermed have et omfattende løft, blot for at være på omgangshøjde med de i dag værende opgaver. Løftet skal dermed være langt større, hvis psykiatrien udover de nuværende opgaver skal levere mange flere og ofte langvarige behandlingsforløb til personer i ressourceforløb.²⁷

5.2. Behov for tilførsel her og nu af 0,6 mia. kr.

Dette var også erkendt af S + SF forud for valget, som i "Fair Løsning" ville afsætte 2 mia. kr. til et løft af psykiatrien. Siden regeringsdannelsen er ambitionsniveauet sunket betydeligt. Med økonomiaftalen for 2013 får psykiatrien således kun en tiendedel heraf.

Ifølge en aktuel undersøgelse fra Det Danske Sundhedsinstitut er der imidlertid behov for langt mere.

Man har her undersøgt, hvor mange ressourcer psykiatrien skal tilføres, hvis patienter med debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni skal modtage en "standard" behandling. Rapporten²⁸ konkluderer, at der er behov for ekstra 3.000

27) Jf. Hansen, Ulla Gunge og Jens Beck Nielsen: Udpint psykiatri kan forpurre reform. Berlingske 01.03.12 og jf. Johannesen, Sved: Skizofreni sender unge på førtidspension. Information 28.02.2012.

28) Christensen, Jan og Camilla Dürke Tybring: Scenarier for bedre psykiatrisk behandling. Dansk Sundhedsinstitut, juni 2012.

indlæggelsesdage og yderligere ambulat behandlingsskapacitet svarende til næsten 1200 fuldtidsstillinger.²⁹

Ifølge lægeforeningen svarer det til et behov for tilførsel af 0,6 mia. kr. ”De penge, der er afsat, vil højst strække sig til ansættelse af en tredjedel af de nødvendige medarbejdere”, siger lægeforeningens formand Mads Koch Hansen.³⁰

29) Ovennævnte rapport, s. 20.

30) Jyllandsposten 09.06.12: Lægeforening – alt for lidt til psykiatrien.

KONKLUSION OG SAMMENFATNING.

Findes forrest i rapporten.