

Forretningsudvalgets møde den 15. september 2009

Bilag til meddelelser

Meddelelse nr. 27.01	Svar på låneansøgning
Meddelelse nr. 27.02	Analyse af Københavns Lufthavns betydning – svar fra finansministeren
Meddelelse nr. 27.04	Status for den siddende patientbefordring – VBT
Meddelelse nr. 27.06	Bloktilskudsfordeling på sundhedsområdet
Meddelelse nr. 27.07	Arbejdstilbud til afvist asylansøger
Meddelelse nr. 27.09.02	Sundhedskoordinationsudvalget
Meddelelse nr. 27.09.04	Det Regionale Udviklingsråd
Meddelelse nr. 27.12	Invitation til tværregionalt erfaringsudvekslingsmøde

Forretningsudvalgets møde den 15. september 2009

Meddelelse nr. 4903

Emne: Uxct "r °"n pgcpuãi pki

1 bilag

Region Hovedstaden
Regionsdirektøren
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Departementet
Holmens Kanal 22
1060 København K

Tlf. 3392 9300
Fax. 3393 2518
E-mail ism@ism.dk
www.ism.dk

Ansøgning om lånedispensation fra Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har i brev af 19. august 2009 søgt om lånedispensation på 300 mio. kr. til at "reducere besparelseskra­vet på sundhedsområdet i 2010". Regionen henviser til, at Region Midtjylland den 1. juli har ansøgt Indenrigs- og Socialministeriet om låneadgang på 200 mio. kr. til udvidelse af nettodriftsrammen på sundhedsområdet i 2010. Regionen oplyser, at regionens budgetforslag for 2010 er udarbejdet med respekt for den indgåede økonomiaftale, men såfremt regionerne får mulighed for at lånefinansiere en udvidelse af nettoudgiftsrammen, søges der om en låneadgang på 300 mio. kr.

7. september 2009

J.nr. 2008-6697

I henhold til økonomiaftalen for 2010 kan indenrigs- og socialministeren i overensstemmelse med de økonomiske forudsætninger for aftalen ved dispensation gives mulighed for refinansiering af afdrag i 2010 inden for en samlet ramme på 500 mio.kr.

På den baggrund skal det hermed meddeles, at der ikke er fundet grundlag for at imødekomme regionens låneansøgning.

Ministeriet skal i den forbindelse understrege, at der i økonomiaftalen for 2010 er sikret balance i den samlede regionale økonomi under forudsætning af en meget begrænset lånefinansiering. Indenfor denne samlede ramme forudsættes den enkelte regions økonomi i balance primært ved statstilskud og kommunale tilskud og ved en løbende strukturel tilpasning af økonomien.

Med venlig hilsen

Dorte Lemmich Madsen
Kontorchef

Forretningsudvalgets møde den 15. september 2009

Meddelelse nr. 27.02

Emne: Analyse af Københavns Lufthavns betydning
- svar fra finansministeren

1 bilag

Finansministeren

1 SEP. 2009

J.nr. 09/00325-8

Kære Vibeke Storm Rasmussen

Tak for din henvendelse til statsminister Lars Løkke Rasmussen om Københavns Lufthavne A/S. Statsministeren har bedt mig svare på regeringens vegne, da det er Finansministeriet, der varetager statens ejerskab i Københavns Lufthavne A/S og SAS AB.

Regeringen anser lufthavnen i København som en vital del af den danske infrastruktur. Lufthavnen betjener ca. 22 mio. passagerer årligt, og lufthavnen er det centrale knudepunkt for rejsende til og fra Danmark. En velfungerende lufthavn er ikke blot en gevinst for de passagerer, der benytter den, men også for det omgivende samfund. En velfungerende lufthavn kan således have positive afsmittede virkninger på resten af økonomien, herunder blandt andet turisme og erhvervsudvikling.

Lufthavnen er som bekendt ejet af det børsnoterede Københavns Lufthavne A/S, hvor den danske stats ejerandel udgør 39,2 pct. Hovedaktionæren i Københavns Lufthavne A/S er Macquarie Airports, hvis ejerandel udgør 53,7 pct. SAS AB er ligeledes et børsnoteret selskab, hvor den danske stats ejerandel udgør 14,3 pct.

Den danske stat er således mindretalsaktionær i begge selskaber, hvilket sætter en naturlig grænse for statens indflydelse.

Det er endvidere regeringens opfattelse, at de selskaber, som staten er medejer af, bør drives ud fra forretningsmæssige principper. Det bedste for selskabernes udvikling - og dermed også hovedstadsregionen - er derfor, at Københavns Lufthavne A/S og SAS AB drives på et kommercielt grundlag.

Såfremt der er særlige samfundsmæssige hensyn, bør disse i stedet varetages via den gældende sektorregulering. Det er regeringens vurdering, at netop denne kombination af regulering og forretningsmæssig drift er den tilgang, der bedst ruster Københavns Lufthavne A/S og SAS AB til klare sig i konkurrencen fremover.

Med venlig hilsen

Claus Hjort Frederiksen

Forretningsudvalgets møde den 15. september 2009

Meddelelse nr. 27.04

Emne: Status for den siddende patientbefordring - VBT

1 bilag

NOTAT

Til:

Opgang Blok A
Afsnit 1. sal

Telefon 48 20 50 00
Direkte 48 20 50 52
Fax 48 20 57 99
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721
Journal nr.: 08000727

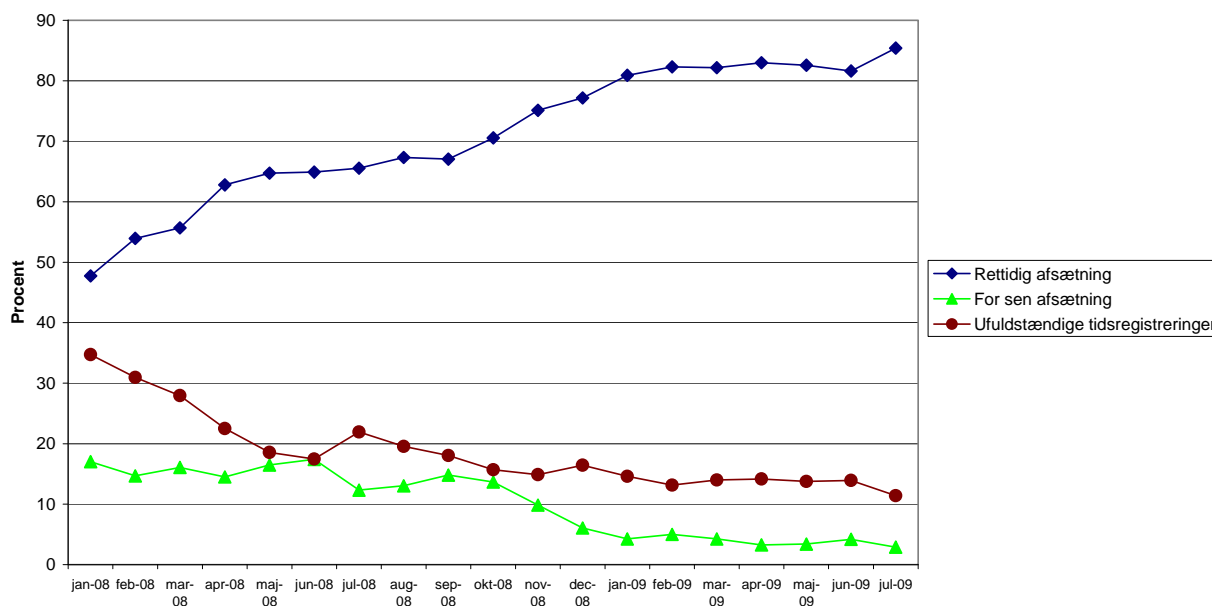
Dato: 20. august 2009

Siddende patientbefordring - supplerende statistik over udvikling i kørselskvaliteten

På forretningsudvalgets møde den 13. august 2009 blev der med sag nr. 27 givet en status vedr. den siddende patientbefordring. Forretningsudvalget anmodede ved den lejlighed om supplerende oplysninger om udviklingen i kørselskvaliteten.

Diagrammet herunder indeholder udviklingen måned for måned fra 1. januar 2008 til og med juli 2009 i andel af kørsler med rettidig afsætning, kørsler med for sen afsætning og kørsler uden tilstrækkelige tidsregistreringer.

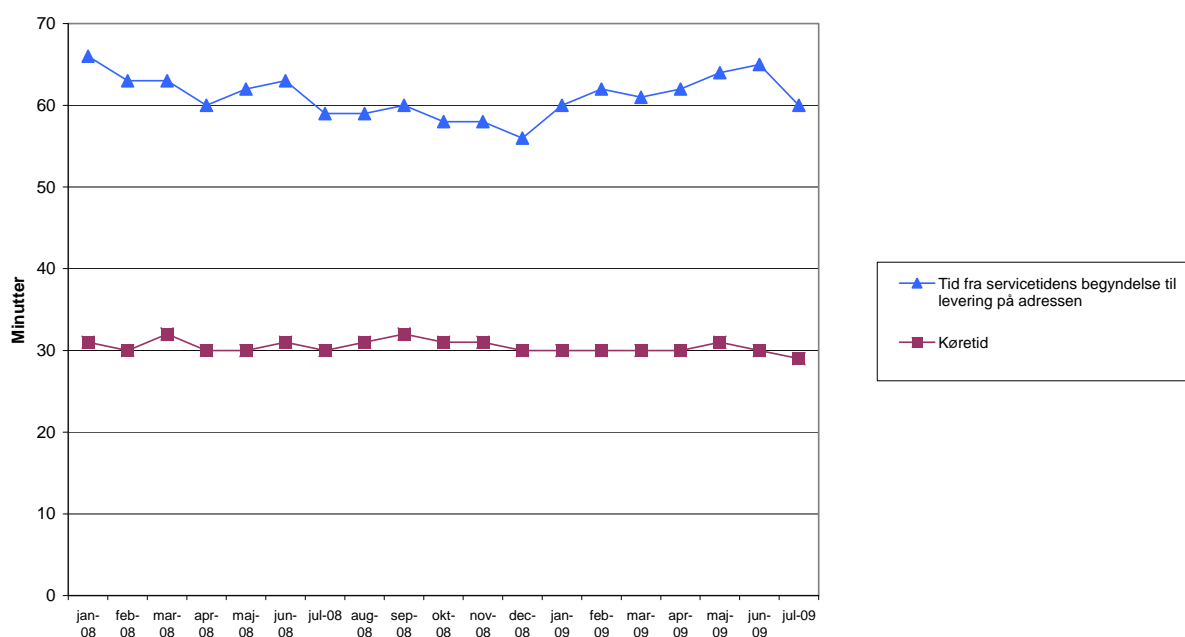
Udvikling i kørselskvalitet januar 2008 til juli 2009
procentfordeling rettidig afsætning, for sen afsætning og udfuldstændig tidsregistreringer



Diagrammet herunder viser udviklingen i antal minutter fra servicetidens begyndelse til patienten er fremme enten på hospitalet eller på bopælsadressen. Denne måling omfatter således både tiden inden patienten afhentes og køretiden i bilen frem til destinationen.

Diagrammet indeholder tillige en kurve som viser udviklingen i den faktiske køretid, dvs. patientens tid i bilen under kørslen. Køretiden ligger rimeligt stabilt omkring de ca. 30 minutter i faktisk køretid. De to kurver repræsenterer et gennemsnit for alle kørsler uanset om der er tale om korte afstande eller lange afstande.

Udvikling i køretid og tid fra servicetidens begyndelse til levering på adresse jan 2008 - juli 2009



Forretningsudvalgets møde den 15. september 2009

Meddelelse nr. 27.06

Emne: Bloktilskudsfordeling på sundhedsområdet

1 bilag

**Finansieringsudvalgets analyse af socioøkonomiske
kriterier til fordeling af regionernes bloktilskud på
sundhedsområdet**

Indenrigs- og Socialministeriets Finansieringsudvalg

August 2009

Indhold

INDHOLD	2
1. INDLEDNING OG SAMMENFATNING	3
1.1 ANALYSENS BAGGRUND OG OPBYGNING.....	3
1.2 SAMMENFATNING	3
2. MODELLEN OG UDVIKLINGEN I DE SOCIOØKONOMISKE KRITERIER	6
2.1 BESKRIVELSE AF MODEL TIL FORDELING AF BLOKTILSKUD PÅ SUNDHEDSOMRÅDET	6
2.2 DE SOCIOØKONOMISKE KRITERIER I TAL	7
3. METODE TIL FASTLÆGGELSE AF DE SOCIOØKONOMISKE KRITERIER OG DERES VÆGTE	10
3.1 UDGIFTER PÅ BASIS AF AMTSLIGE REGNSKABSTAL	10
3.2 FASTLÆGGELSE AF KRITERIER	11
4. DISKUSSION AF UDGIFTSOPGØRELSE BASERET PÅ REGNSKABSDATA.....	13
4.1 FORMÅL OG METODE	13
4.2 NÆRMERE OM SERVICENIVEAU OG PRODUKTIVITET UNDER UDGIFTSMETODEN.....	16
4.3 VARIATION I DEN TIDSMÆSSIGE AFGRÆNSNING	19
5. VURDERING AF DE ENKELTE SOCIOØKONOMISKE KRITERIER	22
5.1 BESKRIVELSE AF DE SOCIOØKONOMISKE KRITERIER	22
6. OVERVEJELSER OM MULIGE JUSTERINGER	40
6.1 JUSTERING AF KRITERIET TABTE LEVEÅR	40
6.2 JUSTERING AF KRITERIET FOR FAMILIER PÅ OVERFØRSELSINDKOMST.....	43
6.3 JUSTERING AF KRITERIET VEDR. INDBYGGERE PÅ ØER UDEN FAST FORBINDELSE.....	44
7. KONKLUSION/PERSPEKTIVERING	45

1. Indledning og sammenfatning

1.1 Analysens baggrund og opbygning

Det indgår i økonomiaftalen imellem regeringen og Danske Regioner for 2009, at der i regi af Indenrigs- og Socialministeriets Finansieringsudvalg skal foretages en analyse af de socioøkonomiske kriterier:

”Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der i regi af Finansieringsudvalget gennemføres en analyse og vurdering af de eksisterende socioøkonomiske kriterier, der indgår i fordelingen af bloktilskuddet til regionernes sundhedsopgaver.

På baggrund af denne vurdering kan Finansieringsudvalget foreslå eventuelle justeringer af de socioøkonomiske kriterier enten i form af ændret vægtning af kriterierne, ændret opgørelsesmetode eller eventuel introduktion af nye kriterier. Eventuelle tilpasninger skal i udgangspunktet ikke have større byrdefordelingsmæssige konsekvenser. Arbejdet færdiggøres i foråret 2009.”

1.2 Sammenfatning

I det følgende findes en sammenfatning af analysens indhold og resultater.

Analysen indledes i kapitel 2 med et overblik over den samlede bloktilskudsfordelingsmodel med særlig vægt på de socioøkonomiske kriterier. Der fokuseres på de socioøkonomiske kriteriers fordeling på regionerne i 2009, og hvor mange penge der fordeles efter de enkelte kriterier. Endvidere ses der på udviklingen i den relative fordeling af kriterierne regionerne imellem fra tilskudsmodellen for 2007 til modellen for 2009.

Kapitel 3 indeholder en gennemgang af fremgangsmetoden bag fastsættelsen af de socioøkonomiske kriterier og deres vægte med udgangspunkt i det arbejde, der blev lavet i forbindelse med Lov om regionernes finansiering (L543).

Kriterierne og deres vægtning blev fastsat dels under hensyntagen til antagelser og viden om sammenhængen mellem kriterierne og det socioøkonomiske udgiftsbehov, og dels under hensyntagen til at begrænse afvigelserne mellem de estimerede regnskabstal for de fem regioner og de modelberegnedede udgifter. Kriteriernes individuelle forklaringssevne i forhold til sundhedsudgifterne blev testet i en parvis regressionsanalyse.

Kapitel 4 indeholder en kvalitativ karakteristik og diskussion af udgiftsgrundlaget baseret på regnskab 2003, der indgik i det analysearbejde, som lå til grund for fastlæggelsen af finansieringsmodellen for regionerne. Der ses her bl.a. på betydningen af ændringer i forudsætningerne bag udgiftsopgørelsen, og der i den forbindelse foretaget en drøftelse af

betydningen af produktivitetsforskelle. Desuden er der set på senere regnskabsdata end dem, der var til rådighed, da analysearbejdet i forbindelse med fastlæggelsen af regionernes finansieringsmodel fandt sted.

Det er den såkaldte udgiftsmetode, som i tilpasset form er anvendt ved opstilling af den gældende bloktilskudsfordelingsmodel. Gennemgangen viser mindre forskelle i anvendelse af regnskabstal for 2003 i forhold til regnskabstal for 2006. Udviklingen i regionernes andel af de samlede sundhedsudgifter i perioden 2003-2006 kan muligvis ses i sammenhæng med en begyndende tilpasning i amterne til de efterfølgende regionale udgiftsniveauer.

Der foretages i kapitel 5 en nærmere belysning af de socioøkonomiske kriterier, herunder de socioøkonomiske kriteriers samlede vægt i finansieringsmodellen samt egenskaber og mulige problemstillinger ved de enkelte kriterier.

I gennemgangen af de enkelte socioøkonomiske kriterier beskrives først og fremmest de årsagssammenhænge, som kriterierne afspejler. I den forbindelse er der en række henvisninger til ekstern litteratur, som dokumenterer og belyser disse årsagssammenhænge imellem socioøkonomiske faktorer og sundhedsudgifter.

Der ses endvidere på kriteriernes egenskaber i forhold til upåvirkelighed, konstaterbarhed og proportionalitet (forventninger til "objektive kriterier"). Det konkluderes her, at der kan peges på mulige problemstillinger i forhold til kriteriet for tabte leveår samt kriteriet for familier på overførselsindkomst. Det kan således anføres, at det første kriterium ikke i fuld udstrækning kan siges at have en proportionalitet, mens det om det sidste kan anføres, at afgrænsningen er relativt snæver.

Der er endelig foretaget en regressionsanalyse, hvor kriterierne vurderes i forhold til forklaringssevne af variationen af produktionsværdier på kommuneniveau. Analysen dokumenterer, at de enkelte kriterier har en forklaringskraft i forhold til produktionsværdien af sundhedsydelse opgjort på kommuneniveau. På grund af en betydelig samvariation mellem flere af kriterierne har det ikke været muligt at opstille en model med alle kriterierne, ligesom det ikke giver mening at inddrage kriteriet vedrørende øer uden fast forbindelse i analysen med det foreliggende datagrundlag.

I forlængelse af de øvrige kapitler er der i kapitel 6 præsenteret nogle overvejelser om mulige justeringer i modellens kriterier og vægte. Her er set på følgende mulige justeringer:

1. Justering af kriteriet tabte leveår (tre alternativer opstilles samt overvejelse om evt. indførelse af nyt kriterium om vækst i middellevetid)
2. Justering af kriteriet for familier på overførselsindkomst
3. Justering af vægtning af kriteriet vedr. indbyggere på øer uden fast forbindelse

For disse justeringer kan anføres forskellige begrundelser, ligesom der dog også kan knytte sig komplikationer eller ulemper ved disse. Det bemærkes, at der med en eventuel gradvis indførelse af et nyt kriterium for vækst i levetid vil blive tale om en bredere beskrivelse af udgiftsbehovene end hidtil.

I kapitel 7 foretages en konklusion og perspektivering af analysen. Der konkluderes i forhold til det udgiftsgrundlag, som er anvendt til fastsættelse af kriterier og vægte, at der er tale om

mindre forskelle mellem det oprindeligt anvendte grundlag og en opdatering af grundlaget med regnskabstal for 2006. Endvidere konkluderes, at det er vanskeligt at foretage tilstrækkeligt robuste korrektioner vedrørende produktivitet i udgiftsgrundlaget for udgiftsbehovsanalyserne, men at forskellen mellem udgiftsgrundlag baserede på amtslige regnskaber og beregnet udgiftsbehov ved fastlæggelse af tilskudsmodellen kan tolkes som en afspejling af forskelle i service og produktivitet.

Det konkluderes også, at gennemgangen af de enkelte socioøkonomiske kriterier viser, at der er et veldokumenteret grundlag for at medtage socioøkonomiske forhold i beregningen af regionernes udgiftsbehov. Endvidere vurderer udvalget, at det er dokumenteret, at kriterierne hver især beskriver forhold, som har betydning for forbruget af sundhedsydelser.

Gennemgangen viser også, at der i relation til kriteriet om tabte leveår er god dokumentation for kriteriet, men at der kan peges på en vis uhensigtsmæssighed vedr. proportionaliteten i kriteriet, som kan tilskrives den måde, som kriteriet nærmere opgøres på i modellen. Desuden repræsenteres sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med forøgelse af middellevetiden ikke.

Udvalget vurderer på grundlag af den gennemførte regressionsanalyse, at den statistiske analyse underbygger kriteriernes anvendelse.

På baggrund af overvejelser om mulige justeringsmuligheder kan der principielt vises forskellige alternative modeller og muligheder:

- At opgøre kriteriet om tabte leveår, således at kriteriet opgøres i forhold til landsgennemsnittet + f.eks. $\frac{3}{4}$ år – eller alternativt at opgøre kriteriet i forhold til den højeste middellevetid + fx 0,1 år, +0,2 år eller en anden værdi.
- At indføre et nyt kriterium for vækst i levetid som supplement til kriteriet om tabte leveår. Der knytter sig dog væsentlige forbehold til anvendelsen af kriteriet, herunder den præcise årsagssammenhæng og samspillet med de demografiske kriterier.
- At justere opgørelsen af kriteriet om "familier på overførselsindkomst", således at ydelsestyperne, der er omfattet af opgørelsen, udvides. På nuværende tidspunkt foreligger dog ikke datagrundlaget til at foretage de nødvendige analyser af en sådan udvidelse.

Udvalget har ikke som sådan vurderet de byrdefordelingsmæssige virkninger af disse mulige ændringer i de socioøkonomiske kriterier. Udvalget har således heller ikke taget stilling til om de enkelte nævnte muligheder og modeller skal gennemføres.

2. Modellen og udviklingen i de socioøkonomiske kriterier

2.1 Beskrivelse af model til fordeling af bloktilskud på sundhedsområdet

Fordelingen af bloktilskuddet på sundhedsområdet sker ved brug af en model til beskrivelse af regionernes udgiftsbehov. I modellen beregnes den enkelte regions udgiftsbehov ved hjælp af en række objektive kriterier, der afspejler regionens udgiftsbehov på sundhedsområdet.

Kriterierne er inddelt i to grupper:

- Kriterier vedrørende den demografiske struktur.
- Kriterier vedrørende socioøkonomiske forhold.

Hertil kommer

- Grundbeløb på 100 mio. kr. per region.

Grundbeløbet på samlet 500 mio. kr. udtrykker de "startomkostninger" som enhver region må antages at have uanset størrelse. I beregningen af det resterende udgiftsbehov vægter kriterierne for demografisk struktur 77,5 pct., mens de socioøkonomiske kriterier vægter 22,5 pct..

Demografisk betinget tilskud

Til beregningen af demografisk betinget udgiftsbehov er der beregnet et enhedsbeløb pr. indbygger for hvert af 5 års aldersintervallerne imellem 0 og 95 år samt for intervallet 95 år og derover.

Enhedsbeløbene er fastsat således, at produktet af enhedsbeløbet og antallet af personer i intervallet på landsplan svarer til 77,5 pct. af udgiftsbehovet.¹ Den relative forskel på enhedsbeløbene afspejler, at en persons behov for sundhedsydelse varierer afhængigt af, hvilket 5 års aldersinterval vedkommende tilhører.² Generelt er der på sundhedsområdet en tendens til stigende udgifter med alder dog med den undtagelse, at 0-4-årige i højere grad er udgiftsdrivende end børn/unge under 25 år i øvrigt.

For hver region kan der beregnes et samlet demografisk betinget udgiftsbehov ved at gange serien af enhedsbeløb med fordelingen af regionens befolkning på 5 års aldersintervaller.

¹ Fratrullet grundbeløbet på samlet 500 mio. kr. jf. ovenfor.

² Bag den relative forskel på enhedsbeløbene ligger en relativ vægtning af de enkelte aldersintervaller. Denne vægtning er udarbejdet på baggrund af data for forbruget af sundhedsvæsenet fordelt på alder.

Tilskud på baggrund af socioøkonomiske forhold

Til beregning af det socioøkonomiske udgiftsbehov anvendes 9 socioøkonomiske kriterier, der beskriver regionernes socioøkonomiske forhold. Beregningen af det socioøkonomiske udgiftsbehov er baseret på den enkelte regions andel af hvert af de 9 kriterier. Disse andele vægtes jf. vægtene nedenfor, og de vægtede andele summeres sammen til én samlet andel af de socioøkonomiske kriterier for hver region. Denne andel er angivet ved et socialt indeks som understreger, at det er de socioøkonomiske kriterier som tilsammen repræsenterer det socioøkonomiske udgiftsbehov i regionen.³ Der er således ikke, som for de demografiske kriterier, tale om en tilknytning til bestemte persongrupper på udgiftsområdet.

Det socioøkonomiske udgiftsbehov beregnes for den enkelte region som produktet af regionens vægtede andel af de socioøkonomiske kriterier, udtrykt ved det socioøkonomiske indeks, og 22,5 pct. af det samlede udgiftsbehov.⁴

De 9 kriterier listes her med vægte i parentes:

- Antallet af børn af enlige forsørgere. (15 pct.)
- Antallet af enlige i aldersgruppen 65 og derover. (25 pct.)
- Antallet af personer i udlejningsboliger. (15 pct.)
- Antallet af familier på overførselsindkomst. (17,5 pct.)
- Beregnet antal tabte leveår i forhold til den region, der har den højeste levetid. (10 pct.)
- Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen. (5 pct.)
- Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen. (5 pct.)
- Antallet af indbyggere på øer uden fast forbindelse. (2,5 pct.)
- Gennemsnitlig rejsetid til 18.000 indbyggere ganget med antallet af indbyggere. (5 pct.)

2.2 De socioøkonomiske kriterier i tal

2.2.1 Fordelingen af de socioøkonomiske kriterier

Som nævnt er det værdien af det socioøkonomiske indeks, som beskriver det beregnede socioøkonomiske udgiftsbehov for en region. Det er i den forbindelse afgørende for forståelsen af tilskudsmodellen, at de socioøkonomiske kriterier som et samlet indeks skal beskrive de forskelle i regionernes udgiftsbehov, som kan være socioøkonomisk betingede. Det er således ikke hensigten med modellen, at fordeling af tilskud via et enkelt kriterium skal svare til udgiften på et enkelt konkret udgiftsområde i regionerne. Ud over at udgiftsområderne vil kunne være afspejlet i flere socioøkonomiske kriterier, sker der også en fordeling efter aldersbetingede udgiftsbehov.

Der kan dog alligevel være en vis interesse i at se på, hvilken størrelse de enkelte kriterier i beregningen har i de enkelte regioner, idet der hermed opnås mulighed for at vurdere ligheder og forskelle mellem regionerne. I tabel 1 ses fordelingen af de socioøkonomiske kriterier på regionerne normeret med regionernes andele af befolkningen.

³ De socioøkonomiske kriterier benævnes derfor også ofte som "paraplykriterier".

⁴ Fratrukket grundbeløbet på samlet 500 mio. kr. jf. ovenfor.

Tallene er fra 2009-modellen. En værdi over indeks 100 angiver, at regionen har en større andel af kriteriet end regionens andel af befolkningen. Tallene for de enkelte kriterier er de faktiske uvægtede andele, imens den sidste kolonne viser den samlede andel af kriterierne, hvor kriteriernes vægte er indarbejdet.

Region Nordjylland:

Ligger under indeks 100 i alle kriterier med undtagelse af kriterierne Rejsetid til 18.000 indbyggere og Enlige over 65 år. Region Nordjylland har den højeste andel af rejsetidskriteriet i forhold til befolkningsandel.

Region Midtjylland:

Ligger under indeks 100 i alle kriterier med undtagelse af rejsetid til 18.000 indbyggere. Regionen har den højeste middellevetid og har derfor andelen 0 i kriteriet tabte leveår.

Region Syddanmark:

Ligger over indeks 100 i kriterierne Enlige over 65, Antal psykiatriske patienter samt Rejsetid og under 100 i de øvrige kriterier. Region Syddanmark har det højeste antal diagnosticerede psykiatriske patienter pr. indbygger.

Region Hovedstaden:

Ligger over indeks 100 i alle kriterier med undtagelse af Rejsetid til 18.000 indbyggere. Region Hovedstaden har den højeste befolkningstæthed og har derfor den mindste andel af rejsetidskriteriet. I 6 af kriterierne har Region Hovedstaden den største andel af kriteriet i forhold til befolkningsandel.

Region Sjælland:

Ligger over indeks 100 i 4 af de 9 kriterier og under indeks 100 i de øvrige 5. Region Sjælland har den laveste middellevetid og dermed den største andel af kriteriet tabte leveår.

Tabel 1: Fordeling af socioøkonomiske kriterier 2009.

Procent	Børn af enlige	Enlige over 65 år	Personer i udlejningsboliger	Familier på overførselsindkomst	Tabte leveår ifht. maks.	Diag. psykiatiske patienter (F00-F29)	Diag. skizofrene (F20-F29)	Indb. på øer u. fast forbindelse	Rejsetid til 18.000 indb.	Socioøkonomisk indeks
Nordjylland	85	105	77	98	94	77	72	31	144	92
Midtjylland	91	90	85	84	0	87	81	40	113	79
Syddanmark	96	101	86	89	44	117	89	77	120	91
Hovedstaden	114	104	140	131	163	112	136	223	52	124
Sjælland	103	102	78	80	210	85	93	26	116	103

Anm.: Tabellen viser regionernes ikke-vægtede andele af de socioøkonomiske kriterier normeret med regionernes andele af befolkningen. Indeks over 100 indikerer, at regionens andel af kriteriet er større end regionens andel af befolkningen. Sidste kolonne viser regionens vægtede andel samlet set og normeret med befolkningsandel.

I tabel 2 er vist, hvor store beløb der fordeles efter de enkelte socioøkonomiske kriterier. Det skal dog understreges, jf. også det foregående, at denne synsvinkel ikke er i

overensstemmelse med formålet med denne del af bloktilskudsfordelingen, som er at fordele et samlet beløb på basis af et samlet socioøkonomisk indeks.

Tabel 2: Beløb der fordeles efter de socioøkonomiske kriterier i 2009

	Børn af enlige	Enlige over 65 år	Personer i udlejningsboliger	Familier på overførselsindkomst	Tabte leveår ifht. maks.	Diag. psykiatriske patienter (F00-F29)	Diag. skizofrene (F20-F29)	Indb. på øer u. fast forbindelse	Rejsetid til 18.000 indb.	I alt socioøkonomisk udgiftsbehov
1.000 Kr.	2.497.116	4.161.860	2.497.116	2.913.302	1.664.744	832.372	832.372	416.186	832.372	16.647.442

Anm.: Tabellen viser, hvor mange kroner der fordeles i tilskudsåret 2009 efter hvert enkelt kriterium.

2.2.2 Udvikling i de socioøkonomiske kriterier 2007– 2009

Tabel 3 viser udviklingen i fordelingen af kriterierne fra 2007-modellen⁵ til 2009-modellen. Tallene angiver ændringen i pct.-point i regionens uvægtede andel af kriteriet. Sidste kolonne viser ændringen i regionens samlede andel af kriterierne, dvs. det socioøkonomiske indeks, inklusive kriterievægtning.

Tabel 3: Udvikling i socioøkonomiske kriterier 2007-2009.

Ændring i pct. point 07-09	Børn af enlige	Enlige over 65	Personer i udlejningsboliger	Familier på overførselsindkomst	Tabte leveår ifht. maks.	Diag. psykiatriske patienter (F00-F29)	Diag. skizofrene patienter (F20-F29)	Indb. på øer u. fast forbindelse	Rejsetid til 18.000 indb.	Ændring i samlet vægtet andel i pct. point
Nordjylland	-0,41	-0,03	-0,06	0,25	1,53	0,28	0,14	-0,08	-0,08	0,13
Midtjylland	-0,31	0,08	0,01	-1,89	0,00	0,43	0,17	-0,01	0,13	-0,32
Syddanmark	-0,03	-0,03	-0,10	-0,61	0,99	0,24	0,45	0,00	-0,04	0,00
Hovedstaden	0,57	-0,20	0,04	2,80	-4,53	-0,92	-1,15	0,27	-0,02	-0,02
Sjælland	0,19	0,18	0,10	-0,54	2,02	-0,04	0,39	-0,17	0,01	0,21

Anm.: Tabellen viser ændringen i regionernes andele af de socioøkonomiske kriterier fra 2007 modellen til 2009 modellen angivet i pct. point. Sidste kolonne viser den samlede ændringer, hvor der er taget højde for vægtning af kriterier.

⁵ De angivne tal for 2007 modellen indeholder en rettelse af data for middellevetid jf. Finansieringsudvalgets rapport "Stabiliteten i statens bloktilskud til regionerne", marts 2008.

3. Metode til fastlæggelse af de socioøkonomiske kriterier og deres vægte

Følgende fremgik af aftalen om strukturreform fra juni 2004:

"For at give regionerne lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet fordeles tilskuddet efter en række objektive fordelingskriterier, der afspejler udgiftsbehovet. Udgiftsbehovskriterierne skal dels tage højde for den aldersmæssige sammensætning af befolkningen i de enkelte regioner, dels for den sociale struktur i regionerne, som kan have betydning for forbruget af sundhedsydelse."

Foruden udgiftsbehovskriterier vedrørende aldersmæssig sammensætning var den primære opgave at fastlægge, hvilke kriterier der skulle fange den sociale struktur i regionerne, og hvilke vægte de enkelte kriterier skulle have. Udgangspunktet for dette arbejde var et mål/estimat for de fremtidige regioners realiserede udgifter, som man efterfølgende kunne holde modelberegnete udgiftsbehov op imod som led i udarbejdelsen af fordelingsmodellen. Der blev derfor konstrueret et udgiftsestimater på basis af amternes regnskaber for 2003 korrigeret for den ændrede opgavefordeling som følge af kommunalreformen.

I afsnit 3.1 gennemgås konstruktionen af udgiftsestimateret på basis af amternes regnskaber, mens afsnit 3.2 beskriver arbejdet med at fastlægge selve modellen til beregning af udgiftsbehov.

3.1 Udgifter på basis af amtslige regnskabstal

Det primære grundlag for udgiftsopgørelsen var amternes nettodriftsudgifter på hovedkonto 4 i regnskab 2003. Der blev anvendt udgifter eksklusiv tjenestemandspension på følgende områder, som efterfølgende blev aggregeret til regionsniveau:

- Somatik
- Psykiatri
- Sygesikring eks. medicin
- Medicin

Nettodriftsudgifterne blev bruttificeret for tilskud fra bonuspuljen og det statslige aktivitetsafhængige tilskud.

For de af amterne der blev delt imellem flere regioner fordelte man amtets udgifter på basis af følgende kommunefordelte data:

- DRG forbrug (Til deling af somatiske udgifter)
- Psykiatriske sengedage (Til deling af udgifter til psykiatri)
- Sygesikringstakster (Til deling af sygesikringsudgifter)
- Forbrugsrater af medicin (Til deling af medicinudgifter)

Dvs. hvis en kommune i et amt havde 5 pct. af det samlede antal psykiatriske sengedage i amtet, så henførtes 5 pct. af amtets psykiatriudgifter i regnskab 2003 til den region, som kommunen med kommunalreformen kom til at høre under.

Regnskabstallene blev desuden korrigeret for en række opgaver, som enten tilgik det regionale niveau eller overgik til varetagelse i kommunalt regi. Den største korrektion vedrørte genoptræningsområdet, hvor kommunerne med kommunalreformen overtog væsentlige dele af amternes hidtidige opgaver. Knap en halv milliard vedrørende genoptræning på landsplan skulle trækkes ud af de amtslige regnskabstal. Beløbet blev fordelt på amterne i forhold til de somatiske udgifter.

Foruden sundhedsudgifter på hovedkonto 4 indgik også amternes anlægsudgifter og udgifter til administration på sundhedsområdet. Den enkelte regions anlægsudgifter blev beregnet som produktet af regionens andel af befolkningen og amternes samlede anlægsudgifter på sundhedsområdet i regnskab 2003.

For så vidt angår administrationsudgifter blev der af Finansministeriet gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt amterne vedrørende deres administrationsudgifter. På baggrund af denne undersøgelse blev der lavet en opdeling af administrationsudgifterne i hhv. en sundhedsdel og en udviklingsdel. Sundhedsdelen af administrationsudgifterne indgik herefter i opgørelsen. For de delte amter fordelte man deres administrationsudgifter i forhold til fordelingen af amternes indbyggere på regionerne.

3.2 Fastlæggelse af kriterier

Den følgende beskrivelse giver et overordnet billede af fremgangsmetoden i forbindelse med udarbejdelsen af modellen. En mere detaljeret diskussion af de enkelte kriterier findes i afsnit 5.1.

Fastlæggelsen af hvilke socioøkonomiske kriterier, der skulle indgå i modellen og med hvilken vægt, tog udgangspunkt i estimatet af regionernes realiserede udgifter jf. afsnit 3.1. På baggrund af bl.a. danske og internationale studier af sammenhængen imellem socioøkonomiske indikatorer og sundhedsudgifter⁶ blev der udvalgt en række potentielle kandidater til de socioøkonomiske kriterier.

Forskellige variationer over fordelingsmodellen mht. gruppen af socioøkonomiske kriterier⁷, herunder deres individuelle og kollektive vægtning blev afprøvet i forhold til de 5 regioners forventede udgifter. På baggrund heraf fastsattes kriterierne og deres vægtning, dels under hensyntagen til antagelser og viden om sammenhængen mellem kriterierne og det socioøkonomiske udgiftspres, dels - og ikke mindst – under hensyntagen til, at begrænse

⁶ Nærmere herom senere i kapitel 5.

⁷ Givet den demografisk betingede del af modellen.

afvigelserne mellem de estimerede regnskabstal for de fem regioner og de modelberegnete udgifter. Der blev ikke gennemført en samlet regressionsanalyse kriterierne til understøttelse af vægtberegningen qua det meget lille antal observationer, der var til rådighed.

Kriteriernes individuelle forklaringssevne i forhold til sundhedsudgifterne blev imidlertid testet supplerende i en regressionsanalyse. Man estimerede en basismodel med de estimerede sundhedsudgifter fra udgiftsopgørelsen som den afhængige variabel og modelberegnet demografisk udgiftsbehov som uafhængig variabel. Herefter foretog man for hvert kriterium en ny regression med samme afhængige variabel, men hvor det pågældende kriterium indgik som uafhængig variabel sammen med det demografiske udgiftsbehov. Et parameterestimat signifikant forskellig fra 0 indikerede, at kriteriet havde forklaringssevne. Samtidig kunne der opnås en indikation af størrelsesordenen af kriteriets forklaringssevne ved at sammenligne R^2 målet i basismodellen med R^2 målet i den udvidede models forklaringssevne. Resultaterne fra regressionsmodellen blev brugt til at understøtte afgrænsningen af gruppen af kriterier.

4. Diskussion af udgiftsopgørelse baseret på regnskabsdata

Til nuancering af forståelsen af, hvilken metode der er anvendt – og kan anvendes – vedr. fastlæggelse af regionernes udgiftsbehov, kan det være relevant at foretage en kort gennemgang af de to principielle metoder til fastlæggelse af dette udgiftsbehov. Som det vil fremgå er det vanskeligt at pege på anvendelsen af enten den ene eller den anden metode i deres "rene" form, om end den såkaldte udgiftsmetode ligger forholdsvis tæt på den fremgangsmåde, der faktisk er blevet benyttet ved opstillingen af udgiftsbehovsmodellen for regionerne i 2005.

4.1 Formål og metode

4.1.1 Formål

Formålet med at opstille en model til fordeling af bloktilskuddet er at fastsætte en mekanisme, der fordeler midlerne efter de udgiftsbehov, som regionerne står overfor. De fastlagte kriterier og vægte i fordelingsmodellen skal derfor frembringe en opgørelse af udgiftsbehovet.

4.1.2 To metoder

Overordnet kan der skelnes imellem en normativ og en positiv tilgang til beregning af udgiftsbehov.

Den *normative* tilgang tager udgangspunkt i, hvilket produktionsapparat, og dermed udgiftsniveau, der vurderes at være nødvendigt i forhold til at tilfredsstille et givet behov for sundhedsydelse i befolkningen. På sundhedsområdet er det et spørgsmål om at fastlægge, hvor der er behov for hospitaler, hvilke typer af behandlinger, de skal kunne foretage, hvilket produktionsapparat de ideelt set skal bestå af, hvilke arbejds gange der bør indrettes osv.

Metoden kan også kaldes for produktionsfunktionsmetoden eller omkostningsfunktionsmetoden, fordi den er baseret på en beregning af regionens ressourcebehov i forhold til at levere et givet niveau af sundhedsydelser under forudsætning af, at produktionen indrettes bedst muligt ved den givne teknologi.

Den *positive* tilgang tager udgangspunkt i de realiserede udgifter, der kan aflæses i regnskaberne. På basis af disse udgifter opstilles en statistisk model til identifikation af en række objektive udgiftsbehovskriterier, der kan forklare variationen i udgifterne. Metoden kaldes derfor også for udgiftsmetoden.

I udgiftsmetoden lægges det således til grund, at de tidligere amters udgifter er en tilnærmelse af regionernes udgiftsbehov på sundhedsområdet. Afvigelser mellem det beregnede udgiftsbehov og amternes faktiske udgifter fortolkes som udtryk for højere eller lavere serviceniveau og/eller effektivitet, og blev i den konkrete situation håndteret med en overgangsordning.

Jf. afsnit 3.1 og 3.2 er den eksisterende model til udgiftsbehovsopgørelse på sundhedsområdet lavet på baggrund af en metode, der i vidt omfang svarer til udgiftsmetoden.⁸ Som det fremgår af afsnit 4.1.3 og 4.1.4 er udgiftsmetoden sammenlignet med produktionsfunktionsmetoden umiddelbart da også mere tilgængelig i praksis. Det er i det hele taget den metode, som traditionelt har været anvendt i opstilling af såvel de tidligere amters som kommunernes udgiftsbehov.

4.1.3 Nærmere om udgiftsmetoden

Udgangspunktet ved brug af udgiftsmetoden er, at amterne ikke nødvendigvis har foretaget den helt optimale indretning af produktionen af sundhedsydelser i området, men at der dog fra analysen af deres udgifter kan findes det mønster, som beskriver udgiftsbehovet. Det er altså forudsætningen, at amternes regnskaber (omregnet til regioner) kan benyttes i denne analyse.

Dernæst opstilles en statistisk relation i form af en regressionsmodel, hvor den afhængige variabel er de ovenfor nævnte udgifter, og de uafhængige variable er en række potentielle udgiftsbehovskriterier til forklaring af sundhedsudgifterne. Typisk opstilles en række krav til sådanne udgiftsbehovskriterier såsom årsagssammenhæng, upåvirkelighed, gennemskuelighed og proportionalitet.

Der bør således være en god teori for, hvorfor en indikator forventes at have forklaringskraft i forhold til sundhedsudgifter. Endvidere bør kriterierne ikke kunne påvirkes af den enkelte region, ligesom det skal være muligt at gennemskue metoden til beregning af kriterieværdierne.

Det er dog væsentligt at påpege, at kriterierne ikke enkeltvis skal afspejle udgifterne på konkrete udgiftsområder, men samlet set beskrive regionernes udgiftsbehov.

På baggrund af den opstillede relation estimeres en samlet model til opgørelse af udgiftsbehov, hvori de enkelte udgiftsbehovskriterier indgår. De parameterverdier, der estimeres for de signifikante variable/kriterier som resultat af modellen, anvendes eventuelt også som udgangspunkt for fastsættelsen af den vægt, der i modellen tilknyttes de enkelte kriterier. Her anvendes dog også anden tilgængelig information, der tager hensyn til de enkelte kriteriers bæredygtighed i praksis etc.

Der er visse udfordringer forbundet med anvendelsen af udgiftsmetoden.

Undertiden kaldes metoden også for adfærdsmetoden, hvilket hentyder til, at det er den observerede adfærd, der danner baggrund for den statistiske modelestimation. Det er dog samtidig relevant at bemærke, at det kan være en potentiel risiko ved metoden, at forskelle i enhedernes (amternes/regionernes) får indflydelse på kriteriefastsættelsen og disses vægte.

⁸ Jf. afsnit 3.2 er der tale om en tillempet anvendelse af udgiftsmetoden.

F.eks. vil forskelle i produktivitet og serviceniveau, som i en vis udstrækning er et produkt af amternes prioriteringer, have en direkte effekt på de regnskabstal, der anvendes. Hvis disse ikke er stokastisk tilfældigt fordelt, men varierer sammen med et eller flere kriterier, er der en risiko for skævheder (samspillet imellem produktivitet og udgiftsbehovsopgørelsen diskuteres i øvrigt nærmere i afsnit 4.2.).

Ligeledes kan det selvsagt være kompliceret at anvende regnskabsdata for enheder, der geografisk ikke svarer til de enheder, for hvilke der opgøres udgifter. Denne udfordring er aktuel for de amter, der blev delt imellem flere regioner. Jf. afsnit 3.1 er der anvendt bl.a. DRG-data, psykiatriske sengedage mv. på kommuneniveau til opsplitting af de delte amters udgifter.

Dermed tages der højde for geografiske forskelle i behovet for sundhedsydelse, men det tager f.eks. ikke højde for den situation, hvor sygehuse, der fordeles til region A, evt. er ældre og dyrere i vedligehold end de sygehuse, der fordeles til region B.

Endvidere er den tidsmæssige afgrænsning af de regnskabsdata, der anvendes en central forudsætning for enhver opgørelse af udgiftsbehov baseret på udgiftsmetoden. Der kan opstilles forskellige egenskaber i forhold til den tidsmæssige afgrænsning af regnskabsdata som f.eks. aktualitet og repræsentativitet.

De anvendte regnskabstal bør være repræsentative i den forstand, at der ikke er ekstraordinære forhold ved de anvendte data, der i væsentlig grad har indflydelse på udgiftsopgørelsen, mens højere aktualitet opnås ved anvendelse af nyere regnskabstal.

De to hensyn – aktualitet og repræsentativitet - kan være modstridende. F.eks. kan anvendelsen af gennemsnit af flere regnskabsår medvirke til at forbedre repræsentativiteten, fordi effekten på udgiftsopgørelsen af ekstraordinære forhold i det enkelte år bliver mindre. Det er dog ikke hensigtsmæssigt i forhold til udgiftsopgørelsens aktualitet, der vil være mindre desto flere og dermed ældre regnskabsår, der indgår i den tidsmæssige afgrænsning.

I forbindelse med udarbejdelsen af den eksisterende model til opgørelse af udgiftsbehovene anvendtes de på daværende tidspunkt senest tilgængelige regnskabsdata fra 2003, hvorved der blev lagt vægt på regnskabstallenes aktualitet. Afsnit 4.3 undersøger regnskabstallenes følsomhed overfor ændringer i den tidsmæssige afgrænsning af data ved at anvende hhv. regnskab 2004, 2005 og 2006 i stedet for 2003.

4.1.4 Nærmere om produktionsfunktionsmetoden

Den normative tilgang under produktionsfunktionsmetoden forudsætter et betydeligt informationsniveau, kendskab til lokale forhold og ekspertise på det område, der opgøres udgiftsbehov for. Dette er nødvendigt for at kunne foretage de vurderinger, der ligger til grund for opgørelsen - f.eks. hospitalernes placering, hvilke behandlingstyper og kapaciteter, der skal være på de enkelte hospitaler mv.

Alle "led" i produktionsfunktionsmetoden skal være beskrevet, hvilket forudsætter kendskab til såvel den optimale allokering af produktionsmidler som den tekniske proces frem mod slutproduktet.

Til gengæld er metoden robust overfor en række af de udfordringer, der blev nævnt i foregående afsnit 4.1.3 vedrørende udgiftsmetoden. Særligt kan det fremhæves, at en fordeling af bloktilskuddet efter produktionsfunktionsmetoden i princippet vil være upåvirket af amternes hidtidige adfærd og prioriteringer, da fordelingsmodellen fastlægges efter et normativt mål for udgiftsbehovet og ikke på basis af historiske regnskabstal.

På grund af de meget høje krav til informationsniveauet må metoden dog anses for meget vanskelig – eller umulig – at anvende i praksis. Metoden kræver således en omfattende indsats med henblik på at tilvejebringe den nødvendige information til at kunne beregne, hvad en given norm vil koste at producere lokalt.

Ved et forsøg på at gennemføre metoden ville der derfor også på grund af informationsbegrænsninger være en betydelig mulighed for, at særlige lokale forhold ikke kommer med i fastlæggelsen af ressourcebehovet.

4.2 Nærmere om serviceniveau og produktivitet under udgiftsmetoden

4.2.1 Sammenhæng mellem produktivitet, serviceniveau og regnskabsbaserede udgifter

Som gengivet i det foregående er det den såkaldte udgiftsmetode, som i tilpasset form er anvendt ved opstillingen af den gældende bloktilskudsfordelingsmodel. I denne metode er det datagrundlag, der anvendes som udgangspunkt for de foretagne analyser og beregninger, regnskabsdata. Disse regnskaber er som udgangspunkt de realiserede udgifter.

I forhold til udgiftsmetodens anvendelse af regnskaberne er det væsentligt at bemærke, at produktivitet og serviceniveau har en effekt på udgifterne i regnskaberne. Alt andet lige vil højere produktivitet og/eller lavere serviceniveau føre til lavere udgifter og lavere produktivitet og/eller højere serviceniveau til højere udgifter. Det betyder, at udgifterne i regnskaberne ikke kun afspejler forskelle i befolkningernes behov for sundhedsydelse, men i en vis udstrækning også afspejler forskelle i produktivitet og serviceniveau imellem de daværende amter.

Såfremt fordelingen af forskelle i serviceniveau og/eller produktivitet er korreleret med et eller flere af udgiftsbehovskriterierne, så kan det principielt have betydning i forhold til fastsættelse af den ideelle vægtning af udgiftsbehovskriterierne.

Produktivitet og serviceniveau har dog ikke nødvendigvis indflydelse på udgiftsbehovskriterierne og deres vægt. Dels kan produktiviteten være "tilfældigt" fordelt, dels kan der på en mere håndstyret måde tages hensyn til de ikke-påvirkelige produktivitetsforskelle, som ikke har kunnet forventes opfanget via de demografiske og socioøkonomiske kriterier. Det såkaldte grundtillæg er et eksempel på dette.

Det kan ideelt set overvejes at foretage justeringer af proceduren under udgiftsmetoden, såfremt en given anvendelse af metoden formodes at være under indflydelse af forskelle i serviceniveau og produktivitet. Det kunne derfor principielt overvejes at søge at rense regnskabsudgifterne for effekterne af serviceniveau- og produktivitetsforskelle. Dette forudsætter imidlertid eksistens af anvendelige og præcise data til formålet, hvilket kan vise sig at være en svær forudsætning at opfylde. Eksempelvis er det svært at pege på

anvendelige data i den aktuelle anvendelse af metoden til beregning af udgiftsbehov på sundhedsområdet.

I næste afsnit diskuteres dog tal for produktivitet i sygehussektoren til illustration af en mulig datakilde for så vidt angår produktivitet. Jf. senere i afsnittet er det dog vurderingen, at tallene ikke umiddelbart kan bruges i denne sammenhæng.

Det skal i øvrigt bemærkes, at der med udgiftsmetodens anvendelse af objektive kriterier og fastlagte vægte er et betydeligt incitament til effektivisering og produktivitetsforbedring, idet den enkelte regions indtægter fra bloktilskuddet bibeholdes, uanset at det eventuelt lykkes at reducere udgifterne ved produktivitetens fremskridt.

4.2.2 Tal for produktivitet

I tabel 4 og 5 gengives hhv. 2005-niveau og udvikling 2003-2006 i amternes produktivitet fordelt på regioner som beregnet i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse offentliggør løbende produktivitet i sygehussektoren.

Der kan opstilles en række metoder til beregning af produktivitetstal. De publicerede produktivitetstal er baseret på den såkaldte brøkmethode, der måler forholdet mellem værdien af det, der produceres på den ene side og de ressourcer, der er anvendt i produktionen på den anden side.⁹

Værdien af produktionen måles som den samlede DRG/DAGS-værdi, mens ressourceforbruget opgøres som de realiserede udgifter.¹⁰ DRG er betegnelsen for det system, der anvendes i det danske sundhedsvæsen til at fastsætte takster for den enkelte type af behandling baseret på en beregning af de gennemsnitlige omkostninger ved en given behandling.

Det bemærkes, at de realiserede udgifter her tages som udtryk for en omkostning ved at frembringe et givent antal DRG-målte ydelser. Det er klart, at i det omfang høje omkostninger er udtryk for et bevidst ønske om serviceniveauet, er de ikke udtryk for en lav produktivitet. Dette klassiske problem med at udskille produktivitet og serviceniveau løser produktivitetsopgørelserne i den valgte brøkmethode-udformning således ikke (og postulerer heller ikke dette).

I forhold til produktivitetsskemaer har DRG systemet den fordel, at taksterne er generelt fastsatte og uafhængige af produktionsstedet. DRG værdien af produktionen er dermed sammenlignelig på tværs af hospitaler.

Det fremgår af tabel 4, at amterne i Region Midtjylland havde den højeste produktivitet i 2005 med et indeks på 106, hvor indeks 100 svarer til det landsgennemsnitlige produktivitetniveau. Indeks 106 betyder, at når der på landsplan blev brugt 100 kr. på at

⁹ Denne metode kan drøftes og kritiseres i forhold til andre teknisk mere "avancerede" metoder, hvilket dog ikke skal forsøges på dette sted.

¹⁰ Mere information om forudsætningerne for produktivitetstallene kan ses i publikationen "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – tredje delrapport" udarbejdet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2007.

producere en mængde sundhedsydelse i 2005, så brugte amterne i Region Midtjylland 94 kr. på samme mængde sundhedsydelse. Amterne i Region Nordjylland havde den laveste produktivitet med et indeks på 94.

Tabel 5 viser, at væksten har været størst i de tidligere amter i Region Nordjyllands område, hvor den gennemsnitlige årlige produktivitetsvækst har været 2,5 pct. imellem 2003 og 2006. Den laveste vækst har været i de tidligere amter i Region Sjællands område, hvor den gennemsnitlige årlige vækstrate har været 1 pct. i perioden.

Tabel 4: Relativ produktivitet 2005	
Relative produktivetsniveauer	2005-niveau
Region Nordjylland	94
Region Midtjylland	106
Region Syddanmark	102
Region Sjælland	99
Region Hovedstaden	97
Hele landet	100

Anm.: Tabellen viser den relative produktivitet i forhold til landsgennemsnittet, som er indeks 100.

Tabel 5: Produktivetsstigninger 2003-2006				
Produktivetsstigning i procent	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2003-2006
Region Nordjylland	2,8%	1,9%	2,7%	2,5%
Region Midtjylland	2,8%	2,1%	1,4%	2,1%
Region Syddanmark	2,7%	2,4%	2,1%	2,4%
Region Sjælland	1,6%	-0,3%	1,6%	1,0%
Region Hovedstaden	2,2%	1,9%	1,9%	2,0%
Hele landet	2,4%	1,8%	1,9%	2,0%

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse(2008) "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – tredje delrapport".

Der er dog en række forhold som bevirker, at det ikke vurderes som forsvarligt at foretage korrektion for produktivetsforskelle:

- Produktivetsstallene skelner ikke mellem produktivitet/effektivitet og serviceniveau som årsag til forskelle i produktivitet
- nogle forskelle i produktivitet kan være eksternt givne, dvs. at en region i kraft af sin geografi, socioøkonomiske forhold, størrelse, ressourcetilgængelighed kan have en mere eller mindre nem adgang til at realisere "den optimale produktionsteknologi" (jf. også ovenfor om grundtillægget).
- produktivetsopgørelserne er fortsat under udvikling og forfining, jf. også deres afhængighed af DRG-målene
- produktivetsopgørelserne dækker foreløbig kun en del af sundhedsområdet.

Uanset, at produktivetsopgørelserne således indeholder værdifuld information vurderes de dog ikke – i hvert fald ikke på nuværende tidspunkt – at kunne anvendes direkte i udgiftsbehovsopgørelserne.

4.2.3 Sammenhæng imellem produktivitet og beregnede over- og underskud

I nedenstående tabel 6 ses de beregnede over- og underskud i forbindelse med den økonomiske overgangsordning på sundhedsområdet. Over- og underskuddene er beregnet som de regnskabsopgjorte udgifter i 2005 fratrukket de modelberegne udgiftsbehov.

Forventningen under udgiftsmetoden er, at enheder med høj produktivitet har beregnede overskud, imens enheder med lavere produktivitet har beregnede underskud. Dette er dog kun tilfældet i det omfang, at produktivitetsforskellene kan tilskrives forskelle i regionens(amtets) valgte tilgang til opgaveløsningen, som ikke kan opfanges af udgiftsbehovskriterierne – i modsætning til mere strukturelle faktorer som f.eks. befolkningstæthed eller skalaeffekter.

En sammenligning af tabel 6 med tabel 4 viser, at forventningen i det store hele bekræftes af tallene. Dvs. Region Midtjylland og Region Syddanmark med produktivitet over landsgennemsnittet har større modelberegne udgiftsbehov, end hvad der svarer til deres respektive regnskabsbaserede udgiftsestimater og modsat for Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden, hvis produktivitet er mindre end landsgennemsnittet i 2005.

Tabel 6: Beregnede over- og underskud	
Region	Beregnet over- eller underskud mio. kr.
Region Nordjylland	-55
Region Midtjylland	382
Region Syddanmark	59
Region Sjælland	-55
Region Hovedstaden	-331

Anm.: Tabellen viser de regnskabsopgjorte udgifter minus de modelberegne udgiftsbehov

4.3 Variation i den tidsmæssige afgrænsning

4.3.1 Udgiftsopgørelse baseret på regnskab 2004, 2005 og 2006

Der er set på udgiftsopgørelsens følsomhed overfor ændringer i valget af regnskabsår som en væsentlig forudsætning bag udgiftsopgørelsen. Jf. afsnit 3.1 er der i udgiftsopgørelsen anvendt data fra amternes regnskab 2003, der var de nyeste data tilgængelige på tidspunktet for modellens udarbejdelse. I det følgende beskrives resultaterne af at anvende amternes regnskaber for 2004, 2005 og 2006.

Bortset fra anvendelsen af alternative regnskabsår er der ikke ændret i de forudsætninger for udgiftsopgørelsen, der blev nævnt i afsnit 3.1. Udgiftsbeløbene vedrørende administrationsomkostninger og korrektion for opgaveændringer er PL-korrigerede værdier af de oprindelige tal.

I tabel 7 ses udgiftsopgørelsen for de 5 regioner baseret på amternes regnskaber for hhv. 2003, 2004, 2005, 2006 og tal for bonuspulje og aktivitetsbestemt statstilskud i samme

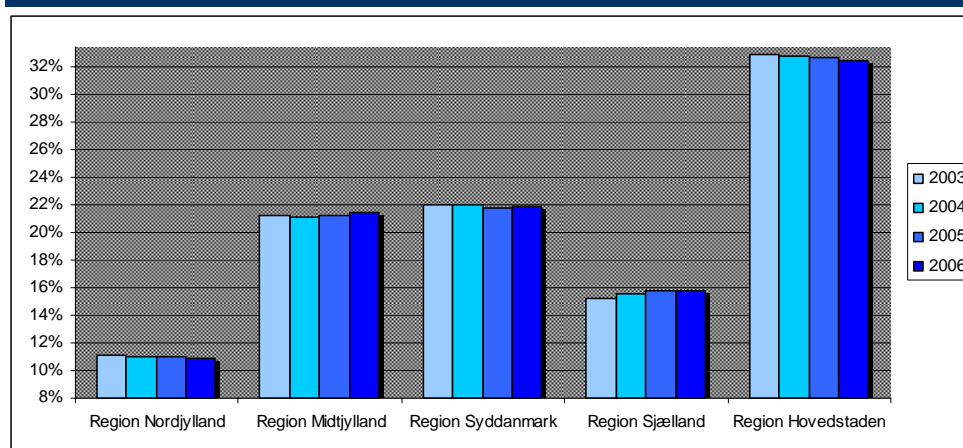
årrække.¹¹ Det bemærkes, at der ikke er taget højde for den kommunale medfinansiering. For den enkelte region er udgifterne angivet i procentandel af summen af opgjorte udgifter.

Tabel 7: Fordeling af opgjorte sundhedsudgifter

	2003	2004	2005	2006	Variation 2003-2006 i pct. -point
Nordjylland	10,59%	10,49%	10,48%	10,34%	-0,25%
Midtjylland	20,70%	20,61%	20,73%	20,94%	0,24%
Syddanmark	21,59%	21,49%	21,35%	21,43%	-0,16%
Sjælland	14,71%	15,05%	15,25%	15,29%	0,58%
Hovedstaden	32,41%	32,37%	32,19%	32,00%	-0,41%

Tallene er illustreret i figur 1.

Figur 1: Fordeling af opgjorte sundhedsudgifter



De største forskelle kan konstateres hos Region Sjælland, hvis andel af de samlede sundhedsudgifter stiger desto nyere regnskabstal, der anvendes. For Region Sjælland er der derfor størst forskel på anvendelse af regnskab 2003 og 2006 svarende til 0,58 pct.-point. Dette afspejledes også i beregningerne af regionernes overgangsordning på basis af amternes regnskab 2005, hvor Region Sjælland havde et beregnet underskud. I modsætning hertil havde Region Sjælland et beregnet overskud i forhold til regnskab 2003, da man udarbejdede modellen.

Den mindste variation er hos Region Syddanmark, hvor forskellen imellem regnskabsår 2003 og 2006 er -0,16 pct.-point. Udviklingen over tid kan muligvis ses i sammenhæng med en begyndende amtslig tilpasning til de regionale udgiftsniveauer.

Variationen i udgiftsopgørelserne i tabel 7 kan også ses i sammenhæng med udviklingen i produktivitet i sygehussektoren i tabel 5. Region Sjælland har haft den mindste vækst i produktivitet i perioden 2003-2006 jf. tabel 5, hvilket kan være medvirkende årsag til, at Region Sjællands andel af de opgjorte udgifter er stigende desto nyere regnskabstal, der anvendes i udgiftsopgørelsen.

¹¹ Administrationsudgifter og korrektion for ny opgavefordeling er i alle tilfælde baseret på en fremskrivning af de 2003-tal, der blev anvendt til den oprindelige udgiftsopgørelse.

Ligeledes kan Region Nordjyllands høje vækst i produktivitet være en del af forklaringen på at regionens andel af de opgjorte udgifter falder fra 2003 til 2006.

5. Vurdering af de enkelte socioøkonomiske kriterier

I dette afsnit foretages en nærmere belysning af de socioøkonomiske kriterier, herunder de socioøkonomiske kriteriers samlede vægt i finansieringsmodellen samt egenskaber og mulige problemstillinger ved de enkelte kriterier. I afsnittet belyses de årsagssammenhænge, som de enkelte kriterier afspejler. Kompleksiteten i forbindelse med opstilling af en model for fordeling af bloktilskud til regionerne i forhold til udvælgelse og anvendelse af kriterier, der skal danne grundlag for et samlet indeks for regionernes udgiftsbehov, belyses ligeledes.

5.1 Beskrivelse af de socioøkonomiske kriterier

Som tidligere beskrevet bliver omkring $\frac{3}{4}$ af regionernes sundhedsudgifter finansieret ved et bloktilskud fra staten. Med henblik på at give regionerne lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet fordeles bloktilskuddet efter et beregnet udgiftsbehov, der dels består af et basisbeløb og dels efter en række objektive kriterier (demografiske og socioøkonomiske), der afspejler udgiftsbehovet.

Det er afgørende for forståelsen af modellen for fordeling af bloktilskuddet til regionerne, at modellen er sammensat således, at der beregnes et samlet indeks for regionernes udgiftsbehov. Dette gælder både for det aldersbestemte udgiftsbehov og for det socioøkonomiske udgiftsbehov.

Det medfører, at det er det samlede socioøkonomiske indeks, som opgøres på baggrund af en sammenvejning af de socioøkonomiske kriterier, der skal vurderes med hensyn til sammenhængen med regionernes sundhedsudgifter.

Det vil sige, at de enkelte kriterier skal afspejle årsagssammenhænge mellem socioøkonomiske forhold og sundhedsudgifter, men også, at kriterierne hver for sig i sagens natur alene beskriver en del af de demografiske og socioøkonomiske forhold som påvirker regionernes sundhedsudgifter.

Sammenvejningen af de socioøkonomiske kriterier er fastlagt ud fra flere hensyn og med henblik på samlet set ud fra de aldersmæssige og socioøkonomiske kriterier at opnå et mål for regionernes udgiftsbehov¹² på sundhedsområdet.

¹² Regionernes udgiftsbehov er i de analyser, som har ligget til grund for udgiftsbehovsopgørelsen, blevet afspejlet ved de opstillede sundhedsudgifter for regionerne på basis af amtslige regnskaber med korrektion for opgave- og finansieringsomlægninger. Dette vil dog altid være et tilnærmet mål, jf. diskussionen i kap 4.

5.1.1 Objektive kriterier

I udvælgelsen af kriterier lægges vægt på, at kriterierne er objektive.¹³ For det første tilstræbes det, at der er en begrundet årsagssammenhæng, dvs. en teori for hvorfor kriteriet har en sammenhæng med udgiftsbehovet. Endvidere bør kriterierne så vidt muligt være upåvirkelige (i hvert fald på kort sigt), således at det ikke har utilsigtede incitamentsmæssige virkninger at anvende det ved fordeling af bloktilskud til regionerne. Opgørelsen af kriteriet bør også være konstaterbart, herunder at der så vidt muligt er tale om en officiel og offentliggjort statistik.

I nogle sammenhænge lægges der endvidere vægt på, at kriterierne i videst muligt omfang bør være proportionale med udgiftsbehovet.¹⁴ Idealet om proportionalitet hænger sammen med kravet om årsagssammenhæng, og uddyber det med hensyn til årsagssammenhængens form. Når størrelsen af kriteriet ændres, skal udgiftsbehovet helst ændres i samme omfang.

Årsagssammenhængen mellem udgiftsbehov og kriterium er et ideal. I de fleste tilfælde kan der alene defineres en årsagssammenhæng i en bred forstand. De sociale kriterier anvendes således generelt som et tilnærmet udtryk for en mere kompleks sammenhæng, der imidlertid ikke lader sig måle direkte. De sociale kriterier fungerer således generelt som såkaldte "paraply-variable", dvs. at der ikke forventes eller postuleres en umiddelbar årsagssammenhæng mellem de enkelte kriteriers størrelse i en region og en konkret delmængde af udgifterne. Forekomsten af de sociale kriterier skal derimod opfange (eller samvariere med) faktorer, der har denne årsagssammenhæng.

Således postuleres der f.eks. ikke en umiddelbar sammenhæng mellem det enkelte barn af en enlig forsørger eller beboer i udlejningsboliger og konkrete sundhedsydelse. Derimod antages det, at det samlede omfang af børn af enlige forsørgere, beboere i udlejningsboliger mv. i en region kan afspejle aspekter af regionens socioøkonomiske struktur og de herved tilknyttede årsagssammenhænge til sundhedsudgifterne.

De mere indirekte årsagssammenhænge, som bl.a. kan ligge til grund for et sådant socioøkonomisk indeks kan skifte med tiden. Derfor er det således relevant, at der med forholdsvis jævne mellemrum foretages vurderinger af grundlaget for udgiftsbehovsopgørelsen for at sikre, at opgørelsen så vidt muligt afspejler det reelle udgiftsbehov.

5.1.2 De socioøkonomiske kriterier i den regionale tildelingsmodel

Regionernes socioøkonomiske udgiftsbehov opgøres som nævnt den ud fra en række kriterier om befolkningens sociale, helbredsmæssige og økonomiske forhold. Nogle kriterier, som fx kriterier for antal psykisk syge, har en relativt direkte sammenhæng med et udgiftsbehov på sundhedsområdet. Et kriterium som kriteriet for tabte leveår, der afspejler forskellen i regionernes gennemsnitlige middellevetid hos befolkningen afspejler også relativt direkte befolkningens sundhedstilstand.

¹³ Se f.eks. "Expenditure needs equalisation – reasoning and organisation of work: the Danish case", Niels Jørgen Mau (2008) i "Measuring Local Government Expenditure Needs – the Copenhagen Workshop 2007", Junghun Kim and Jørgen Lotz (ed.)

¹⁴ Betænkning 855 om kommunale udgiftsbehov (I), Indenrigsministeriet, 1978

En række af de socioøkonomiske kriterier har karakter af "paraply-variable", jf. også ovenfor. Det er bl.a. kriterier som antallet af børn af enlige, personer i udlejningsboliger og modtagere af overførselsindkomst. Disse kriterier, som er medtaget ud fra en dokumenteret sammenhæng med sygehusudgifter, jf. afsnit 5.1.3, er udtryk for en mere indirekte årsagssammenhæng. Kriterierne kan fx afspejle et arbejdsliv med en høj grad af fysisk nedslidning, men også socioøkonomisk betingede forskelle i livsstil. Fx har rygning og overvægt stor betydning for ulighed i forventet dødstidspunkt. Forskelle i livsstil er således med til at reducere den direkte sammenhæng mellem socioøkonomiske faktorer og alder.¹⁵ Men da livsstil ikke på samme måde er registreret og derfor kan indgå som kriterier i udgiftsbehovsopgørelsen vil det næstbedste være, at livsstil kan indgå indirekte via de socioøkonomiske kriterier. Endvidere peger analyser¹⁶ på, at der er væsentlig højere forekomst af forskellige langvarige sygdomme hos personer med få levekårsressourcer¹⁷ end hos personer med mange levekårsressourcer.

Det socioøkonomiske udgiftsbehov beregnes ud fra følgende 9 socioøkonomiske kriterier:

Tabel 8: Oversigt over socioøkonomiske kriterier på sundhedsområdet	
Kriterium	Vægt
Antal børn af enlige forsørgere	15 pct.
Antal enlige i aldersgruppen 65 år og derover	25 pct.
Antal personer i udlejningsboliger	15 pct.
Antal familier på overførselsindkomst	17,5 pct.
Beregnet antal tabte leveår opgjort i forhold til den region, der har den højeste middellevetid	10 pct.
Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen	5 pct.
Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen	5 pct.
Antallet af indbyggere på øer uden fast forbindelse	2,5 pct.
Gennemsnitlig rejsetid til 18.000 indbyggere ganget med antallet af indbyggere	5 pct.

I det følgende afsnit vil de enkelte kriterier blive gennemgået.

5.1.3 Gennemgang af de enkelte kriterier

Der er i den nationale og internationale sundhedsøkonomiske litteratur en omfattende diskussion af sammenhængen imellem på den ene side en persons socioøkonomiske status målt ud fra faktorer som civilstand, uddannelse, job og indkomst og på den anden side personens helbredstilstand.

Generelt tegner der sig et klart billede af, at socioøkonomisk status samvarierer med helbredstilstand, således at højere socioøkonomisk status generelt kan kædes sammen

¹⁵ Se f.eks. Balia & Jones, 2008, Mortality, lifestyle and socio-economic status, Journal of health economics 27 (2008) 1-26.

¹⁶ F.eks. Finn Breinholt Larsen, "Hvordan har du det? – selvvrurderet helbred og ulighed i sundhed", juli 2003 samt "En undersøgelse af hvordan forbruget af sygehusydelser påvirkes af køn, alder, sociale forhold, livsstil og helbred i Århus Amt", 2005.

¹⁷ F.eks. at være gift, at have et arbejde, at have en ejerbolig mv.

med bedre helbred enten målt ud fra sygehusudgifter, dødelighed eller det der i litteraturen kaldes "self assessed health", der kan oversættes til egen vurdering af helbredet.

På baggrund af den litteratur, som blev anvendt i forbindelse med etableringen af tilskudsmodellen for regionerne, og inddragelse af nyere litteratur gennemgås de enkelte eksisterende socioøkonomiske kriterier i de følgende afsnit. Der vil særligt blive lagt vægt på årsagssammenhænge i gennemgangen, men også forhold vedr. kriteriernes upåvirkelighed, konstaterbarhed og stabilitet vil indgå.

Som generel kommentar vedr. konstaterbarhed af kriterierne fremgår det nedenfor, at hovedparten af kriterierne indhentes fra Danmarks Statistik. Således er data tilgængelige for alle, om end kriterierne bestilles som særkørsler.

Antal børn af enlige forsørgere

Definition af kriteriet:

Antallet af børn af enlige forsørgere opgøres på grundlag af en af Danmarks Statistik foretaget opgørelse over antallet af udbetalte ordinære børnetilskud til børn under 16 år af enlige forsørgere pr. 4. kvartal i året før beregningsåret.

Antallet af børn af enlige forsørgere anvendes som mål for nogle komplekse socioøkonomiske sammenhænge, som fører til belastning af sundhedsvæsenet. I en analyse af sygehusforbruget blandt somatiske heldøgnspatienter¹⁸ konkluderes bl.a., at set for 0-17-årige er indlæggelsessandsynligheden størst for børn, hvor den ældste person i familien er ugift. Den laveste indlæggelsessandsynlighed ses blandt børn af gifte. Endvidere påvises i betænkning 1361¹⁹ en positiv sammenhæng mellem andelen af børn af enlige forsørgere og variationen i sygesikringsudgifter pr. indbygger.

I en norsk undersøgelse²⁰ anføres det, at den sociale gradient i helbred, herunder dødelighed, også findes inden for bestemte socialgrupper. Som særligt sårbare grupper nævnes enlige forældre, husstande med lav indkomst og personer, der får mindste pensionsats.

I den tidligere amtskommunale udligning indgik sociale kriterier med en samlet vægt på 22,5 pct. Kriteriet "antal børn af enlige forsørgere" indgik i den amtskommunale udligning af udgiftsbehov med en vægt på 48 pct. i beregningen af det sociale indeks.

Det kan vedr. påvirkelighed af kriteriet nævnes, at kriteriet tidligere har indgået i den kommunale udgiftsbehovsopgørelse i udligningssammenhæng. Baggrunden for at kriteriet ikke længere anvendes i den sammenhæng er en vurdering i Finansieringsudvalgets betænkning nr. 1437. Det fremgår heraf, at det fra kommunal side har været anført, at en forholdsvis stor vægt til kriteriet kunne bidrage til en situation, hvor det ikke kunne betale sig for en kommune at sætte ressourcer ind på at afsløre socialt bedrageri. Det skyldes, at

¹⁸ Sygehusforbrug i Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sundhedsministeriet, 1999

¹⁹ Betænkning 1361 om kommunernes udgiftsbehov, 1998, redegørelse fra arbejdsgruppe under Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg

²⁰ Gengivet i Samfundsmæssige og sociale forhold, middelevetid og dødelighed, 1994, Middelevetidsudvalget, Sundhedsministeriet

kommunen ville tabe mere i udligningen, end den ville spare i sociale udgifter. Denne problemstilling ved kriteriet er imidlertid ikke til stede for regionerne.

Det fremgår af nedenstående tabel, hvorledes kriterieværdierne og de enkelte regioners andel af kriteriet har udviklet sig gennem de seneste år. Det fremgår, at den største ændring over den fire-års periode vedrører Hovedstaden, som fik forøget sin andel af kriteriet med 0,6 pct.-point fra 2008 til 2009, altså relativt beskedne ændringer.

Tabel 9: Udvikling i kriteriet "antal børn af enlige forsørgere" 2006-2009

Antal børn af enlige forsørgere	Kriterieværdi				Andel af kriteriet				Ændring i pct.-point		
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	06-07	07-08	08-09
Hovedstaden	54.858	55.726	55.354	57.479	33,8	33,7	33,6	34,3	-0,07	-0,06	0,62
Sjælland	24.869	25.179	25.234	25.855	15,3	15,2	15,3	15,4	-0,08	0,11	0,08
Syddanmark	34.109	34.525	34.650	34.973	21,0	20,9	21,1	20,8	-0,12	0,18	-0,21
Midtjylland	33.457	34.523	34.272	34.500	20,6	20,9	20,8	20,6	0,28	-0,05	-0,26
Nordjylland	15.169	15.442	15.050	14.975	9,3	9,3	9,1	8,9	0,00	-0,19	-0,22
I alt	162.462	165.395	164.560	167.782	100	100	100	100	0	0	0

Note: 2006 baserer sig på kriterieværdierne, som de blev opgjort for 2006 i forbindelse med undersøgelsen af stabiliteten i statens bloktilskud til regionerne, marts 2008

Antal enlige over 65 år

Definition af kriteriet

Antallet af enlige i aldersgruppen 65 år og derover som opgjort af Danmarks Statistik pr. 1. januar i beregningsåret.

Kriteriet har tidligere været anvendt i det amtskommunale udgiftsbehov som et mål for belastningen af sundhedsområdet, og det blev videreført i opgørelsen af regionernes udgiftsbehov på sundhedsområdet. I den tidligere amtskommunale udligning indgik sociale kriterier med en samlet vægt på 22,5 pct. Kriteriet "antal enlige over 65 år" indgik i den amtskommunale udligning af udgiftsbehov med en vægt på 48 pct. i beregningen af det sociale indeks.

Af det aldersbestemte udgiftsbehov for regioner fremgår det, at enhedsbeløbet pr. indb. er stigende med alderen, idet sygehusudgifterne pr. indb. er stigende med alderen. Men det kan herudover påvises, at antallet af enlige ældre har et større forbrug af sundhedsydelser end de ikke-enlige personer i de tilsvarende aldersgrupper.²¹ Det er også vist, at indlæggelsessandsynlighederne er gennemgående højest blandt fraskilte og personer i enkestand. Endvidere peger undersøgelser på, at personer, der lever alene har en dårligere sundhedstilstand og kortere levetid.²²

Disse forhold kombineres i det anvendte kriterium. Kriteriet opfanger dermed en udgiftsbelastning, som ikke vil fremgå af de generelle aldersmæssige kriterier.

Det fremgår af nedenstående tabel, hvorledes kriterieværdierne og de enkelte regioners andel af kriteriet har udviklet sig gennem de seneste år. Det fremgår, at der er tale om meget beskedne ændringer i regionernes andel af kriterierne.

²¹ Københavns og Frederiksberg kommuners sygehusudgifter, Sundhedsministeriet, 1992

²² Jf. også kilden anført i ovenstående fodnote.

Tabel 10: Udvikling i kriteriet "antal enlige på 65 år og derover" 2006-2009

Antal enlige på 65 år og derover	Kriterieværdi				Andel af kriteriet				Ændring i pct.-point		
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	06-07	07-08	08-09
Hovedstaden	124.856	124.488	124.208	124.776	31,5	31,3	31,2	31,1	-0,16	-0,13	-0,08
Sjælland	59.566	60.152	60.581	61.392	15,0	15,1	15,2	15,3	0,12	0,08	0,10
Syddanmark	87.490	87.751	87.884	88.416	22,1	22,1	22,1	22,1	0,02	-0,01	-0,02
Midtjylland	80.488	80.901	81.232	81.931	20,3	20,4	20,4	20,4	0,06	0,05	0,03
Nordjylland	44.045	43.992	44.077	44.267	11,1	11,1	11,1	11,0	-0,04	0,00	-0,03
I alt	396.445	397.284	397.982	400.782	100	100	100	100	0	0	0

Note: 2006 baserer sig på kriterieværdierne, som de blev opgjort for 2006 i forbindelse med undersøgelsen af stabiliteten i statens bloktilskud til regionerne, marts 2008

Antal tabte leveår

Definition af kriteriet

Beregnet antal tabte leveår opgjort i forhold til den region, der har den højeste middellevetid, opgøres på grundlag af data fra Statens Institut for Folkesundhed. Kriteriet er opgjort som antallet af tabte leveår i forhold til den region, som over en tiårig periode har haft den højeste middellevetid hos indbyggerne. Antallet af tabte leveår for en given region opgøres som middellevetiden i den region med den højeste middellevetid fratrukket middellevetiden i den pågældende region ganget med antallet af indbyggere i regionen. Forskellen i middellevetider mellem regionerne opgøres med to decimaler. Middellevetiden er beregnet som den forventede gennemsnitlige levetid for en 0-årig i regionen, beregnet ud fra de aldersbetingede dødshyppigheder.

I analyser på sundhedsområdet anvendes dødelighed som indikator for helbredstilstanden. Den forventede middellevetid kan således også i denne sammenhæng betragtes som et udtryk for sundhedstilstanden i regionen – og dermed belastningen af sundhedsvæsenet. I de regioner, hvor middellevetiden er forholdsvis lav, må der således forventes at være en generelt ringere sundhedstilstand hos befolkningen (efter korrektion for alderssammensætning).

Forskellige analyser peger endvidere i retning af, at det for det enkelte individ ikke alene er alderen, der forklarer større udgifter til sundhedsydelser, men nærmere afstanden til dødstidspunktet. En analyse²³ peger således på, at sammenhængen mellem alder og sundhedsudgifter meget vel kan være et resultat af en stærkere sammenhæng mellem afstand til dødstidspunktet og sundhedsudgifterne. Det store sygehusforbrug ligger ifølge denne analyse i en periode på 5-15 år inden dødstidspunktet. Det peger således på, at alderskriterierne ikke alene kan forklare de demografisk betingede forskelle i udgifter til sygehuse.

Middellevetiden opgøres ved at beregne aldersbetingede dødshyppigheder og herudfra en forventet levetid for en 0-årig i regionen. Den beregnede middellevetid er således uafhængig af regionernes alderssammensætning. Det betyder med andre ord, at en f.eks. 65-årig i en

²³ Seshamani & Gray, 2004, A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs, Journal of Health Economics 23, 217-235.

region med lav middellevetid kan have et dårligere helbred end en 65-årig i en region med en relativ høj middellevetid.

Kriteriet medvirker således til, at det socioøkonomiske indeks bliver nuanceret med forhold vedr. sundhedsudgifternes afhængighed af levealder, generelle sundhedstilstand og afstand fra dødstidspunkt.

Kriteriet opgøres ud fra et andet princip end de øvrige kriterier, idet opgørelsen medfører, at én region – den med den højeste middellevetid – får kriterieværdien nul. Dette medfører dels, at regionen med den højeste middellevetid i opgørelsen af udgiftsbehovet ikke tildeles ressourcer efter dette kriterium. Dels medfører det også, at proportionalitet (jf. ovenfor) i kriteriet ikke i fuldt omfang er til stede. Selv om forskellen mellem regionernes middellevetider indsnævres og forskellene regionerne imellem dermed formindskes, vil regionen med den højeste middellevetid stadig få kriterieværdien nul.

Regionen med den højeste middellevetid vil således ikke blive tilgodeset selvom middellevetiden i de øvrige regioner stiger og forskellen regionerne imellem indsnævres.

Det fremgår af nedenstående tabel, hvorledes kriterieværdierne og de enkelte regioners andel af kriteriet har udviklet sig gennem de seneste år. Det fremgår, at den største ændring over den fire-års periode vedrører Hovedstaden, som fik reduceret sin andel af kriteriet med knap 3,0 pct.-point fra 2008 til 2009.

Tabel 11: Udvikling i kriteriet "tabte leveår" 2006-2009

Tabte leveår (2. dec.)	Kriterieværdi				Andel af kriteriet				Ændring i pct.-point		
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	06-07	07-08	08-09
Hovedstaden	1.435.839	1.486.544	1.374.869	1.398.870	54,2	53,5	51,9	48,9	-0,73	-1,59	-2,98
Sjælland	814.014	835.856	840.602	901.370	30,7	30,1	31,7	31,5	-0,66	1,66	-0,21
Syddanmark	224.913	237.170	202.269	274.772	8,5	8,5	7,6	9,6	0,04	-0,90	1,97
Midtjylland	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00
Nordjylland	173.183	219.187	230.789	283.631	6,5	7,9	8,7	9,9	1,35	0,83	1,21
I alt	2.647.949	2.778.757	2.648.529	2.858.643	100	100	100	100	0	0	0

Note: 2006 baserer sig på kriterieværdierne, som de blev opgjort for 2006 i forbindelse med undersøgelsen af stabiliteten i statens bloktilskud til regionerne, marts 2008

Antal personer i udlejningsboliger

Definition af kriteriet

Antallet af personer i udlejningsboliger opgøres på grundlag af en af Danmarks Statistik foretaget boligopgørelse pr. 1. januar i året før beregningsåret. I opgørelsen indgår egentlige beboelseslejligheder samt enkeltværelser, der bliver beboet af personer, som ikke ejer boligen.

Det er tidligere påvist²⁴, at personer, der bor i udlejede boliger, har overvejende større sandsynlighed for at blive indlagt end personer i ejerboliger.

²⁴ Sygehusforbrug i Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sundhedsministeriet, 1999

Det er også vist i en undersøgelse af Dansk Sygehus Institut og Danske Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) fra 1990²⁵, at personer med egen bolig i gennemsnit har et sygehusforbrug, som er 10 pct. mindre end forbruget hos personer i lejerbolig.

Endvidere peges der i en anden rapport²⁶ på, at personer med gode boligforhold (ejerbolig med alle installationer) har lavere dødelighed end personer med dårlige boligforhold (lejerbolig, der mangler en eller flere installationer).

Det fremgår af nedenstående tabel, hvorledes kriterieværdierne og de enkelte regioners andel af kriteriet har udviklet sig gennem de seneste år. Det fremgår, at der er tale om meget beskedne ændringer i regionernes andel af kriterierne mellem årene.

Tabel 12: Udvikling i kriteriet "antal personer i udlejningsboliger" 2006-2009

Antal personer i udlejningsboliger	Kriterieværdi				Andel af kriteriet				Ændring i pct.-point		
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	06-07	07-08	08-09
Hovedstaden	863.807	845.863	838.204	833.274	42,0	42,1	42,0	42,1	0,05	-0,11	0,16
Sjælland	237.616	232.173	232.434	230.569	11,6	11,6	11,6	11,7	-0,01	0,09	0,02
Syddanmark	387.815	378.756	375.846	370.837	18,9	18,8	18,8	18,8	-0,03	-0,03	-0,07
Midtjylland	395.720	388.144	386.430	382.179	19,3	19,3	19,4	19,3	0,05	0,04	-0,03
Nordjylland	169.589	164.554	163.820	160.826	8,3	8,2	8,2	8,1	-0,07	0,02	-0,07
I alt	2.054.547	2.009.490	1.996.734	1.977.685	100	100	100	100	0	0	0

Note: 2006 baserer sig på kriterieværdierne, som de blev opgjort for 2006 i forbindelse med undersøgelsen af stabiliteten i statens bloktilskud til regionerne, marts 2008

Antal familier på overførselsindkomst

Definition af kriteriet

Antallet af familier på overførselsindkomst opgøres af Danmarks Statistik som antallet af familier, hvor mere end 50 pct. af bruttoindkomsten kommer fra midlertidige sociale ydelser. Bopæl og familiestatus er opgjort pr. 1. januar året før beregningsåret. Indkomst er opgjort for året to år før beregningsåret.

Tilknytning til arbejdsmarkedet har betydning for sundhedstilstanden. Dødeligheden blandt personer ude af erhverv kan f.eks. påvises at være højere end gennemsnittet af personer i erhverv.²⁷ Der kan ligeledes påvises en sammenhæng mellem modtagelse af sociale ydelser (f.eks. sygedagpenge, kontanthjælp, uddannelses- og revalideringsstøtte) og dødelighed.

Det er tidligere vist²⁸, at sygehusforbruget er større blandt personer, der modtager kontanthjælp, end blandt personer der ikke modtager kontanthjælp.

²⁵ Gengivet i Betænkning nr. 1361 om kommunernes udgiftsbehov, 1998.

²⁶ Samfundsmæssige og sociale forhold, middellevetid og dødelighed, 1994, Middellevetidsudvalget, Sundhedsministeriet

²⁷ Samfundsmæssige og sociale forhold, middellevetid og dødelighed, 1994, Middellevetidsudvalget, Sundhedsministeriet

²⁸ Sygehusforbrug i Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sundhedsministeriet, 1999 samt AKF Nyt, 2006(4):14-15

Det fremgår af nedenstående tabel, hvorledes kriterieværdierne og de enkelte regioners andel af kriteriet har udviklet sig gennem de seneste år. Det fremgår, at den største ændring over den fire-års periode vedrører Hovedstaden, som fik forøget sin andel af kriteriet med knap 2,6 pct.-point fra 2008 til 2009.

Tabel 13: Udvikling i kriteriet "antal familier på overførselsindkomst" 2006-2009											
Antal familier på overførselsindkomst	Kriterieværdi				Andel af kriteriet				Ændring i pct.-point		
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	06-07	07-08	08-09
Hovedstaden	45.351	47.216	44.022	38.966	37,4	36,6	36,8	39,4	-0,74	0,21	2,59
Sjælland	15.321	16.081	14.530	11.795	12,6	12,5	12,2	11,9	-0,15	-0,32	-0,22
Syddanmark	22.817	25.728	24.140	19.122	18,8	20,0	20,2	19,3	1,16	0,24	-0,85
Midtjylland	25.962	26.881	24.182	18.737	21,4	20,9	20,2	19,0	-0,54	-0,62	-1,28
Nordjylland	11.925	13.003	12.640	10.212	9,8	10,1	10,6	10,3	0,26	0,49	-0,24
I alt	121.376	128.909	119.514	98.832	100	100	100	100	0	0	0

Note: 2006 baserer sig på kriterieværdierne, som de blev opgjort for 2006 i forbindelse med undersøgelsen af stabiliteten i statens bloktilskud til regionerne, marts 2008

Diagnosticerede psykiatriske patienter og diagnosticerede skizofrene patienter

Definition af kriteriet

Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, opgøres på grundlag af data fra Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitet. Dette er defineret ved diagnosekoderne F00-29.

Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, opgøres på grundlag af data fra Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitet. Dette er defineret ved diagnosekoderne F20-29.

I opgørelsen af udgiftsbehovet indgår der to kriterier vedrørende psykiatriske patienter. Kriterierne på psykiatrimrådet er opgjort som antal personer i kontakt med psykiatrien, fastsat i forhold til diagnosticerede psykiatriske patienter og diagnosticerede skizofrene patienter.

Motivationen for kriterierne er, at de – sammen med andre kriterier – vil kunne afspejle sundhedsudgifterne til det psykiatriske område. Det har i flere sammenhænge været påvist, at Hovedstadsregionen har højere udgifter forbundet med det psykiatriske område end det øvrige land.²⁹

Finansieringsudvalget har tidligere³⁰ undersøgt et kriterium opgjort som antal psykiatriske sengedage. Dette kriterium viste sig at have en vis sammenhæng med visse amtskommunale udgiftsområder, men da kriteriet samtidigt blev anset for i et vist omfang at

²⁹ F.eks. i "Rapport om H:S' økonomiske grundlag 2004-2007" fra 2003, udarbejdet af et udvalg med repræsentanter fra H:S, Københavns og Frederiksbergs Kommuner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Finansministeriet og i "Sygehusforbrug i Hovedstadens Sygehusfællesskab", Sundhedsministeriet, 1999.

³⁰ Betænkning nr. 1437, Et nyt udligningssystem, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004

være påvirkeligt, blev det anbefalet, at det ikke anvendes i udligningen eller kun at anvende kriteriet med en beskedne vægt.

Kriterierne vedr. diagnosticerede psykiatriske patienter og diagnosticerede skizofrene patienter vurderes imidlertid ikke på tilsvarende vis at være påvirkelige af regionerne. Kriteriet er baseret på diagnoser, som er givet efter en lægefaglig vurdering og som bl.a. også hermed videreformidles til andre dele af sundhedsvæsenet. Det vurderes derfor, at regionerne i praksis ikke har mulighed for at påvirke diagnosticeringen med det hensyn at påvirke opgørelsen af kriterierne.

Det fremgår af tabel 17 i afsnit 5.1.5, at korrelationen mellem kriteriet om patienter med diagnosen skizofreni og en række andre kriterier er meget høj. Således fremgår det, at kriterierne om personer i udlejningsboliger og antal familier på overførselsindkomst, som samlet har en relativt høj vægt i det socioøkonomiske indeks, har en høj samvariation med kriteriet om patienter med diagnosen skizofreni. Forhold som søges afspejlet med kriterierne om psykisk syge vil således også blive afspejlet med andre kriterier. Dette gælder ikke kun kriterierne om psykiatriske patienter, og det er således også i sidste ende det samlede socioøkonomiske indeks, som skal afspejle de samlede socioøkonomisk betingede udgiftsbehov.

Det fremgår af nedenstående tabel 14, hvorledes kriterieværdierne og de enkelte regioners andel af kriteriet har udviklet sig gennem de seneste år. Det fremgår, at den største ændring i andelen af kriterierne er på under 1 pct. årligt, altså relativt beskedne ændringer.

Tabel 14: Udvikling i kriterierne "antal diagnosticerede psykiatriske patienter" og "psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni" 2006-2009

Diagnosticerede psykiatriske patienter over 10 år	Kriterieværdi				Andel af kriteriet				Ændring i pct.-point		
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	06-07	07-08	08-09
Hovedstaden	46.659	48.106	48.455	48.546	35,5	34,6	34,2	33,7	-0,90	-0,39	-0,53
Sjælland	17.155	17.831	18.135	18.436	13,1	12,8	12,8	12,8	-0,23	-0,02	-0,01
Syddanmark	32.410	35.260	36.133	36.907	24,7	25,4	25,5	25,6	0,70	0,15	0,10
Midtjylland	24.924	26.868	27.620	28.483	19,0	19,3	19,5	19,8	0,36	0,17	0,26
Nordjylland	10.219	10.893	11.232	11.698	7,8	7,8	7,9	8,1	0,06	0,09	0,19
I alt	131.367	138.958	141.575	144.070	100	100	100	100	0	0	0
Psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni over 10 år	Kriterieværdi				Andel af kriteriet				Ændring i pct.-point		
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	06-07	07-08	08-09
Hovedstaden	18.692	19.227	19.353	19.319	42,1	41,9	41,5	40,7	-0,21	-0,39	-0,76
Sjælland	6.075	6.249	6.416	6.643	13,7	13,6	13,7	14,0	-0,07	0,14	0,25
Syddanmark	8.309	8.705	8.950	9.206	18,7	19,0	19,2	19,4	0,25	0,23	0,22
Midtjylland	7.986	8.335	8.469	8.690	18,0	18,1	18,1	18,3	0,17	0,00	0,16
Nordjylland	3.367	3.413	3.475	3.592	7,6	7,4	7,4	7,6	-0,15	0,02	0,12
I alt	44.429	45.929	46.663	47.450	100	100	100	100	0	0	0

Note: 2006 baserer sig på kriterieværdierne, som de blev opgjort for 2006 i forbindelse med undersøgelsen af stabiliteten i statens bloktilskud til regionerne, marts 2008

Indbyggere på øer uden fast forbindelse

Definition af kriteriet

Antallet af indbyggere på øer uden fast forbindelse opgøres på grundlag af en opgørelse fra Danmarks Statistik over antallet af indbyggere på øer pr. 1. januar i beregningsåret.

Baggrunden for kriteriet er, at der kan være ekstra udgifter til transport af patienter samt opretholdelse af et sygehusberedskab på øer. Der kan også henvises til rapporten "Øbeligheden og de kommunaløkonomiske og samfundsøkonomiske problemer på Bornholm".³¹ Det fremgår her bl.a., at Bornholm har højere sygehusudgifter pr. indbygger på grund af blandt andet lav produktivitet, der skyldes at øens befolkningsstørrelse ikke giver mulighed for effektivitet i opgaveløsningen.

Det skal også nævnes, at Bornholms Amtskommune som kompensation for, at amtet efter 1994 ikke længere havde fri indlæggelsesret på Rigshospitalet fik udbetalt et særligt tilskud.³² Herudover modtog Bornholms Amtskommune tilskud fra den egentlige bonuspulje. Disse tilskud blev i forbindelse med sammenlægningen af kommunerne på Bornholm omlagt til udbetaling til den nye Bornholms Kommune som en del af tilskuddet i henhold til tilskuds- og udligningslovens § 22 (93,5 mio. kr. 2002-PL).

³¹ Henning Christoffersen, AKF, 2004.

³² Betænkning 1437 Et nyt udligningssystem, Bind 1, Indenrigs- og Sundhedsministeriets Finansieringsudvalg, 2004.

Det fremgår af nedenstående tabel, hvorledes kriterieværdierne og de enkelte regioners andel af kriteriet har udviklet sig gennem de seneste år. Det fremgår, at ændringerne i regionernes andel af kriteriet kun ændres beskedent, men en maksimal ændring på 0,17 pct.-point for Region Hovedstaden mellem 2007 og 2008.

Tabel 15: Udvikling i kriteriet "antal indbyggere på øer uden fast forbindelse" 2006-2009											
Antal indbyggere på øer uden fast forbindelse	Kriterieværdi				Andel af kriteriet				Ændring i pct.-point		
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	06-07	07-08	08-09
Hovedstaden	43.354	43.253	43.048	42.824	66,7	66,8	66,9	67,0	0,10	0,17	0,09
Sjælland	2.661	2.637	2.516	2.491	4,1	4,1	3,9	3,9	-0,02	-0,16	-0,01
Syddanmark	11.026	10.936	10.844	10.786	17,0	16,9	16,9	16,9	-0,07	-0,02	0,02
Midtjylland	5.793	5.810	5.783	5.721	8,9	9,0	9,0	9,0	0,06	0,02	-0,04
Nordjylland	2.209	2.155	2.125	2.072	3,4	3,3	3,3	3,2	-0,07	-0,02	-0,06
I alt	65.043	64.791	64.316	63.894	100	100	100	100	0	0	0

Note: 2006 baserer sig på kriterieværdierne, som de blev opgjort for 2006 i forbindelse med undersøgelsen af stabiliteten i statens bloktilskud til regionerne, marts 2008

Rejsetid til 18.000 indbyggere

Definition af kriteriet

Gennemsnitlig rejsetid til 18.000 indbyggere ganget med antallet af indbyggere foretages på grundlag af en beregning foretaget af Skov & Landskab, Københavns Universitet. Beregningerne af rejsetider bygger på Danmarks Statistiks opgørelse af natbefolkningen på 100x100 m kvadratnetceller. Befolkningstallene er påfølgende aggregeret til knudepunkter i det anvendte vejnet (VejnetDK). Den gennemsnitlige rejsetid for en borger i en region opgøres som borgerens rejsetid til de målt i tid 18.000 nærmeste medborgere i og uden for regionen. Rejsetiderne opgøres ved at gange den gennemsnitlige rejsetid til et område med 18.000 medborgere med regionens indbyggertal pr. 1. januar i beregningsåret. Rejsetiden er opgjort som kørsel i bil, hvor det antages, at hastigheden følger hastighedsbegrænsningerne. Ved færgeovergang anvendes en sejltid.

Tilgængelighed/befolkningstæthed er tidligere vist at kunne indgå i forklaring af udgifterne på sygehusområdet.³³ Der vil bl.a. i forbindelse med en spredt befolkning være transportudgifter til både sygetransport og akutberedskab, som vil kunne være større end i tætbefolkede områder. Endvidere vil lange afstande og spredt befolkning give udfordringer i forbindelse med tilrettelæggelsen af en effektiv driftsstruktur, idet der vil skulle foretages en afvejning mellem effektiv drift og transportafstande.

"Tilgængelighed" opgøres som borgernes rejsetid til 18.000 medborgere i en analyse af gennemsnitlige rejsetider til forskellige antal medborgere, som Center for Skov og Landskab har foretaget for Indenrigs- og Sundhedsministeriet i tilknytning til betænkning 1437. Den gennemsnitlige rejsetid til 18.000 medborgere i eller uden for en kommune er ganget med antal indbyggere og summeret inden for regioner. Der er i fordelingen på regioner ikke den store forskel på, om der vælges rejsetid til f.eks. 12.000 eller 25.000 i stedet for 18.000.

³³ Betænkning 1437 Et nyt udligningssystem, Bind 1, Indenrigs- og Sundhedsministeriets Finansieringsudvalg, 2004.

Det fremgår af nedenstående tabel, at ændringerne i regionernes andel af kriterierne er meget beskedne mellem årene.

Tabel 16: Udvikling i kriteriet "gennemsnitlig rejsetid til 18.000 ganget med antal indbyggere" 2006-2009

Gennemsnitlig rejsetid til 18.000 ganget med antallet af indbyggere	Kriterieværdi				Andel af kriteriet				Ændring i pct.-point		
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	06-07	07-08	08-09
Hovedstaden	5.889.849	5.896.838	5.908.321	5.941.082	15,8	15,8	15,7	15,8	-0,03	-0,03	0,01
Sjælland	6.431.513	6.475.858	6.512.622	6.539.027	17,3	17,3	17,4	17,3	0,06	0,03	-0,02
Syddanmark	9.741.859	9.759.068	9.792.194	9.832.044	26,1	26,1	26,1	26,1	-0,04	-0,01	-0,03
Midtjylland	9.496.843	9.551.379	9.610.761	9.686.031	25,5	25,6	25,6	25,7	0,07	0,06	0,07
Nordjylland	5.703.092	5.698.260	5.700.483	5.718.929	15,3	15,2	15,2	15,2	-0,06	-0,05	-0,03
I alt	37.263.156	37.381.403	37.524.381	37.717.113	100	100	100	100	0	0	0

5.1.4 Vægtning af kriterier til samlet socioøkonomisk kriterium

Som det fremgår af ovenstående gennemgang af de enkelte socioøkonomiske kriterier, så er der et veldokumenteret grundlag for at medtage socioøkonomiske forhold i beregningen af regionernes udgiftsbehov. Endvidere er det dokumenteret, at kriterierne hver især på grundlag af danske og internationale undersøgelser beskriver forhold, som har betydning for forbruget af sundhedsydelser.

Som tidligere beskrevet er det formålet med beregningen af det socioøkonomiske indeks, at der beregnes en samlet indikator for regionernes socioøkonomiske forhold. I forbindelse med udarbejdelsen af modellen blev det som nævnt i afsnit 3 på grundlag af amternes regnskaber på sundhedsområdet i 2003 (korrigeret for bortfald og ændringer i forskellige tilskudsordninger samt opgaveoverførsler i forbindelse med kommunalreformen) beregnet, hvorledes de valgte kriterier med forskellig vægtning bedst muligt ramte det faktiske udgiftsniveau, idet der dog også blev taget højde for tyngden af særlige udgiftsområder, som enkelte kriterier rettede sig imod. Endvidere indgik robustheden af kriteriet. Som det tidligere er beskrevet, blev denne metode valgt for i videst muligt omfang at ramme det, som kan kaldes et "objektivt" udgiftsniveau.

5.1.5 Regression af kriterier på sygehusforbrug i 2007

For at supplere den foregående gennemgang af kriterierne er foretaget en analyse af kriteriernes samvariation med sygehusforbrug ved at foretaget en simpel regressionsanalyse af kommunefordelte kriterieværdier på en opgørelse af udgifter til sundhedsvæsenet i 2007. Udgifterne er opgjort efter somatisk produktionsværdi fra DRG-systemet, produktionsværdi på det psykiatriske område (sengedags- og besøgstakster) og bruttohonorar på sygesikringsområdet:

- Produktionsværdi for somatik opdelt på betalingskommuner. Produktionsværdien for indlagte er opgjort inkl. genoptræning. Årets takstsystem.
- Produktionsværdi for psykiatri (sengedags- og besøgstakster) opdelt på betalingskommuner. Årets takster.
- Bruttohonorar sygesikring opdelt på betalingskommuner. Årets priser.

Produktionsværdien fra DRG-systemet er baseret på DRG-taksterne, som er gennemsnitstakster for en række forskellige diagnosegrupper.

Sygehusforbruget opgjort som produktionsværdi er opgjort på betalingskommune. Ved at anvende kommunefordelt sygehusforbrug opnås et højere antal observationer end ved kun at anvende data for de fem regioner. Det er dog ikke alle kriterierne der kan opgøres på kommuneniveau. Således foretages regressionsanalysen ikke på kriterierne "indb. på øer uden fast forbindelse" og "rejsetid til 18.000 indb."

Ved at anvende produktionsværdien i forbindelse med analysen opnås, at data vil afspejle den faktiske produktion, der har været i regionen, og ikke udgifterne, som kan påvirkes af flere forskellige regionsspecifikke faktorer. F.eks. er der korrigeret for evt. produktivitetforskelle regionerne imellem. På den anden side vil produktionsværdien ikke afspejle, at samme type behandling vil kunne koste forskelligt alt efter patientens fysiske og sociale ressourcer. Ved at anvende regnskabstal i analysen ville disse forhold blive opfanget. Men det er ikke muligt at opsplitte regionernes regnskab for 2008 på kommuneniveau, og derfor er en sådan supplerende analyse ikke mulig at foretage.

Produktionsværdien i regionerne vil være afhængige af en række faktorer. F.eks. vil regioner med mange ældre alt andet lige have en højere sygehusudgift, idet udgifterne til de ældre er højere end for andre aldersgrupper. Produktionsværdien skal derfor korrigeres for de aldersforskelle, der er mellem regionerne.

Ved at tage sygehusforbruget korrigeret for alderssammensætning på kommuneniveau og korrelere det med kriterieværdierne for de enkelte kommuner, vil der med 98 observationer være mulighed for at vurdere (for det konkrete år 2007) sammenhængen mellem kriterieværdierne og sygehusforbruget korrigeret for alderssammensætning. Ved at opgøre det på kommuneniveau opnås, at der ud fra en statistisk vurdering bedre kan foretages en vurdering af kriteriernes forklaringsværdi.

Det er dog nødvendigt at tage det forbehold, at analysen vil afspejle den sammenhæng, som vil kunne findes mellem udgifter (her: produktionsværdier) og kriterier på kommuneniveau. Disse sammenhænge vil ikke nødvendigvis være identiske med de sammenhænge som måtte være på regionsniveau, og det er jo netop formålet med den regionale finansieringsmodel at beregne et udgiftsbehov for regionerne, ikke udgiftsbehov opdelt på enkeltkommuner. Regressionsanalysen af udgifterne/produktionsværdierne og de kommuneopgjorte kriterieværdier kan således alene anvendes til at sandsynliggøre sammenhænge mellem kriterierne og udgifterne. Kriterierne indgår som beskrevet ovenfor i en beregning af et samlet objektivt udgiftsbehov for regionerne

Alderskorrektion

Til brug for alderskorrektionen er der fra Sundhedsstyrelsen indhentet data for den aldersfordelte forbrug af somatiske, psykiatriske og sygesikringsydelse fordelt på fem-års intervaller. Disse data anvendes også i forbindelse med beregning af grundvægte, som anvendes i den regionale finansieringsmodel for så vidt angår det aldersfordelte udgiftsbehov.

Med udgangspunkt i det kommunefordelte og aldersfordelte sygehusforbrug kan der beregnes et alderskorrigeret sygehusforbrug på kommuneniveau.

1) For hvert aldersinterval beregnes andelen af det samlede forbrug, som aldersintervallet står for. Dette tal kaldes herefter aldersintervallets grundvægt.

2) På grundlag af de enkelte aldersintervallers grundvægte og andel af det samlede indbyggertal beregnes et enhedsbeløb pr. indbygger i de enkelte aldersintervaller ud fra den samlede opgjorte produktionsværdi. Dette enhedsbeløb er udtryk for det gennemsnitlige forbrug pr. indbygger i de enkelte aldersintervaller.

3) For hver kommune multipliceres for hvert aldersinterval det relevante enhedsbeløb med kommunens indbyggertal i aldersintervallet. På denne måde opnås et tal for, hvad kommunens forbrug ville være med den faktiske befolkningssammensætning, men hvis forbruget i aldersintervallet svarer til landsgennemsnittet. Dette kaldes det forventede forbrug.

4) På baggrund af det forventede forbrug beregnes kommunens alderskorrigerede udgifter ved at beregne kommunens andel af det forventede forbrug ganget med 77,5 pct. af de samlede udgifter for hele landet. Dette gøres med baggrund i, at det antages i den regionale finansieringsmodel, at det aldersbestemte udgør 77,5 pct. af de samlede udgifter.

5) Med det faktiske sygehusforbrug og det alderskorrigerede sygehusforbrug opstilles data til en regressionsanalyse af kriterierne i finansieringsmodellen. Sygehusforbruget er opgjort pr. indbygger og kriterieværdierne opstilles ligeledes normeret med relevante indbyggertal.

Kriterier, som indgår i beregningen af det socioøkonomiske indeks, er alle indikatorer på sundhedstilstanden i regionerne og dermed på regionernes udgifter til sygehusvæsenet. Det medfører så også, at der er en vis samvariation i kriterierne, dvs. at kriterierne i deres forklaringskraft af sundhedsudgifterne overlapper hinanden (multikollinearitet). Korrelationen mellem kriterierne er vist i tabellen nedenfor.

Tabel 17: Korrelationsmatrix

	Børn af enlige forsørgere pr. indb.	Antal enlige på 65 år og derover pr. indb.	Antal personer i udlejningsboliger pr. indb.	Antal familier på overførselsindkomst pr. indb.	Antal tabte leveår (kommunefordelt) pr. indb.	Diagnosticerede psykiatiske patienter over 10 år pr. indb.	Psykiatiske patienter med diagnosen skizofreni over 10 år pr. indb.
Børn af enlige forsørgere pr. indb.	1						
Antal enlige på 65 år og derover pr. indb.	0,506	1					
Antal personer i udlejningsboliger pr. indb.	0,784	0,551	1				
Antal familier på overførselsindkomst pr. indb.	0,754	0,625	0,783	1			
Antal tabte leveår (kommunefordelt) pr. indb.	0,529	0,463	0,346	0,619	1		
Diagnosticerede psykiatiske patienter over 10 år pr. indb.	0,429	0,528	0,460	0,446	0,339	1	
Psykiatiske patienter med diagnosen skizofreni over 10 år pr. indb.	0,699	0,600	0,751	0,690	0,480	0,625	1

Det fremgår, at der på kriteriet "børn af enlige forsørgere" er en høj korrelation med kriterierne "personer i udlejningsboliger" og "familier på overførselsindkomst". Endvidere er bl.a. korrelationen mellem "antal personer i udlejningsboliger" og "psykiatiske patienter med diagnosen skizofreni" og "familier på overførselsindkomst" også høje.

Det vil således ikke være muligt at estimere en model, hvor alle kriterierne indgår samtidigt. Flere kriterier vil således i en sådan model blive insignifikante. Det kan i sig selv være en fordel at have samme forhold afspejlet i flere kriterier, dels for i højere grad at kunne opfange variationer mellem regionerne og for at undgå en uforholdsmæssig høj vægt på enkeltkriterier. Det gør modellen mere robust over for udviklingen i kriterierne over tid.

Der er derfor også søgt at eftervise de enkelte anvendte kriteriers forklaringssevne af sygehusforbruget i en række parvise regressionsanalyser, hvor det enkelte kriterium vurderes enkeltvis. På den baggrund kan det enkelte kriteriums forklaringssevne og statistiske signifikans i forklaring af sundhedsudgifterne vurderes.

I nedenstående tabel er vist resultaterne af de parvise regressionsanalyser.

Tabel 18: Resultater fra den parvise regressionsanalyse				
y=udgifter pr. indb., x=aldersfordelte udgifter	Koefficienter	Standardfejl	t-stat	P-værdi
Skæring	3.287,90	1.414,5	2,3	0,02222
Alderskor. pr. indb.	0,88	0,2	5,4	0,00000
Justeret R-kvadreret	0,223			
	Koefficienter	Standardfejl	t-stat	P-værdi
Skæring	-188,32	1.068,77	-0,18	0,86051
Alderskor. pr. indb.	1,01	0,12	8,57	0,00000
Børn af enlige forsørgere pr. indb.	20.397,95	2.099,51	9,72	0,00000
Justeret R-kvadreret	0,606			
	Koefficienter	Standardfejl	t-stat	P-værdi
Skæring	1.392,39	1.327,55	1,05	0,29691
Alderskor. pr. indb.	0,64	0,16	4,10	0,00009
Antal enlige på 65 år og derover pr. indb.	8.689,01	1.770,81	4,91	0,00000
Justeret R-kvadreret	0,373			
	Koefficienter	Standardfejl	t-stat	P-værdi
Skæring	-96,12	1.222,93	-0,08	0,93752
Alderskor. pr. indb.	1,15	0,14	8,41	0,00000
Antal personer i udlejnings-boliger pr. indb.	3.706,73	502,31	7,38	0,00000
Justeret R-kvadreret	0,501			
	Koefficienter	Standardfejl	t-stat	P-værdi
Skæring	1.870,85	1.210,44	1,55	0,12553
Alderskor. pr. indb.	0,93	0,14	6,69	0,00000
Antal familier på overførselsindkomst pr. indb.	71.470,28	11.206,08	6,38	0,00000
Justeret R-kvadreret	0,450			
	Koefficienter	Standardfejl	t-stat	P-værdi
Skæring	3.008,52	1.268,44	2,37	0,01972
Alderskor. pr. indb.	0,82	0,15	5,55	0,00000
Antal tabte leveår (kommunefordelt) pr. indb.	384,96	77,58	4,96	0,00000
Justeret R-kvadreret	0,376			
	Koefficienter	Standardfejl	t-stat	P-værdi
Skæring	3.608,77	1.244,72	2,90	0,00465
Alderskor. pr. indb.	0,66	0,15	4,39	0,00003
Diagnosticerede psykiatriske patienter over 10 år pr. indb.	62.983,77	11.642,64	5,41	0,00000
Justeret R-kvadreret	0,399			
	Koefficienter	Standardfejl	t-stat	P-værdi
Skæring	926,75	1.093,10	0,85	0,39867
Alderskor. pr. indb.	0,97	0,12	7,88	0,00000
Psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni over 10 år pr. indb.	209.582,37	24.002,27	8,73	0,00000
Justeret R-kvadreret	0,564			

Det fremgår af resultaterne i den første model, at forklaringskraften af det alderskorrigerede tal på den faktiske udgift er meget beskeden. Når der så i den næste model også indarbejdes kriteriet om "børn af enlige forsørgere", så stiger forklaringssevnen til 0,60 – altså en betydeligt forbedret forklaringssevne. Det fremgår også, at kriteriet er statistisk signifikant.

Det fremgår af analysen, at alle kriterierne er statistisk signifikante i forklaring af sundhedsudgifterne, og det fremgår, at forklaringssevnen for de enkelte kriterier varierer noget. Det skal i den sammenhæng understreges, at sammenhængen mellem et enkelt kriterium og sundhedsudgifterne ikke nødvendigvis skal være meget høj, idet det ikke er formålet, at et enkelt kriterium kan forklare "hele" variationen i sundhedsudgifterne.

Samlet set vurderes det, at regressionsanalysen af kriterierne viser, at den statistiske analyse underbygger kriteriernes anvendelse i beregningen af det socioøkonomiske udgiftsbehov og dermed understøtter argumentationen og den teoretiske gennemgang af kriterierne i tidligere i afsnittet.

Det er væsentligt at anføre, at regressionsanalysen ikke kan anvendes i forhold til vurdering af kriteriernes interne vægtning. Det skyldes bl.a. den høje korrelation mellem kriterierne samt, at analyserne er foretaget på produktionsværdier (som ikke vil fuldt ud afspejle socioøkonomiske udgiftsbehov) og på kommuneniveau. Det bør ligeledes anføres, som det også er nævnt i indledningen til kapitlet, at sammenvæjningen af de socioøkonomiske kriterier er fastlagt ud fra flere hensyn og med henblik på samlet set ud fra de aldersmæssige og socioøkonomiske kriterier at opnå et mål for regionernes udgiftsbehov på sundhedsområdet. Udvalget vurderer på grundlag af den gennemførte regressionsanalyse, at kriterierne samlet set viser sig at være relevante at inddrage i en opgørelse af regionernes udgiftsbehov.

6. Overvejelser om mulige justeringer

På grundlag af gennemgangen i det foregående kapitel er det muligt at opstille nogle justeringsmuligheder, med henblik på at imødegå de enkelte problemstillinger, som der har kunnet peges på.

Det fremgår af gennemgangen, at der i relation til kriteriet om tabte leveår er god dokumentation for kriteriet, men at der er en vis uhensigtsmæssighed vedr. proportionaliteten i kriteriet, hvilket skal tilskrives den måde, som kriteriet nærmere opgøres på i modellen. Uhensigtsmæssigheden består i det forhold, at der altid vil være en region, som har kriterieværdien nul.

Der er på denne baggrund opstillet et antal alternative opgørelsesmetoder for kriteriet, som alle sigter på i et omfang at adressere proportionalitetsspørgsmålet.

Herudover er der i tilknytning til levetidskriteriet anført den problemstilling, at en høj middellevetid kan være et resultat af netop en særlig indsats på sundhedsområdet (dog antageligt over en længere periode). Derfor er der suppleret med overvejelser omkring indførelse af et nyt kriterium hhv. justering af vægtningen af de socioøkonomiske kriterier.

Udvalget har ikke som sådan vurderet de byrdefordelingsmæssige virkninger af disse mulige ændringer i de socioøkonomiske kriterier.

Endelig har udvalget set på to yderligere overvejelser. Den ene omhandler kriteriet for personer på overførselsindkomst, hvor der er set på en evt. justering af afgrænsningen, idet den nuværende afgrænsning alene medtager personer på midlertidige overførsler. Den anden omhandler vægtningen af kriteriet vedr. øer uden fast forbindelse, hvilket skal ses i lyset af, at omfordelingen via dette kriterium har udviklet sig i forhold til det tilskud, som lå til grund.

Også her vil ændringer dog medføre byrdefordelingsmæssige virkninger, som ikke er vurderet af udvalget.

6.1 Justering af kriteriet tabte leveår

Der er til imødegåelse af problematikken vedrørende proportionalitet set på tre mulige alternative opgørelsesmetoder. Det er dog lagt til grund, at kriteriet som fordelingskriterium samtidig ikke må svækkes væsentligt. Det skal endvidere bemærkes, at levetidskriteriet indgår i et socioøkonomisk indeks, hvor ingen af regionerne med den nuværende metode tilnærmelsesvist får beregnet et indeks på eller tæt ved nul. I 2009 varierede indekset således fra 79 til 124.

Alternativ 1:

Udvalget har bl.a. overvejet et alternativ, hvor opgørelsen af kriteriet ændres, således at den region, som har den højeste middellevetid får tildelt en kriterieværdi, som beregnes ud fra halvdelen af forskellen mellem regionen og regionen med den næsthøjeste levetid. På denne måde sikres, at ingen region tildeles kriterieværdien nul, samtidigt med at der stadig opretholdes en vis spredning mellem regionerne i forhold til den konkrete middellevetid i regionerne. Det kan dog anføres, som en ulempe, at en sådan justering ikke helt adresserer proportionalitetsspørgsmålet, idet regionen med den højeste levetid stadig vil blive tildelt en kriterieværdi, som ikke afspejler variationen mellem alle regionerne.

Tabel 19: Kriterieværdier ved alternativ 1					
	Middelle vetid	Forskel til regionen med den højeste middellevetid - <u>nuværende</u>	Forskel til regionen med den højeste middellevetid, <u>alternativ 1</u>	Kriterieværdi <u>nuværende</u>	Kriterieværdi - <u>alternativ 1</u>
Hovedstaden	76,870	0,850	0,850	1.398.870	1.398.870
Sjælland	76,620	1,100	1,100	901.370	901.370
Syddanmark	77,490	0,230	0,230	274.772	274.772
Midtjylland	77,720	0,000	0,115	0	142.260
Nordjylland	77,230	0,490	0,490	283.631	283.631
I alt				2.858.642	3.000.902

Alternativ 2:

Der er også overvejet et andet alternativ, hvor opgørelsen af kriteriet ændres, således at opgørelsen af tabte leveår foretages i forhold til regionen med den højeste levetid med f.eks. + 0,1 år, +0,2 år eller en anden værdi. Herved opnås, at alle regioner får tildelt en kriterieværdi, og at en eventuel fremtidig indsnævring i spredningen i middellevetiderne mellem regionerne også vil slå igennem på udgiftsberegningsberegningen. Endvidere vil alternativet indebære, at opgørelsen er robust over tid, idet kriteriet beregnes i forhold til et maksimum som fastsættes ud fra regionen med den højeste middellevetid. Det kan bemærkes som en ulempe til dette alternativ, at beregningen af tabte leveår efter dette alternativ altid vil være afhængig af regionen med den højeste middellevetid.

Tabel 20: Kriterieværdier ved alternativ 2					
	Middelle vetid	Forskel til regionen med den højeste middellevetid – <u>nuværende</u>	Forskel til regionen med den højeste middellevetid, <u>alternativ 2</u>	Kriterieværdi <u>nuværende</u>	Kriterieværdi – <u>alternativ 2</u>
Hovedstaden	76,870	0,850	0,950	1.398.870	1.563.443
Sjælland	76,620	1,100	1,200	901.370	983.312
Syddanmark	77,490	0,230	0,330	274.772	394.237
Midtjylland	77,720	0,000	0,100	0	123.704
Nordjylland	77,230	0,490	0,590	283.631	341.515
I alt				2.858.642	3.406.212

Alternativ 3:

I det tredje alternativ opgøres kriteriet, således at tabte leveår opgøres i forhold til landsgennemsnittet + f.eks. $\frac{3}{4}$ år. Herved opnås, at kriterieværdien ikke beregnes i forhold

til en enkelt region (regionen med den højeste middellevetid), men i forhold til et samlet mål for middellevetiden i hele landet. "Overliggeren" i forhold til landsgennemsnittet vil dog nødvendigvis skulle være så høj, at det undgås, at en region over tid vil ramme "loftet", hvilket ville indebære en væsentlig ændring i kriteriet. I de seneste år har middellevetiden i de enkelte regioner som opgjort i udgiftsbehovskriteriet varieret omkring landsgennemsnittet med ca. ½ år. Derfor vurderes en overligger på f.eks. ¾ år som værende rimelig robust over tid. Også her vil en eventuel fremtidig indsnævring i spredningen i levetiderne mellem regionerne også slå igennem på udgiftsbehovsberegningen.

Tabel 21: Kriterieværdier ved alternativ 3

	Middelle vetid	Forskel til regionen med den højeste middellevetid – <u>nuværende</u>	Forskel til landsgennemsnit, <u>alternativ 3</u>	Kriterieværdi <u>nuværende</u>	Kriterieværdi – <u>alternativ 3</u>
Hovedstaden	76,870	0,85	1,11	1.398.870	1.826.759
Sjælland	76,620	1,10	1,30	901.370	1.065.255
Syddanmark	77,490	0,23	0,44	274.772	525.650
Midtjylland	77,720	0,00	0,27	0	334.001
Nordjylland	77,230	0,49	0,67	283.631	387.822
I alt				2.858.642	4.139.487

Note: Opgjort på grundlag af middellevetider anvendt til tilskudsåret 2008, da landsgennemsnittet ikke ved analysens gennemførelse er tilgængeligt vedr. tilskudsåret 2009.

Kriterium for vækst i levetid

Udvalget har i forlængelse af vurderingen af ovenstående alternativer overvejet muligheden for at supplere kriteriet om tabte leveår ved evt. at ændre vægtningen af kriteriet og/eller indføre et nyt kriterium for vækst i levetid.

Evt. justeringer vil også kunne indføres over en periode, således at vægtning og evt. indfasning af et nyt kriterium indarbejdes gradvist.

Der knytter sig dog også herudover forbehold til anvendelse af et sådant kriterium. For det første er en række andre faktorer end sundhedsvæsenets indsats af betydning for væksten i levetiden, herunder ikke mindst kommunernes forebyggende arbejde. For det andet kan de ekstra sundhedsudgifter ved en forøget alder siges allerede at være repræsenteret i de demografiske variable.

Tabel 22: Kriterieværdier ved eksempel på opgørelse af vækst i levetid

	Middellevetid 1996-2005	Middellevetid 1997-2006	Vækst i middellevetid	Indb.	Kriterieværdi
Hovedstaden	76,60	76,87	0,27	1.645.729	444.347
Sjælland	76,41	76,62	0,21	819.427	172.080
Syddanmark	77,27	77,49	0,22	1.194.659	262.825
Midtjylland	77,44	77,72	0,28	1.237.041	346.371
Nordjylland	77,04	77,23	0,19	578.839	109.979
Total				5.475.695	1.335.602

6.2 Justering af kriteriet for familier på overførselsindkomst

Kriteriet om familier på overførselsindkomst er overvejet justeret, således at de ydelsestyper, der er omfattet af opgørelsen udvides.

Den nuværende opgørelsesmetode omfatter midlertidige overførselsindkomster, defineret som visse typer af kontanthjælp, arbejdsløshedsunderstøttelse og sygedagpenge, men hvor aktiverede kontanthjælpsmodtagere ikke indgår.

Endvidere omfatter den nuværende opgørelsesmetode ikke varige overførsel som førtidspension. Som nævnt ovenfor er der undersøgelser, der peger på, at dødeligheden blandt personer ude af erhverv f.eks. kan påvises at være højere end blandt personer i erhverv. Det kunne derfor overvejes at justere kriteriet, således at også varige overførselsindkomster tælles med.

Det fremgår af tabel 23, hvordan en opgørelse af antal personer på de enkelte ydelsestyper fordeler sig mellem regionerne. Opgørelsen adskiller sig fra opgørelsen som indgår i tilskudsberegningen, idet tabellen opregner antal modtagere, som har modtaget en af ydelsestyperne. Kriteriet om "familier på overførselsindkomst" opgøres ved antallet af familier, hvor mere end 50 pct. af bruttoindkomsten kommer fra midlertidige sociale ydelser.

Tabel 23: Regionernes andel af modtagere af forskellige indkomsterstøttende ydelser 2006

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Hele landet	<i>Fordeling af ydelsestyper</i>
Arbejdsløshedsdagpenge	28,4	13,1	21,8	22,7	14,0	100,0	24,8
Sygedagpenge	26,5	16,0	23,0	23,4	11,1	100,0	30,9
Kontanthjælp	36,0	14,5	21,3	18,8	9,3	100,0	11,4
Revalidering	26,1	13,4	24,0	26,2	10,3	100,0	2,3
Førtidspension	26,2	17,1	24,1	21,9	10,6	100,0	23,3
Kommunal aktivering	35,5	18,1	20,6	15,5	10,4	100,0	2,3
AF-aktivering	26,2	16,5	20,7	22,8	13,8	100,0	2,6
Orlovsydelser	30,3	12,1	23,2	25,0	9,4	100,0	0,7
Ledighedsydelse	19,3	15,3	25,7	26,6	13,1	100,0	1,8
I alt	28,1	15,3	22,7	22,3	11,6	100,0	100,0
Familier på overførselsindkomst 2009	39,4	11,9	19,3	19,0	10,3	100,0	-

Det fremgår af tabellen, at den mellemregionale fordeling af antal modtagere inden for hver af ydelsestyperne varierer noget. Udvalget vurderer på den baggrund, at der kan overvejes at justere opgørelsesmetoden af kriteriet, således at f.eks. aktiverede kontanthjælpsmodtagere medtages som midlertidige overførselsindkomster. Aktiverede kontanthjælpsmodtagere må således på en række områder antages at have samme socioøkonomiske status som kontanthjælpsmodtagere, og dette kunne pege i retning af, at disse også bør inddrages i kriterieopgørelsen.

Endvidere vurderer udvalget, at det kan overvejes at udvide overførselsbegrebet, således at også at medtage førtidspension, jf. gennemgangen tidligere i kapitlet. Dette kan begrundes med, at personer på førtidspension er uden tilknytning til arbejdsmarkedet og derfor jf. den teoretiske gennemgang vil have en højere dødelighed.

Udvalget vurderer dog, at en evt. justering af kriteriet skal vurderes nærmere. Det bemærkes, at det er den mere snævre afgrænsning af kriteriet, som har indgået i de beregninger som blev lagt til grund ved modellens indførelse.

6.3 Justering af kriteriet vedr. indbyggere på øer uden fast forbindelse

Kriteriet er, som nævnt ovenfor, bl.a. medtaget med baggrund i et tidligere tilskud vedr. Bornholms Amtskommunes frie indlæggelsesret på Rigshospitalet. I 2009 modtog Region Hovedstaden på dette kriterium knap 280 mio. kr. Hvis kriteriet i stedet blev fordelt efter folketal ville Hovedstaden modtage ca. 125 mio. kr. Således modtager Hovedstaden godt 150 mio. kr. mere på kriteriet. Det kan derfor overvejes at justere vægtningen af kriteriet, således at det i højere grad afspejler det tidligere tilskuds størrelse.

Det bør på den anden side tages i betragtning, at vægtningen af de enkelte kriterier er sket i en samlet proces, jf. ovenfor afsnit 5.1.4.

7. Konklusion/perspektivering

Udvalget har gennemført en analyse og vurdering af de eksisterende socioøkonomiske kriterier, der indgår i fordelingen af bloktilskuddet til regionernes sundhedsopgaver.

Der konkluderes i forhold til det udgiftsgrundlag, som er anvendt til fastsættelse af kriterier og vægte, at der er tale om mindre forskelle mellem det oprindeligt anvendte grundlag og en opdatering af grundlaget med regnskabstal for 2006. Endvidere konkluderes det, at det er vanskeligt at foretage robuste korrektioner vedrørende produktivitet i udgiftsgrundlaget for udgiftsbehovsanalyserne. Forskellen mellem udgiftsgrundlag baserede på amtslige regnskaber og beregnet udgiftsbehov ved fastlæggelse af tilskudsmodellen kan dog tolkes således, at det i et omfang afspejler forskelle i service og produktivitet.

Gennemgangen af de enkelte socioøkonomiske kriterier viser, at der er et veldokumenteret grundlag for at medtage socioøkonomiske forhold i beregningen af regionernes udgiftsbehov. Endvidere vurderer udvalget, at det er dokumenteret, at kriterierne hver især beskriver forhold, som har betydning for forbruget af sundhedsydelse. Vurderingen er foretaget på grundlag af danske og internationale undersøgelser. Gennemgangen viser også, at der er i relation til kriteriet om tabte leveår er god dokumentation for kriteriet, men at der kan peges på en vis uhensigtsmæssighed vedr. proportionaliteten i kriteriet, som kan tilskrives den måde, som kriteriet nærmere opgøres i modellen. Desuden repræsenteres sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med forøgelse af middellevetiden ikke.

Udvalget vurderer på grundlag af den gennemførte regressionsanalyse, at den statistiske analyse underbygger kriteriernes anvendelse i beregningen af det socioøkonomiske udgiftsbehov og dermed understøtter argumentationen og den teoretiske gennemgang af kriterierne.

Udvalget vurderer på baggrund af overvejelser om mulige justeringsmuligheder, at såfremt det skulle vise sig hensigtsmæssigt at foretage justeringer i opgørelsen af det socioøkonomiske udgiftsbehov, kan der principielt peges på forskellige alternative modeller og muligheder.

Således kan nævnes følgende modeller:

- At opgøre kriteriet om tabte leveår, således at kriteriet opgøres i forhold til landsgennemsnittet + f.eks. $\frac{3}{4}$ år. Herved opnås, at kriterieværdien ikke beregnes i forhold til en enkelt region. "Overliggeren" i forhold til landsgennemsnittet bliver dog nødvendigvis så høj, at det undgås, at en region over tid vil ramme "loftet". Det vurderes, at en "overligger" på f.eks. $\frac{3}{4}$ år i den sammenhæng vil være rimelig robust over tid. Der vil dog med denne model kunne være væsentlige byrdefordelingsmæssige forskydninger i forhold til de oprindelige analyser.

- At opgøre kriteriet om tabte leveår i forhold til regionen med den højeste middellevetid + fx 0,1 år, 0,2 år eller en anden værdi. Herved opnås, at alle regioner får tildelt en kriterieværdi. Endvidere vil alternativet indebære, at opgørelsen er robust over tid, idet kriteriet beregnes i forhold til et maksimum som fastsættes ud fra regionen med den højeste middellevetid. Det kan bemærkes som en ulempe til dette alternativ, at beregningen af tabte leveår efter dette alternativ altid vil være afhængig af regionen med den højeste middellevetid.
- At indføre et nyt kriterium for vækst i levetid som delvist supplement til kriteriet om tabte leveår. Hensigten skulle være at repræsentere det udgiftsbehov, som afledes af regionernes opgave med hensyn til generelt at forbedre sundhedstilstanden og middellevetiderne i regionerne. Der knytter sig dog væsentlige forbehold til anvendelsen af kriteriet, herunder den præcise årsagssammenhæng og samspillet med de demografiske kriterier. Desuden er der ikke søgt påvist en statistisk sammenhæng i forhold til de enkelte regioners udgifter.
- At justere opgørelsen af kriteriet om "familier på overførselsindkomst", således at ydelsestyperne, der er omfattet af opgørelsen, udvides. Det kan således principielt overvejes at udvide definitionen af midlertidige sociale ydelser til også at omfatte aktiverede kontanthjælpsmodtagere. Endvidere vurderer udvalget, at definitionen evt. kan udvides således at også førtidspension medtages i kriterieopgørelsen. Udvalget vurderer dog, at en sådan justering bør vurderes nærmere, da der på nuværende tidspunkt ikke foreligger datagrundlaget til at foretage de nødvendige analyser af en sådan udvidelse.

Udvalget har ikke taget stilling til om de enkelte nævnte muligheder og modeller skal gennemføres, idet dette bl.a. vil forudsætte en vurdering af byrdefordelingsmæssige virkninger.

Forretningsudvalgets møde den 15. september 2009

Meddelelse nr. 27.07

Emne: Arbejdstilbud til afvist asylansøger

1 bilag

Fra: Henrik Thorup

Sendt: 29. august 2009 21:52

Til: Vibeke Rasmussen; Helle Ulrichsen

Emne: Spr. vedr. ansættelse af avist asylsøger på Bispebjerg Hospital

Til Direktionen og Vibeke Storm Rasmussen.

Jeg vil bede om, at det omgående gøres klart for alle vore virksomheder, at det ikke kan tillades at man ansætter en avist asylansøger på en af regionens virksomheder. Personen opholder sig her i landet i strid med lovgivningen, som vore virksomheder naturligvis skal overholde. Er man afvist som asylsøger skal man forlade landet, og det er fuldstændig uacceptabelt, at man på Bispebjerg Hospital - efter det oplyste - har ansat en afvist asylansøger der skal tvangsudsendes af Danmark, da han intet har at gøre her i landet. Det kan ikke være regionens opgave at være lovbrydere ved at tilbyde arbejde til udlændinge der er afvist som berettigede til at have ophold her i landet og såfremt der ikke gives en sådan besked til vore virksomheder, vil jeg bede om, at denne sag kommer på dagsordenen på førstkommede regionsrådsmøde. den omtalte person er Irakisk asylsøger og afventer udvisning af Danmark.

mvh

Henrik Thorup

Regionsrådsmedlem
Henrik Thorup

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820 5710
Fax 48 20 57 77
Web www.regionhovedstaden.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 1. september 2009

Kære Henrik

Du har sendt mig en mail, hvor du beder om at der straks bliver sendt besked ud til virksomhederne om, at man ikke må ansætte afviste asylansøgere, fordi de pågældende opholder sig her i landet i strid med loven. Du skriver, at det ikke kan være regionens opgave at være lovbruder ved at tilbyde arbejde til udlændinge, der er afvist som berettigede til at have ophold her i landet.

Jeg er enig med dig i, at loven naturligvis skal overholdes. Efter min opfattelse må det være regionens opgave som arbejdsgiver at påse, at de medarbejdere, der ansættes, har de fornødne kvalifikationer m.v. til at bestride stillingen. Jeg har bedt koncerndirektionen vurdere den konkrete sag, herunder om der er behov for præciserende udmeldinger til systemet. Jeg vender snarest tilbage herom.

Med venlig hilsen


Vibeke Storm Rasmussen

Regionsrådsmedlem
Henrik Thorup

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820 5710
Fax 48 20 57 77
Web www.regionhovedstaden.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 03 SEP 2009

Kære Henrik

Som lovet vender jeg tilbage om sagen vedrørende ansættelse af en afvist irakisk asylansøger.

Koncerndirektionen har nu vurderet den konkrete sag og jeg vedlægger til belysning af sagen den redegørelse, som koncerndirektionen har indhentet fra Region Hovedstadens Psykiatri.

Sagen har givet koncerndirektionen anledning til over for Region Hovedstadens Psykiatri ledelse at præcisere, at det er vigtigt, at regionens overordnede personalepolitiske principper følges. Jeg vedlægger til din orientering en kopi af det brev, som regionsdirektøren har sendt til direktøren for Region Hovedstadens Psykiatri.

Regionsdirektøren har tillige på baggrund af sagen på et møde med virksomhedsdirektørerne tilkendegivet, at alle ansættelser skal være sagligt begrundede og at der derfor skal tilstræbes størst mulig åbenhed i ansættelsesprocessen, herunder ved opslag af stillinger og ved inddragelse af ansættelsesudvalg. Det er ved samme lejlighed præciseret, at der i tilfælde af, at der efter udlændingelovens regler herom fremsættes arbejdstilbud til udlændinge, der opholder sig her i landet uden gyldig opholdstilladelse, skal tages et udtrykkeligt forbehold om, at ansøgeren inden sin tiltrædelse eller snarest derefter kan fremvise gyldig opholds- og arbejdstilladelse.

Med venlig hilsen


Vibeke Storm Rasmussen



NOTAT

Til:

Telefon 45 11 20 00
Direkte 45112016
Fax 45 11 20 07
Mail psykiatri@psv.regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Dato: 1. september 2009

Vedr.: Afvist asylansøgers mulige ansættelse på PC Bispebjerg

Tirsdag den 25. august 2009 bliver Martin Lund af centerchef fra Psykiatrisk Center Bispebjerg Anne Lindhardt orienteret om, at centret har været i dialog med en afvist asylansøger, som har fået tilbudt en stilling som projektmedarbejder på centret på baggrund af en uopfordret ansøgning sendt pr. e-mail den 16. august 2009 til prof. Merete Nordentoft. Martin Lund orienteres om, at denne procedure er lovlig, hvorfor der ikke foretages yderligere.

PC Bispebjerg har gennem et stykke tid arbejdet med et projekt, der blandt andet skal sikre fyldestgørende og korrekt oversat informationsmateriale til patienter og pårørende af anden etnisk herkomst end dansk, herunder oversættelse af informationsmateriale fra dansk til kurdisk/arabisk. Det er af centret vurderet, at ansøger, der er sygeplejerske, på grund af sine gode sprogkundskaber og kendskab til klinisk arbejde, har særligt gode forudsætninger for at bestride stillingen som projektmedarbejder.

Da sagen den 31. august 2009 behandles af pressen, beder direktionen RHPs jurister (i sekretariatet og i HR-afdelingen) undersøge forløbet og legaliteten.

PC Bispebjerg anmodes om at fremsende al dokumentation i sagen til sekretariatet, og der modtages således telefax fra centret på 6 sider bestående af:

- * Forside
- * Fax af 31. august 2009 fra teamleder og psykolog Jens Guldal Rasmussen i OPUS til centret.
- * Kopi af brev til ansøger af 25. august 2009
- * Kopi af den del af ansøgningsblanket om arbejdstilladelse, der skal udfyldes af arbejdsgiveren.

Det er juristernes vurdering, at lovlig ansættelse er betinget af en arbejdstilladelse, og såfremt en sådan foreligger, vil det være muligt at ansætte ansøger.

På den baggrund blev centret bedt om at præcisere skriftligt overfor ansøger, at ansættelsen er betinget af en arbejdstilladelse, hvilket han tidligere er orienteret om mundtligt. Ligeledes blev centret bedt om, at sætte den igangsatte lønforhandling i bero.

Direktør Martin Lund
Region Hovedstadens Psykiatri

Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820 5710
Fax 48 20 57 77
Web www.regionhovedstaden.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 2. september 2009

Vedr. ansættelsestilbud til afvist asylansøger på Psykiatrisk Center Bispebjerg

Region Hovedstadens Psykiatri har på baggrund af en anmodning fra koncerndirektionen fremsendt en redegørelse vedrørende en sag om en afvist irakisk asylansøger. Koncerndirektionen har dags dato drøftet redegørelsen.

Sagen giver koncerndirektionen anledning til over for Region Hovedstadens Psykiatri at præcisere, at regionens personalepolitik og regionens personalepolitiske principper skal følges, herunder at ledige stillinger principielt skal besættes efter åbent opslag, at ansættelsesudvalg nedsættes mv., ligesom besættelse af stillinger naturligvis skal administreres inden for de rammer, som fremgår af lovgivningen og dens forudsætninger.

Koncerndirektionen har noteret sig, at der efter fremsættelse af arbejdstilbud til den pågældende, men inden den forudsatte tiltrædelsesdato, er taget forbehold fra Psykiatrisk Center Bispebjerg om forelæggelse af gyldig arbejds- og opholdstilladelse inden tiltrædelse af stillingen.

Koncerndirektionen finder derfor anledning til at præcisere, at den korrekte fremgangsmåde havde været at tage et sådant forbehold ved arbejdstilbuddets afgivelse.

Med venlig hilsen



Helle Ulrichsen

Forretningsudvalgets møde den 15. september 2009

Meddelelse nr. 27.09.02

Emne: Sundhedskoordinationsudvalget

1 bilag

D A G S O R D E N

SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALGET

Mandag den 14. september 2009

Kl. 8.30

Regionsgården i Hillerød, mødelokale H2

Møde nr. 4

Medlemmer:

Kirsten Lee, Region Hovedstaden
Per Seerup Knudsen, Region Hovedstaden
Nina Berrig, Region Hovedstaden
Leila Lindén, Region Hovedstaden
Bjarne Thyregod, Region Hovedstaden
Birgit Roswall, Gribskov Kommune
Mona Heiberg, København Kommune
Ib Terp, Brøndby Kommune
Helge Friis, Halsnæs Kommune
Jørgen Glenthøj, Frederiksberg Kommune
Praksisudvalgets formand Birgitte Alling Møller
Praksisudvalgets næstformand Dorte Halkjær

Indholdsfortegnelse

	Side:
1. Godkendelse af konklusioner fra seneste møde	3
2. Godkendelse af dagsorden	4
3. Orientering om indsats for at nedbringe forbruget af vanedannende nerve- og sovemedicin	5
4. Orientering om Region Hovedstadens forventede ansøgninger til ministeriet for sundhed og forebyggelsespuljer til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i 2010 - 2012	6
5. Besvarelse af forespørgsel fra Nina Berrig om videnoverførsel i forbindelse med kronisk sygdom	7
6. Overordnet proces- og tidsplan for etablering af sundhedsaftalen 2011 - 2014	8
7. Opfølgning - Forebyggelsespuljerne	11
8. Emner, kriterier og tidsplan for forebyggelsespuljen 2010	13
9. Status vedr. færdigbehandlede patienter, herunder udredningsarbejde aftalt på sundhedskoordinationsudvalgets møde 28. maj 2009	16
10. Drøftelse af ledsagelse af brugere fra de sociale botilbud under hospitalsbehandling	20
11. Etablering af PsykInfo i Region Hovedstaden	21
12. Orientering vedr. almen praksis	23
13. Eventuelt	24

SAG NR. 1

GODKENDELSE AF KONKLUSIONER FRA SENESTE MØDE

SAGSFREMSTILLING

Der forelægges konklusioner fra udvalgets møde den 28. maj 2009 til godkendelse.

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

1. Konklusioner fra mødet den 28. maj 2009

SAG NR. 2

GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Det indstilles, at sundhedskordinationsudvalget godkender den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

KONKLUSION

SAG NR. 3

ORIENTERING OM INDSATS FOR AT NEDBRINGE FORBRUGET AF VANEDANNENDE NERVE- OG SOVEMEDICIN

SAGSFREMSTILLING

På mødet den 28. maj 2009 fik sundhedskoordinationsudvalget en kort skriftlig orientering om nedbringelse af brugen af vanedannende nerve- og sovemedicin primært i Halsnæs Kommune. Sundhedskoordinationsudvalget ønskede en uddybende orientering om mulighederne for at nedbringe brugen.

Praktiserende læge i Gentofte og medicinkonsulent i Region Hovedstaden Mads Klem Thomsen er indbudt til at redegøre for den samlede anvendelse i hovedstadsregionen og metoder til at nedbringe forbruget.

Regionsadministrationen vil på mødet orientere om muligheden for i samarbejde med kommunerne at nedbringe forbruget af vanedannende medicin hos beboere i ældreboliger og plejecentre finansieret af resterende midler i forebyggelsespuljen for 2009.

KONKLUSION

SAG NR. 4

ORIENTERING OM REGION HOVEDSTADENS FORVENTEDE ANSØGNINGER TIL MINISTERIET FOR SUNDHED OG FORBYGGELSESPULJER TIL EN FORSTÆRKET INDSATS FOR PATIENTER MED KRONISK SYGDOM I 2010 - 2012

SAGSFREMSTILLING

Sagsfremstilling kan ikke udarbejdes, da Region Hovedstaden endnu ikke har afsluttet vurderingen af de foreliggende projektforslag, og de forventede ansøgninger til kronikerpuljerne derfor ikke er formuleret.

KONKLUSION

SAG NR. 5

**BESVARELSE AF FORESPØRGSEL FRA NINA BERRIG OM VIDEN-
OVERFØRSEL I FORBINDELSE MED KRONISK SYGDOM**

SAGSFREMSTILLING

Sagsfremstilling kan ikke udarbejdes, da det indholdsmæssige svar har sammenhæng med sag nr. 4 på dagsordenen.

KONKLUSION

SAG NR. 6**OVERORDNET PROCES- OG TIDSPLAN FOR ETABLERING AF SUNDHEDSAFTALEN 2011 - 2014**

SAGSFREMSTILLING

Den administrative styregruppe under sundhedskoordinationsudvalget er nu påbegyndt arbejdet frem mod udarbejdelsen af næste generations sundhedsaftale. I den forbindelse skal her redegøres for de formelle rammer for arbejdet, de foreløbige overvejelser om form og indhold samt forslag til proces- og tidsplan.

De formelle rammer - bekendtgørelse og vejledning

Den nye bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (nr. 778 af 13/08/2009) er nu kommet, ligesom Sundhedsstyrelsens vejledning på området er udkommet. Følgende er værd at fremhæve:

- Sundhedsstyrelsens krav om anvendelse af en bestemt skabelon er væk. Det enkelte sundhedskoordinationsudvalg gives derfor langt større frihed til selv at fastlægge form og struktur på den næste sundhedsaftale
- Bekendtgørelsen indeholder fortsat seks obligatoriske indsatsområder, men med to væsentlige ændringer:
 1. De to tidligere indsatsområder "Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter" og "Indlæggelsesforløb" er nu lagt sammen til ét fælles indsatsområde under overskriften "Indlæggelses- og udskrivningsforløb".
 2. Opfølgning på "Utilsigtede hændelser" er kommet til som nyt selvstændigt indsatsområde

De fire øvrige indsatsområder udgøres fortsat af "Træningsområdet", "Behandlingsredskaber og hjælpemidler", "Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse" samt "Indsatsen for mennesker med sindslidelser"

- De obligatoriske krav inden for det enkelte indsatsområde er fastlagt inden for en række tværgående temaer: Arbejdsdeling og samarbejde, koordination og kommunikation, kapacitetsstyring samt opfølgning på aftalen
- Deadline for indsendelse af sundhedsaftalen til godkendelse i Sundhedsstyrelsen er fastsat til den 31. januar 2011

Foreløbige overvejelser om form og indhold

Med udgangspunkt i dels den nye bekendtgørelse og vejledning, dels erfaringerne med den første sundhedsaftale har den administrative styregruppe på et opstartsseminar i august 2009 diskuteret mål, indhold og opbygning af anden generations

sundhedsaftale. Drøftelserne førte indledningsvist til enighed om følgende generelle elementer:

- Den næste sundhedsaftale skal indeholde såvel nogle fælles politiske pejlemærker, der udstikker de overordnede rammer for det tværsektorielle samarbejde, som en mere operationel del, der udmønter og konkretiserer rammerne
- Omdrejningspunktet i den næste sundhedsaftale skal – helt i tråd med Sundhedsstyrelsens intentioner – være sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet. Patienter og borgere skal tilbydes en koordineret indsats fra alle relevante regionale og kommunale aktører samt almen praksis
- Også opbygningen af selve aftalen vil det være hensigtsmæssigt at gøre mere forløbsorienteret med fokus på både generelle forløbstemaer og særlige målgrupper. Et generelt forløbstema kan for eksempel være indlæggelse og udskrivning, mens særlige målgrupper kunne være børn eller patienter med kronisk sygdom. Supplerende til temaerne under sammenhængende forløb vil der være en række forløbsunderstøttende indsatser, der går på tværs af forløbene, for eksempel utilsigtede hændelser, kompetenceudvikling og IT/elektronisk kommunikation. Endelig kan der være en række særlige indsatsområder, som kommune og region ønsker at samarbejde omkring for eksempel forskning eller ulighed i sundhed
- Der ønskes i højere grad indbygget en kvalitetstankegang i den næste sundhedsaftale med henblik på at skabe øget fokus på målstyring, monitorering og opfølgning. I forlængelse heraf bør der skelnes skarpere mellem de påkrævede udviklingsprojekter og den løbende driftsmonitorering, der især skal følge implementeringen af allerede udviklede elementer. Snitfladekataloget på genoptræningsområdet er et eksempel fra den nuværende aftale på et udviklingstiltag, der nu skal følges op på ligesom data på andelen af færdigbehandlede patienter på hospitalerne udgør en løbende driftsmonitorering
- Erfaringerne fra første generations sundhedsaftaler tilsiger, at en synligere samlet fokusering på forventningerne til almen praksis er hensigtsmæssig, og den næste sundhedsaftale bør derfor indeholde et separat afsnit med disse målsætninger
- Endelig skal næste sundhedsaftales indhold i høj grad være fælles for regionen og alle kommunerne, således at der kun i begrænset omfang opleves behov for at indgå sær aftaler mellem den enkelte kommune og regionen

Forslag til proces- og tidsplan

På baggrund af tidsfristen for indsendelse af sundhedsaftalen til godkendelse i Sundhedsstyrelsen den 31. januar 2011 har den administrative styregruppe udarbejdet vedlagte proces- og tidsplan.

Administrationen vil have materiale klar ultimo februar 2010 med henblik på politiske midtvejsbehandlinger i marts og april 2010 i de nyvalgte kommunalbestyrelser og regionsråd, så de får mulighed for tidlig indflydelse på den endelige sundhedsaftale. Herefter færdiggør administrationen det endelige oplæg til en ny sundhedsaftale, der skal foreligge ultimo juni 2010. Hele anden halvdel af 2010 er afsat

til individuelle forhandlinger med de enkelte kommuner/kommuneklynger og endelig politiske behandlinger i regionsråd og kommunalbestyrelser.

Den administrative styregruppe er overordnet ansvarlig for den administrative proces frem mod næste sommer og vil undervejs i forløbet påtage sig forskellige roller:

- September – november 2009: Styregruppen formulerer mål og succeskriterier, struktur og indhold for sundhedsaftalens grundaftale. Resultatet forelægges på sundhedskoordinationsudvalgets møde i november.
- November 2009 – februar 2010: Styregruppen er projektstyrende i forhold til involvering af de faglige spidskompetencer, der skal indholdsudfylde den overordnede ramme (eksisterende arbejdsgrupper, samordningsudvalg eller andre)
- Maj – juni 2010: Styregruppen påtager sig det overordnede redaktionelle ansvar for færdiggørelsen af administrationens oplæg til sundhedsaftalens grundaftale

Det indstilles,

- **at** sundhedskoordinationsudvalget godkender ovenstående overordnede tids- og aktivitetsplan som grundlag for udarbejdelse af sundhedsaftalen 2011 – 2014.

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

1. Bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler
2. Proces- og tidsplan

SAG NR. 7**OPFØLGNING - FOREBYGGELSESPULJERNE**

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget har på mødet den 28. maj 2009 bedt om, at der på mødet den 14. september 2009 fremlægges en orientering om afsluttede forebyggelsesprojekter.

Regionsrådet i Region Hovedstaden har i årene 2007, 2008 og 2009 udbudt en pulje til samarbejdsprojekter vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme. Puljen har været på henholdsvis 5,0, 5,6 og 5,8 mio. kr. Det er sundhedskoordinationsudvalget, der har besluttet de nærmere rammer og vilkår for ansøgninger til puljen.

Formålet med puljerne er at understøtte det regionale samarbejde med kommunerne om sundhedsfremme og forebyggelse i gråzonen mellem den kommunale og den regionale opgavevaretagelse.

I **Forebyggelsespuljen 2007** fik 17 projekter tildelt midler. 9 projekter er afsluttet. For de resterende 8 projekter er der lavet aftaler om indsendelse af afrapporteringer. Udsættelserne af afslutning af projekterne skyldes dels strejken på sundhedsområdet i 2008 og udskiftning af projektmedarbejdere.

Afsluttede projekter:

- Sundhedskoordinering med målgruppen indlagte personer med KOL og diabetes type 2
- Styrkelse af brugen af egne ressourcer hos borgere med KOL og diabetes type 2
- Udgående akutteam
- Kommunal implementering af forløbsprogrammer
- Patientskoler KOL og diabetes type 2
- Rehabilitering af borgere med anden etnisk oprindelse med diabetes type 2 i Sundhedscenter Nørrebro
- Kost- og motionsforløb for børnefamilier med diabetes type 2
- Optimering af indsatsen ved diabetes type 2 og kvalitetssikring af den forebyggende, behandlingsmæssige og rehabiliterende indsats
- Et skub til din sundhed

Projekterne er beskrevet i vedlagte notat.

I **Forebyggelsespuljen for 2008** fik 9 projekter bevilliget midler. Projekterne er endnu ikke afsluttet.

I **Forebyggelsespuljen for 2009** fik 8 projekter midler. Projekterne er endnu ikke afsluttet.

I løbet af efteråret oprettes et projektkatalog over både igangværende og afsluttede projekter. Projektkataloget vil blive tilgængeligt fra regionens hjemmeside.

Det indstilles,

at orienteringen tages til efterretning.

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

1. Notat vedrørende opfølgning på forebyggelsespuljerne

SAG NR. 8**EMNER, KRITERIER OG TIDSPLAN FOR FOREBYGGELSESPULJEN 2010**

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget har på mødet 28. maj 2009 bedt om, at der på mødet 14. september 2009 fremlægges forslag til kriterier for anvendelsen af forebyggelsespuljen for 2010.

I Region Hovedstadens budgetforslag for 2010 indgår på ny en pulje til samarbejdsprojekter vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme. Puljen er i 2010 på 5,8 mio. kr. (i 2009-priser). Puljens frigivelse afhænger af den endelige budgetvedtagelse den 22. september 2009.

Formålet med puljen er at understøtte det regionale samarbejde med kommunerne om sundhedsfremme og forebyggelse i gråzonen mellem den kommunale og den regionale opgavevaretagelse.

Forslag til emner indenfor hvilke der kan ansøges

1. Støtte til sikring af sammenhæng mellem sektorerne i forbindelse med implementering af forløbsprogrammer for kronisk syge og særlige indsatser over for ældre medicinske patienter
2. Forebyggende indsatser over for børn og unge i risikogrupper med fokus på arbejdet med KRAM-faktorerne i snitfladen mellem den borgerrettede og patientrettede forebyggelse
3. Samarbejdsprojekter indenfor det psykiatriske område, herunder projekter vedrørende børn af psykisk syge
4. Praksisområdet - Udvikling af praksisfællesskaber og organisationsudvikling
5. Støtte til modning af tværsektorielle samarbejdsprojekter om forebyggelsesindsatser i gråzonen mellem den kommunale og den regionale opgavevaretagelse med henblik på ansøgning af projektstøtte i en senere ansøgningsrunde
6. Tværsektorielle samarbejdsprojekter om forebyggelsesindsatser i gråzonen mellem den kommunale og den regionale opgavevaretagelse. Fx forebyggende indsatser inden for bl.a. KRAM-faktorerne blandt patienterne
7. Patientsikkerhed i forbindelse med sektorovergange

Kriterier for tildeling af midler

Projekterne skal bygge på evidens. Projekterne skal være økonomisk selv bærende efter projektperioden, så videreførelse er sikret. Der kan ydes støtte til projekter, der genererer ny, anvendelig og systematiseret viden, der let kan deles mellem flere aktører i hovedstadsregionen, og til projekter, hvor kendt viden implementeres eller spredes. Af projektbeskrivelsen skal fremgå, hvordan man vil sikre projektets

forankring, indgå i viden deling samt planer for videreførelse af projektet efter projektperiodens ophør.

Der ønskes projekter med en vis volumen. Volumen kan blandt andet opnås gennem samarbejdsprojekter imellem flere kommuner. Projekter med et samlet budget på over 200.000 kr. vil blive foretrukket. Projekterne skal have aktivitetsmæssig tyngde i 2010 og 2011.

Faglig kvalitetssikring

For at sikre en registrering og systematiseret erfaringsopsamling vil et fælles regionalt/kommunalt vurderingsudvalg vurdere projektansøgningerne inden endelig godkendelse i sundhedskoordinationsudvalget. Projektansøgningerne vil blive bedømt i forhold til det tværsektorielle samarbejde, projekternes design, beskrivelsen af projekternes formål og mål, beskrivelsen af metoden og evaluerings- og implementeringsovervejelser. Det anbefales, at Vurderingsudvalget fra forebyggelsespuljen for 2009 også vurderer projekter i Forebyggelsespuljen for 2010.

Ansøgerkreds

Kommuner, hospitaler og almen praksis. Da puljen skal understøtte samarbejdet mellem den kommunale og den regionale opgaveløsning, skal der som minimum indgå to af parterne som ansøgere.

Ansøgninger fra hospitaler skal være formuleret i fællesskab med en eller flere kommuner. Almen praksis kan også indgå i ansøgerkredsen.

Ansøgninger fra en eller flere kommuner skal være formuleret i fællesskab med et hospital. Almen praksis kan også indgå i ansøgerkredsen.

Ansøgninger fra almen praksis skal være formuleret i samarbejde med en eller flere kommuner og/eller hospital.

Samfinansiering/kommunal medfinansiering

En forudsætning for bevilling af puljemidler er, at halvdelen af den samlede projektudgift finansieres af en kommune.

Tids- og procesplan

Efter godkendelse i sundhedskoordinationsudvalget og efter regionens budgetvedtagelse sendes offentliggørelse af forebyggelsespuljen 2010 ud til samordningsudvalgene, kommunerne, hospitalerne, psykiatrien og til praksisområdet. Såfremt regionsrådets budgetvedtagelse nødvendiggør fornyet forelæggelse for sundhedskoordinationsudvalget vil det ske snarest efter den 22. september 2009.

Ansøgningsfristen sættes til 20. december 2009. Projekterne vil herefter blive vurderet i Vurderingsudvalget, således at sundhedskoordinationsudvalget forventeligt kan behandle og så vidt muligt tage stilling til ansøgningerne på deres møde i februar/marts 2010.

Kommunerne kan søge med forbehold for endelig politisk godkendelse.

Det indstilles - under forudsætning af, at regionsrådet i budgettet for 2010 afsætter en forebyggelsespulje svarende til puljen i de tidligere år,

at sundhedskoordinationsudvalget godkender de foreslåede emner

at sundhedskordinationsudvalget godkender de foreslåede kriterier, og
at sundhedskordinationsudvalget godkender den foreslåede tids- og procesplan.

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

1. Ramme for faglig projektvurdering
2. Ansøgningsskema til forebyggelsespuljen 2010
3. Notat om forebyggelsespuljen 2010

SAG NR. 9**STATUS VEDR. FÆRDIGBEHANDLEDE PATIENTER, HERUNDER UDREDNINGSARBEJDE AFTALT PÅ SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALGETS MØDE 28. MAJ 2009**

SAGSFREMSTILLING**Udredningsarbejde**

Sundhedskoordinationsudvalget har på mødet 28. maj 2009 besluttet at igangsætte et udredningsarbejde, som skal afdække problemfelter vedrørende varsling og registrering af patienter, der udskrives fra regionens hospitaler. Arbejdet igangsættes med baggrund i fortsatte problemer med rettidig varsling og korrekt registrering af færdigbehandlede patienter.

I udredningsgruppen indgår repræsentanter fra Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune, Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital og regionsadministrationen. Gruppen fremlægger resultatet af drøftelserne om at afdække problemfelter vedr. varsling og registrering samt forslag til praktiske løsninger i vedlagte notat.

Udredningsgruppen har gennemgået bestemmelserne i sundhedsloven, afregningssystemet, sundhedsaftalen og Sundhedsministeriets brev til KL af 16. april 2009 om præcisering af bestemmelserne. Parterne er grundlæggende enige om tolkning af reglerne og deres indbyrdes sammenhæng, herunder at de nationale regler ikke kan fraviges.

Gennemgangen af ovennævnte bestemmelser viser, at der er brug for et mere nuanceret begrebsapparat vedrørende færdigmelding og varsling, der i højere grad afspejler den kompleksitet hospitalerne og kommunerne oplever i den daglige anvendelse af reglerne. En række komplekse og uforudsigelige udskrivningssituationer dækkes ikke af de gældende formuleringer i Sundhedsaftalen 1.1. Det betyder, at der kan opstå forskellige opfattelser af, hvornår der er registreret og varslet korrekt. Som illustration af kompleksiteten i varslingsopgaven har gruppen drøftet konkrete patientcases (jf. bilag 1).

Parterne er enige om, at egentlige fejl i registrering af færdigbehandlede patienter, skal rettes i de patientadministrative systemer med deraf følgende regulering af betalingen.

Hvor varslingsaftalernes formulering ikke er tilstrækkelig i forhold til f.eks. komplekse patientforløb, gælder sundhedslovens forudsætning om lægelig færdigbehandling som grundlag for opkrævning af betaling.

I Sundhedsaftalen 1.1 omtales alene begreberne færdigbehandling og varsling.

Begrebet **færdigbehandling** er den lægelige afgørelse i henhold til sundhedsloven. Begrebet færdigbehandling skal ifølge ministeriets svar til KL også omfatte de i den sammenhæng nødvendige administrative opgaver. Udredningsgruppen anbefaler, at der opereres med begreber som **udskrivningsparat** og **hjemtagningsparat**. Udskrivningsparat angiver, at patientens forløb også administrativt er tilendebragt på hospitalet, så patienten kan forlade hospitalet med sygeplejerapport, midlertidige hjælpemidler og evt. medicin, jf. fællesbestemmelserne for registrering. Hjemtagningsparat angiver, at hjemmet/kommunen er gjort parat til at modtage patienten. Begreberne er nærmere beskrevet i notatet.

Det er navnlig spørgsmålet om sikring af hjemtagningsparathed, der har givet anledning til uenighed.

Parterne er enige i forståelsen af, at udskrivningsparathed fastlægger tidspunktet for, at opkrævning af ventedagsbetaling begynder. Denne forståelse svarer til Sundhedsministeriets seneste præcisering af reglerne for registrering.

Udredningsgruppen er enig om, at utilstrækkelighed i sundhedsaftalens formuleringer af varslingsaftalernes ikke kan betegnes som fejl i anvendelsen. Den samlede udredningsgruppe anbefaler derfor, at følgende definitioner benyttes og danner afsæt for, hvordan parterne kategoriserer vurderingerne af brugen af varslingsreglerne:

- Korrekt varsling - i henhold til gældende retningslinjer
- Forkert varsling - i henhold til gældende retningslinjer
- Situationer, hvor der ikke kan varsles korrekt - i henhold til gældende retningslinjer

Parterne anbefaler desuden, at der tages højde for ovenstående i formuleringen af næste generation sundhedsaftale.

Der indlægges og udskrives ganske mange patienter fra de 2 hospitaler til de 2 kommuner. Mange af patienterne modtager kommunale ydelser både før og efter udskrivning og er derfor omfattet af varslingsreglerne. I perioden fra januar til juli 2009 er det de 2 hospitalers og 2 kommuners erfaring, at der er sket en fælles udvikling i forståelsen og brugen af reglerne. Denne udvikling har resulteret i, at antallet af færdigbehandlede patienter er reduceret væsentligt. Parterne vil fortsat arbejde på at styrke varslingssamarbejdet. Det vil dog ikke være muligt helt at undgå færdigbehandlingsdage, da der altid vil forekomme komplekse eller uforudsigelige patientforløb, der vil afføde betaling for færdigbehandlingsdage.

Parterne er enige om, at elektronisk kommunikation er en væsentlig forudsætning for den videre udvikling af det gode samarbejde. Der vil i det kommende år ske store ændringer inden for den elektroniske understøttelse af området.

Parterne understreger betydningen af, at der er stor tilgængelighed for kontakt mellem hospital og kommune både telefonisk og personligt. Det gælder ikke mindst i forhold til Frederiksberg Kommune, hvor den officielle kontakttid opleves begrænset, og der ikke findes kommunale udskrivningskoordinatorer, der dagligt kommer på hospitalerne. Frederiksberg Kommune er opmærksomme på disse forhold. Samordningsudvalget vil drøfte, hvordan samarbejdet fremover kan intensiveres.

Terminale patienter udgør et særligt opmærksomhedsfelt. I Sundhedsaftalen 1.1. er det aftalt, at udskrivningsforløb for terminale patienter og patienter med behov for

palliativ indsats tilrettelægges individuelt. Med Sundhedsministeriets præcisering af reglerne skal der ikke opkræves betaling for de terminale patienter, der forbliver indlagt på hospitalet. En udfoldelse af ovenstående skal der derfor arbejdes videre med.

På baggrund af ovenstående anbefaler udredningsgruppen følgende:

- at fokus rettes på, at de gældende varslingsaftaler ikke omfatter komplekse forløb,
- at fokus fortsat rettes på, at hospitalerne overholder varslingsaftalerne, at kommunerne er tilgængelige for den fornødne dialog, og at kommunerne er i stand til at hjemtage patienterne,
- at der som et forsøg på Bispebjerg og Frederiksberg hospitaler udarbejdes lister over ventende færdigbehandlede 2 gange om ugen. Pilotprojektets erfaringer om effekten af udsendelse af ugelister 2 gange om ugen skal vurderes. Derudover ønsker kommunerne, at listerne synkroniseres i deres indhold og opbygning, og
- at udvikling af elektronisk kommunikation og tidstro registrering understøttes.

Status vedr. færdigbehandlede patienter

Der skal i nedenstående datagrundlag for perioden januar-juni 2009 tages højde for, at data fra Amager Hospital ikke er medtaget fra maj til juni på grund af tekniske problemer. Det bevirker, at antallet af afregnede dage og patientkontakter er undervurderet i denne periode.

Der er i perioden januar til og med udgangen af juni måned 2009 afregnet i alt 20.910 dage vedrørende færdigbehandlede patienter fordelt på 2.706 patientkontakter. Det svarer til, at hver af de afregnede patientkontakter i gennemsnit har haft 7,7 dage som færdigbehandlet i hospitalsregi. I 2008 var årsgennemsnit 10,7 dage pr patient.

Tabel 1

Antal afregnede dage og antal CPR pr. måned i 2009

	Antal dage	i pct.	Antal CPR	i pct.	Antal gns dage pr patient
Januar	4.897	23%	529	20%	9,3
Februar	4.261	20%	480	18%	8,9
Marts	3.789	18%	496	18%	7,6
April	2.875	14%	417	15%	6,9
Maj	2.791	13%	388	14%	7,2
Juni	2.297	11%	396	15%	5,8
I alt	20.910	100%	2.706	100%	7,7

Endvidere ses det af tabellen, at der har været flest dage i januar måned, hvilket skyldes, at der sædvanligvis er flere færdigbehandlede patienter i perioder med ferie- og helligdage sammenholdt med det princip for opgørelse af dagene, at de henføres til udskrivningstidspunktet, dvs. at januar måned indeholder et antal dage, der reelt vedrører december måned 2008.

Opgørelsen for juni måned 2009 ligger på et forholdsvist lavt niveau, men der skal tages det forbehold, at der kan forventes efterregulering i opadgående retning i afregningerne for maj og juni måned. Særligt manglede data fra Amager Hospital påvirker data.

Tabel 2 viser antallet af afregnede dage for færdigbehandlede patienter i årets første 6 måneder set i forhold til samme måneder i 2008.

Tabel 2

Sammenligning af antal dage pr. måned i 2009 med samme periode i 2008

Data	2008	2009	Forskel	Ændring i pct.
Januar	5.388	4.897	-491	9,1%
Februar	3.919	4.261	342	-8,7%
Marts	4.131	3.789	-342	8,3%
April	4.729	2.875	-1.854	39,2%
Maj	4.875	2.791	-2.084	42,7%
Juni	5.956	2.297	-3.659	61,4%
I alt	28.998	20.910	-8.088	27,9%

Som det ses af ovenstående tabel, er der i de første 6 måneder af 2009 afregnet godt 8.000 færre dage end samme periode sidste år. Relativt set er der tale om ca. 27,9 pct. færre dage. Igen skal der her tages højde for, at data fra Amager hospital mangler. Holdes data fra Amager hospital ude af begge årene, er der knap 7.300 færre dage i 2009 end i 2008 for perioden januar til juni. Relativt svarende dette til 26,7 pct. færre dage.

Siden årsopgørelsen for 2008 er den totale pct.-andel færdigbehandlede i forhold til sengedagsproduktionen faldet fra 3,5 i 2008 til 2,8 i perioden januar til juni 2009.

I vedlagte 2 bilagstabeller vises den månedlige udvikling i antal afregnede færdigbehandlingsdage fordelt på kommuner og hospitaler.

Det indstilles,

- **at** sundhedskoordinationsudvalget anbefaler, at udredningsgruppens notat lægges til grund for det videre udskrivningssamarbejde, og
- **at** sundhedskoordinationsudvalget tager redegørelsen for udviklingen i antallet af færdigbehandlede patienter til efterretning.

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

1. Notat af 2. september 2009 fra udredningsgruppen med tilhørende bilag
2. Oversigt over udviklingen i antal afregnede færdigbehandlingsdage fordelt på kommuner og hospitaler

SAG NR. 10

DRØFTELSE AF LEDSAGELSE AF BRUGERE FRA DE SOCIALE BOTILBUD UNDER HOSPITALSBEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalgets formand har på foranledning af et regionsrådsmedlem bedt om en drøftelse af ledsagelse af brugere fra de sociale botilbud under hospitalsbehandling.

Beboere uden verbalt sprog på sociale botilbud med begrænsede kognitive funktioner og evt. adfærdsmæssige problemer har brug for at være ledsaget af kendte personer under hospitalsindlæggelse. Ledsagelsen bør derfor komme fra botilbudets personale. Botilbuddene har imidlertid ikke umiddelbart ressourcer til denne ledsagesopgave, da det ledsagende personale skal erstattes på botilbuddet. Hospitalerne har ikke ressourcer eller generel pligt til at betale de med ledsagelsen forbundne omkostninger. Ledsagelsen må i givet fald betales af beboerens hjemkommune. Fremskaffelse af betalingstilsagn må indhentes af botilbuddet, hvilket er tidskrævende og besværligt. Det betyder, at beboere ikke altid får den fornødne ledsagelse.

Problemets omfang i hovedstadsregionen er ikke afdækket.

I den nye vejledning vedr. næste generation sundhedsaftaler kan problemstillingen adresseres, idet der skal være fokus på grupper med særlige behov, hvorunder beboere på sociale botilbud kan ses.

Sagen forelægges til drøftelse.

KONKLUSION

SAG NR. 11**ETABLERING AF PSYKINFO I REGION HOVEDSTADEN**

SAGSFREMSTILLING

Regionsrådet har 24. juni 2009 besluttet, at der skal igangsættes en proces med henblik på at få inddraget kommunerne i etablering af et PsykInfo i Region Hovedstaden. PsykInfo er et psykiatrisk informationscenter, hvor patienter, pårørende og borgere m.fl. kan henvende sig for at få information om psykisk sygdom.

Aktiviteter i PsykInfo kan være: Bibliotek, pjecesamling, månedligt nyhedsbrev, pjecesamling, tema- og debatarrangementer, generel rådgivning (ikke patientrettet) og oplysnings- og undervisningstilbud.

Regionsrådet har besluttet, at det er vigtigt, at kommunerne inddrages aktivt i oprettelsen af PsykInfo, samt at der samarbejdes med såvel PsykiatriFonden som bruger- og pårørendeorganisationerne.

Det foreslås, at PsykInfo i Region Hovedstaden etableres som en selvejende institution, der ledes af en bestyrelse bestående af repræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne. Udgiften på 5 mio. kr. foreslås delt ligeligt med 2,5 mio. kr. til henholdsvis region og kommuner, ligesom kommunernes andel foreslås fordelt efter indbyggertal.

Regionsrådet forelægges et udkast til vedtægter for PsykInfo til godkendelse efter drøftelser med sundhedskoordinationsudvalget og kommunekontaktudvalget. I vedtægterne vil bestyrelsens sammensætning samt ledelse og organisering af arbejdet i PsykInfo være beskrevet nærmere.

Regionens andel på 2,5 mio. kr. er indarbejdet i budget 2009 og overslagsårene. Det er betinget, at den regionale finansiering først udløses, når der er garanti for kommunal medfinansiering.

Region Hovedstadens Psykiatri er initiativtager til etableringen og indgår i bestyrelsen, men har derudover ikke et særligt ansvar for PsykInfo's daglige drift. Den daglige drift varetages af et sekretariat, der ansættes af bestyrelsen. PsykInfo og sekretariatet anbefales placeret i et bynært miljø, fx i København.

Der foreslås desuden nedsat en faglig rådgivningsgruppe med repræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri, kommunerne og bruger- og pårørendeorganisatio-

nerne. Rådgivningsgruppen har til formål at være inspirations- og dialoggruppe, at bidrage til at skaffe ressourcer og at øge opmærksomheden om psykiatrien. Herudover samarbejdes med PsykiatriFonden om formidlings- og kommunikationsindsatsen.

Det indstilles, at sundhedskoordinationsudvalget drøfter sagen og forslag til organisering, herunder hvordan og hvornår forslaget kan realiseres. Sagen sættes herefter på dagsorden til møde i kommunekontaktudvalget den 5. oktober 2009. Sideløbende hermed rettes der henvendelse til alle kommunerne med henblik på en tilbagemelding fra kommunerne om, hvorvidt forslag om etablering af PsykInfo anses som en god ide, herunder om kommunerne vil indgå med finansiering.

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

1. Notat af 20. maj 2009 om etablering af PsykInfo i Region Hovedstaden

SAG NR. 12

ORIENTERING VEDR. ALMEN PRAKSIS

Der vil under punktet blive givet en orientering fra almen praksis.

KONKLUSION

SAG NR. 13

EVENTUELT

Forretningsudvalgets møde den 15. september 2009

Meddelelse nr. 27.09.04

Emne: Det Regionale udviklingsråd

1 bilag

Referat af mødet i Det Regionale Udviklingsråd for Hovedstaden onsdag den 19. august 2009

Til stede var:

Peter Sørensen, formand, Glostrup Kommune
Ulrik Falk-Sørensen, Ballerup Kommune
Eva Roed, Brøndby Kommune
Tina Tving Stauning, Frederikssund Kommune
Svend Gottlieb, Gribskov Kommune
Bjarne Kaspersen Hansen, Herlev Kommune
René Silword, Hillerød Kommune
Helle Adelborg, Hvidovre Kommune
Britt Jensen, Rødovre Kommune
Bente Møller, Region Hovedstaden
Serdal Benli, Region Hovedstaden
Danielle Pröschold, DH (LEV)
Torben Kjær, DH (Dansk Blindesamfund)
Jens Barfoed, DH (HjerneSagen)
Rebecca Rant, DH (Landsforeningen Autisme)
Jonna Karlsson, Skole og Samfund
Hans Schjørmann (suppl.), LAP
Ole Svendsen (suppl.), SAND - Hovedstaden

Afbud fra:

Nils Jensen, Albertslund Kommune
Jens Mikkelsen (suppl.), Albertslund Kommune
Flemming Villadsen, Allerød Kommune
Ole Peter Andersen (suppl.), Bornholms Regionskommune
Bent Belling, Egedal Kommune
Flemming Brank, Frederiksberg Kommune
Erling Schrøder, Gladsaxe Kommune
Michael Medom Hansen, Hørsholm Kommune
Niels Borre, Ishøj Kommune
Mikkel Warming, Københavns Kommune
Thor B. Grønlykke (suppl.), Københavns Kommune
Elise Andersen, Tårnby Kommune
Anette Eriksen, Vallensbæk Kommune
Flemming Wetterstein (suppl.), Vallensbæk Kommune
Susanne Rohde, DH (Danmarks Psoriasisforening)
Ole Hagman, DH (SIND)

Ikke mødt

Poul Gjerka, Dragør Kommune
Hans Nissen, Fredensborg Kommune
Ulla Rasmussen, Furesø Kommune
Erling Hansen, Helsingør Kommune
Vibeke Winther, Høje-Taastrup Kommune
Jens Bruhn, Rudersdal Kommune
Marie-Louise Andreassen, Gentofte Kommune
Jørn Moos, Lyngby-Taarbæk Kommune
Poula Thrane, Halsnæs Kommune
John E. Hansen, Børnesagens Fællesråd
Bo Ørum, Skole og Samfund
Lilian Singh, SVID

1. Orientering fra formand Peter Sørensen

Formanden bød velkommen efter sommerferien.

Der var ingen bemærkninger til referatet af sidste møde i udviklingsrådet eller til dagsordenen for dagens møde.

2. Orientering fra sekretariatet

Sekretariatet orienterede om, at redegørelsen for 2008 blev sendt til ministerierne rettidigt, dvs. inden 1. maj 2009. Selvom rådet på grund af manglende fremmøde ikke var beslutningsdygtigt på mødet den 21. april 2009, kunne redegørelsen indsendes som godkendt af rådet, idet der efter mødet indkom flere skriftlige tiltrædelser af redegørelsesudkastet.

Der orienteredes herefter om, at sekretariatet den 24. august 2009 deltager i et netværksmøde, hvor sekretariaterne fra alle statsforvaltningerne mødes. Man vil her drøfte erfaringer og eventuelle ændringer i skabelonerne.

3. Evaluering af processen omkring UR-redegørelsen for 2008

Under dette punkt på dagsordenen drøftedes bl.a. *STU-reformen*.

Det blev udtrykt undren over, at Undervisningsministeriet ikke i sin redegørelse nævner eller kommenterer på, at STU-reformen vurderes at være uigennemsigtig, dvs. at der ikke foreligger en rigtig/tilstrækkelig beskrivelse af STU-tilbuddene.

Et medlem kunne oplyse, at der ligger mange klager i ministeriet over STU'en, og et andet medlem tilføjede, at STU-reformen efter planen først skal revurderes i 2011. Det blev på denne baggrund besluttet at rette en skriftlig henvendelse til Undervisningsministeriet.

Også *kommunikationscentrene* blev drøftet under dette punkt. Det blev påpeget, at begge ministerier i deres redegørelser nævner, at faldet hos kommunikationscentrene skyldes kommunernes hjemtagelse af opgaven, men at der ikke ses at være dokumentation for dette udsagn.

Det blev nævnt, at udviklingsrådenes redegørelser tilsyneladende har ført til få initiativer fra ministeriernes side. Flere medlemmer påpegede i den forbindelse, at det først er nu, der begynder at ske noget, idet der har været "borgfred" under redegørelsen for 2007 og for 2008. Derfor er det også vigtigt, at opgaven - med at holde øje med og drøfte problemstillinger på området - varetages fremover.

4. KL's aftale med DH og Skole og Samfund

Indledningsvis blev det oplyst, at den mellem KL, DH og Skole og Samfund indgåede aftale går ud på, at der i regionale dialogfora skal afholdes 2 møder årligt, hvor udviklingen og generelle forhold skal drøftes med henblik på at kunne bidrage med forslag til konkrete fokusområder og udvikling. - Der er ikke tale om et beslutningsdygtigt organ.

Formanden bemærkede, at der jo er en række interesseorganisationer, som deltager i udviklingsrådets arbejde, men som ikke indgår i KL's aftale med DH og Skole og Samfund.

Torben Kjær fra DH bemærkede hertil, at der er lagt op til, at også andre interesseorganisationer kan inviteres "til arbejdsgrupper", men at det nok er vigtigt, at disse organisationer holder sig til.

Ole Svendsen fra SAND bemærkede, at det virker som om, de udenforstående interesseorganisationer ikke er velkomne og tilføjede, at det nok er for smalt, hvis de laver deres eget forum.

5. Drøftelse af forløbet frem til redegørelsen for 2009

Det blev aftalt, at formandskabet *eventuelt* aflyser novembermødet. Baggrunden er, at mødet tidligere år primært har drejet sig om de spørgeskemaer, der skulle udsendes til kommunerne, og at der i år påtænkes meget få ændringer i disse.

Formandskabet vender snarest muligt tilbage, om hvorvidt mødet (mandag den 9. november 2009) aflyses eller ej.

6. Drøftelse af KKR's handicapkonference i foråret 2010

Muligheden for at anvende KKR som fora for regionale drøftelser blev kort drøftet.

Det påpegedes af et medlem, at der helst ikke skal være flere fora, der laver det samme.

7. Evt.

Det blev aftalt, at det planlagte møde den 23. august 2010 aflyses, da det er efter indsendelsen af redegørelsen for 2009.

8. Næste møde

mandag den 9. november 2009,

eller hvis november-mødet aflyses, onsdag den 3. februar 2010,

(under alle omstændigheder) kl. 15-17, i "Salen" Kulturhuset Pilegården, Brønshøjvej 17, Brønshøj.

Forretningsudvalgets møde den 15. september 2009

Meddelelse nr. 27.12

Emne: Invitation til tværregionalt erfaringsudvekslingsmøde

1 bilag

Samtlige regioner
Danske Regioners Sundhedsudvalg
Formanden for Danske Regioner
Formanden for Regionernes Lønnings- og Takstnævn
m.fl.

**DANSKE
REGIONER**



14-09-2009

Sag nr. 09/2347

Dokumentnr. 45875/09

Trine Friis

Tel. 35 29 82 01

E-mail: TFR@regioner.dk

**Invitation til tværregionalt erfaringsudvekslingsmøde
onsdag den 7. oktober 2009 på Best Western Scheelsminde, Aalborg**

Der indbydes hermed til tværregionalt erfaringsudvekslingsmøde på sundhedsområdet for repræsentanter fra samtlige regioner, Danske Regioners Sundhedsudvalg og formanden for Regionernes Lønnings- og Takstnævn m.fl.

Hver region kan sende 3-4 politikere samt 2-3 ledende medarbejdere.

Region Nordjylland vil være vært for mødet, der afholdes

**Onsdag den 7. oktober 2009 kl. 12.00 - 17.00
på Best Western Scheelsminde
Scheelsmindevej 35, 9100 Aalborg
Tlf.: 98 18 32 33**

Der serveres frokost fra kl. 12.00 - 13.00.

Det tværregionale erfaringsudvekslingsmøde afsluttes med middag onsdag aften kl. 19.00 på Best Western Scheelsminde. Der vil være velkomstdrink fra kl. 18.30 - 19.00.

Hotelreservation

Side 2

Region Nordjylland har forhåndsreserveret 20 værelser på Best Western Scheelsminde

Ved booking af hotelværelse bedes *reservationsnr. 100115 oplyst* - og booking bedes ske direkte til:

Best Western Scheelsminde

Scheelsmindevej 35

9100 Aalborg

Tlf.: 98 18 32 33

(Danske Regioner har reserveret hotelværelse til formand og næstformand for Danske Regioner samt medlemmerne af Danske Regioners Sundhedsudvalg. Hvis der **IKKE** ønskes overnatning bedes dette meddelt til Jette Lauritsen **senest mandag den 28. september 2009**).

Tilmelding

Der **vedlægges** tilmeldingsblanket til mødet og middagen, der bedes returneret til Danske Regioner, att. Jette Lauritsen, **senest fredag den 25. september 2009**.

Yderligere oplysninger kan endvidere fås hos Jette Lauritsen på mail: JLA@regioner.dk

Med venlig hilsen

Trine Friis