

Fra satspulje til psykiatri

Sammenhængen imellem satspuljebevillinger, udgifter og aktivitet



December 2011

KREVI.



Indholdsfortegnelse

INDLEDNING	4
1.1 Projektets organisation	4
1.2 Behandlingspsykiatriens finansiering.....	5
1.3 Udmøntning af satspuljebevillinger	6
1.4 Analysedesign.....	7
SAMMENFATNING	8
2.1 Satspuljebevillinger, udgifter og aktivitet.....	8
2.2 Regionernes økonomi- og aktivitetsstyring.....	11
DEL 1: UDVIKLINGEN PÅ LANDSPLAN	15
3.1 Ressourcer tilført behandlingspsykiatrien	16
3.2 Udgifter i den regionale behandlingspsykiatri	18
3.3 Aktivitet i den regionale behandlingspsykiatri.....	19
3.4 Kobling af ressourcer, udgifter og aktivitet	22
3.5 Sammenfatning på del 1	25
DEL 2: UDVIKLING PÅ REGIONALT NIVEAU	27
4.1 Udviklingen i ressourcer, udgifter og aktivitet	27
4.2 Kobling af ressourcer, udgifter og aktivitet	32
4.3 Sammenfatning på del 2	39
DEL 3: ANALYSE AF REGIONERNES ØKONOMI OG AKTIVITETSSTYRING	41
5.1 Behandlingspsykiatriens organisering	42
5.1.1 Politisk organisering.....	42
5.1.2 Administrativ organisering	42
5.1.3 Samspil mellem politikere og administration.....	43
5.2 Målfastsættelse og planlægning	44
5.2.1 Psykiatriplaner som langsigtet planlægningsredskab.....	44
5.2.2 Psykiatriplaner og satspuljebevillingernes formål	45
5.2.3 Fortsættelse af satspuljeprojekter	46
5.3 Budgetlægning og decentral udmøntning.....	47
5.3.1 Budgetlægning	49
5.3.2 Aktivitet	49
5.3.3 Satspuljebevillinger i budgetlægningen	50
5.4 Løbende budget- og aktivitetsopfølgning.....	51
5.4.1 Kadence, aktivitetsmål og håndtering af budgetubalance ..	52
5.4.2 Opfølgning på satspuljebevillinger	53

Fra satspulje til psykiatri

ISBN-nr.: 978-87-92258-82-3 (elektronisk version)

Udgivet december af: KREVI - Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut,
Olof Palmes Allé 19, 8200 Århus N, Tlf. 72 26 99 70, post@krevi.dk.

Forfatter/e: Simon Feilberg, Simon Hartwell Christiansen og Marie Kjærgaard

Rapporten kan downloades gratis på www.krevi.dk

Grafisk design: Weltklasse A/S



Indledning

Det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium har i januar 2011 anmodet KREVI om at udarbejde en analyse af behandlingspsykiatrien. Anmodningen er en del af ministeriets bestillingsret, som den står anført i § 3 i KREVI's lovgrundlag.

Behandlingspsykiatrien finansieres i overvejende grad via det statslige bloktilskud til regionerne samt den kommunale medfinansiering. I de seneste år er bevillinger fra satspuljen kommet til at spille en stadig større rolle for behandlingspsykiatriens finansiering. Denne rapport har til formål at give bedre indsigt i sammenhængen imellem tilførte ressourcer, udviklingen i udgifter og aktivitet i behandlingspsykiatrien i perioden fra 2003-2010 med særligt fokus på perioden efter strukturreformen. Desuden belyses eventuelle sammenhænge til regionernes økonomi- og aktivitetsstyring på området - herunder økonomi- og aktivitetsstyring i forhold til ressourcer tildelt behandlingspsykiatrien via satspuljeaftalerne.

1.1 Projektets organisation

Projektet har været forankret i og gennemført af KREVI. Derudover har der været etableret en styregruppe, der havde til formål at kvalitetssikre projektet generelt og i særdeleshed datagrundlaget for nøgletalsanalyserne. Følgegruppen blev sammensat af repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner. Styregruppen har været samlet tre gange i løbet af projektet. Første gang ved projektets opstart, anden gang i forbindelse med afslutningen af dataindsamlingen og indledende bearbejdning af data og sidste gang forud for den endelige afrapportering. Endvidere har der været nedsat en følgegruppe, bestående af repræsentanter fra Danske Regioner samt repræsentanter fra de fem regioner. Følgegruppen har været med til at validere rapporten ligesom følgegruppen har haft lejlighed til at kommentere alle dele af rapporten. Følgegruppen har været samlet tre gange. Endvidere har regionernes repræsentanter bistået KREVI med indsamling af data samt løbende validering af både nøgletal og analyse af interviewmateriale.

1.2 Behandlingspsykiatriens finansiering

Kommunalreformen betød betydelige ændringer i såvel regionernes opgaver som finansiering. Regionernes opgaver er fastlagt på helt overordnet niveau i ”Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab” og kan efter reformen inddeles i tre hovedområder: Sundhed, Regional udvikling samt Social- og specialundervisning. De enkelte områder finansieres jf. ”Lov om regioners finansiering” særskilt, og regionsrådene kan således ikke prioritere midler på tværs af områderne.

Finansieringsmodellen efter kommunalreformen indebærer bl.a., at regionerne ikke, som de tidligere amter, har en selvstændig skatteudskrivningsret, samt at kommunerne er med til direkte at finansiere den regionale opgaveløsning.

Overordnet finansieres sundhedsområdet via tre former for tilskud: Et statsligt bloktilskud, et statsligt aktivitetsafhængigt tilskud og et kommunalt bidrag. Det statslige bloktilskud er fastsat efter en række fordelingskriterier, der afspejler de forskellige udgiftsbehov, der er i regionerne og udgør knap 80 pct. af den samlede finansiering. Det statslige aktivitetsafhængige tilskud udgør ca. 3 pct. af den samlede finansiering. Den kommunale finansiering bestod indtil 1. januar 2012 af et grundbidrag og et aktivitetsafhængigt bidrag. Fra 2012 er kommunernes medfinansiering udelukkende aktivitetsafhængig. Den kommunale medfinansiering udgør i størrelsesordenen 17 pct. af den samlede finansiering.

Rammerne for finansieringen af de regionale sundhedsopgaver fastlægges i de årlige økonomiaftaler imellem Danske Regioner og regeringen. Behandlingspsykiatrien finansieres via det statslige bloktilskud samt den kommunale medfinansiering. Behandlingspsykiatrien er ikke en del af det aktivitetsafhængige tilskud, og mellem stat og region er der således ikke knyttet aktivitetsforudsætninger til budgettet. En stadig stigende del af finansieringen af behandlingspsykiatrien fastlægges imidlertid som en del af de årlige forhandlinger om udmøntningen af satspuljebevillingerne.

1.3 Udmøntning af satspuljebevillinger

Regeringen og en række af folketingets partier indgår hvert år en aftale om udmøntning af satspuljebevillinger på sundhedsområdet, hvor behandlingspsykiatrien som hovedregel er et prioritet område. Satspuljeaftalen indgås hvert år som hovedregel i efteråret og udmøntes endeligt som en del af årets finanslovsaftale. Midlerne fra satspuljen indenfor behandlingspsykiatrien er blevet tildelt på to forskellige måder; via midlertidige puljer og via permanente bevillinger.

De midlertidige puljer udmøntes på baggrund af konkrete ansøgninger til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Midlerne bevilges således til konkrete projekter, hvor Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse følger op på projekterne ved bl.a. aflæggelse af regnskab ved projektets ophør. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har således ansvaret for opfølgning på de midlertidige puljer.

De permanente puljer udmøntes via regionernes almindelige bloktilskud, og bliver således fordelt til regionerne efter den gældende bloktilskuds-nøgle indenfor sundhedsområdet. De permanente midler er typisk målrettet et særligt indsatsområde. Midler givet til udvidede behandlingsrettigheder er endvidere fulgt af lovkrav. Opfølgning på de permanente satspuljebevillinger indgår i den almindelige økonomiopfølgning i regionerne.

Gennem de seneste år har der været en klar tendens til, at satspuljebevillingerne indenfor behandlingspsykiatrien i stigende grad udmøntes som permanente midler. Endvidere har forligspartierne bag satspuljeaftalerne ofte ønsket at videreføre de midlertidige indsatser på det behandlingspsykiatriske område ved at permanentgøre bevillingerne efter projekternes ophør. Satspuljebevillingerne og i særdeleshed de permanente bevillinger er således kommet til at spille en stadig større rolle i finansieringen af behandlingspsykiatrien. I 2003 finansierede satspuljebevillingerne ca. 2,5 pct. af de samlede nettodriftsudgifter. Dette tal steg til 4 pct. i 2007 og yderligere til 9,3 pct. i 2010. Det ses endvidere, at alle satspuljebevillingerne i behandlingspsykiatrien var tidsbegrænsede i 2003. I 2007 var der en næsten lige fordeling på hhv. tidsbegrænsede og permanente midler, og i 2010 udgjorde de permanente bevillinger ca. 85 pct.

1.4 Analysedesign

Med baggrund i ovenstående vil denne rapport indeholde en kortlægning og analyse af satspuljebevillinger tildelt behandlingspsykiatrien samt udviklingen i udgifter og aktivitet i perioden 2003-2010. Endvidere analyseres regionernes økonomi- og aktivitetsstyring på psykiatriområdet med særlig fokus på de permanentgjorte satspuljebevillinger udmøntet på området. Som en del af analysen af økonomi- og aktivitetsstyringen belyses ligheder og forskelle regionerne imellem.

Regionerne har ansvaret for den del af psykiatrien, der vedrører sygdomsbehandling. Det vil sige diagnosticering og behandling af borgere med psykisk sygdom. Kommunerne har til gengæld ansvaret for den socialpsykiatriske indsats, der har som formål at yde hjælp og støtte til sindslidendes hverdag. I dette projekt analyseres udelukkende udviklingen i ressourcer, udgifter og aktivitet indenfor behandlingspsykiatrien hvorfor regionerne udgør analyseenhederne.

Analyserne vil så vidt muligt opdeles på børne- og unge hhv. voksenpsykiatri. Det har ikke været muligt at gennemføre analyserne med et særskilt fokus på retspsykiatrien, da data vedrørende udgifter og aktivitet ikke giver mulighed for denne afgrænsning. Alle regioner har i dag afgrænsede organisatoriske indsatser indenfor retspsykiatrien, men en betydelig del af indsatsen - særligt de ambulante - foregår i almindelige ambulatorier.

Analysen af behandlingspsykiatrien er opdelt i følgende tre dele:

Del 1 er en nøgletalsanalyse, hvor udviklingen i økonomi og aktivitet på landsplan fra 2003-2010 kortlægges og sammenholdes med tilførte midler til området i perioden.

Del 2 er en nøgletalsanalyse, hvor udviklingen i økonomi og aktivitet i hver enkelt region kortlægges i perioden fra 2007-2010 og sammenholdes med tilførte bevillinger i perioden.

Del 3 er en kvalitativ analyse af regionernes økonomi- og aktivitetsstyring af de centralt tilførte bevillinger til regionen.



Sammenfatning

Denne rapport har ved hjælp af nøgletalsanalyser undersøgt sammenhængen imellem tilførte ressourcer, udviklingen i udgifter og aktivitet i den regionale behandlingspsykiatri i perioden fra 2003-2010. Fokus har særligt været på perioden fra 2007-2010 efter strukturreformen og således på regionerne.

Rapporten har endvidere gennem indhentelse af skriftligt materiale samt ved interview med regionerne belyst regionernes økonomi- og aktivitetsstyring i behandlingspsykiatrien. Analysen af regionernes økonomi- og aktivitetsstyring har belyst, hvilke styringsforhold der gør sig gældende i den regionale behandlingspsykiatri, herunder hvorvidt satspuljebevillingernes stigende andel af finansieringen af behandlingspsykiatrien medfører styringsmæssige udfordringer.

Analyserne af regionernes økonomi- og aktivitetsstyring har bl.a. peget på, at formålene i satspuljeaftalerne på det psykiatriske område stemmer overens med de målsætninger og prioriteringer, der fremgår af regionernes psykiatriplaner. Det ses endvidere, at de udmøntede satspuljebevillinger har fungeret som løftestang for igangsættelse af prioriterede indsatser i psykiatrien samt, at indsatserne efterfølgende er permanentgjorte og videreført af regionerne.

2.1 Satspuljebevillinger, udgifter og aktivitet

Tabel 1 og 2 opsummerer centrale resultater fra nøgletalsanalyserne gennemført i rapportens del 1 og 2. Tabel 1 viser nettodriftsudgifter for behandlingspsykiatrien samt tildelte satspuljebevillinger til området i perioden fra 2007 til 2010. Desuden ses udviklingen i satspuljebevillingernes andel af de samlede udgifter i samme periode.

Tabel 1. Tildelte satspuljebevillinger, nettodrifudsudgifter (mio. kr.) 2010-pl samt satspuljebevillingernes andel af nettodrifudsudgifterne (Pct.).

	2007	2008	2009	2010
Tildelte satspuljebevillinger	268	411	396	667
Nettodrifudsudgifter	6.924	7.113	7.196	7.170
Satspuljebevillinger som andel af nettodrifudsudgifter (pct.)	3,9	5,8	5,5	9,3

Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, sygehusenes regnskabsindberetninger.

Anm.: Tildelte satspuljemidler er ekskl. midler udmøntet til psykologbehandling.

I tabellen ses de relative ændringerne i henholdsvis tilførte satspuljebevillinger, nettodrifudsudgifter samt aktivitetsmålene; unikke borgere i behandling, udskrivninger, sengedage og ambulante besøg i perioden fra 2007 til 2010. Tabellen vil danne udgangspunkt for konklusionerne vedrørende nøgletalsanalyserne i rapporten.

Tabel 2. Ændring i satspuljebevillinger, nettodrifudsudgifter og antal unikke borgere i behandling fordelt på regioner. Ændringer fra 2007 til 2010. 2010-pl. Procent.

	Hovedstaden	Sjælland	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Landsplan
Ændring i tilførte satspuljebevillinger	5 %	8 %	9 %	7 %	8 %	6 %
Ændring i nettodrifudsudgifterne	-1 %	16 %	9 %	6 %	5 %	4 %
Ændring i antal unikke borgere i behandling	8 %	9 %	12 %	13 %	15 %	11 %
Ændring i sengedage	-12 %	-5 %	-2 %	5 %	2 %	-5 %
Ændring i udskrivninger	22 %	5 %	7 %	-3 %	2 %	9 %
Ændring i antal ambulante kontakter	2 %	-0,5 %	24 %	11 %	17 %	8 %

Kilde: Egne beregninger

Anm.: Tabellen er ikke et udtryk for et produktivitetsmål, da opgørelser af aktivitet er foretaget på baggrund af bopælsregion og ressourcer og udgifter er henført til borgerens bopælsregion.

Anm.: En del af ændringen i udskrivninger i Region Hovedstaden skyldes ændret registreringspraksis i analyseperioden, hvor registreringer i overnatninger i skadestue ændres fra ambulante til stationære.

Nøgletalsanalyserne peger på følgende centrale betragtninger vedrørende udviklingen i tilførte satspuljebevillinger, nettodriftsudgifter og aktivitet samt koblingen herimellem:

Udviklingen i satspuljebevillinger, udgifter og aktivitet

- *Der er i perioden fra 2003 til 2010 tilført stadigt flere satspuljebevillinger til den regionale behandlingspsykiatri, som således udgør en stadig større andel af den samlede finansiering af behandlingspsykiatrien.*

Flere og flere satspuljebevillinger tildeles permanent. Endvidere er der sket en relativt større tilførsel til børne- og ungdomspsykiatrien sammenlignet med voksenpsykiatrien set i forhold til to specialers samlede udgiftsniveau.

- *Nettodriftsudgifterne til den regionale behandlingspsykiatri er på landsplan steget med 2 pct. fra 2003 til 2006 målt i faste priser og fra 2007 til 2010 med yderligere fire pct.*

Udgiftsstigningen er ikke ens regionerne imellem. I Region Hovedstaden har udgiftsniveauet målt i faste priser stort set ikke ændret sig. I Region Sjælland ses der en markant udgiftsstigning på ca. 16 pct. og i de øvrige regioner udgiftsstigninger på fem til ni pct.

- *Der ses i perioden fra 2007-2010 en øget både stationær og ambulans aktivitet i den regionale behandlingspsykiatri.*

Målt på antallet af unikke patienter har samtlige regioner oplevet en øget aktivitet set over hele perioden. Det ses endvidere, at børne- og ungeområdet løbende prioriteres relativt højere end voksenområdet. Den nationale udvikling dækker over forskelle på det regionale niveau. Region Hovedstaden har oplevet markante stigninger i udskrivninger og samtidigt et fald i sengedage. Samme udvikling ses i Region Sjælland og Region Nordjylland, men ikke så markant. I Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark ses der endvidere betydelige stigninger i den ambulante aktivitet.

Koblingen imellem satspuljebevillinger, udgifter og aktivitet

- *På landsplan er stigningen i tilførte satspuljebevillinger to procentpoint højere end stigningen i nettodriftsudgifterne.*

Der er imidlertid betydelige forskydninger i udmøntningen af satspuljebevillinger og udviklingen i udgifter imellem årene. Der kan således være satspuljebevillinger udmøntet sidst i perioden, som først resulterer i øgede udgifter efter 2010. Udviklingen på landsplan dækker over variation regionerne imellem. I Region Midtjylland og Region Nordjylland er udgifterne steget i stort set samme takt som tilførslen af satspuljebevillinger. I Region Sjælland er udgifterne steget betydeligt mere end stigningen i tilførslen af satspuljebevillinger. I Region Syddanmark ses det, at udgifterne er steget lidt mindre end stigningen i tilførslen af satspuljebevillinger. I Region Hovedstaden gælder det, at nettodriftsudgifterne har været stort set konstante, imens tilførslen af satspuljebevillinger har været stigende.

- *På landsplan er stigning i aktiviteten i den regionale behandlingspsykiatri steget mere end stigningen i tilførslen af satspuljebevillinger målt på både antal unikke borgere i behandling, ambulante besøg og antal udskrivninger. Antallet af sengedage har været nogenlunde konstant.*

Når man ser på unikke borgere i behandling som et samlet mål for både den stationære og ambulante aktivitet, fremgår det, at der er regionale forskelle. I Region Midtjylland og Region Syddanmark ses de største forskelle imellem stigningen i satspuljebevillinger og aktivitet på hhv. seks og syv procentpoint. I Region Sjælland er forskellen mindst med et procentpoint. I både Region Nordjylland og Region Hovedstaden er forskellen på tre procentpoint.

2.2 Regionernes økonomi- og aktivitetsstyring

Analysen af regionernes økonomi og aktivitetsstyring skulle bl.a. undersøge, hvordan satspuljerne indgår i den generelle økonomi- og aktivitetsstyring i regionerne. Helt overordnet kan man konstatere, at de permanente og permanentgjorte satspuljebevillinger i årene efter, at de er blevet udmøntet, indgår i den generelle budgetdisponering og budgetopfølgning. I forbindelse med udmøntningen af midlertidige puljemidler peger regionerne på, at midlerne udmøntes forskudt af den almindelige budgetproces, samtidigt med at ansøgning og forvaltning af disse midler opfattes som unødigt bureaukratisk.

Herudover pegede analysen af regionernes økonomi- og aktivitetsstyring i den regionale behandlingspsykiatri på følgende forhold vedrørende styringen og administration af satspuljebevillingerne.

Organisering og målfastsættelse

- *Psykiatrien organiseres i alle regioner som ét sygehus og dermed én administrativ enhed på samme måde som et somatisk sygehus.*

Der genfindes desuden en nogenlunde ensartet opgave- og ansvarsfordeling mellem koncernøkonomi og psykiatrilæden i de respektive regioner.

- *Samtlige regioner opererer med et ad hoc rådgivende udvalg på psykiatriområdet, der er adskilt fra det somatiske område.*

Der er stor politisk opmærksomhed på og involvering i psykiatrien. Tilpasninger på strukturelt niveau, hvor serviceniveau og tilgængelighed påvirkes, forelægges altid politisk. Flere regioner giver udtryk for, at der er en politisk forventning om, at tilbud igangsæt med en midlertidig satspuljefinansiering, fortsættes efter projektperiodens udløb. Der er således ingen eksempler på, at satspuljeprojekter er nedlagt efter endt projektperiode.

- *Regionernes psykiatriplaner er i høj grad bestemmende for, hvilke indsatser der igangsættes og for, hvilke indsatser der tilpasses og fortsættes.*
Dette gælder også i forhold til indsatser finansieret af satspuljebevillinger. Der er generelt stort sammenfald i målsætningerne i psykiatriplanerne og formålene i satspuljeaftalerne og således også i de indsatser regionerne og partierne bag satspuljeaftalerne ønsker at prioritere.

Budgetlægning og decentral udmøntning

- *Permanente såvel som permanentgjorte satspuljebevillinger indgår i samtlige regioner som en del af psykiatriens samlede budget og udmøntes generelt ubeskåret til psykiatrien, herunder også den kommunale medfinansiering.*
Permanente og permanentgjorte satspuljebevillinger indgår således på lige fod med psykiatriens øvrige midler ifm. budgettilpasninger, effektiviseringer o. lign. Tidsbegrænsede satspuljebevillinger - dvs. projektmidler - indgår ikke i den almindelige budgetramme, men udmøntes i overensstemmelse med konkrete projektansøgninger.
- *Regionerne oplever tidsforskydninger, når tilførte satspuljebevillinger skal omsættes til udgifter.*
Tidspunktet for vedtagelsen af satspuljeaftalen kan betyde forskydninger i udmøntningen af satspuljebevillinger imellem budgetår således, at satspuljebevillinger ikke nødvendigvis omsættes til udgifter i det budgetår, de er umøntet i. Forskydninger kan endvidere skyldes, at det tager tid at foretage nødvendige kapacitetsudvidelser. Rekruttering og fastholdelse af personale er selvstændige udfordringer, der ligeledes kan medføre forskydninger i omsætningen af satspuljebevillinger.
- *Regionerne opfatter administrationen af midlertidige projektmidler som bureaukratisk.*
Ansøgningspuljerne opleves af regionerne som bureaukratiske. Ansøgningspuljerne betyder dels øget administration og dels, at regionerne i et vist omfang skal operere med en ekstra budgetproces vedrørende bevillinger fra satspuljen. Forskydningen fra midlertidige til permanente midler har dog reduceret usikkerheden i budgetlægningen.
- *Tilførslen af permanente samt permanentgjorte satspuljebevillinger medfører i alle regioner en opjustering af aktivitetskravet til psykiatrien.*
Med undtagelse af Region Hovedstaden sker justeringer i aktivitetskrav i umiddelbar forlængelse af ændringer i budgetrammen. I Region Hovedstaden opgøres aktivitetskravet en gang årligt med baggrund i forrige års realiserede aktivitet. Tilførslen af satspuljebevillinger resulterer følgelig i et øget aktivitetskrav året efter, hvis der er realiseret en meraktivitet. Tilførslen af tidsbegrænsede midler medfører en opjustering i det samlede aktivitetskrav til psykiatrien under projektperioden i Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden. I Region Midtjylland og Region Sjælland opjusteres aktivitetskrav først ved en eventuel permanentgørelse efter projektets afslutning.

- *Økonomi- og aktivitetsstyringen kan i fire ud af fem regioner overordnet set betegnes som en ren mål- og rammestyring.*
Psykiatrien tildeles en budgetramme og et aktivitetskrav, der skal realiseres indenfor rammen. I Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark kan manglende aktivitetsopfyldelse medføre en nedjustering af budgettet, mens Sjælland og Hovedstaden i udgangspunktet ikke anvender en sådan budgetkorrektioin. Region Syddanmark har som eneste region en aktivitetsstyringsmodel indenfor det ambulante område, hvor der er afregning for mer- hhv. mindreaktivitet ift. basislinjen afregnet på baggrund af udvalgte DRG-grupper. I de øvrige regioner er der ikke automatisk afregning for meraktivitet.
- *Psykiatriledelsen har i samtlige regioner budgetansvaret for psykiatrien og udgør således det centrale bevillingsniveau.*
Hver region udarbejder et budget med udgangspunkt i forrige års budget. Heri indarbejdes prioriteringer og eventuelle sparekrav. Ydermere arbejder regionerne med stående årlige produktivetskrav typisk på to pct. Dog med undtagelse af Region Midtjylland, der i løbet af analyseperioden indfører produktivetskrav.

Løbende økonomi- og aktivitetsopfølgning

- *Budgetubalancer i psykiatrien håndteres i alle regioner ved dels intensivering af opfølgningen og dels udarbejdelsen af handleplaner til genopretning af balancen i økonomi og aktivitet.*
Den intensiverede opfølgning foregår i alle regioner i form af en tættere dialog og øget kadence i afreporteringen mellem koncernøkonomi og psykiatriledelsen samt i nogle regioner ved opfølgning på afdelingsniveau fra koncernøkonomi.
- *Der er betydelig variation i, hvilke aktivitetsmål der indgår i den løbende økonomi- og aktivitetsopfølgning.*
Ambulante besøg anvendes som aktivitetsmål i samtlige regioner. Udskrivninger anvendes i fire regioner, og tre regioner anvender sengedage i deres opfølgning. Øvrige aktivitetsmål anvendes mere spredt på tværs af regionerne. Det gælder fx skadestuebesøg, hjemmebesøg og unikke borgere.
- *Der gennemføres ikke en særskilt løbende økonomi- og aktivitetsopfølgning på de permanente satspuljebevillinger.*
Det er generelt regionernes vurdering, at en løbende særskilt opfølgning på de permanente satspuljebevillinger dermed ville kræve betydelige administrative ressourcer til økonomistyringen udover de ressourcer, der allerede i dag bruges til at søge til og afreportere på de tidsbegrænsede satspuljeprojekter. Der sker en løbende opfølgning på de tidsbegrænsede projekter primært fra psykiatrien ud på afdelingsniveau. Der sker ikke en særskilt løbende afreportering på de tidsbegrænsede midler.

- *Den løbende opfølgning på de permanente satspuljebevillinger indgår som en del af den almindelige økonomi- og aktivitetsopfølgning.*

Generelt udmøntes permanente satspuljebevillinger som en del af den samlede budgetramme, og der sker således en løbende opfølgning på økonomisiden af satspuljebevillingerne i den almindelige opfølgning. De midlertidige satspuljebevillinger udmøntes ikke under projektperioden som en del af budgetrammen, men konteres separat og indgår således ikke i den almindelige opfølgning, før projektet afsluttes, og der sker en eventuel permanentgørelse. I det omfang tildeelingen af satspuljebevillinger resulterer i opjusteringer af aktivitetskravene i regionerne, indgår aktivitet knyttet til midlerne også i den almindelige aktivitetsopfølgning, jf. ovenstående afsnit om justering i aktivitetskrav.



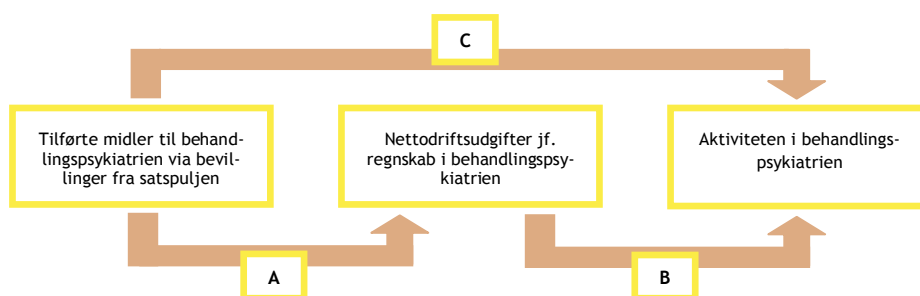
Del 1: Udviklingen på landsplan

Denne del af undersøgelsen er en nøgletalsanalyse, der har til formål at give et samlet overblik over ressourcetilgangen via satspuljebevillinger, udviklingen i udgifter og aktivitet i behandlingspsykiatrien i perioden fra 2003-2010 og særligt efter kommunalreformen i 2007. Konkret undersøges følgende forhold:

- Kortlægning af bevillinger til behandlingspsykiatrien via satspuljebevillinger opdelt dels på permanente bevillinger og tidsbegrænsede bevillinger og dels på børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.
- Kortlægning af de samlede udgifter til behandlingspsykiatrien opdelt på børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.
- Kortlægning af aktiviteten på det psykiatriske område opdelt på børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri fra 2007-2010.
- Udviklingen i bevillinger, udgifter og aktivitet sammenholdes fra 2007-2010 for at opnå et indtryk af, om udviklingen i resourceforbrug er sammenfaldende med udviklingen i ekstra tilførte midler til psykiatrien, samt hvilken indflydelse dette har haft på aktivitetsniveauet.

Nedenstående figur illustrerer de analysevariable og sammenhænge, der vil blive belyst i del 1.

Figur 1. Analyseramme for sammenligning af ressourcer, udgifter og aktivitet



Det skal bemærkes, at behandlingspsykiatrien i denne periode har været underlagt både amtslig og regional styring. Dette giver en række data-mæssige udfordringer på udgifts- og aktivitetssiden. Dels vil der være væsentlige problemer ved en sammenligning af perioden fra 2003-2006 med perioden fra 2007-2010. Dels er der ikke tilgængelige registerdata vedrørende aktiviteten i perioden fra 2003 til 2006. Analysen af aktiviteten vil følgelig afgrænses til perioden fra 2007-2010. Der henvises i øvrigt til bilaget om metode og data metodeafsnittet for en mere udførlig redegørelse for datakilder, variable mv.

3.1 Ressourcer tilført behandlingspsykiatrien

Den regionale behandlingspsykiatri er igennem en årrække i stigende grad blevet tilført nye ressourcer via de årlige satspuljeaftaler. Af nedenstående tabel fremgår den årlige tilførsel af satspuljebevillinger til behandlingspsykiatrien for perioden 2003-2014. Overslagsårene 2012-2014 er inkluderet i oversigten, da de giver en relevant indikation på udviklingen i de tilførte ressourcer i de kommende år.

Tabel 3 viser den samlede tildeling til behandlingspsykiatrien samt tildelingen opdelt på ressourcer til hhv. regionerne og øvrige modtagere. Denne analyses fokus på den regionale behandlingspsykiatri betyder, at de midler, der er givet til øvrige modtagere, ikke indgår i de videre analyser. Satspuljebevillinger til "Øvrige" inkluderer fx midler til psykologbehandling finansieret via sygesikringen, midler til landsdækkende kampagneindsatser gennemført af Sundhedsstyrelsen og evalueringsindsatser på nationalt niveau.

Tabel 3. Satspuljebevillinger tilført behandlingspsykiatrien (mio. kr., 2010-pl)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Samlet tildeling	184	184	277	277	279	422	427	737	983	1323	1328	1322
Regioner	172	172	265	265	268	411	396	667	928	1176	1200	1195
Øvrige	12	12	12	12	11	11	31	70	56	147	128	127

Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2012

Anm.: Tildelte satspuljemidler er ekskl. midler udmøntet til psykologbehandling.

Tabel 3 viser, at tildelingen af satspuljebevillinger til regionerne er steget fra 172 mio. kr. i 2003 til 928 mio. kr. i 2011. Jf. satspuljeaftalen fra 2011 og 2012 udmøntes der yderligere midler i overslagsårene, og i 2014 vil den samlede udmøntning til regionerne være på 1195 mio. kr. Det fremgår af tabel 4, at satspuljebevillingerne er kommet til at udgøre en større og

større andel af finansieringen af den regionale behandlingspsykiatri. I 2003 udgjorde satspuljebevillingerne 2,6 pct. Denne andel af steget stødt og udgjorde i 2010 godt ni pct., målt i faste priser.

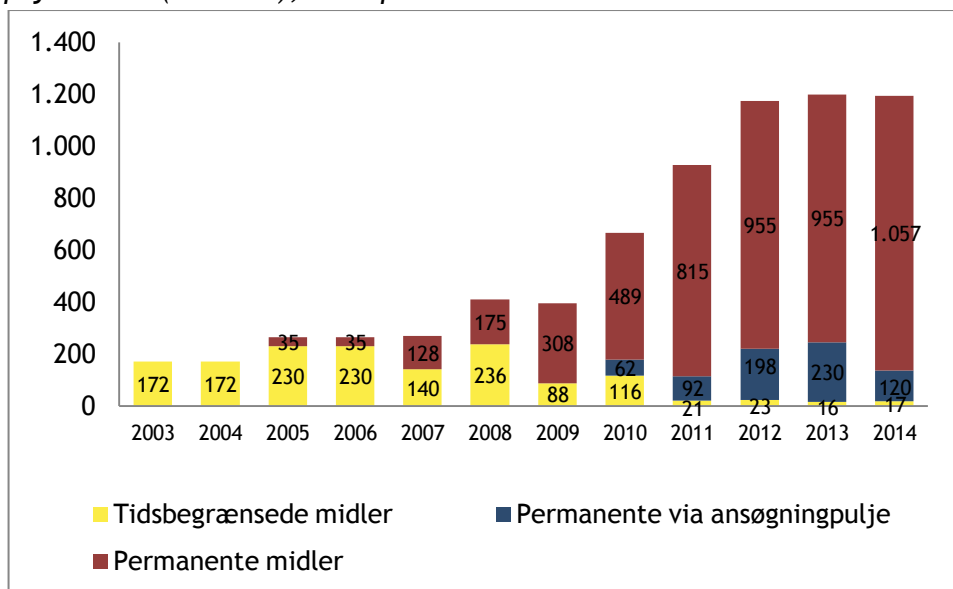
Tabel 4. Satspuljebevillinger i pct. af regionernes nettodriftsudgifter (2010-pl.)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Satspuljebevillinger som andel af regionernes nettodriftsudgifter (pct.)	2,6	2,6	3,9	4,0	3,9	5,8	5,5	9,3

Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2010, En sammenligning af amternes/H:S' aktiviteter på psykiatriområdet og Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet, Regioners økonomi og aktivitet på økonomiområdet 2006 samt sygehusenes regnskabsindberetninger.

Figur 2 illustrerer udmøntningen af satspuljebevillingerne fordelt på hhv. permanente og tidsbegrænsede midler samt midler tildelt permanent, men udmøntet efter ansøgning fra regionerne. Af figuren fremgår det, at de permanente midler er kommet til at udgøre en stadig større andel af den samlede satspuljetildeling. I 2003 blev der udelukkende udmøntet satspuljebevillinger via tidsbegrænsede ansøgningspuljer. I 2007 er der en næsten ligelig fordeling på permanente og tidsbegrænsede midler. I 2010 udgør de permanente midler ca. 83 pct. og fra 2011 og fremefter 98-99 pct. Fra 2010 og fremefter tildeles ca. 10 pct. af satspuljebevillingerne som permanente midler, der udmøntes efter ansøgning fra regionerne.

Figur 2. Permanente hhv. tidsbegrænsede satspuljebevillinger tildelt psykiatrien (mio. kr.), 2010-pl.

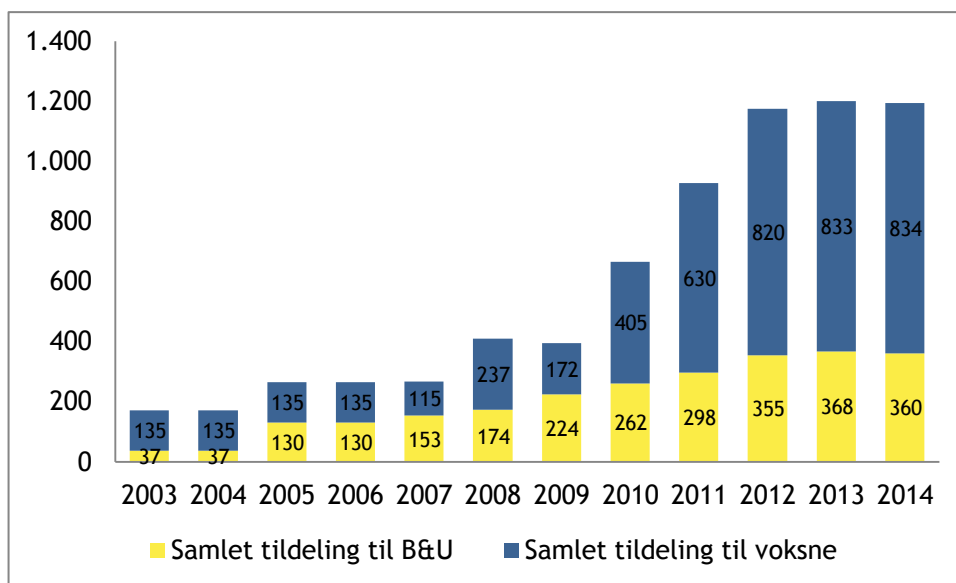


Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2012

Anm.: Som led i satspuljeaftalen 2010 udmøntes 62 mio. kr. i 2010 stigende til 102 mio. kr. i 2013 via en ansøgningspulje. Midlerne er givet permanent og udmøntes således fra 2014 som en del af bloktilskuddet. Midlerne er inkluderet som permanente midler i opgørelsen.

Ser man på fordelingen af midler udmøntet til børn og unge hhv. voksne fremgår det af figur 3, at der igennem hele perioden udmøntes flest midler til voksenpsykiatrien. Fra 2010 og frem til det sidste overslagsår i 2014 vokser andelen af midler udmøntet til voksenpsykiatrien betydeligt og udgør i 2014 således knap 70 pct. Dette skal ses i forhold til det betydeligt højere udgiftsniveau i voksenpsykiatrien sammenlignet med børne- og ungdomspsykiatrien, jf. nedenstående om nettodrifudsudgifterne.

Figur 3. Satspuljebevillinger opdelt på børn og unge- hhv. voksenpsykiatri (mio. kr.) 2010-pl.



Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2012

3.2 Udgifter i den regionale behandlingspsykiatri

Udviklingen i nettodrifudsudgifterne til den regionale behandlingspsykiatri for henholdsvis perioden 2003 til 2006 og 2007 til 2010 fremgår af tabel 5 og 6. Af tabel 5 ses det, at udgifterne i løbende priser er steget med godt 11 pct. fra 2003 til 2006. I faste priser ses der en stigning på ca. to pct.

Tabel 5. Nettodrifudsudgifter i behandlingspsykiatrien inkl. administration (mio. kr.)

	2003	2004	2005	2006	Ændring pct.
Løbende priser	5.283	5.447	5.826	5.883	11,3
2010-pl	6.479	6.484	6.774	6.622	2,2

Kilde: En sammenligning af amternes/H:S' aktiviteter på psykiatriområdet og Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet, Regioners økonomi og aktivitet på økonomiområdet 2006

I perioden efter strukturreformen fra 2007 og frem til 2010 ses der en stigning på ca. 13 pct. i løbende priser eller på godt 3,6 pct. i faste priser. Samtidig ses der et fald i udgifterne til administration.

Tabel 6. Nettodriftsudgifter i behandlingspsykiatrien inkl. administration (mio. kr.)

	2007	2008	2009	2010	Ændring pct.
Løbende priser	6.318	6.711	7.013	7.170	13,5
Heraf administration	272	219	203	223	-18,0
2010-pl	6.924	7.113	7.196	7.170	3,6
Heraf administration	298	232	208	223	-25,0

Kilde: Sygehusenes regnskabsindberetninger

Udviklingen i nettodriftsudgifterne opdelt på børn og unge hhv. voksne for perioden 2007-2010 fremgår af tabel 7. I faste priser ses en stigning i udgifterne i voksenpsykiatrien på to pct. og en stigning i børne- og ungdomspsykiatrien på knap 13 pct.

Tabel 7. Nettodriftsudgifter i behandlingspsykiatrien inkl. administration opdelt på børn og unge hhv. voksenpsykiatri (mio. kr.)

		2007	2008	2009	2010	Ændring pct.
Løbende priser	Voksne	5.449	5.831	5.991	6.097	11,9
	Børn og unge	870	880	1.022	1.073	23,3
2010-pl	Voksne	5.971	6.180	6.147	6.097	2,1
	Børn og unge	953	933	1.049	1.073	12,6

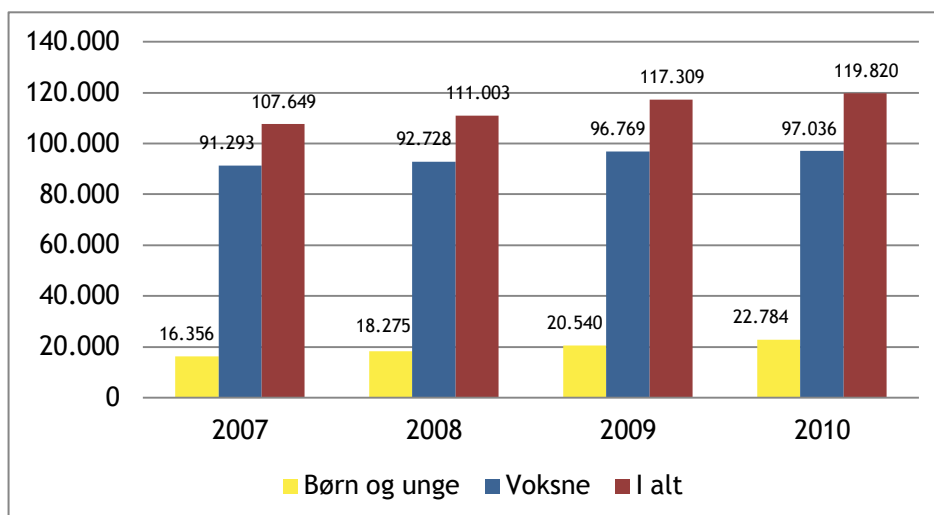
Kilde: Sygehusenes regnskabsindberetninger

3.3 Aktivitet i den regionale behandlingspsykiatri

Der anvendes i nærværende analyse forskellige variable til at belyse aktiviteten i den regionale behandlingspsykiatri. Antal unikke borgere i behandling benyttes til at indfange ændringer i aktiviteten overordnet set, herunder både stationær og ambulante aktivitet. Udviklingen i den stationære aktivitet belyses særskilt på baggrund af udskrivninger, sengedage og gennemsnitlig liggetid. Og den ambulante aktivitet med baggrund i ambulante besøg. Endvidere ses der på udviklingen i borgere på venteliste.

Antallet af unikke borgere i behandling er steget med 11 pct. fra 2007 til 2010. Det er særligt antallet af børn og unge i behandling, der er steget betydeligt. Antallet af børn og unge er således steget med 39 pct., imens voksne i behandling af steget med seks pct.

Figur 4. Antal unikke borgere i stationær eller ambulans behandling



Kilde: eSundhed

Den stationære aktivitet belyses i tabel 8 og tabel 9 med baggrund i antal sengedage og antal udskrivninger i året samt gennemsnitlig liggetid målt som det gennemsnitlige antal sengedage pr. sygehusudskrivning.

Tabel 8. Sengedage i året og sygehusudskrivninger

		2007	2008	2009	2010	Ændring pct.
I alt	Antal sengedage i året	1.074.848	1.049.940	1.067.012	1.021.125	-5,0
	Antal udskrivninger	37.691	39.397	40.586	41.000	8,8
Børn og unge	Antal sengedage i året	51.622	50.966	54.534	57.775	11,9
	Antal udskrivninger	1.209	1.451	1.498	1.459	20,7
Voksne	Antal sengedage i året	1.023.226	998.974	1.012.478	963.350	-5,9
	Antal udskrivninger	36.482	37.946	39.088	39.541	8,4

Kilde: eSundhed

Det fremgår af tabel 8, at antallet af udskrivninger samlet set er øget med 8,8 pct. fra 2007 til 2010. Stigningen i aktiviteten på børne- og ungeområdet har været knap 21 pct., imens den for voksne har været godt 8 pct. Antallet af sengedage er samlet set faldet med fem pct. Opdelt på voksne hhv. børn og unge er udviklingen minus seks pct. og plus 12 pct.

Tabel 9. Gennemsnitlig liggetid (dage)

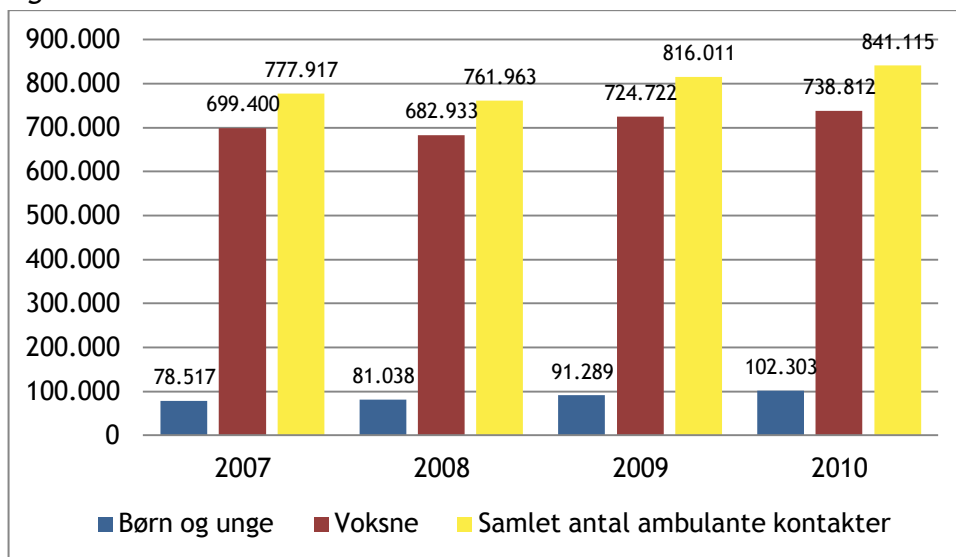
	2007	2008	2009	2010
I alt	28	33	23	21
Børn og unge	40	40	32	36
Voksne	27	33	23	21

Kilde: eSundhed

Liggetiden er faldet med i alt syv dage i perioden fra 2007 til 2010. Udviklingen dækker over et fald på børne- og ungeområdet på fem dage og syv dage på voksenområdet. Det skal bemærkes, at der er ændret registreringspraksis i Region Hovedstaden i perioden, som har betydelig indflydelse på faldet i liggetiden.

Den ambulante aktivitet er vist i figur 5. Det fremgår af figuren, at det samlede antal ambulante kontakter er steget med godt otte pct. fra 2007 til 2010. Tendensen er den samme for såvel børn og unge som voksne, omend stigningen på børneområdet er den mest betydelige.

Figur 5. Antal ambulante kontakter



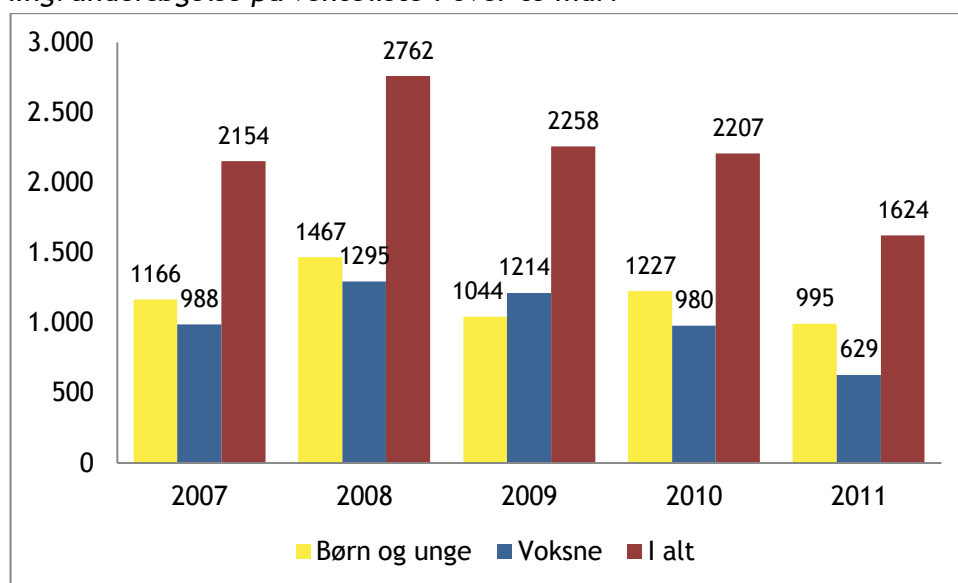
Kilde: eSundhed

Anm.: Ambulant besøg (AAF2-AAF23), hjemmebesøg (AAF6) og udebesøg (AAF7) er inkluderet.

Antallet af borgere på venteliste i mere end to måneder med et behandlings- eller undersøgelsesbehov fremgår af figuren nedenfor. Samlet set er antallet af borgere på venteliste i mere end to måneder stort set det samme i 2007, 2009 og 2010. Der observeres et højere antal ventende i 2008 formegentlig som resultat af konflikten på sundhedsområdet dette år. Antallet af borgere, der venter mere end to måneder, falder med 26 pct. fra 2010 til 2011.

Antallet af børn og unge på venteliste har samlet set været stort set konstant fra 2007 til 2010, mens der sker et fald i 2011. Ser man på ventelisten på voksenområdet, er der ligeledes stort set samme antal på venteliste i 2007 som i 2010. Dog sker der et betydeligt fald på 36 pct. fra 2010 til 2011.

Figur 6. Børn og unge hhv. voksne med aktuelt behov for behandling/undersøgelse på venteliste i over to mdr.



Kilde: Regionernes aktiviteter og ventetalsopgørelser på psykiatriområdet; Danske Regioner
 Anm.: I 2007 opgøres ventelisterne som ventende i under eller over tre mdr. Opgørelserne viser et øjebliksbillede af ventelisterne pr. 1. april i året.

3.4 Kobling af ressourcer, udgifter og aktivitet

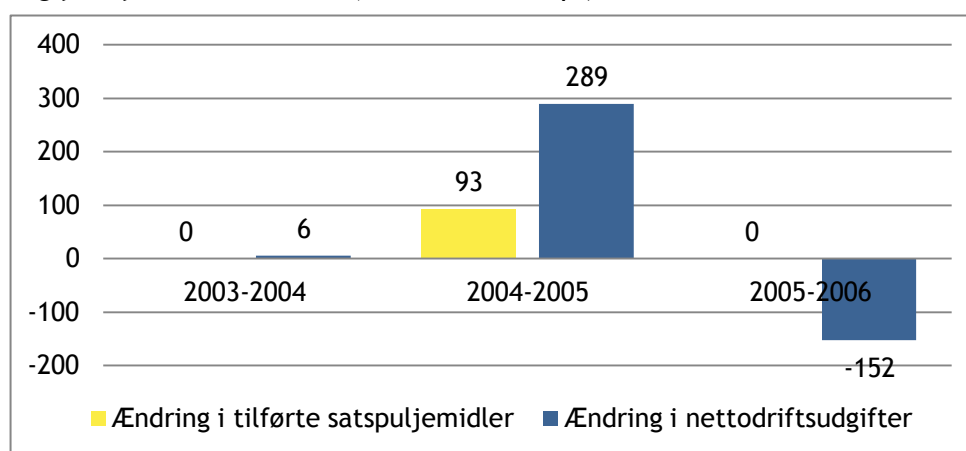
Koblingen imellem tildelte satspuljebevillinger, nettodriftsudgifterne og aktiviteten beskrives med udgangspunkt i tre overordnede spørgsmål; 1) I hvilket omfang følger ændringer i nettodriftsudgifterne ændringer i tilførte satspuljebevillinger? 2) I hvilket omfang følger ændringer i aktiviteten ændringer i nettodriftsudgifterne? Og 3) I hvilket omfang følger ændringer i aktiviteten ændringer i tilførte satspuljebevillinger?

Det skal indledningsvist bemærkes, at der er et databrud på udgiftssiden efter kommunalreformen - altså fra 2006 til 2007. Således belyses udviklingerne særskilt for disse to perioder. Det skal endvidere bemærkes, at aktiviteten ikke kan kortlægges i eSundhed før 2007, hvorfor udviklingen i aktiviteten sammenholdt med henholdsvis nettodriftsudgifter og satspuljebevillinger belyses for perioden 2007-2010.

Figur 7 og 8 viser den årlige ændring i hhv. tilførte satspuljebevillinger til den regionale behandlingspsykiatri og nettodriftsudgifterne til behand-

lingspsykiatrien i regionerne. Overordnet viser figurerne 7 og 8, at ændringer i tilførte satspuljebevillinger til behandlingspsykiatrien ikke umiddelbart afspejles i en tilsvarende ændring i nettodriftsudgifterne, når udviklingerne sammenlignes år for år. Der ser således ud til at være forskydninger i omsætningen af satspuljebevillingerne, således at satspuljebevillinger ikke omsættes fuldt ud i det år, de udmøntes i. Summeres ændringerne illustreret i figur 7 er der en samlet ændring i tilførte satspuljebevillinger fra 2003 til 2006 på 93 mio. kr. I samme periode er udgifterne steget med 143 mio. kr.

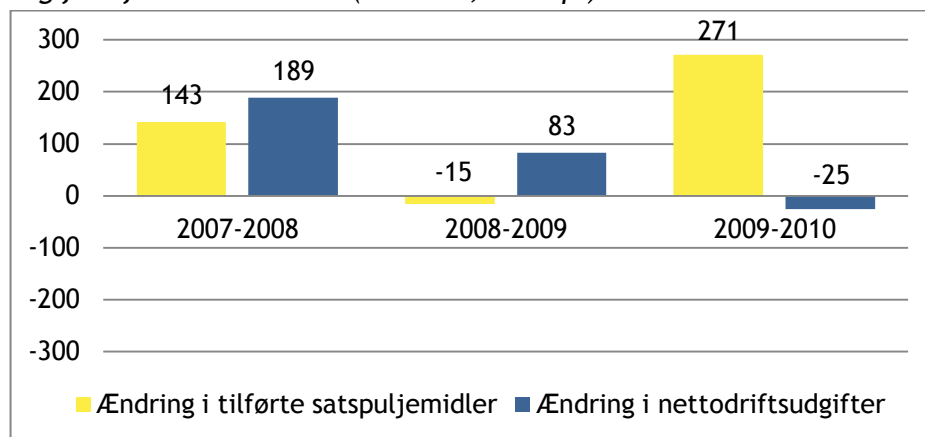
Figur 7. Årlige ændringer i tilførte satspuljebevillinger hhv. nettodriftsudgifter fra 2003 til 2006 (mio. kr., 2010-pl)



Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, "En sammenligning af amternes/H:S' aktiviteter på psykiatriområdet og Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2003-2005", Regioners økonomi og aktivitet på økonomiområdet 2006.

Ser man i figur 8 på perioden fra 2007 til 2010 er ændringerne i tilførte satspuljebevillinger knap 400 mio. kr., imens udgifterne er steget med knap 250 mio. kr. Der kan dog forekomme forskydninger i udmøntningen af satspuljebevillinger, således at dele af den betydelige tilførsel på 270 mio. kr. fra 2009 til 2010 først udmøntes i efterfølgende budgetår.

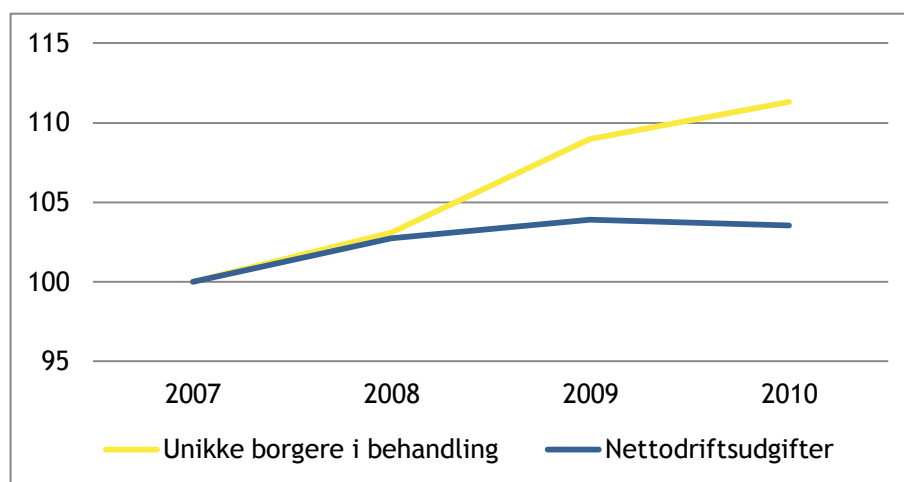
Figur 8. Årlige ændringer i tilførte satspuljebevillinger hhv. nettodriftsudgifter fra 2007 til 2010 (mio. kr., 2010-pl)



Kilde: Satspuljeaftalerne 2005 samt 2006-2011 og sygehusenes regnskabsindberetninger

Sammenhængen imellem udgiftsniveau og aktivitet belyses i figur 9. Af figuren fremgår det, at der er behandlet 11 pct. flere borgere (inkl. både stationær og ambulans behandling) i 2010 sammenlignet med 2007. I samme periode er nettodriftsudgifterne i behandlingspsykiatrien steget med knap fire pct.

Figur 9. Udviklingen i nettodriftsudgifter hhv. unikke borgere i behandling (indekseret, 2010-pl)

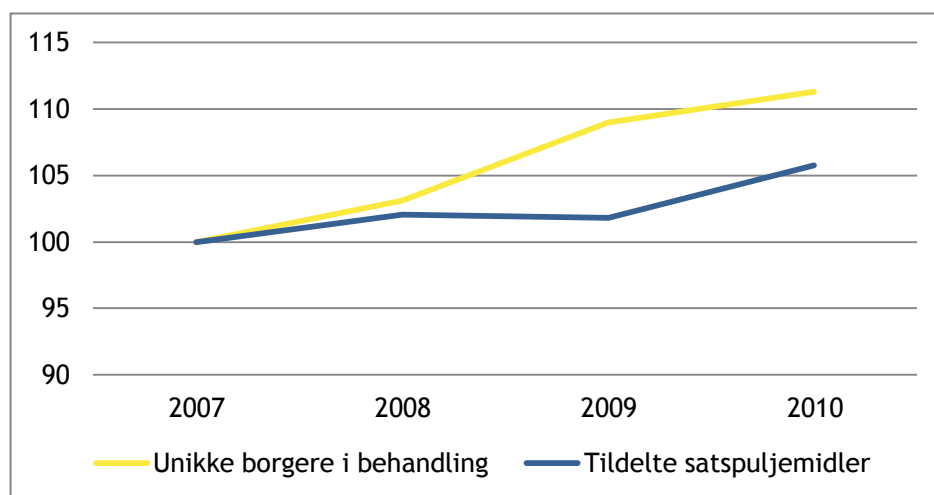


Kilde: Sygehusenes regnskabsoplysninger samt eSundhed.

Anm.: Figuren udtrykker ikke et produktivitetsmål, da udgifter og unikke antal borgere er opgjort på bopælsregion.

Ser man på den direkte kobling af tilførte satspuljebevillinger og aktiviteten i den regionale behandlingspsykiatri fremgår det af figur 10, at der har været en øget tilførsel af satspuljebevillinger på godt fem pct. og en stigning i antal unikke borgere i behandling på godt ti pct.

Figur 10. Udviklingen i satspuljebevillinger hhv. borgere i behandling (indekseret, 2010-pl)



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

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

3.5 Sammenfatning på del 1

Samlet set er der i perioden fra 2003 til 2010 tilført stadigt flere satspuljebevillinger til den regionale behandlingspsykiatri. En stadig større andel af de tilførte midler tildeles permanent. Ligeledes er der sket en relativ større tilførsel til børne- og ungdomspsykiatrien sammenlignet med voksenpsykiatrien set i forhold til de to specialers størrelse. I samme periode ses en betydelig udgiftsstigning. Udgiftsstigningen har relativt set været størst på børne- og ungeområdet.

Sammenholdes ændringerne i tilførte satspuljebevillinger med udgiftsændringerne år for år, ses der ikke nogen entydig sammenhæng. Tilførte satspuljebevillinger i et givet år fører ikke til en tilsvarende udgiftsstigning i det samme år. Der er imidlertid forskydninger imellem budgetår i udmøntning og omsætning af nye midler således, at tilførte satspuljebevillinger ikke nødvendigvis indgår i regnskabstallet for det år, som midlerne er udmøntet i, men først omsættes til udgifter i efterfølgende budgetår. Nærværende analyse tyder dog ikke på, at tilførte midler og udgifter til fulde udjævnes over tid. I perioden fra 2003 til 2006 stiger udgifterne med 50 mio. kr. mere, end der er tilført i satspuljebevillinger. I perioden fra 2007 til 2010 tyder de gennemførte analyser på, at den samlede tilførsel af satspuljebevillinger har været ca. 150 mio. kr. større end udgiftsstigningen i perioden. Det skal dog bemærkes, at der kan ske forskydning-

ger i omsætningen af satspuljebevillinger således, at udgiftsniveauet først ændres efter 2010.

Det er i denne sammenhæng centralt at bemærke, at regionernes egne løbende budgettilpasninger har betydelig indflydelse på det samlede udgiftsniveau i den regionale behandlingspsykiatri. Udviklingen i nettodriftsudgifterne på landsplan er i perioden fra 2007 til 2010 blevet påvirket af prioriterings- og spareøvelser i regionerne, jf. analyserne i Del 2 og 3.

Denne analyse har endvidere belyst udviklingen i aktiviteten. Der ses i perioden fra 2007-2010 en øget både stationær og ambulante aktivitet i den regionale behandlingspsykiatri. Tendensen er overordnet set, at aktiviteten er steget mest på børne- og ungeområdet samt, at den ambulante aktivitet er steget mere end den stationære.

Sammenholdes udviklingen i tilførte satspuljebevillinger med udviklingen i antal unikke behandlede patienter ses det, at der har været en større relativ stigning i aktiviteten end i tilførslen af satspuljebevillinger.



Del 2: Udvikling på regionalt niveau

I denne del af undersøgelsen opdeles nøgletallene som belyst i Del 1 på de fem regioner med henblik på en kortlægning af forskelle og ligheder imellem regionerne. Analysen afgrænses til perioden 2007-2010.

Det er centralt, at opdelingen af tilførte ressourcer, udgifter og aktivitet på regioner sikrer, at udgifter og aktivitet knyttes til den region, der står for finansieringen - altså den region, der tilføres ressourcer til en styrket indsats via satspuljeaftalerne. I denne analyse henføres aktiviteten til den behandlede borgers bopælsregion, og udgifter i forbindelse med en borgers behandling udenfor sin bopælsregion henføres ligeledes til borgerens bopælsregion. Sammenhængene belyst i denne analyse er således ikke udtryk for produktiviteten eller effektiviteten i den enkelte region eller på det enkelte sygehus. En mere detaljeret gennemgang kan findes i rapportens bilag.

4.1 Udviklingen i ressourcer, udgifter og aktivitet

Tabel 10 viser tildelingen af satspuljebevillinger til behandlingspsykiatrien opdelt på regioner for perioden 2007 til 2010. Af tabellen fremgår den samlede tildeling i året samt tildelingen af henholdsvis permanente og tidsbegrænsede midler.

Tabel 10. Satspuljebevillinger udmøntet til regionerne (mio. kr., 2010-pl)

	2007	2008	2009	2010	I alt
Region Nordjylland, i alt	23	37	43	74	178
Permanente	13	18	32	58	122
Tidsbegrænsede	10	19	11	16	55
Region Midtjylland, i alt	45	73	84	141	343
Permanente	27	37	65	117	246
Tidsbegrænsede	18	36	19	24	97
Region Syddanmark, i alt	45	72	84	142	344
Permanente	28	38	66	119	250
Tidsbegrænsede	17	35	18	23	94
Region Sjælland, i alt	32	52	60	103	247
Permanente	20	27	47	85	178
Tidsbegrænsede	12	25	13	18	69
Region Hovedstaden, i alt	65	117	123	204	509
Permanente	40	55	97	172	364
Tidsbegrænsede	25	62	26	31	145
Landsplan, i alt	210	352	396	663	1.621
Permanente	128	175	308	551	1.161
Tidsbegrænsede	82	178	87	113	460

Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011

Anm.: 58 mio. kr. (2010-pl) fra satspuljeaftalen 2005 er ikke inkluderet. Ligeledes er 4 mio. kr. i midlertidige bevillinger fra satspuljeaftalen 2010 ikke inkluderet. Disse midler er ikke inkluderet, da de ikke er fordelt på regioner. Dermed summerer de samlede tildelinger til regionerne for 2007, 2008 og 2010 ikke til den samlede tildeling på landsplan.

Tabel 11 viser udviklingen i nettodrifudsudgifter for samtlige regioner fra 2007 til 2010. I Region Hovedstaden er udgiftsniveauet målt i faste priser stort set uændret fra 2007 til 2010. I Region Sjælland ses der en markant udgiftsstigning fra 2007 til 2010. En betydelig del af udgiftsstigningen i Region Sjælland kan forklares med store forskydninger i deres samhandel med de øvrige regioner - særligt vedrørende institutionen "Sikringen". De øvrige regioner har i perioden fra 2007 til 2010 oplevet moderate udgiftsstigninger på henholdsvis fem, seks og ni procent.

Tabel 11. Nettodrifudsudgifter (mio. kr., 2010-pl)

	2007	2008	2009	2010	Ændring i pct.
Region Nordjylland	545	574	597	597	9,4
Region Midtjylland	1.324	1.354	1.432	1.410	6,5
Region Syddanmark	1.230	1.295	1.296	1.294	5,2
Region Sjælland	931	952	1.040	1.076	15,6
Region Hovedstaden	2.837	2.836	2.839	2.796	-1,4
Hele landet	6.867	7.011	7.204	7.173	4,5

Kilde: Sygehusenes regnskabsindberetninger

Anm.: Ikke inkl. satspuljeaftale 2005, da disse midler ikke er opgjøret på regionsniveau. Udgifter er korrigeret for samhandel mellem regionerne. Udgifter på regionsniveau summer ikke til det samlede nationale udgiftstal pga. tidsforskydninger i opgørelsen af samhandel mellem regioner.

Udviklingen på regionsniveau i antallet af unikke borgere i kontakt med behandlingspsykiatrien fremgår af tabel 12. Tabellen dækker over antallet af borgere, der i løbet af et år har været i stationær eller ambulante behandling. Samlet set er antallet af unikke borgere steget med 11,3 pct. Stigningen dækker over, at alle regioner har haft en stigning i antal unikke borgere i behandling. Med en stigning på 15,2 pct. har Region Syddanmark den største fremgang i antallet af unikke borgere, mens Region Nordjylland og Midtjylland begge oplever en stigning i antallet af unikke borgere i behandling på ca. 12 pct. Laveste stigning i antal unikke borgere har Region Sjælland med 9,2 pct. mens Hovedstaden ligger lige over med en stigning på 8,0 pct.

Tabel 12. Unikke borgere i behandling

	2007	2008	2009	2010	Ændring i pct.
Region Nordjylland	7.846	8.264	8.291	8.814	12,3
Region Midtjylland	22.773	23.347	25.355	25.650	12,6
Region Syddanmark	27.585	28.224	30.504	31.778	15,2
Region Sjælland	15.327	16.135	16.493	16.730	9,2
Region Hovedstaden	34.118	35.033	36.666	36.848	8,0
Hele landet	107.649	111.003	117.309	119.820	11,3

Kilde: eSundhed

Tabel 13 viser udviklingen i antal sengedage fordelt på region. Som det kan aflæses har sengedage udviklet sig væsentligt forskelligt mellem de fem regioner. Det største fald i antal sengedage ses i Region Hovedstaden, hvor faldet i sengedage er på 12 pct. Region Sjælland og Region Nordjylland har ligeledes oplevet fald i antallet af sengedage, mens Region Syddanmark over analyseperioden har en stigning på 2,3 pct. og Region Midtjylland på godt fem pct.

Tabel 13. Sengedage

	2007	2008	2009	2010	Ændring i pct.
Region Nordjylland	96.248	96.906	94.885	94.248	-2,1
Region Midtjylland	169.578	171.116	183.237	178.299	5,1
Region Syddanmark	189.668	187.690	195.424	194.070	2,3
Region Sjælland	143.385	140.037	146.635	135.818	-5,3
Region Hovedstaden	476.986	451.191	446.831	418.690	-12,2
Hele landet	1.075.865	1.049.940	1.067.012	1.021.125	-5,1

Kilde: eSundhed

Tabel 14 viser udviklingen i antallet af udskrivinger for hver enkelt region. Som man kan aflæse af tabellen, har alle regioner med undtagelse af Region Midtjylland oplevet en stigning i antallet af udskrivinger. Region Hovedstaden har oplevet den største stigning i antallet af udskrivinger med 22,4 pct. Det skal bemærkes, at der er sket en ændret registreringspraksis i regionen. De øvrige regioner, der har oplevet stigninger, ligger på mellem 2,3 pct. og 7,2 pct.

Tabel 14. Sygehusudskrivinger

	2007	2008	2009	2010	Ændring i pct.
Region Nordjylland	2.628	2.647	2.753	2.817	7,2
Region Midtjylland	8.515	8.214	8.223	8.276	-2,8
Region Syddanmark	8.343	8.366	8.564	8.536	2,3
Region Sjælland	5.162	5.552	5.372	5.400	4,6
Region Hovedstaden	13.043	14.618	15.674	15.971	22,4
Hele landet	37.691	39.397	40.586	41.000	8,8

Kilde: eSundhed

Tabel 15 viser udviklingen i den gennemsnitlige liggetid for regionerne. Som det kan aflæses i tabellen, er der ved indgangen til analyseperioden betydelige forskelle i liggetiden mellem de fem regioner. Ved starten af analyseperioden har Region Nordjylland og Region Sjælland de højeste gennemsnitlige liggetider med 36,3 og 35,3 sengedage pr. indlæggelse. Med 18,7 sengedage har Region Midtjylland den korteste liggetid.

Gennem analyseperioden oplever alle regioner en faldende liggetid. Der er dog stor forskel på faldet i liggetid mellem regionerne. Det største fald i liggetiden ses hos Region Sjælland, hvor der ses et fald på 36,7 pct. I 2010 ligger Region Sjælland tæt på landsgennemsnittet på 21,1 sengedage pr. sygehusudskriving. Også Hovedstaden har oplevet et betydeligt fald i liggetiden på 31,5 pct., og er således gået fra at ligge væsentligt over landsgennemsnittet til at ligge noget under landsgennemsnittet. Faldet i liggetid skal dog ses i forlængelse af Hovedstaden siden oktober 2008 er begyndt at registrere overnatninger i skadestuer som stationære patienter.

Region Nordjylland og Region Midtjylland har begge oplevet et fald på ca. ti pct. I 2010 har Region Midtjylland den laveste liggetid af alle regioner, mens Region Nordjylland i 2010 har den klart højeste liggetid. Region Syddanmark har det laveste fald i liggetiden og har i 2010 en liggetid, der ligger tæt på landsgennemsnittet.

Tabel 15. Gennemsnitlig liggetid pr. sygehusudskrivning

	2007	2008	2009	2010	Ændring i pct.
Region Nordjylland	36,3	36,9	36,7	32,6	-10,1
Region Midtjylland	18,7	21,2	19,6	16,6	-11,3
Region Syddanmark	22,5	22,1	22,2	21,4	-4,7
Region Sjælland	35,3	44,3	24,4	22,4	-36,7
Region Hovedstaden	27,1	36,1	21,9	18,6	-31,5
Hele landet	27,7	33,1	23,5	21,1	-23,7

Kilde: eSundhed

Anm.: Der er en ændret registreringspraksis i Region Hovedstaden i oktober 2008, som medfører et betydeligt fald i 2009.

Af tabel 16 fremgår antallet af ambulante kontakter i de fem regioner. Region Nordjylland og Region Syddanmark har samlet set oplevet den største procentvise vækst i antal ambulante kontakter på henholdsvis 24 pct. og knap 17 pct. Dermed ligger begge regioner væsentligt over landsgennemsnittet. I Region Midtjylland er antallet af ambulante kontakter steget med 10,6 pct. En stigning, der ligger lidt over stigningen på landsplan. Region Hovedstaden og Region Sjælland har i perioden oplevet henholdsvis en lille stigning og et lille fald i antallet af ambulante kontakter.

Tabel 16. Ambulante kontakter

	2007	2008	2009	2010	Ændring i pct.
Region Nordjylland	54.034	54.233	59.875	67.097	24,2
Region Midtjylland	146.263	142.763	156.888	161.709	10,6
Region Syddanmark	175.401	171.109	192.470	204.865	16,8
Region Sjælland	108.434	106.909	106.390	107.877	-0,5
Region Hovedstaden	293.785	286.949	300.388	299.567	2,0
I alt	777.917	761.963	816.011	841.115	8,1

Kilde: eSundhed

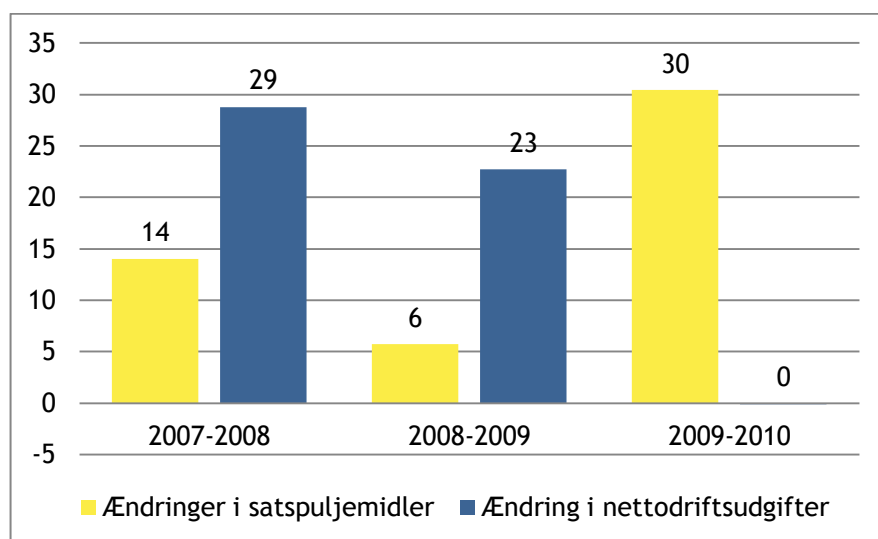
4.2 Kobling af ressourcer, udgifter og aktivitet

På baggrund af den skitserede udvikling i henholdsvis satspuljebevillinger, nettodriftsudgifter og aktivitet på regionsniveau belyses i følgende afsnit sammenhængen mellem ressourcer, udgifter og aktivitet fordelt på regioner.

Region Nordjylland

Figur 11 viser årlige ændringer i tilførte satspuljebevillinger og nettodriftsudgifterne i Region Nordjylland. Af figuren fremgår det, at der ikke er nogen umiddelbar sammenhæng mellem yderligere tilførte satspuljebevillinger og udgiftsændringer, når ændringerne sammenlignes år for år. Udgiftsændringerne overstiger ændringerne i tilførte satspuljebevillinger betydeligt fra 2007 til 2008 og fra 2008 til 2009, mens ændringen i tilførslen af midler fra 2009 til 2010 overstiger udgiftsændringen. Tages der hensyn til eventuelle forskydninger over tid ses det, at den samlede ændring over perioden i tilførte satspuljebevillinger til regionen er 50 mio. kr. mens udgifterne samlet set i perioden er øget med 51 mio. kr.

Figur 11. Årlige ændringer i tilførte satspuljebevillinger hhv. nettodriftsudgifter (mio. kr., 2010-pl), Region Nordjylland



Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, sygehusenes regnskabsindberetninger.
Anm.: Ændringerne i tilførte satspuljebevillinger er beregnet på baggrund af udgiftsniveauet i 2007.

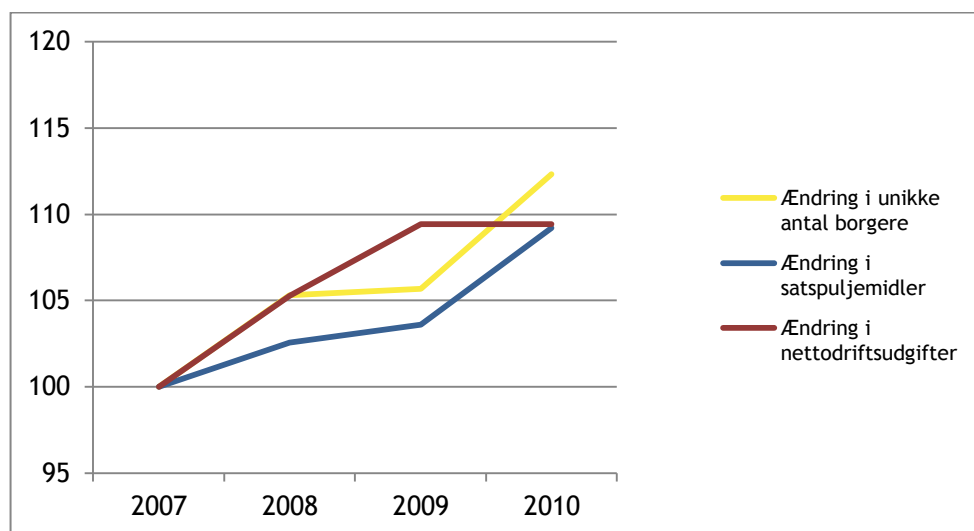
I figur 12 ses ændringer i nettodriftsudgifter set i relation til ændringer i antallet af behandlede borgere og tilførte satspuljebevillinger. Set over hele perioden overstiger stigningen i antal unikke borgere i behandling stigningstaksten både i nettodriftsudgifterne og tilførte satspuljebevillinger.

I modsætning til det generelle billede på landsplan overstiger stigningstaksten i nettodriftsudgifterne dog den procentvise stigning i aktiviteten

fra 2007 til 2009. Billedet vendes i 2010, hvor udgiftsniveauet stort set fastholdes fra 2009 til 2010 mens aktiviteten stiger.

Antallet af behandlede borgere er fra 2007 til 2008 steget med knap seks pct., mens ændringen i tilførte satspuljebevillinger steg med cirka det halve. Fra 2008 til 2010 stiger både tilførslen i satspuljebevillinger og antal behandlede personer i stort set samme takt. Den illustrerede udvikling i figur 12 afskiller sig lidt fra landsudviklingen - primært på grund af den mindre markante stigning i aktiviteten fra 2008 til 2009.

Figur 12. Udviklingen i satspuljebevillinger, borgere i behandling og nettodriftsudgifter (i pct., 2010-pl), Region Nordjylland



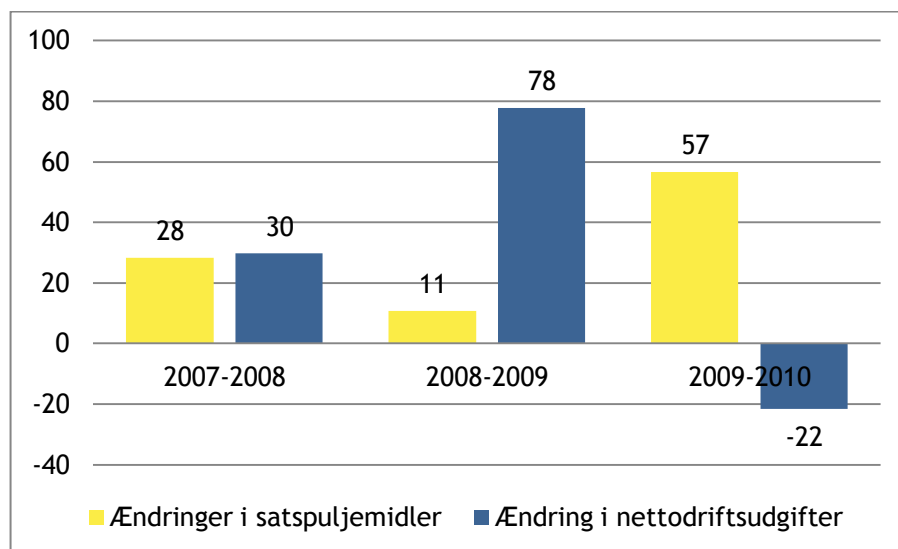
Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, eSundhed samt sygehusenes regnskabsindberetninger.

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

Region Midtjylland

Af figur 13 fremgår det, at tilførslen i satspuljebevillinger i 2008 stort set tilsvarede stigningen i udgifterne til psykiatrien. Fra 2008 til 2009 ændres udgifterne betydeligt mere end tilførslen af satspuljebevillinger. Fra 2009 til 2010 er billedet det modsatte. Set over hele perioden udgør ændringerne i tilførte satspuljebevillinger til Region Midtjylland 96 mio. kr., mens udgifterne i samme periode er steget med 86 mio. kr.

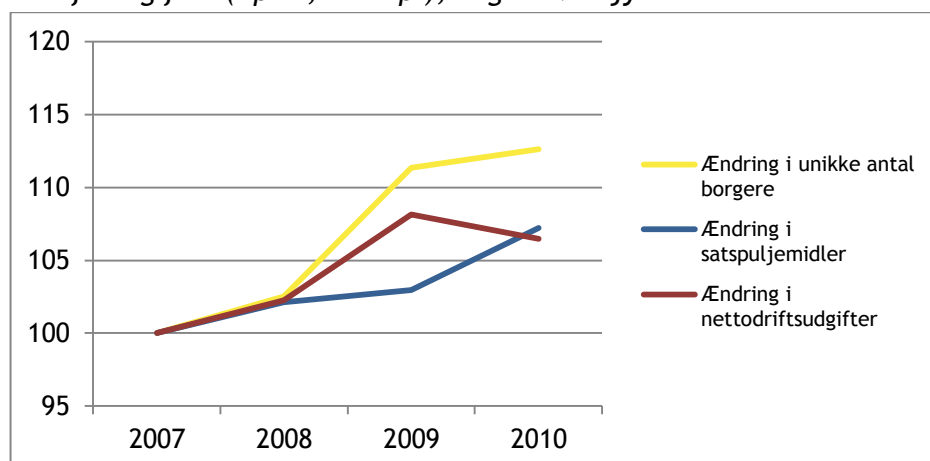
Figur 13. Årlige ændringer i tilførte satspuljebevillinger hhv. nettodrifudsudgifter (mio. kr., 2010-pl), Region Midtjylland



Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, sygehusenes regnskabsindberetninger.
Anm.: Ændringerne i tilførte satspuljebevillinger er beregnet på baggrund af udgiftsniveauet i 2007.

Figur 14 illustrerer udviklingen i tilførte satspuljebevillinger, nettodrifudsudgifterne samt antallet af behandlede borgere. Stigningstakten i udgifter og aktivitet følges nogenlunde ad fra 2007 til 2008, mens antallet af behandlede borgere stiger hurtigere end nettodrifudsudgifterne fra 2008 og frem. Denne udvikling er meget parallel til udviklingen på landsplan. I samme periode er tilførslen i satspuljebevillinger steget med cirka otte pct. Denne stigning svarer til stigningen for nettodrifudsudgifterne og ligger ca. fem procentpoint lavere end stigningen i aktiviteten.

Figur 14. Udviklingen i satspuljebevillinger, borgere i behandling og nettodrifudsudgifter (i pct., 2010-pl), Region Midtjylland

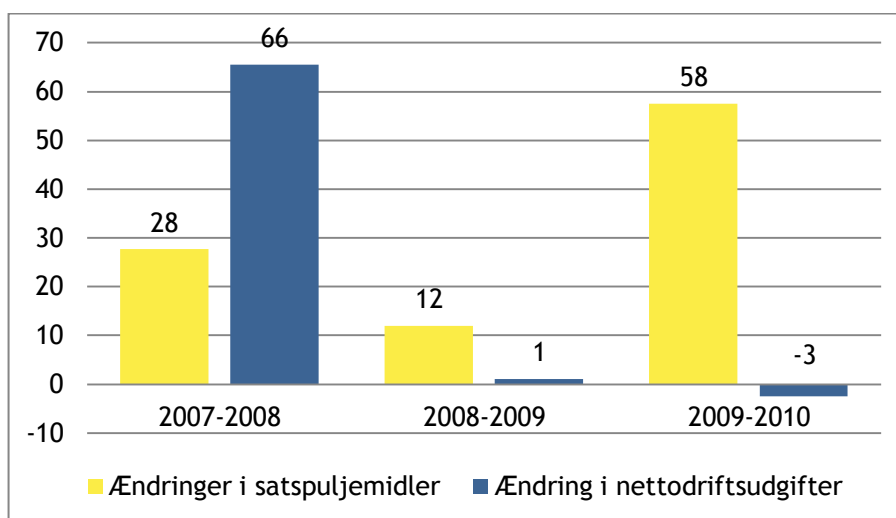


Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, eSundhed og sygehusenes regnskabsindberetninger.
Anm.: Indeks 100 for tildelte satspuljebevillinger er nettodrifudsudgifterne i 2007 jf. regionernes regnskabsoplysninger. Ændringen er forskellen i tildelte satspuljebevillinger ift. satspuljebevillinger givet i 2007.

Region Syddanmark

Af figur 15 fremgår det, at der år for år for Region Syddanmark ikke findes nogen klar kobling mellem ændringerne i tilførslen af satspuljebevillinger og ændringerne i nettodriftsudgifterne i behandlingspsykiatrien. Dette svarer til udviklingen på landsplan. Samlet set over perioden udgør ændringerne i tilførte satspuljebevillinger 97 mio. kr. mens nettodriftsudgifterne samlet set er steget med 64 mio. satspuljebevillinger

Figur 15. Årlige ændringer i tilførte satspuljebevillinger hhv. nettodriftsudgifter (mio. kr., 2010-pl), Region Syddanmark

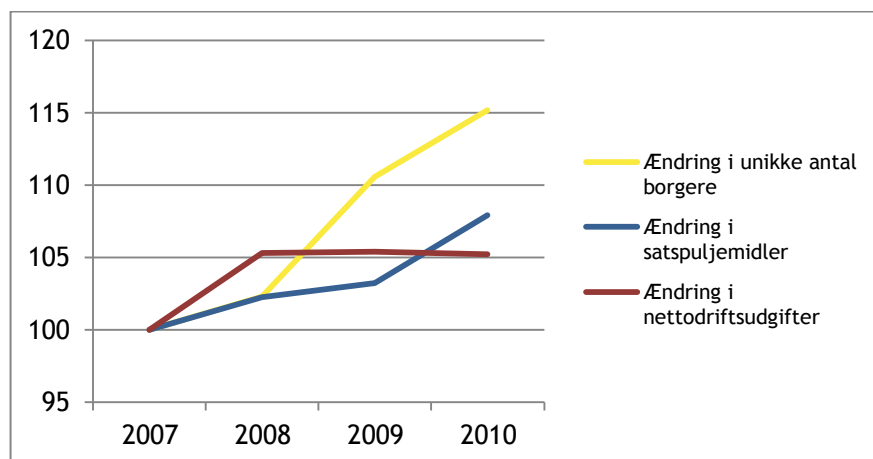


Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, sygehusenes regnskabsindberetninger.
Anm.: Ændringerne i tilførte satspuljebevillinger er beregnet på baggrund af udgiftsniveauet i 2007.

Figur 16 viser ændringer i henholdsvis nettodriftsudgifter, antallet af unikke behandlede borgere og tilførte satspuljebevillinger. Fra 2007 til 2008 stiger nettodriftsudgifterne med godt 5 pct., mens antallet af behandlede borgere stiger med cirka det halve. Fra 2008 til 2010 sker der en nogenlunde fastholdelse af udgiftsniveauet, mens antallet af behandlede borgere stiger markant. Region Syddanmark adskiller sig en smule fra billedet på landsplan ved at have stort set konstante nettodriftsudgifter fra 2008 målt i fast priser.

Ser man på den direkte kobling mellem ændringer i tilførte satspuljebevillinger og antal unikke borgere i behandling kan en opadgående tendens for antallet af unikke borgere betragtes. Den procentvise stigning er fra 2008 og frem større for antallet af behandlede patienter sammenlignet med de procentvise stigninger i tilførte satspuljebevillinger. På dette punkt følger Region Syddanmark den nationale udvikling.

Figur 16. Udviklingen i satspuljebevillinger, borgere i behandling og nettodriftsudgifter (i pct., 2010-pl), Region Syddanmark



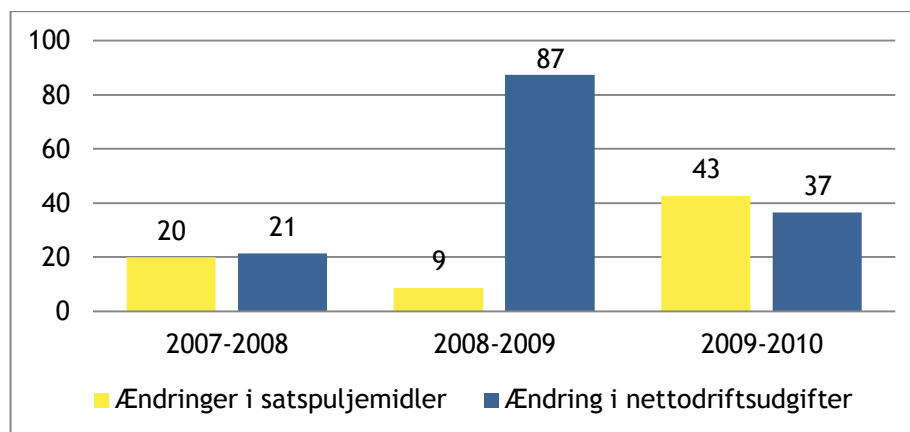
Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, eSundhed samt sygehusenes regnskabsindberetninger.

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

Region Sjælland

Figur 17 viser sammenhængen mellem ekstra årligt tilførte satspuljebevillinger til Region Sjælland og ændringer i regionens udgifter til behandlingspsykiatrien. Som det kan ses, er der i 2008 og 2010 en nogenlunde overensstemmelse mellem ændringen i tilførte satspuljebevillinger og stigningen i nettodriftsudgifterne. Fra 2008 til 2009 stiger udgifterne derimod markant mere end ændringen i tilførte satspuljebevillinger. Her skal de øgede udgifter til "Sikringen" bemærkes. Over hele perioden tilføres Region Sjælland 71 mio. i ekstra satspuljebevillinger, mens udgifterne stiger med 145 mio. i samme periode.

Figur 17. Årlige ændringer i tilførte satspuljebevillinger hhv. nettodriftsudgifter (mio. kr., 2010-pl), Region Sjælland

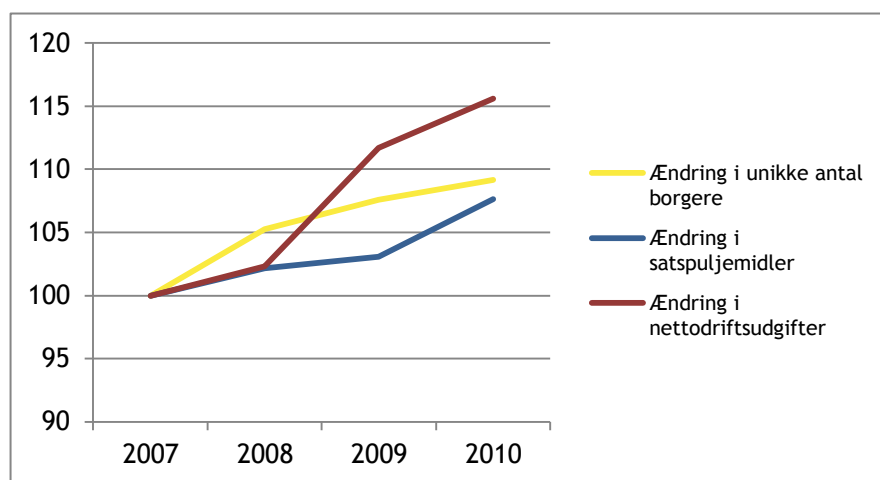


Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, sygehusenes regnskabsindberetninger.

Anm.: Ændringerne i tilførte satspuljebevillinger er beregnet på baggrund af udgiftsniveauet i 2007.

Figur 18 viser udviklingen i tilførte satspuljebevillinger, nettodrifudsudgifter samt antal unikke borgere i behandling. Af figuren fremgår det, at den relative stigning i aktiviteten overstiger stigningen i udgifterne fra 2007 til 2008, mens udgifterne stiger relativt mere end aktiviteten set over hele perioden. Ser man på sammenhængen mellem aktivitet og satspuljebevillinger er stigningstakten i aktiviteten set over hele perioden højere end stigningen i tilførslen af satspuljebevillinger. Forskellen indsnævres dog mod slutningen af perioden.

Figur 18. Udviklingen i satspuljebevillinger, borgere i behandling og nettodrifudsudgifter (i pct., 2010-pl), Region Sjælland



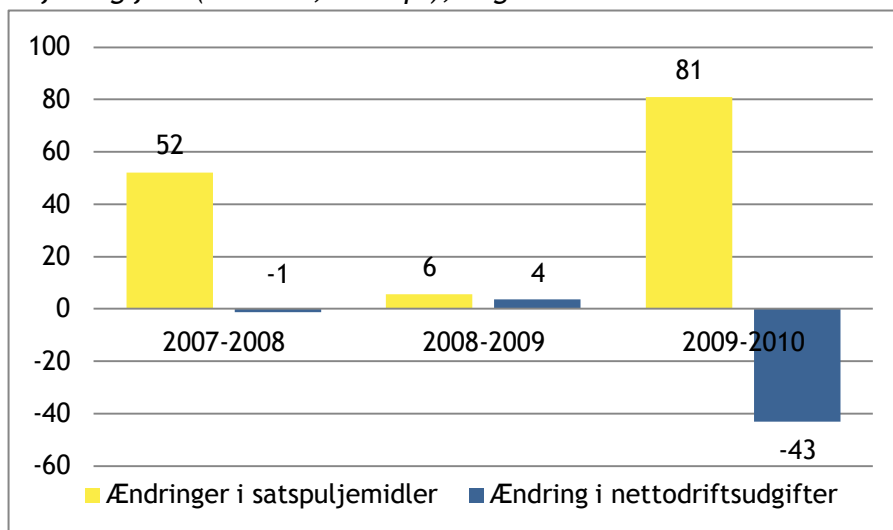
Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, eSundhed samt sygehusenes regnskabsindberetninger.

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

Region Hovedstaden

Figur 19 viser den årlige ændring i hhv. tilførte satspuljebevillinger og nettodrifudsudgifterne for behandlingspsykiatrien i Region Hovedstaden. Overordnet viser figuren, at der er modsatrettede ændringer, når tilførte satspuljebevillinger sammenlignes med ændringer i udgiftsniveauet fra både 2007 til 2008 og fra 2009 til 2010. Derimod ser der for ændringerne fra 2008 til 2009 ud til at være en ensartet udvikling. Summeres ændringerne fremgår det imidlertid, at der er en samlet ændring i tilførte satspuljebevillinger fra 2007 til 2010 på ca. 137 mio. kr. i faste priser. I samme periode er udgifterne faldet med 41 mio. kr.

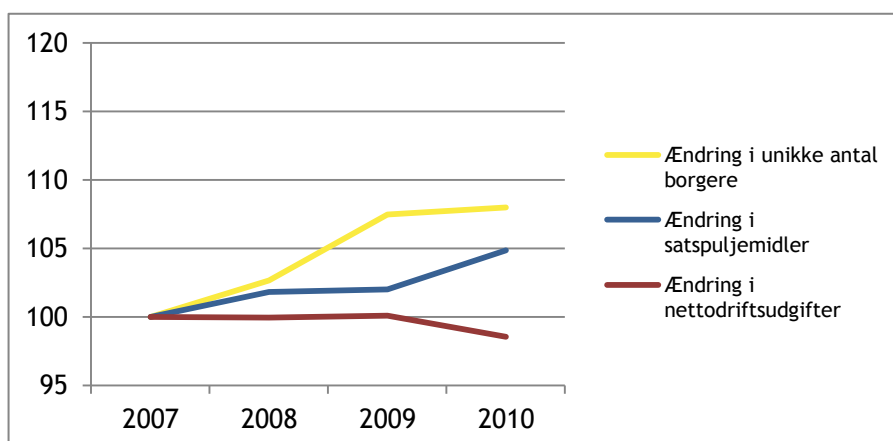
Figur 19. Årlige ændringer i tilførte satspuljebevillinger hhv. nettodrifudsudgifter (mio. kr., 2010-pl), Region Hovedstaden



Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011, sygehusenes regnskabsindberetninger.
Anm. Ændringerne i tilførte satspuljebevillinger er beregnet på baggrund af udgiftsniveauet i 2007.

Sammenhængen imellem tilførte satspuljebevillinger, udgiftsniveau og aktivitet belyses i figur 20. Heraf ses det, at stigningen i tilførte satspuljebevillinger fra 2007 til 2010 udgør fem pct. I samme periode er antallet af unikke borgere i behandling steget med otte pct. Det fremgår endvidere, at nettodrifudsudgifterne i behandlingspsykiatrien er faldet med ca. en pct. i perioden. Udviklingen i Region Hovedstaden flugter således udviklingen på landsplan for så vidt angår satspuljebevillinger og unikke borgere i behandling. Det stabile udgiftsniveau adskiller sig imidlertid fra de øvrige regioner, hvor der ses en udgiftsstigning igennem perioden.

Figur 20. Udviklingen i satspuljebevillinger hhv. borgere i behandling (i pct., 2010-pl), Region Hovedstaden



Kilde: Satspuljeaftalerne 2003, 2005 samt 2006-2011 samt eSundhed.
Anm.: Indeks 100 for tildelte satspuljebevillinger er nettodrifudsudgifterne i 2007 jf. regionernes regnskabsoplysninger. Ændringen er forskellen i tildelte satspuljebevillinger ift. satspuljebevillinger givet i 2007.

4.3 Sammenfatning på del 2

Nøgletalsanalysen i del 2 har undersøgt udviklingen i tilførte ressourcer, nettodriftsudgifter og aktivitet i behandlingspsykiatrien på regionalt niveau fra 2007 til 2010. Det har i del 2 været formålet at belyse forskelle og ligheder mellem udviklingstendenser på regionalt niveau, for derved at give yderligere indsigt i de nationale udviklingstendenser, der blev kortlagt i del 1.

Udviklingen i ressourcer, udgifter og aktivitet

Tilførslen af satspuljebevillinger er nogenlunde ens mellem regionerne set relativt i forhold til regionernes forskellige udgiftsniveauer i 2007. Således tilføres der yderligere finansiering til den regionale behandlingspsykiatri via satspuljen på mellem fem og ni procent fra 2007 til 2010 målt i forhold til udgiftsniveauet i 2007.

Der er variation regionerne imellem i forhold til udviklingen i nettodriftsudgifterne. I Region Hovedstaden er udgiftsniveauet, målt i faste priser, stort set ikke ændret fra 2007 til 2010. I Region Sjælland ses der en markant udgiftsstigning fra 2007 til 2010 på ca. 16 pct. Knap halvdelen af udgiftsstigningen i Region Sjælland kan forklares med store forskydninger i deres samhandel med de øvrige regioner. De øvrige regioner har i perioden fra 2007 til 2010 oplevet moderate udgiftsstigninger på henholdsvis fem, seks og ni procent.

Der ses en aktivitetsstigning for alle regioner, men med nogen variation regionerne imellem. Region Hovedstaden har oplevet den mindste stigning i antal unikke borgere i behandling, imens den største stigning ses i Region Syddanmark. Ser man på de øvrige aktivitetsmål i analysen fremgår det, at regionerne generelt har arbejdet på at omstille aktiviteten fra længere indlæggelser til kortere behandlingsforløb. Det vil sige kortere indlæggelser og flere udskrivninger samt øget ambulante behandling. Desuden er der forskelle på i, hvilket omfang de enkelte regioner udviser aktivitetsstigninger i henholdsvis den stationære og ambulante behandling.

Samlet set kan der konstateres forskelle i udviklingen i aktivitet regionerne imellem. Region Sjælland og Hovedstaden har haft betydelige stigninger indenfor den stationære behandling, men kun en mindre eller ingen stigning i antallet af ambulante kontakter. Tendensen er omvendt for regionerne Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland. Her findes den største stigning indenfor den ambulante behandling, mens stigningen i den stationære behandling ligger væsentlig under Sjælland og Hovedstaden.

Kobling af tilførte satspuljebevillinger, udgifter og aktivitet

Nettodriftsudgifterne i den regionale behandlingspsykiatri i Region Midtjylland og Region Nordjylland er i perioden fra 2007 til 2010 procentvis steget i nogenlunde samme takt som tilførslen af satspuljebevillinger. Nettodriftsudgifterne i behandlingspsykiatrien i Region Sjælland er steget med 16 procent fra 2007 til 2010, mens ændringen i tilførte satspuljebevillinger er på otte procent. Ændringen i samhandel skal igen bemærkes her. I Region Syddanmark ses, at udgifterne er steget lidt mindre end tilførslen af satspuljebevillinger. For Region Hovedstaden gælder det, at nettodriftsudgifterne til behandlingspsykiatrien i regionen er stort set konstante i perioden og således noget mindre en stigningen i tilførte satspuljebevillinger.

En lavere relativ stigning i udgifterne sammenlignet med stigningen i tilførslen af satspuljebevillinger kan skyldes budgettilpasninger i psykiatrien foretaget af de enkelte regioner. En opgørelse af regionernes egne prioriteringer tyder dog ikke på, at der i regionerne netto er foretaget besparelser i behandlingspsykiatrien fra 2007 til 2010. Forskydninger i omsætningen af satspuljebevillinger kan endvidere være relevant, idet der kan være satspuljebevillinger, som først slår igennem i regnskabstallet efter 2010.

Region Syddanmark og Region Hovedstaden oplever i perioden relative stigninger i aktiviteten, der er cirka ti procentpoint højere end ændringen i nettodriftsudgifter. I Region Sjælland er udgifterne steget med 16 procent og aktiviteten med ni procent i samme periode, og i Region Nordjylland ses en stigning i aktivitet, der ligger tre procentpoint højere end stigningen i nettodriftsudgifterne.

Ses der på sammenhængen mellem tilførte satspuljebevillinger og ændringerne i aktiviteten fremgår det, at alle regioner har oplevet relative stigninger i aktiviteten, der er større end stigningen i de tilførte satspuljebevillinger. I Region Midtjylland og Region Syddanmark ses de største forskelle mellem den relative stigning i henholdsvis satspuljebevillinger og aktivitet. I Region Sjælland er aktiviteten steget med ni procent og tilførslen af satspuljebevillinger med otte procent. I både Region Nordjylland og Region Hovedstaden er forskellen mellem den relative ændring i tilførte satspuljebevillinger og aktivitet på tre procentpoint.



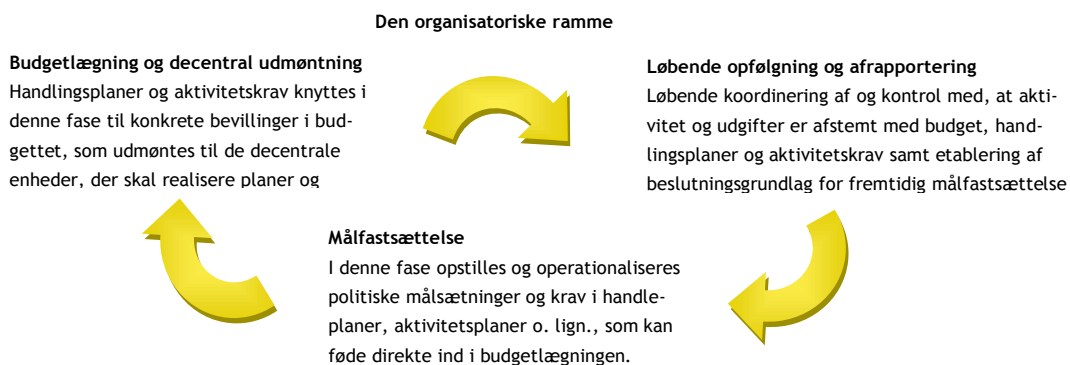
Del 3: Analyse af regionernes økonomi og aktivitetsstyring

I del 3 undersøges nærmere, hvilke styringsforhold der gør sig gældende i den regionale behandlingspsykiatri. Med udgangspunkt i resultaterne i nøgletalsanalyserne i del 1 og 2 gennemføres en analyse af den generelle økonomi- og aktivitetsstyring på psykiatriområdet samt den konkrete styring af satspuljebevillingerne. Formålet med analyserne i del 3 er for det første at belyse forskelle i regionernes økonomi- og aktivitetsstyring. For det andet undersøges det om satspuljebevillingernes stigende andel af finansieringen af behandlingspsykiatrien medfører styringsmæssige udfordringer. For at afdække disse spørgsmål er der gennemført interview med repræsentanter fra regioner. En mere detaljeret gennemgang af økonomi- og aktivitetsstyringen i de enkelte regioner findes i bilag til rapporten.

Der vil særligt være fokus på den del af økonomi- og aktivitetsstyringen, der sker imellem koncernledelse og psykiatrilidelse og i mindre omfang på den styring, der sker imellem psykiatrilidelse af afdelingsledelse.

Analysen af økonomi- og aktivitetsstyringen opdeles i fire emner. Den organisatoriske ramme samt arbejdet med den overordnede målfastsættelse beskrives først. Dernæst analyseres regionernes budgetlægning og udmøntningen af de decentrale budgetter. Endeligt belyses den løbende opfølgning og afrapportering vedrørende økonomi og aktivitet. Emnerne for analyserne i del 3 fremgår af nedenstående figur.

Figur 21. Ramme for analyse af økonomistyring i behandlingspsykiatrien



5.1 Behandlingspsykiatriens organisering

5.1.1 Politisk organisering

Psykiatrien indgår som en del af det samlede sundhedsområde, som regionerne har ansvar for. Regionerne har pligt til udover regionsrådet at nedsætte et forretningsudvalg samt et kontaktudvalg, der koordinerer opgavevaretagelsen mellem regioner og kommuner. Andre udvalg kan nedsættes midlertidigt.

Psykiatrien organiseres politisk i de fem regioner i et midlertidigt rådgivende udvalg. I Region Midtjylland og Region Sjælland er psykiatrien organiseret sammen med socialområdet i udvalg, der har til formål at følge udviklingen på psykiatri- og socialområdet. I Region Hovedstaden findes et psykiatri- og handicapudvalg, imens Region Syddanmark og Region Nordjylland har udvalg udelukkende rettet mod planlægning og opgavevaretagelse i psykiatrien.

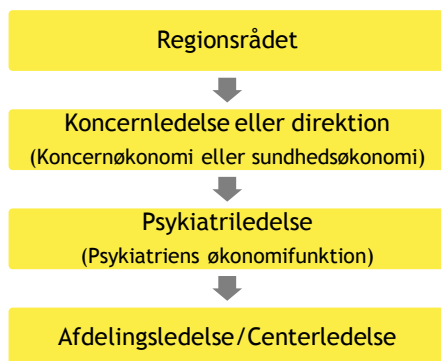
Udvalgenes kommissorier er nogenlunde enslydende mellem regionerne. Fokus er således på at sikre en sammenhængende behandling, kapacitetsudvidelse og kvalitetssikring i psykiatrien. Ligeledes skal udvalgene styrke den politiske beslutningsproces i forhold til sager, der skal behandles i forretningsudvalget.

5.1.2 Administrativ organisering

Administrativt indgår psykiatrien i alle regioner som en samlet enhed på linje med et somatisk sygehus. Psykiatrien er dog i højere grad end de somatiske sygehuse spredt over flere geografiske matrikler.

Den overordnede organisering af den regionale behandlingspsykiatri er illustreret i nedenstående figur.

Figur 22. Overordnet organisering af den regionale behandlingspsykiatri på økonomiområdet.



Koncernledelsen og psykiatriledelsen forestår i fællesskab den overordnede økonomiske og aktivitetsmæssige planlægning på psykiatriområdet. Koncernøkonomi (sundhedsøkonomi i Region Syddanmark) har i denne forbindelse ansvaret for den generelle budgetlægning med dertilhørende aktivitetskrav samt den overordnede forelæggelse for og opfølgning til Regionsrådet.

Psykiatriens ledelse og økonomifunktion forestår udmøntningen af psykiatriens budgetramme og aktivitetskrav til afdelingsledelserne og foretager monitoreringen af de enkelte afdelinger og afsnit indenfor psykiatrien. Afdelinger benævnes i Region Hovedstaden som centre, der opfylder den samme organisatoriske funktion som afdelinger i de øvrige regioner.

Kontakten mellem koncernøkonomi og psykiatriens overordnede økonomifunktion foregår typisk ved møder med tre til fire ugers mellemrum samt via en løbende dialog.

5.1.3 Samspil mellem politikere og administration

Alle regioner giver udtryk for, at der er stor politisk opmærksomhed på og involvering i psykiatrien. Den store politiske involvering betyder, at forvaltningens råderum indsnævres. Politikerne forelægges således altid tilpasninger på strukturelt niveau, hvor serviceniveau og tilgængelighed påvirkes. Det gælder fx oprettelse, nedlæggelse og sammenlægning af funktioner, tilpasning af sengepladser, tilpasning i opsøgende og udgående teams, natlukning af skadestuer og i forbindelse med effektiviseringsplaner og budgetreduktioner. Fælles for den politiske stillingtagen til budgetreduktioner er, at det vurderes om de tilpasninger spareplanerne medfører, harmonerer med de ønskede politiske prioriteringer og de målsætninger, der ligger i psykiatriplanen.

Der sker desuden en politisk stillingtagen i de tilfælde, hvor det vurderes, at budgetreduktionerne har et omfang, så de kunne være gennemført af forvaltningen alene. I forhold til overordnede rammereduktioner efterspørges der fra politisk side ofte mere uddybende redegørelser for hvilke områder og tilbud, reduktionerne konkret forventes at ramme. Dette medfører i nogle tilfælde, at rammereduktioner skal konkretiseres, så særlige prioriteringsområder i psykiatrien ikke rammes.

Der er generelt en tendens til, at budgetmæssige tilpasninger er gået fra rammebesparelser til konkrete spare- eller prioriteringskataloger.

Således har den politiske involvering på psykiatriområdet betydelig indflydelse på administrationens råderum på psykiatriområdet.

5.2 Målfastsættelse og planlægning

Regionsrådene i de fem regioner fastsætter de overordnede målsætninger for psykiatrien i regionerne. I de følgende afsnit belyses det, om og hvorledes regionernes psykiatriplaner og servicemål i budgettet indgår i et samspil med formålene i satspuljeaftalerne i den overordnede planlægning af psykiatrien. Desuden belyses satspuljefinansieringens selvstændige betydning for planlægningen i psykiatrien.

5.2.1 Psykiatriplaner som langsigtet planlægningsredskab

Alle regioner oplyser en politisk vedtaget psykiatriplan som det grundlæggende styringsredskab for den langsigtede planlægning af psykiatrien. Desuden anvender flere regioner servicemål i budgetlægningen som et planlægningsredskab.

Psykiatriplanerne er i samtlige regioner vedtaget i enten 2007 eller foråret 2008 og danner rammen for de fremtidige prioriteringer i psykiatrien i de enkelte regioner. Af interviewene fremgår det, at psykiatriplanerne både centralt i regionerne og i psykiatrien fungerer som referencepunkt for psykiatriens målsætninger.

En mere konkret udmøntning af psykiatriplanernes overordnede målsætninger kan genfindes i regionernes budgetter og driftsaftaler for de enkelte år. Heraf fremgår service- eller kvalitetsmål, der beskriver mere konkrete målsætninger for regionens psykiatri i det enkelte år. Eksempelvis fremsættes servicemålsætninger om kort ventetid eller umiddelbar behandling af akutte patienter samt mål om faglig eller oplevet kvalitet.

5.2.2 Psykiatriplaner og satspuljebevillingernes formål

I satspuljeaftalerne formuleres et formål med de enkelte dele af den satspulje, der udmøntes. Formålene formuleret i satspuljeaftalerne, der knytter sig til tidsbegrænsede ansøgningspuljer, er konkrete og bindende for de ansøgninger regionerne indsender som led i udmøntningen af midlerne. Der er således ikke frit råderum i regionerne til løbende indholdsmæssig tilpasning af projekterne eller omprioritering af de tidsbegrænsede satspuljebevillinger i projektperioden. Dog kan projekter ændres og tilpasses indenfor projektperioden efter ansøgning til og godkendelse af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Formålene, der knytter sig til de permanent tildelte satspuljebevillinger, kan ses som et udtryk for en langsigtet prioritering fra satspuljepartiernes side. Formålene for de permanente satspuljebevillinger er i en række tilfælde bredere, og der er mere vide rammer for regionernes konkrete udmøntning af disse. Et centralt spørgsmål for den langsigtede styring i regionerne bliver således, i hvilket omfang psykiatriplanerne stemmer overens med de formål, der opstilles ved udmøntningen af satspuljebevillingerne. Et yderligere spørgsmål er, i hvilket omfang regionerne frit omprioriterer permanentgjorte midler efter et projekts ophør.

Der er enighed de fem regioner imellem om, at psykiatriplanerne er vedtaget uden større opmærksomhed på formålene i satspuljeaftalerne. Psykiatriplanen udstikker den overordnede kurs for, i hvilken retning den enkelte region ønsker, at psykiatriområdet skal udvikle sig - ikke satspuljeaftalerne. Endvidere er store dele af satspuljebevillingerne udmøntet efter psykiatriplanernes vedtagelse. Dermed har det ikke været muligt at tage hensyn til eksempelvis satspuljebevillingerne udmøntet til behandlingsret for både børn og voksne i regionernes langsigtede planlægning i psykiatriplanerne.

Regionerne giver udtryk for, at der som udgangspunkt er og har været et stort sammenfald mellem satspuljeaftalernes formål, og de formål regionen selv har ønsket at prioritere i psykiatriplanen. I denne sammenhæng fremhæves særligt de brede formuleringer i formålene knyttet til midler givet til udvidede behandlingsrettigheder. De mere snævre formål, der knytter sig til de tidsbegrænsede ansøgningspuljer, falder dog ligeledes oftest sammen med formålene i psykiatriplanerne.

Satspuljeaftalernes formål har haft betydning for tidspunktet for igangsættelse af projekter og strategier, der ønskes prioriteret som følge af psykiatriplanen. Det er udbredt blandt regionerne, at planlagte strategier

og indsatser er blevet fremrykket, fordi der er givet satspuljebevillinger til et givent område. Satspuljebevillinger har således ofte fungeret som et vindue for finansiering og igangsætning af ønskede projekter. Ligeledes påpeger flere regioner, at tiltag i psykiatriplanerne ikke kunne være blevet realiseret uden finansieringen fra satspuljerne.

Satspuljebevillingernes formål får dermed betydning for prioriteringsrækkefølgen og igangsættelsen af indsatser i behandlingspsykiatrien men kun i mindre grad for, hvilke langsigtede prioriteringer der indskrives i regionernes psykiatriplaner. Med andre ord så er de ekstra midler fra satspuljen centrale for indsatsen i regionerne, men ikke formålene.

5.2.3 Fortsættelse af satspuljeprojekter

Permanentgørelse af tidsbegrænsede projekter spiller en selvstændig rolle for den langsigtede planlægning i de enkelte regioner. Det skyldes, at tidsbegrænsede projekter stort set altid videreføres efter endt projektperiode. Det gælder uanset om satspuljebevillingen permanentgøres eller ej. Ingen regioner giver således eksempler på projekter, der er nedlagt efter den midlertidige satspuljefinansierings udløb. Flere regioner giver derimod udtryk for, at der er en politisk forventning om, at det tilbud, der blev igangsat med den midlertidige finansiering, fortsættes. Som en region udtrykker det:

66

Der er stort set ingen eksempler på, at projekter er lukket ned, fordi en bevilling er op-
hørt. Efterhånden er det en forventning, at de midlertidige projekter permanentgøres. De
seneste mange midler er blevet permanentgjorte

99

Forvaltningen viderefører ikke per automatik projekter som permanente indsatser. Hvis et projekt skal permanentgøres efter endt projektperiode, forelægges det regionsrådet, herunder også hvilken permanent bevilling der kræves for at videreføre indsatsen. Det kan ske som en selvstændig indstilling eller i forbindelse med vedtagelsen af næste års budget.

Det vurderes endvidere, om den permanente indsats skal tilpasses ud fra de erfaringer, der er gjort under projektperioden eller i forhold til regionens tilbud i øvrigt. Dette kan resultere i en nedjustering eller i nogle tilfælde en opjustering i den permanente bevilling sammenlignet med den midlertidige finansiering.) Der er også eksempler på, at der tilføres yderligere midler. Generelt er billedet imidlertid, som beskrevet ovenfor, at midlertidige indsatser videreføres efter projektets ophør.

De senere år har de tidsbegrænsede midler i højere grad haft karakter af afprøvede koncepter, som man fra satspuljepartiernes side ønsker at implementere i større skala frem for egentlige forsøg. Videreførelse af pro-

jekterne har ved mere afprøvede projekter været oplagt, og der er i disse tilfælde arbejdet med at tilpasse den permanente indsats til den konkrete region.

Flere regioner har oplevet udfordringer med rekruttering og fastholdelse af personale i behandlingspsykiatrien. Det har betydet, at man har været nødt til at ansætte personale i faste stillinger, selvom der har været tale om ansættelse i tidsbegrænsede projekter. Endvidere er der en udfordring i forhold til fastholdelse af personale i slutningen af en projektperiode, hvis der er udsigt til, at indsatsen og dermed stillingerne ikke videreføres efter projektperiodens udløb.

Udmøntningen af satspuljebevillinger som midlertidige puljer, der permanentgøres, har således en betydning for regionernes muligheder for langsigtet prioritering af indsatser. Denne betydning mindskes i takt med den mindre udbredte anvendelse af midlertidige puljer.

5.3 Budgetlægning og decentral udmøntning

Analysen af regionernes budgetlægning og decentrale udmøntning er primært rettet mod en beskrivelse af relationen mellem det centrale regionsniveau (typisk repræsenteret af koncern- eller sundhedsøkonomi) og den centrale administration indenfor psykiatrien (typisk repræsenteret ved en psykiatrilæder eller psykiatridirektøren). Der er endvidere i nogen grad fokuseret på afdelingsniveauet i psykiatrien.

Budgetlægningsprocessen samt koblingen mellem budget og aktivitet er analyseret på baggrund af indhentet skriftligt materiale samt interviews med repræsentanter for samtlige regioner. Centrale forskelle og ligheder mellem de fem regioner i budgetlægningsprocessen fremgår af tabellen nedenfor. Disse beskrives nærmere i følgende afsnit.

Tabel 17. Sammenligning af budgetlægning og decentral udmøntning

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Budgetlægning					
Bevillingsniveau	Psykiatrien samlet	Psykiatrien samlet	Psykiatrien samlet	Psykiatrien samlet	Psykiatrien Samlet
Budgettilpasninger & effektiviseringer i analyseperiode	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Overførselsadgang mellem budget år	Fuld overførsel af merforbrug og 1 % af mindreforbrug. Mindreforbrug blev i 2010 indefrosset	Ja, i udgangspunktet (1 % af budget)	Ja	Ja, men mindreforbrug typisk efter ansøgning.	Ja, men på betingelser (+/- 1 % af budget)
Aktivitet					
Kobling mellem budget og aktivitet	Ikke umiddelbart, men kobling dog foretaget i løbet af analyseperioden	Budget koblet til aktivitetsmål	Budget kobles til en DRG aktivitet. Pulje til meraktivitet	Ja - men ikke automatiske negative konsekvenser ved manglende aktivitet	Budget koblet til aktivitetsmål
Aktivitetsparametre	Se tabel 18 vedrørende løbende økonomi- og aktivitetsopfølgning				
Produktivitetskrav	2 % opjustering af aktivitetskrav på ambulante besøg	Nej - indarbejdes fra budget 2012	2 % af DRG-værdien af den ambulante aktivitet	2 % opjustering af aktivitetskrav	2-3,5 % opjustering af aktivitetskrav
Afregning for meraktivitet	Nej	Nej	Ja	Nej, dog forsøgsordning i 2010 og 2011 med 5 mio. til meraktivitet indenfor B&U	Nej
Styringsprincip	Mål- og rammestyring med aktivitetsforudsætninger	Mål- og ramme styring	Kombination af ramme og aktivitetsstyring	Mål- og rammestyring. Mindre pulje til aktivitetsstyring i 2010	Mål- og rammestyring
Satspuljebevillinger					
Satspuljer og budgetlægning	Permanente indgår i udgangspunktet i den almindelige budgetlægning	Permanente indgår i udgangspunktet i den almindelige budgetlægning	Permanente indgår i udgangspunktet i den almindelige budgetlægning	Satspuljebevillingerne indgår ikke i budgetlægningen - dog undtaget behandlingsretsmidlerne	Permanente indgår i udgangspunktet i den almindelige budgetlægning
Udmøntes permanente midler pr. automatik fuldt ud til psykiatrien	Ja	Ja	Overvejende	Ja	Ja
Timelack i forbindelse med midlertidige puljer	Ja	ja	Ja	Ja	Ja
Permanente satspuljebevillinger i forbindelse med besparelser	Indgår i den samlede ramme	Indgår i den samlede ramme	Indgår i den samlede ramme	Indgår i den samlede ramme	Indgår i den samlede ramme

5.3.1 Budgetlægning

Psykiatrilædelserne har i samtlige regioner budgetansvaret for psykiatrien. Psykiatrien udgør dermed også det centrale bevillingsniveau. Ved budgetlægningens start lægges i hver region et budget med udgangspunkt i det forrige års budgetniveau. I dette budget indarbejdes prioriteringer afhængigt af regionens behov for råderum. Gennem analyseperioden har regionerne haft forskelligt behov for at gennemføre besparelser indenfor sundhedsområdet, herunder også i psykiatrien. I fire ud af fem regioner har psykiatrien skullet bidrage til eventuelle besparelser på samme relative niveau som den somatiske del af sundhedsområdet. En region peger på, at psykiatrien i nogle tilfælde har oplevet positiv særbehandling ved sparerunder.

Udover tilvejebringelsen af råderum arbejder fire ud af fem regioner med et produktivitetskrav, der hvert år lægges til aktivitetsbudgettet. I tre regioner er produktivitetskravet på to pct., mens Region Sjælland har haft produktivitetskrav på mellem 2-3,5 pct. Region Midtjylland indfører som sidste region også denne fremgangsmåde fra 2012.

Nærværende analyse peger desuden på mindre variation i forhold til psykiatriens mulighed for overførsel af mer- og mindreforbrug. I alle regioner overføres merforbrug automatisk til næste budgetår - Region Sjælland har dog en overførselsgrænse på en pct. af budgettet. I Region Nordjylland, Midtjylland, og Hovedstaden er overførsel af mindreforbrug afhængigt af opfyldelse af målsætninger eller, for hovedstadens vedkommende, bevilling via ansøgning. I Region Sjælland overføres både mer- og mindreforbrug. Dog kan der maksimalt overføres +/- en pct. af budgettet til næste år. Region Syddanmark har som eneste region fuldstændig overførselsadgang mellem budgetårene.

5.3.2 Aktivitet

Koblingen mellem budget og aktivitet kan i Region Nordjylland, Midtjylland, Sjælland og Hovedstaden beskrives som en mål- og rammestyring, hvor psykiatrien pålægges et aktivitetskrav, der er afhængigt af det tildelte budget. Budgettet er koblet til et bestemt aktivitetskrav beregnet på baggrund af klassiske aktivitetsmål.

For disse regioner gælder det, at mindreaktivitet i forhold til det fastsatte aktivitetskrav ikke automatisk medfører en budgetreduktion, men

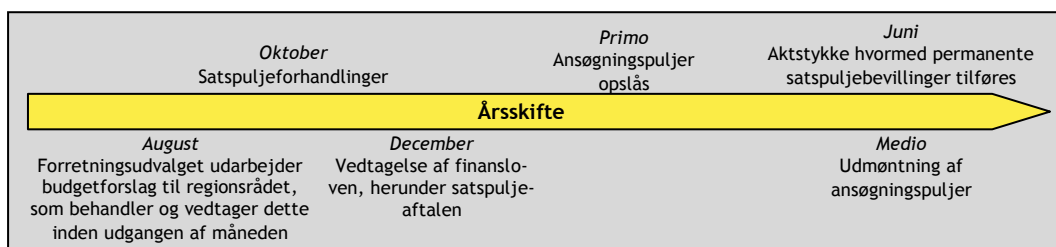
håndteres via dialog. Der afregnes i udgangspunktet ikke for meraktivitet. Region Hovedstaden har dog i 2010 og 2011 afsat en pulje på fem mio. kr. til meraktivitet indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

Region Syddanmark adskiller sig fra denne generelle tendens ved at have aktivitetsstyring på det ambulante område, hvor budgettet er koblet til et aktivitetskrav, som er fastlagt via anvendelsen af DRG-grupper. Der er således automatisk budgettilpasning ved mer- hhv. mindreaktivitet indenfor ambulante område, imens det stationære område er underlagt en klassisk rammestyringslogik.

5.3.3 Satspuljebevillinger i budgetlægningen

Midlertidige satspuljebevillinger indgår ikke i den almindelige budgetlægning, men udmøntes i overensstemmelse med den ansøgning, der ligger til grund for den midlertidige bevilling. I perioden fra budgetlægningen i regionerne til den konkrete udmøntning af de midlertidige satspuljebevillinger efter ansøgning, opererer regionerne i større eller mindre omfang med to budgetprocesser. Nedenstående figur illustrerer regionernes budgetproces og processen for udmøntning af midlertidige satspuljebevillinger.

Figur 23. Opsamling på den løbende økonomi- og aktivitetsopfølgning



Permanente og permanentgjorte satspuljebevillinger derimod indgår i samtlige regioner som en del af den generelle budgetramme i årene efter udmøntning. Det sker bl.a. af praktiske hensyn, som en region udtrykker det:

66

Det ville give kludetæppe af bindinger. Der er heller ikke stillet krav om, at det er det, man skal tænke. Det fornuftige er, at når projektet er gennemført, laver man en opfølgning på det, men derefter indgår pengene i den almindelige ramme.

99

Regioner påpeger, at udmøntningen af de årlige satspuljebevillinger hænger dårligt sammen med den generelle budgetproces i regionerne. Der opleves således en tidsforskydning i forhold til, hvornår midlerne kan indskrives i budgettet pga. satspuljeforhandlingernes placering sidst på året.

Yderligere oplever regionerne et betydeligt bureaukrati i forbindelse med de midler, der udmøntes via puljeansøgning. Permanent tildelte satspuljebevillinger til psykiatrien lægges generelt ubeskåret ud i psykiatrien. Den kommunale medfinansiering lægges dog i Region Syddanmark og Region Hovedstaden ikke automatisk ud i psykiatrien. Her foretages en konkret vurdering af, hvorvidt indsatsen menes at medføre yderligere aktivitet.

I forbindelse med besparelser og effektiviseringer indgår permanentgjorte satspuljebevillinger i samtlige regioner på lige fod med psykiatriens øvrige midler. En region udtaler bl.a., at

“

De permanentgjorte satspuljebevillinger indgår ikke specielt, når der skal ske besparelser - der indgår de i den samlede ramme. Vi tænker ikke på, hvor de kommer fra.

”

Permanentgjorte satspuljebevillinger, der øger psykiatriens samlede budgetramme i et år, medfører i samtlige regioner en opjustering af aktivitetskravet til psykiatrien. Der er dog forskel på, hvordan regionerne tilskriver denne aktivitet. I de fleste regioner vurderes omfanget af aktivitet ved udmøntningen af satspuljebevillingerne, hvorefter aktivitetskravet korrigeres i det indeværende år. I Region Hovedstaden, er der ikke nogen selvstændig vurdering af den ekstra aktivitet, satspuljebevillinger udløser ved tilførsel af satspuljebevillinger. Her sker opskrivningen af aktivitetskravet først i det efterfølgende år, da Region Hovedstadens basislinje dannes på baggrund af forrige års aktivitet.

5.4 Løbende budget- og aktivitetsopfølgning

I nærværende afsnit beskrives regionernes løbende økonomi- og aktivitetsopfølgning. Der fokuseres på koncernøkonomis løbende opfølgning i forhold til den samlede behandlingspsykiatri og på psykiatrilædelsens opfølgning i forhold til den samlede psykiatri såvel som ud på de enkelte afdelinger. Det belyses særligt, hvordan der følges op på økonomi og aktivitet i relation til udmøntede satspuljebevillinger og på hvilke forskelle, der er i opfølgningen imellem forskellige typer af satspuljebevillinger.

Tabellen nedenfor sammenfatter og sammenholder den løbende overordnede økonomi- og aktivitetsopfølgningen i de fem regioner samt den konkrete opfølgning på satspuljebevillinger. Resultaterne beskrives nærmere nedenfor.

Tabel 18. Opsamling på den løbende økonomi- og aktivitetsopfølgning

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Kadence for økonomi- og aktivitetsopfølgning	Kvartalsvis fra koncernøkonomi. Månedlig fra psykiatriledelsen	Kvartalsvis fra koncernøkonomi. Månedlig fra psykiatriledelsen på økonomien og kvartalvis på aktivitet	Kvartalsvis fra direktionen. Månedlig fra psykiatriledelsen	Kvartalsvis fra koncernøkonomi. Månedlig fra psykiatriledelsen	Kvartalsvis fra koncernøkonomi samt en mindre månedlig. Månedlig fra psykiatriledelsen
Hvordan håndteres budgetubalance af koncernen hhv. psykiatrien?	Psykiatrien udarbejder og implementerer handlingsplaner	Intensiveret opfølgning og dialog, psykiatrien udarbejder og implementerer handlingsplaner	Intensiveret opfølgning og dialog, psykiatrien udarbejder og implementerer handlingsplaner	Intensiveret opfølgning og dialog, psykiatrien udarbejder og implementerer handlingsplaner	Intensiveret opfølgning og dialog, koncernøkonomi og psykiatrien udarbejder og implementerer handlingsplaner
Aktivitetsmål i den løbende opfølgning	Ambulante besøg, udskrivinger, sengedage, unikke borgere, indirekte ydelser (Både fra koncern og psykiatri)	Unikke patienter, servicemål, ambulante besøg, belægningsprocent (Både fra koncern og psykiatri) Sengedage (Kun fra psykiatri)	Sengedage, udskrivinger, baseline for ambulant aktivitet (Både fra koncern og psykiatri) Ambulante besøg, hjemmebesøg, ”hurtig opstart af behandling” (kun psykiatri)	Ambulante besøg, udskrivinger (Både fra koncern og psykiatri)	Sengedage, udskrivinger, ambulante besøg, skadestuebesøg (Både fra koncern og psykiatri)
Hvilken type satspuljebevillinger inkluderes i den almindelige løbende opfølgning?	Tidsbegrænsede og permanente på både koncernniveau og i psykiatrien. Særskilt opfølgning på tidsbegrænsede	Permanente på både koncernniveau og i psykiatrien	Tidsbegrænsede og permanente på både koncernniveau og i psykiatrien	Permanente på både koncernniveau og i psykiatrien	Tidsbegrænsede og permanente på både koncernniveau og i psykiatrien Særskilt opfølgning på tidsbegrænsede på koncernniveau og i psykiatrien

5.4.1 Kadence, aktivitetsmål og håndtering af budgetubalance

Som hovedregel foregår den løbende økonomi- og aktivitetsopfølgning fra koncernøkonomi kvartalsvis mens opfølgningen fra psykiatriledelsen foretages på månedsbasis. Dette med undtagelse af Region Hovedstaden, hvor både koncernledelsen og psykiatriledelsen følger op månedligt.

Budget- eller aktivitetsmæssige ubalancer i den samlede psykiatri håndteres i alle regioner dels ved en intensivering af opfølgningen og dels ved udarbejdelsen af handleplaner til genopretning af balancen i økonomi og aktivitet. Den intensiverede opfølgning foregår i alle regioner i form af en tættere dialog og øget kadence i afrapporteringen mellem koncernøkonomi og psykiatriledelsen samt i nogle regioner ved opfølgning på afdelingsniveau fra koncernøkonomi. I Region Sjælland iværksættes der som hovedregel et ansættelsesstop i afdelinger, hvor der forventes budgetubalance, indtil økonomien af genoprettet.

I Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden følges der op på de samme aktivitetsmål fra koncernøkonomi, som følges på afdelingsniveau fra psykiatriledelsens side. I Region Midtjylland og Region

Syddanmark følges der op på færre mål fra koncernøkonomi end fra psykiatriledelsen og ud på afdelingsniveau.

Ambulante besøg anvendes som aktivitetsmål i samtlige regioner. Udskrivninger anvendes i fire regioner og tre regioner anvender sengedage i deres opfølgning. Øvrige aktivitetsmål anvendes mere spredt på tværs af regionerne. Det gælder fx skadestuebesøg, hjemmebesøg og unikke borgere.

5.4.2 Opfølgning på satspuljebevillinger

Der sker i alle regioner en særskilt opfølgning på de satspuljebevillinger, der har karakter af projektmidler. Opfølgningen sker midtvejs i projektperioden og ved projekternes afslutning jf. de retningslinjer, der fremgår af ministeriets ansøgningskriterier samt relevante regler for opfølgning på projektmidler. Det gælder også midler, der er givet permanent, men i udgangspunktet udmøntet via ansøgningspuljer. Administrationen af de tidsbegrænsede midler er blevet mindre i regionerne i takt med færre tidsbegrænsede midler. Dog udmøntes permanente midler fra satspuljeaftalen 2010 via ansøgningspuljer. Der er således stadig betydelig administrative opgaver forbundet med satspulje projektmidler i regionerne.

Det gælder endvidere for alle regioner, at der ikke gennemføres en særskilt løbende økonomi- og aktivitetsopfølgning på de permanente satspuljebevillinger. Det er generelt regionernes vurdering, at en løbende særskilt opfølgning på satspuljebevillingerne ville kræve yderligere administrative ressourcer til økonomistyringen udover de betydelige ressourcer, der allerede i dag bruges til at ansøge om og afrapportere på satspulje projekter.

Generelt udmøntes permanente satspuljebevillinger som en del af den generelle budgetramme. Der sker således en løbende monetær opfølgning på satspuljebevillingerne i den almindelige opfølgning. De midlertidige satspuljebevillinger udmøntes ikke under projektperioden som en del af budgetrammen, men konteres separat. Således indgår midlertidige satspuljebevillinger ikke i den almindelige løbende opfølgning, før projektet afsluttes og der sker en eventuel permanentgørelse. Der sker imidlertid en løbende særskilt opfølgning på igangværende satspulje projekter særligt fra psykiatrien ud på afdelingsniveau.

I det omfang tildelingen af satspuljebevillinger resulterer i opjusteringer af aktivitetskravene i regionerne, indgår aktivitet knyttet til midlerne også i den almindelige aktivitetsopfølgning.

Midler, givet til udvidelse af behandlingsretten på børne- og ungeområdet hhv. voksenområdet, har mere brede formål. Disse midler indgår i den almindelige økonomi- og aktivitetsopfølgning på samme vis som de resterende midler i behandlingspsykiatrien. Hertil kommer, at udviklingen i ventelister i behandlingspsykiatrien følges løbende og offentliggøres kvartalvis af Danske Regioner.