



Dato 19-05-2010

Inger Bonde Kristiansen

Tel. +45 8728 4545

Inger.Kristiansen@STAB.RM.DK

1-16-0-13-06-V

## **Sparekatalog: Overvejelser vedr. besparelsmuligheder samt nye indsatsområder på Primær Sundhed**

### **Indledning**

I dette notat redegøres der for hvordan udgifterne indenfor Primær Sundhed kan dæmpes samt hvorledes sparekravet på medicinområdet på 25 mio. kr. kan opnås igennem iværksættelse af nye indsatsområder.

I budgetforliget for 2010 blev det besluttet, at der skulle udarbejdes analyser, der kunne forklare forskelle i udgiftsniveau indenfor Primær Sundhed på tværs af regioner.

Udgifterne indenfor Primær Sundhed er i de senere år steget mere i Region Midtjylland end landsgennemsnittet. På medicinområdet er udgiften pr. indbygger steget fra indeks 98,1 i 2007 til indeks 100 i 2009, hvor landsgennemsnittet er lig 100. I praksissektoren er der en stigning fra indeks 95,1 i 2007 til indeks 95,3 i 2008 i forhold til landsgennemsnittet på 100. Der foreligger ikke på praksisområdet endelige tal for 2009 endnu, men der forventes en større stigning i Region Midtjylland end landsgennemsnittet.

Sammenholdes Region Midtjyllands udgiftsniveau på de to områder med indeksniveauet for finansiering, som ligger på indeks 93,6 i forhold til landsgennemsnittet, er det nødvendigt at have særlig fokus på udgiftsudviklingen inden for de to områder under Primær Sundhed.

Budgetforliget for 2010 indeholdt derfor ligeledes et sparekrav på netto 25 mio. kr. på medicinkontoen.

Dette notat giver en opsummering af de overordnede resultater af benchmarkinganalyserne indenfor Primær Sundhed dvs.

- 1) Tilskudsmedicin og
- 2) Øvrig Primær Sundhed.

## A. Analyse af forskelle i udgifter til medicintilskud på tværs af regioner.

Der er udarbejdet to bilagsnotater til analysen med følgende indhold:

1. Et overblik over forskelle mellem Region Hovedstaden og Region Midtjylland i forhold til forskelle i forbrug

*Bilagsnotat: Overordnet beskrivelse af forskelle i udgiftsforbrug til tilskudsmedicin på tværs af regioner*

2. En dyberegående analyse af sammenhænge imellem uddannelse, livsstil, sygdomsforekomst og medicinforbrug.

*Bilagsnotat: Benchmark-analyse af udgifter og forbrug til tilskudsmedicin på tværs af regionens kommuner*

Notaterne er vedlagt som bilag.

### Overordnede konklusioner

Analysen viser, at den store forskel i udgiftsniveau imellem Region Midtjylland og Region Hovedstaden skyldes en generelt større ordination af lægemidler fra især almen praksis og dermed et større medicinforbrug (mængder) i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden.

Med andre ord ordineres generelt set ikke dyrere medicin i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden.

I analysen er udvalgt 4 områder repræsenterende de væsentligste forskelle i forbrugs- og udgiftsniveau mellem de to regioner. Det drejer sig om hjerte/kar-medicin, lægemidler til behandling af KOL og Astma, lægemidler til behandling af ADHD og epilepsimedicin. Årsagen til forskellene i forbrug skyldes enten forskelle i sygdomsforekomst eller i behandlingsniveau

Lægemidler til behandling af hjerte/kar og Astma/KOL anvendes især til de patientkategorier, der er udpeget indenfor de kroniske sygdomme. Tidligere undersøgelser, herunder Region Midtjyllands "Hvordan har du det", peger i retning af en sammenhæng mellem uddannelse, livsstil og livsstilsbetingede sygdomme. Analysen viser en sandsynlig sammenhæng mellem en kommunes gennemsnitlige uddannelsesniveau i Region Midtjylland og det gennemsnitlige medicinforbrug på området hjerte/kar.

Da der foreligger et generelt lavere uddannelsesniveau i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden kan forskelle i livsstilsbetinget sygdomsforekomst sandsynligvis forklare en del af forskellene i lægemiddelforbrug af hjerte/kar-medicin og evt. også Astma/KOL-medicin.

Der ses en meget stor afvigelse mellem Region Midtjylland og Region Hovedstaden i forbruget af lægemidler til behandling af ADHD og epilepsi. Især er antallet af voksne personer på 20-29 år i medicinsk behandling for ADHD markant højere i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden. Forskellene i forbrug er så markante, at forskelle i sygdomsforekomst som

forklaring alene er usandsynlig. Hvorvidt behandlingsniveauet er for højt i Region Midtjylland eller for lavt i Region Hovedstaden kræver en nærmere lægefaglig vurdering.

Forskellene skyldes sandsynligvis forskellige lægefaglige vurderinger, dvs. forskelle i behandlingsniveau.

## **Nye indsatsområder på medicin**

Der er betydelig fokus fra centralt hold på den overordnede styring af lægemiddelområdet. Lægemiddelstyrelsen vurderer løbende behovet for ændring af tilskudsregler hvor ordinationsmønstret skønnes ikke at være hensigtsmæssigt, enten ud fra en kvalitetsmæssig eller ud fra økonomisk betragtning. Patentudløb er et andet forhold, der reducerer udgifterne i Danmark i disse år. Disse to forhold sænker udgifterne - men medfører ikke reelle besparelser i Region Midtjylland, da udgiftsreduktionen reguleres over budgetterne via de årlige økonomiaftaler.

### Besparelspotentiale i forhold til bloktilskudsregler

I de årlige Økonomiaftaler mellem Danske Regioner og Regeringen er der aftalt en medicingaranti. Medicingarantien sikrer økonomi til et aftalt garantiniveau for medicinudgifterne for regionerne under et. Det er således aftalt, at afvigelser i udgifterne til medicintilskud i forhold til et på forhånd aftalt udgiftsniveau (garantiniveau) reguleres over bloktilskuddet med 75 %.

Eksempelvis hvis regnskabsresultatet bliver 200 mio. kr. lavere end garantiniveauet for alle regioner, skal alle regioner - samlet set - tilbagebetale 150 mio. kr. svarende til de 75 %. Tilbagebetalingskravet på de 150 mio. kr. fordeles efter bloktilskudsnøglen. Hvis Region Midtjylland f.eks. ikke har mindreudgifter i forhold til garantiniveauet, men det kun er de andre regioner, der sparer de 200 mio. kr. skal Region Midtjylland alligevel tilbagebetale sin andel af de 150 mio. kr. Eksemplet skal belyse, at der er indbygget et incitament i bloktilskudsreglerne der favoriserer de regioner hvor udgifterne stiger mindst.

Status efter 1. kvartal 2010 er, at Region Midtjyllands udgifter stiger mere end de øvrige regioners, bl.a. som følge af stigende forbrug på lægemidler til behandling af diabetes og ADHD; områder som også er stigende i de øvrige regioner men indtil videre mest i Region Midtjylland.

Som følge af at udgifterne stiger mere i Region Midtjylland end i de øvrige regioner forudsætter en implementering af besparelsen på netto 25 mio. kr. derfor, at Region Midtjylland brutto sparer mere end 25 mio. kr.

Der skal derfor spares yderligere for at indkassere en besparelse på netto 25 mio. kr.

### Indsatsområder

I april 2009 blev udpeget 5 områder, hvor der forelå betydelige besparelspotentialer ved skifte fra dyre til billigere kvalitetsmæssigt ligeværdige lægemidler. Områderne var indenfor mavesårsmedicin, blodtryksænkende medicin, stærke smertestillende midler, gigtmidler og antidepressiva. Patentudløb og regelændringer har imidlertid medført betydeligt pris/tilskudsfald på de dyrere lægemidler. Prisforskellen mellem dyre og billige lægemidler er

derfor reduceret betydeligt. Besparelspotentialet er som følge heraf i det seneste år reduceret til 50 mio. kr. Dette reduceres muligvis yderligere i 2010 til i alt 20 mio. kr. Det samlede besparelspotentiale i forhold til den nuværende indsats er derfor opgjort til 20-50 mio. kr.

Der er af centrale myndigheder m.fl. identificeret en række yderligere områder, hvor der foreligger et forbedringspotentiale ift. lægemiddelordination i praksissektoren såvel kvalitetsmæssigt som økonomisk, men som endnu ikke styres fra centralt hold. Områderne foreslås indføjet i den nuværende indsats. De er nærmere beskrevet i notatet: "Overordnet beskrivelse af forskelle i udgiftsforbrug til tilskudsmedicin på tværs af regioner kap. 5". Områderne er følgende:

**1. Rationel farmakoterapi** (præparatskifte fra dyre til billigere kvalitetsmæssigt ligeværdige lægemidler):

- Diabetesmidler: skønnet langsigtet besparelse 7 mio. kr.
- Migrænelægemidler: skønnet langsigtet besparelse 10 mio. kr.
- Antidepressive lægemidler (indgår allerede i indsatsen) 20 mio. kr.

**2. Udtrækning af medicinsk behandling**

- Mavesårsmidler hvor der foreligger et u hensigtsmæssigt merforbrug. Skønnet langsigtet besparelse 7 mio. kr.
- Udtrækning af forbrug på migrænemidler, smertebehandling med Fentanyl mv., antipsykotiske lægemidler, hvor der foreligger et merforbrug. Besparelse kan endnu ikke opgøres
- Løbende opfølgning med henblik på vurdering af behovet for medicinsk behandling vedr. lægemidler til behandling af ADHD. Evt. besparelspotentiale kan endnu ikke opgøres.

Det samlede besparelspotentiale på lang sigt (2010 og 2011) kan med forbehold for prisudviklingen opgøres til 44-74 mio. kr. (brutto). Hertil kommer de besparelser, der endnu ikke kan opgøres (besparelser på forbrug af migrænemidler, Fentanyl, lægemidler til behandling af ADHD, antipsykotiske lægemidler).

**Initiativer til implementering af besparelserne:**

Der er i 2009 løbende foretaget udvalgte praksisbesøg med henblik på at drøfte ydelsesmønstre med den enkelte praksis. I forlængelse af budgetforliget i efteråret 2009 modtog alle praksis et brev med opgørelse af besparelspotentiale. Fra ultimo november 2009 er der påbegyndt systematiske praksisbesøg hos alle lægepraksis.

De foreløbige erfaringer med indsatsen fra 2009 er, at indsatsen skrider fremad, men at indsatsen ikke går helt så hurtigt som oprindeligt forventet. Der er derfor behov for intensivning af indsatsen. Der er udarbejdet en handleplan, der bl.a. indeholder følgende initiativer:

### **1) Tættere opfølgning ift. den enkelte praksis/kommuner**

Der iværksættes en styrket og systematisk indsats overfor de enkelte praksis med hovedvægt på praksis med størst besparelspotentiale og/eller ved at tage afsæt i de kommuner, der ligger højt i medicinudgifter. Indsatsen tilrettelægges evt. som udrykningshold til praksis.

Herudover analyseres kontrolstatistikkerne jf. overenskomstens § 101A<sup>1</sup>, og der tilrettelægges en indsats i forhold til de praksis, der gøres til genstand for kontrol.

Der fastlægges en konkret indsats i forhold til den enkelte praksis med praksisbesøg af lægemiddelkonsulent og løbende information til praksis om status for forbedringer. Processen aftales med Praksisudvalget.

### **2) Ophør/udtrækning af patienter i "permanent" medicinering**

Der er på visse lægemiddelområder fremkommet evidens for, at visse lægemidler kun skal ordineres i en periode. Praksis er, at lægemidlet ikke udtrækket/ophørt. Dette gælder for f.eks. mavesårsmedicin og muligvis også for lægemidler til behandling af ADHD. Hertil kommer et evt. overforbrug ved behandling med antipsykotiske lægemidler til ældre demente og lægemidler til behandling af migræne.

Set i relation til erfaringerne fra Region Hovedstaden, hvor der i større udstrækning anvendes lægefaglige konsulenter på lægemiddelområdet, kan der være behov for styrkelse af kompetencerne i lægemiddelteamet. Det kan konkret ske ved udbygning af samarbejdet mellem Primær Sundhed og Klinisk Farmakologisk Afdeling med henblik på at:

- Udarbejde korte behandlingsvejledninger
- Udarbejde vejledninger om ophør/udtrækning af patienter i "permanent" medicinering, hvor der ikke (længere) er indikation
- Udsende CPR nr. baserede lister på bestemte områder, så lægerne modtager konkret skriftlig vejledning om de enkelte patienters medicinforbrug

### **3) Styrket indsats over for hospitaler og speciallægepraksis**

Indsatsen udvides til at omfatte de praktiserende speciallæger og hospitalerne. Selv om hospitaler/praktiserende speciallæger kun ordinerer en mindre andel af det samlede medicinforbrug i praksissektoren, er såvel hospitaler som speciallæger væsentlige målgrupper; Det er ofte her et behandlingsforløb påbegyndes, som det i visse tilfælde kan være vanskeligt for den praktiserende læge at ændre, hvis det viser sig ikke at være rationelt lægemiddelvalg. Der er blevet udarbejdet et statistikprogram, der kan identificere, hvor behandlingsforløbet opstartes. Programmet skal fremover anvendes til løbende opfølgning.

Der iværksættes i regi af den regionale lægemiddelkomite tværgående kampagner på hospitaler og i almen praksis på særlige områder.

---

<sup>1</sup> § 101 er en hjemmel i overenskomsten der giver mulighed for skærpet kontrol og i yderste instans giver mulighed for bøde til den enkelte praksis, der ikke ordinerer lægemidler økonomisk ansvarligt

#### **4) Styrket overvågning af indsatser på regionalt niveau og på praksisniveau**

Der gennemføres en styrkelse af databearbejdning med henblik på, at Regionsråd, direktion og administration nøje kan følge udviklingen på lægemiddelområdet generelt og på særlige områder. Det gælder overvågning af:

- Lægemiddelindustriens prisændringer
- Patentudløb
- Ændringer i Lægemiddelstyrelsens tilskudsregler
- Ibrugtagning af nye lægemidler
- Udviklingen sammenholdt med andre regioner (permanent benchmarking)

#### **5) Benchmarking på lægemiddelområdet og detailanalyser**

Analyser af potentielle nye indsatsområder og opfølgning på allerede iværksatte initiativer er afgørende for effektiviteten af en større indsats. Der iværksættes en månedlig opfølgning på handleplanens økonomiske elementer, herunder opgørelser over ændring af ordinationsadfærd i forhold til foruddefinerede mål og opgørelser over besparelser. Opgørelserne foretages på praksisniveau og sammenlignes med Region Hovedstaden/Landet.

Der iværksættes analyser af medicin som forebyggende foranstaltning (f.eks. visse lægemidler indenfor hjertekar), og herunder om medicinering reducerer omkostninger i hospitalssektoren.

### **B. Analyse af forskelle i udgifter til øvrig primær sundhed**

Der blev i forbindelse med benchmarkingens fase 1 udpeget 3 områder til nærmere analyse, hvor udgiftsniveauet lå højere end landsgennemsnittet; almen lægehjælp, øjenlægehjælp (speciallæger) og fysioterapi. Konklusionerne er nærmere beskrevet i *bilagsnotatet "Analyse af udvalgte specialer på øvrig Primær Sundhed"*.

De overordnede konklusioner er følgende:

#### Almen lægehjælp:

Generelt ses et højere udgiftsniveau sammenlignet med landsgennemsnittet på kontaktydelserne e-mail konsultation og samtalerapi. Også de almindelige konsultationer og ydelser i lægevagten ligger over landsgennemsnittet.

Selvom udgiftsniveauet i sig selv er interessant, er det dog i højere grad stigningerne, som er interessante. Udviklingen i udgiftsniveau er bekymrende for Region Midtjylland, først og fremmest fordi differencen i forhold til øvrige regioner og landsgennemsnit er på udgiftstunge områder, hvor selv en mindre procentuel forskel i stigningstaksterne betyder meget.

Der er flere potentielle forklaringsfaktorer på, at Region Midtjylland ligger højt i udgiftsniveau. I forhold til den demografiske forklaring er der dog stadig en del manglende forklaringskraft, Der må derfor være nogle særlige "cost drivers" i Region Midtjylland, der skal klarlægges nærmere.

#### Øjenlægehjælp.

Analysen viser, at det især er på tillægsydelser, ydelser vedr. rammeaftaler samt overgangsydelser at Region Midtjylland ligger over det gennemsnitlige udgiftsniveau. På grund af forskellige registreringsmetoder i regionerne har det ikke været muligt at lave en

sammenligning på ydelsesniveau Området vil blive analyseret nærmere, når sammenlignelige data foreligger

#### Fysioterapi:

Analysen viser, at det især er på ydeshovedgruppen individuel behandling, at Region Midtjylland ligger over gennemsnittet. En mulig årsag til det lidt højere udgiftsniveau er den højere kapacitet i Region Midtjylland sammenlignet med de øvrige regioner. Væksten på specialet er dog meget lav fra 2008 til 2009.

## **Nye Indsatsområder på øvrig primær sundhed**

**1. Etablering af samarbejde med Forskningsenheden for almen praksis** (med henblik på at styrke forskning og analyse omkring efterspørgsel efter sundhedsydelser):

- Information om hvad der foregår i almen praksis (kvalitet, diagnoser, henvisninger og overgange til det øvrige sundhedsvæsen)
- Information om hvorledes efterspørgslen efter sundhedsydelser påvirkes med henblik på sigt bedre at kunne styre udgiftsudviklingen
- Effektvurderinger i praksissektoren med muligheder for bedre drift, styring og udvikling

**2. Igangsætning af tværsektorielle analyser;** Analyse af i hvor høj grad en styrket indsats i primær sektor reducerer omkostninger og udgifter i sekundær sektor, herunder anvendelse af speciallægekapaletet i forbindelse med frit sygehusvalg.

**3. Intensivering af kontrolstatistik** især på de ydelser, hvor der er væsentlige afvigelser ift landsgennemsnittet. Der er allerede iværksat en intensiveret indsats for ydelsen samtaleterapi.

**4. Løbende analyser af kapacitet og serviceniveau** indenfor alle praksisområder, således at disse forhold over en længere periode justeres svarende til landsgennemsnittet

**5. Analysearbejde omkring nyt honorarsystem** for almen praksis med det formål at begrænse en væsentlig "cost driver effekt"; fremme af initiativer, der dels indenfor rammerne af det nuværende honorarsystem kan modvirke incitamentstrukturen i nuværende honorarsystem (f.eks. kliniske retningslinjer for kronikerbehandling, egenomsorg, uddannelse af den "kompetente patient").

**6. Kroniker-kompasset som fokusområde for opgaveflytning og effektivisering:**

- Reduktion af udgifter i almen praksis ved øget systematik, overvågning og implementering af kliniske retningslinjer/forløbsprogrammer.
- Reduktion af udgifter i sekundær sektor ved flytning af opgaver fra hospitaler, ambulatorier og dermed reduktion af antal indlæggelser

**7. Dialog med praksissektoren, særligt almen praksis.** Bedre analyser og monitorering af udgiftsudvikling, ydelsesmønstre og aktiviteten i "maskinrummet" i praksis, giver også bedre mulighed for at gå i en dialog med praksissektoren om fælles løsninger til stigning i udgiftsudviklingen. Praksisudvalget inddrages i de kommende drøftelser.

## **Konklusion**

En samlet konklusion på benchmarkinganalysen er, at der er stort behov for tiltag, der kan dæmpe udgiftsstigningerne på såvel kort som langt sigt med henblik på, at Region Midtjylland kan overholde det nødvendige udgiftsniveau svarende til det indeks på 93,6, som følger af bloktilskudsfordelingsnøglen.

En række af de nye initiativer til opdyrkning af besparelspotentiale og effektivisering af driften indenfor primær sundhed vil indebære opbygning af øget analysekapacitet samt øget (læge)faglig kompetence til den udførende del af indsatsen i forhold til praksissektoren.