Regionshuset
Viborg
Koncernøkonomi
Hospitalsøkonomi
Skottenborg 26
8800 Viborg
Tlf. 87 28 50 00
www.regionmidtjylland.dk

Nye økonomiske styringsmodeller på sundhedsområdet

27. april 2011

Morten Helleberg Christiansen
mhc@rm.dk
8728 4490

1. Indledning

I forbindelse med budgetlægningen for 2011 drøftede Regionsrådet muligheden for at ændre på principperne for økonomistyringen af en række vanskeligt styrbare udgifter. Der er tale om udgiftsområder, som er budgetteret på centrale fælleskonti.

Det fremgår således af "Aftale om budget 2011 for Region Midtjylland" af 8. september 2010, at :

"De nuværende principper for økonomi- og aktivitetsstyringen i Region Midtjylland skal vurderes. Budgettet til en række vanskeligt styrbare udgifter til ny dyr medicin, nye behandlinger, udvidet frit valg, behandling over regionsgrænser og patientskadeerstatninger samt en række udgifter til efteruddannelse, medicoteknisk udstyr mv. er placeret på sundhedsområdets fælleskonti (somatikken). Fordele og ulemper ved en højere grad af decentralisering til de somatiske hospitaler skal vurderes. Regionsrådet forelægges ved udgangen af 1. kvartal 2011 en nærmere udredning heraf."

Ved belysningen af fordele og ulemper ved en højere grad af decentralisering til de somatiske hospitaler er der to centrale spørgsmål:

- I hvilken grad kan der opnås en bedre økonomistyring?
- I hvilken grad fås en bedre prioritering af sundhedsydelserne?

Der er i afsnit 2 givet en oversigt over de fælles udgiftsområder for det somatiske område, hvor der er et centralt budgetansvar.

Afsnit 3 indeholder overvejelser om hvilke fordele og ulemper, der er ved en øget grad af decentralisering af budgetansvaret. Det beskrives, hvilke overordnede kriterier, der kan lægges til grund for en vurdering af fordele og ulemper ved en øget decentralisering.

Der er i afsnit 4 gennemgået de konkrete budgetområder med henblik på en overordnet stillingstagen til, hvilke budgetområder, der kan være

egnet til en øget decentralisering, og hvilke budgetområder, der vurderes ikke at være egnet til en øget decentralisering.

Der peges på i alt 11 udgiftsområder, hvor en decentralisering af budgetansvaret kan være hensigtsmæssig. Der er for alle områder en række betydelige administrative og styringsmæssige vanskeligheder ved en decentralisering. Disse vanskeligheder skal beskrives nærmere i samarbejde med de somatiske hospitaler.

Regionsrådet holder den 10. august 2011 et budgetseminar. Overvejelser om økonomistyringsmodeller for de udvalgte områder vil være et tema på budgetseminaret med henblik på, at Regionsrådet kan drøfte og eventuelt træffe beslutning om nye styringsmodeller med virkning fra 2012.

2. Fællesudgifter og -indtægter i Region Midtjylland : Et overblik

Region Midtjyllands samlede nettodriftsudgiftsbudget (udgiftsbaseret) til sundhed ekskl. primær sundhed udgør i det vedtagne budget 2011 15.474 mio.kr., jf. tabel 1 nedenfor.

Tabel 1. Vedtaget budget 2011, sundhedsområdet ekskl. primær sundhed (udgiftsbaseret, mio.kr.)

Emne	Udgifter	Indtægter	Nettodriftsudgifter i alt
Somatiske hospitaler	**12.382**	**-337**	**12.045**
Præhospitalet	**706**	**0**	**706**
Behandlingspsykiatri (ekskl. fælles udg. og indt.)	**1.452**	**-96**	**1.356**
Områder med centralt budgetansvar	**2.728**	**-1.361**	**1.367**
Heraf somatik	2.575	-1.293	1.282
Heraf fælles puljer, politisk prioritering	*473*	*0*	*473*
Heraf fælles puljer, administrativ prioritering	*741*	*-19*	*722*
Heraf øvrige fællesudgifter og -indtægter	*1.360*	*-1.274*	*86*
Heraf psykiatri	153	-68	85
Heraf politisk prioritering	*52*	*0*	*52*
Heraf administrativ prioritering	*101*	*-68*	*33*
Somatik og psykiatri i alt	**17.268**	**-1.794**	**15.474**

Det fremgår, at områder med centralt budgetansvar tegner sig for 1.367 mio.kr. af de samlede budgetterede nettodriftsudgifter inden for sundhedsområdet ekskl. primær sundhed.

Som det fremgår af tabel 2 ovenfor, indeholder fællesudgifter og –indtægter væsentlige, modsatrettede budgetbeløb. Der er således indtægter for 1.361 mio.kr. og udgifter på 2.728 mio.kr. i områder med centralt budgetansvar. Der er således tale om en samlet økonomi på 4.089 mio.kr.

Dermed er en væsentlig andel af regionens sundhedsøkonomi, som er placeret under centralt budgetansvar i Region Midtjylland.

2.1. Udgiftsområder inden for somatikken, hvor der er centralt budgetansvar

Den nedenstående tabel 2 viser udgiftsområder inden for somatikken, hvor budgetansvaret i dag er placeret centralt.

Tabel 2. Fællesudgifter og -indtægter inden for somatikken (vedtaget budget 2011, mio.kr.)

Udgiftsområde	Udgift	Indtægt	Netto-drifts-udgift
Puljer, hvor budgetomflytninger skal godkendes politisk			
Puljer, hvor der overvejes decentralisering / ny økonomimodel			
Takststyringspulje	282,1	0,0	282,1
Pulje til strålebehandling	9,2	0,0	9,2
Pulje til ny dyr medicin og nye behandlinger	85,0	0,0	85,0
Puljer, hvor der ikke overvejes decentralisering / ny økonomimodel			
Kvalitetsreform, uddannelse, ledelse og personalemæss. initiativer	33,3	0,0	33,3
Sundhedsvidenskabelig forskningsfond	27,3	0,0	27,3
Fællesprojekter/aftaler med kommuner	13,1	0,0	13,1
Kvalitetsreform, seniorbonus og kompetenceudvikling	10,0	0,0	10,0
Puljer, som udmøntes iht. enkeltstående politisk beslutning [1]	-4,0	0,0	-4,0
Øvrige puljer, hvor budgetomflytninger godkendes politisk [2]	17,3	-0,4	16,8
I alt puljer til politisk godkendelse	**473,3**	**-0,4**	**472,9**
Puljer, hvor budgetomflytninger kan ske administrativt			
Puljer, hvor der overvejes decentralisering / ny økonomimodel			
Patientforsikring	198,4	0,0	198,4
Respiratorbehandling i eget hjem	142,7	0,0	142,7
Medicin til særlige patientgrupper	56,3	0,0	56,3
Bløderpatienter	46,8	0,0	46,8
Puljer, hvor der ikke overvejes decentralisering / ny økonomimodel			
Puljer inden for uddannelse [3]	152,7	0,0	152,7
Centrale leasingudgifter	61,1	0,0	61,1
Fælles implementeringstiltag it mv.	53,1	0,0	53,1
Nettoudg. til varer og tj.-ydelser på tværs af regionsgrænser	16,1	0,0	16,1
Fællesprojekter under Danske Regioner	12,7	0,0	12,7
Konsulentbistand, informationsindsats	1,3	0,0	1,3
Indtægter vedr. regional specialtandpleje	0,0	-4,0	-4,0
AMGROS - afregning af overskud for fællesindkøb af lægemidler	0,0	-6,9	-6,9
Betaling fra kommuner for færdigbehandlede patienter	0,0	-7,9	-7,9
I alt administrative puljer	**741,2**	**-18,8**	**722,4**
Øvrige fællesudgifter og -indtægter			
Områder, hvor der overvejes decentralisering / ny økonomimodel			
Behandling over regionsgrænser/selvejende institutioner	784,8	-1.189,5	-404,7
Udvidet frit sygehusvalg	210,7	0,0	210,7
Kommunal indtægt for ambulant genoptræning	0,0	-50,0	-50,0
Områder, hvor der ikke overvejes decentralisering / ny økonomimodel			
Hospice og palliativ indsats	89,4	-34,4	55,0
Arbejdsskadeforsikring og AES	28,6	0,0	28,6
HR-pulje	17,3	0,0	17,3
Stabsfunktioner [4]	229,7	-0,3	229,4
Øvrige fællesudgifter og -indtægter i alt	**1.360,5**	**-1.274,2**	**86,3**
Fællesudgifter og -indtægter i alt	**2.575,0**	**-1.293,4**	**1.281,6**

1) Omfatter Styrkelse af palliative teams - omsorg for døende, Kommunikation om akutberedskabet, Uudmøntet spareramme vedr. transport- og logistik-området jf. budgetforliget.
2) Omfatter sundhedsvæsenets reserverede midler, Tilskud - projekter i regionen, Diverse, Tilskud projekter udenfor regionen, Patentområdet, Videnskabsetiske komiteer
3) Omfatter Lægernes kliniske videreuddannelse, Ophør af amanuensispulje, SOSU assistentelevers praktikperiode, Praksisreservelæger, Uddannelse af øvrige personalegrupper, Projekpulje vedr. bedre ledelse og arbejdsgange
4) Omfatter Sundheds-it, Center for folkesundhed, Medicoteknisk afdeling, Center for kvalitetsudvikling, Indkøb og logistik, MidtLab, Center for arbejdsgange og logistik

Puljer, hvor budgetomflytninger skal godkendes politisk :

Puljer, hvor der overvejes decentralisering/ny økonomimodel:

Det fremgår af tabel 2, at især takststyringen omfatter en større pulje, der alene udmøntes i henhold til politisk godkendelse. Det skal bemærkes, at den viste takststyringspulje er særligt stor, idet den omfatter to års takststyringsmidler. Årsagen til, at puljen omfatter 2 års midler er, at takststyringsmidlerne først udmøntes varigt, når meraktiviteten har været præsteret i mere end et år.

Tilsvarende udmøntes strålepuljen efter aftalt meraktivitet.

Puljerne til ny behandlinger og ny/dyr medicin omfatter også store beløb. Udmøntning af puljen er sket efter en refusionsordning, hvor hospitalernes faktiske udgifter til ny medicin og nye behandlinger bliver refunderet.

Af puljer, hvor bevillinger godkendes politisk, vil det derfor være puljerne til takststyring og ny/dyr medicin og nye behandlinger, der udvælges til en nærmere gennemgang med henblik på decentralisering.

Puljer, hvor der ikke overvejes decentralisering/ny økonomimodel:

Årsagen til, at de øvrige puljer ikke overvejes decentraliserede, er, at der er tale om emner, hvor udmøntningen sker i henhold til konkret politisk beslutning, eller hvor det er hensigtsmæssigt, at der årligt er en tværgående prioritering mellem hospitalerne.

Eksempel på førstenævnte puljer er, at der er afsat 2 mio. kr. til styrkelse af palliative teams, som udmøntes efter konkret indstilling til Regionsrådet. Eksempel på sidstnævnte puljer er midler fra kvalitetsreform og trepartsinitiativer, hvor det er hensigtsmæssigt, at beløbene udmøntes målrettet.

Puljer, hvor budgetomflytninger kan ske administrativt

Puljer, hvor der overvejes decentralisering/ny økonomimodel:

Blandt de større puljer inden for driftsudgifter og –indtægter, der kan flyttes administrativt i somatikken, er især udgifterne til patientforsikring og respiratorbehandling i eget hjem, jf. tabel 2. Herudover udgør også puljerne vedr. udgifter til bløderpatienter samt medicin til særlige patientgrupper store poster.

Der er tale om driftsudgifter og –indtægter, hvor hospitalerne kan siges at have en vis faglig og økonomisk indflydelse på niveauet.

Mulighederne for at implementere nye, decentraliserede økonomistyringsmodeller vil derfor også blive undersøgt for disse puljer.

Puljer, hvor der ikke overvejes decentralisering/ny økonomimodel:

Der er først og fremmest tale om puljer inden for uddannelse og udvikling af it-løsninger. Herudover er der enkelte meget små puljer, hvor effekten af en evt. decentralisering vil være af marginal betydning.

Uddannelsesmidlerne prioriteres centralt efter drøftelse med hospitalerne. Der er for en del tale om udgifter, der er bundet af eksterne aftale eller om udgifter, hvor administrationen indgår aftaler med andre regioner eller hospitalerne. Prioriteringen af midler mellem hospitalerne varierer en del fra år til år.

It-løsninger indeholder udgifter til fælles it-løsninger mellem hospitalerne. En decentral budgetmodel vil være uhensigtsmæssig.

Økonomien i alle puljerne er fuldt styrbare for administrationen. Det vurderes både fagligt og administrativt uhensigtsmæssigt at decentralisere disse puljer.

Øvrige fællesudgifter og –indtægter

Puljer, hvor der overvejes decentralisering/ny økonomimodel:

Der er tale om udgifter til udvidet frit sygehusvalg og behandling over regionsgrænserne, der er af særligt stor betydning. På indtægtssiden er der tale om behandling over regionsgrænser samt indtægter fra kommunerne for ambulant genoptræning.

Hospitalerne har mulighed for at påvirke udgifter og indtægter. Det foreslås, at der arbejdes efter at skabe nye økonomistyringsmodeller for disse områder.

Puljer, hvor der ikke overvejes decentralisering/ny økonomimodel

Driftsudgifterne og -indtægter vedrører administrative stabsfunktioner, overenskomster med hospice og arbejdsskadeforsikring.

Der er tale om udgifter, der administrativt er styrbare, herunder er driftsudgifter og –indtægter til hospice defineret ved driftsoverenskomster.

Der overvejes derfor ikke ny økonomistyringsmodel for disse puljer.

2.2. Udgiftsområder inden for psykiatrien, hvor der er centralt budgetansvar

Psykiatrien har en egen hospitalsledelse og kan i mange andre sammenhænge også sidestilles med et hospital. De puljer, der kan udmøntes administrativt inden for psykiatrien, betragtes derfor som decentraliserede, og vil derfor ikke blive udredt nærmere. Der er dog jf. tabel 3 nedenfor puljer inden for psykiatrien, som udmøntes i henhold til politisk beslutning.

Tabel 3. Nettodriftsudgifter (mio.kr.) for fælles puljer inden for psykiatrien, hvor budgetomflytninger skal godkendes politisk

Pulje	Netto-drifts-udgift
Bloktilskud til dækning af tiltag i forbindelse med indførelsen af udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne	33,0
Ekstra bloktilskud til imødekommelse af kravene i forbindelse med indførelsen af den udvidede udrednings- og behandlingret for børn og unge. Midlerne er placeret på fælleskonto under Børne- og Ungdomspsykiatrien	10,2
Satspuljemidler. Anvendelse af satspuljemidler som Velfærds-ministeriet har givet som tilskud til psykiatriprojekter i 2010 i Region Midtjylland - inkl. kommunal medfinansiering.	23,9
Tilskud vedrørende satspuljemidler	-23,9
Udlevering af vederlagsfri medicin til visse ikke-indlagte nydiagnosticerede psykiatriske patienter	8,7
I alt	**51,9**

Jf. tabel 3 ovenfor er de største puljer til politisk udmøntning inden for psykiatrien puljen til dækning af tiltag i forbindelse med indførelsen af udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne, samt satspuljemidler, som velfærdsministeriet har givet som tilskud til psykiatriprojekter i 2010.

De afsatte puljer kan kun prioriteres inden for behandlingspsykiatrien. Der er tale om puljer, hvor beløbet kendes, men de materielle forudsætninger for anvendelsen af budgettet skal beskrives, og herefter forelægges politisk.

Disse puljer vil derfor ikke blive nærmere udredt i det efterfølgende.

2.3. Opsummering : Puljer, der gennemgås nærmere med henblik på udredning af mulighederne for bedre økonomistyringsmodeller

De udgiftsområder, der vil blive gennemgået med henblik på en udredning af, om der kan anvendes bedre modeller for økonomistyring, er sammenfattet i tabel 4 neden for:

Tabel 4. Udgiftsområder med centralt budgetansvar, hvor decentralisering overvejes (mio.kr.)

Udgiftsområde	Udgift	Indtægt	Netto-drifts-udgift
Takststyringspulje	282,1	0,0	282,1
Pulje til strålebehandling	9,2	0,0	9,2
Pulje til ny dyr medicin	9,0	0,0	9,0
Fællespulje til nye behandlinger	76,0	0,0	76,0
Patientforsikring	198,4	0,0	198,4
Respiratorbehandling i eget hjem	142,7	0,0	142,7
Medicin til særlige patientgrupper	56,3	0,0	56,3
Bløderpatienter	46,8	0,0	46,8
Behandling over regionsgrænser/selvejende institutioner	784,8	-1.189,5	-404,7
Udvidet frit sygehusvalg	210,7	0,0	210,7
Kommunal indtægt for ambulant genoptræning	0,0	-50,0	-50,0
I alt puljer til politisk godkendelse	**1.816,1**	**-1.239,5**	**576,6**

De ovenstående områder dækker hovedparten af de områder, hvor der er centralt budgetansvar i Region Midtjylland : Der er således udgifter for 1.816 mio.kr. og indtægter for 1.240 mio.kr. Dvs., at de ovenstående emner udgør 75 pct. af den totaløkonomien på i alt 4.089 mia. kr. i Region Midtjylland jf. tabel 1, hvor budgetansvaret jf. omtalen i forbindelse med tabel 1 er placeret centralt.

3. Overvejelser om nye styringsmodeller

Der er to overordnede vurderingskriterier ved tilrettelæggelsen af økonomistyringen:

- I hvilken grad kan der opnår en bedre økonomistyring?
- I hvilken grad fås en bedre prioritering af sundhedsydelserne?

Bedre økonomistyring:

I økonomiaftalen for 2011 mellem regeringen og Danske Regioner er det understreget, at "Regeringen og Danske Regioner er enige om at tillægge det afgørende betydning, at den indgåede aftale realiseres således, at regionernes udgifter i 2011 både i budgetterne og i regnskaberne ligger inden for aftalens økonomiske rammer."

I budgetforliget for 2011 understreger forligspartierne, at "de tildelte budgetter i 2010 og 2011 og fremover skal holdes. Det er endvidere et vilkår, at hvis der kommer uforudsete udgiftsstigninger på ustyrbare områder, så skal de håndteres af fællesskabet ved kompenserende besparelser."

De centrale konti, der kan overvejes decentraliseret, jfr. oversigten i tabel 4, er alle kendetegnet ved, at de er vanskeligt styrbare. Totaløkonomien (udgifter plus indtægter) udgør på disse områder 3.056 mio. kr., svarende til 75 % af den samlede økonomi på fællesområderne.

I de tilfælde, hvor der opstår væsentlige negative ubalancer på enkeltkonti, kan det være overordentlig vanskeligt at sikre budgetoverholdelse på fælles budgetkonti. Resultatet kan udløse nye sparerunder, jfr. budgetforliget for 2011. Nye sparerunder vil i sagens natur kun kunne gennemføres med en vis forsinkelse fra konstatering af problemet til, der er gennemført den nødvendige løsning.

Spørgsmålet er, om der opnås en mere sikker økonomistyring, hvis budgetterne lægges ud på hospitalerne til trods for, at en udlægning af budgetterne alt andet lige giver de enkelte hospitaler større budgetusikkerhed.

Det overordnede princip for økonomistyringen er rammestyring kombineret med forudsætninger om aktivitetsniveau. Hvis der lægges større budgetansvar ud til hospitalerne på vanskeligt styrbare udgiftsområder, skal det overvejes, hvordan det sikres, at hospitalerne får ensartede muligheder for prioritering af sundhedsydelserne.

Det vil være et særligt hensyn i økonomistyringen, at områder som både er vanskeligt styrbare for det enkelte hospital og som samtidig er meget varierende for det enkelte hospital fra år til

år, næppe bør udlægges til hospitalerne. Det vurderes, at dette vil øge risikoen for budgetproblemer, idet hospitaler med en positiv balance vil være tilskyndet til at bruge midlerne til andet formål, mens hospitaler med negativ balance skal finde kompenserende besparelser. Ved en central placering af budgetansvaret vil positive og negative beløb i et vist omfang udlignes, og dermed mindske problemet.

Denne vurdering skal dog ses i relation til hospitalernes incitament/muligheder for at påvirke udgiftsniveauet.

Et eksempel herpå kan være udlægning af patientskadeforsikringen, hvor udgifterne erfaringsmæssigt varierer betydeligt for det enkelte hospital fra år til år.

Bedre prioritering af sundhedsydelserne ?

Udgiftsniveauet på de centrale områder, der kan overvejes decentraliseret, kan påvirkes af de faglige beslutninger, der træffes på hospitalerne. Hospitalernes prioriteringer kan fremme en irrationel ressourceanvendelse.

Dette gælder f.eks. i samspillet mellem de behandlinger, hospitalet varetager, og de behandlinger, der indgår i frit valg og udvidet frit valg.

Spørgsmålet er, om en decentralisering af budgetterne sikrer større fokus på omkostningseffektive patientforløb, således at der opnås mest mulig sundhed for pengene.

Ved en udlægning af budgetterne til hospitalerne skal det overvejes, om der mellem hospitaler opstår uhensigtsmæssigheder. Dette kan f.eks. ske, hvis et hospital kan se et incitament til at omlægge kapacitet, således at der behandles mindre fra andre hospitalers optageområder til fordel for flere patienter fra andre regioner.

Det er vigtigt, at økonomistyringen og prioriteringen af sundhedsydelser tilrettelægges ud fra et koncernperspektiv.

Andre præmisser for økonomistyringen:

Vurderinger af den fremtidige økonomistyring kan udover ovenstående hovedprincipper baseres på følgende præmisser:

- Opnåelse af specialisering og stordriftsfordele

  En øget decentralisering af budgetansvar bør fortsat kombineres med et centralt ansvar for faglige retningslinier for visitation, fælles udbud af sundhedsydelser og lignende.

- Enkel administration

  Udlægning af budgetansvar for frit valg og udvidet frit valg rejser en række komplicerede spørgsmål omkring optageområder og håndteringen af betalingsstrømme.

- Behov for omprioriteringer mellem hospitaler

  Ved en udlægning af budgetansvar for en række vanskeligt styrbare udgiftsområder kan der let opstå en situation, hvor budgetpresset bliver større på nogle hospitaler end på andre, og dermed risiko for, at ikke alle hospitaler kan tilbyde samme service.

  Muligheder for omprioriteringer mellem hospitaler kan eksempelvis være en aktiv del ved de årlige budgetrunder.

- Undgå negative incitamentsstrukturer

  I den nuværende model kan der være situationer, hvor et hospital træffer beslutninger, der medfører merudgifter på centrale fællesfunktioner.

  I en mere decentral styringsmodel kan der være situationer, hvor det enkelte hospital kan træffe beslutninger, der kan påføre andre hospitaler merudgifter.

  Negative incitamentsstrukturer kan næppe undgås, men de bør minimeres og gøres synlige.

4. Indledende overvejelser om decentralisering af udgiftsområder, hvor budgetansvaret er placeret centralt

I afsnit 2 er der peget på 11 områder, hvor det bør overvejes at decentralisere budgetansvaret.

Der gøres i det følgende nogle indledende overvejelser om mulighederne for en decentralisering disse områder.

4.1. Takststyringspuljen

De årlige økonomiaftaler mellem regionerne og regeringen har hidtil afsat ekstra midler til at regionerne øger aktiviteten ud over de forudsatte produktivitetsstigninger på normalt 2 %. I forbindelse med den årlige budgetlægning afsætter regionsrådet midler i takststyringspuljen.

Regionsrådet prioriterer anvendelse af disse midler via en takststyringsmodel. Der fremlægges derfor årligt principper for fordelingen af takststyringspuljen til politisk drøftelse.

Det er vurderingen, at denne model bør videreføres, idet det giver regionsrådet mulighed for at prioritere aktivitetsudvidelser, f.eks. på områder hvor der er ventetider, risiko for udsivning til privathospitaler eller andre regioner eller ønskes en forstærket indsats over de mest syge.

4.2. Samhandelskontoen : Indtægter for behandling af andre regioners borgere i Region Midtjylland

I forhold til at decentralisere budgetansvaret for indtægter for behandling af andre regioners borgere i Region Midtjylland er der både for hospitaler og region en objektiv interesse i at sikre så høje indtægter som muligt.

Tilskyndelsen for hospitalerne til at være opsøgende i forhold til at tiltrække patienter fra andre regioner må formodes at blive stærkere i det omfang, at indtægterne for behandling af patienter fra andre regioner tilfalder hospitalets selv. Der vil også være en mere direkte sammenhæng mellem budgetansvar og regningshåndtering for patienter på højt specialiserede afdelinger.

Der er dog flere spørgsmål, der melder sig videre i disse overvejelser.

For det første er det spørgsmålet, om eventuelle merindtægter fuldt ud skal tilfalde hospitalerne.

For det andet er der en udfordring i, at hospitalerne ved en decentralisering af indtægtsbudgettet kan få en økonomisk interesse i at prioritere behandlingen af patienter fra andre regioner over patienter fra Region Midtjylland.

4.3. Samhandelskontoen : Udgifter for behandling af borgere fra Region Midtjylland i andre regioner

Regionen har en betydelig faglig og økonomisk interesse i, at så få patienter som muligt bliver behandlet i andre regionen.

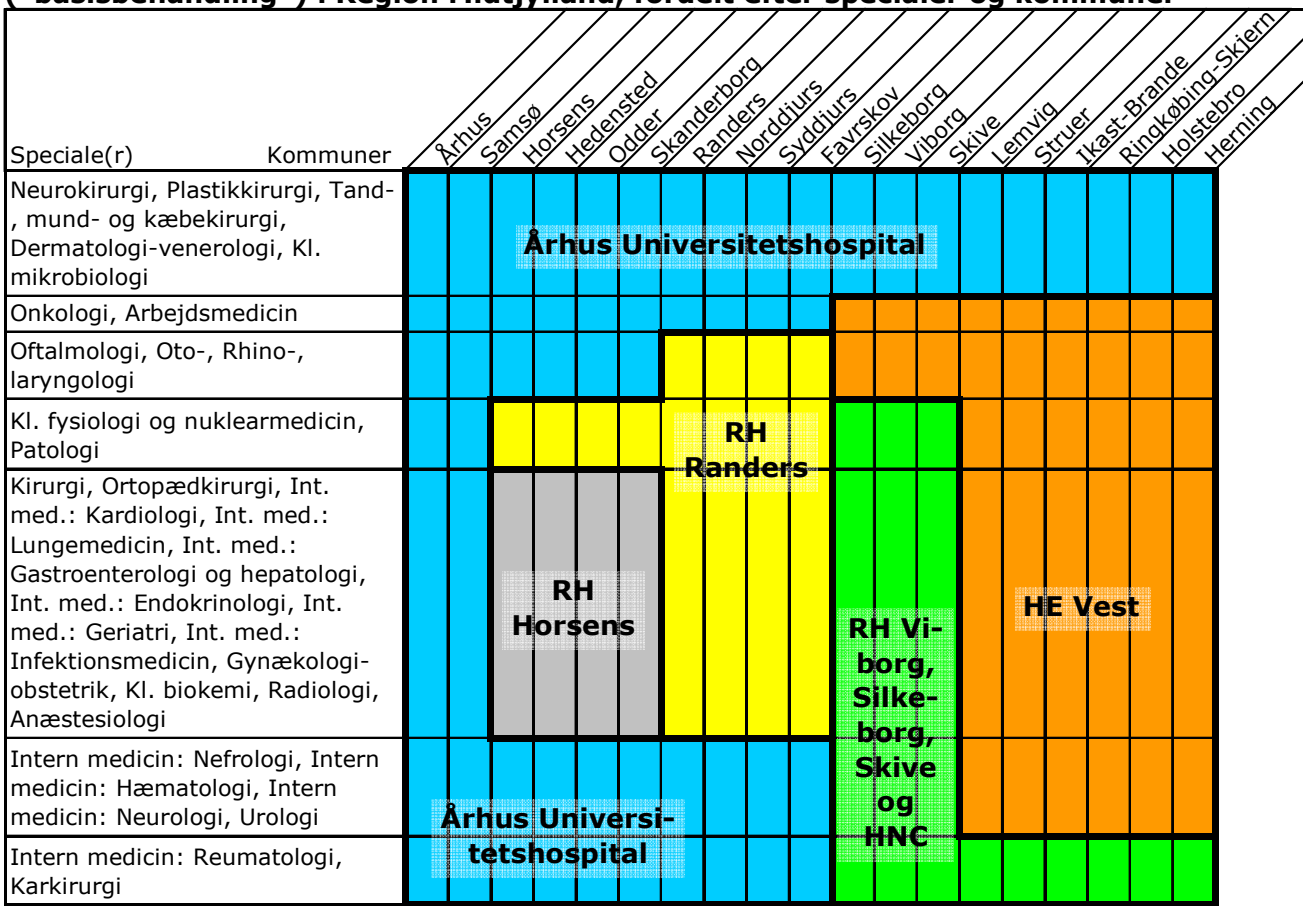
Der skal dog være sammenfald mellem, hvad man kan tage ansvar for, og hvad man kan gøres økonomisk ansvarlig for. Det giver en vis kompleksitet ved decentraliseringen af budgetansvar for udgifter til samhandel.

Indledende må der skelnes mellem, om der er tale om patienter på hovedfunktionsniveau eller på højt specialiseret niveau.

Vedr. udgifter til behandling af patienter på hovedfunktionsniveau i andre regioner

Hvis de enkelte hospitaler skal gøres helt eller delvist økonomisk ansvarlige for patientvandringer ud af regionen, vil der skulle anvendes optageområder, hvilket vil være kompliceret. De optageområder, der p.t. arbejdes med, er anskueliggjort i figur 1 nedenfor.

Figur 1. Vejledende optageområder for planlagt behandling på hovedfunktionsniveau ("basisbehandling") i Region Midtjylland, fordelt efter specialer og kommuner



I det omfang, hospitalerne f.eks. gennem de lokale klyngesamarbejder er i stand til at nedbringe patientvandringen ud af regionen, kan hospitalet blive tilgodeset økonomisk.

Vedr. udgifter til behandling af patienter på højt specialiseret niveau i andre regioner

I Region Midtjylland er det især Århus Universitetshospital, der varetager behandling på højt specialiseret niveau, mens Regionshospitalet Viborg, Silkeborg, Skive og Hammel Neurocenter varetager behandling på højt specialiseret niveau inden for neurorehabilitering og paraplegibehandling.

Såfremt patienter fra Region Midtjylland har behov for behandling på højt specialiseret niveau, vil patienterne typisk blive visiteret til behandling på regionens egne, højt specialiserede afdelinger. Der kan dog i dag være en tilskyndelse til, at afdelingerne afviser patienter på højt specialiseret niveau, fordi hospitalet kan få forøgede udgifter som følge af den ekstra patient men ikke forhøjede indtægter.

Der kan derfor arbejdes med en økonomimodel, hvor budgetansvaret for udgifter til behandling på højt specialiseret niveau decentraliseres til Århus Universitetshospital og Regionshospitalet Viborg, Silkeborg, Skive og Hammel Neurocenter inden for neurorehabilitering og paraplegibehandling.

Budgetansvaret for lever- og/eller lungetransplanterede vil i denne model fortsat være placeret centralt. Disse behandlinger foretages ikke i Region Midtjylland og kan variere betydeligt fra år til år.

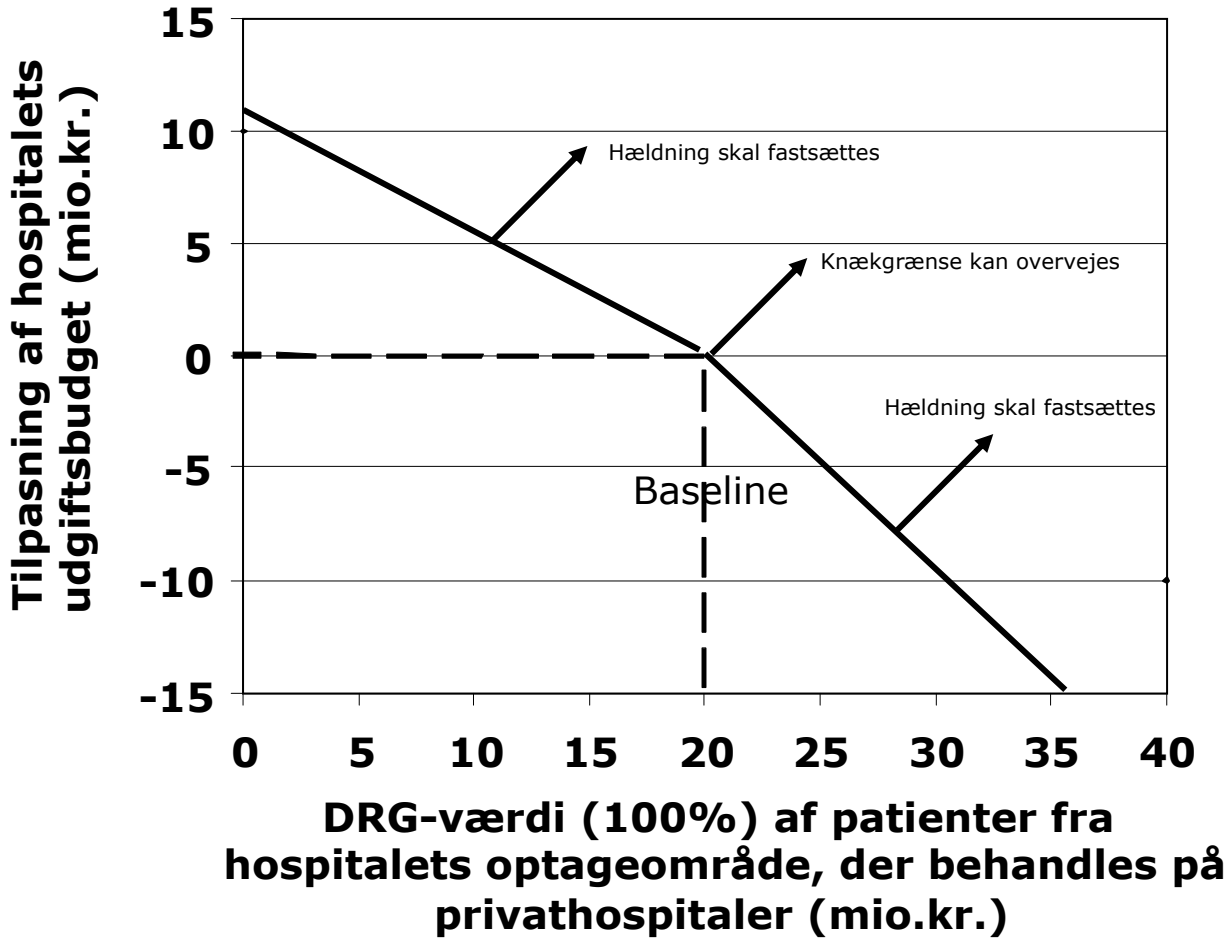
4.4. Udgifter til udvidet frit sygehusvalg / privathospitaler

Udfordringerne ved en hel eller delvis decentralisering af ansvaret for udgifterne til privathospitaler er meget lig udfordringerne ved udgifterne til samhandel.

Der er allerede med den centrale visitering af patienter i elektivt visitationscenter (EVC) taget skridt til at minimere strømmen af patienter, der behandles på privathospitaler.

Den nedenstående model giver et bud på en egentlig økonomimodel for decentraliserede budgetter for udgifter til privathospitaler.

Figur 2. Udkast til økonomimodel for patientvandring fra hospitals optageområde til privathospital



I denne økonomimodel er der – på baggrund af det foregående års regnskab for vandringer til privathospitaler fra hospitalets optageområde - opstillet en baseline på 20 mio.kr. DRG. Hvis hospitalet gennem året formår at nedbringe DRG-værdien af patienter, der vandrer til privat-

hospitaler, modtager det en budgetforhøjelse på x % af denne reduktion. I eksemplet i figur 2 er budgetforhøjelsen fastsat til 50 % af DRG-værdien, svarende til 10 mio.kr. kompensation, hvis alle patienter hjemtages. I eksemplet betaler hospitalet 100% af DRG-værdien, hvis der sker en stigning i forbruget på privathospitaler.

Hældningen på linien i figur 2 skal fastsættes på en sådan måde, at det både giver hospitalerne et incitament til økonomistyring samtidig med, at det enkelte hospital sikres en realistisk mulighed for budgetoverholdelse. I forhold til udvidet frit valg kan der opstå uforudsete situationer, hvor efterspørgslen ændres markant på kort tid. Endvidere skal det sikres, at muligheden for udbud af ydelser udnyttes optimalt, herunder overvejelser om visse ydelser skal outsources.

For de patienter i optageområdet, hvor der er risiko for vandring til privathospitaler, vil modellen herved tilskynde til, at patienterne behandles på hospitalets egne afdelinger eller på andre offentlige hospitalsafdelinger i regionen vha. visitering gennem EVC. Modellen kan derfor også suppleres med en intern afregningsmodel for et regionshospitals behandlinger af et andet regionshospitals patienter gennem EVC.

4.5. Udgifter til ny/dyr medicin, nye behandlinger, medicin til særlige patientgrupper og bløderpatienter

Hvor udgifterne til ny/dyr medicin og nye behandlinger tidligere er blevet refunderet, vil der for fremtiden ske en samlet forelæggelse af, hvilke nye præparater, der påregnes anvendt. Der kan ikke gennem året ske yderligere tilføjelser af behandlinger og medikamenter til listen.

Mulighederne for at decentralisere budgetansvaret for udgifter til medicin til særlige patientgrupper og bløderpatienter skal undersøges.

Erfaringsmæssigt vil udgifterne til ny dyr medicin og nye behandlinger variere fra år til år, idet udgifterne er meget prisfølsomme og den faglige udvikling i øvrigt. Prioritering af udgifterne til ny dyr medicin og nye behandlinger bør derfor være et centralt element i de årlige budgetforlig. Modsat vil der være en væsentlig interesse i, at hvilken medicin og behandlinger der skal fremmes kan fastsættes i forbindelse med budgetforliget, og således at de enkelte hospitaler reelt kan styre udgifterne i det kommende budgetår. Der vil eventuelt i forbindelse med budgetforhandlingerne være brug for omprioriteringer mellem hospitalerne og mellem udgifter til ny dyr medicin/nye behandlinger og andre ydelser.

4.7. Patientforsikring

Argumenterne for, at udgifter til patientforsikring afholdes centralt, er begrundet i to hensyn. Det ene er hensynet til at afløfte risiko for hospitaler, idet patienterstatninger kan ramme vilkårligt, og der er typisk betydelig udsving i de årlige udgifter, der kan henføres til det enkelte hospital. Det andet er hensynet til stordriftsfordele og specialisering, idet håndteringen af sager vedr. patienterstatninger kræver juridiske specialkompetencer, som der er fordele i at have samlet i regionen.

Det må dog vurderes, at hospitaler negativt kan påvirke udgifterne til patientskadeforsikringen, idet flere fejlbehandlinger alt andet lige fører til flere udgifter til patientforsikring. Hospitalernes incitament til at undgå fejlbehandlinger kan enten øges ved, at hospitalerne får helt eller delvist ansvar for udgifterne ved patientskadeforsikringen, eller ved at hospitalerne ikke får aktivitetspenge til områder, der kan henføres til fejlbehandling. Hvilke styringsmodeller, der er mest hensigtsmæssige, skal udredes.

4.8. Respiratorbehandling i eget hjem

Udgifterne til respiratorbehandling i eget hjem afhænger i vid udstrækning af hvor mange patienter, der er i respiratorbehandling i eget hjem, idet en enkelt af sådanne pladser koster ca. 1 mio.kr. om året.

Det væsentligste argument for, at udgifterne til respiratorbehandling i eget hjem er placeret centralt, er, at der er tale om en meget specialiseret funktion. Det være sig både i forhold til den fagligt-kliniske funktion såvel som i forhold til økonomistyringen inden for området.

Derudover er der også tale om en vis afløftning af risiko for hospitalerne som følge af den nævnte gennemsnitspris på 1 mio.kr. pr. plads.

Der er dog også væsentlige argumenter for at decentralisere budgetansvaret. Økonomistyringen inden for området er afhængig af flere parametre, bl.a. :

- Om patienterne ved tidligere udskrivning kan gøres mere selvhjulpne og dermed billigere pga. reduceret hjælper-dækning
- Om der i højere grad kan anvendes hospitalspersonale frem for vikarbureau-personale
- Om der i højere grad kan anvendes elektive frem for akutte patientforløb.
- Om kommunerne betaler den andel af udgifterne, som tilkommer dem i henhold til ministeriets forskrifter herfor

Der er tale om spørgsmål, som man skal være helt ”tæt på” brugerne for at afgøre. Dette tilsiger, at der kan være fordele ved, at hospitalsledelsen på Århus Universitetshospital i højere grad får budgetansvaret for dette område.

4.9. Kommunal indtægt for ambulant genoptræning

Der er en vis specialisering i forhold til at dække disse indtægter, og der kan derfor argumenteres for central sekretariatsunderstøttelse i arbejdet med at sikre de kommunale indtægter for ambulant genoptræning. Da indtægterne dog er meget afhængige af lokale, registreringsmæssige forhold, kan der dog her være et argument for at decentralisere dette indtægtsbudget til hospitalerne.