Regionshuset
Viborg
Koncern økonomi
DRG-kontoret
Skottenborg 26
8800 Viborg

Aktivitetsstyringsmodel 2011

Dato 24.11.2010
Jónas Thor björnsson
Tel. +45 8728 4514
jonbjo@rm.dk
Sagsnr. 1-21-17-06-V

Regionsrådet vedtog på mødet den 23. juni 2010, at administrationen udarbejder et oplæg til drøftelse af principperne for økonomi- og aktivitetsstyring i 2011. Dette notat beskriver modellen for aktivitetsstyringen i Region Midtjylland i 2011.

Der er 3 områder omkring aktivitetsstyringen, som kræver opmærksomhed i 2011 og årene fremefter, og som modellen for aktivitetsstyring af regionens hospitaler skal støtte op omkring.

De 3 områder er:

- Aktivitetsstyringen på hospitalerne i regionen
- Samhandel med de øvrige regioner.
- Udgiftsstyring i forhold til aktivitet på private hospitaler

Fra 2011 vil der ske et paradigmeskift i måden hvorpå økonomien styres, i det der i højere grad vil blive lagt vægt på rammestyring, hvor budgetoverholdelse og budgetsikkerhed er bærende parametre. Den hidtil kendte form for aktivitetsstyring skal tilpasses dette paradigmeskift.

Aktivitetsstyringsmodellen skal fordele aktivitetspuljen til hospitalerne. Næsten hele puljen er disponeret i forbindelse med budgetforliget for 2011 og hospitalernes spareplaner for 2011. Der er således ikke tale om en meraktivitetspulje i traditionel forstand.

Endvidere er der indarbejdet et betydeligt produktivitetskrav i modellen. Produktivitetskravet fra statens model på gennemsnitligt 2 % er videreført overfor hospitalerne. Hertil kommer et krav om uændret aktivitetsniveau efter gennemførelsen af besparelserne i budget 2011. Samlet svarer det til et produktivitetskrav på godt 3,5 %.

Dette notat er inddelt i 3 afsnit. I det første afsnit gennemgås aktivitetsstyringen på hospitalerne i regionen. I det andet afsnit gennemgås samhandel med de øvrige regionerne, og i sidste afsnit gennemgås udgiftsstyringen i forhold til de private hospitaler. Til notatet hører bilaget "Bilag til aktivitetsstyringsmodel 2011". Dette bilag beskriver tidsplanen for basislinje 2011, samt yderligere forklaring af korrektioner.

1. Aktivitetsstyring på hospitalerne

Regionen har et måltal overfor staten, den såkaldte baseline. Herudover har regionen mulighed for få del i den statslige aktivitetspulje, når aktiviteten overstiger den fastsatte baseline. Aktivitetsstyringsmodellen skal sikre, at hospitalerne opnår det aktivitetsmål, der samlet medfører, at regionen når baseline og den statslige aktivitetspulje.

Der er i budget 2011 afsat 105 mio. kr. der går til afregning af aktivitet over basislinjen. Heraf indgår de 90,2 mio. kr. i spareplan for budget 2011

1.1 Aktivitetspuljen

I forbindelse med økonomiaftale 2011 er nettodriftsrammen for 2011 vedrørende aktivitetsstigning tilført et realløft på 131 mio. kr. De 131 mio. kr. er fordelt på følgende måde.

Tabel 1. Fordeling af aktivitetsstigning jævnfør økonomiaftalen

	Beløb, mio. kr.
aktivitetspuljen for budget 2011	14,8
Indgår i spareplanen	90,2
Ny medicin og dyr medicin	15,0
Prioritering i forbindelse med budgetforligsdrøftelserne	11,0
Realløftspuljen i alt	131,0

Hvert hospital tildeles en ramme som udgør den maksimale udbetaling fra aktivitetspuljen. Den samlede ramme for hospitalerne udgør den samlede pulje på 105 mio. kr. Aktivitet ud over basislinjen kaldes meraktiviteten. Meraktiviteten finansieres indenfor rammerne af aktivitetspuljen. Aktivitetspuljen er lig det totale loft på udbetalingen.

Puljens fordeling mellem hospitalerne ses i notatet ”Aftale om de foreløbige budgetrammer for 2011 samt forudsatte besparelser i budget 2011”.

Fordelingen ses ligeledes i nedenstående tabel.

Tabel 2. Fordeling af aktivitetspuljen på hospitalsniveau, i mio. Kr.

	Pulje	Disponeret i spareplanen	Aktivitetspulje
RH Horsens	11,8	11,8	0
RH Randers	8,7	8,7	0
HE Vest	16,7	8,2	8,5
RH Silkeborg	7,1	7,0	0,1
RH Viborg	12,9	12,9	0
ÅUH, Skejby	17,1	17,1	0
ÅUH, Århus Sygehus	30,7	24,5	6,2
Samlet	**105,0**	**90,2**	**14,8**

Hospitalerne har i budget 2011 mulighed for at disponere tildelte midler fra aktivitetspuljen i spareplanen, det ses at 90,2 mio. kr. er disponeret således. De resterende midler i puljen bruges til betaling af meraktivitet, i henhold til afregningsprincipperne.

1.2 Principper for aktivitetsstyringen på hospitalerne

I det følgende beskrives principperne for aktivitetsstyringen i Region Midtjylland for 2011. Det er vigtigt at understrege, at aktivitetsstyringen foregår efter de almindelige principper i regionen om dialogbaseret ledelse. Der kan derfor være konkrete tilfælde og ud fra strategiske overvejelser ske aftalte afvigelser fra principperne, som er beskrevet herefter.

Hospitalernes aktivitet vil som tidligere være opdelt i 4 kategorier, hvor afregningen variere fra 0 % til 50 %.

De 4 kategorier og afregningsfaktoren ses i tabellen herunder.

Tabel 3: Oversigt over afregning på kategorier

Kategori	*Afregning af meraktivitet*	*Afregning af mindreaktivitet*
Generel aktivitet	50 % (indenfor puljeloftet)	50 %
Stationær medicinsk aktivitet	0 %	50 %
Øvrig aktivitet	Aktivitetsstyres ikke	
Stråleaktivitet	Afregning sker i regi af stråleplanen	

Meraktivitet inden for kategorien *"generel aktivitet"* afregnes inden for puljeloftet til 50 % af DRG-værdien.

Meraktivitet inden for kategorien *"stationær medicinsk aktivitet"* afregnes til 0 % af DRG-værdien.

Mindreaktivitet inden for kategorierne *"generel aktivitet" og "stationær medicinsk aktivitet"* afregnes til 50 % af DRG-værdien. Det skal her bemærkes, at i det omfang det er muligt vil der blive beregnet og korrigeret for de aktivitetsmæssige effekter af omlægninger fra stationær til ambulant behandling. Der forekommer tilfælde hvor beregningen af de aktivitetsmæssige effekter af disse omlægninger giver store udfordringer. Dette er specielt i tilfælde hvor omlægningerne foregår over længere tid, eller i tilfælde hvor det er vanskeligt at lave en afgrænsning af de patientgrupper der indgår i den enkelte omlægning.

Den aktivitet, der kategoriseres *"Øvrig aktivitet",* består af aktivitet der ikke aktivitetsstyres. Det gælder blandt andet den aktivitet som ikke indgår i statens aktivitetsopgørelse og den aktivitet der genereres ved behandling af patienter med kroniske sygdomme. Årsagen til at sidstnævnte aktivitet ikke takststyres er, at regionen er interesseret i at undgå modsatrettede incitamenter på kronikerområdet. Den overordnede målsætning er, at de kroniske patienter så vidt muligt skal behandles i primær sektor.

"Stråleaktiviteten" takststyres aktuelt ikke, da der arbejdes på at håndtere afregning i regi af stråleplanen.

1.3 Basislinjen 2011

Basislinjen for 2011 beregnes ud fra den gennemførte aktivitet i 2010. Den gennemførte aktivitet i 2010 indeholder aktiviteten indenfor basislinjen i 2010 samt den afregnede meraktivitet i 2010. Der korrigeres i den gennemførte aktivitet fra 2010 for den meraktivitet der ligger ud over udbetalingspuljen. Dermed permanentgøres den gennemførte aktivitet i 2010 og det tilhørende budget. Det sikres derved at 2010 aktivitetsniveauet danner grundlag for beregningen af basislinjen 2011, og der er således sammenhæng mellem de budgetmæssige tilpasninger og aktivitetskravet til hospitalerne.

Basislinjen vil blive pålagt et produktivitetskrav på gennemsnitligt 2 %, hvilket stemmer overens med det produktivitetskrav regionen under et, af staten er pålagt at præstere ud over aktiviteten fra 2010.

Produktivitetskravet vil fortsat blive differentieret med plus 0,2 % point på mindre produktive hospitaler og minus 0,2 % point på mere produktive hospitaler.

Det gennemsnitlige produktivitetsniveau for Region Midtjylland var fra 2008 til 2009 på 102. Hospitalerne med en høj produktivitet, og som får nedsat produktivitetskravet er de hospitaler der ligger over regionsgennemsnittet. Hospitaler der ligger under regionens gennemsnitlige produktivitet, og dermed har et lavere produktivitetsniveau tillægges et ekstra produktivitetskrav. Produktivitetsniveauerne findes i den seneste opgørelse af hospitalernes produktivitet *"Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – femte delrapport"*[1].

Det skal bemærkes, at de landsdækkende produktivitetsopgørelser er behæftet med en vis usikkerhed. Blandt andet kan der stilles spørgsmålstegn ved sammenligneligheden af højt specialiserede hospitaler og hospitaler med lavere specialiseringsgrad.

Den landsdækkende produktivitetsanalyse forventes at blive offentliggjort i december 2010. De foreløbige tal peger på to opdelinger.

[1] Udgives af Danske Regioner, Finansministeriet, og Indenrigs og Sundhedsministeriet, forventes dec. 2010.

Tabel 4. Produktivitetsniveau pr. hospital og produktivitetskrav

Hospital	Indeks	Produktivitets krav
Regionshospitalet Horsens/Brædstrup/Odder	106	1,8
Regionshospitalerne i Hospitalsenheden Vest	97	2,2
Regionshospitalet Silkeborg	106	1,8
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	99	2,2
Regionshospitalet Randers/Grenå	115	1,8
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	103	1,8
Regionshospital Viborg/Skive/Kjellerup	97	2,2

Note: Gennemsnittet af produktivitetskravet giver 1,97 %. Det vil sige 0,03 % point under statens krav.

Der arbejdes på en model hvor der foretages en prioritering af den aktivitet som levers i forbindelse med produktivitetskravet. Dette tænkes at der ved brug af produktivitetskravet, sættes fokus på de mest konkurrence udsatte patientgrupper i forhold til behandlinger som udbydes af de private hospitaler. Denne model er dog stadig på udviklingsplanet, og der vil blive arbejdet mere med denne i 2011.

Der vil fortsat være fokus på patienter med kroniske sygdomme. Derfor vil aktiviteten for denne patientgruppe fortsat blive taget ud af aktivitetsstyringen. Listen over de kroniske sygdomme som der ikke aktivitetsstyres på, er fra 2011 undergået en revidering. Denne revidering er foretaget for ikke at tage behandlinger for kroniske sygdomme ud, som kun foregår i hospitalsregi.

Ny medicin og dyr medicin vil forsat være et fokusområde i aktivitetsstyrings-modellen. Dog vil der fra 2011 være forøget fokus på området. Dette skyldes en stadig større registreringsudfordring for hospitalerne, der medfører udfordringer i at identificere medicinudgiften fra behandlingsudgiften i den samlede aktivitetsværdi.

For at få en fleksibel model, der kan tilpasse sig økonomistyringen, er det vigtigt med muligheden for at indsætte korrektioner i basislinjen. Disse korrektioner kan være både tilpasninger af kapaciteten, omlægning af aktiviteten og øvrige korrektioner. Ved opfølgningen af basislinjen vil korrektionerne blive opdelt i

- afklarede endelige korrektioner
- aktivitetsafhængige korrektioner
- uafklarede korrektioner

Denne opdeling skal give mere sikkerhed i basislinjen, og derved et mere overskueligt styringsværktøj.

1.4 Besparelser i budget 2011

De samlede besparelser for 2011 udgør 202,5 mio. kr. Det er besluttet, at der for denne besparelse ikke gives korrektion i basislinjen. Omregnes besparelsen i forhold til den forventede samlede aktivitet for 2011, giver det et ekstra krav om produktivitetsforbedringer på 1,5 %.

Gennemførelsen af spareplanen medfører lukninger og omprioriteringer på det strukturelle område. Dette har medført tabt aktivitet på de berørte hospitaler. Det er ligeledes aftalt at konsekvenser for aktiviteten ved disse besparelser håndteres af hospitalerne i fællesskab. Dette er fortsat under udarbejdelse.

I bilaget til dette notat er præsenteret en tabel der viser fordelingen af de strukturelle besparelser.

1.5 Udrulning af EPJ

Flere hospitaler vil i 2011 gennemføre implementeringen af elektronisk patientjournal (EPJ). Det er aftalt at hospitalerne der implementerer EPJ, gives en rabat på produktivitetskravet på 1 %. Denne rabat gives i 12 måneder. Der vil i hele perioden være øget fokus på den samlede aktivitetsværdi, dette for at kunne vurdere implementeringens effekt på opnåelse af statens baseline, og udmøntningen af den statslige aktivitetspulje.

Det skal tilføjes til rabatten på produktivitetskravet, at hospitalerne i første omgang var stillet i udsigt en total fritagelse fra produktivitetskravet. Denne fremgangsmåde er senere fundet at have for store konsekvenser for regionens samlede aktivitet, og derved er valgt den nuværende metode.

1.6 Center of excellence (CoE), RH Silkeborg

I forhold til den forsatte udvikling af Center of Excellence, skal der udvikles en aktivitetsstyringsmodel der støtter op om og fremme den forsatte udvikling af grundlaget for CoE modellen.

Det skal sikres at modellen håndterer følgende

- Kriterier for at kompensere RH Silkeborg for CoE-forløb, også udover den fastsatte udbetalingsramme, skal opstilles.
- Der udvikles en særlig model for afregning af CoE-forløb således, at takstsystemet ikke udgør en barriere.
- Omlægning af aktivitet til ambulant behandling, svarende til at der lukkes 10 medicinske senge på RH Silkeborg.

For at opnå størst mulig budgetsikkerhed er det væsentligt, at der opstilles klare regler for omplacering af midler vedrørende CoE fra de øvrige hospitaler til RH Silkeborg.

2. Samhandel med øvrige regioner

Samhandlen med de øvrige regioner, specielt Region Syddanmark og Region Nordjylland, har været en driver til øgede udgifterne. Der har gennem de seneste år været stor fokus på nedbringe udgifterne til de udenregionale behandlinger. Dette har specielt vist sig i form af hjem- og tiltrækningsprojekter. Disse har både været aktuelle i 2009, 2010, og der arbejdes på, at gennemfører flere i 2011. Hospitalerne har en stor udfordring i at finde områder, hvor der kan trækkes hjem eller tiltrækkes patienter. Der vil dog være fokus på enkelte behandlingsforløb, eksempelvis indenfor onkologi, hæmatologi og ortopædkirurgi, som med fordel kan gennemførers internt i regionen.

I aftale om budget 2011 fremlægges en styringsmodel, som ventes præsenteres ultimo 1. kvartal 2011. Denne model skal præsentere en model for styring af det udenregionale område. Modellen skal præsentere og vurdere fordele og ulemper ved decentralisering til de somatiske hospitaler.

Der vil ultimo 2010 igangsættes en forvaltningsrevision af afregningen på det mellemregionale område mellem Region Nordjylland og Region Midtjylland samt mellem Region Syddanmark og Region Midtjylland. Med udgangspunkt i de igangsatte projekter vurderes den økonomiske succes opnået ved disse, herunder om der findes tilstrækkelige styringsværktøjer og støtteprocesser. Endvidere ønskes vurderet om gennemførelse af projekterne medfører en samfundsøkonomisk suboptimering således, at der reelt bliver tale om dyrere behandlingsforløb. Det forventes at projektet kan afsluttes primo 2011.

I forlængelse af specialeplanen, vil der opstå behov for overvejelser omkring finansieringen af aktivitetsudvidelser, dette specielt for det højt specialiserede område.

3. Udgiftsstyring i forhold til aktivitet på private hospitaler

Der gennemføres i regionen en række tiltag der skal sikre den bedst mulige udnyttelse af regionens egen kapacitet. Her i blandt indgåelse af samarbejdsaftaler og udbud, og regionen har indtil videre opnået de mål der er opstillet i forbindelse med udbudsstrategien.

Der etableres Elektivt Visitationscenter (EVC) på Regionshospitalet Silkeborg, som er en regional omvisiteringsfunktion, der skal træde til og tilbyde patienten omvisitering, når et hospital ikke kan leve op til det opstillede servicemål om et behandlingstilbud indenfor en måned. Derved skabes en effektiv visitation af elektive patienter i Region Midtjylland.

Udgifterne og forbruget til private hospitaler følges i styregruppen for EVC.

Det er vigtigt at få en så smidig model så muligt på dette område, sådan at omprioriteringer mellem egne og private hospitaler ikke forhindres af modellens begrænsninger. Dette kan være med til at smidiggøre aktivitetsudvidelser i eget regi, ved at flytte behandlinger fra private hospitaler til egne hospitaler. Det kan også være ved at give øgede muligheder for øget samarbejde med de private hospitaler via udbud og samarbejdsaftaler.

3.1 Ny model til håndtering af fleksibel kapacitetstilpasning

Siden suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg har garantiklinikmodellen været sat i bero. Nærværende forslag er et forsøg på at forenkle modellen, men med fortsat hensynstagen

til krav om konkret anvisning af finansiering og til at mindske de administrative omkostninger i forbindelse med ordningerne.

Den nye model for fleksibel kapacitetstilpasning sigter mod at sikre en optimal udnyttelse af regionens samlede undersøgelses- og behandlingskapacitet ved at:

- etablere få strategisk udvalgte garantiklinikker af en vis volumen (visitation via Patientkontoret)
- oprette pulje som skal finansiere særlige meraktivitetsprojekter, der ikke passer ind i garantiklinikmodellen (fx plastikkirurgi, hvor der kun er en afdeling i regionen som udfører denne type behandlinger)
- den samlede garantiklinikaktivitet og pulje til særlige meraktivitetsprojekter udgør maksimalt 20 mio. kr.

Finansiering af garantiklinikkerne og puljen til særlige meraktivitetsprojekter udgør maksimalt 20 mio. kr. og sker fra kontoen for udvidet frit sygehusvalg, da begge dele er en form for hjemtagning fra privathospitaler. Der vil endvidere være tæt opfølgning på disse projekter og afregningen vil være 100% aktivitets afhængig. Kravet for udbetaling i forbindelse med garantiklinikordningen vil endvidere være, at den pågældende hospitalsenhed har opbrugt sit udbetalingsrum i forbindelse med aktivitetsstyringsmodellen.