

NOTAT



Takststyring af hospitalerne i Region Midtjylland i 2010

Der er fire områder som Regionsrådet prioriterer særligt højt, og som i udpræget grad kommer til at sætte dagsorden for hospitalerne i Region Midtjylland i 2010. Det gælder:

- indførelse af pakkeforløb inden for kræftbehandlingen
- indførelse af pakkeforløb inden for hjertebehandlingen
- afledte effekter af brystkræftscreeningsprogrammet
- hjemtrækning af aktivitet der går enten til andre regioner eller til det private

Dato 25.11.2009

Katrine Lykkegaard

Tel. +45 8728 4512

katrine.lykkegaard@stab.rm.dk

Side 1

Med takststyringsmodellen for 2010 afregnes hospitalernes meraktivitet inden for de fire områder via takststyringspuljen.

Det er besluttet som del af budgetforliget for 2010, at meraktivitet inden for kræftområdet og hjerteområdet skal finansieres af takststyringspuljen. Til kvalitets- og kapacitetsløft modtager hospitalerne særskilte midler. Det forudsættes, at hospitalerne sikrer implementering af pakkeforløbene.

Finansieringen af de afledte effekter af brystkræftscreeningen samt midler til at imødegå presset fra det udvidede frie sygehusvalg skete i 2009 uafhængigt af takststyringen. I 2010 inddrages disse områder i takststyringen.

Bag beslutningen om at finansiere de højt prioriterede områder via takststyringspuljen ligger en præmis om, at prioritering af midlerne mellem områderne sker mest hensigtsmæssigt på hospitalerne. Det er således hospitalernes opgave at sikre en intern fordeling mellem afdelingerne, således at finansieringsbehovet inden for de højt prioriterede områder imødekommes.

Dette notat er inddelt i tre afsnit. I det første afsnit opsummeres de højt prioriterede områder. I det andet afsnit beskrives det, hvordan takststyringspuljen er skruet sammen samt hvordan puljeløftet udmøntes og fordeles mellem hospitalerne. I det tredje afsnit

præsenteres principperne for takststyringsmodellen for 2010. En mere detaljeret redegørelse for takststyringsmodellen for 2010 findes i særskilt notat. Dette er ikke vedlagt som bilag, men kan fremsendes efter ønske.

Notatet er blevet til på baggrund af dialog med regionens hospitaler i regi af henholdsvis Lederforum for Økonomi og Økonomichefkredsen.

1. De højt prioriterede områder

De højt prioriterede områder der i 2010 finansieres via takststyringspuljen omfatter implementering af pakkeforløb inden for henholdsvis kræft- og hjertebehandlingen, afledte effekter af brystkræftscreeningsprogrammet og endelig hjemtrækning af den aktivitet, der går ud af regionen enten til det private eller til naboregionerne.

1.1 Indførelse af kræftpakker

I løbet af 2008 og 2009 har regionens hospitaler ydet en stor indsats for at sikre implementering af standardforløb for udredning og behandling inden for kræftbehandlingen. Indførelsen af de såkaldte pakkeforløb er et resultat af aftale mellem regeringen og Danske Regioner indgået i efteråret 2007. Region Midtjylland modtager jævnfør økonomaftalen for 2009 årligt 37 mio. kr. til færdigimplementering af pakkeforløbene. De 37 mio. kr. fordeles varigt til hospitalerne med henblik på tilpasning af kapaciteten og forbedring af behandlingskvaliteten på området. (Jævnfør desuden sagen *"Driftsmidler til pakkeforløb på kræftområdet i 2009 og 2010"*).

1.2 Indførelse af hjertepakker

Regeringen og Danske Regioner har som led i økonomaftalen for 2009 aftalt, at der indføres pakkeforløb for patienter med ikke-akutte livstruende hjertesygdomme. Der er i finansloven for 2008 afsat 150 mio. kr. til regionerne til midlertidigt højere aktivitet som følge af implementering af hjertepakkerne. Der er ikke bevilget midler til formålet i 2010. Region Midtjyllands del af bevillingen fra 2008 var på 29,941 mio. kr. Heraf er i alt 18,790 mio. kr. anvendt til afvikling af pukler på hospitalerne forud for implementering af pakkeforløbene. Restbeløbet på 11,151 mio. kr. er afsat til dækning af de ekstra udgifter, som hospitalerne har i 2009 i forbindelse med selve implementeringen af pakkeforløbene. (jævnfør desuden sagen *"Opgørelse af ventelisteprojekter på hjerteområdet og udmøntning af restbeløb fra hjerteventelistepuljen til hospitalerne"*).

Det har desuden vist sig nødvendigt at afsætte 8 mio. kr. til kvalitetsløft i forbindelse med implementering af pakkeforløbene. Konkret er der tale om midler til forløbskoordinatorer på hospitalerne samt opbygning af nødvendig bufferkapacitet. Midlerne fordeles mellem hospitalerne efter en endnu ikke fastsat fordelingsnøgle.

1.3 Afledte effekter af brystkræftscreeningsprogrammet

I juni 2007 vedtog Regionsrådet udmøntningen af lovbestemmelsen vedrørende tilbud om mammografiscreening til regionens 50-69årige kvinder. Screeningsprogrammet har haft en række afledte aktivitetsmæssige konsekvenser blandt andet inden for kirurgien. De hospitaler, der har haft øget kirurgisk aktivitet som konsekvens af screeningsprogrammet, er de sidste to år blevet afregnet med midler fra puljen til afledt kirurgisk aktivitet vedrørende mammografi-screening. Indfasning af brystkræftscreeningen afsluttes i løbet af 2010, hvorfor afregningen overgår til at ske via takststyringen som det oprindeligt var forudsat. Det sker ved at puljen til

afledt kirurgisk aktivitet vedrørende mammografiscreening lægges sammen med takststyringspuljen.

1.4 Konsekvensen af det udvidede frie sygehusvalg

Borgerne i Region Midtjylland benytter sig i stigende grad af deres ret til at søge behandling i det private ved en ventetid på over 1 mdr. i det offentlige. Den 20. maj 2009 besluttede Regionsrådet at afsætte 50 mio. kr. til en indsats i 2. halvår 2009 på de områder, der er mest udsat for konkurrence fra det private. Valget faldt på områderne ortopædkirurgi og urologi. Forbruget i det private er fortsat et fokusområde. Indsatsen på området i 2010 finansieres via takststyringen.

1.5 Konsekvensen af det frie sygehusvalg

Der er fortsat mange borgere i Region Midtjylland, der lader sig behandle uden for regionen. I løbet af 2009 blev der iværksat en lang række hjemtrækningsprojekter med henblik på at vende patientstrømmen. Som led i budgetforliget for 2010 blev det besluttet at styrke indsatsen for at hjemtrække aktivitet genereret af borgere fra Region Midtjylland i de øvrige regioner. Jævnfør budgetforliget skal der hjemtages aktivitet fra de øvrige regioner til en værdi af 100 mio. kr. Det er der afsat 50 mio. kr. til. Det er endnu ikke afklaret, hvordan hjemtrækningsopgaven varetages. På grund af særlige styringsmæssige problemstillinger i forbindelse med håndtering af hjemtrækningsopgaven holdes de 50 mio. kr. adskilt fra den resterende takststyringspulje. Der udarbejdes en særskilt model for håndteringen af hjemtrækningen.

2. Takststyringspuljen

I det følgende beskrives det, hvordan takststyringspuljen er skruet sammen samt hvordan puljeloftet udmøntes og fordeles mellem hospitalerne.

2.1 Dannelse og udmøntning af takststyringspuljen

Takststyringspuljen for 2010 udgør 201,518 mio. kr. forudsat at den lægges sammen med puljen til afledt kirurgisk aktivitet vedrørende mammografiscreening. De to puljer er bevillingsmæssigt adskilt i budget 2010. Dannelsen af takststyringspuljen ses af tabel 1 nedenfor.

Tabel 1: Dannelsen af takststyringspuljen på baggrund af budget 2010

	<i>Beløb, 1.000 kr.</i>
Takststyringspuljen jævnfør budget 2010	173.577
Pulje til afledt kirurgisk aktivitet vedrørende mammografiscreening jævnfør budget 2010	27.941
Takststyringspuljen i alt	201.518

Det er ikke hele takststyringspuljen der kan indgå i loftet for afregningen af hospitalernes meraktivitet. De 50 mio. kr. er afsat til hjemtrækning og håndteres særskilt (se afsnit 1.5) Endvidere forudsættes der afsat 8 mio. kr. til kvalitetsløft på hjerteområdet (se afsnit 1.2).

De resterende 143,518 mio. kr. i takststyringspuljen udgør loftet over meraktivitetsafregningen i 2010. Udmøntningen af takststyringspuljen ses af tabel 2 på næste side.

Tabel 2: Udmøntning af takststyringspuljen

	<i>Beløb, 1.000 kr.</i>
Takststyringspuljen	201.518
Kvalitetsløft på hjerteområdet	-8.000
Hjemtrækning fra de øvrige regioner jf. budgetforlig for 2010	-50.000
Takststyringspuljen til fordeling/puljeløftet	143.518

2.2 Fordeling af takststyringspuljeløftet på hospitaler

Set i lyset af de omfattende områder, som skal sikres finansiering via takststyringspuljen, må de enkelte hospitaler have en vis sikkerhed for at få del i puljen. Den opnås ved at fordele puljeløftet mellem hospitalerne på forhånd. Det er besluttet at fordelingen af puljeløftet sker efter bruttodriftsudgifterne. Fordelingen er vist i tabel 3 nedenfor.

Tabel 3: Fordeling af takststyringspuljen

	<i>Puljeløft, 1.000 kr.</i>
RH Horsens	9.652
RH Randers	12.159
RH Silkeborg	10.079
ÅUH Skejby	24.586
HE Vest	24.301
RH Viborg	18.466
ÅUH Århus Sygehus	44.276
I alt	143.518

Det enkelte hospitals puljeløft er udtryk for den maksimale udbetaling fra takststyringspuljen i den situation, hvor alle hospitaler producerer til løftet. For så vidt at et eller flere hospitaler ikke når løftet omfordeles midlerne til gavn for andre hospitaler. Det vides på forhånd, at en række hospitaler har mulighed for at producere for mere end det angivne puljeløft. Det gælder navnlig ÅUH Århus Sygehus inden for kræftbehandling og ortopædi.

3. Principper for takststyringsmodel 2010

I det følgende beskrives principperne for takststyringsmodellen for 2010. Det er væsentligt at understrege, at takststyringsmodellen anvendes i overensstemmelse med de almindelige principper i regionen om dialogbaseret ledelse. Der vil således i konkrete tilfælde og ud fra strategiske overvejelser kunne ske aftalte afvigelser fra de her beskrevne principper.

Hospitalsaktiviteten opdeles i kategorierne "generel aktivitet", "stationær medicinsk aktivitet", "stråleaktivitet" samt "øvrige aktiviteter". Afregningen af de forskellige aktivitetskategorier ses af tabel 4 nedenfor.

Tabel 4: Oversigt over afregning jævnfør takststyringsmodel 2010

<i>Kategori</i>	<i>Afregning af meraktivitet</i>	<i>Afregning af mindreaktivitet</i>
Generel aktivitet	50%	50%
Stationær medicinsk aktivitet	0%	50%
Øvrige aktiviteter	Takststyres ikke	
Stråleaktivitet	Afregning sker i regi af stråleplanen	

Meraktivitet inden for kategorien *"generel aktivitet"* afregnes inden for puljeløftet til 50% af DRG-værdien. Det er hospitalernes opgave at sikre den interne fordeling af meraktivitetsmidlerne mellem afdelingerne således at finansieringsbehovet inden for de højt prioriterede områder imødekommes bedst muligt.

Meraktivitet inden for kategorien *"stationær medicinsk aktivitet"* afregnes til 0% af DRG-værdien. Årsagen er at regionen er interesseret i at tilskynde hospitalerne til at omlægge så meget som muligt af aktiviteten til ambulant behandling.

Mindreaktivitet inden for kategorierne *"generel aktivitet"* og *"stationær medicinsk aktivitet"* afregnes til 50% af DRG-værdien. Det skal her bemærkes, at hospitalerne korrigeres for aktivitetsmæssige effekter af omlægnings fra stationær til ambulant behandling. Det betyder at eventuel mindreaktivitet inden for kategorien *"stationær medicinsk aktivitet"* ikke kan tilskrives omlægning fra stationær til ambulant behandling.

Den aktivitet, der kategoriseres *"Øvrig aktivitet"*, består af aktivitet der ikke takststyres. 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.

Basislinjen for 2010 beregnes som 2009-aktiviteten i takstsystem 2010 tillagt produktivitetskrav. Hertil kommer en lang række korrektioner blandt andet korrektion for mer-/mindreaktivitet opnået i 2009, som hospitalerne ikke har fået permanent finansieret.

Produktivitetskravet til hospitalerne differentieres fortsat. Det betyder, at de mindst produktive hospitaler forventes at hente de relativt største produktivitetsstigninger hjem, mens de mest produktive hospitaler kan nøjes med mindre.

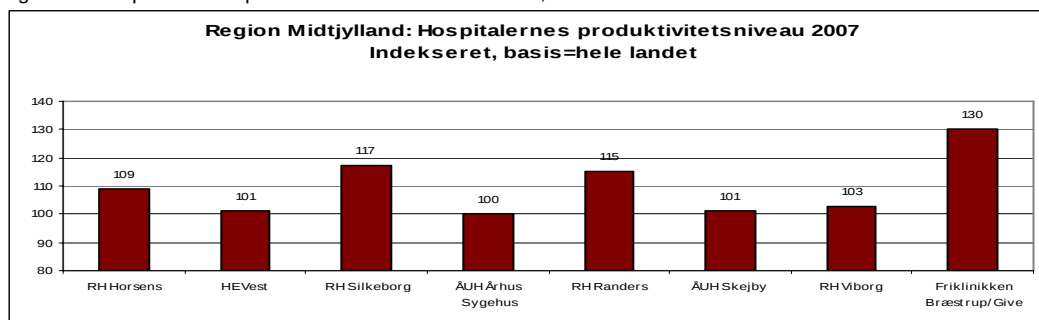
Differentieringen afgøres fortsat ud fra den seneste opgørelse af hospitalernes produktivitet. I takststyringsmodel 2010 afgøres differentieringen på baggrund af produktivitetsniveauerne i 2007 som de fremgår af *"Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – fjerde delrapport"*¹.

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

Jævnfør *"Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – fjerde delrapport"* fordeler regionens hospitaler sig relativt klart i to grupper. Den ene gruppe består af de meget produktive hospitaler og den anden gruppe består af de hospitaler, der ligger på eller lige over det landsgennemsnitlige produktivitetsniveau. Hospitalernes respektive produktivitetsniveau i 2007 fremgår af figur 1 på næste side.

¹ Udgivet af danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse september 2009.

Figur 1: Hospitalernes produktivitsniveau i 2007, indekseret



Dette mønster i produktivitsniveauet har gjort sig gældende siden regionens dannelse. Selvom forskellen mellem de to grupper er blevet mindre fra 2006 til 2007, synes det stadig rimeligt at differentiere produktivitskravet på baggrund af den foreliggende produktivitsmåling.

Det skal bemærkes at produktiviten efter al sandsynlighed har været stigende i regionen siden 2007. Dette har i særlig grad gjort sig gældende for Regionshospitalet Viborg.

Der indføres med takststyringsmodel 2010 en ny metode til beregning af produktivitskravet. I stedet for aktiviteten, som før har været beregningsgrundlag, tages der udgangspunkt i de sidst opgjorte korrigerede, tilrettede bruttodriftsudgifter.

Baggrunden for at ændre metoden for beregning af produktivitskravet er at den hidtil brugte metode forfordeler de mest produktive af regionens hospitaler. I visse tilfælde udlignes sågar den fordel de mest produktive hospitaler gives med differentiering af produktivitskravet.

Med den nye metode tilgodeses de mest produktive hospitaler. Det sker til dels på bekostning af de mindst produktive hospitaler.