

NOTAT



Økonomistyring af den somatiske del af sundhedsområdet i Region Midtjylland i 2009 – set i lyset af genindførelse af det udvidede frie sygehusvalg

Dato 05.05.2009

Katrine Lykkegaard

Peter Ravn Riis

Tel. +45 8728 4512

katrine.lykkegaard@stab.rm.dk

0. Indledende og sammenfattende

Det fremgår af økonomiaftalen for 2009, at *"Regeringen og Danske Regioner er enige om, at tillægge det afgørende betydning, at den indgåede aftale realiseres således, at regionernes udgifter i 2009 både i budgetterne og i regnskaberne ligger inden for rammerne af aftalen"*. (Citat fra "Aftale om regionernes økonomi for 2009", p. 3).

Side 1

Over for et så eksplicit krav om udgiftskontrol står et fælles ønske om at yde borgerne kvalificeret og rettidig behandling.

Dette ønske har Regeringen valgt at udmønte som en behandlingsgaranti, der udløses ene og alene på baggrund af ventetiden i det offentlige sygehusvæsen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har pr. 1. april 2009 offentliggjort i en pressemeddelelse, at det udvidede frie sygehusvalg genindføres d. 1. juli 2009 på samme vilkår som før suspensionen. Formentligt dog med mere moderate, men endnu ikke færdigforhandlede afregningstakster.

Regionsrådet bør tage stilling til, hvordan regionen skal imødegå den udfordring, der ligger i genindførelse af det frie sygehusvalg, set i lyset af de økonomiske begrænsninger, der følger af økonomiaftalen med regeringen.

Hensigten med det nærværende notat er dels at belyse forskellige strategier til imødegåelse af genindførelse af det udvidede frie sygehusvalg dels at anbefale en af disse strategier. Notatet omhandler således alene den somatiske del af sundhedsområdet. På nuværende tidspunkt håndteres den økonomiske styring af

psykiatrien i forbindelse med psykiatriplanen.

Der er grundlæggende to strategier, som Region Midtjylland kan vælge at forfølge i forbindelse med genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg:

- *Strategi I: Regionen prioriterer nedbringelse af ventelister højest.*
Denne strategi indebærer, at hospitalerne udvider kapaciteten med henblik på at behandle samtlige patienter inden for en måned, når det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft. Den primære fordel ved strategi I er lavere ventelister. Den primære ulempe ved denne strategi er, at det er vanskeligt at dokumentere og forklare udgiftspresset, når det fordeles på hospitalernes budgetter. Endvidere er det umuligt at forudsige, om den nødvendige investering i kapacitetsudvidelse på hospitalerne vil give sig udslag i et fortsat lavt forbrug på private hospitaler og klinikker efter suspensionens ophør.
- *Strategi II: Regionen prioriterer hospitalernes budgetoverholdelse højest.*
Hospitalernes budgetoverholdelse sikres ved at hospitalerne opprioriterer behandling af de mest behandlingskrævende patienter. Den primære fordel ved denne strategi er at de økonomiske konsekvenser af at genindføre det udvidede frie sygehusvalg isoleres og synliggøres. Det udvidede frie sygehusvalg er blandt den vanskeligst styrbare del af regionens økonomi. Den primære ulempe ved denne strategi er, at der eventuelt vil komme længere ventelister. Længden af ventelisterne vil afhænge af den private kapacitet. Endvidere kan motivationen risikere at falde blandt personalet på hospitalerne.

Administrationens anbefaling går på at forfølge den anden af de to ovenfor skitserede strategier. Det vil sige, at anbefalingen går på at lade hensynet til nedbringelse af ventelister vige for hensynet til budgetoverholdelse på de interne linjer. Det skal understreges, at det ikke kan forudsiges, hvilken af de to strategier, der vil medføre de mindste udgifter.

Den anbefalede strategi danner i administrationens optik det bedste grundlag for at regionen kan leve op til den primære målsætning om at sikre overholdelse af aktivitets- og produktivetsforudsætningerne i økonomiaftalen.

Herudover kan strategi II ses som naturligt sammenhængende med de retningslinjer for visitation og prioritering af patienter, som Regionsrådet vedtog på møde d. 22. oktober 2008 og som går ud på at sikre behandling af de mest syge patienter først.

Endelig udgør strategi II ikke en hindring for, at hospitalerne kan søge Regionsrådet om bevilling til nedbringelse af ventelister ved konkrete, økonomisk forsvarlige og veldokumenterede meraktivitetsprojekter.

Det skal her indledningsvist bemærkes, at regionens hidtidige styringsstrategi adskiller sig fra de øvrige regioners styringsstrategier primært ved ikke at omfatte afregning af generel meraktivitet. Danske Regioner er aktuelt ved at lægge sidste hånd på en skrivelse om regionernes styringsstrategier for 2009. Regionsrådet orienteres så snart publikationen foreligger.

I det følgende afsnit skitseres de økonomiske vilkår for det somatiske sundhedsvæsen i Region Midtjylland i 2009 som de er givet ved økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner. Herefter beskrives de to alternative strategier mere udførligt.

1. De økonomiske rammer for den somatiske del af sundhedsområdet

De vilkår, hvorunder Region Midtjylland kan agere på sundhedsområdet i 2009, er givet af Økonomiaftalen, som blev indgået mellem regeringen og Danske Regioner i juni 2008.

De vigtigste elementer i aftalen var at det udvidede frie valg som konsekvens af konflikten på sundhedsområdet blev suspenderet frem til 1. juli 2009 og at et målrettet fokus på aktivitetsforøgelse blev udskiftet med et målrettet fokus på budgetoverholdelse. Økonomiaftalen indebærer en aktivitetsstigning på 3,5 %, hvori indgår en produktivitetsstigning på 2%.

Forudsætningerne i økonomiaftalen for 2009 har sammen med regionens generelt trængte økonomi gjort det nødvendigt at gennemføre store besparelser i 2008 og 2009. De hjemtrækningsprojekter, der er godkendt af Regionsrådet som en del af spareplanen finansieres som aftalt.

På samme baggrund har regionen endvidere fundet det nødvendigt at operere med et højere produktivetskrav indadtil end udadtil. Udmøntningen af det interne produktivetskrav på 2½ % fremlægges for Regionsrådet, når den landsdækkende produktivetsrapport ("Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – fjerde delrapport") er offentliggjort. Indtil da er differentieringen af produktivetskravet håndteret som i takststyringsmodellen for 2008. Dette fremgår af vedlagte bilag af 28. april 2009 "Notat om takststyring i 2009".

Endvidere har de økonomiske rammer for regionen haft konsekvenser for takststyringsmodellen, som gældende fra 2. halvår 2008 har haft et udbetalingsloft på 0 kr. Som det fremgår af budget 2009 er der ikke afsat midler til afregning af generel meraktivitet via takststyringsmodellen.

På trods af den manglende mulighed for finansiering af generel meraktivitet opretholdes takststyringsmodellen. Det sker først og fremmest for at sikre, at regionen opnår de nødvendige aktivitets- og produktivetsniveauer. Hospitalerne honoreres ikke for generel meraktivitet, men er derimod forpligtet til at betale tilbage, hvis ikke aktiviteten når basislinjen inklusive produktivetskravet. Takststyringsmodellen for 2009 er beskrevet i vedlagte notat.

Takststyringsmodellen for 2010 vil i sin grundform være baseret på en videreførelse af takststyringsmodellen for 2009. Økonomiaftalen for 2010 kan betyde, at det bliver nødvendigt at overveje ændringer i modellen.

Der er i budget 2009 afsat midler til ny, dyr medicin og nye behandlinger. Disse midler er afsat i puljer til senere konkret udmøntning. Forbruget af ny, dyr medicin udviser aktuelt en nærmest betydelig realvækst, der vanskeligt lader sig stoppe. Udfordringen med at styre udgiftspresset på dette område fremstilles i en særskilt indstilling.

2. Udfordringer i forbindelse med genindførelse af det udvidede frie sygehusvalg

Regeringen har den 1. april 2009 orienteret Danske Regioner om, at den genindfører det udvidede frie sygehusvalg den 1. juli 2009 med en behandlingsfrist på en måned. Herudover ønsker regeringen fra 2010 årligt at forhandle en økonomisk ramme for brug af de private sygehuse med Danske Regioner. Denne ramme sammensættes dels via det udvidede frie valg og dels via regionernes egne udbud.

Herudover er hovedtrækkene i aftalen, at afregningstaksterne forhandles mellem Danske Regioner og privathospitalerne. I første omgang forhandles priserne med udgangspunkt i bl.a. de indhøstede erfaringer i suspensionsperioden, men fra 1. januar 2010 vil afregningen ske til en forhandlet pris med udgangspunkt i referencetakster. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udarbejder referencetaksterne.

For Region Midtjylland betyder aftalen, at det fra den 1. juli 2009 igen bliver sværere at styre udgifterne til behandling på privathospitaler. Efter i en periode at have haft mulighed for omkostningsfrit at henvise de mindst behandlingskrævende patienter til at vente, får denne gruppe pr. 1. juli igen mulighed for at blive henvist til privat behandling efter én måneds ventetid.

Afregningstaksterne vil sandsynligvis blive lavere end tidligere. Til gengæld kan det ikke udelukkes, at antallet af henvisninger til operationer i det private vil stige. Det er på forhånd vanskeligt at forudsige omfanget af søgningen til de private behandlingstilbud, men udgifterne må som minimum forventes at blive på niveau med 2008, hvor 1-månedesfristen også var gældende.

Der er i budgettet for 2009 afsat 212,4 mio. kr. til behandling af regionens borgere på private hospitaler og klinikker.

3. To forskellige veje at gå

Dette afsnit danner rammen for beskrivelse af to forskellige strategier til imødegåelse af genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg. Den ene strategi går ud på at investere i kapacitetsudvidelser på hospitalerne med henblik på at nedbringe ventelister. Den anden strategi går på at sikre budgetoverholdelse på regionens hospitaler og dermed isolere budgetusikkerheden til centrale konti.

Indledningsvist skal kort beskrives nogle initiativer – nationale og regionale – der allerede er iværksat med henblik på at øge aktiviteten på udvalgte områder. Det gælder regeringens to puljer til nedbringelse af ventelister samt den i forbindelse med budgetforliget vedtagne friklinikaktivitet i Ringkøbing og Grenaa.

Pulje til afvikling af ventelister på hjerteområdet

Der er på finansloven for 2009 afsat midler til, at regionerne kan afvikle ventelister forud for implementeringen af hjertepakker. Hospitalerne i Region Midtjylland har som konsekvens heraf pr. 1. februar igangsat en række ventelisteprojekter.

På Regionsrådets møde d. 25. februar 2009 blev der udmøntet knap 18 mio. kr. til afvikling af ventelister på hjerteområdet.

Der arbejdes på at ventelisterne er afviklet medio 2009, således at pakkerne trinvist kan implementeres i efteråret 2009.

Pulje til nedbringelse af ventelister forud for genindførelse af det udvidede frie sygehusvalg

Der er på finansloven for 2009 afsat en pulje på 100 mio. kr. til at fremme en normal drifts- og ventetidssituation forud for genindførelsen af fritvalgsordningen. Region Midtjyllands andel af puljen er ca. 21 mio. kr.

Anvendelse af puljen har været drøftet med hospitalerne. På den baggrund er der fremkommet projektforslag omhandlende indsættelse af kunstigt knæ, indsættelse af kunstig hofte og behandling af hernie (brok). Hertil kommer projektforslag i forbindelse med aktivitet på friklinikken i Grenaa og fedmekirurgisk aktivitet på ÅUH, Århus Sygehus.

Der i valget af ventelisteprojekter lagt vægt på at etablere ekstrakapacitet inden for områder, der erfaringsmæssigt bliver udført på privathospitaler i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg.

Fordelingen af puljemidlerne blev godkendt af Regionsrådet d. 18. marts 2009.

Friklinikker i Ringkøbing og Grenaa

I budgetforliget for 2009 fastsættes det, at de dagkirurgiske funktioner i Ringkøbing og Grenaa opretholdes, idet kapaciteten udnyttes primært til sikring af lokale behov. Herudover skal kapaciteten udnyttes efter nærmere aftale i overensstemmelse med principperne for drift af friklinik. Der er i budgettet for 2009 afsat 3 mio. kr. til finansiering af de to friklinikker.

Friklinikkernes aktivitet vil primært rette sig mod behandlingsområder, hvor patienterne ofte oplever ventetid på behandling eller omvisiteres til den private sektor.

På regionsrådsmødet d. 19. november 2008 blev der taget beslutning om modellen for organisering af den dagkirurgiske aktivitet i Ringkøbing og Grenaa efter principperne for drift af friklinik.

3.1 Strategi I: Nedbringelse af ventelister via kapacitetsudvidelse

Flere af regionens hospitaler har gjort opmærksom på, at det er hensigtsmæssigt i god tid at øge aktiviteten for at imødegå effekten af genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg. Aktiviteten kan alene øges ved at sikre hospitalerne finansiering til øget drift samt til kapacitetsudvidelse.

Finansieringen til øget drift kan ikke ske via takststyringsmodellen, da der i budget 2009 ikke er afsat midler til generel meraktivitet. I stedet er det en mulighed at omplacere det budget, der er afsat til betaling af det udvidede frie sygehusvalg. Udfordringen er at identificere de

områder, hvor der er størst mulighed for at en sådan investering vil betale sig i form af færre patienter, der sendes til det private på regionens regning.

Hospitalerne er som udgangspunkt blevet opmuntret til at forfølge tankegangen om at hjemtage aktivitet fra den private sektor. Dette blev blandt andet nævnt som en mulig strategi på et møde angående hjemtrækning inden for ortopædkirurgiske område, der blev afholdt i regionshuset d. 26. januar 2009. Enkelte af hospitalerne har indmeldt er gået i gang med formulering af projekter.

Strategi I går ud på at øge aktiviteten på hospitalerne med henblik på at nedbringe ventelisterne og dermed holde så mange patienter som muligt i offentligt regi efter 1. juli. Strategien kan forfølges ved at omplacere (en del af) det budget, der er afsat til behandling i privat regi, til hospitalerne med henblik på øget drift og nødvendige kapacitetsudvidelser.

Det vil være en konsekvens af strategi I, at budgetusikkerheden inviteres inden for på hospitalerne. Selvom der investeres målrettet i at øge kapaciteten på bestemte områder, er der ingen garanti for, at udgifterne til det udvidede frie valg vil falde tilsvarende.

3.2 Strategi II: Budgetoverholdelse på hospitalerne og isolering af budgetusikkerhed

Den markante og eksplicite vægt, der i økonomiaftalen for 2009 er lagt på udgiftsstyring frem for aktivitetsudvidelse, har medført et behov for at træde på bremsen, hvad angår aktivitetsudvidelser. Dette lader sig dog kun delvist gøre inden for sundhedsvæsnets.

Sundhedsvæsnets er karakteriseret ved for en stor del at være styret af borgernes rettighedsbaserede efterspørgsel på sundhedsydelser. Det betyder, at udgifterne som udgangspunkt er svære at styre. Dette gør sig gældende inden for såvel den primære som for den sekundære sundhedssektor. De områder, der er sværest styrbare er primær sundhed; ny, dyr medicin og nye behandlinger samt det udvidede frie sygehusvalg.

De mindst styrbare udgifter og den deraf følgende budgetusikkerhed er som udgangspunkt søgt placeret centralt på regionens fællespuljer og ikke på hospitalerne. På den måde er det nemmere at isolere og identificere udgiftsvæksten. Kernen i strategi II er at holde fast i dette princip også efter genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg.

En af ulemperne ved strategi I, som er skitseret ovenfor, er at den betragtelige budgetusikkerhed, der knytter sig til det udvidede frie sygehusvalg, flyttes fra regionens fællespuljer til hospitalerne. Dette er ikke hensigtsmæssigt blandt andet fordi regionerne har en strategisk interesse i at kunne anskueliggøre omkostningerne ved fritvalgsordningen over for regeringen.

Strategi II forfølges ved at hospitalerne fortsætter med at prioritere de mest behandlingskrævende patienter højest og behandle så mange heraf som muligt inden for det afsatte budget. Det står naturligvis hospitalerne frit for inden for eget budget at investere i kapacitetsudvidelser med henblik på at begrænse tilgangen til det private via fritvalgsordningen.

Valget af strategi II kan medføre en relativt stor privat sektor, hvilket næppe kan undgå at medføre ledelsesmæssige udfordringer på regionens hospitaler blandt andet i form af faldende motivation hos personalet.

Det skal bemærkes, at det ikke er hensigten med strategi II at afholde hospitalerne fra at reagere på situationer, der er økonomisk suboptimale. Strategien udgør således ikke en hindring for, at hospitalerne kan søge Regionsrådet om bevilling til nedbringelse af ventelister ved *konkrete, økonomisk forsvarlige og veldokumenterede* meraktivitetsprojekter. Projekterne skal være målrettet områder, hvor ventetiderne er længere end det er fagligt forsvarligt. Eventuelt kan der også gives bevilling til projekter, der iværksættes af strategiske grunde fx med henblik på at opretholde vigtige funktioner i offentligt regi – fx fedmekirurgi.

Indtænkning af privat kapacitet

Endvidere er det en del af strategi II, at der tænkes bevidst og aktivt i at påvirke arbejdsdelingen mellem det offentlige og det private, hvilket suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg har givet regionen erfaring med.

Under suspensionen har regionerne været forpligtet til at købe ledig behandlingskapacitet på de private sygehuse og klinikker svarende til et månedligt gennemsnit af regionens omsætning via det udvidede frie sygehusvalg i perioden fra 1. oktober 2007 – 31. marts 2008. Region Midtjyllands økonomiske forpligtelse over for privathospitalerne svarer til et forbrug på i alt 186 mio. kr. i perioden 26. juni 2008 til 30. juni 2009.

Herudover har regionen i suspensionsperioden sat en række undersøgelser/behandlinger i udbud med væsentlige besparelser til følge. På nuværende tidspunkt er der indgået aftaler om udførelse af MR-scanninger (kontraktudløb 31. december 2009) og ortopædkirurgi (kontraktudløb 31. marts 2010). Udbud på disse områder har vist, at det er muligt at opnå besparelser på mellem 10 - 30%.

Opmærksomheden omkring arbejdsdeling mellem den offentlige og den private sektor er værd at holde fast i også efter genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg. En del af løsningen på den udfordring, regionen står over for, kan være at håndtere den private kapacitet i sammenhæng med den offentlige kapacitet.

Ved at indgå særftaler med privathospitaler efter udbud, kan det være muligt at opnå besparelser på udvalgte ydelser, hvis privathospitalerne sikres en bestemt volumen. Gennem udbud kan man desuden udnytte de private på de områder de er bedst til, fx planlagt ambulante kirurgi og billeddiagnostik. Endvidere kan det være af interesse at fokusere på at beholde de store, komplicerede behandlinger i offentligt regi og udnytte privathospitalernes kapacitet til udførelse af mindre komplicerede behandlinger.

Vilkårene for regionernes benyttelse af den private behandlingskapacitet er aktuelt ved at blive forhandlet på plads mellem Danske Regioner, staten og privathospitalerne.

4. Opsummering og anbefaling

Administrationen anbefaler jævnfør beskrivelsen af strategi II herover at hensynet til budgetoverholdelse på regionens hospitaler prioriteres over hensynet til at nedbringe ventelister. Dette indebærer at enhver adgang til aktivitetsudvidelse skal godkendes af Regionsrådet.

Den anbefalede strategi danner i administrationens optik det bedste grundlag for at regionen kan leve op til målsætningerne om for det første at sikre overholdelse af aktivitets- og produktivetsforudsætningerne i økonomiaftalen og for det andet at sikre behandling af de mest syge patienter først. Endvidere undgår man med strategi II at budgetusikkerheden spredes til hospitalerne.

Bilag



Notat om takststyring i 2009.

Dette notat indeholder en beskrivelse af principperne for takststyring i 2009 samt et bilag med opgørelse af hospitalernes basislinjer for 2009 eksklusiv korrektioner. Korrektionerne for 2009 vil blive indarbejdet i dialog med det enkelte hospital.

Dato 28.04.2009

Henrik Strøm

Tel. 8728 4514

Henrik.stroem@stab.rm.dk

Takststyringsmodellen for 2009 er besluttet i forbindelse med budgetforliget for 2009.

Side 1

I forbindelse med Økonomiaftalen for 2009, og de efterfølgende besparelser i Region Midtjylland, har der været behov for en opstramning af takststyringsmodellen for hospitalerne i regionen.

Opstramningen betyder, at der fortsat ikke kan udbetales for meraktivitet i takststyringsmodellen for 2009.

Udgangspunktet for takststyring i 2009 fortsætter efter principperne for takststyring for 2. halvår 2008. De gældende principper afspejler således i høj grad regionens økonomiske situation og suspensionen af det udvidede frie valg.

Overordnet gælder det, at generel meraktivitet honoreres til 0 pct. af DRG-værdien og stationær medicinsk meraktivitet honoreres til 0 pct. af DRG-værdien.

Mindre-aktivitet medfører en tilbagebetaling til 50 pct. af DRG-værdien.

Reelt betyder det, at udbetalingsloftet er lig basislinjen dvs. et loft på 0 kr. i udbetaling.

1. Takststyringsmodel 2009 – de overordnede principper

I det følgende beskrives principperne for takststyring på hospitalsområdet i Region Midtjylland i 2009.

Beskrivelsen dækker de konkrete budgettekniske dele i takststyringsmodellen. 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 mekaniske principper. Som et eksempel herpå kan nævnes videreudvikling af lands- og landsdelsfunktionerne.

Endvidere skal præciseres, at takststyringsmodellen styrer de marginale ændringer i kapaciteten og antal patienter. Nye behandlinger og kapacitetsudvidelser mv. håndteres ved konkret stillingtagen i Regionsrådet.

I afregning af meraktivitet indgår alene behandlinger der er omfattet af de statslige aktivitetspuljer, hvilket betyder, at meraktivitet på områder som fertilitetsbehandling, sterilisationer og alkoholbehandlinger ikke indgår i afregningen.

Behandlingerne indgår dog i opgørelse af hospitalernes samlede aktivitet.

1.1 Takststyringsmodellen 2009 i hovedtræk

Modellen for Region Midtjylland bygger på både eksisterende og nye principper i forhold til modellen for 2008.

I modellen 2009 er indarbejdet følgende:

- Aktiviteten opdeles i kategorierne generel, stationær medicin og øvrig samt stråler
- Differentierede afregningssatser
- Differentierede produktivitetskrav
- Der er loft for udbetaling for meraktivitet

1.1.1 Beregning af basislinje i 2009

Basislinjerne for 2009 vil tage udgangspunkt i aktiviteten for 2007 opgjort i takstsystem 2009. Hertil vil komme det differentierede produktivitetskrav fra 2007 til 2008 og fra 2008 til 2009. Dette er for at skabe sammenhæng mellem økonomi og aktivitet, og for at undgå usikkerheder i opgørelser i forbindelse med konflikten.

Der er i 2008 givet penge til hospitalerne til følgende:

- Differentieret produktivitetskrav – i gennemsnit 2,5 % for hospitalerne
- Tilførsel af midler ift. nye behandlinger og ny medicin i 2008

Når basislinjerne for 2009 skal beregnes, så vil der endvidere være et produktivitetskrav fra 2008 til 2009:

- Differentieret produktivitetskrav fra 2008 til 2009
- Korrektioner som følge af kapacitetsmæssige tilpasninger

Produktivitetskravet fra 2008 til 2009 er en del af forligsdrøftelserne for budget 2009. I Økonomiaftalen for 2009 er regionens produktivitetskrav på 2 %, derudover er et ekstra krav på ½ % i forbindelse med egenfinansiering af de beskrevne vækstområder.

I takststyringsmodel 2009 opretholdes opdelingen i 4 kategorier for det enkelte hospital, som blev indført i takststyringsmodel 2008.

I bilag 1 er anført en tabel med hospitalernes samlede basislinjer for 2009 eksklusiv korrektioner.

Produktivitetskravet for 2008 til 2009 er indarbejdet med samme produktivetskrav som for 2007 til 2008 ud fra en forventning om, at resultatet af den landsdækkende produktivetsmåling vil afspejle produktivetsmålingen for året før. Jævnfør endvidere afsnit 1.1.3.

Korrektionerne for 2009 vil blive indarbejdet i dialog med det enkelte hospital. Korrektionerne er beskrevet i afsnit 1.2 og frem efter.

1.1.2 Takstmodellens grundform

Takstmodellen er i sin grundform opdelt i "Generel", "Stationær medicin", "Strålebehandling" og "Øvrige".

I takstmodellen er der afregning for mer/mindre aktivitet på følgende vis:

Kategori	Afregning ved meraktivitet	Afregning ved mindreaktivitet
Generel	0 %	50 %
Stationær medicin	0 %	50 %
Stråler*	0 %	50 %
Øvrige	0 %	0 %

*: Der er igangværende arbejde omkring sammenhæng mellem bevillinger og takststyring af stråleaktiviteten. Jf. afsnit 1.1.5

Aktiviteten i kategorien "Stråler" vedrører udelukkende Århus Universitetshospital, Århus Sygehus i 2009.

Aktivitet i kategorien "Øvrig" holdes ude af afregning.

Ved den endelige afregning opretholdes kategorierne. Der kan blive tale om en udligning mellem kategorierne generel og stationær medicin, hvis der er pres på den akutte medicinske behandling, og hospitalerne i den forbindelse har omprioriteret kapacitet.

1.1.3 Differentierede produktivetskrav

Der vil være differentierede produktivetskrav når der beregnes måltal for 2009. Generelt vil gælde, at hospitaler med produktivitet over regionsgennemsnittet vil få et lavere krav, og hospitaler med produktivitet under regionsgennemsnittet vil få et højere krav. Produktivetskravet måles som udgangspunkt i forhold til hospitalernes aktivitet og regnskab.

Differentierede produktivetskrav skal anvendes med varsomhed begrundet i de relativt store usikkerheder, som er i beregningen af produktiviteten på hospitalerne, og i mulighederne for at sammenligne hospitalerne.

Resultatet af den landsdækkende produktivetsmåling, delrapport 4, vil ligge til grund for fastsættelsen af produktivetskravet fra 2008 til 2009.

I lighed med tidligere år fastlægger Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sammen med Danske Regioner en fælles offentliggørelsesdato for produktivitetmålingen. Datoen er endnu ikke kendt.

Når produktivitetmålingen 2008 er offentliggjort, vil målingen og en indstilling til udmøntningen af det differentierede produktivitetskrav for 2008 til 2009 blive fremlagt til politisk godkendelse i Regionsrådet.

I 2009 og frem til 1. april 2010 friholdelse Regionshospitalet Randers og Grenå fra produktivitetskravet fra 2008 til 2009. Jf. bilag 2.

1.1.4 Udbetaling

I takststyringsmodel 2009 er der fortsat et loft over udbetalingerne. Loftet vil være lig med basislinjerne, dvs. der er ikke midler til udbetaling.

I takststyringsmodel 2009 gælder afregningsreglerne fra takststyringsmodel 2008 i tilfælde af mindre-aktivitet. Det betyder konkret, at hvis et hospital ikke opnår basislinjen, så afleveres 50 % af mindre-aktiviteten til regionen.

I tilfælde af, at hospitalets samlede aktivitet er under basislinjen, så gennemføres der en tæt dialog omkring tilbagebetalingen.

Hvis der opstår en stor forskel mellem økonomi og aktivitet på det stationære medicinske område, så gennemføres der ligeledes en dialog mellem Koncernøkonomi og regionshospitalet.

1.1.5 Strålebehandling

Der er flere forhold omkring strålebehandlingen, som er under udredning.

Det handler om sammenhængen mellem stråleplanen, strålepuljen og meraktivitet.

I stråleplanen er rammerne for udbygningen af strålekapaciteten fastsat. Heri arbejdes med midler til udbygning, uddannelse og drift i forbindelse med aktivitetsudvidelse. Aktiviteten beskrives i antal behandlinger.

DRG-kontoret samarbejder med Århus Universitetshospital, Århus Sygehus om udredning af, hvordan stråleplan, antal behandlinger DRG-værdi og udbygning af aktiviteten hænger sammen.

1.1.6 Færdigregistreringsdato for 2009

Aktiviteten for 2009 betragtes som færdigregistreret fredag den 29. januar 2010 i forhold til endelig afregning for 2009. Efter-registreringer indgår fortsat i den løbende basislinje.

1.1.7 Takststyringspuljen – budgetomplacering eller regnskabsforklaring

I forhold til opgørelse af takststyringen for 2009 og eventuelle tilbagebetalinger til takststyringspuljen fra hospitalerne er det et dilemma, at den endelige opgørelse først foreligger i marts/april måned 2010.

Der skal i løbet af 2009 tages en beslutning om hvorvidt der skal foretages en opgørelse til mødet i Regionsrådet i december med henblik på budgetomplacering eller om det endelige

resultat af opgørelse af takststyringen skal regnskabsforklares, som det var tilfældet for takstmodellen i 2008.

1.1.8 Strukturomlægninger

Hospitalernes basislinjer korrigeres for strukturændringer i overensstemmelse med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses retningslinjer for korrektion af baseline i forbindelse med strukturomlægninger.

1.1.9 Budgetmæssige ændringer

Hospitalernes basislinjer korrigeres for de budgetmæssige ændringer, der er foretaget mellem budget 2008 og 2009. Dette sker med en konkret gennemgang af udmøntningen af budget 2009. De enkelte budgetmæssige ændringer vurderes, og de afledte aktivitetsmæssige ændringer beregnes eller vurderes.

1.1.10 Registreringsmæssige ændringer

I det omfang der foretages registreringsmæssige ændringer, indføres nye koder eller lignende, så foretages justeringer i basislinjen.

1.1.11 Kronikermodellen

Repræsentanter fra hospitalerne samt de praktiserende læger og kommunerne i Region Midtjylland har i fællesskab udarbejdet forløbsprogrammer for henholdsvis kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom.

Forløbsprogrammerne har i efteråret 2008 været i faglig høring, og vil i første halvår af 2009 gennemgå en administrativ og politisk godkendelsesproces i både region og kommuner. Forløbsprogrammerne forventes at være endeligt godkendt inden sommerferien 2009, hvorefter implementeringen af programmerne påbegyndes.

Det er derfor fortsat vigtigt, at den kroniske aktivitet holdes uden for takststyringen, således at hospitalerne ikke afkræves afregning for mindreaktivitet på kronikerområderne.

Takststyringens kronikermodel bliver revideret af forløbsprogramgrupperne. Arbejdet forventes færdiggjort i løbet af maj 2009. Det er hensigten, at den reviderede model vil være gældende for takststyringen i hele 2009.

1.2 Korrektioner

I det følgende er beskrevet en række korrektioner (listen er ikke udtømmende), der vil blive indarbejdet i hospitalernes basislinjer. Herefter beskrives håndteringen af afdragsordningen for regionshospitalerne med merforbrug i 2008.

1.2.1 Hjemtrækningsprojekter

I forbindelse med spareplanen foretages en række hjemtagningsprojekter. Udmøntningen af disse foretages i forbindelse med den første kvartalsrapport.

Hospitalernes basislinjer korrigeres med aktivitetsværdien af disse hjemtagningsprojekter.

1.2.2 Besparelser

Der indarbejdes en korrektion i hospitalernes basislinjer svarende til en procentdel af hospitalernes besparelser. Procentdelen er under udredning og er derfor ikke fastlagt.

Hospitalerne har mulighed for at foretage en konkret beregning af korrektionen ud fra besparelserne. Beregningen vil efterfølgende blive sagsbehandlet af DRG-kontoret forud for en endelig godkendelse af korrektionen.

1.2.3 Samtlige korrektioner fra 2007 til 2008, der relaterer sig til kapacitetsændring

Hospitalernes basislinjer for 2009 tager udgangspunkt i aktiviteten i 2007. derfor skal korrektioner – for ændringer fra 2007 til 2008 - indført i takstmodellen for 2008 indarbejdes i beregningen af basislinjen for 2009.

Udgangspunktet vil være, at korrektionerne videreføres, men der kan eventuelt være korrektioner som ikke skal indgå i beregningen af basislinjen for 2009.

1.2.4 Korrektion for nye behandlinger og ny medicin

Som udgangspunkt beregnes korrektionen efter krone-til-krone princippet, således at hospitalets basislinje opjusteres med bevillingens størrelse.

Hospitalerne har mulighed for at foretage en konkret beregning af korrektionen ud fra tilførslen af midler til nye behandlinger og ny medicin. Beregningen vil efterfølgende blive sagsbehandlet af DRG-kontoret forud for en endelig godkendelse af korrektionen.

1.2.5 Korrektion for creep

Der afregnes kun reel meraktivitet. DRG-kontoret vil løbende måle på ændringer i den gennemsnitlige værdi pr. kontakt.

Der vil fortsat blive anvendt 2 metoder til opgørelse af creep. De to metoder er henholdsvis statens såkaldte cirkulæremetode og regionens metode.

Statens metode beregnes ved en vægtet (stationær og ambulant) gennemsnitsværdi for 2007 og 2009 på hospitalsniveau, og alt hvad der er over 1,5 % i stigning betragtes som creep.

Regionens metode beregnes på afdelingsniveau (syv cifre i sygehusklassifikationen).

De konkrete korrektioner tager udgangspunkt i relativt store stigninger i den gennemsnitlige værdi på afdelingsniveau og store stigninger i den samlede aktivitetsværdi.

1.2.6 Ekstra produktivetskrav til Friklinikker i Ringkøbing og Grenå

På Regionsrådets møde d. 25. februar 2009 blev det besluttet at iværksætte friklinikaktiviteter på Regionshospitalet Ringkøbing og Regionshospitalet Grenå.

Regionshospitalet tilføres i alt 3 mio. kr. fordelt ligeligt.

Der vil blive indarbejdet en korrektion svarende til stigningen i aktiviteten.

1.2.7 Ekstra produktivetskrav ifbm budgetforliget

I forbindelse med budgetforliget blev fastsat et krav om 5 % aktivitetsvækst på en række dagkirurgiske funktioner.

Det vil blive indarbejdet i takstmodellen ved beregning af korrektioner.

1.2.8 Korrektion for afvikling af hjerteventeliste og 100 mio. kr. puljemidler samt lignende projekter

Der foretages konkrete korrektioner i hospitalernes basislinjer for tilførslen af midler til afvikling af ventelister på hjerteområdet.

Der er en særlig problemstilling for de hospitaler, der har hjemtrækningsprojekter inden for samme område som ventelisteprojekterne.

Der foretages ligeledes en korrektion for tilførslen af midler fra puljen på 100 mio. kr. til at fremme en normal drifts- og ventetidssituation

1.3 Afdragsordninger

- RH Randers
- RH Horsens
- HE Vest

Det er aftalt på Regionsrådets møde d. 18. marts 2009 at hospitalerne får hævet forventningen til deres aktivitetsniveau, således at forhøjelsen af det forventede aktivitetsniveau dækker det merforbrug, hospitalet har oparbejdet i 2008.

Der er tale om en engangsordning foretaget på grund af de økonomiske vilkår. Det indebærer ikke præcedens for, at regionen igen vil muliggøre en sådan tilbagebetalingsmodel.

Denne ordning vil konkret betyde, at hospitalernes basislinje beregnet i DRG-værdi hæves svarende til merforbruget i 2008. Opskrivningen vil ske med 100 pct. af DRG-taksten og løbe over tre år. Hospitalerne skal altså hver præstere en meraktivitet på ca. 40 mio. kr. over de tre år.

Det er vurderingen, at det på det enkelte hospital er en mere håndterbar udfordring at implementere en tilbagebetalingsordning, der er baseret på meraktivitet, end det vil være at betale tilbage gennem besparelser.

En tilbagebetalingsordning baseret på meraktivitet har herudover den særlige fordel, at den vil kunne målrettes til at præstere meraktivitet inden for områder, hvor patienterne ellers i særlig grad fra 1. juli 2009 må forventes at gå til privathospitaler i henhold til det udvidede frie sygehusvalg, hvis de ikke behandles på Regionshospitalerne.

Alt andet lige øger modellen således sandsynligheden for, at regionen vil være i stand til at holde budgettet vedr. forbrug til det udvidede frie sygehusvalg.

Hertil kommer, at der med modellen ikke vil ske ændringer i de budgetforliget fastsatte udgiftsbudgetter for 2009, idet tilbagebetalingen sker på aktivitetssiden.

1.4 Implementering af EPJ på Regionshospitalet Randers, friholdelse for produktivetskrav

På Regionsrådets møde den 25. februar 2009 blev det godkendt, at implementeringen af EPJ på Regionshospitalet Randers og Grenå ikke skal have økonomiske konsekvenser for hospitalet, hvis det indtil 1. april 2010 ikke leverer den forudsatte aktivitet. Beslutningen følger af, at EPJ-udrulningen kan medføre en båndlægning af kliniske ressourcer, der igen kan medføre produktionstab. Se også bilag 2.

Bilag 1. Hospitalernes basislinjer 2009 ekskl. korrektioner.

	Ukorr. DRG+DAGS 2007 i T09	Differentieret produktivitets krav	Total	Kronikere	Basislinje ekskl. korrektion	Korrektioner	Basislinje 2009
HE Vest	1.892.449	103.572	1.996.021	0	1.996.021	0	1.996.021
RH Horsens	808.299	37.609	845.908	0	845.908	0	845.908
RH Randers	1.058.383	49.245	1.107.628	0	1.107.628	0	1.107.628
RH Silkeborg	648.488	30.174	678.662	0	678.662	0	678.662
RH Viborg	1.452.155	79.475	1.531.630	0	1.531.630	0	1.531.630
ÅUH, Århus Sygehus	3.238.286	177.228	3.415.514	0	3.415.514	0	3.415.514
ÅUH, Skejby Sygehus	1.670.013	91.398	1.761.412	0	1.761.412	0	1.761.412
Produktivitetskravet er differentieret (2,3 - 2,7 pct.). I tabellen er tallet summen af kravet 2007 - 2008 og 2008 - 2009.							

Bilag 2. Implementering af EPJ: produktivitetsfriholdelse af RH Randers

På Regionsrådets møde den 25. februar 2009 blev det godkendt, at implementeringen af EPJ på Regionshospitalet Randers og Grenå ikke skal have økonomiske konsekvenser for hospitalet, hvis det indtil 1. april 2010 ikke leverer den forudsatte aktivitet. Beslutningen følger af, at EPJ-udrulningen kan medføre en båndlægning af kliniske ressourcer, der igen kan medføre produktionstab.

I nedenstående to illustrationer er vist, hvordan produktivitetsfriholdelsen for Regionshospitalet Randers og Grenå er før og efter d. 1. april 2010.

Illustration af basislinje, produktivetskrav, afdrag på gæld og meraktivitet

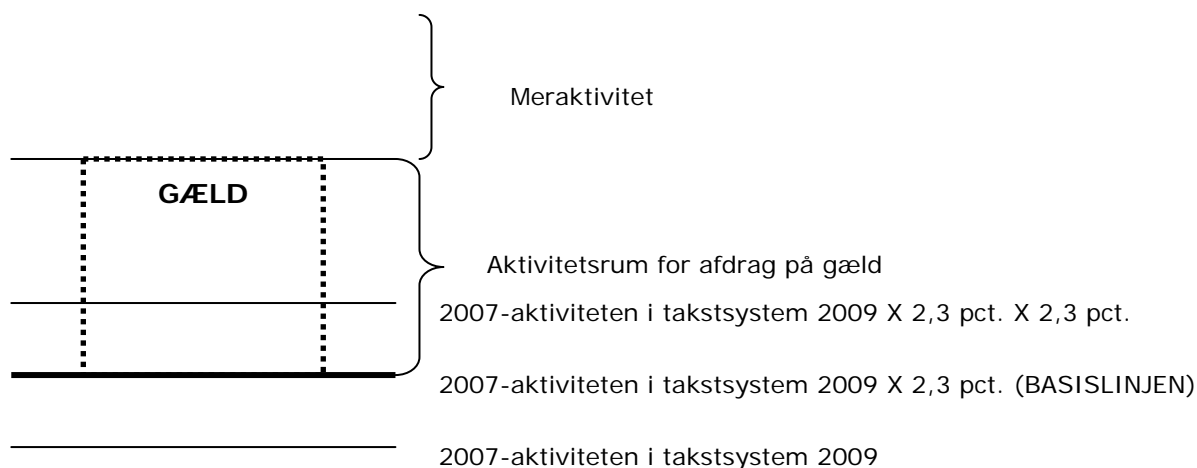
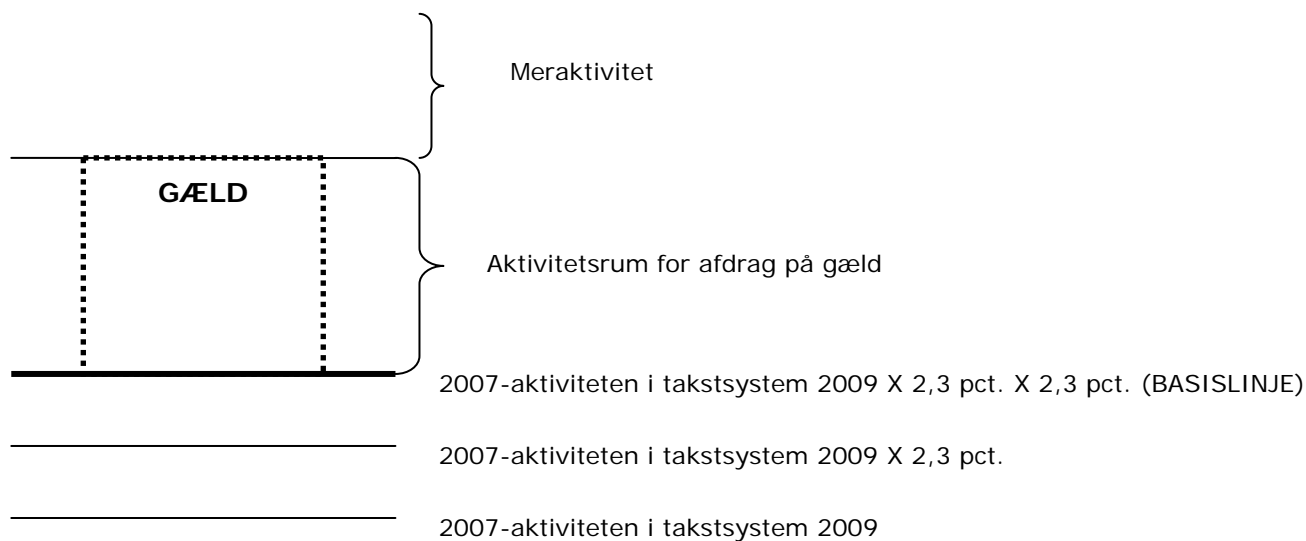


Illustration af basislinje, produktivetskrav, afdrag på gæld og meraktivitet pr. 1. april 2010



Jan.	Feb.	Marts	April	Maj	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dec.
-----------------	-----------------	------------------	-------	-----	------	------	------	-------	------	------	------

2007-aktiviteten i takstsystem 2009 X 2,3 pct. X 2,3 pct.

Jan.	Feb.	Marts	April	Maj	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dec.
------	------	-------	-------	-----	------	------	------	-------	------	------	------

2007-aktiviteten i takstsystem 2009 X 2,3 pct.

Jan.	Feb.	Marts	April	Maj	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dec.
------	------	-------	-------	-----	------	------	------	-------	------	------	------

2007- aktiviteten i takstsystem 2009

1. april 2010

