KPMG
Statsautoriseret Revisionspartnerselskab
AUDIT
Bruun's Galleri
Værkmestergade 25
Postboks 330
8100 Aarhus C

Telefon 86 76 46 00
Telefax 72 29 30 30
www.kpmg.dk

Region Midtjylland

Forvaltningsrevision

Mellemregional samhandel - en analyse og vurdering af de iværksatte hjemtrækningsprojekter for 2009 og 2010

8. juni 2011
005850 / 444103_1.DOCX

KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab.
Medlem af KPMG International Cooperative ("KPMG International"), et schweizisk kooperativ, som alle KPMG-firmaer er selvstændige og uafhængige medlemmer af.

Indhold

1	Introduktion og konklusion	3
1.1	Introduktion	3
1.2	Opgavens udførelse	3
1.3	Opbygning af rapporten	3
1.4	Sammenfatning	4
2	Kortlægning af mellemregionale afregninger med Region Syddanmark og Region Nordjylland	7
2.1	Baggrund	7
2.2	Det nuværende aftalesystem, herunder volumen, fordeling på specialer og fordeling i forhold til geografi	7
2.2.1	Kortlægning	8
2.3	Anvendte henvisningsprincipper og konsekvenser heraf i relation til praksissektor, privathospitaler og fritvalgsmulighed	10
2.4	Initiativer igangsat i Region Midtjylland, der har til formål at nedbringe samhandlen	11
2.4.1	Organisering og styring	11
2.4.2	Hjemtrækningsprojekter	12
2.4.3	Lokale initiativer	12
2.5	Nuværende incitamentsstruktur	13
2.5.1	Hospitalerne	13
2.5.2	Den centrale administration	13
2.5.3	Praktiserende læger	13
3	Analyse af hjemtrækningsprojekternes økonomiske succes	14
3.1	Måling af økonomisk succes	14
3.2	Økonomisk status på hjemtrækningsprojekter	15
3.2.1	Hjemtrækningsprojekter i 2009	15
3.2.2	Hjemtrækningsprojekter i 2010	16
3.3	Gennemgang af hjemtrækningsprojekter	18
3.3.1	Stikprøve gennemgang af 2010 hjemtrækningsprojekter	18
4	Vurdering af styringsværktøjer og støtteprocesser, herunder forbedringsmuligheder	21
4.1	Processer for udvælgelse, etablering og styring af hjemtrækningsprojekter	21
4.1.1	Beslutning om hjemtrækningsprojekter for 2010	21
4.1.2	Fordeling af hjemtrækningsbeløb for 2010	21
4.1.3	Udvælgelse af hjemtrækningsprojekter	22
4.2	Beskrivelse og gennemgang af det nuværende styringsgrundlag og -værktøjer for udviklingen på mellemregionale afregninger	22

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

4.2.1	Regionshospitalernes styring og opfølgning på projekter	22
4.2.2	Ansvar og retningslinjer/procedurer for central opfølgning på mellemregionale afregninger	23
4.2.3	Adfærdsregulerende initiativer, der er iværksat for at mindske samhandlen	23
4.3	Vurdering af samfundsmæssige gevinster og tab i relation til mellemregional afregning	24
4.4	Anbefalinger til yderligere tiltag, der kan styrke styringen og incitamentsstrukturen	25
4.4.1	Styrkelse af styring og administration af hjemtrækningsprojekter	25
4.4.2	Fremtidig incitamentsstruktur	27

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

1 Introduktion og konklusion

1.1 Introduktion

Region Midtjylland har i årene 2008 og 2009 besluttet at iværksætte en række hjemtrækningsprojekter med effekt fra 2009 henholdsvis 2010.

Regionen ønsker en analyse og vurdering af de iværksatte hjemtrækningsprojekter og der er på denne baggrund aftalt, at der gennemføres en forvaltningsrevision, som har til formål at analysere de mellemregionale afregninger mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland samt Region Midtjylland og Region Syddanmark.

Forvaltningsrevisionsopgaven er opdelt i tre delanalyser:

- Kortlægning af mellemregionale afregninger med Region Syddanmark og Region Nordjylland
- Analyse af hjemtrækningsprojekternes økonomiske succes
- Vurdering af styringsværktøjer og støtteprocesser, herunder forbedringsmuligheder.

1.2 Opgavens udførelse

KPMG har som led i den aftalte forvaltningsrevision kortlagt omfanget af den mellemregionale samhandel, analyseret hjemtrækningsprojekternes økonomiske succes og vurderet de nuværende styringsværktøjer for samme.

Undervejs i opgaveforløbet har den centrale administration i Region Midtjylland leveret baggrundsmateriale og data m.v. på de vedtagne hjemtrækningsprojekter. Indsamling af data på hjemtrækningsprojekterne og udarbejdelse af eksempelvis tabeller for projektrealisering er udført af medarbejdere fra Region Midtjylland og fra de enkelte hospitaler.

KPMG har gennem opgaveforløbet afholdt en række møder med deltagere fra den centrale administration samt med Regionshospital Horsens og Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus, hvor centrale personer omkring hjemtrækningsprojekterne har deltaget for at give indblik i processen og tilgangen til hjemtrækningsprojekterne på det decentrale niveau.

Udover de afholdt møder har KPMG stikprøvevis gennemgået den udarbejdede dokumentation og opfølgning på en række hjemtrækningsprojekter.

1.3 Opbygning af rapporten

Denne rapportering opbygges i kapitler, der behandler de forskellige emner, som indgår i analysen. Dokumentets opbygning er vist på overskriftsniveau i figur 1. I det følgende tekst uddybes indholdet i de enkelte kapitler.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Kap. 1: Introduktion og konklusion

Kap. 2: Kortlægning af mellemregionale afregninger med Region Syddanmark og Region Nordjylland

Kap. 3: Analyse af hjemtrækningsprojekternes økonomiske succes

Kap. 4: Vurdering af styringsværktøjer og støtteprocesser, herunder forbedringsmuligheder

Kapitel 2 - Kortlægning af mellemregionale afregninger

Som indledning præsenterer vi i kapitel 2 en kortlægning af mellemregionale afregninger med Region Syddanmark og Region Nordjylland. Kortlægningen giver det konkrete udenregionale forbrug for borgere i Region Midtjylland og viser på kommune niveau, hvor det største udenregionale forbrug ligger.

Det nuværende aftalesystem, henvisningsprincipper og igangsatte initiativer behandles også i dette afsnit.

Kapitel 3 - Analyse af hjemtrækningsprojekternes økonomiske succes

I kapitel 3 gennemgås hjemtrækningsprojekternes økonomiske succes, hvor projekterne igangsat i 2009 og 2010 analyseres i forhold til, hvad der var planlagt og hvad der er realiseret.

Der er af KPMG udvalgt en række stikprøveprojekter, som behandles i mere detalje i dette afsnit med vores mest væsentlige observationer.

Kapitel 4 - Vurdering af styringsværktøjer og støtteprocesser, herunder forbedringsmuligheder

I kapitel 4 behandles styringsværktøjer og støtteprocesser, herunder hvilke forbedringsmuligheder vi ser. I kapitel 4 sammenfatter vi også en række af de anbefalinger og forslag vi har identificeret i afsnit 2 og 3.

1.4 Sammenfatning

Baggrunden for den udenregionale behandling tager bl.a. udspring i sammenlægningen af amter ved dannelse af regionerne, herunder opsplitningen af amter, hvilket bl.a. har betydning for praksissektorens og borgernes fokus mod hospitaler beliggende i andre regioner. Følgen heraf er, at den udenregionale behandling af Region Midtjyllands borgere i 2010 er på ca. 903 mio. kr.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Den udenregionale samhandel er påvirket af at praksissektorens henvisningspraksis. Vi har her forstået, at denne praksis tager udgangspunkt i en samlet vurdering af, hvad der er bedst for borgeren i forhold til kvalitet og fleksibilitet i behandlingstilbud, ventelister, geografisk placering og til borgerens specifikke ønsker, f.eks. fra tidligere behandling.

For hjemtrækningsprojekternes vedkommende indeholder disse økonomiske incitamenter for regionshospitalerne. For indgåede aftaler for 2009 kompenserer de tilbagetrækkende hospitaler således med 90 % af, hvad der hjemtrækkes. For indgåede aftaler for 2010 kompenseres regionshospitalerne med 50 % af, hvad der hjemtrækkes.

Opgørelse af hjemtrækningsprojekternes økonomiske succes sker ved anvendelse af entydige principper og opgørelsesmetoder herfor baseret på DRG-værdier fra e-Sundhed. Ved opgørelse af den økonomiske succes skal to betingelser være opfyldt. Dels skal den definerede projektaktivitet være steget på den hjemtrækkende afdeling, og dels skal den definerede projektaktivitet være faldet det sted, hvor aktiviteten hjemtrækkes fra. Det er begge betingelser, som skal være opfyldt.

Vi har nedenfor vist en oversigt over gennemførselsprocenterne for hjemtrækningsprojekterne for 2009 og 2010.

Gennemførelsesprocenter for hjemtrækningsprojekter i Region Midtjylland			
	2009 hjemtrækningsprojekter		**2010 hjemtrækningsprojekter**
	gennemført i 2009	*gennemført i 2010*	*gennemført i 2010*
Hospital	Gennemførelses %	Gennemførelses %	Gennemførelses %
HE Vest	27	20	74
RH Horsens	72	93	0
RH Randers	66	58	45
RH Silkeborg	0	56	29
RH Viborg	*ikke haft projekter*	*ikke haft projekter*	7
ÅUH Skejby	53	100	82
ÅUH Århus	72	73	52
I alt	**62**	**75**	**49**

Der kan være mange forskellige faktorer, som har indvirkning på et projekts succes, herunder faktorer som er uden for projektets kontrol. Vi ser eksempelvis, at der er projekter, som ikke realiseres, hvilket bl.a. er forklaret ved, at det ikke har været muligt at udvide behandlingskapaciteten på det hjemtrækkende hospital, eller at det sted man hjemtrækker fra ikke oplever et fald. Enkelte projekter er ikke igangsat pga. andre årsager.

Vi har gennemgået en stikprøve af de gennemførte projekter for 2010. Ved gennemgangen har vi konstateret en væsentlig variation omkring afgrænsningen og nøjagtigheden af beskrivelser af de enkelte projekter, herunder i de konkrete tiltag, som regionshospitalerne skal foretage sig til gennemførelse af projekterne, samt i de enkelte regionshospitalers opfølgning herpå.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Vi har endvidere konstateret, at der ikke har forelagt en fast rapporteringsskabelon, hvilket har medført forskelle mellem indholdet, omfang og kvaliteten af den dokumentation, der indsendes fra hospitalerne.

Endelig har vi konstateret tilfælde, hvor afregning er gennemført, selv om de fastsatte betingelser for hjemtrækning ikke har været efterlevet fuldt ud.

Den centrale administration har indtil 2010 anvendt et projektbeskrivelsesskema, som regionshospitalerne skal udfærdige for det enkelte projekt. Den centrale administration har igangsat udarbejdelse af et revideret skema i tilknytning til hjemtrækningsprojekterne. Det reviderede skema, der forventes færdigt i april 2011, medfører, at det enkelte regionshospital skal give en mere omfattende projektbeskrivelse, herunder mere specifikke oplysninger vedrørende patienter, koder etc.

Vi er enige i den centrale administrations udarbejdelse af et revideret skema til indmelding af hjemtrækningsprojekterne.

Vi vil i tilknytning hertil foreslå, at den centrale administration udarbejder en egentlig vejledning til skemaet, hvor det klart fremgår, hvorledes man afgrænser; aktivitet, geografi og måleenheder for hvert projekt.

Vi vil endvidere foreslå, at der fremadrettet benyttes en fast opfølgningsskabelon for hjemtrækningsprojekterne med henblik på et mere ensartet og tilgængeligt opfølgningsgrundlag, samt dokumentation herfor.

Som ovenfor omtalt opnår regionen samlet ikke de forventede resultater fra hjemtrækningsprojekterne. Vi vurderer, at regionshospitalerne med fordel kan benytte projektstyringsværktøjer, der forbedrer dokumentationen for regionshospitalernes kvartalsvise opfølgning af fremdriften af de enkelte projekter. Vi vurderer endvidere, at regionen bør gennemføre en mere grundig og detaljeret udvælgelse og planlægning i forbindelse med hjemtrækningsprojekter..

Fra decentralt hold efterspørges en yderligere kommunikation, herunder klare udmeldinger i relation til en "Region Midtjylland" kultur - f.eks. at behandling af regionens borgere sker på regionens hospitaler, samt udmelding om, at regionens behandlingstilbud i alle tilfælde kan matche øvrige regioners tilbud. Det erkendes, at en sådan kulturændring skal gennemføres i et længere styret forløb og forudsætter centralt ejerskab.

For flere projekter er det regionens erfaring, at det varer 3-4 år inden den fulde effekt af projektet er til stede. Samtidig formodes det, at hjemtrækningsprojekter, der er baseret på en langsigtet flerårig strategi gør det muligt for det enkelte regionshospital eller eventuelt hospitaler i fællesskab at etablere varige hjemtrækningsprojekter med forøget fokus på kvalitet frem for aktivitet.

Det foreslås derfor, at hjemtrækningsprojekter baseres på en langsigtet flerårig strategi frem for at være en del af et besparelsesforslag eller et budgetforlig.

De indtil nu gennemførte projekter er alle kompenseret ensartet i det enkelte år. Vi foreslår, at regionen vurderer hensigtsmæssigheden i at implementere differentierede besparelseskrav til hjemtrækningsprojekter, bl.a. således, at regionshospitalerne kompenseres, svarende til marginalomkostningerne for de igangsatte projekter.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

2 Kortlægning af mellemregionale afregninger med Region Syddanmark og Region Nordjylland

2.1 Baggrund

Baggrunden for den udenregionale behandling tager bl.a. udspring i sammenlægningen af amter ved dannelse af regionerne, herunder opsplitningen af amter. Som eksempel herpå i Region Midtjylland er Horsens og Hedensted området, der indgik i det tidligere Vejle Amt og hvor praksissektoren og borgerne havde fokus mod og tilknytning til Vejle Sygehus.

Den mellemregionale samhandel kan overordnet deles op i to behandlingsgrupper: Akut og elektiv.

- Den **akutte** behandling tager i sagens natur udgangspunkt i et akut behandlingsbehov, hvor geografi er udslagsgivende for, hvor den efterspurgte behandling finder sted.
- Det **elektive** behandlingssted er herudover bestemt henvisningsprincipper og fritvalgs muligheder. Den elektive behandling er i denne analyse af speciel interesse, da der for den elektive behandling er større mulighed for at påvirke væsentlige faktorer for valg af behandlingssted såsom behandlingstilbud, -kvalitet og henvisningspraksis.

Det bemærkes at den elektive behandling dækker behandling på hovedfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Det tilgængelige datamateriale har ikke gjort det muligt at gennemføre en yderligere analyse opdelt på funktionsniveau.

Prognosen for udenregional behandling af Region Midtjyllands borgere i 2010 er på ca. 903 mio. kr. Heraf udgør den akutte behandling cirka 20,4 % (184 mio. kr.), og den elektive behandling udgør ca. 79,6 % (719 mio. kr.).

Ved bedømmelse af Region Midtjyllands potentiale for at hjemtrække opgaver vedrørende den elektive behandling skal tages hensyn til behandlingsformer, som ikke tilbydes i nødvendigt omfang, eller generelt ikke udbydes i Region Midtjylland.

2.2 Det nuværende aftalesystem, herunder volumen, fordeling på specialer og fordeling i forhold til geografi

Regionen har den 10. juni 2010 indgået benyttelsesaftale for 2010 med henholdsvis Region Syddanmark og Region Nordjylland.

De indgåede aftaler fastlægger bestemmelserne for undersøgelser og behandling af patienter på sygehusene i de tre regioner samt lægger de generelle rammer for samarbejdet mellem regionerne.

De indgåede aftaler bygger på princippet om, at sundhedsydelser gives på det organisatorisk mindst specialiserede, fagligt forsvarlige og hensigtsmæssige niveau og med henblik på at opnå det bedst mulige planlægningsgrundlag og budgetsikkerhed.

Dette skal sikres gennem et tæt og gensidigt samarbejde mellem regionernes sundhedsvæsen, hvorunder samarbejdet om udbredelse af opgaver fra specialfunktionsniveau til hovedfunktionsniveau styrkes.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Det bemærkes, at netop Region Syddanmark og Region Nordjylland er Region Midtjyllands største samhandelspartnere, idet disse regioner skønnet står for elektiv behandling for en DRG-værdi på 712 mio. kr. for 2010, eller 5,5 % af den samlede DRG-værdi af elektiv behandling af Region Midtjyllands borgere.

Samlet er Region Midtjyllands nettoindtægter fra samhandlen med de øvrige regioner steget fra 195 mio. kr. i 2007 til 321 mio. kr. i 2010. De samlede indtægter er i perioden faldet med 94 mio. kr. fra 1.174 mio. kr. til 1.080 mio. kr., mens udgifterne er faldet med 221 mio. kr. fra 979 mio. kr. til 758 mio. kr. i perioden.

2.2.1 Kortlægning

Som udgangspunkt for analysen af den mellemregionale samhandel er det væsentligt at kortlægge, hvilke kommuner der har de største mellemregionale afregninger.

Som det fremgår af nedenstående tabel, er der en oversigt over omfanget af den udenregionale elektive behandling af borgere fordelt på kommunerne i Region Midtjylland. Den udenregionale behandling dækker Region Nordjylland og Region Syddanmark. I bilag 1 fremgår der en samlet oversigt over den elektive behandling af Region Midtjylland borgere.

Indenfor de enkelte kolonner er den enkelte kommunes forbrug af behandling farvelagt således, at gode og dårlige resultater (lavt-højt udenregionalt forbrug) er vist indenfor en grøn til rød farvekodning.

DRG-Pris for elektive patienter fra Region Midtjylland 2010 fordelt på kommune og behandlingsregion
Prognose for 2010 baseret på data fra eSundhed d. 14. jan. 2011. Jan. - okt fremskrevet til helårsniveau
Priser i tkr

KommuneNavn	Reg. Nord.	Reg Nord i %	Reg. Midt	Reg. Midt i %	Reg. Syd	Reg. Syd i %
Favrskov	3.471	1,1	290.090	95,3	5.811	1,9
Hedensted	677	0,2	190.542	57,1	137.851	41,3
Herning	4.374	0,8	513.798	93,2	21.321	3,9
Holstebro	3.987	1,0	360.575	94,4	9.823	2,6
Horsens	2.053	0,3	482.021	77,5	127.655	20,5
Ikast-Brande	710	0,3	233.580	88,3	25.864	9,8
Lemvig	3.336	2,3	135.670	93,0	3.038	2,1
Norddjurs	2.800	1,0	253.302	94,9	6.480	2,4
Odder	122	0,1	137.651	93,7	6.444	4,4
Randers	8.361	1,4	571.707	95,1	13.251	2,2
Ringkøbing-Skjern	2.228	0,6	344.281	91,5	23.949	6,4
Samsø	147	0,4	32.268	97,4	469	1,4
Silkeborg	6.514	1,0	603.818	95,1	14.239	2,2
Skanderborg	2.298	0,6	363.340	94,5	10.943	2,8
Skive	24.707	7,4	294.494	88,5	7.445	2,2
Struer	2.800	1,8	144.183	94,1	4.376	2,9
Syddjurs	2.185	0,8	264.159	95,7	4.959	1,8
Viborg	27.706	4,2	614.553	92,4	13.116	2,0
Århus	11.114	0,6	1.892.134	96,3	28.154	1,4
Hovedtotal	109.592	1,3	7.722.167	91,5	465.187	5,5

Som det fremgår af ovenstående tabel, er Region Syddanmark den største udenregionale leverandør af behandling til borgerne i Region Midtjylland med 5,5 % (465 mio. kr.) af den totale elektive behandling af Region Midtjyllands borgere.

Den næststørste leverandør af udenregional behandling til borgerne i Region Midtjylland er Region Nordjylland, som leverer 1,3 % (110 mio. kr.) af den totale elektive behandling af Region Midtjyllands borgere.

Af tabellen fremgår endvidere, hvilke kommuner der har det procentvis største og mindste forbrug af elektiv behandling i Region Midtjylland, her topper Samsø Kommune listen med 97,4 % af den totale elektive behandling indenfor regionen. I bunden af listen ligger Heden-

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

sted Kommune og Horsens Kommune med henholdsvis kun 57,1 % og 77,5 % af deres totale elektive behandling indenfor regionen. For begge disse kommuner gælder det, at langt størstedelen af den udenregionale behandling ligger hos Region Syddanmark.

Vi har i nedenstående oversigt fremhævet de kommuner med det største udenregionale forbrug vedrørende elektiv behandling. De anførte procentsatser er den pågældende kommunes udenregionale forbrug af elektiv behandling i forhold til kommunens samlede forbrug af elektiv behandling.

Region Syddanmark		**Region Nordjylland**	
Kommune	**Forbrug i %**	**Kommune**	**Forbrug i %**
Hedensted	41,3 %	Skive	7,4 %
Horsens	20,5 %	Viborg	4,2 %
Ikast	9,6 %		
Ringkøbing	6,4 %		

Det største udenregionale forbrug findes i de kommuner, der geografisk er tæt på et hospital udenfor Region Midtjylland. Eksempelvis har Hedensted og Horsens et stort forbrug i Region Syddanmark, hvilket i nogen udstrækning er knyttet til deres geografiske placering tæt på Sygehus Lillebælt (Vejle Sygehus afd.). Tilsvarende er der et relativt højt forbrug i Region Nordjylland for henholdsvis Skive og Viborg Kommuner, som begge grænser op til Region Nordjylland (Sygehus Himmerland og Sygehus Thy-Mors). For Skive og Viborg Kommuner skal forbruget ses i sammenhæng med den indgåede aftale på hjerteområdet med Aalborg Sygehus.

DRG pris per borger ved akut og elektiv behandling i Andre Regioner. Prognose baseret på jan-okt fremskrevet til helårsvirkning.
Priser i tkr.

		Behandlingssted andre regioner					
KommuneNavn	Indbyggertal	Akut pris i alt	Akut pris pr. borger	Elektiv pris i alt	Elektiv pris. pr. borger	Pris i alt	Gennemsnitspris
Favrskov	46.831	3.742	0,08	14.340	0,31	18.083	0,39
Hedensted	45.984	40.586	0,88	143.139	3,11	183.725	4,00
Herning	85.754	7.599	0,09	37.699	0,44	45.298	0,53
Holstebro	57.134	3.924	0,07	21.406	0,37	25.330	0,44
Horsens	82.556	20.132	0,24	139.990	1,70	160.123	1,94
Ikast-Brande	40.484	7.423	0,18	30.860	0,76	38.283	0,95
Lemvig	21.571	3.697	0,17	10.153	0,47	13.850	0,64
Norddjurs	38.037	3.040	0,08	13.600	0,36	16.639	0,44
Odder	21.856	2.474	0,11	9.195	0,42	11.668	0,53
Randers	95.262	7.578	0,08	29.762	0,31	37.341	0,39
Ringkøbing-Skjern	58.111	5.195	0,09	32.073	0,55	37.268	0,64
Samsø	3.898	669	0,17	851	0,22	1.520	0,39
Silkeborg	88.734	8.962	0,10	31.275	0,35	40.237	0,45
Skanderborg	57.631	4.217	0,07	21.256	0,37	25.473	0,44
Skive	47.964	12.441	0,26	38.312	0,80	50.752	1,06
Struer	22.194	2.370	0,11	9.000	0,41	11.370	0,51
Syddjurs	41.680	3.480	0,08	12.007	0,29	15.487	0,37
Viborg	93.636	22.194	0,24	50.778	0,54	72.973	0,78
Århus	310.653	24.230	0,08	73.218	0,24	97.448	0,31
Hovedtotal	1.259.970	183.952	0,15	718.915	0,57	902.867	0,72

For de kommuner, der har den højeste andel af det udenregionale forbrug, er også de kommuner, der har det højeste udenregionale forbrug pr. borger (højeste pris pr. elektiv kontakt). Dette er vist i ovenstående tabel.

Det gennemsnitlige udenregionale forbrug pr. borger i Region Midtjylland er 717 kr., hvoraf de 146 kr. går til akut behandling, og 571 kr. går til elektiv behandling. Det fremgår af tabellen, at den højeste elektive pris pr. borger er i Hedensted Kommune.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

I forhold til specialer er der 13 specialer, hvor det udenregionale forbrug overstiger mere end 10 mio. kr. i 2010, jf. nedenstående tabel.

Speciale	Region Syd-danmark	Region Nord-jylland	Total udenregionalt forbrug i tkr.
Onkologi	77.783	9.831	87.613
Kardiologi	21.607	26.329	47.936
Kirurgi	26.405	10.050	36.456
Ortopædisk kirurgi	33.726	2.554	36.280
Hæmatologi	26.973	790	27.763
Oto-, rhino-, laryngologi	23.246	3.352	26.598
Intern medicin	19.822	5.631	25.454
Reumatologi	19.713	289	20.002
Neurologi	14.491	4.811	19.302
Thoraxkirurgi	0	18.244	18.244
Oftalmologi	9.505	7.422	16.927
Pædiatri	11.182	2.424	13.606
Kirurgisk gastroenterologi	0	12.034	12.034
Total for de 13 specialer med >10 mio. kr. udenregionalt forbrug	284.454	103.759	388.215

Det største udenregionale forbrug ligger på onkologi området med 87,6 mio. kr. Hvoraf de 77,8 mio. kr. vedrører behandling udført for Region Midtjylland borgere hos Region Syddanmark (på Vejle Sygehus).

Kardiologi har det andet største udenregionale forbrug med 47,9 mio. kr. hvoraf der er et samlet forbrug hos Region Nordjylland på 26,3 mio. kr.

Andre specialer med et højt udenregionalt forbrug inkluderer: kirurgi (36,5 mio. kr.) og ortopædisk kirurgi (36,3 mio. kr.).

Samlet udgør de 13 specialer 388 mio. kr. af det udenregionale forbrug. Hvis man ser på de fem specialer med det største udenregionale forbrug hos Region Nordjylland og Region Syddanmark udgør de alene til sammen 236 mio. kr., hvilket svarer til 50,6 % af det totale udenregionale forbrug i Region Midtjylland.

2.3 Anvendte henvisningsprincipper og konsekvenser heraf i relation til praksissektor, privathospitaler og fritvalgsmulighed

For at kunne reducere omfanget af udenregional behandling er det væsentligt at forstå og påvirke henvisningsprincipper i praksissektoren.

Der er frit sygehusvalg for borgere og generelt henviser de praktiserende læger borgere til de behandlingstilbud, der er bedst til formålet.

Dog kan henvisningsprincipper også være betinget af lokale tilhørsforhold, f.eks. placering i forhold til de gamle amter. Det er derfor ofte vanskeligt at ændre og kan kun gøres over en længere tidsperiode. Tæt dialog og forståelse af lokale henvisningsprincipper er en forudsætning for, at man kan lykkes med at ændre henvisningsmønstre.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Ved vores dialog med Regionshospital Horsens har vi forstået, at regionshospitalet er i dialog med praktiserende læger og bl.a. har vurderet mulige tiltag, som kan iværksættes for at ændre henvisningspraksis hos de praktiserende læger i bl.a. Hedensted området, hvilket er det område, der traditionelt henviser flest patienter til behandling på Sygehus Lillebælt.

Vi har endvidere forstået, at praksissektorens henvisningspraksis tager udgangspunkt i en samlet vurdering af, hvad der er bedst for borgeren i forhold til:

- Kvalitet og fleksibilitet i behandlingstilbud
- Ventelister
- Geografisk placering i forhold til borgerens bopæl
- Borgerens specifikke ønsker f.eks. fra tidligere behandling.

En følge heraf er, at de praktiserende læger, som udgangspunkt, vil henvise til Region Midtjyllands egne behandlingstilbud, såfremt der er en god sammenhæng i tilbuddet på ovenstående punkter.

Lokale forhold kan have indvirkning på henvisningspraksis, herunder at patienter insisterer på at komme til Region Syddanmarks behandlingstilbud. Ligeledes kan det være vanskeligt for de praktiserende læger at forklare deres patienter det hensigtsmæssige i, at de ikke skal behandles på det nærliggende og lokale Vejle Sygehus, men i stedet skal til Randers eller Aarhus.

2.4 Initiativer igangsat i Region Midtjylland, der har til formål at nedbringe samhandlen

Region Midtjylland har iværksat et antal initiativer, der har til formål at nedbringe samhandlen med de øvrige regioner:

1 Organisering og styring

2 Hjemtrækningsprojekter

3 Lokale initiativer.

2.4.1 Organisering og styring

Organisation og styring af samhandelsområdet er tilrettelagt via dialog mellem den centrale administration og regionshospitalerne samt via møder i forbindelse med planlægning, rapportering af fremdrift og afregning af projekter.

Der er således en løbende dialog mellem administrationen og de enkelte hospitaler på fremdriften i de igangsatte projekter.

Hospitalerne indmelder fremdrift i projekterne til den centrale administration efter 2. kvartal, 3. kvartal og 4. kvartal.

Hospitalernes økonomichefer mødes en række gange i løbet af året med administrationen, hvor hjemtrækningsprojekterne bl.a. behandles.

Endelig har regionen i 2008 nedsat en arbejdsgruppe - Samhandelsgruppen, med det formål at undersøge og igangsætte hjemtagninger på den specialiserede behandling i andre regioner.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Samhandelsgruppen har ledelsesrepræsentation fra samtlige hospitaler i Region Midtjylland og den centrale administration.

Deltagerne fra samhandelsgruppen holder periodisk møder, hvor de igangsatte hjemtrækningsprojekter gennemgås og forventninger til realisering behandles.

2.4.2 Hjemtrækningsprojekter

Region Midtjylland har i perioden 2008-2009 iværksat en række hjemtrækningsprojekter, der gennemføres med virkning for årene 2009 og 2010, og som for en række projekters vedkommende fortsættes i 2011 og fremefter.

Der er dog visse forskelle på den måde, man afregner 2009 og 2010 hjemtrækningsprojekterne.

For 2009 projekterne gives der en bevilling til hospitalerne ved årets start med en afregning på 90 % af DRG-værdien af, hvad der forventes hjemtrukket. Til gennemførelse af projekterne i 2009 er der givet en samlet bevilling på 169 mio. kr., med et skønnet samlet besparelsespotentiale på 48 mio. kr. som regionshospitalernes fik reduceret deres budget med. En række af 2009 hjemtrækningsprojekterne er videreført i 2010. Den samlede bevilling hertil 154 mio. kr.

I budgetforliget 2010 er der aftalt, at der i 2010 gennemføres hjemtrækningsprojekter med en DRG-værdi på 100 mio. kr. De hjemtrækkende hospitaler vil maksimalt blive kompenseret for hjemtrækningerne med 50 mio. kr. via takststyringspuljen, således at der opnås en samlet budgetreduktion på 50 mio. kr.

Såfremt hospitalerne ikke gennemfører projekterne skal de levere alternative besparelser for at kunne levere deres del af budgetreduktionen.

Hjemtrækningsprojekterne behandles mere detaljeret i afsnit 3.

2.4.3 Lokale initiativer

Det enkelte regionshospital planlægger og gennemfører initiativer rettet mod det enkelte regionshospitals optageområde. Som eksempel herpå er Regionshospital Horsens, som også er langt fremme med analyser, undersøgelser og tiltag på området.

Regionshospital Horsens har vurderet en række tiltag med henblik på at hjemtage aktiviteter fra Sygehus Lillebælt. Tiltagene omfatter bl.a. konkret indsats på en række områder med fokus på styrkelse af omfang og kvalitet af behandlingstilbud, herunder venteliste, geografisk placering og serviceniveau. Regionshospital Horsens forventer således i 2011 at iværksætte tiltag på flere områder, herunder:

- Der er igangsat initiativer mod praksissektoren i Horsens og Hedensted Kommuner. Vi har fået oplyst, at praksissektoren indtil nu har været positivt indstillet over for initiativet.
- Der forventes medio 2011 at blive iværksat en kampagne omkring afhentning af blodprøver hos praksissektoren.
- Det overvejes at styrke nærtilbud i Hedensted.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

- En praksiskoordinator fra Regionshospital Horsens deltager sammen med en række kommuner (Horsens, Hedensted, Tørring, Skanderborg, Odder og Ikast/Brande) i Horsens-klyngen vedrørende samarbejde på sundhedsområdet.
- Aarhus Sygehus har etableret et fremskudt ambulatorium i Horsens vedrørende scanning/screening mod brystkræft.

Herudover forventer regionshospitalet, at de strukturelle tiltag på regionsniveau vil have betydning for tiltrækningen af patienter. Således forventer regionshospitalet en forøget modtagelse af akutte patienter, når akutmodtagelsen i 2014 lukkes i Vejle og flyttes til Kolding.

2.5 Nuværende incitamentsstruktur

En vurdering af hjemtrækningsprojekternes økonomiske succes bør ses i lyset af, hvilket incitamentsgrundlag, der foreligger for at hjemtrække for de forskellige interessentgrupper i Region Midtjylland, hvor de mest væsentlige er: hospitalerne, den centrale administration og de praktiserende læger:

2.5.1 Hospitalerne

Den indgåede aftale for 2009 hjemtrækningsprojekter kompenserer de tilbagetrækkende hospitaler med 90 %, af hvad der hjemtrækkes.

Den indgåede aftale for 2010 hjemtrækningsprojekter kompenserer de tilbagetrækkende hospitaler med 50 % (via takststyringspuljen) af, hvad der hjemtrækkes. Såfremt hospitalerne ikke hjemmetrækker tilstrækkeligt (og derved opfylder sparekravet), foretages der en budgetreduktion for det enkelte hospital, så de samlet set opfylder sparekravet fra regionen.

Den indgåede aftale for 2009 projekterne med 90 % godtgørelse er derfor væsentligt mere økonomisk attraktiv end den indgåede aftale for 2010 projekterne med 50 % godtgørelse. Incitamentet for at gennemføre succesfulde hjemtrækninger er derfor større under 2009 aftalen.

2.5.2 Den centrale administration

Regionen har en stor interesse i, at behandling af regionens borgere i videst mulig udstrækning finder sted på regionens egne hospitaler, da det giver bedre økonomi og udnyttelse af kapaciteten.

Den centrale administration har budgetansvaret for samhandelskontoen, som helhed, og har således incitament til gennemførelse af hjemtrækningsprojekterne.

2.5.3 Praktiserende læger

Incitamentet for de praktiserende læger i at vælge behandling indenfor regionen frem for en anden region er begrænset. På de områder, hvor lægerne finder, at der er et bedre tilbud udenregionalt (kvalitet, venteliste, fleksibilitet og geografi), vil de handle i patientens interesse og sende dem til det bedste tilbud. Hvor der ikke er nævneværdig forskel i tilbuddene formodes det, at lægerne vælger tilbud indenfor regionen.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

3 Analyse af hjemtrækningsprojekternes økonomiske succes

Vores analyse af den økonomiske succes af hjemtrækningsprojekterne fokuserer på de realiserede besparelser i forhold til de forventede besparelser.

Analysen omfatter følgende:

- Principper og opgørelsesmetoder for måling af økonomisk succes
- Økonomisk status på hjemtrækningsprojekter
- Gennemgang af hjemtrækningsprojekter
- Stikprøve på udvalgte 2010 projekter.

3.1 Måling af økonomisk succes

Analyse og måling af hjemtrækningsprojekternes økonomiske succes forudsætter anvendelse af entydige principper og opgørelsesmetoder herfor.

I notat af 20. august 2009 har regionen resumeret de principper, der ligger til grund for hjem- og tiltrækning:

> *Den **første** betingelse for, at et hjem- eller tiltrækningsprojekt er opfyldt, er at den i projektbeskrivelsen definerede aktivitet er steget på den hjem-/tiltrækkende afdeling.*
>
> *Den **anden** betingelse er, at den definerede aktivitet er faldet det sted, hvorfra aktiviteten er ansøgt hjem-/tiltrukket fra.*
>
> *For så vidt at kun en af betingelserne er opfyldt, søges årsagen belyst, og der igangsættes en dialog til afklaring af de afregnings-/og aktivitetsmæssige konsekvenser.*
>
> *For så vidt, at der hjemtages mere end det aftalte, vil det kun blive afregnet, hvis det hjemtagne ligger inden for det initiale udenregionale forbrug (2007-nievau). Dette for at sige, at hospitalerne ikke som udgangspunkt kan forvente afregning for reel meraktivitet (jf. takststyringsmodellen for 2. halvår 2008 og 2009).*
>
> *Måltal for de enkelte godkendte projekter er 2007-aktivitet i takstsystem 2009.*
>
> *For de projekter, der er godkendt med budgetansvar er opfølgningsbehovet og dermed dokumentationskravet mindre end for projekter uden budgetansvar, da hospitalerne her overtager budgettet og ansvar for udgiften inden for det anførte område.*

Begge betingelser skal således være opfyldt for at kvalificere som hjemtrækningsprojekt. Kun i særlige tilfælde kan man fravige fra de to betingelser.

Principperne for hjemtrækningsprojekterne skal ses i sammenhæng med styring af projekterne i henholdsvis 2009 og 2010, hvor man har bevæget sig fra en aktivitetsstyret tilgang i 2009 til en rammestyret tilgang i 2010.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Opgørelse og måling af økonomi i forbindelse med hjemtrækningsprojekter bygger på DRG-værdier i e-Sundhed. Enkelte aktiviteter kan dog relatere sig til "særydelser", som ikke opgøres i DRG-værdi.

Data i e-Sundhed er dynamiske (ajourføres løbende), hvorfor det kan være vanskeligt at genskabe data for tidligere år. Afvigelser anses dog ikke være økonomisk væsentlige.

Afregning mellem regioner sker via data i Afregningsdatabanken, der er berigede e-Sundhedsdata, og som indeholder opdeling mellem hovedfunktionsniveau og specialistfunktionsniveau).

3.2 Økonomisk status på hjemtrækningsprojekter

Region Midtjylland har i notatet "Revideret notat vedr. hjemtrækningsprojekter i 2009 og 2010" fra den 11. januar 2011 redegjort for de vedtagne hjemtrækningsprojekter og tilhørende gennemførelsesprocenter. Vi har herudover modtaget samlede opgørelser for hjemtrækningsprojekternes realisering fra administrationen og den udarbejdede dokumentation herfor fra hospitalerne.

3.2.1 Hjemtrækningsprojekter i 2009

Hospitalerne har i perioden 2008-2009 indmeldt en række hjemtrækningsprojekter. Disse projekter er gennemført i 2009, og for en række 2009 projekters vedkommende videreføres de også til at løbe i 2010.

Nedenstående tabel viser gennemførelsesprocenten og realisering (i mio. kr.) for 2009 projekterne, i henholdsvis år 2009 og år 2010. Gennemførelsesprocenten er vist samlet pr. hospital, men det enkelte hospital kan eksempelvis have flere hjemtrækningsprojekter.

For 2009 hjemtrækningsprojekterne gælder det at hospitalerne kompenseres med 90 % af den DRG værdi, der hjemtrækkes.

2009 hjemtrækningsprojekter				
	i 2009		i 2010	
Hospital	Gennemførelses %	Realiseret hjemtrækning (mio. kr.)	Gennemførelses %	Realiseret hjemtrækning (mio. kr.)
HE Vest	27	4,3	20	2,9
RH Horsens	72	20,5	93	23,0
RH Randers	66	13,4	58	3,8
RH Silkeborg	0	0,0	56	3,0
ÅUH Skejby	53	15,2	100	32,2
ÅUH Århus	72	50,7	73	50,8
I alt	**62**	**104,1**	**75**	**115,7**

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

For de vedtagne 2009 projekter er der i 2009 oplyst en gennemførelsesprocent på 62 % ud af en samlet bevilling efter korrektioner på 169 mio. kr., hvilket svarer til 104 mio. kr.

For de 2009 projekter der videreføres i 2010, er der af Region Midtjylland oplyst en samlet bevilling på 154 mio. kr. Der er for disse projekter opnået en gennemførelsesprocent på 75 % hvilket svarer til hjemtrækninger for 116 mio. kr.

I afsnit 3.3.1 er der uddybet forhold vedrørende efterlevelse af principper for hjemtrækning samt grundlaget for gennemførelsesprocenterne.

3.2.2 Hjemtrækningsprojekter i 2010

I 2010 er der iværksat yderligere hjemtrækningsprojekter. I budgetforliget 2010 er det vurderet, at der kan gennemføres yderligere hjemtrækninger i 2010 for 100 mio. kr. i DRG-værdi.

De 100 mio. kr. hjemtrækninger kompenseres med 50 % af DRG-værdien, hvilket svarer til et sparekrav til hospitalerne på 50 mio. kr.

Fordeling af 100 mio. hjemtrækning i 2010		
Hospitaler	Hjemtrækninger (mio. kr.)	Sparekrav (mio. kr.)
HE Vest	16,93	8,47
RH Horsens	6,73	3,36
RH Randers	8,47	4,24
RH Silkeborg	7,02	3,51
RH Viborg	12,87	6,43
AUH Skejby	17,13	8,57
AUH Aarhus	30,85	15,43
I alt	**100**	**50**

Ud af det samlede mål på 100 mio. kr. i hjemtrækningsprojekter for 2010 har regionshospitalerne kun indmeldt hjemtrækningsprojekter for 69,2 mio. kr. i DRG-værdi, hvilket omregnet til sparekrav (50 % af DRG-værdi) udgør 34,6 mio. kr.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

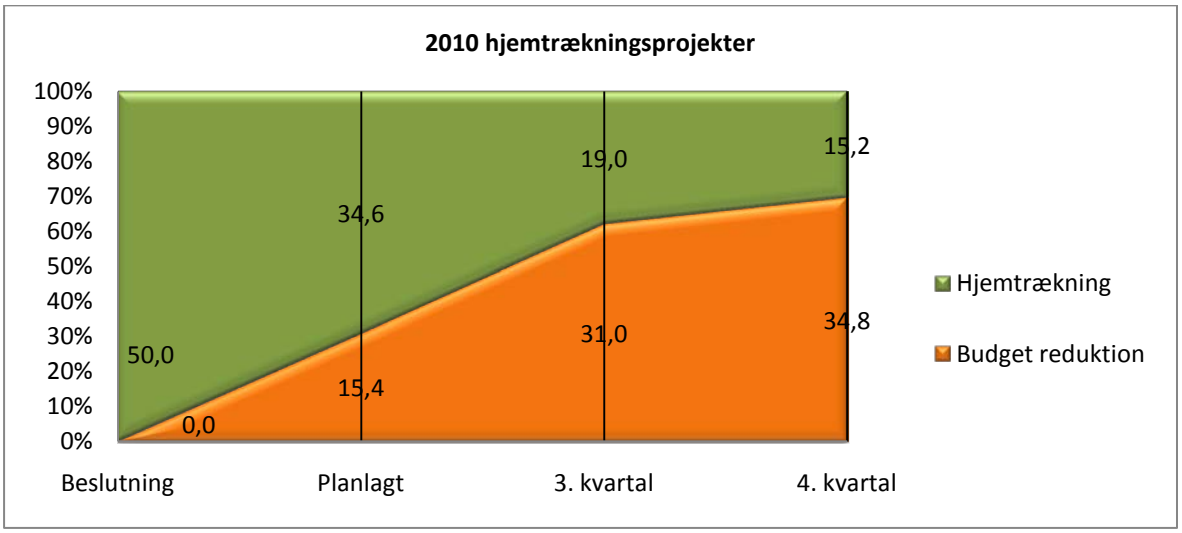
Den resterende del af sparekravet på 50 mio. kr., det vil sige 15,4 mio. kr. skal regionshospitalerne derfor finde gennem såkaldt alternative besparelser, hvilket reelt er en budgetreduktion.

2010 projekter hjemtrækningsprojekter		
	4. kvartal	
Hospitaler	Gennemførelses % projekter	Budgetreduktion (mio. kr.)
HE Vest	74	7,0
RH Horsens	0	3,4
RH Randers	45	2,9
RH Silkeborg	29	2,5
RH Viborg	7	6,0
AUH Skejby	82	1,5
AUH Århus	52	11,5
I alt	**49**	**34,8**

På baggrund af 4. kvartals indberetninger fremgår det at man har en gennemførelsesprocent på 49 %. Dette betyder at hospitalerne øger de alternative besparelser til 34,8 mio. kr. hvilket svarer til 70 % af det samlede sparekrav til hospitalerne på 50 mio. kr. findes gennem alternative besparelser.

Dette er en stigning i de alternative besparelser på 19,4 mio. kr. i forhold til de forventede 15,4 mio. kr. som var planlagt ved projekternes start.

Vi har nedenfor vist udviklingen i opnåelse af det samlede sparekrav fordelt mellem hjemtrækningsprojekter og alternative besparelser.



Regionshospitalerne har samlet leveret de planlagte besparelser på 50 mio. kr., men er gået fra besparelser i form af hjemtrækning til besparelser i form af budgetreduktioner.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Efter 4. kvartal leveres der kun 15,2 mio. kr. gennem hjemtrækning. Der vil derfor udover de gennemførte hjemtrækninger blive gennemført en samlet budgetreduktion på 34,8 mio. kr. på hospitalerne for at kunne efterleve det samlede sparekrav på 50 mio. kr. Det er ikke oplyst hvordan hospitalerne indfrier disse budgetreduktioner.

Eksempler på projekter der ikke opnår de forventede hjemtrækninger er vist i det følgende afsnit 3.3.

3.3 Gennemgang af hjemtrækningsprojekter

I det følgende vil vi på baggrund af projektbeskrivelser, indmeldinger fra 3. kvartal og 4. kvartal vedrørende realisering, og gennemgang af udvalgte 2010 projekter, vurdere kvaliteten og validiteten af den dokumentation, der foreligger for hjemtrækningsprojekterne.

Vi ser, at der i 2010 projekterne er flere projekter, hvor der er væsentlige afvigelser mellem:

- hvad der forventes ved projektets start
- hvad der forventes efter 3. kvartal (baseret på realiserede halvårstal pga. datatilgængelighed og hospitalernes forventninger til gennemførelse af de enkelte projekter)
- hvad der er hjemtrukket (resultat) efter 4. kvartal.

I nedenstående tabel er vist tre eksempler på hjemtrækningsprojekter med væsentlige udsving i, hvad der forventes, og hvad der realiseres.

Hjemtrækkende hospital	Projekt navn	Forventet ved projektstart	Forventet ved 3. kvartal	Realiseret ved 4. kvartal	Realiseret ift. forventning
Aarhus Sygehus	VR Kirurgi	2.250	5.000	0	0 %
Skejby	Hjemtrækning af kardiologi	16.130	8.000	5.313	32,9 %
RH Viborg	Ortopædkirurgi	500	3.000	0	0 %

Afvigelser mellem forventet og realiseret for 2010 projekter.

Der er flere forskellige forklaringer på de viste afvigelser bl.a., at man oplever det forventede fald ude, selvom man hjemme øger aktiviteten.

I afsnit 3.3.1 behandles afvigelser og forklaringer herfor på baggrund af en stikprøve gennemgang af 2010 projekterne.

3.3.1 Stikprøve gennemgang af 2010 hjemtrækningsprojekter

Med henblik på at kunne måle og vurdere, hvorvidt de vedtagne hjemtrækningsprojekter leverer de forventede hjemtrækninger, har vi udvalgt seks stikprøver fra 2010 projekterne til en nærmere gennemgang.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

For hvert hjemtrækningsprojekt har vi anmodet om materiale vedrørende projektbeskrivelser og dokumentation for hjemtrækning. De seks stikprøve projekter fremgår af tabellen:

Hjemtrækkende hospital	**Projekt**
Hospitalsenhed Vest	Onkologi projekt
RH Viborg	Ortopædkirurgi projekt
AUH Aarhus	Hjemtrækning af højt specialiseret kirurgi indenfor Ortopædkirurgi fra Region Nord og Syd (tidl. hjemtrækning af klinisk mammografi projekt)
RH Silkeborg	Reumatologi projekt
AUH Skejby	Kardiologi
AUH Skejby	VR kirurgi øget tiltrækning af udenregionale patienter

2010 stikprøve projekter.

Vi har sammenfattet vores observationer ved gennemgang af de udvalgte stikprøver i to fokusområder:

- Afgrænsning af projekter og opfølgning på projekter
- Realiseringsgrad og efterlevelse af principper for hjemtrækning.

Afgrænsning af projekter og opfølgning på projekter

Vedrørende **afgrænsning** af projekter har vi observeret følgende:

- Der er udfærdiget en skabelon til projektbeskrivelser, som alle hospitaler skal indmelde det enkelte projekt i til den centrale administration Vi har observeret, at der er væsentlig variation i, hvorledes projekterne er beskrevet (i forhold til projektbeskrivelsen) og afgrænset. Der er eksempelvis i nogle tilfælde ikke defineret, hvilke DRG-grupper, som der hjemtrækkes, ligesom antallet af patienter/behandlinger og geografi, der skal hjemtrækkes fra ikke fremgår entydigt. Vi har endvidere bemærket et projekt, hvor der ikke er udarbejdet en projektbeskrivelse, men hvor projektoplysninger i stedet kort er beskrevet i en e-mail. Sådanne mangler gør det vanskeligt at kunne måle og vurdere hjemtrækningsprojekternes succes.
- Vi har endvidere observeret i flere af stikprøverne, at der ikke fremgår beskrivelser af de konkrete tiltag og initiativer, som skal iværksættes for at kunne lykkes med hjemtrækninger. Denne konkretisering og operationalisering er dog forklaret som værende til stede på de enkelte afdelinger og stabe på hospitalerne, som har hjemtrækningsprojekterne, og hvor projekterne vurderes og behandles.

Vedrørende **dokumentation og opfølgning** har vi observeret følgende:

- Hospitalerne dokumenterer gennemførelsen af hjemtrækningsprojekter i en samlet opgørelse til den centrale administration. I denne opgørelse fremgår det, hvilken udvikling der har været hjemme (eget hospital), og hvilken udvikling der har været ude (hospitaler der hjemtrækkes fra). Der er ikke en fast rapporteringsskabelon, som benyttes til dette for-

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

mål, og derfor er der også forskelle mellem indholdet, omfang og kvaliteten af den dokumentation, der indsendes fra hospitalerne.

- Vores stikprøver viser, at der i nogle tilfælde ikke er udarbejdet konkret dokumentation for enten stigningen hjemme eller udviklingen ude. Derfor er det ikke muligt at vurdere resultatet af hjemtrækninger. I stedet fremføres der kvalitative forklaringer for, hvorfor man mener, man er nået i mål med projektet.
- Problemer i forhold til at opgøre og dokumentere nogle aktiviteter, kan oftest spores tilbage til projektbeskrivelsen. Hvis ikke det her konkret fremgår, hvilke ydelser der hjemtrækkes og hvorfra, er der risiko for, at den senere dokumentation og måling er mindre valid, herunder om opgørelsesmetoden er korrekt, f.eks. vedrørende optageområde og aktivitetskoder.

Realiseringsgrad og efterlevelse af betingelser for hjemtrækning

Vedrørende hjemtrækningsprojekternes **realiseringsgrad** har vi observeret følgende:

- På baggrund af de indmeldte 2010 projekters forventede værdi og de efterfølgende 4. kvartal 2010 opgørelse kan vi se, at der er store udsving i, hvilken grad hjemtrækningsprojekterne lykkes. Generelt kan vi se, at der ikke opnås de økonomiske resultater, som er ventet.

  Ved bedømmelse af indmeldingerne for 3. kvartal af forventet aktivitet skal opmærksomheden henledes på, at opgørelsen i væsentligt omfang er baseret på realiserede aktivitetstal opgjort ved udgangen af 2. kvartal samt det enkelte regionshospitals forventninger. Årsagen her til er, at der kan forløbe op imod 2 måneder før data udtrukket fra e-Sundhed er stabile.

  Herudover har det betydning, at det først er ved opgørelse af afregningerne ved 4. kvartal, at der foretages en mere grundig opfølgning centralt, som bl.a. omfatter gennemgang af bagvedliggende information og efterprøvning af, om hjemtrækningsprincipperne er overholdt.

- Der kan være mange forskellige faktorer, som har indvirkning på et projekts succes, herunder faktorer, som er uden for projektets kontrol. Vi ser eksempelvis, at der er projekter som ikke realiseres, hvilket bl.a. er forklaret ved, at det ikke har været muligt at udvide behandlingskapaciteten på det hjemtrækkende hospital, eller at det sted man hjemtrækker fra ikke oplever et fald. Enkelte projekter er ikke igangsat på grund af andre årsager.

Vedrørende **efterlevelse af principper** for hjemtrækning har vi observeret følgende:

- Vi ser i stikprøverne, at ikke alle projekter opgøres i tråd med de grundlæggende betingelser for et hjemtrækningsprojekt (jf. afsnit 3.1). Der forventes eksempelvis fuld afregning på hjemtrækningsprojekter, selvom der ikke har været forventede aktivitetsfald ude. Korrekt afregning for disse projekter skal derfor efterbehandles fra central side sammen med det pågældende regionshospital før afregning.
- Vi ser i stikprøverne, at de bagvedliggende data, som dokumenterer hjemtrækning (trukket i e-sundhed) oftest er opgjort på en sådan måde, at det centralt kan være ganske svært at gennemskue, hvorvidt de udtrukne tal er i overensstemmelse med hjemtrækningspro-

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

jektets afgrænsning. Vi ser eksempelvis, at der kun foreligger en begrænset kommentering af datagrundlaget og opgørelsen af samme.

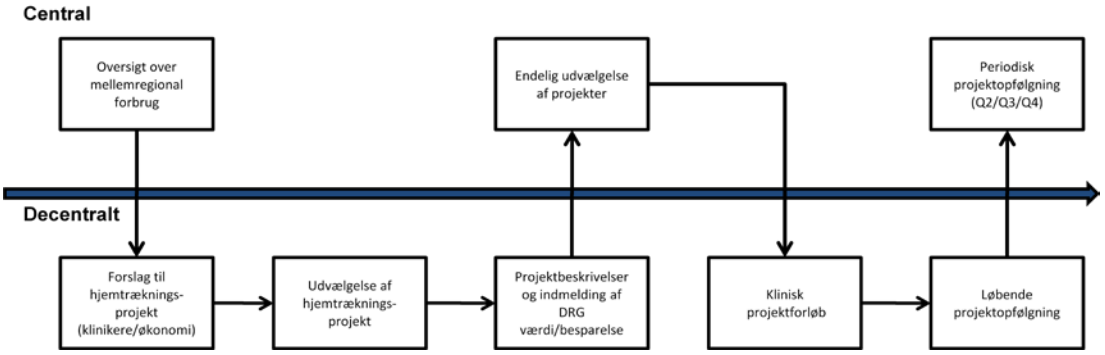
- Vi ser også, at der er enkelte uoverensstemmelser i opgjorte projektresultater fra hospitalerne. Dette gælder både totaler og på projektniveau. Vi forventer, at disse uoverensstemmelser afklares ved den centrale opfølgning efter 4. kvartal.

4 Vurdering af styringsværktøjer og støtteprocesser, herunder forbedringsmuligheder

4.1 Processer for udvælgelse, etablering og styring af hjemtrækningsprojekter

Regionens samlede processer i forbindelse med udvælgelse, etablering og styring varetages af den centrale administration i Koncernøkonomi og Sundhedsplanlægning samt den decentrale administration på det enkelte regionshospital.

Den centrale og decentrale proces kan kort skitseret således:



Med udgangspunkt i hjemtrækning for 2010 har vi nedenfor kommenteret indholdet af de enkelte dele af den skitserede proces:

4.1.1 Beslutning om hjemtrækningsprojekter for 2010

Beslutning om hjemtrækningsprojekter for 2010 blev truffet af Regionsrådet på møde den 23. september 2009 i forbindelse med 2. behandling af budget 2010. På regionsrådsmødet blev der vedtaget besparelser på netto 50 mio. kr. fra iværksættelse af hjemtrækningsprojekter på i alt 100 mio. kr., hvor regionens hospitalers meraktivitet gennem hjemtrækning kompenseres med 50 mio. kr.

4.1.2 Fordeling af hjemtrækningsbeløb for 2010

Brutto hjemtrækningsbeløbet på 100 mio. kr. er af den centrale administration forholdsmæssigt fordelt mellem regionshospitalerne i forhold til hospitalernes driftsbudgetter for 2010.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Der er således ikke foretaget en vurdering af hjemtrækningspotentialet for det enkelte regionshospital. Den anvendte fordelingsnøgle for 2010 er beskrevet nærmere i afsnit 3.2.2.

Det enkelte regionshospitals hjemtrækningspotentiale afhænger i relation til hovedfunktionsydelser bl.a. af den geografiske placering, jf. f.eks. opgørelsen i afsnit 2.2.1. Heraf fremgår, at Horsens og Hedensted Kommuner har det procentuelt største udenregionale forbrug vedrørende elektiv behandling. Regionshospital Horsens' muligheder for gennemførelse af hjemtrækningsprojekter er således bedre end f.eks. Regionshospital Silkeborg, til trods for at hospitalerne i al væsentlighed er lige store.

4.1.3 Udvælgelse af hjemtrækningsprojekter

På grundlag af ovenstående fordeling har koncernøkonomi gennemført en analyse af det samlede forventede køb af ydelser fra øvrige regioner opdelt på specialer, volumen og geografi i forhold til det enkelte hospitals optageområde.

Det enkelte regionshospital har med udgangspunkt i denne analyse og i dialog med den centrale administration udvalgt og indstillet en række projekter for 2010. Disse projekter er forelagt forretningsudvalget og er efter indstilling fra forretningsudvalget vedtaget på Regionsrådet den 17. marts 2010. Den centrale administration har udarbejdet skemaer til brug ved regionshospitalernes projektbeskrivelse.

Herefter har regionshospitalerne iværksat tiltag til gennemførelse af hjemtrækningsprojekterne. For nogle hospitaler har det ikke været muligt at fremkomme med hjemtrækningsprojekter af det forudsatte omfang. I disse tilfælde bidrager det enkelte hospital med en driftsbesparelse for at nå det samlede sparekrav.

4.2 Beskrivelse og gennemgang af det nuværende styringsgrundlag og -værktøjer for udviklingen på mellemregionale afregninger

I forbindelse med regionsrådsbeslutningen den 17. marts 2010 er det anført, at regionshospitalerne i samarbejde med den centrale administration i Viborg har en løbende opgave i at følge op på hjemtrækningsprojekterne.

4.2.1 Regionshospitalernes styring og opfølgning på projekter

Efter iværksættelse af projekterne er det regionshospitalernes opgave og ansvar at håndtere og foretage opfølgning på projekterne, således at disse gennemføres som planlagt.

På regionshospitalerne foretages der i forbindelse med den løbende økonomiopfølgning en opfølgning på gennemførelse af projekterne.

På Regionshospitalet Horsens varetages styring af projekter centralt i økonomiafdelingen i samarbejde med de hjemtrækkende afdelinger. På Aarhus Sygehus er styring og ansvar placeret hos de enkelte centre i samspil med universitetshospitalets økonomiafdeling, som omfatter områderne økonomi, planlægning og takststyring.

Styring og opfølgning omfatter dialog med afdelingsansvarlige for hjemtrækningsprojekter, behandling af registrerede data i e-sundhed samt vurdering af afvigelser mellem forventede og realiserede registreringer.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Det er mellem den centrale administration og regionshospitalerne aftalt, at der i forbindelse med regionshospitalernes indsendelse af kvartalsvis økonomiopfølgning for 2. kvartal, 3. kvartal og for 4. kvartal skal foretages opfølgning på hjemtrækningsprojekterne.

Vi er ikke bekendt med, at der udarbejdes efterkalkulationer på projekter, eller at der på regionshospitalerne anvendes egentlige projektstyringsværktøjer.

Som det fremgår af afsnit 3.3 er der betydelige afvigelser mellem opgørelserne for 3. kvartal og 4. kvartal. Det kan efter vores opfattelse ikke udelukkes, at disse afvigelser delvist kan tilskrives manglende anvendelse af projektstyringsværktøjer.

Herudover kan afvigelserne efter vores vurdering tilskrives en vis optimisme fra regionshospitalernes side ved vurdering af hjemtrækningsprojekternes succes i forbindelse med vurdering af projekterne ved udgangen af 3. kvartal. Der kan være flere årsager hertil, herunder at vurderingen i al væsentlighed er baseret på realiseret aktivitet til og med 2. kvartal.

4.2.2 Ansvar og retningslinjer/procedurer for central opfølgning på mellemregionale afregninger

Den centrale administrations opfølgning på regionshospitalernes hjemtrækningsprojekter baserer sig bl.a. på løbende dialog, kvartalsvise takststyringsmøder med deltagelse af DRG-kontoret og hospitalerne. Herudover foretager den centrale administration opfølgning på regionshospitalernes kvartalsvise indmelding af hjemtrækningsprojekter. Den centrale administrations opfølgning på regionshospitalernes kvartalsvise opfølgning fokuserer især på 3. kvartal indmelding, der danner grundlag for en foreløbig opgørelse af overførsel til/fra samhandelskontoen, samt på 4. kvartal, der danner grundlag for den endelige afregning af hjemtrækningsprojekter.

I tilknytning til gennemgang af indrapporteringen for 4. kvartal foretager den centrale administration stikprøvevis udtræk fra e-Sundhed af relevante DRG-data for indmeldingerne fra regionshospitalerne.

For projekterne 2009-i-2010 og 2010-i-2010 har afregningen for et antal projekter været baseret på dialog og egentlige forhandlinger og drøftelser mellem regionshospitalerne og den centrale administration. Projekterne er således ikke umiddelbart afregnet i overensstemmelse med de fastlagte principper, jf. afsnit 3.2. For enkelte projekter har det endvidere været nødvendigt med en afklaring i regionens direktion. Årsagerne hertil er bl.a. et antal projekter, hvor der er usikkerhed/ manglende nøjagtighed omkring datagrundlaget for afregningen.

Herudover har det i et antal projekter været vanskeligt at efterprøve de beslutninger og vurderinger, som den centrale administration har foretaget i forbindelse med håndtering af indmeldinger, herunder opgørelse af afregninger, dialog med regionshospitaler m.v.

4.2.3 Adfærdsregulerende initiativer, der er iværksat for at mindske samhandlen

Incitamentstruktur for hospitalerne

For 2009 projekterne blev regionshospitalerne kompenseret med 90 % af hjemtrækningsbeløbene, mens kompensationsbeløbet for 2010 projekterne er reduceret til 50 % af DRG-værdien.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Vi har forstået, at det er økonomisk fordelagtigt for regionshospitalerne at gennemføre en række hjemtrækningsprojekterne, fordi marginalomkostningerne herved kan dækkes af finansieringen på 50 % DRG-værdi.

For andre projekter, f.eks. højt specialiserede ydelser, f.eks. rygoperationer og fedmeoperationer, er det ikke muligt at gennemføre en forøget aktivitet for 50 % af DRG-værdien, idet marginalomkostningerne overstiger 50 % af DRG-værdien, og det vil i disse situationer være mere økonomisk fordelagtigt at påtage sig besparelserne.

Vi har endvidere fået oplyst, at marginal omkostningerne typisk ligger på omkring 50 % for så vidt angår det elektive ambulante område, mens marginalomkostningerne er højere end 50 % i forbindelse med elektive indlæggelser. På akutområdet (indlæggelser og ambulant) er det sværere at vurdere størrelsen af marginalomkostningerne.

Der foreligger i noget omfang beregninger og forkalkulationer over regionshospitalernes netto-fortjeneste ved gennemførelse af projekterne, mens der ikke udarbejdes egentlige efterkalkulationer.

Det skal bemærkes, at der i enkelte tilfælde er aftalt en anden og højere finansieringsgrad på hjemtrækningsprojekter, f.eks. projekter med højt medicinforbrug. Dette gælder bl.a. for universitetshospitalerne, hvor omkostninger generelt er højere som følge af uddannelsesforpligtelse m.v., ligesom der er højere omkostninger vedrørende specialiseret behandling, der afregnes til særlige cirkulære takster/prisliste.

Incitamentstruktur for praksissektoren

I regionen vurderes det, at etablering af incitamenter overfor praksissektoren i høj grad forudsætter nærhed til sektoren.

Tiltag overfor praksissektoren varetages derfor af de enkelte regionshospitaler, mens regionen ikke har iværksat eller truffet beslutning om centrale tiltag.

Vi henviser til afsnit 2.4.3 vedrørende initiativer, som er igangsat af Regionshospitalet Horsens.

4.3 Vurdering af samfundsmæssige gevinster og tab i relation til mellemregional afregning

Det er både komplekst, og der er flere forskellige indgangsvinkler til at give et svar på de samfundsmæssige konsekvenser ved den mellemregionale afregning.

Hvis man søger at vurdere eventuelle tab og gevinster ved at hjemtrække behandling af Region Midtjyllands borgere fra de øvrige regioner, kan man opdele det samfundsmæssige i tre niveauer:

- Nationalt
- Regionalt
- Lokalt.

For denne vurdering forudsætter vi, at det samfundsmæssige dækker det lokale og regionale aspekt.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

På både det lokale og regionale plan vurderer vi, at Region Midtjylland har en stor interesse i, at behandling af regionens borgere i videst mulig udstrækning finder sted på regionens egne hospitaler, da det giver bedre økonomi og udnyttelse af kapaciteten.

Hvis man forudsætter, at de praktiserende læger henviser borgere til de bedste behandlingstilbud, så vil den eneste måde, man kan hjemtrække behandling på, være gennem at udvikle og tilbyde behandlingstilbud, som er mere attraktive end konkurrerende udenregionale tilbud.

For Region Midtjyllands borgere må man anse, at styrkede behandlingstilbud indenfor regionen er i deres interesse.

4.4 Anbefalinger til yderligere tiltag, der kan styrke styringen og incitamentsstrukturen

Med udgangspunkt i vores undersøgelser samt drøftelser med medarbejdere på regionshospitaler og i den centrale administration har vi nedenfor anført forslag til styrkelse af styring og administration af hjemtrækningsprojekter samt forslag i relation til incitamenter overfor den centrale administration, regionshospitalerne og praksissektoren.

4.4.1 Styrkelse af styring og administration af hjemtrækningsprojekter

Vi har samlet forslag til styrkelse af styring og administration af hjemtrækningsprojekter under følgende:

- Langsigtet strategi
- Kommunikation og samarbejde indenfor regionen
- Fælles styringsværktøjer

Langsigtet strategi

Fra decentralt hold findes det hensigtsmæssigt, at der stilles ledelsesmæssige krav til hjemtrækningsprojekterne, f.eks. således, at det er muligt at fokusere på kvalitet frem for kvantitet.

For flere projekter er det regionens erfaring, at det varer 3-4 år inden den fulde effekt af projektet er til stede.

Som eksempel herpå kan nævnes sagsfremstillingen i forbindelse med beslutning om 2010 projekterne, hvor det er anført, at "..Skejbys projekt med hjemtrækning af kardiologi forventes at tage 3 til 4 år, før hjemtrækningen vil få fuld effekt. Der er flere forklaringer på, at nogle af projekterne kan tage flere år om at få fuld effekt. Der er f.eks. hensynet til den region, hvorfra hjemtagningen skal ske, med varsling og planlægning. Ligeledes skal praktiserende læger og speciallæger ændre henvisningsmønster, ligesom patienterne stadig kan gøre brug af det frie sygehusvalg."

Det foreslås, at hjemtrækningsprojekter baseres på en langsigtet flerårig strategi, hvilket formodes at gøre det muligt for det enkelte regionshospital eller eventuelle hospitaler i fælles skab at etablere varige hjemtrækningsprojekter.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Kommunikation og samarbejde inden for regionen

I relation til kommunikation har vi forstået, at der bl.a. efterspørges udmeldinger i relation til en "Region Midtjylland" kultur - f.eks. at behandling af regionens borgere sker på regionens hospitaler, samt udmelding om, at regionens behandlingstilbud i alle tilfælde kan matche øvrige regioners tilbud. Det erkendes, at en sådan kulturændring skal gennemføres i et længere styret forløb og forudsætter centralt ejerskab.

Endvidere efterlyses der fortsat fokus på, at den faglige og beslutningsmæssige kompetence i den centrale administration sikrer en hurtig og effektiv afklaring af regionshospitalernes udfordringer i tilknytning til hjemtrækningsprojekter.

Vi anser kommunikationen mellem regionshospitalerne på tværs og til den centrale administration som en styrke, bl.a. af hensyn til fælles læring og erfaringsudveksling i forbindelse med tiltag omkring hjemtrækning.

I tilknytning hertil kan efterkommes et behov for en afklaring af det enkelte regionshospitals optageområde, der som vi har fået oplyst, har en række "gråzoner" og er en væsentlig udfordring at definere.

Fælles styringsværktøjer

Den centrale administration har indtil 2010 anvendt et projektbeskrivelsesskema, som regionshospitalerne skal udfærdige for det enkelte projekt.

Den centrale administration har igangsat udarbejdelse af et revideret skema i tilknytning til hjemtrækningsprojekterne. Det reviderede skema, der forventes færdigt i april 2011, medfører, at det enkelte regionshospital skal give en mere omfattende projektbeskrivelse, herunder mere specifikke oplysninger vedrørende patienter, koder etc. Endvidere vil skemaet styrke muligheden for både decentral og central styring og opfølgning på hjemtrækningsprojekterne.

Vi er enige i den centrale administrations udarbejdelse af et revideret skema til indmelding af hjemtrækningsprojekterne. Vi vil i tilknytning hertil foreslå, at den centrale administration udarbejder en egentlig vejledning til skemaet, hvor det klart fremgår, hvorledes man afgrænser; aktivitet, geografi og måleenheder for hvert projekt. De nævnte tre parametre skal selvfølgelig være i overensstemmelse med den økonomiske forventning, der er til hjemtrækningsprojektet.

Fremadrettet anbefaler vi, at der udarbejdes og benyttes en fast opfølgningsskabelon for hjemtrækningsprojekterne. Den nye skabelon skal benyttes af alle hospitaler i regionen og fra central side. Fordelen er, at der skabes et mere ensartet og tilgængeligt opfølgningsgrundlag. Ligeledes vil man på hospitalerne opnå større klarhed omkring, hvorledes de skal indmelde deres projektresultater, herunder hvilke informationer og i hvilket format. Herved kan bl.a. sikres et mere ensartet niveau af dokumentation og datagrundlag for de enkelte projekters succes.

Vi foreslår, at hospitalerne fremadrettet gennemfører en mere præcis opfølgning på 3. kvartals forventede realisering, således at de relativt store negative udsving, som f.eks. gør sig gældende i forhold til 4. kvartal 2010, kan undgås. Vi vurderer, at regionshospitalerne med fordel kan benytte projektstyringsværktøjer, der forbedrer dokumentationen for regionshospitalernes kvartalsvise opfølgning af fremdriften af de enkelte projekter.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Med henblik på at styrke projekternes gennemførelsesprocent foreslår vi en mere grundig og detaljeret udvælgelse og planlægning i forbindelse med hjemtrækningsprojekter.

Af hensyn til efterfølgende vurdering af afregningen af de enkelte projekter finder vi det hensigtsmæssigt, at den centrale administration sikrer en "rød tråd" i beslutninger og vurderinger ved en øget dokumentation, ligesom vi finder det hensigtsmæssigt, om den centrale administration i højere grad gennemfører en efterprøvning eller kvalitetssikring af regionshospitalernes kvartalsvise indmeldinger, herunder en vurdering af fremdriften af projekterne eller dokumentationen herfor.

4.4.2 Fremtidig incitamentsstruktur

Som ovenfor omtalt er regionshospitalerne for 2009 projekterne blev kompenseret med 90 % af hjemtrækningsbeløbene, mens kompensationsbeløbet for 2010 projekterne er reduceret til 50 % af DRG-værdien. For udvalgte projekter, særligt specialiserede ydelser, er der aftalt højere finansiering, bl.a. fordi marginalomkostningerne på disse specialiserede ydelser overstiger 50 % af DRG-værdien.

I relation til f.eks. meraktivitetsprojekter er der tilsvarende særskilt ydet kompensation til regionshospitalerne. F.eks. er Aarhus Sygehus blevet kompenseret med ca. 85 % af DRG-værdien for meraktivitet på fedmekirurgiske forløb i 2010.

Vi foreslår, at regionen vurderer hensigtsmæssigheden i at implementere differentierede besparelseskrav til hjemtrækningsprojekter bl.a. således, at regionshospitalerne kompenseres svarende til marginalomkostningerne for de igangsatte projekter.

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.

Bilag 1

Afsnit 2.2.1 Fuld tabel vedrørende den elektive behandling af Region Midtjylland borgere i de 5 regioner.

DRG-Pris for elektive patienter fra Region Midtjylland 2010 fordelt på kommune og behandlingsregion
Prognose for 2010 baseret på data fra eSundhed d. 14. jan. 2011. Jan. - okt fremskrevet til helårsniveau
Priser i tkr

KommuneNavn	Reg. Nord.	Reg Nord i %	Reg. Midt	Reg. Midt i %	Reg. Syd	Reg. Syd i %	Reg. HS	Reg. HS i %	Reg. Sj	Reg. Sj i %	Hovedtotal
Favrskov	3.471	1,1	290.090	95,3	5.811	1,9	2.609	0,9	2.449	0,8	304.430
Hedensted	677	0,2	190.542	57,1	137.851	41,3	3.101	0,9	1.510	0,5	333.681
Herning	4.374	0,8	513.798	93,2	21.321	3,9	7.479	1,4	4.525	0,8	551.497
Holstebro	3.987	1,0	360.575	94,4	9.823	2,6	3.861	1,0	3.735	1,0	381.981
Horsens	2.053	0,3	482.021	77,5	127.655	20,5	7.498	1,2	2.784	0,4	622.012
Ikast-Brande	710	0,3	233.580	88,3	25.864	9,8	2.413	0,9	1.872	0,7	264.440
Lemvig	3.336	2,3	135.670	93,0	3.038	2,1	3.469	2,4	310	0,2	145.823
Norddjurs	2.800	1,0	253.302	94,9	6.480	2,4	2.368	0,9	1.952	0,7	266.902
Odder	122	0,1	137.651	93,7	6.444	4,4	545	0,4	2.084	1,4	146.846
Randers	8.361	1,4	571.707	95,1	13.251	2,2	5.453	0,9	2.697	0,4	601.470
Ringkøbing-Skjern	2.228	0,6	344.281	91,5	23.949	6,4	4.683	1,2	1.213	0,3	376.353
Samsø	147	0,4	32.268	97,4	469	1,4	139	0,4	96	0,3	33.119
Silkeborg	6.514	1,0	603.818	95,1	14.239	2,2	5.350	0,8	5.172	0,8	635.093
Skanderborg	2.298	0,6	363.340	94,5	10.943	2,8	4.873	1,3	3.141	0,8	384.596
Skive	24.707	7,4	294.494	88,5	7.445	2,2	4.665	1,4	1.494	0,4	332.805
Struer	2.800	1,8	144.183	94,1	4.376	2,9	1.163	0,8	661	0,4	153.183
Syddjurs	2.185	0,8	264.159	95,7	4.959	1,8	2.984	1,1	1.879	0,7	276.166
Viborg	27.706	4,2	614.553	92,4	13.116	2,0	5.764	0,9	4.192	0,6	665.332
Århus	11.114	0,6	1.892.134	96,3	28.154	1,4	23.294	1,2	10.656	0,5	1.965.353
Hovedtotal	109.592	1,3	7.722.167	91,5	465.187	5,5	91.711	1,1	52.424	0,6	8.441.081

© 2011 KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, a Danish partnership and a member firm of KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss cooperative. All rights reserved.