

Oplæg til drøftelse



Principper for Økonomi- og aktivitetsstyring i Region Midtjylland i 2011

Regionsrådet vedtog på mødet den 23. juni 2010, at administrationen udarbejder et oplæg til drøftelse af principperne for økonomi- og aktivitetsstyring i 2011.

Dette notat er en opsummering af den nuværende økonomistyring samt de temaer der arbejdes med på de forskellige bevillingsområder.

Det er et oplæg til drøftelse ud fra den forståelsesramme som er fra økonomiaftalen for 2011 mellem Regeringen og Danske Regioner, samt de styringstemaer som Danske Regioner arbejder med.

I økonomiaftalen for 2011 er følgende præciseret

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

Der vil blive mulighed for uddybning af principperne for økonomi og aktivitetsstyring på budgetseminaret den 2. september 2010.

1. Indledning – generelle vilkår

Det er en grundlæggende forudsætning i aftalen om regionernes økonomi for 2011, at den afsatte ramme på 5 mia. kr. for perioden 2011-2013 overholdes. Indenfor denne ramme skal der være fokus på en mere afdæmpet aktivitetsvækst end i de seneste år.

I aftalen af 21. juni om de foreløbige budgetrammer er samme fokus på overholdelse af budgettet og mere afdæmpet aktivitetsvækst.

Basalt set betyder det rammestyring, samt fokus på at bevare aktiviteten med mulighed for en lavere vækst end i de foregående år.

I forhold til budgetoverholdelse i 2010 samt forventningerne til 2011

Dato 11.08.10

Leif P. Christensen

Tel. +45 8728 4510

leif.christensen@stab.rm.dk

1-21-78-4-09

Side 1

så er der en række områder, som traditionelt udfordrer dette. Der er dog både i budget 2010 og 2011 indregnet de på nuværende bedst mulige skøn for udgifterne for disse svært afviselige områder:

- Ny/dyr medicin
- Nye behandlinger
- Præhospital
- Praksis sektor
- Udvidet frit valg
- Patientskade
- Respirator patienter

Der har de foregående år været betydelige udfordringer med budgetoverholdelse på disse områder.

Der er i økonomiaftalen for 2011 mellem Regeringen og Danske Regioner en række tiltag med henblik på at opnå budgetoverholdelse og opnå en styrkelse af økonomistyringen.

I forhold til budgetoverholdelse og økonomistyringen, så skal væksten på de vanskeligt styrbare områder dæmpes. Der tages med økonomiaftalen for 2011 en række tiltag til opnåelse af dette, og disse gennemgås i dette notat.

Der udvikles en ny national rapporterings form, som skal sikre en tæt og løbende opfølgning i forhold til økonomien, som skal give mulighed for budgetændringer og omprioriteringer. En del af dette er skærpede krav til monitorering og styring i praksissektoren.

Den nye model skal bl.a. indeholde en justeret indberetningsform, der sikrer et konsistent og ensartet grundlag for økonomiopfølgning i alle regioner. Endvidere sigtes mod at økonomiopfølgningen til regionsrådet sker senest fire uger efter kvartalets afslutning. Der er til økonomiaftalen 2011 et særligt bilag om dette.

Omkring aktivitet på hospitalerne, så skal der leveres en stærkt reduceret aktivitetsvækst i 2011. Der bliver megen fokus på kortlægning af patientforløb, hvor der skal afrapporteres i foråret 2011. Regionerne skal fokusere på omkostningseffektive forløb og sammedagsbehandling hvor det er hensigtsmæssigt.

Økonomi og aktivitet i offentlige og private hospitaler skal ses under et. Der skal udarbejdes faglige visitationsretningslinier på landsplan og udbudsaftalerne skal fortsat udbygges.

Omkring psykiatrien vil Regeringen søge tilslutning til at videreføre de nuværende satspuljer, og indenfor sygehusmedicinen tages en række initiativer på landsplan til at reducere væksten i udgifterne.

Med økonomiaftalen 2011 er tilkendegivet, at hvis udviklingen på de nævnte områder medfører budgetændringer og omprioriteringer, så kan det medføre en reduktion i økonomi og aktivitet i sygehusdriften for at finansiere disse budgetændringer.

De styringsmæssige dilemmaer er der dog fortsat i forhold til det udvidede frie valg, og hensynet til at prioritere de mest syge først. Der tages dog de nævnte initiativer, og der

udtrykkes en forventning om at privatsektoren fortsat udgør i størrelsesordenen 2 % af den samlede aktivitet.

Forslag til principper for økonomi- og aktivitetsstyring på disse områder uddybes i de følgende afsnit.

2. Somatiske hospitaler

I forhold til de somatiske hospitaler er der fire områder som kræver opmærksomhed i forhold til økonomi- og aktivitetsstyringen i 2011.

Det er følgende:

- Aktivitetsstyringen (Takststyring) i Region Midtjylland
- Samhandel med de øvrige regioner
- Udgiftsstyring i forhold til Privat Hospitaler
- Styring af ny/dyr medicin og nye behandlinger

Principperne for styringen på de fire områder beskrives i de fire afsnit nedenfor.

Regionsrådet har den 20. maj 2009 valgt at følge en styringsstrategi, som prioriterer behandling af de mest syge. Strategien indebærer prioritering af hospitalernes budgetoverholdelse. Regionen vil samtidigt øge behandlingsaktiviteten på de områder hvor der sker udsivning til de private, samt synliggøre udgiftsstigningen ved det udvidede frie sygehusvalg.

2.1 Takststyring

Takststyringsmodellen for Region Midtjylland skal formuleres indenfor rammerne af økonomiaftalen 2011 mellem Regeringen og Danske Regioner samt i Region Midtjyllands Budgetforlig af 21. juni.

I økonomiaftalen 2011 er formuleret at takststyringen skal

- Belønne en særlig indsats
- Puljemidlerne prioriteres til områder hvor der er behov og ønske om en øget indsats, også i lyset af patienternes ventetid
- Den regionale takststyring skal flugte med sigtet om prioriteret aktivitetsudvikling

I forhold til "Aftale om de foreløbige budgetrammer for 2011 samt forudsatte besparelser i budget 2010" skal det sikres, at takstmodellen understøtter den fortsatte udvikling af Center of Excellence.

Endvidere skal omlægningerne på det ortopædkirurgiske område mellem RH Silkeborg og RH Viborg og mellem RH Silkeborg og RH Horsens håndteres.

Endelig det i Region Midtjyllands Budgetforlig af 21. juni besluttet at det er muligt at udskyde afviklingen af gæld til senere år.

I forlængelse af økonomiaftalen 2011 er der i Region Midtjylland en samlet pulje på 131 mio. kr. til øget aktivitet i 2011.

I forbindelse med "Aftale om de foreløbige budgetrammer for 2011 samt forudsatte besparelser i budget 2010" indgår de 90 mio. kr. som en del af de samlede besparelser. Der

var oprindeligt forudsat en pulje på 105 mio. kr. til takststyring. De resterende 15 mio. kr. (forskellen mellem de 105 og 90) er således fortsat i takststyringspuljen for 2011. Ved udbetaling på 50 % af aktivitetsværdien modsvarer en pulje på 105 mio. kr. i 2011 en meraktivitet på 210 mio. kr.

Af de resterende 26 mio. kr. anvendes de 15 mio. kr. til ny/dyr medicin og at 11 mio. er til prioritering i budget 2011.

	Mio. kr.
Takstpulje, økonomiaftalen	131,0
Indgår i spareplanen	90,2
Takstpulje	14,8
Allerede disponeret	105,0
Resterende pulje	26,0
Ny/dyr medicin	15,0
Prioritering i budget 2011	11,0
Samlet forbrug	26,0

På hospitalsniveau er puljefordelingen og den resterende takstpulje som følger:

Oversigt over takstpuljen

	Pulje	Disponeret i spareplanen	Resterende takstpulje
RH Horsens	11,8	11,8	0
RH Randers	8,7	8,7	0
HE Vest	16,7	8,2	8,5
RH Silkeborg	7,1	7,0	0,1
RH Viborg	12,9	12,9	0
ÅUH, Skejby	17,1	17,1	0
ÅUH, Århus Sygehus	30,7	24,5	6,2
Samlet	105,000	90,2	14,8

Opstillingen af basislinjer og beregning af meraktivitet følger de samme principper for alle hospitalerne. Der er en udbetalingspulje for HE Vest, RH Silkeborg og ÅUH, Århus Sygehus, på henholdsvis 8,5 mio. kr., 0,1 mio. kr. og 6,2 mio. kr.

Spareplanen udmønter hvordan meraktiviteten i 2011 er tilrettelagt for hospitalerne indenfor rammen af de 90,2 mio. kr. – svarende til en samlet aktivitet på 180,4 mio. kr. målt i DRG-systemet. Denne udmøntning respekteres, og en eventuel prioritering af aktivitetsvæksten skal ses i forhold til disse rammer.

Det foreslås, at takstmodellen for 2011 tager udgangspunkt i modellen for 2010. Opdelingen i stationær medicin og Generel medvirker til at sikre at midlerne prioriteres i forhold til områder med ønske og behov for øget indsats i forhold til ventetider (og det udvidede frie valg).

Endvidere sikrer kroniker-korrektionen at der ikke udbetales for meraktivitet for kroniske patienter, medmindre meraktivitet er begrundet i en større patient-population. Principperne for den generelle takstmodel for 2011 udarbejdes til forelæggelse for regionsrådet i december 2010.

Modellen skal formuleres indenfor følgende:

- Produktivitetskrav på 2 % i gennemsnit
- Det samlede aktivitetskrav til hospitalerne skal flugte med det eksterne krav fra staten
- Basislinje korrigeres for kapacitetsmæssige tilpasninger
- Hensynet til budgetoverholdelse, ventetider og udnyttelse af privat kapacitet

Det skal dog præciseres, at der i ovenstående udelukkende er afsat 14,8 mio. kr. til udbetaling på to hospitaler. Derudover er den eneste pengestyring i modellen, at reducere hospitalernes budgetter, hvis ikke det forudsatte aktivitetsniveau opnås.

Samlet set betyder dette, at aktivitetsvæksten i forhold til økonomaftalen er prioriteret i forbindelse med spareplanen.

2.1.1 Center of Excellence (CoE), RH Silkeborg

I forhold til den fortsatte udvikling af Center of Excellence skal udvikles en model for at fremme en særlig og ønsket udvikling.

Det skal sikres at modellen håndterer følgende

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

2.2 Samhandel med de øvrige regioner

Der er siden regionernes dannelse sket store ændringer i patientstrømmene over regionsgrænserne. I Vestdanmark har alle tre regioner iværksat hjemtrækninger af betydeligt omfang, men meget varierende efter speciale.

Borgere i kommuner, der grænser op til en naboregion, søger i større omfang end andre borgere til andre regioners hospitaler.

Region Midtjyllands hospitalsplan medfører en specialisering af hospitalerne. Hospitalerne har derfor ikke et fast optageområde for hele hospitalets virksomhed. Optageområdet kan variere betydeligt efter speciale for det enkelte hospital.

Disse tre faktorer gør budgetlægningen for udgifter til behandling over regionsgrænser usikker, og det er valgt at holde budgettet centralt. Efterhånden som Region Midtjyllands hospitaler hjemtrækker behandling fra andre regioners hospitaler overføres budgettet til behandlingen fra den centrale konto til hospitalets budget.

Budget 2011 for samhandel med de øvrige regioner ses af følgende tabel

Mio. kr.	Indtægter	Udgifter	Netto
Specialistniveau	-828,1	314,5	-513,6
Hovedfunktionsniveau	-333,4	372,9	39,5
Samlet	-1161,5	687,4	-474,1

- = indtægt, + = udgift

I forhold til det samlede budget for samhandelskontoen, så indgår endvidere en udgift på 83,1 mio. kr. til selvejende og private hospitaler, og en ikke konkretiseret besparelse/hjemtrækning på -27,9 mio. kr., hvilket giver en samlet nettobalance på -418,9 mio. kr.

Der har de seneste år været et betydeligt fokus på hjemtrækningsprojekter for at mindske udgifterne til behandling i andre regioner. Der er fortsat fokus på at reducere udgifterne til behandling i de andre regioner.

I forlængelse af specialeplanen på landsplan, så vil der være behov for overvejelser omkring finansieringen af aktivitetsudvidelse på det højt specialiserede område. Modellen skal tænkes sammen med takststyringsmodellen.

I Danske Regioner pågår overvejelser omkring afregningen på hovedfunktionsniveau, og der forventes en afklaring i løbet af efteråret 2010 og taksterne for den mellemregionale afregning skal reduceres.

I Region Midtjylland igangsættes i efteråret 2010 en forvaltningsrevision af de mellemregionale afregninger mellem Region Nordjylland og Region Midtjylland samt mellem Region Syddanmark og Region Midtjylland. Region Midtjylland har i 2008 og 2009 besluttet en række hjemtrækningsprojekter. Med udgangspunkt i disse projekter vurderes projekternes økonomiske succes, herunder om der findes tilstrækkelige styringsværktøjer og støtteprocessor. Endvidere ønskes vurderet om gennemførelse af projekterne medfører en samfundsøkonomisk suboptimering således, at der reelt bliver tale om dyrere behandlingsforløb. Det forventes at projektet kan afsluttes primo 2011.

2.3 Privathospitaler – det udvidede frie valg og samarbejdshospitaler (udbud)

Behandling på privathospitaler er budgetteret til 211,9 mio. kr. i 2011, hvilket svarer til det nuværende niveau. Udgiften til privathospitaler vedrører altovervejende patienternes ret til at blive behandlet på privathospital, hvis der er over 1 måneds ventetid til behandling på et offentligt hospital (det udvidede fire sygehusvalg). Der har været en stor vækst i udgifterne til behandling på privathospital i de senere år.

Prisen for behandling på privathospitaler fastlægges efter forhandling mellem Danske Regioner og privathospitalernes forening. Taksterne er blevet nedsat med op til 25 pct. fra 2009 til 2010.

I Region Midtjylland gennemføres en række tiltag for at sikre bedst mulig udnyttelse af regionens egen kapacitet.

Arbejdet omkring indgåelse af samarbejdsaftaler og udbud fortsætter og regionen har indtil videre opnået de mål der er opstillet i forbindelse med udbudsstrategien.

Endvidere kan nævnes etableringen af Elektivt Visitationscenter (EVC) på Regionshospitalet Silkeborg. Modellen indebærer at der etableres en regional omvisiteringsfunktion, som skal træde til og tilbyde patienten omvisitering, når et hospital ikke kan leve op til servicemålet om et behandlingstilbud indenfor en måned. Derved skabes en effektiv visitation af elektive patienter i Region Midtjylland.

Funktionen kommer i første omgang til at dække det ortopædkirurgiske område. Det forventes at Ortopædkirurgisk afdeling på Århus Sygehus er koblet på EVC inden udgangen af 2010.

Endelig følger direktionen, administrative ledelse og hospitalsledelserne hver måned udviklingen i udgifter og aktivitet i forhold til det udvidede frie valg med henblik på at vurdere udviklingen og tage mulige initiativer.

Fremadrettet er det vigtigt, at få en så fleksibel model som muligt i forhold til omprioriteringer mellem behandling på egne hospitaler og behandlinger på private hospitaler. Dette kan være med til at smidiggøre aktivitetsudvidelser i eget regi ved overflytning af behandling fra de private hospitaler, men også give øgede muligheder for øget samarbejde med de private hospitaler via udbud og samarbejdsaftaler. Samlet skal det sikre bedre løsninger for patientbehandlingen og den samlede økonomi.

I økonomiaftalen 2011 mellem Regeringen og Danske Regioner udtrykkes en forventning om at den offentlige finansierede aktivitet på private sygehuse og klinikker forventes at udgøre omkring 2 %.

I forlængelse af dette igangsættes et arbejde i regi af indenrigs- og sundhedsministeren, som skal sikre at visitation til behandling sker på baggrund af klare faglige retningslinier og forundersøgelser for at imødegå utilsigtet skred i indikationer for behandling mv.

Der startes med et afgrænset behandlingsfelt, hvor der har været en markant aktivitetsvækst, herunder fedme- og rygooperation. Dette arbejde afsluttes i 2010, og det er målet af det samlede arbejde med faglige retningslinier og visitationsgrundlag for væsentlige sygdomsområder er afsluttet i 2012, for at sikre en mere målrettet prioritering af offentlige sundhedsydelse.

Det er vigtigt at sondre mellem den aktivitet som foregår i privat regi i forbindelse med de indgåede udbudsftaler, og den aktivitet som er en følge af at patienterne udnytter det udvidede frie sygehusvalg.

Endelig henvises til orienteringspunktet om forbrug på privathospitaler samt status på udbudsftaler på Forretningsudvalget dagsorden den 17. august 2010.

2.4 Ny/dyr medicin og nye behandlinger

Budgettet for hospitalernes udgifter til ny/dyr medicin og nye behandlinger er placeret centralt. Hvert år får hospitalerne tildelt a conto midler på baggrund af indmeldte forventninger til udgifterne. Der følges op på det faktiske forbrug i forbindelse med kvartalsrapporterne i løbet af året og der reguleres endeligt ved regnskabsårets afslutning. Således finansieres hospitalernes udgifter til ny/dyr medicin og nye behandlinger ved en refusionsordning.

Budgettet i 2011 er i størrelsesordenen 125 mio. kr. under de faktiske udgifter i de tidligere regnskabsår.

Der er opstillet en række kriterier for at opnå refusion i regi af ordningen. Et nyt medicin-præparat skal være godkendt i et EU-land, eksempelvis Danmark, inden det tages i brug. For øjeblikket foregår der desuden en fælles koordinering af igangsættelsen af nye behandlinger inden for det onkologiske og det hæmatologiske område, således at nye behandlinger inden for disse områder kan tages i brug på samme tid over hele landet. Den model kunne tænkes udbredt til alle specialer. Praksis i Region Midtjylland er, at der skal foreligge en Mini-MTV (medicinsk teknologivurdering) inden en ny behandling igangsættes.

I den udgift, der indmeldes må der ikke være indeholdt udgifter til apparatur eller til anlæg herunder ombygning og reparation. Endvidere skal det i ansøgningen angives, hvor meget af udgiften, der vedrører implantater og hvor meget, der vedrører drift. Endelig er der opstillet en bagatelgrænse for ansøgning af refusion.

Det skal fortsat sikres, at hospitaler som modtager refusion via medicin-ordningerne ikke modtager midler fra takstpuljen for den del af aktiviteten som indgår i refusionsordningen.

Regionsrådet nedsatte i forrige valgperiode et midlertidigt udvalg til belysning af effekt og nytteværdi af nye dyre lægemidler i Region Midtjylland. Det midlertidige udvalgs betænkning blev forelagt regionsrådet den 21. oktober 2009.

Det midlertidige udvalg kom med en række anbefalinger på nationalt plan, blandt andet at der etableres fælles nationale retningslinier for 1. valg af lægemidler, således der er et ensartet behandlingstilbud på tværs af regionerne.

På regionalt plan anbefalede det midlertidige udvalg bl.a. flere analyser af medicinforbruget og styrket ansvar for den Regional Lægemiddelkomité.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at iværksætte tiltag, der kan reducere udgifterne til sygehusmedicin. Dette sker gennem:

- Danske Regioner har nedsat Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), som bl.a. skal sikre et fagligt nationalt grundlag for anvendelse af dyr sygehusmedicin. Dette forstærkede samarbejde vil medvirke til at reducere væksten i udgifterne til sygehusmedicin, idet der bl.a. skabes et potentiale for lavere indkøbspriser gennem udbud af lægemidlerne.
- Lægemiddelstyrelsen forbedrer lægemiddelstatistikken på sygehusområdet, hvilket muliggør en tættere opfølgning af forbrugs- og udgiftsudviklingen. Dette færdiggøres i løbet af 2010.

3. Fællesudgifter/indtægter

3.1 Administration og indkøb

I økonomiaftalen 2011 er regionerne forpligtet til, at der ultimo 2010 redegøres hvordan der frigøres ressourcer ved omprioriteringer. De frigjorte ressourcer skal anvendes til en styrket sundhedsindsats, og midlerne skal bl.a. findes ved (fra økonomiaftalen 2011):

- Mere effektiv administration i regionerne

- Nedbringelse af sygefravær
- Fælles og effektivt indkøb

Disse områder indgår allerede i arbejdet med budget 2011, og der er bl.a. foretaget en række besparelser på administrationen i budget 2011. Administrationen vil i efteråret 2010 fortsat have fokus på de omtalte områder for at vurdere mulighederne for yderligere omprioriteringer.

3.2 Præhospital

Det præhospitale område har været præget af en betydelig udgiftsvækst siden Region Midtjyllands dannelse. De bogførte udgifter til området udgjorde i 2007 456 mio.kr., mens forslaget til driftsbudgetramme (udgiftsbaseret) inden for området i 2011 ligger på 706 mio.kr.

Udgiftsudviklingen dækker over væsentlige ændringer i regionens forudsætninger for at økonomistyre området. Med de standardoverenskomster, der tidligere gjaldt mellem amterne og den største ambulanceentreprenør, måtte der konstateres store stigninger i de præhospitale udgifter, uden at amterne havde muligheden for at påvirke disse stigningstakter, fordi ambulanceentreprenøren både varetog styringen af kørslerne og selve kørslerne.

I 2008 gennemførte for første gang et egentligt EU-udbud af ambulancetjenesten. I den forbindelse blev det besluttet, at Region Midtjylland skulle hjemtage vagtcentralen, der overvåger og styrer regionens ambulancer og akutbiler.

Med hjemtagelsen af vagtcentralen har Region Midtjylland opnået kørselsovervågningen inden for ambulanceområdet og de deraf følgende detaljerede kørselsdata. Det giver helt nye muligheder for at forbedre økonomistyringen inden for området.

Opdelingen af kørsler i kørselskategorierne A (akutte, livstruende kørsler) til D (liggende patienttransporter) og E (siddende patienttransporter), hvor visiteringen sker i vagtcentral og kørselskontor, stiller store krav til, at der altid anvendes den transportform, der er mest effektiv til prisen.

På nogle områder har den ny organisering allerede medført forbedrede og mere rationelle kørselsmønstre. Det har f.eks. vist sig, at de liggende sygetransporter har kunnet gennemføre en væsentligt større andel af regionens kørsler end forudsat ved udbuddet. Den egentlige ambulancetjeneste belastes dermed i mindre grad, og den står derfor i højere grad til rådighed til kørsler til de meget vigtige akutte og - i nogle tilfælde - livstruende redningssituationer.

3.3 Patientskade

Udgifterne til Patientskade forsikring er stigende. Stigningen fra 2008 til 2009 var på landsplan på 14 %, med en forventning om en yderligere stigning til 2010 i størrelsesordenen 30 % på landsplan.

Patientforsikringen orienterede Region Midtjylland ultimo maj om, at udgifterne i 2010 forventes at stige yderligere i 2010, så stigningen når op på omkring 36 %.

I forhold til budget 2010 og 2011 er der taget højde for de stigninger i udgifterne til patientforsikringen som vi ser nu. Området er dog vanskeligt styrbart.

4. Administration, Sundhed

I Økonomaftalen er der fokus på at de afsatte ressourcer bruges på den bedste og mest hensigtsmæssige måde. Dette giver udslag i en række områder. Der udtrykkes i aftalen enighed om, at der er et potentiale ved at arbejde med disse områder, som kan indgå i kravet om 2 % produktivitetsforbedringer.

Disse områder er følgende:

- Statslig afbureaukratisering af sundhedsvæsenet
- Lokal afbureaukratisering, herunder forbedrede administrative arbejdsgange
- Nytænkning af arbejdsgange som led i ny sygehusstruktur
- Udfordringsretten
- Fleksibel opgaveglidning i sygehusvæsenet
- Bedre anvendelse af apparatur
- Øget digitalisering i sundhedsvæsenet

I forlængelse heraf skal nævnes at Region Midtjylland har afleveret 7 af 17 afbureaukratiseringsforslag på landsplan.

Administrationen tager i løbet af efteråret 2010 initiativ til yderligere fokus på de nævnte områder.

5. Psykiatrien

Psykiatriens samlede budgetramme er fast lagt som en del af sundheds finansieringsgrundlag fastlagt i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger.

Psykiatriområdet er rammestyrret. Udmøntningen af psykiatriens budgetramme til de enkelte psykiatriske hospitaler m.v. sker i en dialog mellem Psykiatri og Socialledelsen og afdelingerne.

Økonomistyringen og ansvaret herfor varetages af afdelingsledelsen og består i at styre afdelingernes økonomi, at følge udviklingen i aktivitetstallene og opfyldelse af servicemålene samt træffe nødvendige beslutninger for at overholde disse.

Det forudsættes styringsmæssigt, at den direkte og faglige patientkontakt i psykiatrien hæves fra 43 % til 50 %, hvilket kræver fokus og omstilling for at opfylde dette servicemål.

Herudover skal det bemærkes, at der er en styringsmæssig udfordring i forhold til Satapultjemidler i 2011, hvor der i efteråret 2010 forventes der givet i alt 16,0 mio. kr. i bloktilskud fra 2011. Der forventes anvendt 22,7 mio. kr. i 2010. Det betyder, at der fra 2011 er 6,7 mio. kr. i ufinansierede udgifter, som skal findes indenfor den udmeldte ramme til psykiatrien.

Der er på landsplan nedsat en arbejdsgruppe, som skal udvikle nøgletal og se på mulighederne for at opstille modeller til belysning af produktivitetsudviklingen.

6. Primær sundhed

Primær sundhed er opdelt i Medicin som vedrører sygesikringens medicintilskud og primærsundhed i øvrigt som vedrører almen lægehjælp, speciallægehjælp, tandlægehjælp, fysioterapi, psykologhjælp og en række mindre områder.

Budgettet til medicin fastlægges i forbindelse med økonomiforhandlingerne og der gives en medicingaranti fra staten svarende til 75 % af afvigelse fra garantiniveauet for regionerne under ét. Hvis en region sparer mere end gennemsnittet for de øvrige regioner kan den enkelte region beholde en større andel af de sparede midler. Omvendt hvis den enkelte region forbruger mere bliver tilbagebetalingskravet større. Dette princip er fastsat for at give regionerne et incitament til at størst mulig rationel anvendelse af ressourcer på medicinområdet. Budgettet for primær sundhed i øvrigt er fast lagt som en del af sundheds finansieringsgrundlag.

Økonomistyringen og ansvaret herfor varetages af afdelingsledelsen. Styringen på dette område er meget vanskelig og har på nuværende tidspunkt mere karakter af indirekte styring, informationsstyring og styring via dialog og aftaler.

Der har i tilrettelæggelsen af økonomistyringen været en betydelig gevinst i anvendelsen af benchmark analyser i udvælgelse af de delområder, hvor der er et potentiale for at opnå besparelser.

En udvidelse af analyseaktiviteten og budgetopfølgning med en tæt samarbejdsflade med forskningsmiljøerne vil kunne bidrage til identifikation af omkostningsdrivende faktorer og igangsætning af indsatser til mere effektiv økonomistyring. Sigtet er at udvikle en styringsmodel, der kan påvirke såvel efterspørgselssiden i form af udgiftsdæmpende foranstaltninger som udbudssiden i form af regulering af kapacitet, konkurrence og opgavevaretagelse.

I nedenstående beskrives kort økonomistyringen på de to områder indenfor Primær Sundhed:

6.1 Medicinområdet

Generelt er der flere styringsmuligheder indenfor medicin, f.eks. i form af forbrug, kliniske retningslinjer og valg af substitutionsmedicin, men udfordringerne omkring implementering af indsatsen i en privat sektor er store".

Dette skyldes helt overordnet, at man ikke kan styre, hvor mange der blive syge, og dermed efterspørgslen efter medicin. Der er dog nogle styringsmuligheder, primært i forhold til den medicin der bliver udskrevet.

Finansieringsgrundlaget er overordnet set reguleret via den aftalte medicingaranti ordning som aftales i forbindelse med de årlige Økonomiaftale forhandlinger.

I det Region Midtjylland de sidste par år har haft en større stigning i realudgifterne end landsgennemsnittet forudsættes det at området følges tæt og at alle muligheder for at begrænse udgiftsvæksten udnyttes.

Region Midtjyllands udgifter til medicintilskud målt pr. indbygger er steget relativt mere end i andre regioner, således at udgifterne nu ligger på landsgennemsnittet (indeks 100). Da der kun er finansiering svarende til indeks 93,6, er det nødvendigt at udgiftsniveauet nedbringes.

6.2 Primær Sundhed

Primær Sundhed er i væsentlig grad efterspørgsels- og regel-/overenskomststyret. De økonomiske styringsmuligheder og muligheder for reduktion af udgifterne ved gennemførelse af egentlige besparesestiltag er derfor underlagt disse betingelser. Da området er baseret på overenskomster/aftaler med private leverandører af sundhedsydelse, er der ikke samme muligheder for at gennemføre og "høste" interne rationaliseringsgevinster som på hospitalerne.

Der foreligger dog alligevel forskellige styringsinstrumenter og rationaliseringsmuligheder på området, som evt. kan bringes i anvendelse med henblik på øget økonomistyring.

Overvejelser om økonomi- og kapacitetsstyring i praksissektoren – og i særdeleshed i almen praksis – skal ses i sammenhæng med det generelt accepterede "LEON-princip" i sundhedsvæsenet.

Nogle af styringsinstrumenterne er en del af aftalegrundlaget i overenskomsterne og kan derfor kun bringes i anvendelse centralt. Andre kan også bringes i anvendelse i den enkelte region.

De vigtigste styringsinstrumenter på udbudssiden er følgende:

- Økonomirammer
- Kontrolstatistikker
- Knækgrænser og omsætningslofter (kun speciallæger)
- § 2 og § 3 aftaler
- Kapacitetsstyring

Men en effektiv økonomistyring i et efterspørgselsstyret system indebærer også, at der fokuseres på årsagerne til den stigende efterspørgsel, og at der rettes initiativer direkte mod disse med henblik på dæmpning af efterspørgsel, herunder afstemning af forventninger til omfang af sundhedsydelser.

En kombination af en øget fokus på påvirkning af efterspørgselssiden og udvikling af større forudsigelighed i honorarsystemerne – f.eks. i ved tæt budgetopfølgning - vil være forudsætningen for, at økonomien indenfor primær sundhed kan styres og dermed bidrage til, at økonomiaftalen kan overholdes.

Det skal bemærkes, at der i økonomiaftalen for 2011 mellem regeringen og Danske Regioner er aftalt, at Danske Regioner vil i efteråret 2010 tage initiativ til at genoptage forhandlinger med de Praktiserende Lægers Organisation med henblik på at indgå en ny overenskomst.

I Region Midtjylland er det aftalt at følge praksisområdet tæt, og alle muligheder for at begrænse udgiftsudviklingen udnyttes. I forbindelse med kvartalsrapporterne udarbejdes der en kort redegørelse for den forøgede indsats og resultaterne heraf.

Reduktionen i udgifterne kan forekomme enten ved opsigelse af nuværende aftaler eller ved regulering af eksisterende aftaler. Der udarbejdes inden 1. oktober 2010 konkrete forslag til besparelser, der kan gennemføres med fuld virkning fra januar 2011. Forslagene drøftes i samarbejdsudvalget for praksissektoren.

7. Aktivitetsafhængig finansiering fra staten

Der er samlet en pulje på 2.617,3 mio. kr. i 2011 til aktivitetsafhængig finansiering. Aktivitetskravet som skal sikre fuld udbetaling fra puljen er beregnet som følger:

Aktivitetskravet i 2011 fastsættes ud fra følgende:

- Aktiviteten i 2009
- Hertil kommer en forudsat vækst på 1,4 % fra 2009 til 2010
- Hertil kommer en forudsat vækst på 3,0 % til 2010 til 2011
- Hertil kommer effekt nettobudgetvirkning af puljer i finansloven for 2011

Efterfølgende fordeles aktivitetskravet mellem regionerne i forhold til den opnåede aktivitet i 2010. I ovenstående er indregnet en produktivitetsstigning på 2 % pr. år.

Det betyder, at aktivitetskravet i 2011 tager udgangspunkt i aktiviteten i 2009. Kravet til væksten i aktiviteten skal dermed ses samlet for en periode på 2 år, hvilket er nyt i forhold til tidligere.

7.1 Bloktilskud, aktivitetsafhængig finansiering og afregning fra kommunerne

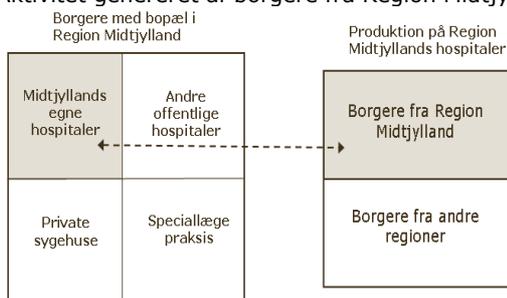
Regionerne får bloktilskud, aktivitetsafhængig finansiering fra staten og afregning fra kommunerne i forhold til patienterne bosiddende i regionen.

Den interne taksstyringsmodel er baseret på de patienter som behandles på regionens hospitaler. Det samme er gældende for produktivitetsmålingerne.

Den mellemregionale afregning sikrer betaling regionerne imellem således, at behandlende region modtager midler fra bopælsregionen. På tilsvarende vis betaler bopælsregionen de private hospitaler for behandling af regionens patienter.

Det betyder, at der ikke er et 1:1 forhold mellem de forskellige opgørelser og styringsmodeller. Forskellene er illustreret i figuren nedenfor.

Aktivitet genereret af borgere fra Region Midtjylland versus aktivitet på hospitalerne i Region Midtjylland



Note: Aktivitet i forhold til den statslige aktivitetsstyring er kassen til venstre
Aktivitet i forhold til basislinje for Regionens hospitaler er kassen til højre

8. Metodisk tilgang

Benchmarking har som metode indgået i flere forskellige sammenhænge de seneste år, og er en meget anvendelig metode til udvælgelse af delområder til nærmere analyse.

Benchmark er en meget anvendelig indenfor primær sundhed, men også på hospitalsområdet er gennemført en række benchmark analyser. Dette arbejde vil fortsætte de kommende år.

I økonomiaftalen 2011 er der også fokus på øget gennemsigtighed og videndeling indenfor sundhedsvæsenet. Dette sker med fokus på følgende tre indikatorer indenfor det somatiske sygehusvæsen

- Øget anvendelse af ambulante behandling
- Kortere indlæggelsestider
- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har opstillet 8 nøgleindikatorer, som opgøres på regions-, sygehus- og kommunalt niveau. Indikatorerne følges via ministeriets hjemmeside.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets rapport "Øget fokus på de gode resultater", juni 2010 vedlægges.

Offentliggørelse af produktiviteten for regioner og sygehuse vil fortsætte og blive opdateret årligt.

Generelt skal det i arbejdet med benchmarking og nøgleindikatorer sikres, at det er nogenlunde sammenlignelige enheder der indgår i analysen og at de valgte nøgletal udtrykker de ønskede forhold. F.eks. skal det sikres, at det at samle flere ambulante besøg på samme dag ikke giver sig udslag i en faldende andel ambulante behandling.

Afslutningsvist er det vigtigt at holde sig for øje, at disse analyser kan føre til forskellige konklusioner. Det kan være at det bliver klart at der skal læres af andre som kommer ud med bedre indikatorer, evt. rationalisere ved at ændre på arbejdsgange mv.

En anden type konklusion kunne være at der er forskelle i udnyttelsesgraden og kapacitetsudnyttelsen i de sammenlignelige enheder. Dette kan føre til overvejelse om at flytte funktioner fra en enhed til en anden. Et eksempel herpå er flytningen af skopier fra ÅUH, Århus Sygehus til Regionshospitalet Horsens.