

Forslag til en ny økonomisk styringsmodel på området nye behandlinger i 2015

På mødet den 8. maj 2014 nedsatte Lederforum for Økonomi (LFØ) en Taskforce/arbejdsgruppe, der skulle give forslag til en ny økonomisk styringsmodel på området nye behandlinger i 2015.

Den strategiske betydning for Region Midtjylland

Det har i en lang årrække været strategisk vigtigt for det tidligere Aarhus Amt, nu Region Midtjylland at investere i at understøtte udviklingen af højt specialiserede funktioner på Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Midt.

Først og fremmest som led i at sikre grundlag for Sundhedsstyrelsens tildeling af højt specialiserede funktioner til Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Midt. Samtidig har det været en målsætning i så høj grad som muligt at være "selvforsynende" på alle niveauer for hospitalsbehandling.

Dato 16.12.2014
Sundhedsplanlægning
Henrik Rugholm
Svejgaard
Side 1 af 5

Strategien er indtil videre lykkedes. Dette ses blandt andet af de tildelte højt specialiserede funktioner til Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Midt. Nedenstående oversigt viser fordeling af antallet af højt specialiserede funktioner i Danmark:

Fordelingen af højt specialiserede funktioner

	Højt specialiserede funktioner
Aarhus Universitetshospital	583
Rigshospitalet	553
Odense Universitetshospital	403
Aalborg Universitetshospital	189
Øvrige hospitaler i Region Hovedstaden	174
Hospitalsenhed Midt	2

Denne fastholdelse af de højt specialiserede funktioner på Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Midt, er en væsentlig præmis for den nuværende hospitalsstruktur i Region Midtjylland.

Samtidig er der ikke tvivl om at den vil blive udfordret i de kommende år. Således har Region Hovedstaden og Region Syddanmark allerede med forskellige aftaler udfordret den nuværende fordeling.

En konkret konsekvens af strategien er, at først Aarhus Amt og nu Region Midtjylland har prioriteret at understøtte iværksættelsen af nye dyre behandlinger. Ud over det strategiske sigte, har det også været på baggrund af at disse behandlinger udføres for alle regionens borgere, og ikke kun for de borgere, der bor i Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Midts optageområde. Dermed har det også gennem alle årene været en præmis, at der er tale om en fælles regional opgave, og dermed også en fælles finansiering via de fælles puljer, som regionen råder over.

I arbejdet har arbejdsgruppen drøftet definitionen på nye behandlinger. Der sker løbende ændringer og forbedringer af behandlingen på hospitalerne. De behandlinger, der kan søges om midler til via puljen til nye behandlinger, der sættes i drift.

Arbejdsgruppen vurderer, at den centrale pulje til nye behandlinger i 2015 og frem bør give mulighed for at prioritere igangsætning af de nye behandlinger, som realistisk set må forventes at skulle implementeres. Heri ligger også et ønske om, at patienterne i Region Midtjylland bør tilbydes nye og effektive behandlinger i egen region. I forhold til mere højt specialiserede behandlinger er udgangspunktet, at forholdsvis få afdelinger behandler patienter fra hele regionen.

Arbejdsgruppen vurderer, at der også er et strategisk aspekt i forhold til, at udvalgte hospitaler/afdelinger skal fungere som regionens flagskibe i forhold til forskning og udvikling af nye behandlinger mv. inden for bestemte områder. Heri ligger også et hensyn om at sikre en national koordinering på tværs af regioner, fx i forhold til igangsætning af nye behandlinger, opgavefordeling mv.

Arbejdsgruppen vurderer, at de nuværende afsatte midler i den centrale pulje til nye behandlinger ikke i tilstrækkeligt omfang tilgodeser ovenstående hensyn. I forslaget til budget 2015 er afsat en pulje på 20 mio. kr. til nye behandlinger i 2015 og en tilvækst på 20 mio. i hvert af overslagsårene. I lyset af de tidligere års behov forekommer 20 mio. kr. årligt som et lavt budget. Arbejdsgruppen tager dog udgangspunkt i drøftelserne i Lederforum for Økonomi, hvor det blev besluttet at afsætte yderligere 10 mio. kr. til området, således at det samlede budget til nye behandlinger udgør 30 mio. kr. i 2015 og frem. Såfremt der bliver behov for yderligere midler til området bør det fortsat være et fælles anliggende.

Der er udarbejdet baggrundsmateriale (se bilag A, side 4) for arbejdsgruppen, hvor udviklingen i refusionsmodellen fra 2007-2014 skitseres. Derudover giver bilaget en overordnet kategorisering af bevillingerne på området fra 2011-2014, herunder andelen af driftsudgifter og materialeudgifter (implantater).

I det følgende præsenteres arbejdsgruppens forslag til en ny refusionsmodel på området nye behandlinger med virkning fra den 1. januar 2015. Forslaget vedrører ikke udgifter til medicin (særskilt pulje). Der er nedsat en anden arbejdsgruppe på medicinområdet.

Økonomisk styringsmodel for igangsætning af nye behandlinger i 2015

Arbejdsgruppen foreslår, at der fra budgetåret 2015 afsættes en **årlig** central pulje til finansiering af nye behandlinger fra år 2015. Puljens størrelse fra budgetåret til næste budgetår er som udgangspunkt den samme, men på grundlag af den nye plan for processen vil der inden budgetprocessen går i gang kunne laves en underbygget vurdering af budgetpresset i forhold til nye behandlinger i det kommende budgetår.

Ved indførsel af nye behandlinger forventes oftest en gradvis indfasning, hvilket betyder, at patientantallet vil stige i et par år, inden det permanente niveau nås. Budgettet skal derfor kunne rumme stigningerne frem mod det permanente niveau. Arbejdsgruppens forslag

betyder, kan maksimalt gives bevillinger til de enkelte aktiviteter i 3 år. Herefter permanentgøres niveauet.

Budgettet for det enkelte år skal dermed kunne rumme både opdrift på igangsatte behandlinger i op til 2 år efter og resten kan så udmøntes til helt nye behandlinger.

I prioriteringen af nye behandlinger er det således vigtigt, at der tages højde for de kommende års opdrift, så puljen ikke forlods bruges til opdrift. Eksempelvis kunne en ny behandling i det første år starte op med 100 patienter til en implantatudgift på 2 mio. kr., mens det forventes at antallet af patienter og dermed implantatudgifter vokser frem til år 3 til 300 patienter og en udgift på 6 mio. kr. Denne opdrift skal sammen med igangsætning af nye behandlinger kunne rummes indenfor det afsatte budget.

Overordnet set indebærer modellen, at der ikke gives bevillinger til hospitalerne, som lægger ud over det vedtagne budget til nye behandlinger i 2015. Dette sikrer budgetsikkerhed for regionens centrale pulje til nye behandlinger. Samtidig betyder det en vis budgetusikkerhed på hospitalerne, der kommer til at bære eventuelle udgifter udover det vedtagne budget. Det er arbejdsgruppens forslag, at regionsrådet orienteres i tilfælde af, at merudgifter til nye behandlinger fører til overskridelser på hospitalernes budgetter.

Arbejdsgruppen foreslår videre, at LFØ drøfter om en vurdering af økonomien til nye behandlinger fremover kan igangsættes tidligere på året. Konkret bør det overvejes om, processen for vurdering af nye behandlinger i 2016 kan startes op tidligt i 2015. Dette kan give et overblik over det økonomiske omfang af nye behandlinger inden sommerferien i 2015, og indgå som en del af de politiske drøftelser om prioriteringer mv. vedrørende år 2016.

Det skal bemærkes, at det er vigtigt, at hospitalerne så præcist som muligt angiver det forventede antal patienter inden for hver ny behandling. Økonomien og den samlede prioritering på området sker på baggrund af oplysningerne om antallet af patienter. Hensynet er budgetsikkerhed. Udgiften til den enkelte aktivitet (og antal patienter) opgøres efter årets udgang, hvor et eventuel mindreforbrug skal afleveres tilbage til den centrale pulje. Afdelingerne har derfor ikke et økonomisk incitament til at angive et for højt antal patienter. Arbejdsgruppens forslag til en refusionsmodel sammenfattes i det følgende.

Den samlede proces og kriterierne for at ansøge om finansiering til igangsætning af nye behandlinger kan sammenfattes i følgende elementer:

1. Puljen giver primært finansiering til højt specialiserede behandlinger. Dette er udgangspunktet.
2. Der kan i et mere begrænset omfang søges midler til at finansiere implementering af nye behandlinger, der ikke er højt specialiserede. Her forventes, at de enkelte hospitaler foretager en intern prioritering. Der kan således kun søges finansiering til ikke højt specialiserede behandlinger, når hospitalsledelsen vurderer, at der er en særlig økonomisk udfordring. Dette gælder fx dyre behandlinger, der ikke er dækket af DRG-taksten. Hospitalsledelsen bør i prioriteringen vurdere den relative merudgift på en afdeling, dvs. udgiften set i forhold til afdelingens budget. Der kan dog ikke søges finansiering til aktiviteter, der har en udgift på under 50.000 kr.

3. Hospitalerne skal søge finansiering ved regionen. Alle ansøgninger skal godkendes af de respektive hospitalsledelser inden ansøgningerne sendes til regionen. Afdelinger/centre kan dermed ikke søge direkte, idet alle ansøgninger skal fremsendes via hospitalets egen administration.
4. Der er én årlig ansøgningsrunde, hvor hospitalerne indsender dokumentation i form af mini-MTV. Forudsætningen for at de enkelte ansøgninger behandles i Klinikforum er, at de er korrekt og fyldestgørende udfyldt. Er dette ikke tilfældet vil ansøgningen ikke blive behandlet. Sundhedsplanlægning sikrer i samarbejde med relevante parter, at det eksisterende ansøgningsmateriale revideres. Det tilføjes:
 - a. At ansøger skal et realistisk bud på det maksimale antal patienter, som skal have den nye behandling i år 1 -3. Herunder angives også udgiften i år 1-3.
 - b. At ansøger skal angive detaljerede oplysninger om materialerne til de nye behandlinger, herunder leverandør, produktnavn, stykpris, antal mv., jf. oplysningerne i MTV-skemaet.
 - c. Følgeudgifter på andre hospitaler skal beskrives i den enkelte ansøgning. Det vil indgå i den samlede prioritering, hvilke af sådanne udgifter, der eventuelt skal finansieres af puljen til nye behandlinger.
5. Alle ansøgninger skal drøftes i Klinikforum, som giver anbefalinger om prioritering inden for budgetrammen på området.
6. Direktionen indstiller et forslag om finansiering i 2015 til politisk godkendelse og efterfølgende bevilling til hospitalerne snarest herefter.
7. Hospitalerne skal løbende vurdere de forventede udgifter til aktiviteterne. Hospitalerne skal indmelde udgifterne til regionen i forbindelse med årets Regionsoverblik og Sundhedsoverblik.
8. De enkelte hospitalers bevillinger justeres løbende henover året i 2015. Der kan maksimalt gives finansiering svarende til det beløb, der indgik i ansøgningen (mini-MTV). Dvs. at hospitalerne skal selv finansiere eventuelle merudgifter. I tilfælde af mindreforbrug i forhold til den enkelte aktivitet skal hospitalet tilbagebetale differencen til den centrale pulje. Tilbagebetaling skal ske i forhold til den enkelte aktivitet. Dvs. der sker ikke en modregning af andre aktiviteter, hvor udgifterne måtte være større end angivet i ansøgningen (mini-MTV).
9. De enkelte aktiviteter på refusionslisten permanentgøres fra den centrale pulje efter max 3 år. Baggrunden for dette er en forventning om, at størstedelen af de enkelte aktiviteter vil være i fuld drift efter 3 år. Det enkelte hospital finansierer herefter en eventuel vækst i udgifterne inden for eget budget.

Der skal være en vurdering af de aktivitetsmæssige konsekvenser for DRG-værdien, så der kan foretages en justering af basislinjen.

Ved indførslen af nye behandlinger kan der være aktivitetskonsekvenser tilknyttet. Som hovedregel er det dog oftest en ændring i en eksisterende behandling, der indføres. Dette har som oftest ikke nogen aktivitetsmæssig konsekvens, idet ændringen ikke nødvendigvis ændrer på den aktivitetsværdi, der genereres ved behandlingen.

Der er vedlagt notat om "Beskrivelse af konsekvenserne for aktivitet ved indførelsen af nye behandlinger".

10. Mulighederne for at opnå mere gunstige priser på materialer, herunder implantater, der allerede er i brug, vurderes løbende (Indkøb & Medicoteknik). Besparelser på køb af materialer (fx som følge af udbud, K-aftaler, forhandling med leverandør mv.) skal medvirke til at finansiere helt nye behandlinger. Der kan således ske et tilbageløb til den centrale pulje til nye behandlinger i op til 3 år efter. Hvis denne indstilling følges, skal der findes en praktisk håndterbar måde, hvorpå dette kan foregå uden unødigt store administrative omkostninger.
11. Der gives ikke finansiering til løn og drift. Denne regel er begrundet udelukkende i budgetmæssige hensyn og giver den udførende afdeling et ekstra produktivetskrav i forbindelse med indførelsen af behandlingen. I enkelte tilfælde, hvor der er helt særlige begrundelser for at afvige fra denne regel, kan hospitalet rejse sagen og gå i dialog med regionen. Der kan fx være ønsker om at tilgodese strategiske perspektiver i forbindelse med indførelsen af nye behandlinger.
12. Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Midt får for patienter på det højt specialiserede område en særskilt afregningstakst for mellemregionale patienter. Udenregionale patienter skal dermed ikke indgå i patientantallet, der fås midler til.

Bilag A: Notat om finansiering af nye behandlinger i Region Midtjylland fra år 2015

Det overordnede formål med bilaget er at give baggrundsinformation for arbejdsgruppens arbejde. Udviklingen i refusionsmodellen fra 2007-2014 skitseres. Derudover foretages en overordnet kategorisering af bevillingerne på området fra 2011-2014, herunder andelen af driftsudgifter og materialeudgifter (implantater).

Dato 3.7.2014
Sunhedsplanlægning
Henrik Rugholm
Svejgaard
Side 6 af 12

I det følgende beskrives refusionsmodellen for nye behandlinger i Region Midtjylland, herunder proces, styringsmekanismer og kriterier for finansiering af aktiviteter på området. Der er en central pulje til at finansiere aktiviteter på området. Puljen til nye behandlinger finansierer ikke udgifter til medicin. Der er oprettet en særskilt pulje til medicinområdet.

Kort om refusionsmodellen for nye behandlinger 2007-2014

Siden regionsdannelsen har regionen haft en central pulje til at finansiere vækst i udgifterne til nye behandlinger på hospitalerne. Budgettet på området fastlægges fra år til år. I årene fra 2007-2014 har regionens refusionsmodel på området således givet finansiering til aktiviteter, der indgår på en konkret liste. Som udgangspunkt har hospitalerne vurderet udgifterne til de enkelte aktiviteter på listen kvartalsvist. Herefter har hospitalerne efter politisk godkendelse fået tilført bevillinger til at finansiere aktiviteterne. Der er tale om prognoser, hvor hospitalerne tilføres bevillinger svarende til det forventede forbrug for hele året.

Efter årets afslutning foretages en endelig opgørelse af udgiften til den enkelte aktivitet på listen. Herefter afregnes i forhold til det faktiske forbrug. Dette indebærer, at hospitalerne efter årets afslutning får finansieret et eventuelt merforbrug. Omvendt indebærer det også, at hospitalerne skal aflevere midler tilbage til den centrale pulje på området, når der har været et mindreforbrug til den enkelte aktivitet.

Ovenstående principper har været gældende siden regionsdannelsen, og gælder fortsat i dag. Hen over årene er der sket nogle justeringer af både proces og af de kriterier, der lægger til grund for, at aktiviteter tages på/tages af refusionslisten. Dette skitseres i det følgende.

Ændrede principper i refusionsmodellen for nye behandlinger 2007-2014

Refusionsmodellen har igennem årene givet finansiering til både helt nye behandlinger og til allerede indførte behandlinger, hvor der har været et særligt udgiftspres. Dette har både omhandlet udgifter til implanter, løn og øvrig drift.

Tilføjelse af nye aktiviteter på refusionslisten

Kriterierne for at en aktivitet sættes på refusionslisten er løbende blevet justeret og strammet op. I takt med at regionen skulle indsende dokumentation for igangsættelse af

nye behandlinger til Danske Regioner i 2008 og 2009 blev der indført mini-MTV som baggrundsmateriale for vurdering af økonomi og prioritering. Det blev et krav, at nye aktiviteter først kunne sættes på refusionslisten, når den enkelte aktivitet var dokumenteret ved et mini-MTV.

I ansøgningen (mini-MTV) skal den enkelte afdeling angive og modregne eventuelle udgifter, som falder bort i takt med at en ny behandling indføres – fx når en ny behandling erstatter en tidligere behandling. Ansøger skal også vurdere om, der vil være afledte effekter på øvrige afdelinger.

Den væsentligste ændring til refusionsmodellen blev indført i forbindelse med omstillingsplanen, der blev godkendt af regionsrådet den 23. februar 2011. Her blev det vedtaget, at der kun i særligt velbegravede tilfælde kan gives finansiering til drift, løn, personale mv. i forbindelse med indførelse af helt nye behandlinger. Det blev også vedtaget, at ansøgninger (mini-MTV) om finansiering af nye behandlinger fremover skulle drøftes i Klinikforum. Praksis har siden været, at der som udgangspunkt gennemføres én årlig ansøgningsrunde, hvor hospitalerne søger regionen om finansiering til nye aktiviteter.

Helt nye behandlinger blev defineret som nye aktiviteter inden for det højt specialiserede område, som endnu ikke er taget i brug/igangsat. Dette var udgangspunktet. Det blev derfor bemærket, at det primært ville være Aarhus Universitetshospital, som skulle indsende ansøgninger.

På baggrund af anbefalingerne fra Klinikforum foretager administrationen en prioritering inden for budgettet i samarbejde med hospitalet, hvis dette vurderes nødvendigt. Finansieringen skal efterfølgende godkendes af direktionen det politiske system.

Afvikling af aktiviteter på refusionslisten

Det har været udgangspunktet, at aktiviteter på refusionslisten skal fjernes fra listen igen, når udgiften til aktiviteten har nået et stabilt niveau. Denne vurdering foretages af administrationen i samarbejde med det enkelte hospital efter behov. Såvel stigende som faldende udgifter omfattes af vurderingen. Det er således et hensyn, at den centrale pulje ikke kun finansierer opdrift, men at der også sker en tilbagebetaling til den centrale pulje, når udgiften til en given aktivitet falder igen. I praksis har nogle aktiviteter været på refusionslisten i flere år, mens andre aktiviteter har været på refusionslisten i kortere tid.

Henover 2013 og i starten af 2014 er refusionslisten blevet kraftigt revideret. Her er vurderet, at en række aktiviteter har nået et stabilt niveau, hvorfor disse aktiviteter er fjernet fra listen.

Opsummering af refusionsmodellen i dag

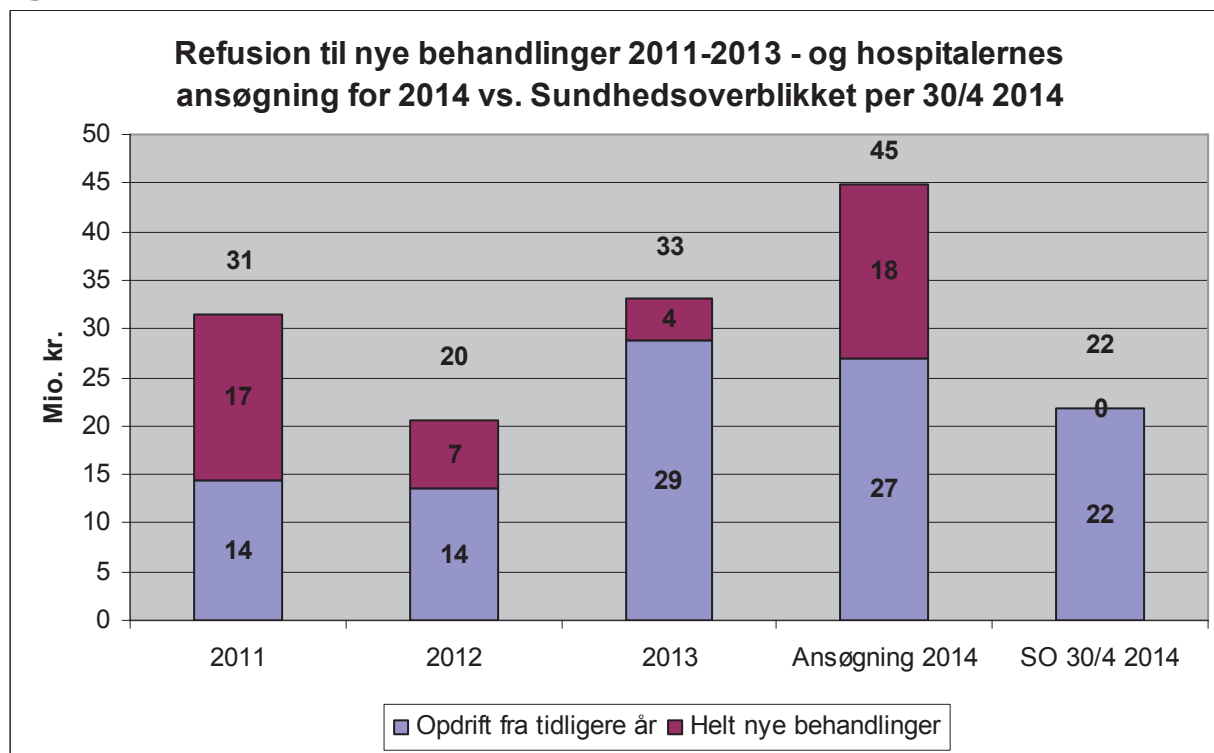
1. Helt nye aktiviteter – årlig ansøgningsproces ved Mini-MTV. Drøftes i Klinikforum. Klinikforum giver anbefalinger i forhold til prioritering mv.
2. Tidligere i gangsatte aktiviteter på refusionslisten. Hospitalerne vurderer og indmelder udgifterne til administrationen. Dialog mellem administrationen og de enkelte hospitaler om hvornår aktiviteter skal fjernes fra refusionslisten. Når et emne er taget af refusionslisten, sættes det normalt ikke på igen senere.
3. Samlet prioritering på området inden for budgettet hvis nødvendigt. Dialog mellem administrationen og hospitaler. Direktionen indstiller konkret forslag til bevilling til politisk godkendelse.
4. Der gives som udgangspunkt ikke finansiering til løn og drift i forbindelse med indførelse af helt nye behandlinger. Der gives primært finansiering til implantater.
5. Løbende (kvartalsvis) opfølgning af udgiften til de enkelte aktiviteter på refusionslisten. Der gives løbende bevillinger til hospitalerne svarende til den forrentede udgift for hele året. Der afregnes i forhold til det faktiske forbrug efter årets afslutning.

Bevillingerne på området fra 2011-2014 kategoriseres i det følgende.

Kategorisering af udgifterne til nye behandlinger 2011-2014

Figur 1 herunder kategoriserer den refusion, der er givet til hospitalerne i årene fra 2011-2013. Derudover vises hospitalernes samlede vurdering af udgiftsbehovet for hele 2014.¹

Figur 1



Figur 1 viser regionens samlede udmøntning til hospitalerne i årene fra 2011-2013. Derudover viser figuren, hvor stor en del af udmøntningen, der vedrører opdrift fra tidligere år og udgifter til helt nye behandlinger i de respektive år. Opdriften er udgifter til både implantater og drift (løn og personale) fra tidligere år - mens *helt nye behandlinger* er nye udgifter til både implantater og drift i året. I 2011 er der fx udmøntet i alt 31 mio. kr. til hospitalerne. Heraf vedrører 14 mio. kr. finansiering af aktiviteter, der er sat i gang i 2010 eller i tidligere år. De resterende 17 mio. kr. vedrører aktiviteter, der blev sat i gang første gang i løbet af 2011.² For årene 2012 til 2014 udgør udgifterne til opdrift fra tidligere den største del af finansieringen.

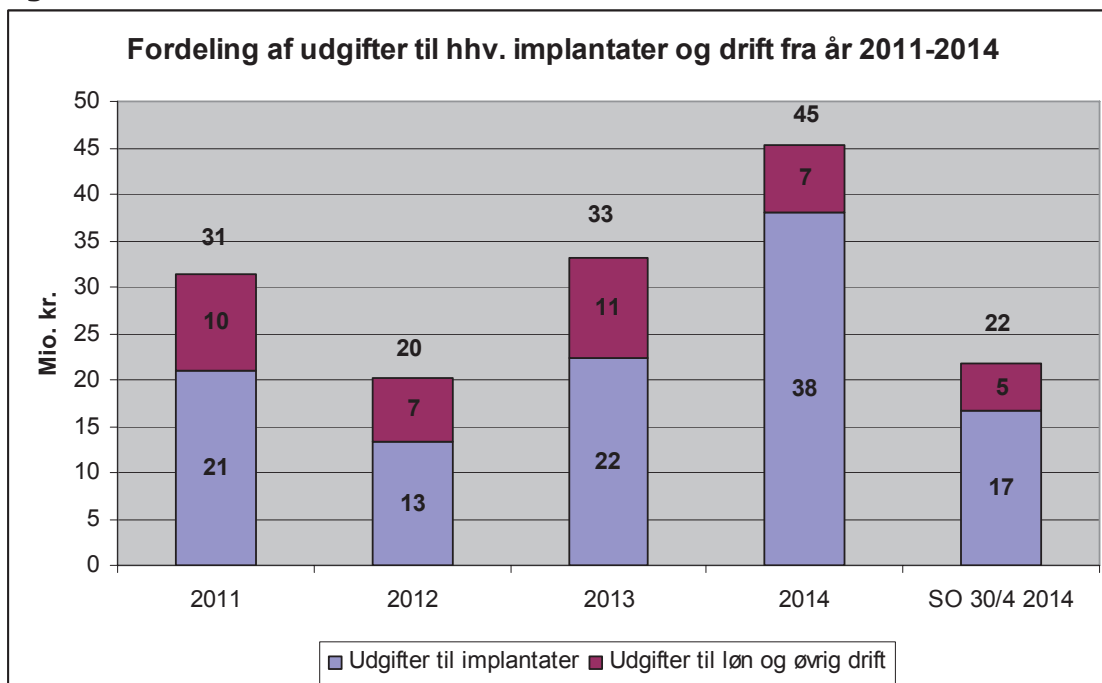
Det skal bemærkes, at udmøntningen i 2014 i forbindelse med Sundhedsoverblikket per 30. juni 2014 kun udgør knap halvdelen af hospitalernes samlede ansøgning for 2014, på 45 mio. kr. Det er således kun finansiering af opdrift fra tidligere år, der er indarbejdet, således knap 22 mio. kr. Det foreslås, at arbejdsgruppen drøfter finansieringen for 2014.

¹ Ansøgte midler til løn og øvrig drift for de helt nye aktiviteter i 2014 indgår ikke i beløbet.

² I 2010 blev der udmøntet knap 150 mio. kr. til nye behandlinger. Dette beløb er dermed markant højere end de udmøntede beløb i de følgende år, som fremgår af figur 1. En væsentlig årsag til dette er dog, at en række aktiviteter i 2009 (og tidligere) ikke blev permanentgjort i hospitalernes budgetter. I 2009 blev der således givet flere engangsbevillinger, der kun dækkede udgifter i indeværende år.

Figur 2 viser hvor stor en del af den samlede udmøntning fra år til år, der har finansieret henholdsvis materialer/implantater og drift (løn og personale).

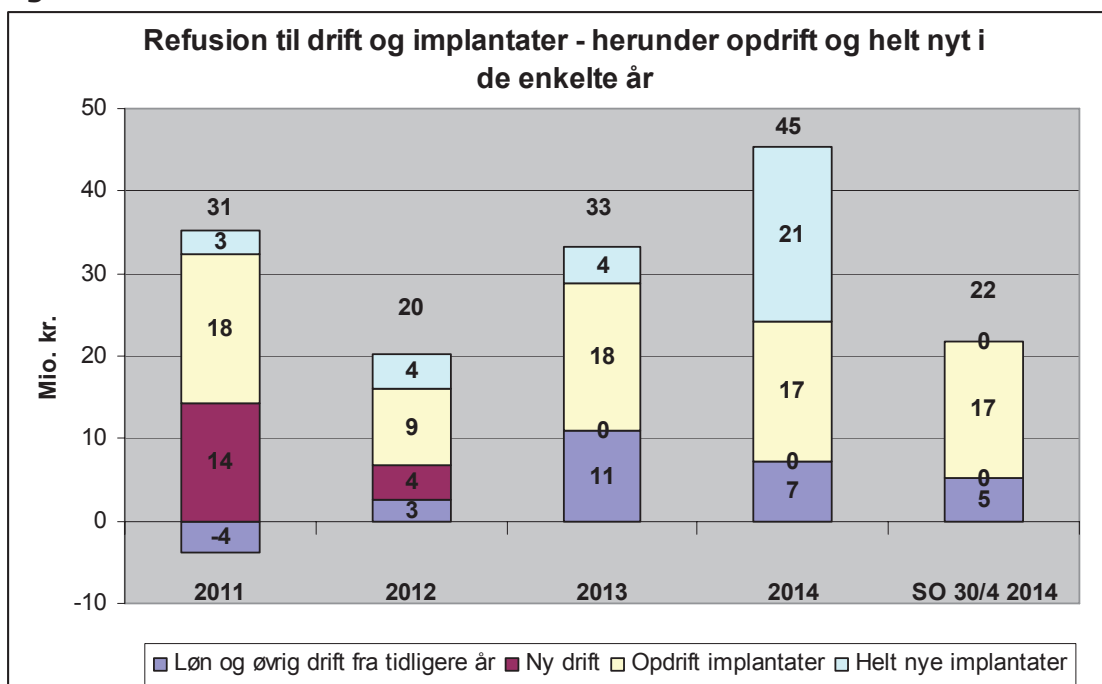
Figur 2



Som det fremgår af figur 2 udgør den største del af finansieringen udgifter til implantater. Fx udgjorde udgifterne til implantater ca. 2/3 af den samlede finansiering i både 2012 og 2013.

Figur 3 herunder opdeler de samlede årlige udmøntninger til hospitalerne yderligere.

Figur 3



Det fremgår fx af figur 3, at den samlede finansiering på 31 mio. kr. i 2011 var til:

1. Helt nye implantater, 3 mio. kr.
2. Opdrift af implantater, som var taget i brug tidligere end år 2011, 18 mio. kr.
3. Nye driftsudgifter (løn og personale) i 2011, 14 mio. kr.
4. Driftsudgifter (løn og personale) fra tidligere år, mindreforbrug på 4 mio. kr.

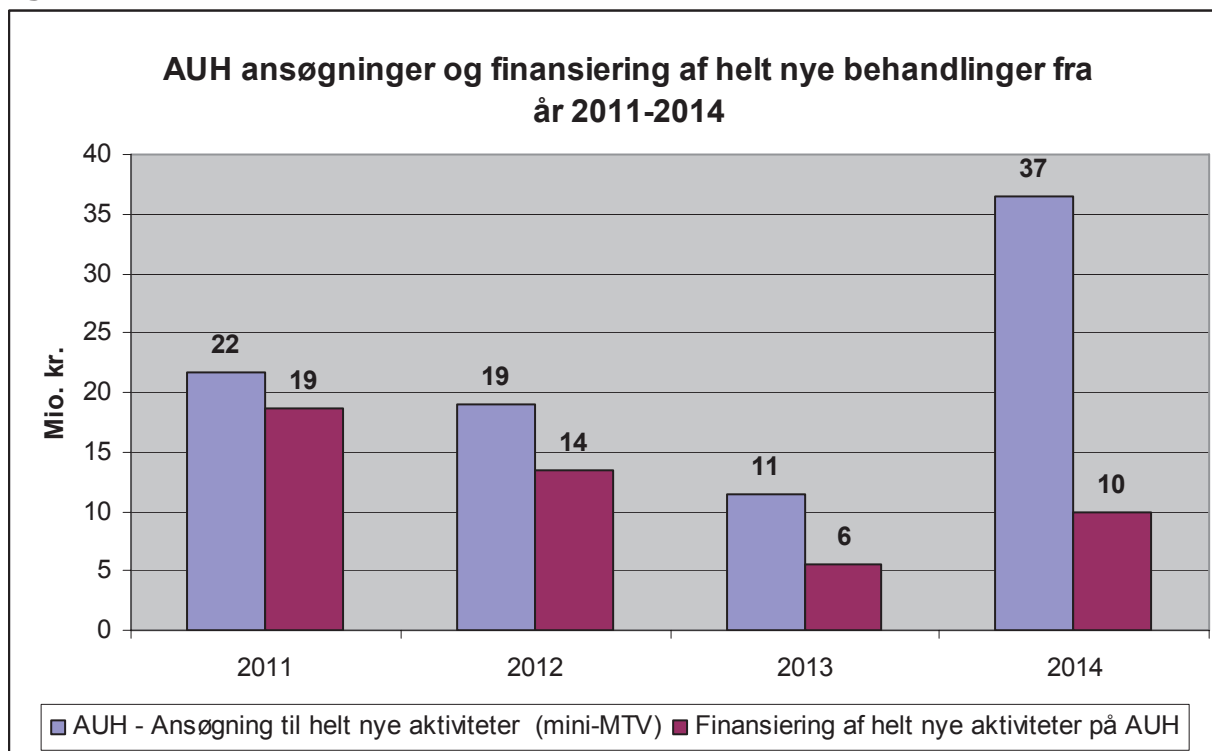
Det fremgår også af figur 3, at der i 2013 og frem ikke er sat nye driftsudgifter på refusionslisten.

Vedrørende 2014 fremgår det, at hospitalernes samlede ansøgninger om finansiering af nye behandlinger i 2014 udgør 45 mio. kr. (dog eksklusive yderligere 15 mio. kr. til nye driftsudgifter på AUH). Heraf udgør 21 mio. kr. udgifter til nye implantater, mens udgifterne til tidligere ibrugtagne implantater udgør 17 mio. kr. Opdriften af udgifter til løn og personale fra tidligere år udgør 7 mio. kr.

Den sidste søjle i figur 2 og 3 viser udmøntningen i forbindelse med Sundhedsoverblikket per 30. juni 2014.

Figur 4 viser den samlede udgift til helt nye behandlinger (dvs. udgifter til opdrift indgår ikke i figuren), som Aarhus Universitetshospital (AUH) har ansøgt om finansiering til i årene 2011-2014. Ansøgningerne indeholdt både udgifter til implantater, løn og øvrig drift. Denne samlede udgift fremgår af figuren.

Figur 4



Den angivne finansiering i de enkelte år er som udgangspunkt givet i begyndelsen af året. Figur 4 viser dermed de beløb, der givet i årets første bevilling til helt nye behandlinger. Der er fulgt op på udgiften hen over året, og der er foretaget en afregning af årets faktiske forbrug.

Bevillingerne i 2011 og 2012 på hhv. 19 og 14 mio. kr. omhandlede både udgifter til implantater, løn og øvrig drift. Lederforum for Økonomi traf beslutning om finansieringen i 2012, bl.a. på mødet den 21. december 2011. I 2013 blev bevillingen på 6 mio. kr. givet til implantater (som ansøgt), men ikke til finansiering af løn og drift. Alle ansøgninger drøftes i dag i Klinikforum inden der træffes endelig beslutning om finansiering af de enkelte ansøgninger.

Det er væsentligt at bemærke at figur 4 kun viser den del udgifterne, som vedrører helt nye behandlinger i de enkelte år. Til hele området nye behandlinger er der endvidere givet finansiering til opdrift af aktiviteter fra tidligere år.

Bilag:

Budget og refusion fra 2011 - 2014: Nye behandlinger (beløb afrundet)

Mio. kr.	2011	2012	2013	2014
Budget	76	58	33	30
Refusion	31	20	33	22