

Udgiftspres på sundhedsområdet i Region Midtjylland i 2009.

I dette notat beskrives de hovedområder som vil medføre et aktivitetsmæssigt og økonomisk pres på sundhedsområdet i Region Midtjylland i 2009.

Notatet har således til formål at pege på de driftsøkonomiske udfordringer som regionen forventes at stå overfor i 2009 på det somatiske sundhedsområde.

Der vil i væsentligt omfang være områder, som har givet et udgiftspres i både 2007 og 2008 og som forventes at fortsætte i 2009.

Notatet er udarbejdet som baggrundsnotat til de indledende drøftelser forud for den forventede aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2009.

1. Sammenfatning

Metodemæssigt er der tæt sammenhæng mellem de økonomiske skøn og udsigter for 2008 og det udgiftspres der forventes i 2009.

Dog således, at det udgiftspres, der beskrives her i notatet, er nye udfordringer for 2009 og er således et pres, som ligger ud over de budgetproblemer, der er beskrevet i den første økonomirapport for 2008.

Den samlede opstilling er delt i 2 dele:

- Generelle udfordringer, der forventes at indgå i økonomiforhandlingerne med regeringen
- Særlige temaer på landsplan, som regionen skal pejle efter.

Dato : 9. maj 2008

Per Jensby

Tel. +45 8728 4503

per.jensby@stab.rm.dk

Side 1

1.1. Generelle udfordringer

Den følgende tabel samler vurderingerne af de generelle udfordringer, der samlet giver et udgiftspres for 2009 på 982 mio. kr:

Tabel 1: Samlet oversigt

2 Generel aktivitetsstigning	275,0 mio. kr.
3 Ny dyr medicin	189,0 mio. kr.
4 Nye behandlinger	253,0 mio. kr.
5 Akut kræft/Kræfthandlingsplan II	11,0 mio. kr.
6 Helårsvirkning af allerede trufne beslutninger	52,3 mio. kr.
7 Fælles serviceområder	98,8 mio. kr.
8 Øvrige områder/temaer	43,0 mio. kr.
9 Primær sundhed, generelt	100,0 mio. kr.
Primær Sundhed, medicin	60,0 mio. kr.
Efterregulering af medicingarantier	-100,0 mio. kr.
I alt	982,1 mio. kr.

I den generelle aktivitetsstigning er indregnet udgifter, svarende til en aktivitetsstigning på 5%, heraf må det dog forventes at 1-2% skal realiseres som øget produktivitetskrav, på de midtjyske hospitaler samt stigning på privathospitaler.

Ny dyr medicin er et område som forventes at fortsætte den allerede kendte – og markante – udvikling i ibrugtagning af nye medicamenter. I de 189 mio. kr. er indregnet midler til finansiering af helårsudgiften af præparater ibrugtaget i 2008 og et reserveret beløb til kommende nye præparater i 2009.

Omkring nye behandlinger ses ofte at disse i indfasningsperioden ikke kan finansieres at de kendte DRG-takster, eller at der er konkrete opstartsomkostninger ved indfasning af nye behandlingsforløb. Hertil kunne reserveres op til ca. 250 mio. kr.

På kræftområdet er det særligt stråleterapiområdet, der trænger sig på i 2009, som følge af den fortsatte udbygning og uddannelse, særligt med henblik på at kunne bemande den kommende enhed i Herning.

I helårsvirkning af allerede trufne beslutninger er indregnet udgifter til hospice, mammografiscreening og lægelig uddannelse. Der skal afsættes finansiering til de allerede vedtagne planer på områderne, svarende til en samlet merudgift på 152 mio. kr. Dog er lægelig uddannelse en del af en landsdækkende forståelse og ikke en beslutning i Regionsrådet.

Under Serviceområderne, med en forventet udgiftsstigning på 99 mio.kr. er indregnet aktiviteter, der er svært styrbare og som ikke opfanges af DRG-systemet. Det drejer sig primært om det præhospitale område, palliativ handlingsplan og udgifter til patienter i eget hjem.

Under temaet Øvrige udgifter, med samlede forslag på 43 mio. kr., er der primært indregnet forslag til forskellige personalepolitiske initiativer, som eksempelvis

opkvalificering, specialuddannelse for anæstesisygeplejersker og rekruttering af udenlandsk arbejdskraft.

Hovedparten af udgifterne til den primære sundhed er omfattet af landsdækkende overenskomster på området. Der forventes såvel en pris- som aktivitetsstigning på området.

Vedrørende medicin er der indikeret et stigende refusionsniveau, svarende til erfaringerne fra de seneste år. Det forventes, at netop denne post vil indgå konkret i økonomiforhandlingerne, således at den nuværende medicingarantiordning fortsættes. Det betyder at regionen for medicin under Primær sundhed bør budgettere med det niveau, der indgår som aftalegrundlag i den forventede økonomiaftale.

Alt i alt er der en samlet vurdering på knap 1 mia. kr. Det forventes, at temaer som indgår i dette beløb vil blive behandlet som et samlet hele i de kommende økonomiforhandlinger med regeringen om regionernes økonomi for 2009.

1.2. Særlige temaer på landsplan

Ud over de generelle temaer i årets økonomiforhandlinger vil der være særlige områder, som påkalder sig særlige forhandlinger for at regionerne kan komme videre med opgaverne.

Den Danske kvalitetsmodel

I forlængelse af tidligere økonomiaftale er der igangsat en omfattende proces hen imod at alle hospitaler i Danmark i løbet af 2008 skal akkrediteres. Der vil være tale om et meget markant ressourceforbrug til konkrete beskrivelser på alle afdelinger og forskellige fælles initiativer.

Samlet er ressourceforbruget opgjort til 140 mio. kr., hvor hovedparten af udgifterne er ressourcer til frigørelse af personale, der skal uddannes, foretage de fornødne audits og evalueringer.

Det er foreslået Danske Regioner at se denne væsentlige udgiftspost i forhold til drøftelserne om det generelle produktivitetskrav for 2008, idet alle hospitalsafdelinger er omfattet af merarbejdet.

Kvalitetsreformen

Et led i regeringens kvalitetsreform er trepartsdrøftelserne mellem regeringen, KL, Danske Regioner, LO, FTF og AC med henblik på at sikre udvikling af medarbejdernes kompetencer, attraktive arbejdspladser og rekruttering af medarbejdere til den offentlige sektor. Kvalitetsreformen må forventes at medføre et udgiftspres i de kommende år.

I Region Midtjylland er der væsentligst tale om følgende områder som: Øget optag på sygeplejerskeuddannelserne, voksenløn til SOSU-elever og øget optag på uddannelser, specialuddannelse til kræftsygeplejerske og øvrige personalepolitiske initiativer.

Disse initiativer er foreløbig opgjort til at koste ca. 63 mio. kr.

Elektronisk PatientJournal

Endelig må det forventes at der i 2009 skal ske en fortsat IT-mæssig harmonisering af regionens forskellige sundhedsmæssige IT-systemer, især vil arbejdet med den fortsatte udvikling af EPJ skulle prioriteres, foreløbige skøn viser et udgiftsbehov på op imod 100 mio. kr. alene i 2009.

Genoptræning

I forbindelse med kommunalreformen gennemførtes en DUT-regulering vedrørende genoptræning, der skulle have svaret til de tidligere amters udgifter til genoptræning. Da de øvrige regioner melder om en ubalance svarende til Region Midtjyllands har der været tale om en kraftig overvurdering af de tidligere amters udgifter. Regionernes bloktilskud er derfor reduceret med et større beløb end de reelle udgifter. Der påregnes en midtvejsdrøftelse med regeringen om dette emne.

Samlet beløber Region Midtjyllands finansielle manko sig til 82 mio. kr. i 2008.

Kroniske sygdomme

Regionsrådet vedtog i slutningen af 2007 planen "Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats". Planen indeholder en række konkrete initiativer blandt andet forløbsprogrammer for kroniske lidelser (kronikerprogrammer), patientuddannelse, opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra hospital, forløbskoordinering, forebyggende helbredsundersøgelser mv.

Ud fra en foreløbig samlet vurdering skønnes implementeringen af kronikerprogrammerne i 2009 at medføre en ekstraudgift på 18,5 mio. kr. i 2009.

Del A. Generelle udfordringer, der indgår i økonomiforhandlingerne

Herunder beskrives de enkelte områder nærmere.

2. Generel aktivitetsstigning, takststyring og frit sygehusvalg

I løbet af de senere år har det danske sygehusvæsen været udsat for en stigende markedsgørelse.

En væsentlig del af markedsgørelsen af sygehusvæsenet, har været introduktionen af reglerne om ventetidsgaranti for patienterne. Der er således fastsat en maksimal grænse for, hvor længe patienterne må vente på at blive behandlet. Kombineret med reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, hvor patienterne efter 1 måneds ventetid, kan blive behandlet på et privat sygehus, eller søge behandlinger på andet offentligt sygehus udenfor bopælsregion - for bopælsregionens regning. Hermed er grundlaget for et efterspørgselsreguleret sygehusvæsen skabt, og det er således vanskeligt for hospitalerne eller hospitalejerne at "afvise" patienterne og dermed lægge et loft over antal behandlinger pr. år.

Et forhold, der også skal fremhæves, er at den statslige meraktivetetspulje for 2009 (hvor hospitaler og regioner tilføres midler ved ekstra aktivitet) tager udgangspunkt i den forudsatte aktivitet i 2008 i henhold til forudsætningerne i økonomiaftalen. Det er dermed af stor betydning, at der vil ske finansiering af det fortsatte aktivitetsniveau i 2009.

Dermed er det offentlige sygehusvæsen kommet i en situation, hvor man er i konkurrence med både de private sygehuse og offentlige sygehuse i andre regioner. En patient, med bopæl i Region Midtjylland, der bliver behandlet på et privat sygehus, eller et offentligt sygehus i en anden region, medfører således en væsentlig merudgift. Region Midtjylland skal betale 100 % af DRG taksten ved behandling på private eller uden-regionale sygehuse, mens Region Midtjylland kun betaler 50% af DRG taksten ved behandling på et af Regionens egne hospitaler.

2.1. Takststyringsmidler til hospitalerne ved meraktivitet

Såfremt de senere års aktivitetsstigninger – med en årlig aktivitetsstigning op til 3% - forsætter ind i år 2009, vil der i 2009 være behov for en pulje på ca. 200 mio. kr., hvis man fortsat skal finansiere hospitalernes meraktivitet i 2009.

I det store hele, må det betragtes som vanskeligt at begrænse hospitalernes meraktivitet, da patienterne ellers i vidt omfang vil søge behandlinger i andre regioner eller på private sygehuse. Således viste et studie af udgifterne til private sygehuse for henholdsvis Vejle og Århus Amt, at Århus Amt, som havde loft over udbetalingerne til sygehusene, brugte 4 gange så mange penge pr. indbygger, sammenlignet med Vejle Amt som ikke havde loft over udbetalingerne til sygehusene.

2.2. Pulje til finansiering af behandlinger, der ikke kan rummes indenfor 50%

For 2009 må det endvidere forventes, at der, ligesom tidligere år, skal afsættes midler til udgifter som ikke kan finansieres via takststyringen. Her tænkes primært på behandling, som ikke kan rummes indenfor den normale takststyringsmodel. Dette

kan dels skyldes at taksten er for lav i forhold til omkostningen ved behandlingen. Der kan endvidere være tale om "fokus" områder, hvor investering i udstyr eller en højere afregningstakst, skal være med til at øge antallet af behandlinger indenfor det pågældende område.

Der vil i særlige tilfælde være ekstra aktivitet, som helt eksplicit ikke vil kunne finansieres af hospitalerne indenfor en takstafregning på 50% af DRG-taksten.

Det er særligt områder, hvor implantater og andre hjælpematerialer udgør en forholdsvis stor andel af den samlede takst, at hospitalerne ikke vil have incitament til at indgå i ekstra aktivitet indenfor den generelle takststyringsmodel. Der bør for at forhindre denne uhensigtsmæssighed være mulighed for at indgå aftaler med det enkelte hospital om en særlig finansiering på udvalgte områder.

Der foreslås afsat en pulje til formålet på 25 mio. kr.

2.3. Det udvidede frie sygehusvalg

Udgifterne til de private sygehuse udgør et særskilt og fortsat problem. I Region Midtjyllands budget for 2008 er der således afsat 157 mio. kr. til udgifterne på de private sygehuse, og der er yderligere udgiftspres på 50 mio. kr.

Dette tal kan meget vel stige på grund af virkningerne af den nedsatte behandlingsgaranti fra to til en måned pr. 1. oktober 2007. Det er vanskeligt at give nogen sikker prognose på, hvad denne ændring i behandlingsgarantien vil betyde for forbruget af private sygehuse i både 2008 og 2009. Derudover må konflikten på forventes at have en effekt både i 2008 og 2009.

Den følgende tabel viser, den estimerede aktivitetsværdi i forbindelse med offentligt betalt behandling på private sygehuse 2007 fordelt på regioner.

Mio. kr.	I alt	Udgifter pr. indbygger
Region Nord	115,6	193
Region Midt	153,0	128
Region Syd	131,5	110
Region Hovedstaden	211,1	132
Region Sjælland	152,2	190

Kilde: Bearbejdede data fra Landspatientregisteret, af Danske Regioner.

Som det fremgår, har Region Midtjylland haft det næstlaveste forbrug pr. indbygger i 2007.

2.4. Sammenfatning af udgiftspres i 2009

Der tegner sig således et billede af et øget udgiftspres i forbindelse med takststyringen, forbruget på de private sygehuse, og udgifter til nye behandlinger i 2009. Samtidigt må det forventes, at Region Syddanmark og Region Nordjylland, vil være i stand til at trække en del deres patienter hjem, hvilket vil påvirke Region

Midtjylland indtægtsbudget. Samlet set kan udgiftspresset for 2009 opsummeres på følgende måde:

Tabel 2: Generel aktivitetsstigning

2.1	Takststyring	200,0 mio. kr.
2.2	Pulje til nye behandlinger og behandlinger, der ikke kan rummes indenfor 50%	25,0 mio. kr.
2.3	Det udvidede frie sygehusvalg	50,0 mio. kr.
2	I alt	275,0 mio. kr.

Det skal bemærkes at der mellem de enkelte udgiftsposter er delvist overlap. Det betyder at de forventelige merudgifter i 2009 bliver mindre. Hvilke af posterne der forhåbentlig bliver mindre afhænger af hvilken konkret strategi der aktivitetsmæssigt vælges for 2009.

3. Ny dyr medicin

Der forventes forsat stigning i hospitalernes medicinudgift på en række områder. Dels skal der reserveres midler til helårsvirkning af de præparater, der ibrugtages i løbet af 2008 og dels må det forventes, at der også i 2009 vil være kommende nye præparater, der bør ibrugtages.

Region Midtjylland skøn på baggrund af indhentede oplysninger fra regionens hospitaler er vist i den følgende tabel.

Tabel 3: Pulje til ny dyr medicin

3.1	Helårsvirkning af medicin ibrugtaget i 2008	106,0 mio. kr.
3.2	Ny dyr medicin, forventet ibrugtaget i løbet af 2009, eksklusiv kræftmedicin	83,0 mio. kr.
3	I alt	189,0 mio. kr.

Der er eksempelvis tale om følgende.

Børneafdelingen på Skejby Sygehus har centerfunktion for behandling af børn med bl.a. gigtsygdomme. P.t. er 170 børn i behandling, og ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal disse børn kontrolleres mindst hver 3. måned, hvilket ikke er muligt med den nuværende kapacitet. Desuden forventes, at behandlingen udvikler sig i retning af øget anvendelse af biologisk modificerende lægemidler.

En af de nye cancerbehandlinger omfatter behandling af nyrecancer med medicinen Sorafenib, som er godkendt til behandling af udbredt nyrekræft. Forsøg har vist, at behandlingen i nogle tilfælde kan fordoble patienternes sygdomsfrie overlevelse. Behandlingen medfører stabilisering eller delvis sygdomssvind hos 84 % af patienterne.

Andre eksempler på nye cancerbehandlinger, som kan medvirke til at sikre en mere effektiv behandling af patienterne er anvendelse af medicinen Avastin til henholdsvis mamma-cancer og lunge-cancer. Der er nu data, der tyder på, at den kemoterapi vi i

dag anvender som førstevalg ved behandling af patienter med mamma-cancer, som får tilbagefald bliver mere effektiv, hvis den tillægges medicinen Avastin. Det skønnes, at der vil blive behandlet ca. 50 patienter årligt. (Medicinudgiften til denne behandling vurderes til at udgøre ca. 17 mio. kr.) Endvidere foreligger der data, der viser, at Avastin til behandling af lunge-cancer i kombination med kemoterapi øger effekten af behandling bl.a. til patienter med fremskreden småcellet lungekræft. Det skønnes, at ca. 100 patienter i Region Midtjylland vil få gavn af behandlingen i 2009.

4. Nye behandlinger

Der vurderes at være et samlet behov på 253 mio. kr. i 2009 til dækning af udgifter ved nye behandlinger. Dette behov dækker helårsvirkning af nye behandlinger igangsat i 2008 og nye behandlinger, der kan igangsættes i 2009, jf. følgende fordeling.

Tabel 4: Nye behandlinger

4.1	Helårsvirkning af nye behandlinger igangsat i 2008	79,0 mio. kr.
4.2	Nye behandlinger 2009	174,0 mio. kr.
4	I alt	253,0 mio. kr.

Der er eksempelvis tale om følgende.

Hjertemedicinsk, Hjertekirurgisk og Intensiv afdeling har i de seneste år på forsøgsbasis, og med godt resultat, gennemført den såkaldte stentklapbehandling (hjerteklapbehandling), hvor man med kikkertkirurgi kan foretage en behandling af patienter med alvorlig forsnævring af hjerteklappen. Behandlingen er tidligere udført ved åben hjertekirurgi. Behandlingen ønskes derfor etableret som et fast tilbud til hjertepatienter, der er egnet til at modtage behandling. I 2009 forventes der behov for i alt 50 stentklap-operationer.

Ved Århus Universitetshospital, Århus sygehus, må der i lighed med de øvrige år også i 2009 forventes stigende udgifter til nye medicinske cancerbehandlinger, der igangsættes i 2009.

5. Fortsat udbygning af stråleplan

Region Midtjylland er i færd med at implementere den Udskiftnings- og implementeringsplan for stråleområdet (Stråleplan), som blev udarbejdet som følge af Kræftplan II.

Med hensyn til den forventede stigning i forskellige former for kirurgisk og medicinsk kræftbehandling er forudsat at denne aktivitet indgår i skøn over den generelle aktivitetsudvikling.

Tabel 5: Kræfthandlingsplan II

5.1	Stråleudbygning	11,0 mio. kr.
5.2	Akut kræft	mio. kr.
5	I alt	11,0 mio. kr.

De økonomiske konsekvenser af, at behandlingsgarantien på 48 timer vil komme til omfatte stadig flere kræftformer samt et generelt kvalitetsløft er ikke vurderet, da kræfthandlingsplan II vil blive et element i de centrale budgetforhandlinger.

6. Helårsvirkning af allerede trufne beslutninger

I dette afsnit opsamles helårskonsekvenserne af de væsentlige beslutninger Regionsrådet har truffet og som indeholder en helårsudgift. Det vil sige merudgiften fra de afsatte midler i 2007/2008 og op til det fulde udgiftsniveau i 2009.

Tabel 6: Helårsvirkning af allerede trufne beslutninger

6.1	Hospice	4,7 mio. kr.
6.2	Brystkræftscreening	18,0 mio. kr.
6.3	Lægelig videreuddannelse m.v.	29,6 mio. kr.
6	I alt	52,3 mio. kr.

Konkret for de enkelte områder anføres:

6.1 Hospice

Hospice er et tilbud til uhelbredeligt syge og døende patienter om lindrende behandling, pleje og omsorg. Der er tale om et område under udbygning. Helårsvirkningen ved, at Hospice Limfjord og Hospice Djursland kommer i fuld drift i 2008 samt bortfald af statstilskud medfører et udgiftspres på 4,7 mio. kr. i 2009.

6.2 Brystkræftscreening

Regionsrådet har på baggrund af behandling på møderne d. 20. juni 2007 samt d. 20. februar 2008 besluttet at indføre mammografiscreening af kvinder mellem 50 og 60 år i Region Midtjylland. Implementeringsperioden strækker sig over to år, og i denne periode inviteres kvinderne til screening én gang.

Beslutningen om at indføre mammografiscreeningen over en to årig periode betyder, at der vil være et øget udgiftspres i implementeringsårene 2008 og 2009, som følge af et forøget antal behandlingskrævende brystkræftfund i de første år efter indførelsen af et screeningsprogram. Herefter nås et niveau, hvor antallet af nye fundne kræfttilfælde er stabilt. Jo kortere tid denne implementeringsperiode løber over, og jo flere kvinder som screenes, jo flere kræfttilfælde findes, og jo større er udgifterne til udredning og efterfølgende behandling.

Merudgifterne til mammografiscreeningsprojektet – dvs. inklusiv de afledte effekter til klinisk mammografi, kirurgi og onkologi, som følge af fund af brystkræft – udgør allerede 18 mio. kr. i 2008. Hertil kommer skønnede merudgifter til kirurgisk behandling i størrelsesordenen 100 mio. kr. i 2009, der dog indgår i sammenhæng med takststyringspuljen for 2009. Udgiftspreset er således på 18 mio. kr. i 2009.

I 2010 forventes driftsudgifterne at falde markant til 53 mio. kr. primært som følge af et fald i driftsudgifterne til afledt behandling. Den markante ændring i driftsudgifterne fra 2009 til 2010 afspejler betydningen af et screeningsprogram for den afledte aktivitet på kort og langt sigt. Med mammografi stilles diagnosen brystkræft tidligere end ellers. Det betyder, at antallet af nye tilfælde af brystkræft stiger, når

screeningsprogrammet startes op, da alle stadier af brystkræft viser sig. For behandlingssystemet betyder dette ekstraordinært mange udrednings- og behandlingsforløb ved indledning af et screeningsprogram. I de efterfølgende runder af screeningen vil antallet af nye tilfælde nærme sig det oprindelige niveau, som vil forventes uden screening. Derfor forventes et fald i driftsudgifterne til afledt behandling i 2010.

6.3 Lægelig videreuddannelse m.v.

Som følge af uddannelsesreformen for den lægelige uddannelse er der over de kommende år behov for at etablere flere turnusstillinger for, at regionen er stand til at leve op til forpligtelser med henblik på at få uddannet tilstrækkeligt med læger.

Udgiftspresset vedrører hovedsageligt udvidelser i uddannelseskapaleten i henhold til Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan og omlægning af den lægelige videreuddannelse. Begge områder indgår i Økonomiaftale 2008.

Nedenstående tabel beskriver skønnet over merudgifterne i forhold til budget 2008. I tabellen er merudgifter til kapacitetsudvidelse medregnet med 50 %, da det er forudsat, at den resterende finansiering påhviler hospitalerne og forudsættes opnået via aktivitetsforøgelse, arbejdsomlægninger eller besparelser. Denne finansieringsmodel er en videreførelse af amternes praksis.

År	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Kapacitetsudvidelse	12,0	21,5	31,8	41,2	47,6	50,2
Obligatoriske kurser	2,7	2,4	3,0	3,4	3,8	4,1
Praksisreservelæger	11,5	-4,5	-4,5	-4,5	-4,5	-4,5
Færdighedstræning	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lægens uddannelsesbog	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
I alt	27,6	20,8	31,7	41,5	48,3	51,2

Hertil kommer *Minimalt Invasivt Udviklings Center (MIUC)*, hvor de fire amter i videreuddannelsesregion Nord (Nordjyllands, Ringkjøbing, Viborg og Århus Amter) godkendte i 2004 et kvalitetsudviklings- og videreuddannelsesprojekt med det formål at sikre øget brug af minimal invasiv kirurgi på regionens kirurgiske, gynækologiske og urologiske afdelinger. Der stilles forslag om videreførelse og udvikling af dette projekt som en aftale mellem Region Nordjylland og Region Midtjylland. Udgifterne hertil vil i 2009 udgøre 2 mio. kroner og i 2010 og fremefter ca. 2,5 mio. kroner årligt.

Der skønnes således et samlet udgiftspres på området på 29,6 mio. kr. i 2009.

7. Fælles serviceområder

Den følgende tabel viser udgiftspresset på de fælles serviceområder:

Tabel 7: Fælles serviceområder

7.1	Præhospitale område inkl. fribefordring	35,0 mio. kr.
7.2	Patientforsikringer	10,0 mio. kr.
7.3	Patienter i eget hjem	15,0 mio. kr.
7.4	Medicin til særlige patientgrupper	14,0 mio. kr.
7.5	Palliativ indsats	10,8 mio. kr.
7.6	Ejendomsskatter	14,0 mio. kr.
7	I alt	98,8 mio. kr.

For serviceområderne gælder generelt at regionen kun i begrænset omfang kan påvirke den konkrete udgiftsudvikling.

7.1. Præhospitale område og fribefordring

Budgettet for serviceydelser vil normalt blive reguleret med den almindelige p/l-udvikling for varekøb og tjenesteydelser. Prisudviklingen for Falcks aktivitet er imidlertid højere end denne p/l.

Vurderingen af udgiftspresset på nuværende tidspunkt er præget af en vis usikkerhed om den forventede aktivitetsudvikling på området. Dertil kommer virkningen af et planlagt udbud af ambulancekørsel samt en eventuel omorganisering af vagtcentraler.

På baggrund af den senere års udvikling og prognoser for udviklingen i 2008 skønnes der et udgiftspres på området på ca. 35 mio. kr. inkl. engangsudgifter i 2009.

Det skal bemærkes, at området generelt er præget af udbud på det præhospitale område, hvilket medfører en højere grad af usikkerhed end tidligere.

7.2. Patientforsikring

Gennem de senere år er der gennemført flere omlægninger af patientforsikringsområdet, hvorfor hele udgiftsudviklingen er noget usikker i sin vurdering. Ligeledes har regionerne i dag, i praksis, ikke mulighed for at tegne en forsikring, hvilket hovedparten af amterne havde gjort tidligere. Disse er dog for omkring 5 år siden udløbet og kunne i praksis ikke gentegnes. Det betyder at regionen i den 5-7 års periode derfra skulle "opbygge" sin egen selvforsikrende pulje.

På baggrund af de seneste års udvikling i udgifterne på dette område vurderes det, at en stigning på yderligere 10 mio. kr. i forhold til budget 2008 er en realistisk vurdering, der baseres på indfasningen af selvforsikringsprincippet.

7.3 Patienter i eget hjem

Området dækker hjemmedialyse, ventilatørpatienter og bløderpatienter.

Der er også på dette område en generel opdrift i udgifterne, hvorfor der anslås et udgiftspres på 15 mio. kr. i 2009 på baggrund af den konstaterede tilvækst af patienter i 2008.

7.4 Medicin til særlige patientgrupper

Der er også på dette område en generel opdrift i udgifterne. Det anslås på baggrund af regnskab 2007 og udviklingen for 2008, at der er et udgiftspres på 14 mio. kr. i 2009.

7.5 Palliativ indsats

Den palliative indsats foreslås forstærket i 2009 gennem en palliativ handlingsplan.

Dette betyder et skønnet udgiftspres på 10,8 mio. kr. i 2009.

7.6 Ejendomsskatter

De stigende ejendomsvurderinger har medført, at hospitalerne, og ikke alene hospitalerne i Region Midtjylland, er blevet påført merudgifter i form af stigende ejendomsskatter. Dette er konkret sket ved, at udgiften til kommunal dækningsafgift er markant stigende. For hospitalerne under ét giver det et samlet udgiftspres på 14,0 mio. kr., hvoraf de 11,3 mio. kr. vedrører hospitalerne beliggende i Århus kommune.

8. Øvrige temaer/emner

I dette afsnit præsenteres en række temaer, der på forskellig måde presser sig på i 2009.

Tabel 8: Øvrige temaer/emner

8.1	Uddannelsesinitiativ for akut medicin	8,0 mio. kr.
8.2	Specialuddannelse for anæstesisygeplejersker	9,0 mio. kr.
8.3	Rekruttering af udenlandsk personale	10,0 mio. kr.
8.4	Laboratorydelser	8,0 mio. kr.
8.5	Medicoteknisk Afdeling	8,0 mio. kr.
8	I alt	43,0 mio. kr.

Lidt nærmere om de enkelte forslag til initiativer:

8.1 Uddannelsesinitiativ for akut medicin

Implementering af Akutplanen indebærer blandt andet etablering af fælles akutmodtageenheder (FAME). Etableringen indebærer en række initiativer, hvoraf de største involverer etablering af de nødvendige bygningsmæssige rammer på alle matrikler med fælles akutmodtagelse.

Et delprojekt omfatter efteruddannelse af personalet i FAME (primært læger og sygeplejersker). Der vil være udgifter til simulation, til undervisere, til udlandsophold og til opfølgning. Endvidere i opstartfasen udgifter til udarbejdelse af portefølje, undervisningsmateriale mv. Om muligt bør etablering af det centrale

færdighedslaboratorium i Det Nye Universitetshospital i Århus fremskyndes og udbygges til at omfatte faciliteter til træning af overgang mellem præhospitalt og intrahospitalt område.

Der forventes etablerings- og udviklingsomkostninger på ca. 5 mio. kroner i 2009 og herefter løbende uddannelsesudgifter på 3 mio. kroner årligt for både læger og sygeplejersker samt til lokal vedligeholdelsestræning. For det eller de første uddannelseshold vil det være nødvendigt at aftale udlandsophold, idet der ikke i dag findes etablerede fælles akutmodtageenheder i Danmark, som kan give den nødvendige uddannelse. Dette vil give merudgifter for de første hold på ca. 3 mio. kroner i 2009 og 2010.

Samlet et udgiftspres på 8 mio. kr. i 2009.

8.2 Specialuddannelse for anæstesisygeplejersker

På baggrund af den tiltagende mangel på anæstesisygeplejersker i Region Midtjylland var der i foråret 2007 nedsat en arbejdsgruppe, der har foretaget en udredning og status for problemets omfang pr. 1. marts 2007. På baggrund af en opdatering af arbejdsgruppens udredning på området vurderes imidlertid, at der er behov for at øge kapaciteten til uddannelse af anæstesisygeplejersker yderligere, dvs. ud over de ekstra 12 uddannelsespladser, der blev udvidet med pr. 1. august 2007. I prioriteringen i forbindelse med budgetlægningen for 2009 vil derfor blive arbejdet på at finde finansiering af en yderligere udvidelse af uddannelseskapaciteten, så der bliver i alt 2 årlige hold på hver 24 kursister. Det vil svare til det oprindelige forslag fra den nedsatte arbejdsgruppe på området.

I forhold til finansieringen vil der desuden være opmærksomhed på eventuelle muligheder for øget efter-/videreuddannelsesaktivitet inden for det sygeplejefaglige felt i forbindelse med udmøntningen af kvalitetsreformen og trepartsaftalerne.

Hvis optaget skal øges med yderligere 12 kursister til et ekstra fuldt hold på i alt 24 kursister fra 2009 betyder det yderligere ca. 9 mio. kr. i 2009. I 2010 vil den samlede merudgift udgøre 13 mio. kr. og i 2011, hvor udvidelsen har fuld effekt, vil merudgiften være 15 mio. kr.

8.3 Rekruttering af udenlandsk personale

Sundhedssektoren står i de kommende år over for store rekrutteringsmæssige udfordringer. Der er behov for, at der iværksættes en bred vifte af tiltag for at løse nogle af de problemer, som manglen på personale vil afstedkomme på bl.a. hospitalerne.

Samlet foreslås afsat et rammebeløb til rekruttering af udenlandsk arbejdskraft på 10 mio. kr.

8.4 Laboratorieydelser

Et tema vedrører laboratorieydelser til praksissektoren.

Alle hospitalerne i Region Midtjylland modtager prøver fra praksis inden for deres lokalområde og afholder udgiften inden for hospitalets budget. Hospitalerne har peget på, at der har været en stor stigning i ydelsernes omfang, som ikke er kompenseret budgetmæssigt.

Til brug for afdækning af udviklingen i ydelsernes til praksissektoren, har hospitalerne opgjort udviklingen i de sidste 5 år, dels i antallet af prøver og dels den tilhørende udgift for praksisområdets anvendelse af laboratorieydelser.

Sammenfattende viser udviklingen, at alle hospitaler har haft en stigende aktivitet og udgift vedrørende praksisområdets anvendelse af laboratorieydelse. I perioden 2003 til 2007 har der været en stigning i antallet af prøver på 57%. Den samlede udgift er i samme periode steget med 26,4 mio. kr. i 2007-priser svarende til 25%. Antallet af prøver er steget procentvis mere end udgiften. Det skyldes, at den gennemsnitlige udgift pr. prøve er faldet i perioden.

På baggrund af heraf vurderes det, at der vil være et udgiftspres på dette område på 8 mio. kr. i 2009, der skal ses i forhold til hospitalerne har realiseret tilsvarende produktivitetskrav gennem de seneste år.

8.5 Medicoteknisk Afdeling

Medicoteknisk afdeling (MTA) har ved overgangen til regionen fået udvidet opgavemængden betragteligt. Herudover er der kommet yderligere opgaver til. Her tænkes hovedsageligt på den store ekstraordinære opbygning, der skal ske på kræftområdet. Et andet område, der vil kræve fortsat øgning i ressourcerne, er de øgede udgifter som følge af stigning i den samlede apparaturpark, det gælder både til midler til teknikerpersonale, servicekontrakter og reservedele. Dette budget er for en stor dels vedkommende placeret på det enkelte hospital, men for Århus Universitetshospital og delvist regionshospitalet Horsens, Brædstrup, Odder er driftspersonalet en del af MTA.

Det vurderes, at der er behov for yderligere 8 mio. kr. i forhold til 2008.

9. Primær sundhed

Området Primær Sundhed dækker over alle udgifter tidligere benævnt som Sygesikringen. Området er traditionelt forbundet med nogen økonomisk usikkerhed, da der i al væsentlighed er tale om et aftalebestemt område, med selvstændige overenskomster. Hertil kommer at der særlig vedrørende medicintilskudsområdet gennem de senere år har været særlig aftale herom i økonomiaftalerne med regeringen.

Det samlede udgiftspres for Primær sundhed kan i hovedtræk opdeles i Medicinområdet og den øvrige Primære Sundhed. Hertil kommer at der skal erindres at området både i 2007 og 2008 er under økonomisk pres.

Ligeledes forventes det at de senere års særlige aftale vedrørende medicin igen bliver et tema i økonomidrøftelserne, således at regionens budgetforsalg på dette område vil

afspejle forudsætningerne i økonomiaftalen. Det betyder også at de nævnte beløb for medicin er "vejledende".

mio. kr.	Primær Sundhed ekskl. Medicin	Primær Sundhed Medicin	Området i alt
2009	100	60	160

Primær Sundhed, ekskl. medicin

De væsentligste udgiftsposter er udgifter til almen lægehjælp, speciallægehjælp, fysioterapeutisk behandling og tandlægehjælp.

Det samlede budgetpres fra 2008 til 2009 er beregnet til ca. 100 mio. kr. Det store udgiftspres forventes især på følgende områder:

- Aktivitetsstigning på de nye ydelsesformer der blev aftalt i forbindelse med overenskomstaftalen fra 2006 på området almen lægehjælp, hvor der er tale om en stigende trend i udgiftsstigningen i de senere år. Der ses også en meget stor stigning i anvendelsen af e-mailkonsultationer.
- Som følge af den stadigt stigende mangel på praktiserende læger vil der i den kommende tid opstå et stadigt stigende behov for iværksættelse af en række fastholdelses- og rekrutteringstiltag. Hertil bør der afsættes yderligere midler end det ovenfor opgjorte udgifts- og budgetpres.
- I 2008 forventes fornyelsen af overenskomsten med de praktiserende speciallæger at medføre et budgetpres. Afhængigt af det konkrete indhold må forventes en del merudgifter, som der skal afsættes yderligere midler til ud over det opgjorte budget- og udgiftspres. Det gælder især en eventuel ændring/lempelse af knækgrænsesystemet, hvilket kan give meraktivitet på flere specialer.

Endvidere kan der peges på, at den øgede aktivitet i det danske sundhedsvæsen generelt som følge af stramning af ventetidsgaranti må forventes at ville give en afsmittende virkning i praksissektoren.

- I Region Midtjylland vil dette blive understøttet af Regionsrådet beslutning om, at der skal udarbejdes konkrete forslag til at flytte opgaver fra hospitalsområdet til praksissektoren. Udgiften forbundet med denne meraktivitet i praksis er ikke indeholdt i udgiftsstigningen. Denne udgift er skønsmæssigt anslået til 20. mio. kr.
- Derudover betyder Amanuensisfonden, stigning i antallet af e-mailkonsultationer samt forebyggende konsultationer et udgiftspres i 2009. Udgifterne hertil er anslået til 25 mio. kr.

Således forventes et samlet udgiftspres på 100 mio. kr. i 2009.

Primær Sundhed, medicin

Udgiftsudviklingen på tilskud til sygesikringsmedicin har i de sidste mange år været meget svingende. Mens udgiftsstigningen i perioden 2001-2003 var kraftig (10-14% i årets priser), har udgiftsudviklingen i perioden 2003-2005 været betydeligt mere afdæmpet (4-5%). I 2006 og 2007 har udgiftsstigningen igen været stigende.

Det er da også disse store udsving, med tilhørende ændringer i tilskudsreglerne gennem de senere år, der har medført at der i de senere års økonomiaftaler har været aftalt en 75% statsgaranti på udsving i forhold til et fastsat landsniveau.

Tabel: Udgiftsstigning til medicintilskud fra 2003-2008 i Region Midtjylland

Stigning i %, årets priser	2004-05	2005-06	2006-07	Gennemsnit 2004-07
Udvikling medicin	4,03	5,62	7,85	5,83

Det fremgår af ovenstående tabel, at udgiftsstigningen siden 2004 har vist en stigende tendens fra et niveau på 4%. På baggrund af den stigende udgiftstendens må der i de kommende år forventes et fortsat stigende udgiftspres.

Udgiftsudviklingen er især betinget af følgende forhold:

- Nye behandlingsmetoder
- Ændrede tilskudsregler
- Forbrugsudviklingen
- Patentudløb (hvilket ofte medfører prisfald)
- Opgavefordelingen mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet.

Flow'et i antal af patentudløb har haft en væsentlig betydning for den mere afdæmpede udgiftsudvikling i årene 2004-2006.

I perioden 2002-2005 faldt udgifterne til i alt 17 lægemidler fra 2002-2005 med 80 mio. kr. i Århus Amt som følge af prisfald i forbindelse med patentudløb. Omregnet til regionsniveau svarer det til 143 mio. kr.

De foreløbige oplysninger peger i retning af, at priseffekten som følge af patentudløb i de kommende år vil være betydeligt lavere. Når der fastlægges garantiniveauer for medicintilskud skal der derfor tages højde for en forventet større udgiftsstigning end i de tidligere år.

Region Midtjylland har beregnet en udgiftsstigning til medicintilskud for Primær Sundhed for de kommende 2 år på godt 120 mio. kr. svarende til en årlig stigning på ca. 60 mio. kr.

Efterregulering af hidtidige medicingarantier er på baggrund af tidligere erfaringer skønnet at give en indtægt på 100 mio. kr.

Del B. Særlige temaer på landsplan, som regionen skal pejle efter

Herunder beskrives de enkelte områder nærmere.

10. Implementering og drift af Den Danske Kvalitetsmodel

I forberedelsen til økonomiforhandlingerne med regeringen er der udarbejdet et anslag over regionernes forventede merudgifter i forbindelse med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel.

I finanslovsaftalen 2008 fremgår det, at der er i alt er afsat 350 mio. kr. til opgavevaretagelsen af Den Danske Kvalitetsmodel. Heraf 150 mio. kr. til etableringsomkostninger i 2008 og 75 mio. kr. årligt til drift i årene 2009-2011.

På Temagruppen for Kvalitet og Services møde den 7. marts 2008 besluttedes det, at regionerne udfylder en skabelon med forventede udgifter på diverse relevante områder.

Som svar på henvendelse fra Danske Regioner om at udarbejde skøn for regionens forventede udgifter i forbindelse implementering og drift af Den Danske Kvalitetsmodel redegøres i det nedenstående for de forventede økonomiske konsekvenser for Region Midtjylland.

Som udgangspunkt anslår Region Midtjylland det samlede ressourceforbrug ved at implementere Den Danske Kvalitetsmodel til at være i størrelsesordenen 180 millioner kr. for Region Midtjylland. Beløbet er fastsat ud fra det tidsforbrug, der bredt på hospitalerne forventes at medgå til arbejdet med modellen – et tidsforbrug, der vil være spredt på alle afdelinger og mange personer, herunder mange klinikere. De 180 mio. kr. er et udtryk for det samlede ressourceforbrug til implementering af modellen.

Det er vanskeligt at fastlægge både det samlede ressourceforbrug og de faktiske ekstra udgifter. Dette skyldes usikkerhed om tidsforbruget og principielle problemer med at afgøre hvilke udgifter, der udelukkende er affødt af kvalitetsmodellen, og hvilke, der skyldes kvalitetsudviklingstiltag og andet med relevans for Den Danske Kvalitetsmodel. Tiltag der alligevel ville være igangsat eller fortsat.

Den del af ressourceforbruget, der vedrører et lille tidsforbrug for mange personer, er desuden vanskeligt at omsætte til en reel udgift. Det vil på forskellig og meget spredt vis ofte give sig udslag i, at andre opgaver ikke løses, og det vil i en række tilfælde ikke kunne danne grundlag for at ansætte ekstra personale. Det skal også bemærkes, at de enkelte afdelinger har forskellige udgangspunkter for kvalitetsarbejdet både med hensyn til erfaring og ressourcer.

Endeligt skal det anføres, at der ved akkrediteringen vil blive kanaliseret ressourcer fra den brede vifte af større eller mindre kvalitetsprojekter, der i dag udføres på hospitalerne, til akkrediteringsopgaven.

I nedenstående er de 180 mio. kr. søgt korrigeret for ovenstående problemstillinger, således, at der opnås et skøn for merudgifterne i forbindelse med implementeringen af modellen. Den grundlæggende forudsætning for beregningerne er, at hospitalernes øvrige aktiviteter fortsætter på samme niveau som hidtil.

De estimerede merudgifter til etablering af Den Danske Kvalitetsmodel er opdelt på tre hovedområder:

1. Uddannelse, 57,8 årsværk og 23,5 mio. kr.
2. Implementering og audit (registrering – øgede dokumentationskrav), 175,0 årsværk og 70,4 mio. kr.
3. Audit (selvevaluering), 1,8 årsværk og 0,7 mio. kr.

Samlet estimeres merudgifterne i forbindelse med etablering at andrage 234,5 årsværk, hvilket svarer til en samlet udgift på 94,6 mio. kr., hvoraf en del vil skulle afholdes i 2008 og den resterende del i 2009.

De estimerede merudgifter til driften af Den Danske Kvalitetsmodel er også opdelt på tre hovedområder:

1. Uddannelse, 10,0 årsværk og 4,3 mio. kr.
2. Løbende koordinering og audit (registrering – øgede dokumentationskrav), 87,5 årsværk og 35,2 mio. kr.
3. Audit (selvevaluering), 1,4 årsværk og 0,5 mio. kr.

Samlet estimeres merudgifterne i forbindelse med driften at andrage 98,9 årsværk, hvilket svarer til en samlet årlig udgift på 40 mio. kr. fra 2009.

Samlet er vurderingen af merudgifterne på 140 mio. kr. i 2009. Der kan som en mulighed for finansiering heraf peges på en reduktion i forhold til hospitalernes produktivitetskrav.

11. Kvalitetsreform

Et led i regeringens kvalitetsreform er trepartsdrøftelserne mellem regeringen, KL, Danske Regioner, LO, FTF og AC med henblik på at sikre udvikling af medarbejdernes kompetencer, attraktive arbejdspladser og rekruttering af medarbejdere til den offentlige sektor. Kvalitetsreformen må forventes at medføre et udgiftspres i de kommende år.

I Region Midtjylland er der tale om følgende områder.

Tabel 11: Kvalitetsreform

11.1	Øget optag på sygeplejerskeuddannelsen	4,0 mio. kr.
11.2	Voksenelevløn til sosu-assistentelever m.fl.	17,6 mio. kr.
11.3	Øget optag til sosu-assistentuddannelsen	6,6 mio. kr.
11.4	Specialuddannelse til kræftsygeplejersker	10,0 mio. kr.
11.5	Personalepolitiske initiativer m.v.	25,0 mio. kr.
11	I alt	63,2 mio. kr.

11.1 Øget optag på sygeplejerskeuddannelsen

I foråret 2007 indgik Danske Regioner og Undervisningsministeriet en aftale om øget optag på sygeplejerskeuddannelsen fra sommeren 2007. Region Midtjyllands andel af

det øgede optag var oprindeligt udmeldt til at være 75 studerende årligt til fordeling mellem sygeplejeskolerne i Århus, Randers og Silkeborg. Dette tal er siden ændret til 95 studerende årligt. Dertil kommer, at Regionshospitalet Horsens får en andel af det øgede optag til sygeplejeskolen ved University College Lillebælt, der ligger i Region Syddanmark. Andelen herfra forventes at blive ca. 9 studerende årligt.

I alt øges behovet for kliniske uddannelsespladser på regionens hospitaler og dertil hørende klinisk vejledning svarende til et øget optag på 104 studerende årligt fra 2008 og frem.

Udgiften til klinisk vejledning m.v. af sygeplejestuderende er foreløbig beregnet til at være ca. 75.000 kr. pr. studerende. Klinisk vejledning af et meroptag på 104 studerende betyder således en merudgift på ca. 7,7 mio. kr. når meroptaget er slået fuldt igennem.

I 2009 forventes udgiften at blive ca. 4 mio. kr. stigende til 6,6 mio. kr. i 2010 og fuld effekt på 7,7 mio. kr. i 2011.

De nævnte beløb er ekskl. udgifter til koordinering internt og i forhold til skolerne og uddannelse m.v. af kliniske vejledere.

11.2 Voksenelevløn til social- og sundhedsassistentelever m.fl.

I forlængelse af trepartsaftalerne fra sommeren 2007 blev der i december 2007 indgået en aftale mellem FOA og Danske Regioner om et protokollat til overenskomsten for social- og sundhedspersonale. I forhold til Region Midtjylland indebærer aftalen, at alle social- og sundhedsassistentelever, der påbegynder uddannelsen efter 1. januar 2008, har ret til voksnelevløn, hvis de er fyldt 25 år og har mere end et års relevant beskæftigelse.

De foreløbige beregninger viser, at voksnelevløn betyder en netto merudgift pr. elev på ca. 73.000 kr. Udgiften er beregnet på grundlag af AER-satser for 2007, idet de seneste satser vedr. 2008 først udsendes efter vedtagelsen af finansloven for 2008. Tallet skal derfor genberegnes når disse tal foreligger.

Med det nuværende optag og den nuværende andel af optaget til ansættelse i Region Midtjylland forventes det, at indførelsen af ret til voksnelevløn for social- og sundhedsassistentelever forventes der årlige merudgifter på ca. 17,6 mio. kr. indenfor Sundhedsområdet i 2009.

I beregningen er forudsat, at andelen af voksnelever vil udgøre 75% i 2008, mens den i 2009 og fremover vil udgøre 90%. I beregningerne er desuden forudsat et gennemsnitligt frafald på 10%.

11.3 Øget optag til social- og sundhedsassistentuddannelsen

I forbindelse med trepartsaftalerne er aftalt, at det er et mål at der skal være frit optag og praktikplads til alle elever på uddannelserne til social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent. I den forbindelse er aftalt, at optaget til de to uddannelser øges med 1.100 elever årligt på landsplan med halv effekt allerede i

2008 og fuldt effekt fra 2009 frem til 2015. Det svarer til en øget dimensionering af uddannelsen med ca. 10%.

Samlet forventes årlige merudgifter på 6,6 mio. kr. i perioden 2009-2015 på sundhedsområdet i Region Midtjylland i forbindelse med meroptaget af social- og sundhedsassistentelever.

I forhandlingsoplægget fra Finansministeriet og Undervisningsministeriet forudsættes, at regionernes ikke kompenseres for nogle af udgifterne til det øgede optag, idet det bl.a. forudsættes, at elevernes lønudgift afspejler deres arbejdsværdi.

På hospitalerne i Region Midtjylland indregnes p.t. i varierende grad arbejdsværdi for eleverne, og det vurderes, at der ikke kan forventes at blive fuld kompensation for merudgiften til det øgede antal elever, da de har en vis arbejdsværdi (vurderet til mellem 25 og 50% af en uddannet social- og sundhedsassistent). Når kompensationen fra staten er afklaret må det derfor forventes, at der bliver en problemstilling om, hvordan den udgift, der svarer til elevernes arbejdsværdi, skal finansieres.

I praksis vil udgiften ikke slå fuldt igennem fra starten, da det øgede optag formentlig vil blive fordelt over året, og fordi uddannelsen varer 20 måneder. Eftersom dette ikke er afklaret er der for overskuelighedens skyld regnet med merudgifter ved fuld effekt af meroptaget.

11.4 Specialuddannelse til kræftsygeplejersker

Der forventes et udgiftspres i forbindelse med en række andre specialuddannelser af sygeplejersker og aktiviteter vedrørende:

- Behandler- og visitationssygeplejerske.
- Akutmedicin.
- Kræftsygeplejerske.

Til dette område afsættes et rammebeløb på 10 mio. kr. i 2009.

11.5 Øvrige personalepolitiske initiativer m.v.

Til initiativer indenfor efteruddannelse af ledere og medarbejdere samt det personalepolitiske område kan der med fordel afsættes en pulje til igangsættelse af initiativer vedrørende arbejdsmiljø, fastholdelse og nedbringelse af sygefravær mv. for derigennem at bedre den rekrutteringsmæssige situation gennem at skabe mere gunstige arbejdsvilkår for regionens medarbejdere.

Det kan være gennem opgaveglidning mellem personalegrupper samt investeringer i mere tidssvarende fysiske rammer og ny teknologi at bidrage til højere produktivitet.

I Region Midtjylland foreslås afsat en pulje til formålet på 25 mio. kr.

12. Elektronisk Patient Journal m.v.

EPJ-udviklingen i Danmark har været drøftet heftigt i de seneste år. Sundhedsstyrelsen har forsøgt at udarbejde en grundstruktur for EPJ-systemer (G-

EPJ) mhp. at få samordnet de mange EPJ-systemer i Danmark i højere grad. G-EPJ initiativet er nu blevet stoppet. En ny national organisation, Digital Sundhed, er etableret til at styre og koordinere it-udviklingen på sundhedsområdet i højere grad. Der er bl.a. udarbejdet en ny national strategi for sundheds-it. I denne strategi fastlægges de overordnede udviklingspræmisser for bl.a. EPJ-udviklingen i Danmark. Generelt lægger den nationale it-strategi op til, at der laves flere ting i fællesskab. Men det står også klart, at der ikke udvikles ét fælles-nationalt EPJ-system. I stedet udvikles en række fælles delsystemer og services, f.eks. en et fælles sundhedsdatanet og den såkaldte Medicinprofil. Der er således lagt op til, at der regionalt arbejdes med udvikling af EPJ-systemer, som hen ad vejen, skal kobles sammen med og bruge de fælles nationale services.

I Region Midtjylland findes i dag fem kørende EPJ-systemer, som anvendes hver dag af samlet set op imod 12-14000 brugere. EPJ-systemerne er i dag de væsentligste it-systemer på hospitalerne og af meget stor betydning for patientbehandlingen og kvaliteten af denne. Det er en målsætning, at regionen skal bevæge med i retningen af ét fælles EPJ-system. Af de fem kørende EPJ-systemer er to valgt fra, som langsigtede løsninger. Der skal stadig ske en løbende udvikling af disse systemer et par år frem i takt med f.eks. nye nationale indberetningskrav, men det er en mere vedligeholdelsespræget udvikling. Af de tre resterende EPJ-systemer – Horsens-EPJ, Viborg-EPJ og Århus-EPJ - er det besluttet fokusere de videre afprøvning og tests omkring Århus-EPJ. Der vil være mere udvikling knyttet de tre sidstnævnte EPJ-systemer i de kommende år. Desuden er der en betydelig driftsudgift knyttet til af holde i alt fem EPJ-systemer kørende alt inklusiv.

Oversigt over udgifter til EPJ i 2007 og 2008 samt forventet udgiftsbehov til EPJ i 2009.

(mio kr)	2007	2008	2009
Udvikling	30	30	50
Drift og Vedligehold	45	50	50

Stigningen i udgifterne til udvikling af EPJ fra 30 mio. kr. i 2008 til 50 mio kr. i 2009 skyldes, at der er et opsparet behov efter først at have afventet den nationale linie og dernæst de interne undersøgelser og valg i regionen. Investeringer i EPJ kan bidrage til både effektivitets- og kvalitetsforbedringer.

Opgørelse af udgifter til EPJ i 2007 og 2008 er behæftet med nogen usikkerhed pga. forskellige budget- og opgørelsesmetoder i amterne. Behovet for udgifter i 2009 til videreudvikling af EPJ er baseret på en kvalitativ fremskrivning af de seneste års udviklingsniveau sammenholdt med ønsket i regionen om konsolidering til færre EPJ-systemer i regionen og de øgede krav til indberetning og brug af fælles services fra Sundhedsstyrelsen. Der ligger altså ikke p.t. detaljerede udviklingsplaner bag den forventede økonomi til EPJ-udvikling i 2009. Økonomi til EPJ fokuserer her på kernefunktionaliteten i EPJ: Medicin-, Booking, Rekvisition/svar- og journalfunktionaliteter samt i noget omfang patientadministration.

Der er en række tilgrænsende systemer som f.eks. ældre patientadministrative systemer, medicinrobot m.m., som ikke er indeholdt i den viste økonomi. Desuden skal der gøres opmærksom på, at der er en betragtelig økonomi bundet ud over den herover viste i drift, vedligehold og videreudvikling af andre sundheds it-systemer som f.eks. laboratoriesystemer, digitale billedesystemer osv.

Fordelingen af midler til EPJ-udvikling på de fem kørende EPJ-systemer besluttet af regionens EPJ-strategigruppe med Sundhedsdirektøren som formand og med repræsentation fra alle hospitals- og psykiatrilædelser.

Det må påregnes, at netop EPJ bliver et særligt tema i de kommende økonomiforhandlinger med regeringen for 2009 og de økonomiske muligheder skal ses i relation hertil.

Derudover bør det også nævnes, at der er en lang række it-systemer ved siden af EPJ, f.eks. it-systemer til laboratorier, røntgen, patologi, PAS, digitale billedsystemer m.v. Der ligger en økonomi af omtrent samme størrelse ved disse systemer.

13. Genoptræning

I forbindelse med kommunalreformen gennemførtes en DUT-regulering vedrørende genoptræning, der skulle have svaret til de tidligere amters udgifter til genoptræning. Da de øvrige regioner melder om en ubalance svarende til Region Midtjyllands har der været tale om en kraftig overvurdering af de tidligere amters udgifter. Regionernes bloktilskud er derfor reduceret med et større beløb end de reelle udgifter. Der påregnes en midtvejsdrøftelse med regeringen om dette emne.

Samlet beløber Region Midtjyllands finansielle manko sig til 82 mio. kr. i 2008. Et beløb der fortsætter, medmindre regionerne tilbagekompenseres for der afleverede bloktilskud.

14. Kroniske sygdomme

Regionsrådet vedtog i slutningen af 2007 planen "Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats". Planen indeholder en række konkrete initiativer blandt andet forløbsprogrammer for kroniske lidelser (kronikerprogrammer), patientuddannelse, opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra hospital, forløbskoordinering, forebyggende helbredsundersøgelser og –samtaler, selvmonitoreret og selvstyret behandling, kliniske farmaceuter i almen praksis og smertebehandling. Dertil kommer it-understøttelsen af indsatsen.

Helt overordnet gælder for mange af initiativerne, at der vil være initiale etableringsomkostninger, men samtidig at de på lang sigt forventes at medføre besparelser både for kommuner og region. Voksende patientpopulationer og merudgifter til mere intensiv behandling af flere trækker dog den anden vej. For nogle af initiativerne, for eksempel en bedre smertebehandling, vil der være tale om et løft serviceløft.

Ud fra en foreløbig samlet vurdering skønnes implementeringen af kronikerprogrammerne i 2009 at medføre en ekstraudgift for hospitalerne på 11 mio.

kr. for hospitalerne fordelt på patientuddannelse, øget speciallægekapacitet uden for universitetshospitalerne samt øget rehabilitering. Ud over udgifterne i hospitalsregi forventes en stigning i udgifterne til almen praksis – både til ydelser og til medicin. Til selvmonitoreret og selvstyret behandling forventes udgiften at blive 4,5 mio. kr. og et forbedret tilbud om smertebehandling forventes at beløbe sig til 3 mio. kr.

I alt et udgiftspres på 18,5 mio. kr. i 2009.

Der er på Finansloven for 2008 afsat et samlet beløb på 125 mio. kr. til regionerne og kommunerne. Dette beløb er endnu ikke blevet fordelt.

Del C. Øvrige forudsætninger

I dette materiale er der en række væsentlige områder som også presser sig på til politisk behandling, uden de dog af den grund er nævnt nærmere i ovenstående. Det drejer sig om.

15. Anlægsområdet

Anlægsområdet behandles i en særskilt proces. Der er dog tilfælde, hvor udgiftspres på driftsområdet også har konsekvenser på anlægsområdet.

Det er i nærværende oplæg forudsat at der også i 2009 tilvejebringes en pulje til apparaturanskaffelser som en del af anlægsbudgettet.

16. Hospitalsplan

De økonomiske konsekvenser er ikke vurderet.

17. Ukonkretiserede besparelser i budget 2008

Ved budgetlægningen for 2008 blev det forudsat, at der ved effektiviseringer i forbindelse med strukturplanen skulle tilvejebringes besparelser svarende til 100 mio. kr.

I forbindelse med akutforliget er den præhospital indsats opprioriteret med 15 mio. kr. Beløbet er forudsat finansieret af yderligere effektiviseringer i forbindelse med strukturplanen, så det samlede krav er på 115 mio. kr.

I forbindelse med strukturplanen skal det vurderes, hvordan effektiviseringer for i alt 115 mio. kr. kan gennemføres. Der er imidlertid ikke i skrivende stund effektueret nogen af disse besparelser.