

Notat



10. november 2008

Side 1

Ændring af visitationsretningslinjer

Anne V. Kristensen (V) ønsker en drøftelse i Regionsrådet af muligheden for at ændre visitationsretningslinjerne, jf. nedenstående. I dette notat redegøres for fordele og ulemper ved ændringer af visitationspraksis.

"Jeg ønsker at få konsekvenser for patienter og medarbejdere af visitationsretningslinier belyst og drøftet, herunder de praktiske arbejdsgange.

Et eksempel fra virkeligheden:

En patient er i behandling på et hospital og skal visiteres til operation. Lægen fortæller patienten at det offentlige ikke kan levere ydelsen til tiden (det kan han se på sin skærm). Lægen sender henvisning til den private udbyder, som RM har aftale med, patienten bliver efter 2 dage kontaktet af den private udbyder, med oplysning om at hospitalet ikke må henvise direkte og at han derfor skal henvende sig på patientkontoret. Her går der yderligere tid med behandling af visiteringen og resultatet er det samme – bortset fra at patientkontoret har fået en unødvendig arbejdsbyrde og patienten har fået unødigt længere ventetid.

Det skal lige siges, at der i dette tilfælde ikke var mere end en privat leverandør.

Derfor vil jeg gerne drøfte om vi, i forbindelse med klump-udbud af sundhedsydelser, vil kunne forkorte ventetiden for patienten og aflaste patientkontoret, ved at ændre visitationsretningslinier."

Baggrund

For at benytte kapaciteten under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg på den mest økonomisk ansvarlige måde, vil Region Midtjylland i den kommende tid sende en række behandlingsområder i udbud inden for den givne økonomiske ramme (Regionsrådet d.

22.10.08, pkt. 7 – retningslinjer for visitation og prioritering af patientgrupper).

I de vedtagne visitationsretningslinjer er det Patientkontoret, der for hele regionen varetager viderevisiteringen til de private udbydere, dvs. en central visitation. Ser man på de øvrige regioner, har de tre største regioner – Midtjylland, Syddanmark og Hovedstaden – en central visitation, mens Nordjylland og Sjælland har en decentral model.

Suspensionsperioden forventes at være kendetegnet ved to forhold.

For det første vil der sandsynligvis være færre udbydere end sædvanlig, fordi kun vinderne af udbudene vil få henvist patienter. Af hensyn til geografisk spredning og befordring af patienter vil der dog typisk vælges mere end én udbyder indenfor de enkelte områder.

For det andet vil der være et stort fokus på den økonomiske ramme, som regionen er forpligtiget til at anvende på de private hospitaler, jf. Økonomiaftalen med regeringen for 2009. Disse forhold vil derfor indgå i nedenstående fremstilling af de to visitationsmodeller.

Decentral visitation

I den decentrale model varetager de enkelte hospitalsafdelinger visitationen til den private sektor. Dvs. der fjernes et led i sagsbehandlingen, som hospitalerne i stedet skal udføre.

Patientkontoret har efter forårets konflikt oplevet en stor stigning i antallet af henvendelser, og i perioder opleves flaskehalsproblemer på telefonlinjerne. Patientkontoret kan samtidig vente øget efterspørgsel, når Patientservicekontoret på Århus Sygehus lukkes. En hel eller delvis decentral visitation ville derfor kunne aflaste Patientkontoret til at løse opgaverne med patientvejledning, udbredelse af patientrettigheder, håndtering af problemsager mv.

De kommende klump-udbud vil gøre den decentrale model lettere at håndtere for de henvisende læger, når antallet af ydelser og udbydere afgrænses. Det netop gennemførte udbud af MR-scanninger er et eksempel på dette. Til gengæld påføres en ekstra administrativ byrde, fordi der skal besvares flere telefonopkald, oparbejdes viden om patientrettigheder og bruges mere tid at holde sig informeret om det private marked. Samtidig besværliggøres adgangen til information for andre patienter vedr. aktuelle behandlingsforløb, ligesom der risikeres dobbeltarbejde, hvis patienter ringer til både Patientkontoret og hospitalsafdelingen.

I den decentrale model er den økonomiske ramme for forbruget på privathospitaler mindre styrbar, fordi der ikke er et centralt overblik over antallet og typen af henvisninger til det private. Man risikerer på den måde, at de afsatte midler er opbrugt inden suspensionsperioden udløber. I sidste ende kan det gå ud over patienter i ventegruppe 1, hvis ikke de øremærkede midler anvendes mest hensigtsmæssigt.

En anden konsekvens er det mulige habilitetsproblem, hvor den visiterede læge på det offentlige hospital også er beskæftiget i den private sektor. Lægen kan således sende patienter videre til egen privat klinik eller arbejdsplads, hvilket kan være en uhensigtsmæssig situation for såvel læger som patienter. Et stigende antal læger har bibeskæftigelse i det private, hvilket øger risikoen for denne problemstilling.

Central visitation

I den centrale model varetages visitationsopgaven af én fælles funktion, hvilket giver tre fordele: en specialiseret viden, mulighed for overvågning af patientstrømme og bedre udnyttelse af de begrænsede ressourcer, til fordel for patienterne samlet set.

Ifølge organisationsplanen fra 2006 skal Patientkontoret "sikre ekspertise/bæredygtighed i opgaveløsningen og ensartethed i administrationen af det frie og udvidede frie sygehusvalg". Reglerne vedr. visitation og omvisitering er et komplekst sagsområde med en række forskellige typer aftaler og regler. Her er det en fordel, at Patientkontoret kender mulige faldgruber og blinde veje for patienterne, og er hurtigere opdateret med ændringer i aftalerne med den private sektor.

For den enkelte patient kan der være ventetid i Patientkontoret, men samlet set serviceres patienterne bedre. I suspensionsperioden forventes desuden færre henvendelser vedr. omvisitering til private aftalesygehuse, fordi færre patienter vil få tilbudt muligheden for dette, jf. visitationsretningslinjerne.

Det fremhæves i organisationsplanen, at "omvisiteringen [i Patientkontoret] udgør et vigtigt element i overvågningen af patientstrømme og dermed udnyttelsen af kapaciteten". Ud fra et økonomisk og planlægningsmæssigt synspunkt er det en fordel, at man via Patientkontorets registreringssystem kan overvåge og gribe tidligere ind over for eventuelle problemer eller uhensigtsmæssige patientstrømme. Ud fra et kapacitetsmæssigt hensyn er det samtidig en fordel, at alle muligheder (offentlig og privat) undersøges inden patienten omvisiteres.

I suspensionsperioden er der et særligt behov for at følge forbruget i private sektor nøje, både af hensyn til forpligtigelserne i Økonomiaftalen (sikre minimumsforbrug) og af hensyn til regionens økonomiske situation (forholde sig til evt. overforbrug). Ud fra intentionerne i de vedtagne retningslinjer (behandle de mest syge først) er det uhensigtsmæssigt, hvis alle midler til behandling i det private er opbrugt lang tid før suspensionsperioden udløber.

Konsekvenser

Sammenfattende vil en ændring af visitationsretningslinjerne have en række konsekvenser:

- Lettere adgang for den enkelte patient til behandling i privat regi – men hurtigere forbrug af de afsatte midler til behandling i det private, til ulempe for patienterne samlet set
- Aflastning af Patientkontoret, men nye registreringskrav og ressourcebehov på hospitalerne (administration, patienthenvendelser, oplæring af personale)
- Mindre styrbart ressourceforbrug til privathospitaler, mindre overblik over patientstrømme
- Risiko for habilitetsproblemer for visiterende læger

I forhold til det opstillede eksempel (side 1) vil konsekvenserne være følgende: I det første tilfælde (decentral visitation) sender lægen henvisningen direkte til den private udbyder, som med kort ventetid tilbyder patienten en tid til behandling. Risikoen er hér – udover

habilitetsproblematikken – at lægen har overset andre muligheder, fx kort ventetid på et andet offentligt hospital, andre private udbydere tættere på patientens bopæl eller manglende kapacitet hos den private klinik. Samtidig er der risiko for, at forbruget til den private sektor overstiger den økonomiske ramme. Patientkontoret aflastes, men til gengæld skal den henvisende afdeling registrere og sagsbehandle patienthenvendelsen.

I det andet tilfælde (central visitation) henvises patienten til Patientkontoret, der undersøger muligheder for behandling i det offentlige og i det private. Sagsbehandlingstiden for patienten er længere, men til gengæld afsøges alle muligheder for patienten, og der sikres et større overblik over forbruget og en bedre ressourceudnyttelse samlet set.

Mulige overvejelser

I det netop gennemførte udbud af MR-scanninger i Region Midtjylland er det primært de billeddiagnostiske afdelinger på de offentlige hospitaler, der kan henvise til de private udbydere, dvs. en decentral visitation. Dette er en klart afgrænset ydelse med kun to udbydere, hvilket gør det overskueligt for de henvisende afdelinger. En mulighed kunne være at evaluere erfaringerne fra dette område og lade det indgå i fremtidige overvejelser vedrørende organiseringen, herunder om man kan udstyre bestemte afdelinger med beføjelsen på andre områder, fx indenfor et smalt marked med lange ventelister.