

Principper for takstmodel 2009

I forbindelse med Økonomiaftalen for 2009, og de efterfølgende besparelser i Region Midtjylland, er der behov for en opstramning af takststyringsmodellen for hospitalerne i regionen, hvilket indebærer at der i praksis indføres rammestyring.

Opstramningen betyder, at der er loft på nul kroner på udbetalingen for meraktivitet i takstmodel 2009.

Det foreslås endvidere, at takstmodel 2009 implementeres fra 1. juli 2008.

Det udvidede frie valg skal ifølge Økonomiaftalen for 2009 suspenderes og genindføres pr. 1. juli 2009. Når der foreligger en beskrivelse fra Sundhedsministeriet, så kan det blive nødvendigt at regionen revurderer takstmodel 2009.

1. Takstmodel 2009 – overordnede principper

I det følgende skitseres principperne for takstmodel 2009.

Beregning af basislinjer i 2009

Basislinjerne for 2009 vil tage udgangspunkt i aktiviteten for 2007. Hertil vil komme produktivitetskrav. Dette for at skabe sammenhæng mellem økonomi og aktivitet, og for at undgå usikkerheder i forbindelse med opgørelser i forbindelse med konflikten i foråret 2008.

Der er i 2008 givet penge til hospitalerne (på vej) til følgende, opstillet på punktform ser det således ud:

- Aktiviteten i 2007, i takstsystem 2008, omregnet til takstsystem 2009 – der beregnes en omregnings-faktor på hospitalsniveau.
- Differentieret produktivitetskrav – i gennemsnit 2,5%
- Tilførsel ift. nye behandlinger og ny medicin i 2008,

Dato: 26.08.2008

Sagsbehandler:

LPC

Tlf. nr.: 8728 4510

E-mail:

Leif.christensen@stab.rm.dk

Sagsnr.:

Side 1

Når basislinjerne for 2009 skal beregnes, så vil til ovenstående være et produktivetskrav fra 2008 til 2009:

- Differentieret produktivetskrav fra 2008 til 2009
- Korrektioner som følge af kapacitetsmæssige tilpasninger,

Produktivetskravet fra 2008 til 2009 er en del af forligsdrøftelserne for budget 2009. I Økonomiaftalen for 2009 er regionens produktivetskravet på 2%, derudover er et ekstra krav på ½% i forbindelse med egenfinansiering af de beskrevne vækstområder.

I takstmodel 2009 opretholdes opdelingen i tre basislinjer for det enkelte hospital, som blev indført i takstmodel 2008.

Det er afgørende, at kapacitetstilpasningerne på hospitalernes ikke forringer den samlede produktivitet. Regionens samlede produktivetsniveau skal opretholdes fremover.

Udbetaling

I takstmodel 2009 indføres loft over udbetalingerne. I efteråret 2008 vil loftet være lig med basislinjerne, dvs. der er ikke midler til udbetaling.

Loftets udformning for 2009 indgår i drøftelserne om budgetforliget for 2009. I det omfang der afsættes midler til en takstpulje, så vil denne forlods fordeles forholdsmæssigt mellem hospitalerne.

I takstmodel 2009 gælder afregningsreglerne fra takstmodel 2008 i tilfælde af mindre-aktivitet. Det betyder, at hvis et hospital ikke opnår basislinjen, så afleveres 50% af mindre-aktiviteten tilbage til takststyringspuljen.

I Økonomiaftalen for 2009 er beskrevet, at det udvidede frie valg genindføres pr. 1. juli 2009. Indtil videre kender regionen ikke rammerne for denne genåbning. Når der foreligger en beskrivelse fra Sundhedsministeriet, så kan det blive nødvendigt at regionen revurdere takstmodel 2009.

At indføre et loft på nul kroner i udbetaling indebærer en betydelig risiko for, at patienterne vil søge behandling i andre regioner.

Endelig opgørelse af aktiviteten i 2009

Aktiviteten for 2009 betragtes som færdigregistreret den 29. januar 2010 i forhold til den endelige afregning for 2009. Registreringer herefter indgår fortsat i den løbende basislinje for 2010.

InfoRM vil blive opdateret med fra DOSA mandag den 8. februar 2010. Dette vil danne baggrund for den endelige afregning i forhold til hospitalerne.

2. Takststyringspuljen - budgetomplacering

I forhold til den endelige opgørelse af eventuelle udbetalinger fra takstpuljen til hospitalerne er det dilemma, at fordelingen til hospitalerne endeligt kan opgøres i marts/april måned 2010.

Dilemma'et opstår, da den mest hensigtsmæssige metode er ved at foretage en budgetomplacering. Denne omplacering kan imidlertid ikke foretages før i 2010 begrundet i opgørelsestidspunktet.

Takstmodellen godkendes i forbindelse med budgetlægningen for 2009, og derfor indstilles at den endelige opgørelse kan foretages ved en budgetomplacering.

Bilag:

Takststyringsmodel 2008 i Region Midtjylland

Indledende afgrænsning

Notatet beskriver de overordnede principper for takststyring på hospitalsområdet i Region Midtjylland i 2008. Udmeldingen af de helt konkrete måltal for 2008 vil først kunne ske efter marts/april 2008, når aktiviteten i 2007 er endeligt fastlagt, og takstsystem 2008 foreligger.

Dato: 17.04.2008
Revideret 26.08.2008
Sagsbehandler:
HSJ ,JJJ & KLA
Tlf. nr.:
E-mail:
Sagsnr.:

Notatet beskriver de konkrete budgettekniske dele i takststyringsmodellen. Det er væsentligt at understrege, at takststyringsmodellen anvendes i overensstemmelse med de almindelige principper i regionen om dialogbaseret ledelse. Der vil således i konkrete tilfælde og ud fra strategiske overvejelser kunne ske aftalte afvigelser fra de mekaniske principper. Som eksempler herpå kan nævnes garantiklinikker samt videreudvikling af lands- og landsdelsfunktionerne. Dette gælder også i forhold til eventuelle problemstillinger vedrørende opgørelsestidspunktet for den endelig afregning set i forhold til færdigregistreringstidspunkter, samt eventuelle problemstillinger i forhold til de afgrænsninger som foretages i takstmodellen.

Side 4

Endvidere skal præciseres, at takststyringsmodellen styrer de marginale ændringer i kapaciteten og antal patienter. Nye behandlinger og kapacitetsudvidelser mv. håndteres ved konkret stillingtagen i Regionsrådet.

I afregning af meraktivitet indgår alene behandlinger, der er omfattet af de statslige aktivitetspuljer, hvilket betyder at meraktivitet på områder som, fertilitetsbehandling, refertilisation, sterilisation, alkoholbehandling samt behandlinger hvortil udgifterne afholdes af staten ikke indgår i afregningen (mammografiscening). Behandlingerne indgår dog i opgørelse af hospitalernes samlede aktivitet.

For behandlinger der finansieres helt eller delvist via overførte statslige midler til projekter tages der i det konkrete tilfælde stilling til, hvordan aktiviteten i projektet skal indgå i takstmodellen.

Der mangler i april 2008 fortsat en endelig afklaring af udmøntningen af bonusordningen. Denne blev aflyst i forbindelse med økonomirapport I (denne tilføjelse er eneste ændring fra april notatet).

Takststyringsmodellen 2008 i hovedtræk

Modellen for Region Midtjylland bygger på både eksisterende og nye principper i forhold til modellen for 2007.

I modellen 2008 er indarbejdet følgende:

- Aktiviteten opdeles i forhold til de statslige meraktivitetspuljer
- Inddeling i kategorier med forskellige afregningssatser
- Differentierede produktivitetskrav
- Kronikermodel
- Bonusordning
- Der er ikke loft for udbetaling for meraktivitet

Takststyringsmodellen gælder som hidtil alle patienter uanset bopælsregion, derimod er det kun den aktivitet, som også medregnes i de statslige meraktivitetspuljer, der afregnes i modellen. Desuden opdeles aktiviteten i kategorier med forskellige afregningssatser, således at udbetalingen målrettes områder, hvor der er mobile patienter.

Kategorien 'generel' består hovedsagelig af alle ambulante patienter og stationære kirurgiske patienter mens kategorien 'stationær medicin' hovedsagelig består af stationære medicinske patienter. Dog er områder som scanninger, onkologi og invasiv kardiologi (PCI og RFA) defineret til at være 'generel'.

Kategorien 'øvrige' består af aktivitet, der indgår i hospitalets samlede aktivitet men ikke afregnes. Eksempelvis fertilitetsbehandling, refertilisation, sterilisation, alkoholbehandling m.m. I kategorien 'øvrige' indgår endvidere kronikerne defineret i kronikermodellen.

Basislinjer i modellen 2008

Der er for hvert hospital én samlet basislinje bestående af den samlede aktivitet omfattet af takststyring.

Basislinjen opdeles i kategorier afhængig af hvorledes de indgår i afregning for meraktivitet jf. takstmodellen. Der vil således være en basislinje for hver kategori, der samlet vil være udtryk for hospitalernes forventede samlede aktivitet jf. forudsætningerne i budgettet.

Basislinjen opdeles i en basislinje for henholdsvis kategorierne 'generel' og 'stationær medicin' samt øvrige, såfremt der er meraktivitet i forhold til den samlede basislinje. En given meraktivitet på den samlede basislinje giver en øvre grænse for den meraktivitet, der ligger til grund for udbetalingen.

Der arbejdes efter, at basislinjen for 2008 opgøres ved aktiviteten i 2007 opgjort i takstsystem 2008 tillagt det differentierede produktivitetskrav. Samtidig bliver en andel af udbetalingsmidlerne i 2007, der har en varig effekt i 2008, permanentgjort. Hertil kommer eventuelle korrektioner ift. tilførsel af budgetmidler og lignende.

En vurdering af andelen af udbetalingsmidlerne er under udarbejdelse.

Uden afregningsloft

Modellen er uden afregningsloft for det enkelte hospital, men hvor der er et samlet udbetalingsloft for sundhedsområdet. Udbetalingsloftet skal ses i sammenhæng med udviklingen på den aktivitetsafhængige del af den kommunale medfinansiering.

Strukturomlægninger

Hospitalernes basislinje korrigeres for strukturændringer i overensstemmelse med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses retningslinjer for korrektion af baseline i forbindelse med strukturomlægninger.

Budgetmæssige ændringer

Hospitalernes basislinje korrigeres for de budgetmæssige ændringer, der er foretaget mellem budget 2007 og 2008. Dette sker med en konkret gennemgang af udmøntningen af budget 2008. De enkelte budgetmæssige ændringer vurderes, og de afledte aktivitetsmæssige ændringer beregnes eller vurderes.

Ligeledes vil bevillingsmæssige ændringer (tillægsbevillinger) gennemført i løbet af året blive løbende vurderet med henblik på korrektion af de afledte aktivitetsmæssige effekter. Et eksempel er tilførsel af midler til hospitalerne til ny dyr medicin og nye behandlinger.

Registreringsmæssige ændringer

I det omfang der foretages registreringsmæssige ændringer, indføres nye koder eller lignende, så foretages justeringer i basislinjen.

Strålebehandling

Opgørelse og afregning af strålebehandling håndteres i en særskilt pulje. Puljen til strålebehandling er begrænset af midlerne, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse stiller til rådighed.

Differentierede produktivitetskrav

Der vil være differentierede produktivitetskrav, når vi beregner måltal for 2008. Generelt vil gælde, at hospitaler med produktivitet over regionsgennemsnittet vil få et lavere krav, og hospitaler med produktivitet under regionsgennemsnittet vil få et højere krav. Produktivitetskravet måles som udgangspunkt i forhold til hospitalernes aktivitet og regnskab.

Differentierede produktivitetskrav skal anvendes med varsomhed begrundet i de relativt store usikkerheder, som er i beregningen af produktiviteten på hospitalerne, og i mulighederne for at sammenligne hospitalerne.

Som led i de nødvendige ændringer af principperne i takststyringen for at opnå samlet budgetoverholdelse og aktivitetsmål i forhold til økonomiaftalen, vil produktivitetskravet blive pålagt det enkelte hospitals samlede aktivitet.

Regionsrådet tiltrådte den 16. januar 2008 indstillingen om udmøntning af differentierede produktivetskrav til budget 2008.

Således udmøntes i takststyringsmodellen for 2008 et produktivetskrav på 2,3 % for Regionshospitalet Horsens, Randers og Silkeborg, og et produktivetskrav på 2,7 % for Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenheden Vest samt Århus Universitetshospital, Skejby og Århus.

Afregning for mer-/mindreaktivitet i modellen 2008

Kun aktivitet omfattet af de statslige aktivitetspuljer afregnes. Således udelades som nævnt blandt andet kunstig befrugtning, sterilisation og alkoholbehandling.

Der indføres forskellige afregningssatser for patienter i kategorien 'generel' og 'stationær medicin'. Følgende afregningssatser gælder i 2008:

- Generel afregnes med 50 % af DRG-værdien/DAGS-værdien
- Stationær medicin afregnes med 0 %

I tilfælde af, at hospitalets samlede aktivitet er under basislinjen, så gennemføres der en tæt dialog omkring modregning. Hvis der opstår en stor forskel mellem økonomi og aktivitet på det stationære medicinske område, så gennemføres der ligeledes en dialog mellem Sundhedsstaben og regionshospitalet.

Som tidligere beskrevet angiver meraktiviteten på den samlede basislinje den øvre grænse for meraktiviteten, der ligger til grund for udbetalingen. Dette betyder, at en negativ meraktivitet i kategorien 'stationær medicin', vil blive modregnet i den generelle meraktivitet.

Der afregnes kun reel meraktivitet. DRG og Takster vil løbende måle på ændringer i den gennemsnitlige værdi pr. kontakt (creep-beregning). Det er væsentligt, at hospitalerne bidrager med en redegørelse af årsagerne til ændringerne, da der ikke per definition er tale om creep.

Kronikermodellen

I 2007 blev det besluttet at indføre en kronikermodel i forbindelse med takststyringen af hospitalerne. Dette skete dels for at understøtte de initiativer omkring kroniske patienter som iværksættes i bl.a. den primære sundhedssektor, men også for at give hospitalerne et økonomisk incitament således at hospitalerne ikke blev straffet økonomisk, såfremt det var muligt at behandle de kroniske patienter i andre regi.

Kronikermodellen gælder både stationære og ambulante patienter med kroniske lidelser indenfor områderne: Diabetes, kroniske lungesygdomme, samt hjertesygdomme. Afgrænsningen blev foretaget på aktionsdiagnoseniveau.

Enkelte hospitaler har i løbet af 2007 meldt ind med problemstillinger i forhold til denne praksis.

Som udgangspunkt fortsætter kronikermodellen uforandret i 2008 - det kan imidlertid ikke afvises, at der sker ændringer i definitionen af kronikere. Det er fortsat hensigten, at

kronikermodellen for 2007 bliver evalueret i KlinikForum i løbet af foråret 2008. Det er planlagt, at der samtidig sker en drøftelse af de indmeldte problemstillinger. Det kan medføre en revidering af den nuværende afgrænsning af kronikerne.

Bonusordning

Bonusordningen er endnu uafklaret. Den oprindelige ide var, at hospitalet skulle have en ekstra bonus, hvis patienten behandles indenfor 1 måned, i relation til den nye behandlingsgaranti. Men det har vist sig at det ikke er manuelt muligt at opgøre dette på patientniveau, hvilket yderligere kompliceres af den særlige +14 dags problematik.

Endvidere er det blevet undersøgt, om det er muligt at basere opgørelsen på servicemålet "Behandlingsfrist 1 måned" i InfoRM, men dette er heller ikke hensigtsmæssig, da servicemålet er set fra patientens side. Hvis patienten har været tre uger undervejs i hospitalssystemet, inden vedkommende bliver henvist til det endelige behandlingssted, så bliver de tre uger (som kan være på andre hospitaler) regnet med i behandlingsstedets servicemål, hvilket i denne forbindelse ikke er hensigtsmæssigt.

Koblingen mellem data fra patientadministrative systemer og værdifastsættelsen af patientbehandlingerne har vist sig som endnu en barrierer.

Valget mellem frekvens/relative og absolutte tal

Der oprettes i 2008 en pulje med loft på 20–25 mio. kr. til formålet. Der arbejdes med nærmere retningslinjer for fordelingen af puljemidlerne.

(tilføjelse pr. 26. august 2008)

Det blev i forbindelse med Økonomirapport I besluttet at aflyse bonusordningen, på baggrund af indstilling fra mødet i Lederforum for økonomi den 28. april 2008.

Konklusionen på mødet var, at det er svært at lave en robust metode til udmøntning af ordningen, da det er svært at definere udmøntningskriterier på en nogenlunde homogen og fair måde.

Sammenholdt med at regionen har væsentlige økonomiske udfordringer gør, at der er bred enighed om at stoppe det videre arbejde med udvikling af metoder til bonuskonceptet.

Garantiklinikker

Den nye takststyringsmodel er forenelig med Garantiklinikordningen og ordningen fortsætter således som hidtil. Takststyringsmodellen adskiller ikke aktiviteten som indgår i Garantiklinikordningen fra den øvrige aktivitet. Det betyder, at meraktivitet som indgår i Garantiklinikordningen aflønnes i forhold til den kategori som aktiviteten vedrører. Hvis der skal udbetales 75 % for meraktivitet, så opgøres denne udbetaling "ved siden af" selve takststyringsmodellen.

Tekniske afgrænsninger

Kun aktivitet som regnes med de statslige aktivitetspuljer indgår i beregningen af Region Midtjyllands takststyringsmodel, hvilket betyder at fertilitetsbehandling, sterilisationer, alkoholbehandlinger, eksperimentelle behandlinger og andet behandling betalt af staten

ikke indregnes. Dette afgrænses på variabelen "type" i sundhedsstyrelsens data. Når typen er tom/blank regnes det med i takststyringen.

Samme variabel bruges endvidere til afgrænsning af den aktivitet som indgår i den statslige strålepulje, da er type lig "str", hvilket også afregnes særskilt i Region midtjylland.

Aktiviteten som indgår i takststyringen opdeles i kategorierne generel og stationær medicin ud fra hospitalsafsnit, hvilket er vist i bilag 1. Denne opdeling er foretaget ud fra en nærmere vurdering af aktiviteten på afsnittet, hvorfor nogle medicinske afsnit er kategoriseret som generel. Denne opdeling er gældende for 2007 og er udgangspunktet for 2008, hvor enkelte afsnit skal revurderes, hvilket evt. medfører en tilretning.

Takststyring i InfoRM

Takststyringen kan i 2008 følges i InfoRM, overbliksbilledet herfra er vist i herunder, hvor der øverst er en periode opgørelse, og nederst er det fremskrevet til hele året. Denne oversigt kan ses både for det samlede hospital men også for de enkelte afdelinger. Desuden har hospitalsledelserne mulighed for at lave interne ændringer i afdelingernes basislinier.

Den sidste gruppe Øvrige som også vises her, er summen af den aktivitet som ikke regnes med i selve takststyringen.

DRG-regnskab (1000 kr.)	Meraktivitet DRG-værdi for perioden Jan-okt				
	Generel	Stat.med.	Stråler	Øvrige	Total
Oversigtsrapport					
Basislinie	5.700.608	2.036.852	80.467	455.906	8.273.833
Aktivitet DRG-værdi	5.879.621	2.050.527	80.735	451.740	8.462.623
Meraktivitet	179.013	13.676	268	-4.167	188.790
	Beregnet meraktivitet for hele året				
Oversigtsrapport	Generel	Stat.med.	Stråler	Øvrige	Total
Basislinie	6.882.426	2.454.088	97.044	551.908	9.985.465
Aktivitet DRG-værdi	7.098.551	2.470.536	97.367	489.339	10.155.793
Meraktivitet	216.125	16.448	323	-62.569	170.328

Særlige områder

Takststyringsmodellen 2008 er trådt i kraft d. 1. september 2007. Der er en række områder som bør præciseres i forhold til model 2008.

Særlig for 2008

- Genoptræning holdes udenfor modellen
- Neurorehabilitering, Hammel Neurocenter (der overvejes indførelse af takststyring. I 2007 blev der tilført midler efter særlige beregninger)

Generelt

- Intensiv (Der vil ske en vurdering af området ud fra hvorvidt der sker væsentlige ændringer i takstsystem 2008)

Færdigregistreringsdato for aktiviteten for 2008

Aktiviteten for 2008 betragtes som færdigregistreret d. 30. januar 2009 i forhold til endelig afregning for 2008. Registreringer foretaget herefter indgår fortsat i den løbende basislinje for 2009.

InfoRM vil blive opdateret med data fra DOSA mandag d. 9. februar 2009. Dette vil danne grundlaget for den endelig afregning i forhold til hospitalerne.