

4.6

Økonomi og økonomistyring i Primær Sundhed



Dato 03-01-2008

Inger Bonde Kristiansen

Tel. 87284542

Inger.Kristiansen@STAB.RM.DK

1-20-15-07

1. Baggrund:

Økonomien på sundhedsområdet står i Region Midtjylland overfor store udfordringer i det/de kommende år. Som følge heraf er det vigtigt at foretage en udredning af, hvilke muligheder der foreligger for rationaliseringer og besparelser indenfor det samlede sundhedsområde.

I dette notat beskrives området Primær Sundhed.

Side 1

Primær Sundhed er efterspørgselsstyret, og mulighederne for reduktion af udgifterne ved gennemførelse af egentlige besparelses-tiltag er begrænsede. Da området er baseret på overenskomster / aftaler med private leverandører af sundhedsydelser, har Region Midtjylland f.eks. ikke samme muligheder for at hente interne rationaliseringsgevinster som hospitalerne.

Der foreligger dog nogle styringsinstrumenter og rationaliseringsmuligheder på området, som kan bringes i anvendelse med henblik på økonomistyring.

I dette notat beskrives først grundlaget for budgetrammen for Primær Sundhed 2008, som er fastlagt aftalenært. Det betyder, at det samlede budget er sat lig forudsætningerne i økonomiaftalen.

Herefter gives en redegørelse for de økonomiske styringsredskaber, der anvendes og/eller kan bringes i anvendelse indenfor området Primær Sundhed.

Dette notat har primært fokus på styringstiltag/rationaliseringer indenfor egen ramme for Primær Sundhed. Det bør løbende sikres, at der inddrives rationaliserings-/besparelspotentialer på tværs af budgetrammer indenfor sundhedsområdet f.eks. indenfor speciallægeområdet.

2. Budgetrammen og forventet regnskab for 2008

I 2008 er fastlagt en samlet budgetramme for Primær Sundhed ekskl. Medicin på 2.842 mio. kr. svarende til en realvækst på 68 mio. kr. (2,6 %) fra B2007 til B2008. Beløbet svarer til lidt under det beløb,

Region Midtjylland tidligere har beregnet, som den forventede realvækst (79 mio. kr.). Der er dog følgende ekstraordinære udgifter, som kan blive en udfordring, jævnfør der er budgetteret aftalenært:

- underfinansiering af oprindeligt B2007
- 2 ekstra afregningsuger
- Ekstraordinær udgiftsstigning til lægelig videreuddannelse (Amanuensisfonden)
- pulje til finansiering af hensigtserklæring fra B2007 om opgaveflytning fra hospitalerne til privatpraktiserende speciallæger 20 mio. kr. (regionalt vedtaget) Afhængig af den konkrete udmøntning af denne pulje vil denne muligvis kunne medføre mindre udgifter på andre konti under sundhedsområdet f.eks. kontoen for privathospitaler.

På medicinkontoen er fastlagt en budgetramme for 2008 på 1.657 mio. kr. Da der i økonomiaftalen for 2008 er besluttet, at eventuelle afvigelser fra budgetniveauet (aftalebaseret) kompenseres med 75 % over bloktilskuddet er den økonomiske risiko ved uventede udgiftsstigninger på denne konto betydeligt reduceret.

3. Muligheder for rationaliseringer og besparelser på Primær Sundheds ramme:

Da yderne i praksissektoren er honoreret for hver enkelt ydelse, som de leverer borgeren, og da det er den enkelte borger, der selv vurderer, hvornår han/hun har behov for lægekontakt, kan udgifterne til sygesikring på de fleste områder ikke styres direkte. Der kan dog bringes en række indirekte styringsinstrumenter i anvendelse med henblik på at holde igen med udgifterne. Nogle af styringsinstrumenterne er en del af aftalegrundlaget i overenskomsterne og kan derfor kun bringes i anvendelse centralt. Andre kan også bringes i anvendelse i den enkelte region. De vigtigste styringsinstrumenter er følgende:

- a) Økonomirammer
- b) Kontrolstatistikker
- c) Knækgrænser og omsætningslofter (kun speciallæger)
- d) Kapacitetsstyring
- e) Gensidig dialog om rationel ressourceanvendelse (især medicinindsatsen)
- f) Styring på en række øvrige områder f.eks. udbud af lægevagtkørsel, udbud af tolkebistand, lokal- og rammeaftaler

Ad a) Økonomirammer

Økonomirammer er styringsinstrumenter, der kan bringes i anvendelse centralt mellem overenskomstens parter. Der er aftalt økonomirammer på områderne tandlægehjælp, fysioterapi, fodterapi og kiropraktik. En aftalt økonomiramme medfører, at hvis de samlede udgifter pr. patient stiger ud over et på forhånd aftalt niveau vil de landsdækkende takster blive nedsat. Takstnedsættelser som følge af de aftalte økonomirammer har været anvendt på alle områder undtagen tandlægeområdet.

Ad b) Kontrolstatistikker

Kontrolstatistikker er økonomiske styringsinstrumenter, der vedrører den enkelte yder. En kontrolstatistik viser, hvor stor en udgift pr. patient den enkelte yder leverer sundhedsydelser for. Kontrolstatistikkerne er dermed en indikator for, om en enkelt yder har et serviceniveau, der ligger for højt i forhold til kollegaerne.

Hvis kontrolstatistikken viser, at en enkelt yder har udgifter pr. patient, der overstiger gennemsnitsudgiften med mere end 10-40 % (grænseværdien afhænger af den enkelte overenskomst), skal den enkelte yder afgive forklaring. Samarbejdsudvalgene i de enkelte regioner skal godkende de pågældende forklaringer og/eller indstille til sanktioner, hvis

forklaringerne ikke kan godkendes. I alle overenskomsterne på sygesikringsområdet – undtagen psykologhjælp – findes kontrolstatistikker. Der har været givet sanktioner til de enkelte yder p.g.a. for høj omsætning svarende til ca. 0,5-1 mio. kr. om året. Kontrolstatistikkerne har dog samtidig også en klar adfærdsregulerende effekt, hvilket ikke umiddelbart kan opgøres.

Ad c) Knækgrænser og omsætningslofter

Knækgrænser og omsætningslofter er økonomiske styringsredskaber, der alene anvendes på speciallægeområdet. En knækgrænse er udtryk for et loft over den samlede omsætning for den enkelte yder. Hvis yderen omsætter mere end det aftalte loft vil en vis %-andel af omsætningen tilbageholdes. Det bemærkes, at der i forbindelse med den seneste overenskomstaftale blev besluttet at ændre knækgrænsesystemet, hvilket indebærer at knækgrænsesystemet som økonomisk styringsredskab er svækket.

Ovenstående styringsredskaber er en integreret del af økonomistyringen indenfor Primær Sundhed og har medvirket til at reducere udgiftsvæksten gennem årene.

I den resterende del af dette notat fokuseres primært på de redskaber der teoretisk set kan give nogle ekstraordinære udgiftsreduktioner. Her vil fokus især rettes på kapacitetsstyring, gensidig dialog om rationel ressourceanvendelse og styring/rationalisering på en række øvrige områder.

Ad d) Kapacitet og kapacitetsplanlægning (praksisplanlægning)

Til at betjene Region Midtjyllands ca. 1.2 millioner indbyggere er der lidt over 2000 ydere til rådighed.

Antallet af ydere/praksis (kapaciteten) og den geografiske fordeling heraf er i vidt omfang fastlagt af bestemmelser i de enkelte overenskomster. Region Midtjylland har dog i varierende grad – afhængig af den enkelte overenskomst for de forskellige delområder – mulighed for at påvirke kapaciteten og planlægningen heraf. Nedenfor gives en kort redegørelse for de muligheder for kapacitetsændringer på de enkelte delområder:

Praktiserende læger

I henhold til overenskomstens bestemmelser kan Regionen – efter drøftelse i Samarbejdsudvalget med de praktiserende læger – én gang årligt træffe beslutning om antallet af læger i Regionen.

Den landsdækkende overenskomst fastslår dog samtidig, at der som minimum nedsættes en ny læge, når der er kommet 1.600 nye patienter. Størrelsen af praksissektoren for så vidt angår alment praktiserende læger er derfor i vid udstrækning bestemt af befolkningsudviklingen, og Region Midtjylland har derfor reelt ikke store muligheder for at begrænse kapaciteten på dette område.

Speciallæger

Speciallægekapaciteten fastlægges i praksisplaner, som efter drøftelse i det dertil nedsatte Samarbejdsudvalg fastsættes endeligt af Region Midtjylland. Region Midtjylland har derfor stor styringsmæssig kompetence på kapacitetsplanlægningen på speciallægeområdet. Der gælder dog visse begrænsninger i forhold til f.eks. nedlæggelse af eksisterende praksis. Nedlæggelse af ydernumre kan kun ske ved naturlig afgang som led i en praksisplan eller efter aftale. Der skal betales erstatning for evt. tabt "good-will".

Der henvises til regelsættet i overenskomsten (se bilag).

Fysioterapi:

Med hensyn til kapaciteten på fysioterapiområdet udarbejdes og vedtages praksisplanerne af Region Midtjylland efter drøftelse i samarbejdsudvalget. På dette område har Region Midtjylland stor indflydelse på kapacitetens størrelse og fordeling. Med hensyn til reduktion i kapacitetens størrelse er der alene mulighed for nedlæggelse af ydernumre ved naturlig afgang. Nedlæggelse af ydernumre medfører, at der skal betales erstatning til yderen for evt. tabt "good-will". Der henvises til regelsættet i overenskomsten (se bilag).

Andre ydere

På tandlægeområdet er der fri etableringsret, og her har Region Midtjylland ikke indflydelse på kapacitetens størrelse og ej heller den geografiske fordeling. Kapacitetens størrelse og fordeling vil være betinget af de aktuelle markedsvilkår. På kiropraktorområdet kan Region Midtjylland i henhold til en praksisplan fastlægge kapaciteten, men da kiropraktorer har fri adgang til ansættelse af hjælpepersonale, er de reelle styringsmuligheder begrænsede. Antallet af psykologer, der udfører psykologhjælp med tilskud fra Sygesikringen, fastlægges gennem centrale forhandlinger mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Psykologforening.

Ad d1) Opsummering af besparelsesmuligheder i forhold til kapacitetsstyring

Kapaciteten kan først og fremmest reguleres på speciallægeområdet og fysioterapiområdet. På de øvrige områder er styringsmulighederne begrænsede. Kapacitetsreduktion kan primært finde sted som led i en praksisplan og ved naturlig afgang. Der skal betales erstatning for evt. tabt "good-will". Selv om kapacitetsreduktioner erfaringsmæssigt reducerer efterspørgslen, kan kapacitetsreduktioner i praksissektoren også medføre opgaveglidning til f.eks. privathospitalerne, som ikke nødvendigvis udfører opgaven billigere. Det er derfor vanskeligt at vurdere, om kapacitetsreduktioner på speciallægeområdet reelt vil medføre besparelser, hvilket kræver mere indgående analyser. Kapacitetsreduktioner vil ikke kunne give kortsigtede besparelser, da der skal betales erstatning. Det kan oplyses, at det samlede budget på speciallægeområdet er ca. knap 1/2 mia. kr., og at hvert ydernummer i gennemsnit omsætter for ca. 2 mio. kr. årligt. Der kan dog være store variationer i omsætningen imellem de enkelte ydere.

Ad e) Gensidig dialog om rationel ressourceanvendelse

Dette styringsinstrument anvendes primært ved "medicin-indsatsen". Formålet er – bl.a. understøttet af statistiske data – at vurdere mest rationelle valg ved ordination af lægemiddel for den enkelte patient. Meget ofte findes der mange lægemidler med stort set ens effekt – men med meget store prisforskelle. Medicinindsatsen har bl.a. til formål at skabe større gennemsigtighed for valg af lægemiddel og dermed understøtte lægens rationelle valg. Der foreligger relativt store langsigtede besparelsespotentialer på området. Det forventes, at medicinindsatsen kan intensiveres, når der i starten af 2008 gives udvidet adgang til data.

Det skal bemærkes, at der traditionelt set er blevet udstedt økonomi-garantier på medicinområdet i forbindelse med de centrale økonomiforhandlinger, hvilket indebærer, at regionerne får refunderet ca. 75 % af merudgifter ud over aftaleniveauet. Regionen får derfor kun "glæde" af ca. 25 % af eventuelle besparelser.

Ad f) Ændringer i lokal-/rammeaftaler, samt øvrige rationaliseringer

Der foreligger i nogen grad muligheder for at foretage effektiviseringer/rationaliseringer indenfor andre områder på Primær Sundheds ramme. Primær Sundhed har tidligere gennemført besparelser ved f.eks. udbud af lægevagtskørslen.

Der foreligger muligvis et besparelspotentiale ved ændring af "rammeaftale om centrifugering af blodprøver". Aftale om "Centrifugering af blodprøver" indebærer, at de praktiserende læger modtager et honorar svarende til ca. det dobbelte af honoraret for en almindelig blodprøve, hvis blodprøven centrifugeres forud for indsendelse til laboratoriet. Region Syddanmark har kun tiltrådt aftalen delvist, idet rammeaftalen kun gælder i landområderne. I byområderne er indført en afhentningsordning, som har vist sig mere økonomisk rentabel end rammeaftalen. Besparelspotentialet for delvis opsigelse af rammeaftalen om centrifugerede blodprøver er ikke endeligt opgjort. Området er under udredning, idet evt. afledte effekter af en ændring af aftalen ud over økonomien skal klargøres.

Primær Sundhed vil i løbet af foråret gennemføre et udbud på hjælp til tolkebistand. Udbuddet vil muligvis give mindre besparelser. Forhandlinger om pris/udbud på grå stæroperationer i speciallægepraksis vil muligvis ligeledes kunne give mindre besparelser.

4. Overordnet vurdering af rationaliseringsmuligheder/besparelser på Primær Sundheds ramme

Indenfor afgrænsede områder har Region Midtjylland muligheder for at gennemføre udgifts-dæmpende tiltag.

Region Midtjylland kan - som led i en praksisplan - reducere kapaciteten på speciallæge- og fysioterapiområdet. Dette dog under forudsætning af, at reduktionen sker ved naturlig afgang og kun mod betaling af erstatning. Der foreligger derfor ikke mulighed for kortsigtede besparelser ved kapacitetsreducerende tiltag.

Besluttes det at gennemføre kapacitetsreduktioner som led i en langsigtet spareplan, bør der forud herfor udarbejdes analyser, der belyser risiko for eventuel efterspørgselsglidning til andre sektorer (f.eks. privathospitaler) med utilsigtede økonomiske konsekvenser til følge.

Der vil muligvis være besparelsemuligheder ved medicinindsatsen, ved ændring af enkelte ramme/lokalaftaler (f.eks. centrifugeringsaftale) og etablering af udbud på udvalgte ydelser (tolkebistand/grå stær operationer). Disse områder er under udredning, og det endelige besparelspotentiale er endnu ikke opgjort.

Det er Primær Sundheds vurdering, at den langsigtede løsning for balance i økonomien på området Primær Sundhed i de kommende år ikke kan løses ved rationaliseringstiltag alene, men at det også kræver, at der tilvejebringes realistiske budgetter i forbindelse med de årlige centrale økonomiforhandlinger.

Uddrag af overenskomsten på speciallægeområdet

§ 18. REDUKTION I ANTALLET AF PRAKSIS

Stk. 1.

Amtet kan beslutte at reducere antallet af fuldtids-, deltids- og 3 timerspraksis med virksomhed for den offentlige sygesikring i henhold til en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i amtet. Amtet kan endvidere beslutte en reduktion, før der er foretaget en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i amtet, når den samlede kapacitet inden for specialet i amtet klart overstiger det aktuelle og forventede behov eller på grund af strukturelle eller andre forhold. Beslutning om reduktion af antallet af praksis før der er foretaget en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i amtet, jf. 2. pkt., forelægges efter indstilling i samarbejdsudvalget til godkendelse for SSU.

Stk. 2.

Reduktion af antallet af praksis, jf. stk. 1 kan ske ved en speciallæges naturlige afgang eller efter nærmere aftale mellem amtet og speciallægen. Såfremt det i en praksisplan er konkretiseret, at den pågældende praksis skal nedlægges. og speciallægen ikke er ophørt med i praksis inden det fyldte 70. år, reduceres godtgørelsen efter stk. 3 med 25% for hvert af de efterfølgende år, speciallægen praktiserer.

Stk. 3.

Ved reduktion i antallet af praksis i henhold til amtets beslutning herom yder amtet speciallægen en godtgørelse for det tab, der påføres ved at praksis ikke kan videreføres eller overdrages efter overenskomstens regler. Der ydes ikke godtgørelse ved reduktion i antallet af 3 timers praksis på sygehus.

Stk. 4.

Såfremt der ved nedlæggelse af en eller flere praksis samtidig gives mulighed for etablering af en eller flere nye praksis i amtet inden for specialet, kan hele eller en del af den i stk. 3 nævnte godtgørelse bortfalde samtidig med, at den eller de nynedsatte praksis køber en del af eller hele den eller de nedlagte praksis.

Stk. 5.

Godtgørelsen efter stk. 3 er fastsat til 90% af gennemsnittet af udbetalingen fra den offentlige sygesikring vedrørende de gruppe 1-sikrede i de sidste 3 regnskabsår. SSU kan i særlige situationer herudover fastsætte et tillæg til den udbetalte godtgørelse.

Stk. 6.

Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis, jf. § 40 refunderer amtet en del af eller hele godtgørelsen, såfremt det efterfølgende viser sig, at der ikke i amtet, på baggrund af nedlæggelse af praksis, er sket et fald i omsætningen i det speciale, hvor der er sket reduktion i antallet af speciallæger.

Uddrag af overenskomst vedr. fysioterapi

§ 14. INDSKRÆNKNING I DEN FYSIOTERAPEUTISKE KAPACITET

Stk. 1.

Indskrænkning i den fysioterapeutiske kapacitet kan finde sted i henhold til en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den fysioterapeutiske betjening i amtskommunen, jf. § 10.

Stk. 2.

Indskrænkning af antallet af praktiserende fysioterapeuter med virksomhed for den offentlige sygesikring kan ske ved en klinikindehavers naturlige afgang. Indskrænkning ved en lejers eller en ansats naturlige afgang, kan aftales mellem amtskommunen og den pågældende kliniks indehaver(e). Ved naturlig afgang forstås, at fysioterapeutens ejer-, lejer- eller ansættelsesforhold ophører.

Stk. 3.

Ved indskrænkning af antallet af praktiserende fysioterapeuter med virksomhed for den offentlige sygesikring betaler amtet en godtgørelse, der er fastsat til 55% af gennemsnittet af bruttoomsætningen de sidste 3 regnskabsår. Ved beregning af bruttoomsætningen tages udgangspunkt i klinikkens samlede bruttoomsætning pr. fysioterapeut, der arbejder på klinikken. Kapaciteter under 30 timer om ugen regnes i den forbindelse som halve kapaciteter.

ANMÆRKNING AD § 14:

Parterne forstår den i bestemmelsen indeholdte adgang til indskrænkning som en mulighed for justering af antallet af fysioterapeuter i det forventelige, yderst begrænsede antal tilfælde, hvor kapacitetsmæssige eller strukturelle forhold tilsiger det. Tidligere forhandlingsprotokollat om en maksimal indskrænkning af 3 kapaciteter pr. år på landsplan ophæves.