

Pkt. Tekst

14 Forslag til principper for takststyringsmodel 2008 i Region Midtjylland *

Udvalget har beslutningskompetence for punkter markeret med *.

14. Forslag til principper for takststyringsmodel 2008 i Region Midtjylland

Resumé

På baggrund af økonomiaftalen med regeringen skal Region Midtjylland formulere en takststyringsmodel for hospitalerne for 2008.

Som følge af den faktiske økonomiske situation, hvor Regionen skal opnå en besparelse for at overholde budgettet, er det nødvendigt at tilrette takststyringsmodellen således at den fremtidige udbetaling reduceres, samtidig med at en større andel af udbetalingen målrettes områder, hvor der er mobile patientgrupper.

Ved fastlæggelsen af budget og takststyringsmodel er det tilstræbt, at hospitalernes basisøkonomi og basisaktivitet for 2008 er fastlagt svarende til, at hospitalerne har haft samme takststyringsmodel i 2007. Modellen bygger således på kendte hovedprincipper, hvor der fastlægges en basislinie for hvert hospital, og meraktivitet/mindreaktivitet i forhold til basislinien afregnes i forhold til DRG/DAGS-værdien. Den fastlagte basislinie i takststyringsmodellen svarer til aktivitetsforudsætningerne i økonomiaftalen.

Det foreslås, at modellen er uden udbetalingsloft, hvilket øger hospitalernes økonomiske incitamenter til at behandle patienterne i eget regi.

Det foreslås, at takststyringsmodellen 2008 træder i kraft pr 1. september 2007 med henblik på at skabe sikkerhed og kontinuerlighed omkring finansieringen af hospitalsdriften fremadrettet.

Takststyringsmodellen følges op med en månedlig rapportering til Forretningsudvalget.

Direktionen indstiller,

at forslaget til principper for takststyringsmodel 2008 i Region Midtjylland godkendes.

Beslutning

Sagsfremstilling

I økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner er der aftalt en forudsætning omkring den samlede stigning i aktiviteten fra 2006 til 2007 og 2008. Økonomiaftalens økonomiske rammer baserer sig på, at disse aktivitetsrammer realiseres.

I de første måneder af 2007 er aktiviteten i Region Midtjylland steget mere end forudsat i økonomiaftalen. Hospitalerne har behandlet flere patienter og forventer at få dækket de hertil hørende udgifter i overensstemmelse med den takstmodel, Regionsrådet hidtil har fastlagt for regionens hospitaler.

Under indtryk af den hidtidige aktivitetsudvikling og under indtryk af økonomaftalen med regeringen har administrationen udarbejdet et forslag til en ny strammere takststyringsmodel for regionens hospitaler. Hovedindholdet i den nye takstmodel er, at hospitalerne ikke længere automatisk får ekstra betaling, fordi der indlægges flere patienter i de medicinske afdelinger. Hertil kommer, at hospitalerne fremover kun får 50 % af DRG-taksten for hver kirurgisk patient, der behandles. Endelig er der indført en bonusbetaling til de hospitaler, der kan øge antallet af patienter, der behandles indenfor én måned.

Takstmodellen er udformet, så den søger at balancere de politiske ønsker, der er formuleret til regionernes sundhedsvæsen.

Takstmodellen rummer imidlertid ikke nogen sikkerhed for at aktiviteten holdes på det niveau, der er aftalt mellem regeringen og Danske Regioner. Der er dermed en betydelig risiko for, at der behandles flere patienter end forudsat – og dermed en risiko for større udgifter end forudsat i aftalen.

Der ville kunne opnås en større sikkerhed, hvis der blev indført en grænse på muligheden for meraktivitet til det enkelte hospital. Denne overgrænse ville det enkelte hospital være nødt til at fordele ud til de enkelte afdelinger. I en situation med rekrutteringsproblemer, hvor det er ønskeligt at der behandles når man kan det, og i en situation hvor alle ønsker flere patienter behandlet hurtigere, vil det være meget vanskeligt at skabe forståelse for, at afdelingen eller hospitalet skal søge at begrænse aktiviteten. En særlig problemstilling er, at Sundhedsstyrelsen endnu ikke er i stand til at levere stabile og troværdige aktivitetsopgørelser i tide. Afdelingerne har således ikke et troværdigt styringsgrundlag. Hertil kommer, at det udvidede frie valg efter 1 måneds ventetid øger patienternes mulighed for at vælge en behandling på en privat klinik til en betydelig højere udgift end i det offentlige sundhedsvæsen. En metode, hvor meraktiviteten begrænses på det enkelte hospital/den enkelte afdeling, kan dermed være svær at anvende overfor et engageret personale, ligesom den ikke nødvendigvis giver fuld budgetsikkerhed.

En anden mulighed er, at Regionsrådet yderligere indskrænker de patientgrupper, der giver automatisk ekstra betaling for flere behandlede patienter. Ud fra en økonomisk vurdering skulle det være de patientgrupper, der ikke umiddelbart har mulighed for at vælge behandling hos private klinikker. Et sådant princip ville imidlertid kunne komme til at konflikte med ønsket om at f.eks. alle kræftpatienter skal behandles hurtigst muligt.

For at sikre hospitalernes mest mulig styringssikkerhed anbefales det, at takststyringsmodellen anvendes, således at det enkelte hospital skal fokusere på at overholde den aftalte økonomiske og aktivitetsmæssige ramme og samtidig skal behandle så mange patienter som muligt i overensstemmelse med takstmodellen. Regionen som sådan har dermed den samlede risiko for en aktivitetsstigning udover det aftalte med regeringen. Det bemærkes i den forbindelse, at der i budgetforslaget for 2008 er indarbejdet en forudsætning om 3 % produktivitetsstigning i 2008. Øger hospitalerne herudover aktiviteten med 1%, vil produktiviteten i 2008 i gennemsnit – alt andet lige – stige med 3,5 %, hvilket er en meget markant produktivitetsstigning.

I vedlagte notat "[./Forslag til principper for takststyringsmodel 2008 i Region Midtjylland](#)" er takstmodellen nærmere beskrevet. Det anbefales, at modellen får virkning fra 1. september 2007 og som udgangspunkt anvendes for hele 2008.

Bilag

- [Forslag til principper for takststyringsmodel 2008 i Region Midtjylland](#)