

Tema 3: Praksisområdet

Introduktion	2
1. Indsatser i forbindelse med ordination af ernæringspræparater	5
2. Ændrede regler for henvisning af flergangsbrugere med ukompliceret hørenedsættelse...	10
3. Afvikling af lokal aftale om regional betaling af vederlagsfri fysioterapi	13
4. Akutaftalen	16
5. Genforhandling af lægevagtsaftalen	20
6. Omlæg. praksisområdets Projekt- og Udviklingspulje / bevilling Praksisforskningsfonden	23
7. Inddragelse af uforbrugte midler i de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg	26
8. Omlægning fra fremmødetolkning til teletolkning - (telefon og videotolkning)	29
9. Tillægsydelse 2133 "Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver" honoreres ikke	33
10. Fjernelse af unødige analyser og dobbeltanalyser.....	36
11. Ambulatoriers rekvisition af blodprøver i almen praksis.....	39
12. Opkøb af speciallægepraksis.....	42

Tema 3: Praksisområdet

Introduktion

Det er en afgørende opgave at udvikle og udbygge det nære sundhedsvæsen. Patientforløb går oftest på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor, og det er afgørende at have det tværsektorielle samarbejde for øje for at skabe mest sundhed for pengene og mest kvalitet for borgeren.

Det har været visionen i mange år at have fokus på det tværsektorielle samarbejde og at følge LEON-princippet for derved at sikre den effektivisering og de løbende produktivitetsstigninger, der ligger i den fortsatte udbygning af det primære og nære sundhedsvæsen.

Spareplanen er en anledning til at undersøge de effektiviseringsmuligheder, som ligger i udbygningen af det primære og nære sundhedsvæsen. Den demografiske udvikling og efterspørgslen efter nye og dyre behandlingsformer stiller krav om fortsat effektivisering, og nye teknologier samt fokus på tværsektoriel styring giver mange muligheder for at kunne opnå denne målsætning.

Forslagene er kendetegnet ved at have fokus på at skabe generelle effektiviseringer inden for praksisområdet og herunder at udbygge udvekslingen af opgaver mellem primærsektoren og hospitalerne. Formålet er varige besparelser, der samtidig skal understøtte prioriteringen af en mere effektiv arbejdsdeling i det tværsektorielle samarbejde som sundhedsaftalen og arbejdet i praksisplanudvalget sætter rammen for.

På områder med effektiviseringspotentiale har fokus været på det tværsektorielle samarbejde og især opgaveflytning mellem hospitaler og praksissektoren. Meget tyder på, at det er disse tværsektorielle spor, som bør forfølges fremadrettet for at skabe et endnu bedre og mere effektivt sundhedsvæsen.

På nuværende tidspunkt er det dog ikke muligt at gennemføre en række af forslagene om opgaveflytning, idet vurderingen er, at gennemførelsen forudsætter ændringer i især Landsoverenskomsten for almen praksis.

Der foreslås derfor, at der arbejdes videre med disse forslag som en del af en mere langsigtet, tværsektoriel effektiviseringsstrategi. I den forbindelse skal der sikres en koordination med de øvrige regioner, idet der i stor udstrækning indenfor praksisområderne er tale om nationale styringsmekanismer i form af økonomiløfter, overenskomster og vejledninger. Forslagene omhandler bl.a. telemedicin, kvalitet af henvisninger, flytning af laboratorieområdet fra almen praksis (herunder blodprøvetagning og analyser) samt opgaveflytning generelt mellem hospitaler og almen praksis/speciallæger. Gruppen har drøftet disse forslag og ser et stort potentiale i at få opgaverne placeret det sted, hvor der er lavest mulige omkostninger, og hvor kvaliteten samtidig fastholdes eller øges.

En række forslag er endnu ikke færdigbehandlet, da de forudsætter et mere indgående forarbejde omkring sammenhænge mellem aktiviteterne i praksissektoren og på hospitalerne. Adgang til disse tværsektorielle data er nu sikret bl.a. via regionens nye BI løsninger, hvorfor der nu er gode muligheder for at realisere flere effektiviseringsgevinster. Det

Tema 3: Praksisområdet

drejer sig især om indsatser i primærsektoren, der kan dæmpe aktivitetsvæksten på hospitalerne.

En proaktiv indsats omkring forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser samt modvirkning af progression af sygdom, som kan imødegå den fortsatte stigning i patientbehandling på hospitalerne, fordrer et ønske om og en vilje til at tænke tværsektorielt og anvende ressourcerne tidligere i patientforløbene – i kommunerne og i praksissektoren.

Det er ikke uproblematisk at flytte opgaver og ressourcer mellem sektorerne, idet praksisområdet er kendetegnet af høj grad af national styring via overenskomster, og kommunerne kun i mindre grad via den kommunale medfinansiering er direkte involveret i økonomistyringen. Opgaveglidning og opgaveflytning skal derfor tilrettelægges som en kontrolleret proces, hvor aktørerne involveres med det udgangspunkt, at der ikke behøver at være en modsætning mellem at gøre det man er god til og at gøre det på patientens og borgerens præmisser. Realisering af produktivitetstiltag i primærsektoren skal først og fremmest ske ved en mere intelligent tilrettelæggelse af opgaverne med fokus på kvalitet fremfor meraktivitet.

Samfundsmæssigt vil der være både et økonomisk incitament og en borgerdrevet interesse i at give det sundhedstilbud, der møder borgeren i dagligdagen, et kompetenceløft og et ressourceløft i form af en styrkelse af visitation, tidlig opsporing, forebyggelse og pleje i det nære sundhedsvæsen.

Tema 3: Praksisområdet

Oversigt over besparelsesforslag 2015 – 2019

Mio. kr.	Budget 2015	Budget 2016	Budget 2017	Budget 2018	Budget 2019
Tema 3: Praksisområdet	-14,2	-43,8	-55,2	-50,0	-50,0
01 Indsatser i forbindelse med ordination af ernæringspræparater	0,2	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0
02 Ændrede regler for henvisning af flergangsbrugere med ukompliceret høreudsættelse til de offentlige høreklinikker i Region Midtjylland	0,0	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0
03 Afvikling af lokal aftale om regional betaling af vederlagsfri fysioterapi	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
04 Akutaftalen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
05 Genforhandling af lægevagtsaftalen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
06 Omlægning af praksisområdets Projekt- og Udviklingspulje samt bevillingen til Praksisforskningsfonden	0,0	-6,7	-6,7	-6,7	-6,7
07 Inddragelse af uforbrugte midler i de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg	-10,0	-3,0	-6,7	0,0	0,0
08 Omlægning fra fremmødetolkning til teletolkning (telefon og videotolkning)	0,0	-0,5	-1,5	-3,0	-3,0
09 Tillægsydelse 2133 "Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver" honoreres ikke	-3,4	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3
10 Fjernelse af unødige analyser og dobbeltanalyser	0,0	-9,6	-9,6	-9,6	-9,6
11 Ambulatoriers rekvisition af blodprøver i almen praksis	0,0	-6,7	-13,4	-13,4	-13,4
12 Opkøb af speciallægepraksis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 1

C. Spareforslag overskrift:

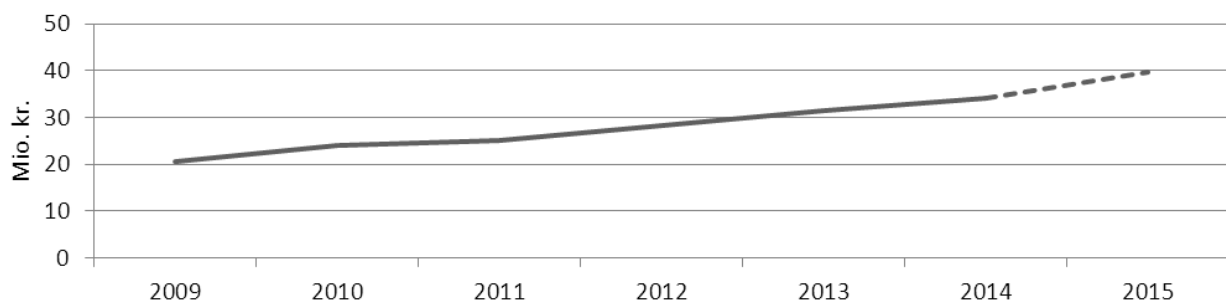
1. Indsatser i forbindelse med ordination af ernæringspræparater

D. Beskrivelse af området

I sundhedslovens § 159 er det reguleret, at regionsrådet yder tilskud til ernæringspræparater, som er ordineret af en læge i forbindelse med sygdom eller alvorlig svækkelse. Ernæringspræparater kan være sonde, drikke eller pulver, der enten anvendes som supplerende til almindelig kost eller som eneste ernæring.

I Region Midtjylland er der i 2015 budgetteret med en udgift på 39,7 mio. kr. til tilskud til ernæringspræparater. Dette svarer til en fordobling (93 procent) i udgiften siden 2009.

Figur 1 - Udvikling i udgift til ernæringspræparater i Region Midtjylland



Regionsrådets tilskud til ernæringspræparaterne er 60 procent af købsprisen, imens patientens egenbetaling udgør de resterende 40 procent. De tilskudsberettigede ernæringspræparater godkendes af Sundhedsstyrelsen, og de nærmere regler for patientens ret til at få bevilget tilskuddet er fastsat i bekendtgørelse om tilskud til ernæringspræparater samt i vejledning om tilskud til ernæringspræparater.

Tilskuddet gives ved patientens fremvisning af en udfyldt ordinationsblanket, der er udstedt ved en læges vurdering af, at patienten er berettiget til tilskud. Ordinationsblanketten er fysisk, og den er gyldig til køb inden for ordinationens rammer i de 6 efterfølgende måneder. Patienten sørger i udgangspunktet selv for indkøb af ernæringspræparaterne, der enten kan købes på apoteket eller direkte hos en leverandør af de tilskudsberettigede ernæringspræparater.

Når regionen yder tilskud sker det hovedsageligt ved direkte afregning med apotek (ca. 40 procent af udgiften i 2014) eller leverandør (ca. 60 procent af udgiften i 2014). Tilskud til køb på apoteker kan følges via afregningsdata med dertilhørende CPR-numre på patienten. Køb hos leverandøren er imidlertid ikke elektronisk, og afregningen foregår ved leverandørens indsendelse af samleregninger for alle faktureringer i en given måned. Ved den første af disse faktureringer er det aftalt, at leverandøren skal medsende patientens ordinationsblanket. Det

Tema 3: Praksisområdet

sparsomme datagrundlag betyder, at der i praksis ikke kan føres kontrol med området, ligesom der kun i ringe grad kan laves analyser med baggrund i patienter og ordinerende læger.

En analyse af dataene for tilskud til ernæringspræparater købt på apotekerne i Region Midtjylland i 2014 viser, at de primære tilskudsmodtagere er patienter over 60 år (70 procent). Sammenholdes stigningen i de samlede udgifter til ernæringspræparater fra 2009 til 2015 (budget), 93 procent (jf. Figur 1), med stigningen i andelen af 60+ årige i Region Midtjylland (1/1 2009 – 1/1 2015), 14 procent, ses udgiftsstigningen i udgangspunktet at være uforholdsmæssig stor. Et stigende antal ældre i regionen kan altså ikke forklare den store udgiftsstigning.

Til grund for nedenstående forslag ligger således, at den store stigning i udgifterne til tilskud til ernæringspræparater synes uforholdsmæssig stor, og at indsatser på området forventes at kunne føre til besparelser.

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Der forslås en besparelse på tilskud til ernæringspræparater.

Spareforslaget deles op i to sideløbende indsatser:

- A) Kampagne med fokus på retten til tilskud
- B) Ny praksis i aftaler med leverandører af ernæringspræparater

Indsats A går på iværksættelse af en kampagne rettet mod læger, apoteker og sundhedspersoner i kommunerne. Kampagnen skal omhandle, hvornår en borger er – og ikke er – berettiget til tilskud til ernæringspræparater. Afsættet er den store udvikling i tilskudsudgifterne, der kan skyldes, at nogle borgere i dag får tilskud, selvom de ikke opfylder de lægefaglige kriterier til det.

Indsatsen er inspireret af en lignende indsats i Region Syddanmark, der påbegyndes i april 2015. Region Syddanmark har på samme vis som Region Midtjylland oplevet en stor vækst i tilskudsudgifterne til ernæringspræparater og har fra de praktiserende læger erfaret, at der i nogle situationer lægges pres på lægerne fra borgere, der af andre sundhedspersoner eller apoteker har fået at vide, at de kan få tilskud til ernæringspræparater. Region Syddanmark forventer, at deres kampagne vil koste 200.000 kr. og føre til besparelser på op mod 20 procent af udgiften til ernæringspræparater. Det er vigtigt at bemærke, at denne besparelsesforventning ikke er fagligt funderet, at den ikke medtager den øjeblikkelige trend i udgifterne, samt at den ikke inkluderer overvejelser om en eventuel stigning i antallet af patienter som følge af den demografiske udvikling.

Overføres skønnet om en besparelse på 20 procent til Region Midtjylland, vil det svare til en årlig besparelse på 8 mio. kr. (2015 PL). Usikkerheden ved dette besparelspotentiale er imidlertid stor, da der ikke foreligger nogen viden om omfanget af ordinationer, der måtte være givet til borgere på et forkert grundlag og derfor kan undgås i fremtiden. Det naturlige leje for antallet af patienter, der er berettigede til tilskud er dermed ukendt. For nuværende skønnes en tilsvarende kampagne i Region Midtjylland at kunne indbringe en besparelse på 10 procent, svarende til 4 mio. kr. årligt (2015 PL).

Tema 3: Praksisområdet

Indsats B går på en ny praksis for indgåelse af aftaler med leverandører af ernæringspræparater. De nuværende aftaler indgås på vegne af alle regioner mellem RLTN og den enkelte leverandør. Heri betinges leverandøren til at medsende en kopi af patientens ordination ved den første fakturering. Sammenholdt med det non-digitale setup gør det kontrol med faktureringerne meget omkostningsfuld. Skal en faktura for en patient krydstjekkes med en ordination (f.eks. for identifikation af ordinerende yder, overensstemmelse med det ordinerede præparat, eller eventuelt udløb af ordinationen) skal ordinationen i dag findes i et ældre og ikke umiddelbart identificerbart regningsmateriale.

Ved den nye praksis med indsats B foreslås det, at aftalerne mellem RLTN (alternativt blot Region Midtjylland) og hver leverandør ændres, så en kopi af patientens ordination medsendes hver faktura. Ved en sådan praksis vil kontrol med faktureringerne være mulig, og en udmelding om øget kontrol forventes samtidig at have en præventiv effekt, hvis der i dag forekommer fejl i leverandørernes faktureringer.

Idet det i dag ikke er muligt at føre kontrol, er et eventuelt besparingspotentiale ved indsats B ukendt. Værd at bemærke er, at den store stigning i udgifterne til ernæringspræparater primært er at finde ved køb direkte hos leverandørerne.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen? Nej.

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke – Nej.

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene? Nej.

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Hvis der findes besparelser som konsekvens af indsats A og B, vil der være borgere, der i dag får 60 procents tilskud til ernæringspræparater fra regionen, som ikke længere vil modtage det.

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke – Nej.

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke – Nej.

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.?

Det fremgår af vejledning om tilskud til ernæringspræparater, at småtspisende ældre ikke er berettigede til tilskud, ligesom der ikke skal ydes tilskud til ernæringspræparater til primær forebyggelse af allergi hos spædbørn. Ernæringspræparaterne sikrer en kost med de fornødne indholdsstoffer. Hvis en borger som følge af indsats A ikke får ordineret ernæringspræparater

Tema 3: Praksisområdet

med tilskud, og vedkommende som følge heraf ikke får en retmæssig kost, kan det potentielt resultere i sygdom og deraf øgede omkostninger. Endvidere kan indsatsen resultere i en øget økonomisk omkostning hos kommunerne, hvis en borger er berettiget til tilskud efter pensionslovens § 14 eller servicelovens § 41.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Indsats A kan igangsættes, når der findes midler til gennemførelse af kampagnen. Hvis informationen når frem til læger, apoteker og sundhedspersoner i kommunen vil en eventuel effekt være opnået løbende i det efterfølgende halve år, når de halvårslige ordinationer udløber. I skønnet for den samlede økonomi er antagelsen, at kampagnen finansieres og igangsættes i 2015 og har fuld effekt fra 2016.

Indsats B kan igangsættes, hvis der i RLTN, som er den centrale forhandlingspart, er opbakning til, at der indgås en ny praksis i aftalegrundlaget mellem RLTN og leverandørerne af ernæringspræparater. Alternativt skal det undersøges, hvorvidt der fra Region Midtjylland kan stilles krav om den nye praksis uden om den eksisterende aftale. Tidsperspektivet er her ukendt.

10. Beskriv forslagens aktivitetmæssige konsekvenser

Forslaget vil reducere regionens udgifter til betaling af tilskud til ernæringspræparater, men der er som sådan ingen aktivitetmæssige konsekvenser ved forslaget.

11. Beskriv forslagens brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Driftsudgifter:

I nedenstående oversigt over forslagens besparelspotentiale er der taget udgangspunkt i et succeskriterie, hvor budgettet for tilskud til ernæringspræparater i 2015, knap 40 mio. kr., nedjusteres med 10 procent som følge af implementeringen af indsats A og B. Der regnes med en udgift på 200.000 kr. til igangsættelse af kampagnen ved indsats A og 0 kr. til indgåelse af ny aftale med leverandørerne ved indsats B. Besparelsen ligger dermed i, at de seneste års trend i udgifter på i gennemsnit 12 procent om året kan stoppes fra 2016 og erstattes af et fald på 10 procent. I oversigten er ligeledes en forudsætning om, at antallet af patienter og det dertilhørende tilskud til ernæringspræparater kan holdes konstant på trods af den demografiske udvikling. Skønnet for besparelser er meget usikkert og kan være større eller mindre end det forudsagte. Vurderingen er imidlertid, at der er potentiale for besparelser på området, og at der uagtet besparelshensynet er et isoleret behov for at sætte ind overfor den manglende kontrol og stigende trend i udgifterne.

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	2019
A	Bruttobesparelse		-4	-4	-4	-4
	Praksissektor - Indsats A og B	0	-4	-4	-4	-4
B	Evt. afledte mindre-/merudgifter inkl. Indtægter					
	Praksis	0,2				

C	Nettobesparelse i alt	0,2	-4	-4	-4	-4
----------	------------------------------	------------	-----------	-----------	-----------	-----------

Tema 3: Praksisområdet

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

Nej.

13.e Hvad gør de andre regioner

Som anført i beskrivelsen af spareforslaget stammer ideen om indsats A fra Region Syddanmark, der i april iværksætter en tilsvarende kampagne. Region Midtjylland er ikke bekendt med, at andre regioner har mulighed for - eller forestår nogen - kontrol med de af leverandørerne tilsendte fakturaer.

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med budget 2016, og der følges op på sparemålet i efteråret 2017.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 2

C. Spareforslag overskrift:

2. Ændrede regler for henvisning af flergangsbrugere med ukompliceret høreneredsættelse til de offentlige høreklinikker i Region Midtjylland.

D: Beskrivelse af området

E: Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Spareforslaget er en opfølgning på de ændrede henvisningskrav til de private høreklinikker, som blev gennemført ved lovændringen pr. 1. januar 2013, hvor ansvaret for høreområdet overgik til regionerne. Sundhedsstyrelsen vurderede, at der ikke var fagligt belæg for at opretholde et henvisningskrav ved flergangsudlevering for høreapparatbehandling; bl.a. fordi patienter med ukompliceret høretab ikke har væsentligt forøget risiko for udvikling af tumorer eller lignende. På baggrund heraf blev henvisningskravet til genudlevering af høreapparater i privat regi afskaffet.

Ved at anvende de samme argumenter på den offentlige udlevering af høreapparater og lempe på henvisningskravet for flergangsbrugere med aldersbetinget, ukompliceret høretab, vurderes der at være mulighed for en besparelse på 2,0 mio. kr. årligt på honorar til de praktiserende ørelæger for ydelser til forberedende høreundersøgelse (ørelægekonsultation, tone- og taleaudiometri samt tympanometri) til i alt 830,17 kr. efter speciallægeoverenskomsten.

Når sparepotentialet ikke er større, skyldes det, at den ny praksis på det private område med direkte adgang (selvhenvielse) også har haft en afsmittende effekt på de regionale høreklinikker – primært i Holstebro og Viborg. På Audiologisk Klinik, Aarhus Universitetshospital har man fastholdt henvisningskravet, og på de nye audiologiske lokalklinikker i Randers, og Marselisborg har der også været et henvisningskrav, ligesom det i mindre omfang gælder for de kommunale høreklinikker i Herning og Horsens.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen? Nej

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke - Nej

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene?

Det kan der være delte meninger om – praktiserende ørelæger vil formentlig se det som en kvalitetsforringelse og borgerne oplever, at man sparer tid.

Tema 3: Praksisområdet

5. Medfører forslaget ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål? Borgerne bliver fritaget for en forberedende høreundersøgelse hos en praktiserende ørelæge ved genudlevering af høreapparat fra en offentlig hørelinik. Ventetiden for de resterende patienter hos ørelægen vil dermed formentlig falde.

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke - Nej

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke - Nej

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.? Nej, men det kan frigøre tid hos den praktiserende ørelæge til andre patienter inden for øre-, næse-, halsspecialet.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Ændringerne i henvisningskravet kan gennemføres fra 2016 med varsling om de lempede regler for henvisning i efteråret 2015.

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser

Der forventes en lavere aktivitet for Øre-næse-hals speciallæger, dog med forudsætning af at det nationale økonomiprotokollat nedskrives (se punkt 13.a-b).

11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Driftsudgifter:

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	2019
A	Bruttobesparelse					
	Sygesikringsydelse - Speciallægeområdet/Praksis		-2,0	-2,0	-2,0	-2,0
B	Evt. afledte mindre- /merudgifter inkl. indtægter					
C	Nettobesparelse i alt		-2,0	-2,0	-2,0	-2,0

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

Da der er ventetid hos ørelægen er der risiko for, at ørelægen vil udfylde med andre patienter. Hvis det er tilfældet vil besparelsen modsvares af nye udgifter på praksisområdet.

Substitutionseffekten i ørelægepraksis er derfor en joker, som det ikke er muligt at vurdere ud fra de kendte forudsætninger. Det er derfor meget usikkert om regionen vil opnå noget økonomisk ved ændringen, men derimod vil der formentlig blive tale om en serviceforbedring (jf. punkt 4).

Tema 3: Praksisområdet

13.b Generelle forhindringer

Forslaget forudsætter en nedskrivning af det nationale økonomiprokollat.

13.c Konfliktpotentiale (med yderorganisationer eks. PLO)

Øre-næse-hals-lægerne vil måske modsætte sig forslaget.

13.d Juridiske problematikker

13.e Hvad gør de andre regioner

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med budget 2016.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 3

C. Spareforslag overskrift:

3. Afvikling af lokal aftale om regional betaling af vederlagsfri fysioterapi

D. Beskrivelse af området

På foranledning af det tidligere Ringkøbing Amt, blev en aftale om ansættelse af 2 fysioterapeuter på kollektivcentret Bytoften i Herning Kommune til vederlagsfri vedligeholdelsestræning, godkendt i Forberedelsesudvalget i forbindelse med Region Midtjyllands dannelse. Ordningen blev finansieret af sygesikringens udgifter til vederlagsfri fysioterapi for Bytoftens brugere. Den vederlagsfrie behandling var på daværende tidspunkt et amtsligt/regionalt myndighedsområde.

Den 1. august 2008 blev myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi flyttet fra regionerne til kommunerne, jf. sundhedslovens § 140a. Vederlagsfri fysioterapi kan efter lægehenvielse tilbydes i praksissektoren, ved at etablere tilbud om fysioterapi på kommunens egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner.

Ordningen med betalingen for de to ansatte fysioterapeuter er fortsat, selvom finansierings- og myndighedsansvar for den vederlagsfrie fysioterapi er overdraget til kommunerne. Der har ikke været hjemmel til fortsættelse af aftalen og regionen har indstillet betalingerne til Herning Kommune samt igangsat en udredning af tilbagebetalingskravet for den uretmæssige betaling for den vederlagsfrie fysioterapi.

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Den årlige besparelse på 1,0 mio. kr. efter afviklingen af aftalen omkring Bytoften i Herning Kommune indregnes som en besparelse på området for fysioterapi.

Juridisk set har Region Midtjylland ikke hjemmel til at betale for vederlagsfri fysioterapi og aftalen burde være overdraget til kommunerne i 2008 ifbm. ændringen af myndighedsansvar for den vederlagsfrie fysioterapi.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen? Nej

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke - Nej

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene? Nej

Tema 3: Praksisområdet

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Beboerne ved Bytoften vil fremover skulle modtage vederlagsfri fysioterapi på almindelige vilkår. Det vil sige, at borgerne efter lægehenvielse frit kan vælge mellem behandling hos privatpraktiserende fysioterapeuter eller gennem et kommunalt tilbud.

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke

Det er op til Bytoften / Herning Kommune at beslutte om ansættelsen af fysioterapeuter til vederlagsfri behandling ved centret skal fortsætte dvs. om der skal oprettes et kommunalt tilbud.

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke - Nej

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.?

Det er op til Bytoften / Herning Kommune at beslutte om ansættelsen af fysioterapeuter til vederlagsfri behandling ved centret skal fortsætte dvs. om der skal oprettes et kommunalt tilbud.

Kommunerne skal afholde brugernes udgifter til vederlagsfri fysioterapi – hvad enten de får vederlagsfri behandling ved et kommunalt tilbud eller hos en privatpraktiserende fysioterapeut.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Afviklingen af aftalen er igangsat primo 2015.

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser

Borgernes ret til at modtage vederlagsfri fysioterapi påvirkes ikke af afviklingen af aftalen og derfor forventes der ikke en ændret aktivitet.

11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Driftsudgifter:

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	2019
A	Bruttobesparelse					
	Afvikling af betaling af vederlagsfri fysioterapi på kollektivcentret Bytoften	- 1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
B	Evt. afledte mindre- /merudgifter incl. Indtægter					
C	Nettobesparelse i alt	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0

Tema 3: Praksisområdet

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

13.b Generelle forhindringer

13.c Konfliktpotentiale (med yderorganisationer eks. PLO)

De privatpraktiserende fysioterapeuter (repræsenteret ved Danske Fysioterapeuter) vil måske argumentere for, at overdragelsen af aftalen til kommunerne skal resultere i ekstra kapacitet til fysioterapiområdet, såfremt at Herning Kommune vælger ikke at opretholde et lokalt, kommunalt tilbud til brugerne ved Bytoften.

13.d Juridiske problematikker

13.e Hvad gør de andre regioner

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med budget 2016.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 4

C. Spareforslag overskrift:

4. Akutaftalen

D. Beskrivelse af området

Målet med forslaget er at opnå den økonomiske balance i forhold til akutaftalen, som regionsrådet forudsatte ved beslutningen om godkendelse af aftalen. Den 1. september 2012 trådte aftale med almen praksis om udvidet samarbejde på akutområdet (akutaftalen) i kraft. Der er etableret en enstrengt visitation for patienter med akut behov for lægehjælp (undtaget 1-1-2 opkald) med de praktiserende læger og lægevagten som visitator for de akutte henvendelser. Aftalen fastlægger, at behandlingen af mindre skader flyttes fra skadestuerne til de praktiserende læger og lægevagten.

Lægevagten er blevet fysisk integreret i akutafdelingerne, hvor samarbejdet mellem lægevagten og akutafdelingen skal bidrage til, at patienterne oplever den akutte behandling af enten akut sygdom eller akut tilskadekomst mere integreret, uanset om den foregår i lægevagten eller i skadestuen i akutafdelingen. Samarbejdet strækker sig også personalemæssigt ved, at sygeplejersker fra akutafdelingerne assisterer og hjælper i lægevagten.

På akutklinikkerne udgør vagtlægerne den lægefaglige back-up og er lægefaglig ansvarlig i vagttid. De bemandede og udstyrede akutklinikker forbedrer vagtlægernes mulighed for at gennemføre diagnostik og behandling af patienterne set i forhold til hjemmebesøg foretaget af lægevagten.

Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, har gennemført en evaluering af akutaftalen på en række forskellige områder. Evalueringen viser, at implementeringen af akutaftalen er gennemført, så den nye ordning relativt hurtigt blev funktionsdygtig med opbakning fra de involverede parter. Evalueringen viser også, at der er områder, hvor der er behov for justering og tilpasning af aftalen.

Aftalens økonomi

Reduktionen i antallet af skadestuebesøg skal ifølge regionsrådets vedtagelse af akutordningen finansiere de skønnede nettomerudgifter på hospitalerne til assisterende sygeplejerske mv. på ca. 4 mio. kr. og til praksisområdet på ca. 8 mio. kr.

Aktivitetsfaldet på hospitalernes skadestuer er opgjort til ca. 11,0 mio. kr. (svarende til 50 % af DRG-værdien), mens udgifterne til assisterende sygeplejersker foreløbigt er opgjort til ca. 10,7 mio. kr. af hospitalsenhederne.

Aktivitetsfaldet på skadestuerne har medført meraktivitet hos almen praksis i både dagtid og i lægevagten. I evalueringen fra Forskningsenheden skønnes det, at den skadesrelaterede meraktivitet i dagtid udgør 1,4 % af konsultationer og 0,6 % af telefonkonsultationer.

Tema 3: Praksisområdet

Administrationen har i vagttid opgjort merudgiften ved indførelsen af akutaftalen til 7,78 mio. kr.

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Telefonvisitation

Forskningsenhedens evaluering viser, at der foretages en forholdsmeæssig stor viderehenviisning fra lægevagtskonsultation til skadestuen, svarende til 28 % af alle konsultationer omhandlende skader i lægevagten.

Administrationen ønsker et øget fokus fra visitationslægerne på patienternes behov for viderehenviisning til røntgen eller andet der kræver at patienten tilses på skadestuen. Såfremt vagtlægerne i telefonen visiterer halvdelen af de skader, som konsultationen viderevisiterer til skadestuen, direkte til skadestuen, vil det medføre en skønnet besparelse på 1,5 mio. kr. årligt.

Sygeplejerske assistance i lægevagten

Forskningsenhedens evaluering indikerer, at der er gode muligheder for at opnå en mere effektiv anvendelse af ressourcerne ved at øge samarbejdet mellem sygeplejerskerne og lægevagten, f.eks. ved at lade sygeplejerskerne tage flere selvstændige behandleropgaver. Såvel Forskningsenhedens undersøgelse som tilkendegivelser fra hospitalerne indikerer, at en usystematisk og forskellig registreringspraksis i visse tilfælde kan være årsagen til, at sygeplejerskernes selvstændige behandleropgaver er undervurderet.

Ved at undersøge muligheden for om sygeplejerskerne kan foretage flere selvstændige behandleropgaver vil aktivitets- og økonomifordelingen mellem hospitalerne og lægevagten muligvis kunne ændres.

Meraktivitet i almen praksis

Som førnævnt fremgår det af evalueringsrapporten, at der har været meraktivitet i almen praksis. Tal for skadesrelaterede tillægsydelser tyder dog på, at meraktiviteten i dagtid er begrænset og i nogen udstrækning kan være lidt tilfældig i forhold til akutaftalens ændringer. Der ses fald i nogle østlige dele af regionen og samtidigt stigninger i den vestlige del af regionen. Med udgangspunkt i de aftaler, der var forud for indgåelsen af akutaftalen, ville formodningen være den modsatte tendens.

Administrationen ønsker at undersøge, om der er mulighed for at flytte aktivitet fra vagttid til dagtid. Der skal foretages beregninger på, hvor meget økonomi der ligger i at flytte en given aktivitet fra vagttid til dagtid. Herunder ønsker administrationen at undersøge aktiviteten på skadestuerne fordelt på døgnet, idet dette kan være en indikator for, om der er områder af regionen, hvor akutaftalen kan implementeres bedre end den er i dag.

Tilgængelighed i dagtid

Evalueringen af akutaftalen indeholder undersøgelser af den telefoniske tilgængelighed i praksis. Det er administrationens opfattelse, at øget fysisk tilgængelighed i dagtid, øget viden

Tema 3: Praksisområdet

hos borgerne om fysisk tilgængelighed er en effektiv måde at sikre dels en mindre aktivitet i lægevagten og dels en mere effektiv akutaftale.

Bedre udbredelse af akutlinjer i almen praksis og en oplysningskampagne til borgerne om brug af lægevagten kan muligvis bidrage til, at flere borgere retter henvendelse til egen læge frem for lægevagten senere på dagen. Det bør undersøges, hvorledes udbredelsen af akutlinjerne har udviklet sig, ligesom den fysiske tilgængelighed hos den praktiserende læge mellem kl. 14.00-16.00 bør klarlægges.

Der er fra gruppe 1 et forslag om at reducere åbningstiderne på akutklinikkerne.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen? Nej

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke - Nej

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene? Nej

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Borgerne vil forhåbentligt opleve en bedre kvalitet, ved at lægevagten i telefonvisitationen henviser de rette patienter til skadestuen, frem for at patienterne både skal tilses af en vagtlæge og i skadestuen.

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke Nej

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke - Nej

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.?

Korrekt skadesvisitation har ikke konsekvenser for andre specialer eller områder.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Administrationen vil igangsætte forhandlinger med PLO-Midtjylland om justeringer og tilpasning af akutaftalen.

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser

Det er for tidligt at sige noget om de aktivitetsmæssige konsekvenser.

11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Der er endnu ikke sat økonomi på.

Tema 3: Praksisområdet

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

13.b Generelle forhindringer

Besparelsen beror på, at almen praksis tager ansvar for at sikre, at skader, der skal tilses af skadestuen, visiteres korrekt i telefonen.

13.c Konfliktpotentiale (med yderorganisationer eks. PLO)

Der er risiko for, at PLO-Midtjylland ikke er interesseret i at genforhandle akutaftalen.

13.d Juridiske problematikker

13.e Hvad gør de andre regioner

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med budget 2016, og der følges op på sparemålet i efteråret 2017.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 5

C. Spareforslag overskrift:

5. Genforhandling af lægevagtsaftalen

D. Beskrivelse af området

I 2006 blev der med Praksisudvalget indgået aftale om lægevagten med ikrafttræden pr. 1. januar 2007. I aftalen forudsættes det, at vagtordningen yder lægehjælp på højt kvalificeret niveau, er økonomisk effektiv og at lægerne har en rimelig arbejdsbelastning. Praksisudvalget forpligter sig til at stille det nødvendige antal læger til rådighed for vagtordningen. Region Midtjylland stiller IP-telefoni, inventar, lokaler inklusiv rengøring, depotopfyldelse og faciliteter til rådighed for de praktiserende læger i lokaler på hospitalerne. I henhold til landsoverenskomstens bestemmelser stilles der forbudsstoffer og akut medicin til rådighed.

Der er opstillet tre servicemål for lægevagten:

- 90 % af alle opkald skal besvares inden 5 minutter,
- 90 % af alle konsultationer skal være påbegyndt senest en time efter ankomst til konsultationslokale, og
- 90 % af alle hjemmebesøg skal være påbegyndt maksimalt 3 timer efter opkaldet til lægevagten er fortaget.

Lægevagten opfylder kun servicemålet for hjemmebesøg.

Med henblik på finansiering af edb-system, vagtledelse og vagttilrettelæggelse mv. yder Region Midtjylland et bloktilskud på 8,3 mio. kr. i 2006, svarende til 10,4 mio. kr. i 2015.

Udover Region Midtjyllands bloktilskud yder de praktiserende læger et tilskud til vagtordningen via et kontingent. Dette beløb udgjorde i 2013 2,8 mio. kr. svarende til mindre end 2,25 kr. pr. borger i Region Midtjylland.

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Der er behov for en genforhandling af lægevagtsaftalen af såvel økonomiske, lovgivningsmæssige og kvalitetsmæssige årsager.

Økonomi – Region Midtjylland yder årligt et bloktilskud på 10,4 mio. kr. til lægevagten. En sammenligning med de øvrige regioners udgifter til lægevagten giver anledning til en antagelse om, at vi kan reducere bloktilskuddet med 1-2 mio. kr. Vurderingen er imidlertid så usikker, at beløbet ikke er indføjet i sparekataloget.

Lovgivning – Regionen har ikke adgang til information om driften af lægevagten, og regionen opfylder således ikke sin tilsynsforpligtelse som ansvarlig myndighed, herunder har regionen ringe mulighed for at sikre, at lægevagten har et tilstrækkeligt højt niveau datasikkerhedsmæssigt.

Tema 3: Praksisområdet

Kvalitet – Der stilles i aftalen alene krav om, at man er speciallæge i almen medicin eller er uddannelseslæge under uddannelse til almen praksis læge. Der stilles ikke andre uddannelsesmæssige krav. Der er endvidere ringe opfyldelse af de servicemål, som regionen stiller til lægevagten, og regionen har ingen sanktioner ved manglende opfyldelse af målene og ingen måde at give lægevagten incitament til at opfylde målene.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen? Nej

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke - Nej

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene?

Ved en genforhandling af lægevagtsaftalen, bør der aftales sanktioner for manglende overholdelse af servicemål. Herved er der sandsynlighed for, at lægevagten i højere grad vil overholde servicemålene. Dette vil medføre en bedre service for borgerne.

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Nej

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke - Nej

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke - Nej

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.?

Nej

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser

Det er for tidligt at sige noget om de aktivitetsmæssige konsekvenser.

11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Der er ikke sat økonomi på.

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

Tema 3: Praksisområdet

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

13.b Generelle forhindringer

13.c Konfliktpotentiale (med yderorganisationer eks. PLO)

Der er risiko for, at PLO-Midtjylland ikke er interesseret i at genforhandle lægevagtsaftalen.

13.d Juridiske problematikker

Opsigelsesvarslet for den nuværende lægevagtsaftale er 12 mdr.

13.e Hvad gør de andre regioner

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med budget 2016, og der følges op på sparemålet i efteråret 2018.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 6

C. Spareforslag overskrift:

6. Omlæg. praksisrådets Projekt- og Udviklingspulje / bevilling Praksisforskningsfonden

D. Beskrivelse af området

I forbindelse med vedtagelsen af det tidligere Primær Sundheds budget 2007 blev det besluttet hvert år at afsætte 0,3 % af det samlede sygesikringsbudget til en projekt- og udviklingspulje på sygesikringsområdet. Puljen anvendes bl.a. til at udvikle nye løsningsmodeller i forhold til problemer med rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger i lægedækningstruede områder, til kvalitetsudviklingstiltag, til forskningsinitiativer og til initiativer omkring rationel anvendelse af ressourcer i de nære sundhedstilbud, herunder fremme af rationel anvendelse af lægemidler. Projekt- og Udviklingspuljen finansierer uddelingen af midler i Region Midtjyllands Praksisforskningsfond.

Projekt- og udviklingspuljen blev i forbindelse med budget 2011 beskåret med 5,7 mio. kr. og ved budget 2014 blev der tilføjet yderligere 1,5 mio. kr. til uddeling af midler i praksisforskningsfonden. Samlet set er der afsat 8,7 mio. kr. til Projekt- og Udviklingspuljen i 2015, hvoraf 3,5 mio. kr. anvendes til Region Midtjyllands Praksisforskningsfond.

Nære Sundhedstilbud varetager udmøntningen af midler i Projekt- og Udviklingspuljen.

Region Midtjyllands Praksisforskningsfond yder økonomisk støtte til forskning inden for praksissektoren i Region Midtjylland. Forskningen skal bidrage til, at forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering i Region Midtjylland løbende udvikles på et højt niveau. Region Midtjyllands Praksisforskningsfond ledes af Strategiudvalget for Praksisforskningsfonden, der tager stilling til udmøntningen af midler. Forinden har ansøgningerne til fonden gennemgået en videnskabelig bedømmelse i bedømmelsesudvalget.

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Nære Sundhedstilbud foreslår, at Projekt- og Udviklingspuljen lukkes, og at der samtidigt gives en særskilt bevilling til videreførelse af Region Midtjyllands Praksisforskningsfond. Herudover bliver de 1,5 mio. kr., som blev tilføjet yderligere til Praksisforskningsfonden i 2014 inddraget som en yderligere besparelse.

Projekt- og Udviklingspuljen har tidligere anvendt midler bl.a. til medfinansiering af professorat ved Forskningsenheden for Almen Praksis samt til evalueringen af akutordningen ifbm. etableringen af den enstrengede visitation til lægevagt/skadestuen. De aftalemæssige bindinger omkring disse midler ophører med udgangen af 2015. Puljen er også i høj grad anvendt til finansiering af initiativer til at imødegå udfordringer i lægedækningstruede områder bl.a. til etablering af regionsklinikker og aftaler med læger i de berørte områder.

Tema 3: Praksisområdet

I 2013 og 2014 har der været et mindre forbrug til projekt- og udviklingstiltag end i de foregående år. Midlerne i Region Midtjyllands Praksisforskningsfond bliver udmøntet planmæssigt 2 gange årligt.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen? Nej

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke - Nej

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene? Nej

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Finansieringen af Projekt- og Udviklingspuljens tiltag vil fremadrettet skulle finansieres via praksissektorens driftsbudget (primært almenlægehjælp) og/eller ved særskilte regionsrådsbevillinger til eksempelvis lægedækningsinitiativer.

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke - Nej

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke - Nej

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.? Nej

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Forslaget kan implementeres med virkning fra 2016 og besparelsen er varig.

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser

Se punkt 5.

11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Driftsudgifter:

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	2019
A	Bruttobesparelse		-8,7	-8,7	-8,7	-8,7
	Praksis - afvikling af Projekt- og Udviklingspuljen		-8,7	-8,7	-8,7	-8,7
B	Evt. afledte mindre- /merudgifter incl. Indtægter		2	2	2	2
	Praksis - særskilt bevilling til Praksisforskningsfonden		2	2	2	2

C	Nettobesparelse i alt		-6,7	-6,7	-6,7	-6,7
----------	------------------------------	--	------	------	------	------

Tema 3: Praksisområdet

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

13.b Generelle forhindringer

13.c Konfliktpotentiale (med yderorganisationer eks. PLO)

PLO kan måske være uenig i, at midlerne i Praksisforskningsfonden reduceres.

13.d Juridiske problematikker

13.e Hvad gør de andre regioner

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med budget 2016.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 7

C. Spareforslag overskrift:

7. Inddragelse af uforbrugte midler i de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg

D. Beskrivelse af området

I landsoverenskomsten for almenlæge hjælp er det aftalt mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og de praktiserende lægers organisation (PLO), at regionerne afsætter en pulje til lokal anvendelse til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Samlet set skal der i 2015 afsættes 10,6 mio. kr. til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Heraf skal 1,7 mio. afsættes til Den Gruppebaserede Efteruddannelsesordning (DGE) og 1,1 mio. kr. til at understøtte og facilitere den danske kvalitetsmodel (DDKM) i almen praksis. I alt afsættes der i 2015 7,8 mio. kr. til uddeling i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget (KEU).

Regionerne har i overenskomsten med PLO forpligtet sig på, at eventuelle uforbrugte midler til kvalitetsudvikling og efteruddannelse, overføres til efterfølgende regnskabsår (jf. LOK §104, stk. 5).

Igennem en længere periode er der kommet et betydeligt efterslæb i uddelingen af midler igennem KEU, særligt i opstartsårene blev midlerne ikke anvendt. Gennemsnitligt har man i de sidste 5 år uddelt 5,6 mio. kr. om året via KEU. Samlet set har KEU 22,7 mio. kr. opsparet (inklusiv 4,9 mio. kr. overført til kommende år). DGE har ligeledes haft et mindre forbrug end den afsatte ramme. Her er årligt anvendt omkring 0,8 mio. kr. og puljen udgør nu i alt 6,6 mio. kr. (inklusiv 2,4 mio. kr. overført til kommende år). De årlige afsatte midler i de to puljer bliver derfor ikke brugt fuldt ud.

Den nye budgetlov med virkning fra 2013 foreskriver, at regionens samlede budget skal balancere, og budgetloven vanskeliggør overførsel af uforbrugte midler fra et regnskabsår til et andet. I denne forbindelse gør akkumuleringen af uforbrugte midler i de overenskomstfastsatte puljer det vanskeligt at sikre balance i budgettet, da et større og større beløb skal overføres til efterfølgende år. Uforbrugte midler i puljerne lægger dermed beslag på midler, som ellers kan anvendes til drift af praksisområderne og vanskeliggør budgetstyring på områderne.

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Forslaget omfatter en inddragelse af uforbrugte midler i KEU- og DGE-puljerne, som er blevet overført til 2015, 2016 og 2017. Der vil fortsat hvert år blive afsat nye midler på samme vis som foreskrevet i landsoverenskomsten.

Tema 3: Praksisområdet

Det forslås i øvrigt, at regionen tager initiativer til at sikre, at overenskomstens bestemmelse omkring overførsel af uforbrugte midler bortfalder ved genforhandling af overenskomsten i 2017.

Der er tale om en engangsbesparelse og ikke en varig besparelse.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen? Nej

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke - Nej

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene? Nej

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål? Nej

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke - Nej

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke - Nej

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.?

Uforbrugte midler til kvalitetsudvikling og efteruddannelse af alment praktiserende læger vil bortfalde med forslaget. Forslaget berører dog ikke den pulje, som hvert år afsættes til formålene.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Inddragelsen af uforbrugte midler i KEU og DGE kan umiddelbart effektueres for 2015 og 2016.

Den nuværende bestemmelse i LOK omkring adgang til overførsel af puljemidlerne kan ændres i forbindelse med næstkommende overenskomstforhandling i 2017.

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser

Der er ingen aktivitetsmæssige konsekvenser.

Tema 3: Praksisområdet

11. Beskriv forslaget's brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Driftsudgifter:

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	2019
A	Bruttobesparelse					
	Praksis - Inddragelse af overførsel til KEU/DGE	-10,0	-3,0	-6,7	0,0	0,0
B	Evt. afledte mindre-/merudgifter inkl. Indtægter					
C	Nettobesparelse i alt	-10,0	-3,0	-6,7	0,0	0,0

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

Inddragelsen af uforbrugte midler er en engangsbesparelse, der kan bidrage til at sikre regionens likviditet.

13.b Generelle forhindringer

13.c Konfliktpotentiale (med yderorganisationer eks. PLO)

Der er behov for en god information til PLO-M om baggrunden for forslaget.

13.d Juridiske problematikker

Den nationale budgetlovgivning vedtaget af Folketinget gør det vanskeligt at få overført midler fra år til år.

13.e Hvad gør de andre regioner

Region Midtjylland og de øvrige regioner har hidtil sikret overførsel af de uforbrugte puljemidler i overensstemmelse med overenskomstens bestemmelser.

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med Sundhedsoverblik pr. 31. august 2015 og budget 2016.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 8

C. Spareforslag overskrift:

8. Omlægning fra fremmødetolkning til teletolkning - (telefon og videotolkning)

D. Beskrivelse af området

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Der forslås en besparelse på kørsel til tolke ved omlægning fra fremmødetolkning til teletolkning. Der gennemføres årligt ca. 26.000 tolkninger i almen praksis i Region Midtjylland. Andelen af tolkninger, der foregår via video eller telefon udgør en forsvindende lille andel med ca. 500 videotolkninger og 700 telefontolkninger. Den årlige udgift til tolkning i almen praksis udgør ca. 10 – 11 mio. kr., heraf udgør refusion af tolkenes transportudgifter mellem 2,6 - 3,7 mio. kr. årligt.

Teletolkning indeholder et potentiale ift. at forbedre kvaliteten af behandlingen i primærsektoren for patienter med behov for tolkebistand ved blandt andet at sikre større tilgængelighed til mindre tolkning inden for mindre sprogområder, tolkning i akutte situationer samt nedbringe anvendelsen af børne/familietolkning. Det er desuden dokumenteret, at tolkning via telefon eller video kan give mere direkte og professionel dialog mellem behandler og patient.

Det kan være en fordel for fx kvindelige patienter af anden etnisk herkomst, at tolken ikke er fysisk tilstede i rummet ved undersøgelser. Varigheden af selve teletolkningen er efter en indkøringsperiode kortere end ved fremmødetolkning. Konsultationen kan samlet set derfor gennemføres hurtigere da lægen undgår at få både patient og tolk ind og ud af konsultationsrummet. En forsinket tolk kan fx forstyrre en travl læges dagsprogram.

Med en øget andel af teletolkning vil der samlet blive behov for færre tolke da en større del af tolkens tid bruges på kerneopgaven i stedet for til transport imellem tolkeopgaverne. Den enkelte tolk vil dermed kunne opnå mere erfaring fra sundhedsområdet ligesom tolkebureauerne vil få bedre udnyttelse af sine freelancetolke. Det er et kvalitetsproblem, at der i dag af og til anvendes tolke uden et sikkert dansk sprog, tilstrækkeligt kendskab til sundhedsvæsenets terminologi og opbygning med videre. Det er for visse sprogs vedkommende et forsyningsproblem i regionens yderområder, da nogle tolke helt afviser at rejse langt til en kortere fremmødetolkning. Tolken er kun berettiget til at få refunderet udgifterne for op til 100 km. transport, men bliver ikke honoreret for den tid, der bruges på transport. Akuttetolkning er også lettere tilgængelig ved videotolkning. Man må dog formode, at patienter, som henvender sig i almen praksis med akutte tilstande ofte henvises til skadestue.

Tema 3: Praksisområdet

En øget anvendelse af videotolkning vil altså på flere måder være et skridt i retningen af professionel oversættelse og dermed indebære et kvalitetsløft i oversættelsen.

Det skal understreges, at videoudstyret, som stilles til rådighed for almen praksis ved en overgang til teletolkning også kan anvendes til andre formål. Almen praksis kan anvende videoudstyret i det daglige samarbejde med hospitalerne og kommunerne, og spareplanens andre forslag om bl.a. virtuelle konsultationer, opfølgende hjemmebesøg, udskrivningskonferencer i psykiatrien vil være andre potentielle anvendelser af udstyret.

Digitaliseringsstyrelsen analyserede i foråret 2014 tolkeområdet – her indgik også tolkning i psykiatrien, på hospitalerne og i kommunerne. Den opstillede business case viste et besparelspotentiale og blev en del af forhandlingerne op til økonomiaftalen mellem stat og regioner, men endte med ikke at blive en del af selve økonomiaftalen. Det er ikke utænkeligt, at videotolkning vil indgå som et spareforslag i økonomiaftalen for 2016.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen?

Nej.

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke

Nej. Der skal dog installeres videoudstyr i praksis. Videoudstyret vil kunne bruges til andre formål. Region Midtjylland anvender to tekniske løsninger til tolkning.

- A) Cisco's Jabber video-klient samt et plug- and-play HD-kamera og et sæt højtalere tilsluttet den pc, der findes i forvejen, eller
- B) Dedikeret videoudstyr eller møderumssystem. De systemer, som vil være aktuelle, vil også kunne anvendes til andre formål. Via tilsluttet tastatur kan systemet fungere som pc, den trykfølsomme skærm kan afvikle app's til andre formål og lignende.

Med hensyn til installering af udstyret varetager Nære Sundhedstilbud allerede opgaven med at installere forskelligt udstyr og programmer i almen praksis og underviser forskellige personalegrupper i deres anvendelser.

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene?

- Forslaget indeholder et potentiale ift. at forbedre kvaliteten af behandlingen i primærsektoren for patienter med behov for tolkebistand (se punkt 1).
- Der er ikke indikationer for at tolkning via video skulle være af en dårligere kvalitet end ved traditionel fremmødetolkning.
- Erfaringsmæssigt er driftsstabiliteten af den pc-baserede løsning (se ovenfor under A) udfordret, og en almen praktiserende læge skal ikke opleve mange tekniske udfald før man foretrækker fremmødetolkning, som opleves som en mere 'sikker' løsning. Driftsstabiliteten ved løsning B) er meget høj men anskaffelsesudgiften også noget dyrere (mellem 7.000 og 12.000 kr. pr. enhed).

Tema 3: Praksisområdet

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål? Nej

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke - Nej

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke - Nej

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.?

Nej. Kun såfremt der indføres en begrænsning ift. muligheden for at få dækket udgifterne til fremmødetolkning.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Der er betydelig erfaringer i at anvende tolkning på hospitalerne, men så godt som ingen erfaringer i Region Midtjylland med implementering af teletolkning i almen praksis. Dog er der pt. et projekt om sygebesøg via video i Syddjurs Kommune. Da erfaringerne er få, er implementeringen derfor vanskelig præcist at forudsige og estimeres med en tidsramme på to år.

10. Beskriv forslagens aktivitetsmæssige konsekvenser

Der er ingen aktivitetsmæssige konsekvenser.

11. Beskriv forslagens brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Driftsudgifter:

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	2019
A	Bruttobesparelse	-0,5	-1,5	-2,5	-3,0	-3,0
	Praksis - Kørsel	-0,5	-1,5	-2,5	-3,0	-3,0
B	Evt. afledte mindre- /merudgifter incl. Indtægter	0,5	1	1	0	0
	Praksis - Videoudstyr og installation samt oplæring i brug	0,5	1	1	0	0

C	Nettobesparelse i alt	0	-0,5	-1,5	-3,0	-3,0
----------	------------------------------	----------	-------------	-------------	-------------	-------------

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

Besparelsen afhænger af udbredelsesgraden i almen praksis herunder om der kan etableres en god incitamentsstruktur for anvendelse af teletolkning.

Desuden vil det anskaffede udstyr kunne bruges til andre formål uden meromkostninger.

Tema 3: Praksisområdet

Det forudsættes at der stadigvæk vil være udgifter til fremmøde tolkning (kørsel) svarende til ca. 20. pct. af det nuværende niveau.

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

Se ovenfor.

13.b Generelle forhindringer

Hvis de praktiserende læger ikke ønsker at anvende teletolkning kan projektet blive vanskeligt at udbrede og besparelsen vanskelig at realisere. Der er ikke i dag et økonomisk incitament for de praktiserende læger til at anvende teletolkning, så det attraktive herved, må begrundes med fx bedre tilgængelighed, driftsstabilitet, nemhed, bedre kvalitet, øget fleksibilitet og lignende.

Beslutninger om Region Midtjyllands videoinfrastruktur varetages i dag af Styregruppen for Videokonferencer.

13.c Konfliktpotentiale (med yderorganisationer eks. PLO)

Hvis ikke PLO-M vil understøtte processen kan det blive vanskeligt at udbrede teletolkning i almen praksis.

En velfungerende, stabil, fleksibel og kvalitetsmæssig god løsning kan gøre det til et naturligt valg at bestille tolkning via video.

13.d Juridiske problematikker

Nej. Ikke i forhold til teletolkning.

13.e Hvad gør de andre regioner

Der er gode erfaringer fra Region Syddanmark ift. at udbrede teletolkning til almen praksis. Ved årsskiftet til 2015 var der rekrutteret ca. 50 almen praksisser, som anvender videotolkning.

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med Sundhedsoverblik pr. 31. august 2015 og budget 2016.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 9

C. Spareforslag overskrift:

9. Tillægsydelse 2133 "Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver" honoreres ikke

D. Beskrivelse af området

I forbindelse med blodprøvetagning og laboratorium i almen praksis eksisterer der tillægsydelser omhandlende forsendelse, som regionen vurderer, ikke længere bør honoreres, fordi regionen har indgået en afhentningsordning af blodprøver fra almen praksis. Afhentningsordningen omfatter også andre biologiske materialer samt post.

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Tillægsydelse 2133 vedrører forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver. Almen praksis anvender fortsat denne ydelse til trods for, at praksis anvender den regionsfinansierede transportordning af ucentrifugerede blodprøver, hvormed praksis også sender andet prøvemateriale samt post til videre distribution på et hospital. Der er indgået særskilt aftale med PLO-Midtjylland om denne ordning og dens anvendelse.

Udgiften til tillægsydelsen udgjorde i 2014 10,2 mio. kr. (P/L 2015: 10,3 mio.kr.)

Forslaget har tidligere været forelagt PLO-M, men er ikke realiseret. Det foreslås, at Region Midtjylland meddeler PLO-M, at ydelse 2133 fra 1. september 2015 ikke længere honoreres. Såfremt praksis underskriver en tro og love-erklæring på, at afhentningsordningen ikke benyttes til forsendelse af biologisk materiale, vil de kunne benytte ydelsen.

Besparelsen i forhold til almen praksis vil i 2015 være på 3,4 mio. kr. og årligt fra 2016 på 10,3 mio. kr.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen? Nej.

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke - Nej.

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene? Nej.

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål? Nej.

Tema 3: Praksisområdet

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke - Nej.

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke - Nej.

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.? Nej.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Det foreslås, at Region Midtjylland meddeler PLO-M, at ydelse 2133 fra 1. september 2015 ikke længere honoreres.

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser

Forslaget vil reducere regionens udgifter til almen praksis, men der er som sådan ingen aktivitetsmæssige konsekvenser ved forslaget.

11. Beskriv forslagets brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Driftsudgifter:

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	2019
A	Bruttobesparelse	-3,4	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3
	Praksis -fjernelse af ydelse 2133	-3,4	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3
B	Evt. afledte mindre- /merudgifter incl. Indtægter					

C	Nettobesparelse i alt	-3,4	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3
----------	------------------------------	-------------	--------------	--------------	--------------	--------------

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

13.b Generelle forhindringer

Det må overvejes, om der er behov for at justere økonomiprotokollat for at sikre besparelse.

13.c Konfliktpotentialer (med yderorganisationer eks. PLO)

PLO-M vil modsætte sig gennemførelsen af forslaget.

Tema 3: Praksisområdet

13.d Juridiske problematikker

13.e Hvad gør de andre regioner

Så vidt vides har ingen regioner foretaget lignende initiativ. Region Syddanmark har tidligere overvejet.

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med Sundhedsoverblik pr. 31. august 2015 og budget 2016.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 10

C. Spareforslag overskrift:

10. Fjernelse af unødige analyser og dobbeltanalyser

D. Beskrivelse af området

Der bliver taget mange prøver og udføres mange analyser i både almen praksis og på hospitalerne. I den forbindelse er det vigtigt at sikre, at der ikke bliver foretaget unødige undersøgelser og dobbeltundersøgelser, når patienterne bevæger sig på tværs af sundhedsvæsenet.

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Det vurderes, at der i et vist omfang udføres unødige analyser, og det vurderes at regionen vil kunne spare penge, hvis hospitalerne var bedre til at benytte de analyseresultater, som praktiserende læger har fået foretaget og omvendt. Det er muligt ved brug af LABKA at benytte resultaterne tværsektorielt. Der bør endvidere sættes fokus på, om der kan rykkes på intervaller for kontroller i almen praksis og på hospitaler. Endvidere bør der iværksættes efteruddannelsesaktiviteter i almen praksis med støtte fra specialafdelingerne og evt. finansieret af KEU med fokus på korrekt brug af analyser og analyseresultater. Der bør iværksættes en nærmere udredning i løbet af 2015 på udvalgte områder med afsæt i Styregruppen for Laboratoriekvalitetssikringsordningen.

I 2016 sigtes mod en reduktion i blodprøvetagning på 10 % med 5 % i almen praksis og 5 % på hospitalerne.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen? Nej.

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke - Nej.

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene?

Der skal ske et fokuseret samarbejde med henblik på at benytte nyligt tagne analyser fra almen praksis og hospitaler og dermed undgå spild og dobbeltanalyser. Der bør også ske en faglig opdatering af bl.a. almen praksis med henblik på, hvornår der tages prøver og tolkning af resultater i forhold til videre behandling.

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Borgeren undgår at skulle have taget blodprøven på ny.

Tema 3: Praksisområdet

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke

Der skal afsættes ressourcer til faglig efteruddannelse fx via Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgets puljemidler. På hospitalerne skal der udarbejdes ændrede procedurer for opslag i LABKA og rekvisition af analyser.

Der vil på hospitalerne være behov for færre bioanalytikere til at foretage analyserne svarende til cirka følgende fuldtidsstillinger: Hospitalsenhed Midt -0,7 stillinger, Hospitalsenheden Horsens -0,3 stillinger, Hospitalsenheden Vest -0,6 stillinger, Regionshospitalet Randers -0,3 stillinger og Aarhus Universitetshospital -1,9 stillinger.

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke - Nej

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.?

Der er tale om en tværsektoriel optimering af ressourcer.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Der skal foretages en nærmere faglig drøftelse med identifikation af områder, herunder efteruddannelsesinitiativer i løbet af 2015.

10. Beskriv forslagens aktivitetsmæssige konsekvenser

Ved forslaget forventes lavere aktivitet i almen praksis, forudsat at økonomiprotokollatet nedskrives. Der forventes også lavere aktivitet på hospitalerne, men hospitalerne får ikke DRG for blodprøvetagning.

11. Beskriv forslagens brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Driftsudgifter:

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	2019
A	Bruttobesparelse		-9,6	-9,6	-9,6	-9,6
	5 % reduktion i Almen Praksis		-7,8	-7,8	-7,8	-7,8
	5 % reduktion på hospitalerne					
	Hospitalsenheden Vest		-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
	Hospitalsenhed Midt		-0,4	-0,4	-0,4	-0,4
	Regionshospitalet Randers		-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
	Hospitalsenheden Horsens		-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
	Aarhus Universitetshospital		-0,9	-0,9	-0,9	-0,9
B	Evt. afledte mindre- /merudgifter incl. Indtægter					

C	Nettobesparelse i alt		-9,6	-9,6	-9,6	-9,6
----------	------------------------------	--	-------------	-------------	-------------	-------------

NB: Besparelsen er fordelt ud fra 1. Fordelingsnøgle excl. Medicin.

Tema 3: Praksisområdet

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

13.b Generelle forhindringer

Det vil kræve en dialog i Styregruppen på laboratorieområdet. Det forudsættes at økonomiprotokollatet nedskrives. Det skal undersøges hvorvidt almen praksis kan kompenseres ved tilførsel af anden faglig relevant hospitalsaktivitet.

Det er en forudsætning for gennemførelsen af forslaget, at der bliver arbejdet med det praktiske med hensyn til IT og i forhold til det juridiske (hvem må se hvad i systemerne mv.). På nuværende tidspunkt er der på hospitalerne nogle systemmæssige udfordringer med IT, som gør det vanskeligt for sundhedspersonalet at undgå dobbeltprøver/analyser, hvis de vil være sikre på, at alle de relevante prøver/analyser er foretaget på den enkelte patient, og at de får pop-up beskeder om prøvesvar mv.

13.c Konfliktpotentiale (med yderorganisationer eks. PLO)

Gennemførelse af forslaget forudsætter dialog/forhandling med PLO-M og hospitalerne.

13.d Juridiske problematikker

13.e Hvad gør de andre regioner

Der er ikke kendskab til særskilte initiativer.

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med budget 2016.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 11

C. Spareforslag overskrift:

11. Ambulatoriers rekvisition af blodprøver i almen praksis

D. Beskrivelse af området

Der kan på laboratorieområdet tages forskellige initiativer, hvor opgaver, som i dag varetages i almen praksis med fordel kan overføres til hospitalerne ud fra en økonomisk betragtning og uden at ændre væsentlig på patientservice.

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Der er en stigende tendens til, at hospitalsambulatorier i forbindelse med behandling og kontrol i ambulatorierne anmoder praktiserende læger om forinden at tage blodprøver for disse og sende disse til analyse på laboratorierne. I praksis vil dette normalt afstedkomme, at praksis tager et konsultationshonorar og en tillægsydelse for prøvetagning inkl. forsendelse svarende til 183,29 kr. pr. blodprøve. I 2014 kan udgiften opgøres til 17,1 mio. kr. (P/L 2015: 17,3 mio. kr.) for ca. 93.400 blodprøvetagninger.

Det forudsættes, at økonomiprotokollatet reguleres.

Det foreslås, at hospitalsambulatorierne fra 1. januar 2016 overgår til selv at rekvirere blodprøverne på det for patienten nærmeste hospitalslaboratorium. Ændringen kræver procedure og adfærdændring på hospitalerne, og der forventes en halvårlig effekt fra 2016 og fuld effekt fra 2017. Besparelsen i forhold til almen praksis vil derfor være på 8,7 mio. kr. i 2016 og fra 2017 og fremefter vil den være på 17,3 mio. kr.

Merudgiften på hospitalerne forventes at være på 2 mio. kr. i 2016, idet der regnes med en kvoteafregningspris pr. blodprøvetagning på 41,77 kr., og i 2017 og fremefter 3,9 mio. kr. Merudgiften er fordelt på de fem hospitalsenheder ud fra deres andel af rekvisitioner af blodprøver i praksis i 2014. Psykiatris andel er placeret ud på de fem hospitalsenheder på baggrund af hvilke hospital-optagekommuner prøverne er taget i.

Nettobesparelsen udgør i 2016 6,7 mio. kr. og fremover årligt 13,4 mio. kr.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen? Nej

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke

Det forventes ikke, at forslaget medfører behov for udvidelse af de fysiske rammer.

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene? Nej.

Tema 3: Praksisområdet

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Forslaget kan medføre fordele for de patienter, som tilbydes at få foretaget blodprøvetagning samme dag og forud for et aftalt ambulatoriebesøg på hospitalet. Svaret på blodprøven vil således tilgå ambulatoriet inden besøget. Men for de patienter hvor det ikke er muligt at give svar samme dag, kan forslaget medføre at patienten skal være i kontakt med hospitalsvæsenet flere gange. Dette kan opleves som en serviceforringelse, hvis patienten har længere til hospitalet end til sin egen læge.

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke

Der må forventes at skulle ske en udvidelse af personalet på Klinisk Biokemisk Afdeling (KBA) svarende til cirka følgende antal fuldtidsstillinger: Hospitalsenhed Midt 2,5 stillinger, Hospitalsenheden Horsens 0,4 stillinger, Hospitalsenheden Vest 1,6 stillinger, Regionshospitalet Randers 0,7 stillinger og Aarhus Universitetshospital 3,1 stillinger.

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke - Nej

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.?

Flytning af opgaver mellem hospitaler og almen praksis har konsekvenser for begge sektorer afhængig af retning. I dette tilfælde vil almen praksis opleve mindre aktivitet.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Det foreslås, at hospitalsambulatorierne fra 1. januar 2016 overgår til selv at rekvirere blodprøverne på det for patienten nærmeste hospitalslaboratorium. Ændringen kræver procedure og adfærdsændring på hospitalerne, og personalet bør derfor varsles om ændringerne i løbet af efteråret 2015.

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser

Ved forslaget forventes lavere aktivitet i almen praksis, forudsat at økonomiprotokollatet nedskrives. Der forventes højere aktivitet på hospitalerne, men hospitalerne får ikke DRG for blodprøvetagning.

Tema 3: Praksisområdet

11. Beskriv forslagetts brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	2019
A	Bruttobesparelse		-8,7	-17,3	-17,3	-17,3
	Ophør rekvisition i Almen Praksis		-8,7	-17,3	-17,3	-17,3
B	Evt. afledte mindre-/merudgifter incl. Indtægter		2,0	3,9	3,9	3,9
	Rekvisition i hospitalslaboratorium					
	- Hospitalsenheden Vest		0,4	0,8	0,8	0,8
	- Hospitalsenhed Midt		0,6	1,2	1,2	1,2
	- Regionshospitalet Randers		0,2	0,3	0,3	0,3
	- Hospitalsenheden Horsens		0,1	0,2	0,2	0,2
	- Aarhus Universitetshospital		0,7	1,4	1,4	1,4
C	Nettobesparelse i alt		-6,7	-13,4	-13,4	-13,4

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

Der er ikke afledte anlægsudgifter.

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

13.b Generelle forhindringer

Det forudsættes at økonomiprotokollatet nedskrives. Det skal undersøges hvorvidt almen praksis kan kompenseres ved tilførsel af anden faglig relevant hospitalsaktivitet.

13.c Konfliktpotentiale (med yderorganisationer eks. PLO)

Der er et potentielt konfliktpotentiale i forhold til PLO-M.

13.d Juridiske problematikker

13.e Hvad gør de andre regioner

Det samme mønster ses i de andre regioner. Vi er ikke vidende om, hvorvidt de andre regioner har overvejelser på området/planer.

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med budget 2016.

Tema 3: Praksisområdet

A. Spareplanens spor nr. 3: Praksisområdet

B. Forslag nr.: 12

C. Spareforslag overskrift:

12. Opkøb af speciallægepraksis

D. Beskrivelse af området

I dag er der speciallægepraksis i Region Midtjylland inden for en række specialer. De 4 store praksisspecialer er øjenlæger (33 fuldtids), øre-næse-halslæger (30 fuldtids- og 1 deltid), hudlæger (17 fuldtids) og psykiatere (18 fuldtids og 6 deltid). Derudover er der praktiserende speciallæger inden for intern medicin (kardiologi og lungemedicin, 4 fuldtids og 2 deltid), neurologi (6 fuldtids og 1 deltid), reumatologi (3 fuldtids), gynækologi (9 fuldtids), kirurgi (3 fuldtids og 2 deltid), ortopædkirurgi (3 fuldtids), plastikkirurgi (1 fuldtids og 3 deltid), pædiatri (5 fuldtids), børne- og ungdomspsykiatri (3 fuldtids), billeddiagnostik (1 fuldtids) og anæstesiologi (2 fuldtids og 16 deltid/overlæge).

De små og mindre specialer er hovedsagelig geografisk lokaliseret i den østlige del af regionen.

I henhold til praksisplan på speciallægeområdet skal det sikres, at der er et tilbud om speciallægebehandling til alle borgere i regionen. Det er som udgangspunkt ikke afgørende, om tilbuddet sker i form af praktiserende speciallæge eller hospitalsambulatorium.

Det fremgår dog også, at de forandringer, der i disse år gennemføres med hensyn til sygehusstruktur og samling af specialer og funktioner på større enheder, aktualiserer behovet for, at der også fremover findes nære tilbud til de patienter, der ikke har brug for sygehusbehandling.

I henhold til Overenskomst om speciallægehjælp træffer regionen den endelige beslutning om hvor og hvor mange speciallægepraksis og med hvilke praksisformer, der skal være. Dette foregår ved, at der én gang i hver valgperiode udarbejdes en plan over den ambulante speciallægebetjening i regionen – i Region Midtjylland Praksisplan på speciallægeområdet (den seneste blev vedtaget i december 2013).

Regionen kan på baggrund af praksisplanen beslutte at oprette, flytte eller reducere antallet af speciallægepraksis. Der kan dog løbende tages beslutninger om ændring af praksiskapacitet, opgavefordeling og den geografiske placering i tråd med, at regionsrådet finder det nødvendigt og hensigtsmæssigt.

Reduktion af antallet af praksis kan ske ved en speciallæges naturlige afgang eller efter nærmere aftale mellem regionen og speciallægen, jf. overenskomstens § 6.

I henhold til overenskomsten kan regionen beslutte en reduktion, før der er foretaget en samlet planlægning på området, når den samlede kapacitet inden for specialet i regionen klart overstiger det aktuelle og forventede behov eller på grund af strukturelle eller andre forhold. En sådan beslutning skal forelægges og godkendes i Speciallægelandsamarbejdsudvalget.

Tema 3: Praksisområdet

Hvis regionen beslutter at nedlægge en etableret praksis, skal regionen i henhold til overenskomsten give speciallægen en godtgørelse for det tab, der påføres ved, at praksis ikke kan videreføres eller overdrages efter overenskomstens regler.

Godtgørelsen er fastsat til 90 % af gennemsnittet af udbetalingen fra regionen i de seneste 3 regnskabsår.

E. Elementer i spareforslaget:

1. Beskrivelse af spareforslag (herunder faglige argumenter for forslaget):

Det kan overvejes, at lukke en eller flere speciallægepraksis, og lade hospitalerne overtage patienterne og de undersøgelser/behandlinger/operationer der følger.

Der er foretaget en konkret beregning på en speciallægepraksis, som efter at hospitalet havde fået økonomi til at overtage opgaverne, ville give en besparelse på 1,3 mio. kr.

En tilsvarende beregning for en anden speciallægepraksis inden for et andet speciale viser, at regionen vil kunne opnå en varig besparelse fra år 2019 på ca. 1,5 mio. kr., hvis hospitalet overtager aktiviteten".

Der er meget stor forskel på aktiviteten og omsætningen hos de praktiserende speciallæger. Forskellene findes både inden for og på tværs af specialerne (omsætningen varierer typisk fra 2 mio. kr. og op til 9 – 10 mio. kr.).

Det betyder, at der vil være stor forskel på, hvor meget regionen i givet fald skal betale i kompensation (90 % af gennemsnittet af de seneste 3 års omsætning).

Derudover er der ofte forskel på hvilke operationer og behandlinger de enkelte praktiserende speciallæger foretager – også inden for samme speciale.

I forbindelse med en eventuel lukning af speciallægepraksis, skal det konkret undersøges, om hospitalerne kan udføre opgaven til lavere omkostninger (og i givet fald hvor meget lavere), om der er ledig kapacitet på hospital/afdeling, om den lægefaglige kapacitet er til stede (eller kan rekrutteres) mv.

Hvis en opgaveflytning fra speciallægepraksis til hospitalerne gennemføres og ventetiden på hospitalet stiger i den forbindelse, kan det medføre øget forbrug på udvidet frit sygehusvalg. Der er ikke ventetidsgaranti, når patienterne henvises til speciallægepraksis.

Derudover vil det være relevant at se på den praktiserende speciallæges alder (om han forventer at stoppe/sælge inden for overskuelig tid), så en eventuel lukning kan foregå efter frivillig aftale. Det vil eventuelt kunne besluttes, at en konkret praksis skal lukkes, når den nuværende ejer stopper (regionen skal i givet fald betale kompensation).

Derudover skal det undersøges hvilke servicemæssig betydning en lukning vil medføre for borgerne.

2. Forudsætter forslaget ændringer i akutplanen, hospitalsplanen, psykiatriplanen, sundhedsplanen, specialeplanen eller præhospitalsplanen?

I den eksisterende praksisplan på speciallægeområdet vurderes det generelt, at den nuværende kapacitet af speciallægepraksis er passende, og at den skal bevares.

Tema 3: Praksisområdet

3. Medfører forslaget behov for ændringer i de fysiske rammer eller lokalemæssige ændringer? – hvis ja, beskriv hvilke

Eventuel indretning af ekstra ambulatorier mv. på hospitalerne.

4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene?

Nej.

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?

Det vil være afhængig af den konkrete lukning, om patienterne får længere transporttid til undersøgelse/behandling/operation, og om det vil få indflydelse på ventetiden.

6. Har forslaget personalemæssige konsekvenser? – hvis ja beskriv hvilke

Det vil sandsynligvis være nødvendigt at ansætte mere personale på hospitalet.

7. Har forslaget konsekvenser for den uddannelsesopgave og forpligtigelse som Region Midtjylland varetager? Hvis ja, beskriv hvilke

Nej.

8. Har forslaget direkte eller indirekte økonomiske konsekvenser for andre specialer, områder, praksissektoren, kommunerne o.a.?

Forslaget vil medføre en besparelse på Nære Sundhedstilbuds budget og en forhøjelse af hospitalernes.

9. Beskriv tidsplanen for implementeringen af spareforslaget

Det er temmelig usikkert, hvor lang tid processen om at lukke en speciallægepraksis vil være. Det vil være meget afhængigt af, om det i givet fald foregår efter aftale med speciallægen eller der bliver tale om en tvangslukning. I sidstnævnte tilfælde er der flere usikkerhedsmomenter – bl.a. om speciallægen anker afgørelsen og eventuelt vil gå til domstolene.

10. Beskriv forslagets aktivitetsmæssige konsekvenser

Hospitalerne vil få et øget aktivitet i tilfældet af opkøb af speciallægepraksis.

	2015	2016	2017	2018	2019
Øget DRG-basislinie		?	?	?	?

Tema 3: Praksisområdet

11. Beskriv forslaget brutto- og nettoøkonomi fra 2015 – 2019 og varigt

Driftsudgifter:

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	2019
A	Bruttobesparelse					
	Honorarer til speciallægen			?	?	?
	Kompensation til speciallægen			?	?	?
	Øget aktivitet på hospital			?	?	?
B	Evt. afledte mindre-/merudgifter incl. Indtægter					
	Betaling af kørsel til patienter					
C	Nettobesparelse i alt			?	?	?

12. Evt. afledte anlægsudgifter:

	Mio. kr. (2015-P/L)	2015	2016	2017	2018	Varigt
A	Evt. afledte anlægsudgifter:					
	Evt. ambulatorier, scannere ect.			?	?	?

13. Øvrige bemærkninger - Yderligere punkter som bedes beskrevet, hvis relevant

13.a Vurdering af hvor stor effekten er, hvornår kommer effekten (hvis det ikke fremgår tydeligt af de forrige punkter)

13.b Generelle forhindringer

Det forudsættes at økonomiprotokollatet nedskrives.

13.c Konfliktpotentiale (med yderorganisationer eks. PLO)

Hvis lukningen kommer til at foregå uden den praktiserende speciallæges accept, kan man forstille sig, at Foreningen af Speciallæger vil problematisere beslutningen og muligvis vil kæmpe speciallægens sag.

Da der ikke er fortilfælde, hvor regionen har lukket en speciallægepraksis, er det usikkert, hvordan de centrale parter i Speciallægelandsamarbejdsudvalget, som skal godkende beslutningen, vil forholde sig til sagen.

13.d Juridiske problematikker

I henhold til overenskomsten kan regionen beslutte en reduktion, før der er foretaget en samlet planlægning på området, når den samlede kapacitet inden for specialet i regionen klart overstiger det aktuelle og forventede behov eller på grund af strukturelle eller andre forhold. En sådan beslutning skal forelægges og godkendes i Speciallægelandsamarbejdsudvalget.

Tema 3: Praksisområdet

Da der ikke er fortilfælde, hvor regionen har lukket en speciallægepraksis, er det usikkert, hvordan de centrale parter i Speciallægelandssamarbejdsudvalget vil tolke ovenstående.

Juristerne mener, at speciallægen sandsynligvis kan køre en retssag efterfølgende, hvis han ønsker det.

13.e Hvad gør de andre regioner

14. Opfølgning

Forslaget udmøntes i forbindelse med budget 2016.