



Orientering om udvidet frit sygehusvalg 2012

Udgifterne til udvidet frit sygehusvalg vedrører patienternes ret til at blive behandlet på privathospital, hvis regionens hospitaler ikke kan tilbyde behandling inden for behandlingsfristen.

Pr. 1. januar 2013 vil det sige, at patienterne får ret til at blive behandlet på et privathospital, hvis det offentlige hospital ikke kan tilbyde behandling inden for 1 eller 2 måneder afhængig af sygdommens alvorlighed. I 2012 var fristen 1 måned for alle patienter.

Der er således tale om patienter, der er henvist efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg eller på regionens egne udbudsaftaler.

Udgifterne til behandling på privathospital var i 2011 153,1 mio. kr. Udgiften i 2012 er 112,5 mio. kr., svarende til et fald på 40,6 mio. kr. i forhold til 2011.

Faldet skyldes flere forhold:

1. færre ortopædkirurgiske operationer og neurokirurgiske rygoperationer
2. fortsat fald i fedmeoperationer
3. fald i omvisiteringer til private sygehuse på det ortopædkirurgiske område, bl.a. pga. fokus på visitationsprocessen
4. meraktivitetsprojekter på regionens hospitaler, hvortil regionsrådet har bevilliget midler fra udvidet frit valgs kontoen

Årsagerne beskrives nærmere i nedenstående.

På trods af de lavere udgifter har kontoen for udvidet frit valg i 2012 et merforbrug på 9,2 mio. kr. Dette skyldes, at der samtidig med faldet i udgifter er finansieret en række interne meraktivitetsprojekter fra udvidet frit valgs kontoen, som ikke har haft den forventede effekt på omvisiteringerne.

Der var i 2012 stor interesse fra hospitalernes side for at lave meraktivitetsprojekter, og der blev fra administrationens prioriteret

Dato 18-02-2013

Mette Brænder Nørgaard

Tel. +45 7841 2022

Mettebraender.Noergaard@stab.rm.dk

1-31-72-18-10

Side 1

større fokuserede projekter, der forventedes at kunne nedbringe omvisiteringerne markant.

Omvisiteringerne til privathospitaler er også formindsket på flere områder, men altså ikke i et omfang der fuldt opvejer meraktivitetsprojekternes omkostninger. Dette kan til dels skyldes, at nogle af projekterne først startede sent i 2012, dette kan også ses ved at der ved opgørelsen af den forventede helårsaktivitet i forbindelse med 3. kvartalsrapport kun blev realiseret for 56 af de 76 mio. kr., der blev indgået aftaler for.

En anden årsag til at meraktivitetsprojekterne ikke fuldt ud er slået igennem på omvisiteringerne er, at nogle af projekterne er på områder med ventelisteproblematikker. På disse områder skal ventelisterne først nedbringes, før effekten på omvisiteringer kan ses.

Udvidet frit sygehusvalg i 2012

Status for 2012 viser, at i alt 9.351 patienter er blevet henvist til undersøgelse eller behandling på et privathospital via Patientkontoret, svarende til knap 800 henvisninger om måneden. Hertil kommer ca. 13.600 MR-scanninger, der ikke henvises via Patientkontoret, da hospitalerne kan henvise direkte til regionens udbudsaftaler om MR-scanning.

De største områder er ortopædisk kirurgi for eksempel knæ- og skulderoperationer, der udgør 15,8 % af alle henvisninger. Kirurgi som brok, galdesten og kikkertundersøgelser, der udgør 15,1 %. Øjenoperationer som grå stær udgør 14,8 % og intern medicin som hjerteundersøgelser, reumatologi og rygdudredning udgør 12,9 %. Tabel 1 nedenfor viser fordelingen af henvisninger mellem de lægefaglige specialer.

Tabel 1: Henvisninger til privathospitaler i 2012 (antal henvisninger)

Speciale	2012	Andel
Ortopædisk kirurgi	1.473	15,8 %
Kirurgi (primært brok, galdesten og kikkertundersøgelser)	1.415	15,1 %
Øjenområdet	1.383	14,8 %
Intern medicin (primært hjerteundersøgelser, reumatologi og rygdudredning)	1.206	12,9 %
Urinvejsområdet	796	8,5 %
Kroniske smerter	665	7,1 %
Billeddiagnostik*	552	5,9 %
Plastikkirurgi	472	5,0 %
Øre, næse, hals	440	4,7 %
Neurokirurgi	333	3,6 %
Klinisk fysiologi	232	2,5 %
Øvrige	384	4,1 %
Total	9.351	100,0 %

Kilde: Patientkontorets registreringssystem 11. februar 2013.

*Hertil kommer 13.600 henvisninger til MR-skanninger

Aktivitet fordelt på specialer

Nedenfor ses en oversigt over aktiviteten på privathospitaler i de første ti måneder af henholdsvis 2011 og 2012. Aktiviteten er vist i DRG-værdi, og fordelt på specialer.

Oversigten viser, at to behandlingsområder både i 2011 og 2012 skiller sig ud som væsentlig større end de øvrige områder. De to områder er ortopædkirurgi og billeddiagnostisk (primært MR-scanninger).

Tilsammen udgjorde de områderne ortopædkirurgi, reumatologi og billeddiagnostisk i 2011 ca. 55 % af den samlede DRG-værdi og i 2012 ca. 55 %.

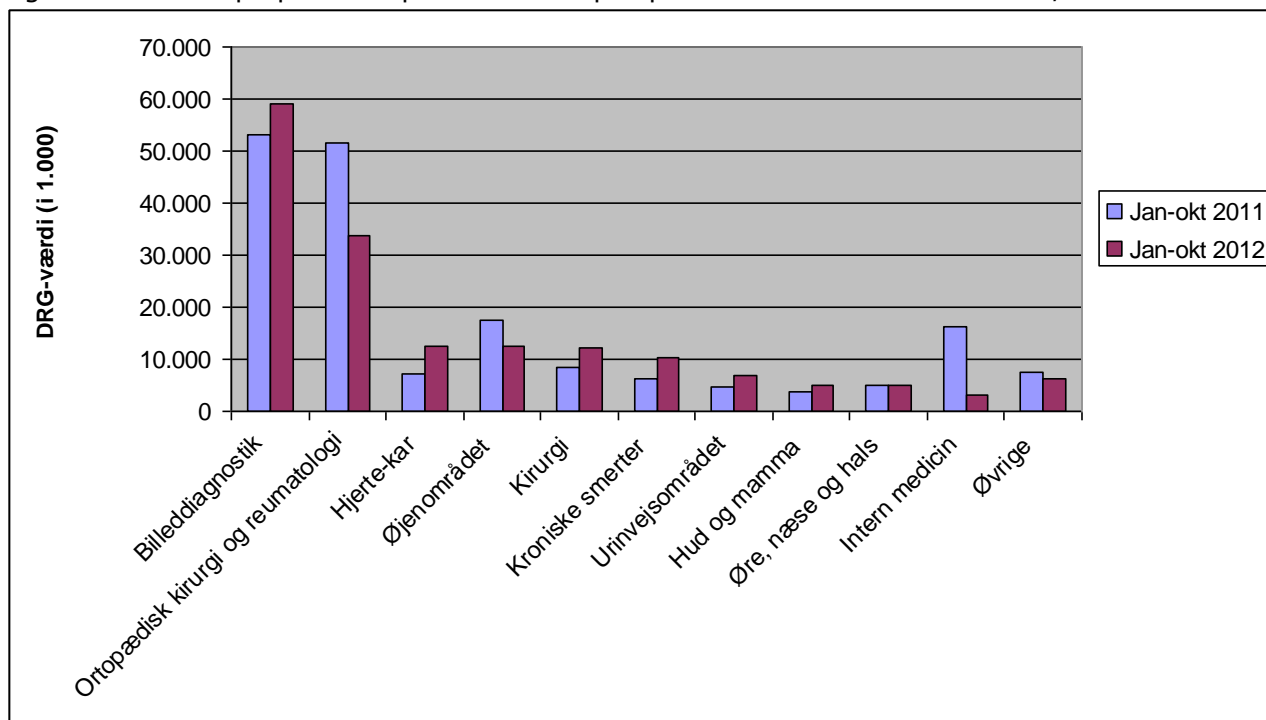
De øvrige områder (hjerter-kar, øjenområdet, mv.) er mindre omkostningstunge indgreb.

Derfor har de en mindre DRG-værdi, selvom de antalsmæssigt udgør en væsentlig del af behandlingerne på privathospital. Tilsammen har de mindre områder dog en DRG-værdi på ca. 76,3 mio. i 2011 og 73,6 mio. i 2012.

Oversigten viser desuden, at der fra 2011 til 2012 er sket et væsentligt fald i aktiviteten inden for ortopædkirurgi og fedmeoperationer, der ligger i specialet intern medicin. Til gengæld er der sket en stigning inden for det billeddiagnostiske område. Disse ændringer samt nogle af de øvrige ændringer beskrives nærmere nedenfor.

Det skal bemærkes, at opgørelsen er baseret på DRG-værdi, og ikke den faktiske afregningsværdi til privathospitalerne. I gennemsnit ligger afregningsværdien mellem 80-95 % af DRG-taksten, men for enkelte ydelser kan der være store afvigelser. Det gælder særligt MR-scanninger, hvor DRG-værdien ligger væsentligt over afregningstaksten. Andre områder med udbudsaftaler kan også afvige væsentligt fra DRG-taksten.

Figur 1. Aktivitet på privathospitaler fordelt på specialer. Januar-oktober 2011/2012.



Note: Det skal bemærkes, at opgørelsen er baseret på DRG-værdi, og ikke den faktiske afregningsværdi, for enkelte ydelser kan der være store afvigelser mellem disse. Det gælder særligt MR-scanninger (billeddiagnostik), hvor DRG-værdien ligger væsentligt over afregningstaksten.

Ændret henvisningsmønster fra 2011 til 2012

Der er fra 2011 til 2012 sket en ændring i hvilke behandlinger, der primært sendes til privathospitaler, jf. tabel 2. Således varetages færre meget udgiftstunge behandlinger som

eksempelvis ortopædiske operationer og neurokirurgiske rygoperationer på privathospital, mens der omvisiteres flere mindre udgiftstunge behandlinger, som for eksempel urinvejsundersøgelser.

Årsagerne til fald i antallet af omvisiteringer til privathospital indenfor nogle behandlingsområder og vækst indenfor andre beskrives i nedenstående.

Tabel 2: Områder med store ændringer i henvisninger fra 2011 til 2012 (Antal henvisninger)

Speciale	2011	2012	Ændring
Fedme	116	19	-83,6 %
Billeddiagnostik	1.522	552	-63,7 %
Kirurgisk udredning af rygsmerter og rygoperationer	711	502	-29,4 %
Ortopædkirurgi	1.949	1.473	-24,4 %
Grå stær	1.486	1.132	-23,8 %
Reumatologisk og rygmedicinsk udredning	731	637	-12,9 %
Kikkertundersøgelser	570	764	34,0 %
Smerteudredning	391	665	70,1 %
Urinvejsområdet	436	796	82,6 %
Brok	206	398	93,2 %
Øvrige	1.682	2.413	43,5 %
Total	9.800	9.351	-4,6 %

Kilde: Patientkontorets registreringssystem 11. februar 2013

*Hertil kommer henvisninger til MR-scanninger

Den 1. januar 2011 trådte nye retningslinjer for henvisning og visitation på **fedmeområdet** i kraft. Retningslinjerne gav et kraftigt fald i antallet af omvisiteringer fra 2010 til 2011, og effekten ses fortsat i 2012. Samtidig har Regionshospitalet Viborg, Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitetshospital meraktivitetsprojekter om fedmeoperationer og fedmeudredninger, der også er medvirkende til, at der i 2012 kun er omvisiteret 19 operationer til privat hospitaler.

Der har tidligere været en væsentlig vækst indenfor det **billeddiagnostiske** speciale. Der er fra 2011 til 2012 et relativt konstant antal MR-scanninger. På andre billeddiagnostiske områder har der dog været et fald. Dette gælder eksempelvis på **CT-scanninger, ultralyd og mammografier**.

Både Regionshospitalet Randers og AUH havde i 2012 meraktivitetsprojekter på ultralyd, projekterne blev ikke fuldt realiseret, men lader alligevel til at have haft en positiv effekt på antallet af omvisiteringer.

I 2012 blev der igangsat et hjemtrækningsprojekt for mammografier i Horsens som også lader til at have haft en positiv effekt på antallet af omvisiteringer.

Både Regionshospitalet Silkeborg og AUH har i 2011 og 2012 haft meraktivitetsprojekter på **rygområdet**, effekten af disse ses i faldet på rygområdet.

Det ortopædkirurgiske speciale har gennem flere år været det speciale, hvor flest patienter er blevet omvisiteret til privathospital. Det er i 2012 ligesom i 2011 lykkedes at reducere

omfanget væsentligt. Der er således reduceret fra 3.008 omvisiteringer i 2010 til 1.949 i 2011 og 1.473 i 2012. Årsagerne hertil er dels de nye retningslinjer på rygområdet, som trådte i kraft i 2011, dels effekten af det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde. Det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde har haft en meget positiv effekt på omvisiteringer til privathospital indenfor specialet.

Regionsrådet orienteres om status for det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde i et særskilt punkt på mødet den 20. marts 2013.

Grå stær har i flere år været et område i vækst. Aarhus Universitetshospital har i 2012 haft succes med et meraktivitetsprojekt på området, som har nedbragt antallet af omvisiteringer. Projektet udvides i 2013.

Regionshospitalet Silkeborg har i 2012 som i 2011 fået finansieret et meraktivitetsprojekt indenfor det reumatologiske speciale. Faldet i antal omvisiteringer til **reumatologisk udredning og rygmedicinske behandlingsprogrammer** indikerer, at projektet fortsat har haft effekt. Projektet fortsættes i 2013, og administrationen og HE Midt er ved at afklare mulighederne for at udvide projektet.

Der ses i 2012 en vækst i omvisiteringer til **kikkertundersøgelser**. Regionshospitalet Horsens har i 2012 haft succes med et meraktivitetsprojekt om kikkertundersøgelser. Projektet har dog ikke været tilstrækkeligt til at imødegå den store vækst. Administrationen er ved at afklare muligheder for at lave yderligere meraktivitetsprojekter på området i 2013.

Der ses også en vækst af patienter, som bliver omvisiteret til **smerteudredning**. Friklinikken i Give har tidligere været brugt på dette område, men har ikke længere tilstrækkelig kapacitet, hvorfor en større del af patienterne er blevet omvisiteret til udredning i privat regi.

Forventninger til og initiativer i 2013

Budgettet til behandling på privathospitaler i 2013 er 186,4 mio. kr.

Differentieret behandlingsret og ret til hurtig udredning

Udgifterne til behandling på privathospitaler må i 2013 forventes at blive påvirket af differentieringen af behandlingsfristen og den nye ret til hurtig udredning. Differentieringen af hvor lang tid en patient må vente på behandling, før vedkommende er berettiget til behandling på privathospital, kan på nogle områder forventes at give besparelser på udgifterne til privathospitaler.

Retten til hurtig udredning giver ikke patienter ret til behandling på privathospital. Administrationen er dog i gang med at afklare, om der er områder, hvor det vil være relevant at lave aftaler med private leverandører om udredningsforløb, for at sikre overholdelse af retten til hurtig udredning.

Aktivitetsbaserede projekter på regionens hospitaler

Administrationen har stort fokus på mulighederne for at igangsætte aktivitetsbaserede projekter på udvalgte behandlingsområder med henblik på at reducere eller eliminere forbruget på privathospital på de områder, hvor det er økonomisk fordelagtigt.

Idet flere af projekterne i 2012 startede forholdsvist sent, blev det tilkendegivet overfor hospitalerne, at projekterne kunne videreføres i 2013.

Bortset fra enkelte projekter som hospitalerne ikke har ønsket at videreføre, fortsættes 2012 projekterne derfor i 2013.

Ud over fortsættelsen af de tidligere projekter, er administrationen ved at afklare projekter om EKKO-kardiografier, rygdredning, udvidelse af reumatologi projektet og ikke kræft-relateret urinvejskirurgi.

Derudover der er i forbindelse med den nye udrednings- og behandlingsret igangsat en analyse af specialerne med henblik på at skabe klarhed over kapacitet og udfordringer.

Afklaringerne kan give anledning til en omprioritering af meraktivitetsprojekterne fra 2013 til 2014. Allerede i 2013 kan det dog være relevant at opstarte nye meraktivitetsprojekter for at imødekomme den nye ret til hurtig udredning, som træder i kraft fra 1. september 2013.

I forbindelse med fastlæggelsen af meraktivitetsprojekterne for 2012, aftalte administrationen med hospitalerne, at der på nogle områder skulle indføres visitationstakster.

Visitationstakster vedrører områder, hvor regionen har et hospital, der garanterer at have kort ventetid og dermed kan sikre et behandlingstilbud til patienten før den tidsfrist, hvor patienten berettiges til behandling på privathospital.

Visitationstakster skal betales af hospitalerne, såfremt der omvisiteres patienter til behandling i privat regi på disse områder.

Visitationstaksterne var et nyt tiltag, som derfor har været fulgt og justeret løbende.

Erfaringerne fra det første halve år er, at visitationstaksterne giver et godt fokus på rettidig omvisitering og behandling af patienterne. Der har dog samtidig vist sig, at være problemer med at følge årsagerne til omvisiteringerne og dermed fastlægge hvor visitationstaksten skal pålægges. Administrationen arbejder på at finde en sikker måde til at opgøre visitationstaksterne.

Samtidig har det på nogle områder vist sig, at lave ventetider øger patienttilstrømningen voldsomt, hvorfor meraktivitetsprojekterne ikke er tilstrækkeligt til at sikre, at ikke omvisiteres patienter.

Administrationen vil i 2013 fortsat lave aftaler med hospitaler om bagstopperfunktioner på de meraktivitetsprojekter, hvor det er relevant, og der vil fortsat blive arbejdet med visitationstakster på disse områder.

Urologisk visitationssamarbejde

På baggrund af de positive erfaringer med ortopædkirurgisk visitationssamarbejde blev der i 2012 igangsat et visitationssamarbejde på urinvejsområdet (urologi) område.

Urologisk visitationssamarbejde har i 2012 fokuseret på områder med mange omvisiteringer til privathospitaler eller andre regioner. Dette har ført til en indsats på sterilisationsområdet, hvor mange patienter hidtil er blevet behandlet i Region Syddanmark. Friklinikken i Silkeborg har derfor opstartet aktivitet på området, og der vil blive lavet en aftale med de praktiserende speciallæger. Det er også aftalt, at der vil blive lavet en central visitationsenhed på Regionshospitalet Silkeborg. Effekten af disse tiltag må forventes at kunne ses i 2013.

Der forventes i 2013 også igangsat meraktivitetsprojekter på urinvejsområdet. Projekterne vil i høj grad fokusere på at nedbringe ventelister inden for ikke kræft-relaterede urinvejsproblemer.

Status på udbudsområdet

Fordeling 2012

Af de 9.351 patienter henvist via patientkontoret i 2012 blev 83,2 % henvist efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, mens 16,8 % blev henvist til et privat samarbejdssygehus (udbudsaftale). Medregnes de ca. 13.600 MR-scanninger, som ikke henvises via patientkontoret, er 62 % af henvisningerne til privat samarbejdssygehus.

Målsætningen i regionens udbudsstrategi om hvor stor en andel af udgifterne til privathospitaler, der skal afregnes på udbudsaftaler blev i september 2012 ændret fra 50 % til 35 %. Ændringen skyldtes, at den tidligere målsætning havde vist sig urealistisk, i 2011 blev kun ca. 25 % af udgifterne afregnet på udbudsaftale.

Baggrunden for behovet for at ændre målsætningen var effekterne af det øgede fokus på aktivitetsomlægning på regionens hospitaler. Henvisningerne er nu spredt på langt flere områder, hvorfor der er færre områder, hvor der kan laves store udbud. Og aktivitetsomlægningerne har medført, at der sendes færre dyre operationer ud også på områder med udbudsaftaler.

Målet i regionens udbudsstrategi er derfor nu, at 35 % af udgifterne til privathospitaler afregnes efter en forudgående udbudsaftale. I 2012 blev 29,1 % afregnet efter en udbudsaftale. En væsentlig forklaring, på at andelen ligger lidt under måltallet, er at nogle af de større fald i omvisiteringer i 2012 har været på rygoperationer og andre ortopædkirurgiske operationer, som er områder, hvor regionen har udbudsaftaler.

Yderligere var der i første halvår 2012 et stort pres på MR-skanninger. Ventetiden på regionens hospitaler var stigende, og flere patienter blev omvisiteret til privathospitaler gennem udvidet frit sygehusvalg, idet regionens udbudsaftale ikke kunne dække behovet. Der er i løbet af 2012 indgået en supplerende udbudsaftale, og stort set alle MR-skanninger foretages derfor nu på udbudsaftaler.

Omvisiteringer til behandling på privathospitaler kan altså forventes at ændre sig i 2013, særligt på grund af differentieringen af behandlingsfristen og retten til hurtig udredning. Behovet for udbud i denne sammenhæng er endnu ikke afklaret. Administrationen vurderer dog, at den gældende målsætning om at 35 % af udgifterne til privathospitaler afregnes på udbudsaftaler fortsat er realistisk og skal fastholdes.

Forventning til 2013

Region Midtjylland har i dag udbudsaftaler inde for MR-skanninger, plastikkirurgi, fedmekirurgi, ortopædkirurgi (knæ, fod og ryg). Disse områder er valgt, fordi der er vurderet det største besparelspotentiale. Enten fordi der traditionelt henvises mange patienter (stort volumen), eller fordi markedet er vurderet som velegnet til udbud (f.eks. mange leverandører eller meget dyre behandlinger).

Alle de eksisterende udbudsaftaler udløber i 2013. For de fleste af aftalerne er der dog mulighed for forlængelse. I det omfang aftalerne fortsat vurderes relevante og økonomisk fordelagtige, vil administrationen forlænge dem.

For to af aftalerne er der dog ikke mulighed for forlængelse. Det gælder aftalen om ortopædkirurgi, der udløber i juni 2013 og aftalen om rygoperationer, der udløber i oktober. Administrationen vil vurdere, om det er relevant med nye udbud på områderne.

I forhold til den nye ret til hurtig udredning, er administrationen i samarbejde med hospitalerne i gang med at afklare, om der er områder, hvor det vil være relevant at have udbudsaftaler på udredning, for at sikre at kunne overholde patienternes ret til udredning inden for en måned.

Der kan således på denne baggrund komme nye udbudsaftaler.

Det er dog ikke alle behandlingsområder, der er lige egnede til udbud. Det gælder for eksempel behandlingsområder med et mindre antal henvisninger, hvor privathospitalerne ikke kan give samme mængderabat. Det nuværende henvisningsmønster er kendetegnet ved, at der inden for det enkelte speciale henvises til mange forskellige typer af behandlinger. Det betyder, at der bliver færre områder, hvor der kan laves store udbud, som kan dække væsentlige andele af udgifterne til privathospitaler.

Der er samtidig forbundet nogle administrative omkostninger ved at gennemføre og administrere udbudsaftalerne, som skal opvejes i forhold til den mulige besparelse. Der fokuseres derfor på at lave udbud på strategisk udvalgte områder, hvor der vurderes den største chance for at opnår væsentlige besparelser.

Pr. 1. januar 2013 er tilbudsloven ændret, så tjenesteydelser indenfor sundheds- og socialvæsen ikke længere behøver at blive konkurrenceudsat, regionen er derfor ikke længere forpligtiget til at lave udbud af sundhedsydelser.

Administrationen forventer at benytte sig af dette til på nogle områder at lave samarbejdsaftaler efter indhentelse af tilbud frem for egentlige udbud for at spare administrative omkostninger. Det kan muligvis også betyde, at der kan laves samarbejdsaftaler på nogle af de områder, hvor de administrative omkostninger tidligere oversteg de mulige besparelser.

Private aktører der leverer ydelser til regionen efter en sådan aftale, vil være at opfatte som et aftalesygehus på samme måde som aktører, der leverer under en udbudsaftale. Ligeledes mener administrationen, at disse bør medregnes i andelen af udgifter der afregnes efter forudgående udbudsaftale.