

Notat vedrørende principper for fleksibel kapacitetstilpasning- og udnyttelse i 2014



## **Principper for fleksibel kapacitetstilpasning- og udnyttelse i 2014**

Dato 22.08.2013

Katrine Holm Lindgaard

Tel. +45 7841 2025

Katrine.Lindgaard@stab.rm.dk

I december 2012 vedtog Folketinget den nye lov om ret til hurtig udredning i sygehusvæsenet og differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg.

Side 1

Den differentierede behandlingsret betyder, at patienter nu har ret til behandling på privathospital, hvis de offentlige hospitaler ikke kan tilbyde en tid inden for en eller to måneder afhængig af sygdommens alvorlighed. Tidligere var retten en måned for alle patienter.

Samtidig betyder udredningsretten, at alle patienter fra den 1. september 2013 har ret til udredning inden for en måned. Regionen er derfor forpligtet til at omvisitere patienten til udredning i en anden region eller på et privathospital, hvis regionens egne hospitaler ikke har kapacitet til at udrede patienten inden for en måned.

Den nye lovgivning har således medført nye rammer for regionens samhandel med privathospitalerne såvel som for kapacitetsplanlægningen på regionens egne hospitaler.

Region Midtjylland har i de seneste år igangsat en række initiativer med det formål at sikre bedre udnyttelse af regionens kapacitet og at reducere forbruget på privathospitalerne. Det gælder således følgende initiativer:

- Målrettet produktivitetsskrav
- Meraktivitetsprojekter
- Visitationssamarbejde
- Friklinikken
- Udbuds- og samarbejdsaftaler

I forbindelse med den nye lovgivning er der behov for at gøre status over de nuværende indsatser for at sikre, at der er sammenhæng

mellem indsatserne, og at de er tilpasset til de nye rammer. I nærværende notat foretages derfor en gennemgang af regionens arbejde med fleksibel kapacitetstilpasning med henblik på at vurdere behovet for eventuelle ændringer.

### **Målrettet produktivetskrav**

I 2013 er 25 % af hospitalernes årlige produktivetskrav på 2 % målrettet konkrete behandlingsområder, hvor der er behov for en særlig indsats. Ligesom meraktivetsprojekterne indgås aftalerne om det målrettede produktivetskrav i dialog mellem hospitalerne og administrationen. Såfremt hospitalerne i 2013 ikke leverer en aktivitetsstigning på de aftalte områder, vil hospitalet blive pålagt at betale 50 % af DRG-værdien tilbage.

For 2014 er det aftalt, at det målrettede produktivetskrav anvendes til at sikre overholdelsen af udredningsretten. Hensigten hermed er, at minimere antallet af patienter, der omvisiteres til udredning på privathospitaler. Hospitalerne vil i den forbindelse selv kunne målrette produktivetsstigninger på relevante områder, således at retten til hurtig udredning overholdes.

Der vil ikke blive udarbejdet specifikke aftaler med hospitalerne om udmøntningen af det målrettede produktivetskrav. I stedet er det hospitalernes ansvar at sikre, at produktivetskravet målrettes de områder, hvor de har vanskeligt ved at udrede patienterne inden for en måned. Det giver hospitalerne større fleksibilitet og mulighed for løbende at tilpasse aktiviteten til udviklingen i behandlingsbehovet og hospitalets generelle planlægning.

I forbindelse med udredningsretten er det vigtigt, at hospitalerne så vidt muligt forsøger at udnytte kapaciteten på tværs af hospitalerne. Hvis hospitalerne ikke selv har kapacitet til at udrede patienter inden for en måned, skal de derfor forsøge at omvisitere patienten til et andet hospital i regionen, som har ledig kapacitet.

Hospitalerne har således et kollektivt ansvar for at sikre, at udredningsretten overholdes. Derfor foreslås det, at hospitalerne ligeledes pålægges et økonomisk ansvar for, at der ikke omvisiteres patienter til udredning på privathospitaler eller andre regioner.

I forbindelse med indførelsen af udredningsretten vil der blive nedsat en koordineringsgruppe, som skal sikre udnyttelse af kapaciteten på tværs af regionens hospitaler og følge op på overholdelsen af udredningsretten. Det målrettede produktivetskrav vil således indgå i koordineringsgruppens drøftelser. Gruppens øvrige opgaver og sammensætningen af gruppen beskrives nærmere senere i notatet.

### **Meraktivetsprojekter**

Meraktivetsprojekterne er etårige projekter, som aftales mellem administrationen og hospitalerne med det formål at øge aktiviteten inden for afgrænsede behandlingsområder.

På de fleste områder etableres projekterne for at sikre, at en afdeling kan give en tid inden for behandlingsfristen, og dermed undgå at patienten omvisiteres til behandling på privathospitaler. På andre behandlingsområder etableres projekterne med henblik på at

reducere ventelister og dermed ventetiden til en bestemt behandling. Disse vil ikke medføre et fald i udgifterne til behandlinger på privathospitaler, før ventelisten er nedbragt.

Meraktivitetsprojekterne finansieres med midler fra puljen for særlige aktivitetsbaserede projekter, der har til formål at finansiere projekter der kan reducere regionens udgifter til privathospitaler. I 2013 er der sammenlagt bevilget 76 mio. kr. til etablering af meraktivitetsprojekter.

Langt størstedelen af regionens meraktivitetsprojekter opstartede i 2012. Idet mange af projekterne startede forholdsvis sent i 2012, fik hospitalerne tilsagn om, at projekterne kunne videreføres i 2013. Bortset fra enkelte projekter, som hospitalerne ikke ønskede videreført, fortsatte stort set alle projekter.

Størstedelen af meraktivitetsprojekterne har nu været i gang i mere end et år. Dette giver mulighed for at vurdere effekten af projekterne på forbruget på privathospitalerne. Derudover har Forretningsudvalget i foråret 2013 bedt administrationen foretage en sammenligning af udgifterne til patientbehandling på regionens hospitaler med 50 % DRG-afregning og ved at købe aktiviteten på privathospitalerne.

Administrationen har på baggrund heraf foretaget en evaluering af de igangværende meraktivitetsprojekter. Resultaterne af evalueringen vil indgå som grundlag for forslag til eventuelle justeringer eller omprioriteringer af meraktivitetsprojekterne i 2014 såvel som på længere sigt.

#### *Evaluering af meraktivitetsprojekterne*

En forudsætning for, at der med meraktivitetsprojekterne opnås en reel besparelse, er, at udgifterne til meraktivitetsprojekterne er lavere end de tilsvarende udgifter til behandling på privathospitaler.

I tabel 1 sammenlignes udgifterne ved at afvikle aktiviteten som meraktivitetsprojekt med prisen for behandling på privathospitaler. For de områder, hvor regionen har udbudsaftaler med privathospitaler er afregningen af meraktivitetsprojektet sammenlignet med prisen i udbudsaftalen (det gælder henholdsvis brystreduktioner og abdomen pendens og MR-scanninger).

**Table 1: Price of activity project compared with the price at private hospital**

Meraktivitetsprojekt	Gns. stykpris ved meraktivitet	Pris ved privathospital	Forskel
Kirurgiske fedmeforløb	kr 26.264	kr 47.174	kr 20.910
Galdeoperationer	kr 10.045	kr 18.148	kr 8.104
Hernieoperationer	kr 8.000	kr 13.600	kr 5.600
Skulderoperationer	kr 9.337	kr 13.630	kr 4.294
Grå stær	kr 2.379	kr 4.561	kr 2.182
Endoskopier	kr 1.949	kr 3.939	kr 1.991
Abdomen pændens og brystreduktioner*	kr 20.065	kr 21.200	kr 1.136
Ultralydsundersøgelse	kr 596	kr 1.512	kr 917
Ekkokardiografi	kr 603	kr 1.075	kr 472
MR-scanninger*	kr 1.033	kr 1.069	kr 36

\* Områder med udbudsftaler

Sammenligningen af priserne viser, at meraktivitetsprojekterne er billigere end taksten for behandling på privathospitaler - også på områder med udbudsftaler. Prisen ved udbudsftalerne udgør mellem 36 % og 80 % af taksten under udvidet frit sygehusvalg. I gennemsnit udgør prisen på meraktivitetsprojekterne 63 % af prisen for behandling på privathospital.

For en del af meraktivitetsprojekterne er det ikke muligt at sammenligne den gennemsnitlige takst for meraktiviteten med taksten ved behandling på privathospital. Det gælder meraktivitetsprojekterne vedrørende henholdsvis rygoperationer, reumatologi, postbariatri, medicinske fedmeforløb og hofte- og knæoperationer. Dette skyldes, at afgrænsningen af projekterne er så bred eller kompleks, at det ikke er muligt at beregne en retvisende sammenlignelig gennemsnitstakst.

For at meraktivitetsprojekterne resulterer i en egentlig besparelse, er det ligeledes en forudsætning, at den øgede aktivitet medfører et fald i antallet af patienter, der omvisiteres til privathospitaler. Der er i den forbindelse set på udviklingen i antallet af patienter, der omvisiteres til privathospitaler indenfor områder med meraktivitetsprojekter.

**Tabel 2: Ændringer i antal omvisiteringer fra 1. halvår 2012 til 1. halvår 2013**

Område	1. halvår 2012	1. halvår 2013	Ændring
Rygmedicinsk og reumatologisk udredning	355	104	-251
Endoskopier	476	292	-184
Grå stær	522	380	-142
Skulderoperationer	381	359	-22
Fedme	15	0	-15
Galdeoperationer	56	42	-14
Abdomen pendens og bryst	87	75	-12
Ultralyd	133	123	-10
Hoftesmerter og knælidelser	53	62	9
Ekkokardiografi	85	103	18
Brok	180	237	57
Rygoperationer	43	139	96

Kilde: Patientkontorets registreringssystem 1. juli 2013

I tabel 2 sammenlignes antallet af henvisninger i første halvår af 2012 med første halvår af 2013. For en overvejende del af meraktivitetsprojekterne har der været en positiv effekt i form af færre omvisiteringer til privathospitalerne. Der er dog enkelte områder, hvor der ikke er sket et fald i antallet af omvisiteringer. Det gælder således hofte- og knæoperationer, ekkokardiografi, rygoperationer og brok.

Effekten af meraktivitetsprojekterne betinges af en række andre forhold, som kan forklare hvorfor nogle projekter ikke har en klar effekt på antallet af omvisiteringer. Dels kan en samlet stigning i behandlingsbehovet inden for det pågældende speciale medføre, at der forsat omvisiteres patienter til behandling på privathospitaler. Dels er en del af projekterne etableret på behandlingsområder med lange ventelister. Hospitalerne skal således først nedbringe deres egen venteliste, før de kan hjemtrække patienterne fra det private. Dette er særligt gældende for ekkokardiografi, hvor der i regionen er lange ventelister til undersøgelse.

#### *Meraktivitetsprojekter i 2014*

Evalueringen af meraktivitetsprojekterne viser overordnet, at projekterne medvirker til at reducere forbruget på privathospitalerne, og at projekterne generelt er billigere end at købe aktiviteten hos private leverandører.

Som følge af indførelsen af den differentierede behandlingsret og udredningsretten vil der i efteråret 2013 blive foretaget en gennemgang af de igangværende projekter med henblik på at vurdere, hvilke projekter der skal forsætte i 2014.

Et kriterium for, at projekterne kan forsætte i 2014 er, at der forsat vurderes at være behov for projektet, herunder at der er væsentlig kapacitetsmangel inden for det pågældende område. Et andet kriterium er, at hospitalet har leveret den aftalte meraktivitet i 2012 og 2013. Såfremt det hverken i 2012 eller 2013 har været muligt at realisere den aftalte aktivitet, vurderes der ikke at være tilstrækkelig grundlag for projektet. Som udgangspunkt vil der derfor ikke blive bevilliget penge til disse projekter i 2014.

Det forventes således, at nogle af de igangværende meraktivitetsprojekter ikke vil blive videreført i 2014. Dermed frigøres der midler fra puljen for særlige aktivitetsbaserede projekter til etableringen af nye projekter på områder, hvor der vurderes at være et behov, herunder i forbindelse med udredningsretten. Samlet set vil der ikke blive brugt flere midler i 2014 end i 2013.

Regionsrådet vil blive orienteret om den endelige udmøntning af puljen for aktivitetsbaserede projekter i starten af 2014.

På længere sigt vil der blive foretaget en vurdering af sammenhængen mellem projekterne på de forskellige hospitaler i regionen, herunder om der er en hensigtsmæssig fordeling af kapaciteten mellem hospitalerne. Dette vil blive drøftet i regi af koordineringsgruppen vedrørende kapacitetsudnyttelse.

### **Visitationssamarbejde**

Hospitalerne har siden 2010 samarbejdet om visitationen inden for det ortopædkirurgiske speciale. Hovedformålet med samarbejdet er at sikre fuld udnyttelse af regionens egen kapacitet inden eventuel benyttelse af privathospitalerne.

Erfaringerne fra det ortopædkirurgiske visitationssamarbejde har vist, at der kan være store positive effekter ved at sætte fokus på visitationsprocessen og koordineringen mellem hospitalerne. På baggrund af de positive erfaringer blev der i 2012 etableret et visitationssamarbejde inden for det urinvejskirurgiske speciale. Derudover ses der på muligheden for at udbrede visitationssamarbejdet til flere specialer.

Visitationssamarbejdet inden for det ortopædkirurgiske og det urinvejskirurgiske speciale forsætter uændret i forbindelse med indførelsen af den differentierede behandlingsret og udredningsretten.

På mødet i Lederforum for Økonomi den 14. august 2013 blev det besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe med repræsentanter fra hospitalerne og administrationen, som blandt andet skal se på mulighederne for udbredelse af visitationssamarbejdet til flere specialer.

### **Friklinikken i Silkeborg**

Med omstillingsplanen i 2011 blev friklinikken i Brædstrup, Grenaa og Ringkøbing lukket og aktiviteten flyttet til den nye Friklinik i Silkeborg. Friklinikken i Silkeborg fik i den forbindelse tilført en aktivitetsmæssig ramme på 87,5 mio. kr. i DRG-værdi, og en økonomisk ramme på 45,7 mio. kr. svarende til 50 % DRG-værdi (samt en bevilling for eventuelle indtægtsændringer).

Ligesom de tidligere friklinikker har Friklinikken i Silkeborg til formål at sikre fleksibel kapacitetstilpasning, særligt inden for planlagt kirurgi herunder organkirurgi og ortopædkirurgi. Hvis der på de øvrige hospitaler sker en stigning i ventetiden til en behandling, vil Friklinikken således på forholdsvis kort tid kunne øge deres behandlingsaktivitet på området, og dermed afhjælpe kapacitetsproblemerne.

Friklinikken i Silkeborg har siden 2012 fungeret som bagstopper inden for det ortopædkirurgiske speciale på hovedfunktionsniveau. Det betyder, at Friklinikken er forpligtet til altid at have en ventetid inden for de gældende frister, således at patienten ikke omvisiteres til udredning eller behandling på privathospital.

Indførelsen af den differentierede behandlingsret og udredningsretten medfører ikke umiddelbart nogle ændringer i Friklinikkens aktivitet og opgaver. Friklinikkens opgave vil således forsat være at tilvejebringe kapacitet på områder, hvor der er et særligt behov, både i forhold til udredning og behandling af patienter.

Sammenhængen mellem Friklinikken og de øvrige indsatser vil indgå i drøftelserne i koordineringsgruppen vedrørende kapacitetsudnyttelse.

### **Aftaler med privathospitaler**

Regionerne kan ifølge Sundhedsloven indgå aftaler med private leverandører, som kan tilbyde udredning eller behandling inden for de gældende frister. Privathospitalet betragtes dermed som en del af regionens egen kapacitet, og patienter kan derfor ikke vælge behandling på andre privathospitaler.

#### *Ændring af tilbudsloven*

Regionen har tidligere været forpligtet til at sende en aftale i udbud, hvis den samlede værdi af aftalen oversteg 500.000 kr. (og i EU-udbud, hvis værdien oversteg 1,4 mio. kr.). Pr. 1. januar 2013 er tilbudsloven ændret, så tjenesteydelser inden for sundheds- og socialvæsenet ikke skal konkurrenceudsættes gennem udbud. Regionen er dermed ikke længere forpligtet til at sende sundhedsydelser i udbud, men kan vælge at indgå aftaler gennem andre former for konkurrenceudsættelse, såsom indhentning af tilbud eller annoncering.

Med ændringen af tilbudsloven bliver det formentlig nemmere at indgå aftaler med private leverandører, idet regionen ikke længere er underlagt de høje administrative udgifter, som kan være forbundet med et udbud.

Det er dog ikke alle behandlingsområder, som er egnede til aftaler med private leverandører. For at opnå en god pris er det en forudsætning, at privathospitalet kan garanteres et vist antal henvisninger. Tilsvarende er det en fordel, hvis der er flere private leverandører i regionen, der udbyder den pågældende behandling eller undersøgelse, for dermed at opnå en reel konkurrencesituation. Dette gælder uanset om aftalen sendes i udbud eller konkurrenceudsættes på anden vis.

Ifølge regionens udbudsstrategi bør 35 % af udgifterne til privathospitaler afregnes efter en forudgående udbudsaftale. Med ændringerne af tilbudsloven foreslås det, at målet tilrettes, så 35 % af udgifterne fremover afregnes efter en forudgående udbudsaftale eller ved andre former for konkurrenceudsættelse som fx indhentning af tilbud.

### *Nye aftaler i forbindelse med udredningsretten*

Samhandlen med privathospitalerne er baseret på takster, som aftales mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK). Når udredningsretten træder i kraft udskilles aftalerne om udredning fra den generelle aftale om udvidet frit sygehusvalg. Danske Regioner har således indgået en ny aftale med BPK om undersøgelse og udredning, som er gældende fra den 1. september 2013.

Regionen bestemmer selv i hvilket omfang, man ønsker at benytte den nye aftale om udredning og undersøgelse. Regionen er dog forpligtet til at sikre, at patienten udredes inden for 30 dage. Hvis ingen af regionens egne hospitaler har kapacitet til at udrede patienten inden for en måned, kan det derfor være nødvendigt at benytte kapaciteten på privathospitalerne.

På områder hvor regionen har særlige kapacitetsproblemer, kan det være relevant at indgå samarbejdsaftaler med privathospitaler om udredningen af patienter, for at begrænse udgifterne til privathospitalerne. Samarbejdsaftaler med privathospitalerne kan samtidig gøre det nemmere for det offentlige hospital at koordinere udredningsforløbet med privathospitalet, idet der dermed kun vil være én eller få samarbejdspartnere.

Konkret kan det komme på tale at indhente tilbud eller gennemføre et udbud omkring udredning på følgende områder:

- Urologi
- Øre-næse-hals
- Demens
- Hovedpine
- Søvnproblemer
- Allergi

For at sikre sammenhængende patientforløb vil de nye aftaler i forbindelse med udredningsretten som udgangspunkt både omfatte udredning og behandling på privathospitalet. Når en patient af kapacitetsmæssige årsager omvisiteres til udredning på et privathospital, vil patienten dermed også blive behandlet på privathospitalet, medmindre det ikke er fagligt muligt. Denne praksis er også gældende i dag under det udvidede frit sygehusvalg.

Såfremt forbruget på kontoen for udvidet frit sygehusvalg overstiger det nuværende budget, vil hospitalerne fremover skulle dække en del af merforbruget. Forbruget på privathospitalerne og hospitalernes økonomiske medansvar vil blive drøftet løbende i Lederforum for Økonomi.

### **Koordineringsgruppe vedrørende kapacitetsudnyttelse**

I forbindelse med indførelsen af udredningsretten og den differentierede behandlingsret er der nedsat en koordineringsgruppe. Gruppen skal koordinere tilpasning og udnyttelse af kapaciteten på tværs af hospitalerne og følge op på overholdelsen af udredningsretten.

Koordineringsgruppen vil eksempelvis varetage følgende opgaver:

- sikre den løbende kapacitetstilpasning- og udnyttelse på tværs af hospitaler



- opfølgning på overholdelse af udredningsretten samt udgifter til privathospitaler
- at følge udviklingen på områder med fælles visitation
- at identificere områder, hvor kapaciteten i regionen ikke udnyttes optimalt, og foreslå initiativer
- at identificere områder, hvor kapaciteten udnyttes optimalt, men hvor der alligevel er behov for at indgå aftaler med private leverandører

Koordineringsgruppen vil som udgangspunkt bestå af de samme repræsentanter fra hospitalerne og administrationen, som har deltaget i projektgruppen for udrednings- og behandlingsretten. Uafklarede økonomiske problemstillinger i forbindelse med fleksibel kapacitetstilpasning og – udnyttelse vil blive behandlet i Lederforum for Økonomi.