

# Benchmarkanalyse

for  
det reumatologiske og det  
gynækologiske speciale  
i speciallægepraksis  
og på hospitalerne

Januar 2015



# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
Indledning .....	4
Forskelle i registrering og afregning .....	4
Forskelle i opgaver og drift.....	6
Metode til benchmark .....	6
Resultater .....	7
Reumatologi .....	7
Gynækologi .....	8
Økonomi og aktivitet i 2013 .....	10
Reumatologiske speciallægepraksis .....	10
Reumatologi på hospitalerne .....	10
Gynækologiske speciallægepraksis .....	12
Gynækologi på hospitalerne .....	12
Gældende forhold ved flytning af opgaver mellem speciallægepraksis og hospitaller .....	13
Udfordringer ved at styre patientstrømmene .....	13
Kapaciteten i speciallægepraksis. ....	13
Kapaciteten på hospitalerne .....	15
Økonomi .....	15
Øvrigt .....	16
Konklusion .....	16
Bilag 1. Afgrænsning af udvalgte reumatologiske og gynækologiske patientforløb .....	17
Reumatologiske speciallægepraksis .....	17
Gynækologiske speciallægepraksis .....	19
Reumatologi på hospitalerne .....	22
Gynækologi på hospitalerne .....	23

## Indledning

Nærværende analyse er bygget op med først et forsøg på at sammenligne omkostningerne ved behandlingstyper, der kan foregå både på hospitalerne og hos praktiserende speciallæger inden for de to specialer, og dernæst en kort redegørelse for aktivitet og økonomi i de to sektorer.

Det er nødvendigt at gøre opmærksom på en række udfordringer, når man forsøger at sammenligne patientforløb og tilknyttede omkostninger på tværs af de to sektorer.

Udfordringerne bekræftes i en analyse foretaget af KORA (Kommuners og Regioners Analyse og Forskning) i 2012<sup>1</sup>. Denne analyse forsøgte at sammenligne omkostninger ved den samme type patientforløb behandlet i hhv. speciallægepraksis og på hospitalerne inden for specialerne gynækologi, kirurgi og øre-næse-hals i alle fem regioner. Et resultat var, at patientpopulationen og patientforløbene ikke er sammenlignelige på tværs af de to sektorer. Det betyder, at en sammenligning af omkostningerne på tværs af de to sektorer ifølge rapporten ikke er valid.

Udfordringerne ved at sammenligne patientforløb og omkostninger på tværs af de to sektorer kan opdeles i to:

- 1) Hospitalerne og speciallægepraksis afregnes ikke og registrerer ikke på samme måde.
- 2) Hospitalerne og speciallægepraksis varetager forskellige typer af opgaver og har derfor forskellige betingelser for at indrette deres drift.

Udfordringerne er uddybet nedenfor.

## Forskelle i registrering og afregning

Hospitalerne registrerer diagnosekoder, der bruges til at betegne den sygdom, patienten behandles for. Derudover registreres procedurekoder for nogle af de undersøgelser/behandlinger, patienten får. Det er dermed muligt at se, hvilken diagnose og hvilke procedurer en given patient eller gruppe af patienter har fået.

Speciallægepraksis registrerer ikke diagnoser, men udelukkende koder, der betegner de ydelser, der er leveret. Da det ikke er muligt for administrationen at identificere patienter med bestemte diagnoser, kan der ikke trækkes

---

<sup>1</sup> PaSS – Patientforløb i Speciallægepraksis og på sygehus.

oplysninger om, hvilke ydelser der er givet til en bestemt patientgruppe – eksempelvis gigtpatienter.

Man kan derfor ikke finde sammenlignelige patientgrupper på tværs af de to sektorer via diagnosen.

De praktiserende speciallæger honoreres pr. ydelse. Honoraret for den enkelte ydelse er aftalt i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger. Det betyder, at de praktiserende speciallæger relativt præcist kan definere, hvad det koster regionen at købe en ekstra ydelse, men ikke hvad det koster at købe behandling af en bestemt sygdom, f.eks. en gigtpatient. Prisen afhænger af, hvilke ydelser patienten har fået. Priserne skal dække alle udgifter de praktiserende speciallæger har for at drive en praksis.

Hospitalernes omkostninger måles ved DRG- og DAGS-takser, hvor DRG-takster relaterer sig til behandling af indlagte patienter og DAGS-takster til ambulant behandling. Taksterne repræsenterer gennemsnittet af prisen på en behandling på alle landets sygehuse, og der indgår både komplicerede og ukomplicerede patienter. Derudover indeholder taksterne omkostninger, som ikke relaterer sig direkte til den enkelte behandling (bygninger, sygehusadministration og -ledelse, regionsadministration og -ledelse, køkken, it, rengøring, uddannelse af yngre læger, vagtberedskab mv.). Det vil sige at DRG-/DAGS-takster ikke afspejler marginalomkostningen og kan være påvirket af få dyre patienter.

For de behandlinger på det gynækologiske område, der er relevante i nærværende analyse, er der yderligere den komplikation, at de fleste af DRG/DAGS-taksterne er gråzonetakster. En gråzonetakst betyder, at behandlingen giver samme takst, uanset om patienten er indlagt eller bliver behandlet ambulant. Selve taksten bliver beregnet som et vægtet gennemsnit af omkostningerne ved indlæggelserne og de ambulante behandlinger. Gråzonetakster er indført for at give hospitalerne incitament til at behandle patienterne ambulant frem for under en indlæggelse. Incitamentet består i, at hospitalerne, ved at behandle gråzonepatienten ambulant, opnår en DRG-værdi, der er større end de reelle omkostninger. Omvendt får hospitalerne ikke dækket omkostningerne ved at indlægge disse patienter. Marginalomkostningerne for de ambulante gråzonepatienter kan derfor være noget lavere end 50% af DRG-taksten.

De reumatologiske behandlinger, der indgår i denne analyse, afregnes primært til ambulante takster.

## **Forskelle i opgaver og drift**

Hospitalet har en specialiseret og meget blandet aktivitet med både indlagte og ambulante patienter samt en høj akutandel, mens speciallægepraksis primært tager sig af en mere ensartet gruppe af mindre komplicerede ambulante patienter. Hospitalet anvender tungere teknologi og uddanner sundhedsprofessionelle samt forsker, hvilket praktiserende speciallæger typisk ikke gør.

## **Metode til benchmark**

Udgangspunktet for analysen er, at der i samråd med læger er udpeget nogle patientgrupper, der findes både i speciallægepraksis og på hospitalet inden for de to specialer, og som har et volumen af en vis størrelse.

Omkostningerne i speciallægepraksis er herefter opgjort ved, at en repræsentant for speciallægepraksis har oplyst hvilke ydelser, der typisk leveres til patienter i de udpegede patientgrupper i det første år af forløbet. Priserne på disse ydelser er herefter fundet i takstkataloget. Hvorvidt dette typiske forløb er repræsentativt for gennemsnittet af de pågældende patienter i speciallægepraksis vides ikke med sikkerhed, bl.a. fordi patientsammensætningen ikke er ens i de forskellige praksis.

De udpegede patientgrupper er forsøgt afgrænset på hospitalet via diagnoser. En given diagnose som f.eks. leddegigt kan imidlertid dække over et bredt spektrum af patienter, hvoraf mange ikke vil kunne behandles i speciallægepraksis. Gruppen af patienter med de relevante diagnoser er derfor afgrænset yderligere. Det er ikke muligt ud fra hospitalernes registreringer helt at vide, hvilke patienter der ikke kan varetages i speciallægepraksis, men det er forsøgt gjort skønsmæssigt. Sorteringen er nærmere beskrevet i bilag 1. Som eksempler kan nævnes, at reumatologiske patientforløb, der omfatter operation, er sorteret fra, fordi der ikke opereres hos praktiserende reumatologer. Reumatologiske patienter med en DRG-værdi over 30.000 kr. er også sorteret fra, fordi det vurderes, at dette som regel vil udtryk for, at patienten er så kompliceret, at patienten skal behandles på hospital. Kontrolbesøg er i øvrigt søgt undtaget. For de gynækologiske patienter i analysen er forløb, hvor der indgår en operation, der ikke kan udføres i speciallægepraksis, fjernet.

Omkostningerne på hospitalet er opgjort på baggrund af den faktiske aktivitet i 2013 for de udvalgte patienttyper. Omkostningerne i speciallægepraksis bygger på den behandling, patienten får i det første år efter henvisningen.

Forskellene i opgaver og dermed driften er forsøgt håndteret ved, at hospitalernes omkostninger er opgjort til 50% af DRG-taksten. Dette svarer til den takst, Region Midtjylland normalt bruger ved meraktivitetsprojekter, idet det betragtes som marginalomkostningen. Denne metode udfordres imidlertid meget af gråzonetaksterne, hvilket belyses ved et forsøg på at beregne de reelle omkostninger ved to konkrete patienttyper, der er omfattet af gråzonetakster.

## Resultater

I det følgende vises resultaterne af analysen. Først vises resultater for det reumatologiske speciale, derefter for det gynækologiske speciale. Inden for begge specialer foretages analysen med tal for 2013 (DRG/DAGS er i 2014-takster, da det er vurderet at 2014-taksterne er mere retvisende end 2013-taksterne).

Resultaterne skal, som det fremgår af ovenstående, tages med et meget stort forbehold. Der er udelukkende tale om indikationer af niveauet ud fra de forudsætninger, der ligger i metoden. Udgangspunktet er således, som det også fremgik af KORA-rapporten, at det ikke er muligt at identificere sammenlignelige patientgrupper i de to sektorer.

### Reumatologi

De udvalgte patientforløb er patienter med gigt (leddegigt, psoreasigigt, urinsyregigt) og med inflammatoriske rygsygdomme. De specifikke afgrænsninger i hhv. speciallægepraksis og på hospitalerne fremgår af bilag 1.

De beregnede omkostninger fremgår af nedenstående to tabeller. Der er tale om en vurdering på baggrund af én speciallægepraksis og et samlet gennemsnit for alle regionens hospitaler for de udvalgte patientgrupper. Omkostningerne i speciallægepraksis er opdelt i den velregulerede og den ikke-velregulerede patient. Det er ikke muligt på tilsvarende vis at opdele patienterne i hospitalsregi, idet dette ikke registreres. Der er således tale om et samlet gennemsnit i hospitalsregi.

**Tabel 1.** Vurderet udgift i 2013-priser for de udvalgte patientforløb i speciallægepraksis i det første behandlingsår

Patientforløb	Velreguleret forløb	Ikke-velreguleret forløb
Ledde-, psoriasis- og urinsyreigt	2.025 kr.	2.603 kr.
Inflammatoriske rygsygdomme	1.908 kr.	3.100 kr.

Note: Det er ikke muligt at opgøre, hvor mange patienter speciallægepraksis behandler inden for de pågældende sygdomme, ej heller hvor mange patienter, der er hhv. velregulerede eller ikke-velregulerede.

**Tabel 2.** Vurderet udgift for de udvalgte patientforløb på hospital i 2013

Patientforløb	50% af DRG-værdi	Estimeret antal patienter (unikke cpr-nr) på hospitalerne
Ledde-, psoriasis- og urinsyreigt	2.400	4.300
Inflammatoriske rygsygdomme	1.700	500

Note: Den ambulante aktivitet på det reumatologiske område i analysen afregnes primært til ambulante takster.

## Gynækologi

De udvalgte patientforløb er patienter med kraftige/uregelmæssige blødninger, celleforandringer og medicinske aborter før udgangen af 12. svangerskabsuge. De specifikke afgrænsninger i hhv. speciallægepraksis og på hospitalerne fremgår af bilag 1.

De beregnede omkostninger fremgår af nedenstående to tabeller. Der er tale om en vurdering på baggrund af én speciallægepraksis og et samlet gennemsnit for alle regionens hospitaler for de udvalgte patientgrupper.

**Tabel 3.** Vurderet udgift i 2013 for de udvalgte gynækologiske patientforløb i speciallægepraksis

Patientforløb	Gennemsnitspris
Kraftige/ uregelmæssige blødninger	1.221 kr.
Celleforandringer	1.467 kr.
Medicinsk abort	3.185 kr.

Note: det er ikke muligt at opgøre, hvor mange patienter speciallægepraksis har behandlet inden for sygdomsgrupperne kraftige/uregelmæssige blødninger og celleforandringer. Der er foretaget 434 medicinske aborter i 2013 i speciallægepraksis.



**Tabel 4.** Vurderet udgift for de udvalgte gynækologiske patientforløb på hospital i 2013

Patientforløb	50% af DRG-værdi	Estimeret antal patienter (unikke cpr-nr) på hospitalerne
Kraftige/ uregelmæssige blødninger	3.800	2.900
Celleforandringer	5.600	2.500
Medicinsk abort	3.100	1.600

Note: Størstedelen af den gynækologiske aktivitet for disse ambulante patienter er i såkaldte gråzonegrupper, hvor DRG-taksten er beregnet som et vægtet gennemsnit for både indlagte og ambulante patienter. Taksten er derfor højere end de reelle udgifter på det ambulante område.

Som nævnt ovenfor er de fleste af DRG-taksterne på dette område gråzonetakster. For de ambulante patienter, der jo er dem, der kan sammenlignes med i forhold til speciallægepraksis, er denne takst for høj. Præcist hvor meget for høj er det ikke muligt at fastslå.

For at belyse usikkerheden i taksterne er det forsøgt at beregne den faktiske omkostning, hospitalet har ved at behandle en ukompliceret ambulante gråzonepatient. Beregningen er lavet for to patienttyper: patienter, fra gruppen med celleforandringer, der får foretaget et såkaldt keglesnit i lokal bedøvelse, dvs. en delmængde af de 2.500 patienter i tabel 4, og patienter der får foretaget en medicinsk abort. Der er kun medregnet de direkte omkostninger til behandlingen som fx løn, medicin og materialeforbrug, og det er forudsat, at det kan ske uden investeringer i nyt apparatur og lignende.

I gennemsnit giver et keglesnitsforløb ca. 20.000 kr. i DRG-værdi. Beregningerne af reelle omkostninger til løn og utensilier i forbindelse med et keglesnitsforløb er beregnet til 900-1.350 kr. blandt andet afhængigt af, om det er en reservelæge eller speciallæge, der opererer. Hertil kommer omkostninger til patologiske undersøgelser og sterilcentral, som ikke indgår i beregningerne.

I gennemsnit giver en medicinsk abort en DRG-værdi på godt 6.100 kr. Beregninger af de reelle marginalomkostninger til en ukompliceret medicinsk abort beløber sig til ca. 700 kr. pr. forløb.

**Tabel 5.** Marginalomkostninger for keglesnitsforløb og medicinsk abort på hospital i 2013

	Gennemsnitlig DRG-værdi	Beregnede faktiske omk. (marginalomk.)
Keglesnitsforløb, ukompliceret	20.000	900-1.350
Medicinsk abort, ukompliceret	6.100	700

De nærmere detaljer for beregningerne kan ses i bilag 1.

Som det fremgår, ligger den direkte omkostning til løn og utensilier ved at foretage de nævnte behandlinger ambulant og på relativt ukomplicerede patienter betydeligt under gråzonetaksten. Det afspejler både, at DRG-taksten indeholder flere elementer, men i høj grad også at taksten omfatter indlagte patienter og komplicerede patienter. Beregningerne viser dermed det store spænd, en gråzonetakst dækker over.

Prisen på et tilsvarende forløb i speciallægepraksis ligger på 2.419 kr. for et keglesnitsforløb og 3.185 kr. for en medicinsk abort. Disse priser er fastlagt således, at den praktiserende speciallæge får dækket sine udgifter til lokaler, apparatur, rengøring, mv.

## **Økonomi og aktivitet i 2013**

### **Reumatologiske speciallægepraksis**

Der er tre praktiserende speciallæger inden for reumatologien i Region Midtjylland, heraf to i Aarhus og en i Skanderborg. Den samlede aktivitet i 2013 for de tre speciallægepraksis var som følger:

- Der blev håndteret 5.053 forskellige patienter
- Der var i alt 9.754 konsultationer (4.601 førstegangs-, 2.139 andengangs- og 3.014 senere konsultationer)
- Ca. 25% af patienterne havde gigt og ca. 2% havde inflammatoriske rygsygdomme (estimeret på baggrund af oplysninger om aktiviteten hos den praktiserende reumatolog, der har været sparringspartner til nærværende analyse)
- Omsætningen var på i alt 7.763.000 kr.
- Ventetiden på en konsultation er mellem 8-16 uger i de to speciallægepraksis. Den tredje praksis er nystartet og har derfor foreløbigt kort ventetid.

### **Reumatologi på hospitalerne**

Der er en reumatologisk afdeling på Aarhus Universitetshospital. På regionshospitalerne i Horsens, Randers og ved Hospitalsenheden Vest indgår reumatologien som en del af de medicinske afdelinger. Ved Hospitalsenhed Midt er reumatologien en del af Diagnostisk Center på Regionshospitalet Silkeborg og Medicinsk afdeling på Regionshospitalet Viborg.

Reumatologien er samlet i to centre. Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Horsens er tilknyttet Aarhus Universitetshospital, og Hospitalsenheden Vest og Hospitalsenhed Midt er tilknyttet Regionshospitalet Silkeborg.

De tre hospitaler i Reumatologisk Center Øst har etableret fælles visitationsretningslinjer, som følges af et visitationsudvalg bestående af de visiterende reumatologer. Patienter på hovedfunktionsniveau visiteres i eget optageområde til egen reumatologisk afdeling/funktion. Patienter på specialiseret niveau visiteres til Reumatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital.

I Reumatologisk Center Vest bliver alle nyhenviste reumatologiske patienter fra optageområdet som udgangspunkt visiteret til Regionshospitalet Silkeborg. Når patienterne er velbehandlet overgår de så vidt muligt til kontrolforløb på lokalsygehuset.

Alle medicinske-reumatologiske rygforløb fra hele Region Midtjylland visiteres til Regionshospitalet Silkeborg.

Tabel 6 viser en oversigt over den samlede reumatologiske aktivitet på hospitalerne i Region Midtjylland.

**Tabel 6.** Aktivitetsopgørelse for al reumatologisk aktivitet på RM-hospitalerne i 2013<sup>2</sup>.

	ambulante besøg	tlf.kons. Mm.	stationær	total
Antal	43.676	33.927	1.571	79.174
DRG i 1000 kr	197.323	12.214	49.835	259.372
unikke cpr	14.560	10.865	1.262	15.934

Ventetiden til første undersøgelse for reumatologiske gigtsygdomme varierer fra 4 til 40 uger. De 40 uger skyldes mangel på speciallæger. Ventetiden til inflammatoriske ryg sygdomme er 3-4 uger på flere afdelinger. På Regionshospitalet Silkeborg er der mulighed for en hurtig, kort vurdering for mistanke om leddegigt med ventetid på under en uge.

---

<sup>2</sup> Data er afgrænset for medicinske og reumatologiske afdelinger og en række reumatologiske A-diagnoser.

## Gynækologiske speciallægepraksis

Der er 9 praktiserende gynækologer i Region Midtjylland. 3 i Aarhus, 2 i Silkeborg samt 1 i hhv. Horsens, Randers, Viborg og Skive. Den samlede aktivitet i 2013 for de 9 speciallægepraksis var som følger:

- Der blev håndteret 25.527 forskellige patienter
- Der var i alt 46.241 konsultationer (21.966 førstegang- og 24.275 senere konsultationer)
- Ca. 25 % af patienterne har blødningsforstyrrelser og ca. 14 % har celleforandringer (estimeret på baggrund af oplysninger om aktiviteten hos den praktiserende gynækolog, der har været sparringspartner til nærværende analyse)
- Omsætningen var på i alt 42.840.000 kr. (en enkelt praksis trækker væsentligt op på grund af stor fertilitetsaktivitet)
- Ventetiden på en konsultation i de ni speciallægepraksis varierer mellem 3 og 52 uger med et gennemsnit på 16 uger.

## Gynækologi på hospitalerne

Der er fem gynækologisk-obstetriske afdelinger i Region Midtjylland. Der varetages fødsler på alle fem afdelinger. Afdelingen på Hospitalsenheden Vest er delt mellem Regionshospitalerne i Holstebro og Herning, således at der er fødsler begge steder. Alle seks enheder har døgndækning med speciallæger i gynækologi/obstetrik.

**Tabel 7.** Aktivitetsopgørelse for al gynækologisk aktivitet på RM-hospitalerne i 2013<sup>3</sup>.

	ambulante besøg	tlf.kons. mm.	stationær	total
Antal	81.348	41.242	6.754	129.344
DRG i 1000 kr	227.077	9.589	151.296	387.962
unikke cpr	49.398	25.646	5.544	55.396

Ventetiden til første undersøgelse for patienter med godartede blødningsforstyrrelser er 3-6 uger. Til en medicinsk abort er ventetiden første undersøgelse en 1 uge.

---

<sup>3</sup> Data er afgrænset på de gynækologiske afdelinger fraregnet obstetrisk aktivitet og fertilitetsbehandling.

## **Gældende forhold ved flytning af opgaver mellem speciallægepraksis og hospitaler**

Hvis det overvejes at flytte opgaver mellem de to sektorer, skal man være opmærksom på en række forhold. De centrale er beskrevet nedenfor.

### **Udfordringer ved at styre patientstrømmene**

Det er kun almen praksis, der kan henvise til speciallægepraksis<sup>4</sup>, og almen praksis kan ikke pålægges at henvise til speciallægepraksis frem for hospital eller omvendt.

Det er i et enkelt tilfælde lykkedes at indgå en aftale med PLO i Region Midtjylland om, at en bestemt type patienter (hovedpinepatienter) skal henvises til speciallægepraksis, inden de evt. henvises til hospital. PLO i Region Midtjylland har imidlertid sagt nej til at udvide dette til en større gruppe af neurologiske patienter.

Der er en tydelig tendens til, at almen praksis i højere grad vælger at henvise til speciallægepraksis, hvis der er en speciallægepraksis i nærområdet. Almen praksis' valg af henvisningssted kan muligvis også være påvirket af ventetider, da der er stor variation på ventetider på tværs af både hospitaler og speciallægepraksis. Der er eksempler på, at henvisningsmønstret kan påvirkes via dialog.

### **Kapaciteten i speciallægepraksis.**

Inden for reumatologi er der som nævnt kun 3 praksisser, så selv om de øger deres aktivitet, medfører det ikke en stor ekstra volumen.

Inden for gynækologi gælder det, at kun 2 af de 9 praktiserende speciallæger i 2013 lå væsentligt under knækgrænsen<sup>5</sup>, hvilket muligvis mindsker deres interesse for at øge aktiviteten. I øvrigt vil der ved en øget aktivitet være en risiko for længere ventetider, hvilket kan gøre en del praktiserende læger mindre tilbøjelige til at henvise til dem. Dette gælder specielt, hvis

---

<sup>4</sup> Der er tilfælde, hvor speciallægepraksis må henvise til hinanden, det gælder bare ikke specialerne reumatologi og gynækologi.

<sup>5</sup> Når den enkelte praktiserende speciallæge årligt har fået udbetalt honorarer for et givent beløb (ca. 2,9 mio. – ca. 4,8 mio. afhængig af speciale) tilbageholder regionen 40 % af den omsætning, der kommer herudover.

visitationssamarbejdet mellem de gynækologiske afdelinger på hospitalerne i den østlige del af regionen vil betyde, at almen praksis oplever, at patienter nemt kommer hurtigt til.

Et øget aktivitetsniveau af betydning i speciallægepraksis vil derfor kunne kræve oprettelse af et nyt ydernummer<sup>6</sup>. Et ydernummer medfører generelt årlige udgifter på 3-4 mio. kr. Hvis der skal opnås en besparelse, vil der derfor som minimum skulle flyttes aktivitet fra hospitalerne i et omfang, så der reelt spares over 4 mio. kr. på hospitalerne.

I henhold til overenskomsten på speciallægeområdet har regionen et par muligheder for at få indflydelse på aktiviteten i speciallægepraksis. Det kan forsøges at ændre i indholdet af aktiviteten i speciallægepraksis, således at nogle af de nuværende opgaver ophører, og der i stedet tages opgaver ind, der i dag varetages på hospitalerne. Overenskomsten giver mulighed for dette via de såkaldte § 66-aftaler. Det er aftaler, hvori det præciseres, hvad op til 20 % af de praktiserende speciallægers aktivitet skal bruges til. Dette vil medføre en ændring af de opgaver, der udføres i speciallægepraksis, men ikke en aktivitetsstigning.

I den netop indgåede overenskomst erkender parterne, at § 66 ikke har fungeret efter hensigten. Parterne er dog enige om at skabe en lettere adgang til at indgå lokale aftaler om regionernes råderet over kapacitet i speciallægepraksis via § 66-aftaler. Administrationen er i gang med at forhandle med de praktiserende psykiatere om en aftale.

En anden mulighed er at øge aktiviteten i speciallægepraksis gennem § 64-aftaler, hvor de aftalte aktiviteter holdes udenfor knækgrænse og økonomiprotokollat. Hvis de praktiserende speciallæger skal foretage undersøgelser/behandlinger/operationer, som ikke er aftalt i overenskomsten, skal der indgås sådanne aftaler om vilkårene – herunder honorering. Et eksempel på, at det er lykkedes at indgå en § 64-aftale, er operation for grå stær, og et eksempel på at det ikke er lykkedes, er opfølgningen på regionsrådets beslutning om at tilbyde synskorrigerende kirurgi ved operation for grå stær. Her kunne regionen og repræsentanter for de praktiserende øjenlæger ikke blive enige om honoreringen, hvilket betyder, at behandlingen ikke tilbydes i speciallægepraksis. Denne sag illustrerer udmærket, at det i

---

<sup>6</sup> Den nuværende overenskomst åbner dog mulighed for, at regionen kan oprette tidsbegrænsede praksis, der ikke kan sælges videre.

nogle tilfælde er op til forhandling, om speciallægepraksis overhovedet vil udføre en given opgave.

Hvis det omvendt ønskes at opnå en besparelse ved at flytte aktivitet fra speciallægepraksis til hospitalerne, skal man være opmærksom på, at speciallægepraksis stort set altid når op på en aktivitet på 3-4 mio. kr. Det er ikke umiddelbart muligt centralt fra at styre aktivitetsniveauet i speciallægepraksis. En betydelig besparelse ad den vej kan derfor kræve nedlæggelse af et ydernummer, hvilket indebærer, at hospitalerne skal overtage en ikke ubetydelig aktivitet. Det skal bemærkes, at såfremt regionen lukker en speciallægepraksis, skal der betales kompensation til indehaveren (90 % af gennemsnittet af de seneste 3 års omsætning). Dette engangsbeløb på ca. 3 mio kr. skal også "indtjenes" ved besparelsen på hospitalets varetagelse af opgaverne. En del af besparelsen må forventes at blive opnået ved, at en del opgaver i form af patienthenvendelser falder bort, hvis der nedlægges et ydernummer.

### **Kapaciteten på hospitalerne**

Kapaciteten på hospitalerne kan som regel tilpasses relativt fleksibelt. Inden for gynækologien skal man dog være opmærksom på, at fødslerne betyder, at der skal være døgndækning med speciallæger i tilstedeværelse. Dette betyder, at der skal være ansat et vist minimumantal af speciallæger på de seks matrikler. Det er væsentligt for effektiviteten, at der er tilstrækkeligt med opgaver i dagtid til den lægestab, der er nødvendig af hensyn til vagten. En betydelig nedgang i aktiviteten kan derfor ikke nødvendigvis følges af en tilsvarende nedgang i antallet af speciallæger. Det kan derfor være vanskeligt at indhente besparelser ved at skære ned på kapaciteten på det gynækologiske område på hospitalerne.

På det reumatologiske område kan det tilsvarende være vanskeligt at skære i antallet af speciallæger på hospitalerne. Der er således på alle akuthospitaler undtagen Aarhus Universitetshospital kun 1-2 reumatologer ansat, men samtidig et ønske om lokalt ansatte reumatologer, der kan indgå i det brede medicinske tilbud til blandt andet de akutte patienter.

### **Økonomi**

Som udgangspunkt benyttes 50% af DRG-taksten som beregning ved flytning af aktivitet mellem hospitalerne. Der kan dog også ske en finansiering af øget aktivitet, der bygger på eksempelvis en konkret beregning af den rene merudgift i den givne situation. I visse tilfælde – typisk ved mindre volumen eller hvor lokaler, apparatur el.lign. ikke er fuldt udnyttet – vil denne udgift kunne være mindre end de 50% af DRG, mens det i andre tilfælde vil være mere.

## **Øvrigt**

Patienter, der henvises til speciallægepraksis, er ikke omfattet af udredningsretten eller behandlingsgarantien. Dette er ikke en formel problemstilling, men valget af leverandør påvirker således patienternes rettigheder.

Speciallægepraksis inden for gynækologi og reumatologi ligger kun i den østlige del af regionen. Det betyder, at øget brug af disse vil give længere transport for mange patienter. Tilskud til transport til speciallægepraksis betales af kommunerne, mens tilskud til transport til hospitalerne betales af regionerne.

## **Konklusion**

Opsummerende må det konkluderes, at nærværende analyse er forbundet med så mange forbehold, at den ikke kan bruges som grundlag for at flytte aktivitet mellem speciallægepraksis og hospitalerne.

Da det er så vanskeligt at foretage en ren udgiftsanalyse anbefales det, at fremtidige vurderinger af arbejdsdeling mellem de to sektorer også bygger på faglige såvel som patientmæssige hensyn.

Det kan desuden overvejes at lave forsøg med udbud af opgaven, hvor både hospitaler og speciallægepraksis kan byde ind for der igennem at få et billede af omkostningerne.



## **Bilag 1. Afgrænsning af udvalgte reumatologiske og gynækologiske patientforløb**

Dette bilag indeholder tekniske beskrivelser af, hvordan data er afgrænset mm i analysen. Først for speciallægepraksis for hhv. det reumatologiske og det gynækologiske speciale og dernæst tilsvarende for hospitalerne.

### **Reumatologiske speciallægepraksis**

#### Leddegigt, Psoriasisgigt og Urinsyregigt (henvist med ledhævelser)

Beskrivelse af et typisk forløb:

##### 1.konsultation

Ultralyd

Evt. punktur

Udredning (blodprøver og røntgen foretages på hospital tæt på bopæl)

##### 2.konsultation

opfølgning på prøver

hvis der er tegn på betændelsesgigt, opstartes medicinsk behandling

Efterfølgende konsultationer (kontroller) foregår hvert halve år, hvis der er ro på sygdommen, og hver 1- 2 måneder, hvis der ikke er.

Sygeplejerske ser typisk patienten hver 2. gang, når der er ro i gigten. Når der ikke er ro i gigten, er de fleste kontroller hos speciallægen, men sygeplejersken supplerer med sygdomsinformation og medicininformation oftest på dage, hvor patienten alligevel har en aftale med speciallægen. Afhængig af patientens behov kan der også være selvstændige sygeplejerskekonsultationer.

Ligeledes afhængigt af behov kan der være brug for ultralydsskanning (UL) og diverse punkturer i forløbet, dette er mest i starten af forløbet, inden medicinen begynder at virke.

#### *Takster for det ovenfor beskrevne forløb ifm. leddegigt, psoriasisgigt og urinsyregigt (henvist med ledhævelser)*

1. konsultation	621,55
Ultralyd	487,49
Evt. punktur	243,74

Blodprøver (analyseres på hospitalet, ikke her)  
Røntgen (udføres på hospitalet, afregning indgår ikke her)

2. konsultation 383,90

Senere konsultation 144,34

- hvert halve år, hvis der er ro på sygdommen

- hver 1- 2 måneder, hvis der ikke er

**Tabel B1.** Gigtpatienter, 2013-priser speciallægepraksis

Pris første år – velreguleret patient	
1. konsultation, ultralyd, punktur, 2. konsultation, 2 x senere konsultation	2.025,36
Pris første år – ikke velreguleret patient	
1. konsultation, ultralyd, punktur, 2. konsultation, 6 x senere konsultation	2.602,72

### Rygsmærter

Patienter, der henvises til speciallægepraksis med rygsmærter, fordeler sig som følger:

Ca. 33 % mistanke om betændelsestilstand

Ca. 10 % diskus (mekanisk) og ca. 10 % spinal stenose (mekanisk)

Resten uspecifikke rygsmærter. Procentangivelserne er baseret på skøn.

I det nedenstående beskrives patienter med mistanke om betændelsestilstand (inflammation), de øvrige typer beskrives ikke yderligere.

#### *Mistanke om betændelsestilstand*

1.konsultation

tage stilling til:

Henvisning til fysioterapeut/træning/smertestillende/ergonomiske tiltag

MR (udføres på hospitalet)

Afsluttes

2.konsultation

MR svar

Hvis betændelsestilstand – ca. 10 % af de 33 % med mistanke om inflammatorisk ryg sygdom viser sig at have det jf. MR.

De patienter, der ikke har inflammation på MR, afsluttes typisk med råd om øvelser/træning og/eller smertestillende medicin.

Hvis smertestillende/øvelser ikke hjælper (max 2 måneder) hos patienter med inflammatorisk ryg sygdom, og der er tegn på betydende sygdomsaktivitet (Basdai over 40) henvises til hospitalet til biologisk behandling.

Ca. 70 % af de patienter, der har aktiv inflammation på MR, ender med biologisk behandling (dvs. 70 % af de 10 % af de 33 %).

*Takster for det ovenfor beskrevne forløb ifm. rygsmerter – mistanke om inflammation*

1. konsultation 621,55  
Behandlingskontrol af kronisk inflammation 153,55  
MR (udføres på hospitalet, afregning indgår ikke her)

2. konsultation 383,90  
Behandlingskontrol af kronisk inflammation 153,55

Senere konsultation 144,34  
Behandlingskontrol af kronisk inflammation 153,55  
hvert halve år

**Table B2.** Inflammatoriske, 2013-priser speciallægepraksis

Pris første år – velreguleret patient	
1. konsultation + 2. konsultation + 2 x senere konsultation + 4 x behandlingskontrol	1.908,33

## Gynækologiske speciallægepraksis

### Kraftige/uregelmæssige blødninger

Patienter henvist med kraftige blødninger/uregelmæssige blødninger kan have meget forskellige forløb. Alt efter hvordan undersøgelsen udvikler sig, bruges følgende ydelser:

1. konsultation 436,08  
Senere konsultation 178,02  
Ultralydsscanning 277,04  
Opsætning af hormonspiral 501,21  
Opsætning af hormonspiral - følgende 250,60  
Smear (celleskrab) 60,20

Vandscanning	541,79
Biopsi	76,34
Kolposkopi	76,16
Kolposkopi, biopsi og cervixskrab	653,71
Fjernelse af spiral	501,21
Fjernelse af spiral - følgende	250,60
(V)abrasio, cervix uteri	501,21
(V)abrasio, cervix uteri - følgende	250,60
Hysteroskopi	733,99

I gennemsnit 1,2 konsultationer/pt./år

Gennemsnitspris 1.394 kr./pt. med TCRF/P og 1.221 kr./pt. uden TCRF/P (TCRF = fjernelse af muskelknode i livmoderen, TCRP = fjernelse af polyp i livmoderen).

Da der er tale om gennemsnitspriser, kan der være stor forskel på de forskellige patientforløb.

**Tablet B3.** Kraftige/uregelmæssige blødninger, 2013-priser speciallægepraksis

Gennemsnitspris alle patienter med kraftige/uregelmæssige blødninger	1.221 kr.
--	-----------

### Celleforandringer

Patienter henvist med celleforandringer kan have forskellige forløb. Alt efter hvordan undersøgelsen udvikler sig, bruges følgende ydelser.

konsultation	436,08
Senere konsultation	178,02
Mailkonsultation	70,68
Telefonkonsultation	70,21
Kolposkopi, biopsi og cervixskrab	653,71
Ultralydscanning	277,04
Paracervikal/intracervikal blokade	61,43
Keglesnit (ca 10 % af pt. med celleforandringer)	1.351,42
Mikroskopi af sekret	38,06

I gennemsnit 1,4 konsultationer/pt./år

Gennemsnitspris 1.467 kr. inkl. keglesnit

Da der er tale om gennemsnitspriser, kan der være stor forskel på de forskellige patientforløb.

**Tabel B4.** Celleforandringer, 2013-priser speciallægepraksis

Gennemsnitspris alle patienter med celleforandringer	1.467
--	-------

Udvalgte gynækologiske patientforløb i speciallægepraksis

For at belyse udfordringerne ved at benytte DRG-takster for ambulante gråzonebehandlinger i denne analyse er der udvalgt to konkrete patientforløb til nærmere beskrivelse.

Typisk forløb ved keglesnitsoperation (Conisation)

Hvis den henviste kvinde har fået taget et celleskrab for nyligt, gentages det ikke. Der tages kun en biopsi vejledt af kolposkopien. Nogle gange vil kolposkopien vise, at der skal foretages et skrab fra livmoderhalsen med en curette (kræver en lokalbedøvelse).

Kvinder med lette celleforandringer undersøges en gang, og kan så sendes retur til egen læge. Kvinder med middelsvære celleforandringer, skal følges hvert halve år med de samme undersøgelser.

Nogle af celleforandringerne vil forsvinde mens andre i forløbet (der kan strække sig op til 2 år), enten vil forblive med middelsvære celleforandringer eller vil udvikle sig til sværere celleforandringer. Sidstnævnte ender med et keglesnit.

Et typisk forløb, der ender med keglesnit, for en kvinde, der har fået fortaget celleskrab før henvisningen:

1. konsultation	436,08
Mailkonsultation	70,68
Telefonkonsultation	70,21
Kolposkopi	76,16
Ultralydsscanning	277,04
Biopsi	76,34
Paracervikal/intracervikal blokade	61,43
Keglesnit (ca 10 % af patienter med celleforandringer)	1.351,42
I alt	2.419,36

Typisk forløb ved medicinsk abort

*Medicinsk abort afsluttet efter Mifegyne alene*

1. konsultation, svangerskabsafbrydelse	1.177,15
---	----------

2. konsultation, medicinsk abort	178,02
3. konsultation, udvidet medicinsk abort	988,44
4. konsultation, medicinsk abort afsluttet	842,06

I alt 3.185,67

I nogle tilfælde bruges 3. konsultation, ukompliceret medicinsk abort til 842,06 i stedet for 3. konsultation, udvidet medicinsk abort hvilket gør det typiske forløb 146,38 kr. billigere.

## Reumatologi på hospitalerne

Aktiviteten på hospitalerne for de udvalgte patientgrupper er opgjort ved brug af DRG-data og er afgrænset således:

Medicinske og reumatologiske afdelinger på Region Midtjyllands hospitaler i 2013 med DRG-takst 2014:

662005, 663030H, 700505C, 665033X, 663004H, 6006049, 7601049

Gigtpatienter er afgrænset til følgende a-diagnoser og underliggende koder: DM05, DM06, DM10, DM070, DM071, DM072, DM073

Inflammatoriske rygpatienter er afgrænset til følgende A-diagnoser og underliggende koder:

DM45, DM46

For at gøre datagrundlaget mere sammenligneligt med de patienter, der kan behandles i speciallægepraksis, er følgende fratrukket:

a) Værdien af skanninger og røntgen er fratrukket, da speciallægepraksis får skanninger og røntgen af deres patienter udført på hospital uden beregning. Casemix: PG14A, PG14B, PG14C, PG14D, PG14E, PG14F, PG14G, PG14L, PG14M, PG14N, PG14O, PG14P, PG14Q, PG14R

b) Patientforløb, hvor mindst et af nedenstående forhold gør sig gældende, er fjernet.

- Patienten er blevet opereret (Procedure KA-KQ).
- Patienten er behandlet med biologiske lægemidler (BOHJ11, BOHJ18A1, BOHJ18A2, BOHJ18A3, BOHJ18A4, BOHJ18A5, BOHJ18C1, BOHJ18B2, BOHJ18, BOHJ18B1, BOHJ18B3, BWHB).
- Patienten har været indlagt.
- Patienten har flere end 7 besøg på et år.
- Patientens behandling har en DRG værdi på nul (f.eks. flere ambulante besøg på samme dag).

- Patientforløbet har en DRG- værdi på over 30.000 kr.

**Table B5.** Patientgrundlag på det reumatologiske område i 2013.

sygdomsgruppe	antal cpr	Variable	gns. pr cpr	Minimum	Maximum
gigt	4433	drg-værdi	4.617	159	20.654
		amb.besøg	2,1	0	7
		tlf.kons. m.m.	1,1	0	7
		alder	61	17	96
ryg	498	drg-værdi	3.450	159	12.606
		amb.besøg	1,6	0	5
		tlf.kons. m.m.	0,8	0	5
		alder	44,3	17	84

### Gynækologi på hospitalerne

Aktiviteten på hospitalerne for de udvalgte patientgrupper er opgjort ved brug af DRG-data og er afgrænset således:

Der er afgrænset på de gynækologiske afdelinger i 2013 med DRG-takst 2014: 662033, 702633, 700504, 600603, 663003, 760103, 665029, 600615, 760113

De gynækologiske patienter er afgrænset yderligere på de følgende A-diagnoser og underliggende diagnoser.

Blødninger: DN92\*, DN93\*

Celleforandringer: DN87\*

Provokeret abort: DO04\*

For at gøre datagrundlaget mere sammenligneligt med de patienter, der kan behandles i speciallægepraksis, er patientforløb, hvor mindst et af nedenstående forhold gør sig gældende, fjernet:

- Patienten har fået foretaget et af følgende indgreb: KLGA10, KLGA11, KLGA21, KJAP00, KJAP01, KJAL01, KJAL11, KJAL21, KJAH00, KJAH01, KJHA20, KPDT40, KMAA00, KMAA10, KMAC00, KLDW96, KLDC10, KLDC13, KLDD00, KLAE21, KLA00, KLA01, KLA10, KLA11, KLAC00, KLAC01, KLAC11, KLAC30, KLAC31, KLBF01, KLBE00, KLBE01, KNBT09, KKCH00, KKCH02, KLCW96, KLCW98, KLCB98, KLCA96, KLCA98, KLCC05, KLCD04, KLEF00, KLEF03, KLEF53A, KLEE00, KLFW96, KLFB10, KLFB20, KLFF00, KLFE10, KLFE10A, KLFE20, KLFC00, KLWW96, KLWD00, KLWE00, KLWE01, KLWA00
- Patienten har været indlagt.

- Patientens behandling har en DRG værdi på nul. (f.eks. flere ambulante besøg på samme dag).

**Tabel B6.** Patientgrundlag på det gynækologiske område i 2013

sygdomsgruppe	antal cpr	Variable	gns. Pr patient (CPR)	Minimum	Maximum	50% DRG
kraftig/ uregelm. blødninger	2833	DRG	7.525	159	59.614	3.763
		antal amb.besøg	1,49	0	8	
		antal tlf.kons. mm	0,53	0	10	
		alder	40,8	6	96	
celleforandringer	2495	DRG	11.117	159	50.601	5.559
		antal amb.besøg	1,76	0	8	
		antal tlf.kons. mm	1,36	0	7	
		alder	34	16	87	
Medicinske aborter	1602	DRG	6.055	159	28.467	3.028
		antal amb.besøg	1,24	0	7	
		antal tlf.kons. mm	1,06	0	7	
		alder	27,7	14	48	
Keglesnit	832	DRG	20.022	159	50.601	10.011
		antal amb.besøg	2,55	1	8	
		antal tlf.kons. mm	1,85	0	5	
		alder	35,7	19	75	

#### Udvalgte gynækologiske patientforløb på hospitalerne

For at belyse udfordringerne ved at benytte DRG-takster for ambulante gråzonebehandlinger i denne analyse er der udvalgt to konkrete patientforløb til nærmere beskrivelse.

#### Typisk forløb ved keglesnitsoperation (Conisation) på Aarhus Universitetshospital

- 1) Patienten henvises fra egen læge efter fund af celledysplasi (CS) fra livmoderhalsen har påvist celleforandringer.
- 2) Patienten visiteres i Central Visitation til det hospital i Region Midtjylland, hvor der er kortest ventetid.
- 4) Patienten informeres og undersøges af specialuddannet og certificeret sygeplejerske med kikkertundersøgelse af og vævsprøvetagning fra livmoderhalsen. Vævsprøven sendes til undersøgelse hos patolog.
- 5) Svar på vævsprøven afgives telefonisk af læge på et ugentligt ringeprogram, hvor en læge sidder ved telefonen i 4 timer, og patienterne har fået tider til at ringe ind i opdelte tidsrum for svar. Lægen har kontakt med 50



- 80 patienter hver uge. Skal patienten ud fra svaret på den mikroskopiske undersøgelse have foretaget Conisatio får hun i telefonen tid til forundersøgelse.

6) Patienten kommer til forundersøgelse/ samtale til conisatio ved sygeplejerske. Går selv i Dagkirurgisk Afsnit og får sin operationstid (5 - 10 minutter ved sygeplejerske)

7) Patienten møder fastende på operationsdagen i Dagkirurgisk Afsnit og får foretaget Conisatio i enten lokalbedøvelse eller fuld bedøvelse afhængig af indgrebets omfang og patientens ønske. Conus sendes til undersøgelse hos patolog.

Patienten observeres kortvarigt i Dagkirurgisk Afsnit, opvågningsafsnittet. Sendes hjem af sygeplejerske.

8) Svar på Conisatio (hvad der er fundet ved den mikroskopiske undersøgelse, om indgrebet er radikalt, og hvad der skal aftales vedr. kontrol i efterforløbet, dvs. om patienten overgår til kontrol hos egen læge eller på hospitalet) afgives som ovenfor beskrevet i det ugentlige ringeprogram.

Datamæssigt er forløb, der fører til en keglesnitsoperation, ud over de ovenstående afgrænsninger, defineret ved al aktivitet for cpr-numre, hvor procedurekoden KLDC03 er registreret. Der er i alt udført 832 keglesnit på Region Midtjyllands hospitaler i 2013.

**Table B7.** Foreløbig beregning af omkostninger for et ukompliceret keglesnitsforløb på Aarhus Universitetshospital

Elementer i keglesnitsforløb	Faggruppe	Minutforbrug	Pris billigste model	Pris dyreste model
Kikkertundersøgelse og vævsprøve	Specialuddannet sygeplejerske	10 - 15 min.	36,85	73,15
Patolog undersøger prøven				
Telefonisk svar på prøve	læge	4 min.	19,01	35,68
Forundersøgelse	Sygeplejerske	5 - 10 min.	18,42	48,77
Bookning af tid til keglesnit	lægesekretær	5 min.	15,76	15,76
Klargøring af OPstue til operation	sygeplejerske	10-15 min	36,85	73,15
Klargøring af patient til operation	sygeplejerske	10-15 min	36,85	73,15
Lokalbedøvelse	læge	5- 15 min	44,61	71,29
Keglesnit	læge	10 - 15 min.	89,21	237,64
	sygeplejerske	10 - 15 min.	36,85	73,15
Opvågning	Sygeplejerske	10 - 15 min.	36,85	73,15
Rengøring efter indgreb	rengøringsassistent	0-5 min	0,00	13,13
Utensilier (engangsudstyr) og lokalbedøvelse sterilcentral (omk. Ifm. flegangsudstyr)			417,75	417,75
Conus sendes til patolog				
Telfonisk svar på keglesnit	læge	4 min.	19,01	35,68
Administrative opgaver	lægesekretær /læge/sygeplejerske	10 min.	31,53	31,53
margin læge/sygeplejerske		5 min.	42,19	68,99
<b>Pris i alt</b>			<b>881,74</b>	<b>1341,99</b>

### Typisk forløb ved medicinsk abort på Regionshospitalet Randers

Praktiserende læger henviser til fælles visitationen på Regionshospitalet Horsens, der visiterer og booker patienterne.

Patienten visiteres som hovedregel til sygeplejeambulatorium, kun hvis patienten har komplicerende sygdomme, tidligere traumatiske forløb eller er sikkert over abortgrænsen visiteres til lægekonsultation.

Afhængig af hvor fremskreden graviditeten er, kan en medicinsk abort foregå ambulant eller under indlæggelse. De praktiserende speciallæger tilbyder kun ambulant behandling. 95% af de medicinske aborter foregår ambulant.

Hertil kommer et tidsforbrug ifm registrering, opfølgning ifm database og oplæring af yngre læger.

Datamæssigt er en medicinsk abort defineret således:

A-diagnose DO04

Mindst én af følgende procedurekoder er registreret: BKHD40\*, BKHD41\*.

**Tabel B8.** Foreløbig beregning af omkostninger for en ukompliceret medicinsk abort på RH Randers.

Elementer i keglesnitsforløb	Faggruppe	Minutforbrug	omk
forundersøgelse, opstart af behandling	sygeplejerske	30	110,55
opringning dagen efter	sygeplejerske	10	36,85
Check af blodprøve	sygeplejerske	5	18,42
Medicin			300,00
blodprøve 2 x hcg måling			150,00
Registrering, opfølgning, oplæring af YL		10	36,85
Total			652,67





---

---