



Oplæg om styringsmuligheder på sundhedsområdet

Regionsrådets temakonference
Den 29.-30. januar 2008
v/ Leif Vestergaard Pedersen

Den økonomiske situation

Økonomiopgaven for sundhedsområdet i 2008:

• Øget aktivitetsniveau, over 8,8% (løst anslået)		200	mio.kr.
• Sgenerelle problemer, manglende dækning		105	mio.kr.
	Genoptræning, drift - formentlig mindre	60	
	Genoptræning, finansiering	30	
	Medicintilskud	15	
• Allerede udmøntede strukturbesparelser i 2008		265	mio.kr.
	½% ekstra produktivitet	50	
	Besparelser på hospitalerne	50	
	Besparelse på fælles områder	50	
	Strukturbesparelse	115	
• Gammel gæld fra 2007		430	mio.kr.
	Meraktivitet mm.	200	
	Hospitaler	80	
	Struktur ubalance mm.	150	
	Samlet udfordring for 2008	1.000	mio.kr.

Mulige instrumenter

- Aktivitetsubalance
 - Yderligere opstramning af takststyringsmodellen
- Strukturubalancen
 - Ved bevarelse af aktivitetsniveauet
 - Almindelig produktivetskrav
 - Særlig produktivetskrav
 - Bortskære aktivitet/service

Aktivitetsubalancen - takstmodellen

- Styringsredskaber
 - Produktivitets-skruen
 - Takst-skruen
 - Hvilke patienter betales der for
- Region Midtjylland styrer allerede relativt stramt

Takststyringsmodeller på landsplan (2007)

Region	Områder	Afregning af meraktivitet DRG-taksten	Bemærkning	Produktivitetskrav til hospitaler
Nordjylland	Det somatiske område	70 pct.		
	Særlige indsatsområder	70 pct.	Aktivitet udover kontraktniveauet karakteriseres som generel meraktivitet og afregnes med 20 pct. 2 pct.	
	Hjemtrækningsprojekter mv.	80 pct.	af DRG-takst uden loft for den samlede afregning	
	Decentrale incitamentsaftaler	mulighed for højere takst		
Midtjylland	Aktiviteten opdeles i medicinsk og kirurgisk aktivitet. Der indføres bonusordning, hvis patienten behandles indenfor 1 måned formålet.		Uden afregningsloft for det enkelte hospital. Genoptræning og kronikerområderne holdes uden for modellen.	2% i 2007.
	Kirurgiske patienter	50 pct.		Differentierede krav i 2008, men gennemsnitligt 2½ pct.
	Ambulante medicinske patienter	50 pct.	Til bonusordning oprettes i 2008 en pulje med loft på 25 mio. kr. til	
	Indlagte medicinske patienter	0 pct.		
Syddanmark	For akut/elektiv medicinsk aktivitet	14 pct.		1 pct.
	For den resterende elektive aktivitet	50-55 pct.		differentierede krav afhængig af produktivitet
	Behandlinger, hvor marginaltaksten ikke er dækkende (ex. behandlinger på det onkologiske område)	mulighed for højere takst		
Sjælland	Det somatiske område	70 pct.	Aktiviteten over loftet honoreres med 55 pct.	2 pct. i 2007, men differentierede krav i 2008 (Sygehus Vest 4 pct., øvrige sygehuse 2 pct.)
Hovedstaden	Det somatiske område	50 pct.	Administrationen kan her fastlægge "loft" for hvor store stigninger, der må være i forhold til præstationsbudgettet.	2 pct.

Regulering af takstmodellen:

Ved øget vægt på økonomisk budgetoverholdes:

- Kræves formentlig en modifikation af takststyringsmodellen!
- Bemærk at modellen blev opstrammet medio 2007
 - Sondring mellem kirurgisk/amb. Medicinsk behandling (50%) og indlagte medicinske patienter (0%)

Det kunne være:

1. Generel mindre procentsats for meraktivitet
 - Andre regioner har marginaler på omkring 20%
2. Loft på udbetaling
 - Kombineret med "huller i loftet" hvor der er væsentlig konkurrence (det kunne være operationer), svarende til en stramning af den nuværende opdeling
3. Opdeling i akut og planlagt aktivitet
 - Alene finansiering for planlagt aktivitet.

Husk dog på:

1. Patients ret til udvidet frit valg, med ret til behandling efter maks. 1 månedes ventetid

Aktivitetssubbalancen - dilemma

- Økonomiaftalen: Den økonomiske ramme skal holdes
- Regeringsinitiativer: Ønske om at behandle flest mulige, hurtigst muligt

- Hvilket signal skal der sendes til hospitalerne og de ansatte?

- Overvejelse:
 - Fortsat stram takstmodel af hensyn til kræftområdet/ventelister
 - Motivation

Strukturubalancen

- Bevare aktivitet
 - Almindelig produktivitet
 - Generelt produktivitetskrav (2,5% i 2008)
 - Specifikke produktivitetskrav (til de mindst produktive)
 - Konkrete produktivitetskrav (50 mio.kr. på service, hjemtagelse af patienter)
 - Særlig produktivitet
 - Lukke medicinske senge (5% strukturtilpasning)
 - Reducere liggetiden (på eksempelvis ortopædkirurgien)
- Reducere aktivitet/service
 - Lukke funktioner (medicinske senge på små enheder)
 - Dårligere service (øget samordning af patientbefordring)
 - Lukke for tilbud (IVF-behandling)

Strukturubalancen

- Observationer
 - Produktivetsinstrumentet er meget slidt
 - Lukning af kirurgi i Silkeborg vil give penge i 2009
- Bedste bud
 - At reducere medicinsk kapacitet generelt
 - At søge at lukke mindst effektive enheder

Hospitalsstrukturen:

- Allerede i budget 2008 er indregnet besparelse på 115 mio.kr. på strukturen
 - Besparelser i forbindelse med akutplan
 - Omlægning fra station til ambulans behandling på det medicinske område
 - Samling af sengebærende aktiviteter, fra de små enheder, på de større enheder vil kræve betydelige anlægsinvesteringer hvis strukturrationaliseringer skal bidrage væsentligt

Samhandel med andre regioner – (Øget produktivitet)

- Midtjyder behandlet i andre regioner
 - Hjemtage mulige behandlinger
 - Konkret eksempel: Hjemtagning af børn til Randers
- Øget budgetansvar på hospitalerne for patienter der behandles udenfor regionen
- Indtægter fra borgere fra andre regioner
 - Lovgivningsmæssig betingelse: Der må ikke sondres mellem patienter som følge af geografi
 - Derfor vægt på "markedsmæssige betingelser", som kort ventetid, godt renommé etc

Udbud af ydelser:

- Nuværende status
 - Mammografiscreeninger og valg af Capiro
 - MR-scanninger på vej i udbud
 - Overvejelser omkring ortopædkirurgi

- Mulig effekter
 - Måske billigere
 - Måske reducere adgangen til det udvidede frie valg
 - Måske afhjælpe personalemangel
 - Måske øge personalemanglen