

## Hørings svar vdr 4% udvidelse af kvoten inden for klinisk genetik

Vi anerkender udfordringen med at finde de store besparelser i RM uden at ramme kerneopgaver for alvorligt. Trods dette vil vi tillade os at fremsende høringssvar om hvorfor dette tegner en yderst stram ramme for KGA 2016-2019, og hvorfor vi frygter ikke at kunne leve op til forventningerne om merproduktion uden væsentlige forringelser af den klinisk genetiske opgaveløsning, samt afdelingens arbejdsmiljø.

### Tema 5, Klinisk service forslag 9: Produktivetsforbedring gennem kvoteforhøjelse på KGA

Afdelingen er forvejen pålagt en varig besparelse på 1.800.000, da den hidtidige støtten til afdelingen forskning (professorat institueret som led rekrutteringsstrategi i 2010) er fjernet fra i år. *Med øvrige 2014 besparelser svarer det samlet til 10 % reduktion af afdelingens driftsbudget.*

I forbindelse med sparekataloget foreslås at afdelingen præsterer 4% meraktivitet gennem kvoteforhøjelse på analyser. Meraktiviteten medfører øgede driftsomkostninger i laboratoriet.

I arbejdstid svarer 4% meraktivitet til at afdelingens medarbejdere skal arbejde mere end en uge mere i 2016. I en i forvejen travl afdeling, som allerede har haft stor aktivitetstilvækst (27% flere henvisninger i perioden fra 2012-2014), er dette en betragtelig meraktivitet. Afdelingen har i forvejen en FEA for overlæger for at nå aktivitetstilvæksten, samt har haft stressbetingede sygemeldinger både blandt læger og bioanalytikere. Afdelingen er på få år gået fra få til 14 multidisciplinære konferencer for at understøtte den faglige udvikling samt specialeplanen. Afdelingen støtter aktiviteterne på regionssygehusene, og har øget sin tilstedeværelse gennem konferencer og udefunktion i både Viborg og Herning de seneste 2 år.

Afdelingen står endvidere foran flere forventelige udgifter og opgaver:

- Afdelingen varetager analyser og rådgivning for praksis i hele regionen for et fast beløb (6.25 mio.), men omfanget af og omkostningen ved at varetage denne opgave er i voldsom stigning. Således var udgiften i 2011 10 mio kr, hvor den i 2014 er 15 mio kr. Dette er en aktivitetsstigning som KGA hidtil har opslugt uden at få tilført yderligere midler.

Sum af pris	År			
Type	2.011	2.012	2.013	2.014
Analyse	1.357.715	1.534.000	1.006.519	2.398.198
Rådgivning	9.199.904	9.416.000	13.670.890	13.266.942
Hovedtotal	10.557.619	10.950.000	14.677.409	15.665.140
i % af 2011	100%	104%	139%	148%

- Sundhedsstyrelsen har frem til nu bevilget kaudion for analyser, der ikke kunne udføres i Danmark. Exom-analyser og udvidelserne af de genetiske analyser i alle regioner gør at langt færre ansøgninger kan opnå kaudion fra Sundhedsstyrelsen, og vi forventer udelukkende at kunne opnå kaudion for et minimum af de 3.000.000 vi tidligere har opnået kaudion for. KGA er rekvirent for cirka 1/3 af dette beløb, hvor 2/3 er rekvireret af andre afdelinger.

- KGA har budt ind på at ny dyr behandling som for eksempel NIPT (non-invasiv prænatal testning) selvom der kun er 50% finansiering af løn. Også heri ligger også markante meraktiviteter fra 2015 og frem.

*Kvoteforhøjelsen fordrer* at afdelingerne reelt anvender afdelingen i stigende grad, da KGA ellers skal tilbage betale afdelingerne for uudnyttet kvote. Vi oplever i stigende grad at nogle afdelinger (endda nogle sygehus) ikke anvender os direkte, men beder patienterne gå til praktiserende læge og blive henvist derfra. Herved undgår afdelingerne fakturering for den genetiske udredning inklusivt afledte analyser for deres patient. KGA, AUH er den eneste afdeling i landet, hvor mere end 50% af henvisningerne kommer fra praksis. For alle andre afdelinger i landet kommer kun 25% af henvisningerne fra praksis, mens resten kommer fra sygehusafdelinger. Fortsætter denne udvikling vil kvoteforhøjelsen få bizzarre pengestrømme. Eksempelvis kan KGA modtager pt fra praksis efter anbefaling fra en sygehusafdeling, og KGA afholder udgiften til udredning. Samtidigt skal KGA betale patientens sygehusafdeling for uudnyttet kvotetilvækst. Skal KGA komme i mål med denne aktivitetstilvækst er det derfor meget vigtigt at reglen om at afdelinger henviser direkte til genetisk udredning og afholder udgiften gennem kvotesystemet opretholdes.

Alternativt kunne betalingssystemet lægges om, så afdelingerne ikke skal betale for udredning af deres patient, men frit kan henvise til vurdering af patient og familie ved en klinisk genetiker i vores ambulatorium. Vi uddyber gerne dette ved behov.

*Vedrørende andre besparelser i regionen end punkt 9 vdr klinisk genetik.*

## **Tema 2 Planlagte patientforløb. Forslag 1. Reduktion af fertilitetsklinikker i RM**

KGA bemærker at fertilitetsafdelingen flyttes til Horsens og Skive. Vi vil gerne gøre opmærksom på at vi har et ekstensivt samarbejde både om udredning, rådgivning af fælles patienter, og at vi sammen løfter en regionsfunktion i specialeplanen herom. Der anvendes yderst avancerede genetiske teknikker i forbindelse med PGD (ægsortering), som anvendes af en del af de arveligt disponerede patienter med høj risiko for at få syge børn. Det er udfordrende at tro på at man vil være i stand til at tilbyde samme ydelser med samme høje kvalitet efter udflytning. Endvidere vil det tage betragteligt tid at få nye funktioner oprettet, og dette kunne medføre forøget ventetid til behandling. Allerede i dag er ventetiden til PGD mere end 1 år, og vi tror dette forslag vil ramme patientbehandlingen for disse patienter voldsomt. Det er vigtigt at vide at det er økonomisk gunstigt for regionen at forhindre fødsel af syge børn, og dermed understøtte forældrenes ønske om at forebygge familiært forekommende sygdom. Vi håber selvfølgelig på det faglige niveau kan fortsætte efter udflytning af afdelingen, samt at det nære samarbejde opretholdes, og vil bidrage hertil hvor muligt.

På KGA, AUHs vegne,

LMUs medlemmer d 29.04.15