

Område: Økonomi  
Afdeling: Sundhedsøkonomi  
Journal nr.: 11/7971  
Dato: 7. december 2011  
Udarbejdet af: Karina Edvardsen  
E-mail: Karina.Edvardsen@regionsyddanmark.dk  
Telefon: 76631665

C:\Program Files\inCaptiva\CMS Acadre Importer\tmpConversion\1545509.doc

## Model for hjemtrækning af højt specialiseret behandling – budget 2012

Region Syddanmark står overfor den udfordring, at der har været en stigende nettoudgift til betalinger til andre regioner. Denne tendens vil fortsætte, som følge af hjemtrækninger fra Region Midt, hvilket lægger et pres på regionens økonomi. Der er derfor behov for at se på mulighederne for at vende betalingsstrømmene i forhold til andre regioner og sikre at flest mulige Region Syd borgere behandles i egen region.

Region Syddanmark anvendte i 2010 i alt 690 mio. kr. på udenregional højt specialiseret behandling. Heraf udgjorde udgifterne til de mere specialiserede tilbud i form af Hammel Neurocenter, Paraplegifunktionen i Viborg, Epilepsihospitalet Filadelfia, læbeganespaltecentre og blødermedicin mv. ca. 134 mio. kr., mens resten vedrørte "almindelig" højt specialiseret behandling, med Århus Universitetshospital (Skejby Sygehus og Århus Sygehus) og Rigshospitalet som de suverænt største leverandører.

Region Syddanmark anvendte i 2010 i alt 532 mio. kr. til højt specialiseret behandling i Århus og Rigshospitalet. Forbruget er stigende på Rigshospitalet og stagnerende på Århus Universitetshospital. Samtidigt er der faldende indtægter på udenregional højt specialiseret behandling på OUH og hovedfunktionsniveau – særlig på SLB, hvor Region Midtjylland har iværksat massive hjemtagninger.

I lyset af den udvikling er det relevant at analysere på forbruget af højt specialiseret behandling med henblik på mulige hjemtagninger - både af specialiseret behandling til OUH, men også behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau til øvrige enheder.

Der ses særligt en "overrepræsentation" af patienter fra de jyske kommuner på Region Midts sygehuse

Der kan beregnes et hjemtagningspotentiale på 115 mio. kr. DRG værdi årligt (svarende til ca. 130 mio. kr. afregning ud fra LL takster) på baggrund af den aktivitet der er for fynske borgere på Århus Universitetshospital og Rigshospitalet i 1. halvår af 2011. Dvs. hvis borgerne fra de jyske sygehuses optageområder bruger Århus Universitetshospital og Rigshospitalet i samme omfang som de fynske borgere.

Den aktivitet der potentielt kan trækkes hjem er hovedsageligt højt specialiseret aktivitet, som skal trækkes hjem til OUH. Samtidig med at OUH skal modtage patienter som følge af specialeplanen vil dette betyde et stort pres på OUH. En forudsætning for, at OUH kan hjemtrække patienter fra Midt, er derfor, at der sideløbende flyttes patienter fra OUH til de jyske sygehuse.

Hensigten/målet er således at få lavet en model, der kan skabe incitament til at trække patienter hjem fra særligt Region Midt og til at flytte patienter fra OUH til de jyske sygehuse. Dette skal sikre såvel sygehusenes, som Regionens samlede økonomi.

Det enkelte sygehus får ansvaret for patienterne i kommunerne i deres optageområde og skal tage ansvar for at sikre, at aktiviteten hjemtages til OUH for så vidt angår højt specialiseret behandling og til eget sygehus for så vidt angår basisbehandling.

Det foreslås, at budgetansvaret for den udenregionale aktivitet i et vist omfang decentraliseres og lægges ud på sygehusene. Der opstilles mål for, hvor stor den udenregionale aktivitet må være målt i DRG værdi. Dette opgøres for hvert af sygehusenes optageområder, og det enkelte sygehus får ansvaret for aktiviteten i deres optageområder. Såfremt aktiviteten er større end det mål, der er sat, skal sygehuset selv dække en andel af de udgifter til udenregional aktivitet, der overstiger målet.

En væsentlig problemstilling i forhold til dette er, at de jyske sygehuse er afhængige af, at OUH tager imod den højtspecialiserede aktivitet, der skal hjemtrækkes uden lang ventetid, idet det ellers ikke er muligt at nedbringe den udenregionale forbrug. Det er således de jyske sygehuse, der bliver ramt økonomisk, hvis ikke OUH er i stand til at tage imod patienterne.

Dette håndteres ved, at et merforbrug til udenregional aktivitet i forhold til de mål, der er sat, ikke alene finansieres af de jyske sygehuse, der har ansvar for de borgere, der skal trækkes hjem men deles mellem OUH og de jyske sygehuse, således at OUH betaler en andel af udgiften, og de jyske sygehuse skal betale resten. Samlet set foreslås, at de jyske sygehuse og OUH afregner 45 pct. af den DRG værdi, der ligger ud over måltallet for, hvor stor den udenregionale aktivitet må være. Dette fordeles således at OUH betaler 20 pct. og de jyske sygehuse betaler 25 pct.

Måltallet for, hvor stor den udenregionale aktivitet må være, skal tage højde for at specialeplanen vil øge LL aktiviteten ud af regionen. Måltallet fastsættes på baggrund af OUH's optageområdes forbrug af udenregional behandling, og dette beregnes hvert år. Måltallet indføres i en trappe, således at udgifterne til udenregional behandling reduceres med 50 mio. kr. i 2012 i forhold til udgiften i 2011 og 100 mio. kr. i 2013 i forhold til udgiften i 2011. Det vurderes dog at potentialet for hjemtrækning er større end de 100 mio. kr.

Måltallet og afregningsmodellen defineres ud fra DRG værdi og således ikke ud fra de faktiske udgifter i form af LL-takster.

Hjemtrækningsmodellen er fokuseret på hjemtrækning af højt specialiseret aktivitet, og det er derfor valgt, at modellen kun omhandler aktivitet på Århus Universitetshospital og Rigshospitalet. Der medtages alt aktivitet på Region Syd borgere på disse to sygehuse, selvom en mindre del af aktiviteten er basisaktivitet.

Måltallet i 2012 fastlægges som DRG-værdien af aktiviteten på Århus Universitetshospital og Rigshospitalet for Region Syd borgere i 2011 fratrukket 50 mio. kr. DRG-værdi.

Modellen er defineret ud fra, at der er et potentiale for hjemtrækning af patienter fra de jyske sygehuses optageområde svarende til at borgerne fra de jyske sygehuses optageområder bruger Århus Universitetshospital og Rigshospitalet i samme omfang som de fynske borgere.

Der kan således beregnes et hjemtrækningspotentiale for hvert af de jyske sygehuse. Besparelsen på de 50 mio. kr. DRG værdi i 2012 fordeles mellem de jyske sygehuse ud fra deres andel af det beregnede hjemtrækningspotentiale i 2011.

De jyske sygehuses optageområder fastlægges ud fra de kommuner, der naturligt hører til deres optageområde. Der er dog nogle få kommuner, som deles mellem to sygehuse. Nedenfor er vist, hvordan fordelingen af aktivitet fra disse kommuners borgere sker til de enkelte sygehuse.

#### Fordeling af kommuner

	Billund	Middelfart	Vejen
OUH		30%	
SHS			
SLB	30%	70%	50%
SVS	70%		50%

\*Note: Fordeling på kommuner er sket på baggrund af faktisk antal udskrivninger i 1. halvår 2011.

Der fastlægges et foreløbigt måltal for 2012 opgjort i 2011 DRG-værdi på baggrund af prognose for aktivitet i 2011 baseret på aktivitet til og med oktober 2011. Dette måltal meldes ud i januar 2012. I februar 2012 beregnes et nyt foreløbigt måltal for 2012 på baggrund af indberettet aktivitet for 2011. Såfremt aktiviteten for 2011 på dette tidspunkt foreligger i 2012 takster, vil måltallet blive beregnet i 2012 takster, og ellers vil det blive beregnet i 2011 takster.

Det endelige måltal for 2012 fastlægges på baggrund af den aktivitet, der bruges til endelig afregning af meraktivitet for 2011 i såvel den statslige som den interne regionsmodel for takstafregning. Dette vil sige aktivitet indberettet senest 1. marts 2012. Det endelige måltal for 2012 kan meldes ud i april 2012.

Måltallet vil skulle korrigeres for faktiske forhold og tiltag omkring hjemtrækningsprojekter, der allerede er planlagt og håndteret økonomisk. Oprettelsen af Respirationscenter Syd på OUH og hjemtrækning som følge af dette vil således skulle indarbejdes i det endelige måltal.

Nedenfor er vist en beregning af foreløbigt måltal for 2012 opgjort i 2011 takster på baggrund af aktivitet for Region Syd borgere 1. halvår af 2011. Den potentielle aktivitet, som er vist i nedenstående, er den aktivitet der ville være, hvis borgerne fra de jyske sygehuses optageområder bruger Århus Universitetshospital og Rigshospitalet i samme omfang som de fynske borgere.

#### Aktivitet og potentielt merforbrug 1. halvår 2011.

	Rigshospitalet	Århus Universitetshospital	Befolkningsgrundlag	DRG-værdi pr. indbygger til højt specialiseret behandling	Indeks, DRG-værdi	Merforbrug ifht. laveste, DRG-værdi	Andel af merforbrug
	DRG-værdi	DRG-værdi					
OUH	34.732.064	34.465.961	458.578	151	76	-	-
SHS	12.445.028	33.620.325	231.569	199	100	11.122.319	0,19
SLB	12.607.849	63.753.032	302.111	253	127	30.773.326	0,53
SVS	13.514.937	33.721.430	208.398	227	114	15.789.764	0,27
I alt	73.299.877	165.560.748	1.200.656	199	100	57.685.408	1,00

**Måltal LL aktivitet 2012 for jyske sygehus' optageområder.**

	Forventet aktivitet 2011 LL (Riget og Århus)	Potentiel aktivitet LL i 2012	Måltal aktivitet LL (Riget og Århus) i 2012
	DRG værdi	DRG værdi	DRG værdi
SHS	92.130.706	69.886.069	82.490.210
SLB	152.721.762	91.175.110	126.048.356
SVS	94.472.734	62.893.207	80.786.635
I alt	339.325.201	223.954.386	289.325.201

Ovenstående viser at f.eks. Sygehus Lillebælt i 2012 har en måltal der hedder 126 mio. kr. DRG værdi på Århus Universitetshospital og Rigshospitalet tilsammen. Såfremt DRG værdien af aktiviteten på disse to hospitaler i 2012 overstiger dette måltal og f.eks. bliver 136 mio. kr. DRG værdi, så skal Sygehus Lillebælt aflevere en afregning til regionen på 2,5 mio. kr. og OUH skal aflevere en afregning til regionen på 2 mio. kr. idet Sygehus Lillebælt skal aflevere 25 pct. af den DRG værdi, der ligger over måltallet, og OUH skal aflevere 20 pct.

Regionens takstafregningsmodel skal sikre, at sygehusene får afregning for de patienter, der hjemtages. Det betyder også, at det skal vurderes, om der er områder, hvor den generelle takstafregningsmodel ikke dækker. Dette løftes som enkeltsager, hvor der i hvert eventuelle tilfælde tages stilling til, hvordan det håndteres økonomisk.