



**Kan sundhedsvæsenet styres?**

**Direktør Leif Vestergaard Pedersen.**

# Kan sundhedsvæsenet styres?

- Ja, hvis man er indstillet på at fastlægge et mål – der også er en prioritering af forskellige hensyn
  - Valg mellem ventetider, økonomi, service, valgmuligheder og kvalitet
- Husk dansk sundhedsvæsen gør det godt:
  - Billigt
  - Korte ventetider, store valgmuligheder
  - Stor tilfredshed og rimelig kvalitet
- Husk også, at dansk sundhedsvæsen i '80erne som de eneste kunne styre økonomien
  - Med visse bivirkninger...

# Styringsvilkår – der rummer udfordringer

- En fast økonomisk ramme skal holdes – men alle patienter har ret til hurtig behandling.
- Hvis du behandler flere patienter, end du har råd til i det ene år, så skal du behandle endnu flere næste år – uden du får bedre råd.
- Hvor mange patienter du skal behandle i år, ved du først nogenlunde til sommer.
- Hvis du har korte ventetider, skal du regne med flere patienter - uden flere penge
- Indberetningsfejl hos sjællandske kommuner af antal børn af enlige forsørgere i 2008 koster Region Midtjylland 21 mio. kr. i 2010

## Styringsvilkår – der også rummer hovedbrud.

- Vi skal arbejde med vilkår, hvor ledende medarbejdere kan opnå belønning, når egen afdeling fungerer dårligt.
- Overlæger kan få lov til at behandle interessante patienter i deres bijob – samtidig med, at de (af kvalitetsårsager?!?) får forbud mod at behandle patienterne i deres hovedjob.
- Hospitaller forventes at øge produktiviteten med 2% - men hvad med praktiserende læger, Falck, hospice, medicoindustrien..?

## Starten på regionerne i 2007

- Økonomien fordelt mellem regionerne med udgangspunkt i amternes udgifter i 2003. Hovedstaden skal dog reducere udgifterne.
- Udgifterne i 2006 fordelt på regionerne.
- Aktivitetskravet baseret på faktisk aktivitet i 2006.
- Ingen direkte sammenhæng mellem økonomi og aktivitet i regionerne.
- Forskellige vilkår, muligheder og krav for regionerne.

## Udgangspunktet...

- Høj vækst i aktivitet (og økonomi)
- Politiske ønsker - korte ventetider "patient før system"
- Aftalte økonomiske rammer svarer ikke til forventede antal patienter.
- Dilemma – ingen enkel løsning:
  - Rammen skal holdes
  - Hospitaler behandler flest mulige patienter for budgettet
  - Stigning herudover sker på private klinikker.

# Regionens overordnede styringsproblem

- Hvad gør vi, når der kommer nye og bedre behandlinger hurtigere end forudsat
- Hvad gør vi, når flere går til læge, patienterne bruger mere medicin, bruger flere ambulancer eller forsikringspræmier stiger mere end forudsat?
- Hvad gør vi, når antallet af patienter stiger mere end de forudsatte 3½%?
- Hvad gør vi, når antallet af patienter, der bruger privathospitalerne stiger og stiger...

# Resultatet af de økonomiske rammevilkår:

Erfaringer fra Region Midtjylland:

- Forudsat aktivitetsstigning i 2009 på 3½ % – forventer op til 5½% aktivitetstigning, når der er korrigeret for konflikten i 2008. Mangler godt 100 mio. kr. i aktivitetspulje.
- Udgifter til ny dyr medicin er ca. 75 mio. kr. større end forudsat (Gns. sidste to år)
- Udgifter til praktiserende læger m.v. ca. 70 mio. kr. større end forudsat (Gns. sidste to år)
- Hertil kommer merudgifter til det præhospitale område på 95 mio. kr. over 2 år.

# De årlige sparerunder i Region Midtjylland.

Besparelser på sundhedsområdet 2007 - 2009:

- Varige besparelser 2007 - 200 mio. kr.
- Budgetforlig 2008 - 150 mio. kr.
- Fremrykket besparelse  
j. budgetforlig 2009 - 150 mio. kr.
- Yderligere realbesparelser 2009 - 230 mio. kr.
- Øget brug af leasing - 135 Mio. kr.

---

I alt - 865 Mio. kr.

---

Flytning af IT-budget fra drift til anlæg ca. 65 mio. kr.

# Nye sparerunder i Region Midtjylland

Besparelser på sundhedsområdet 2010 - 2011:

- Budgetforlig 2010 - 100 mio. kr.
- Yderligere besparelser 2010 - 25 mio. kr.
- Sparekatalog 2011 - 225 mio. kr.

---

I alt -350 Mio. kr.

---

**Hertil kommer budgetubalance på hospitalerne –  
overført fra 2009: ca 120-160 mio. kr.**

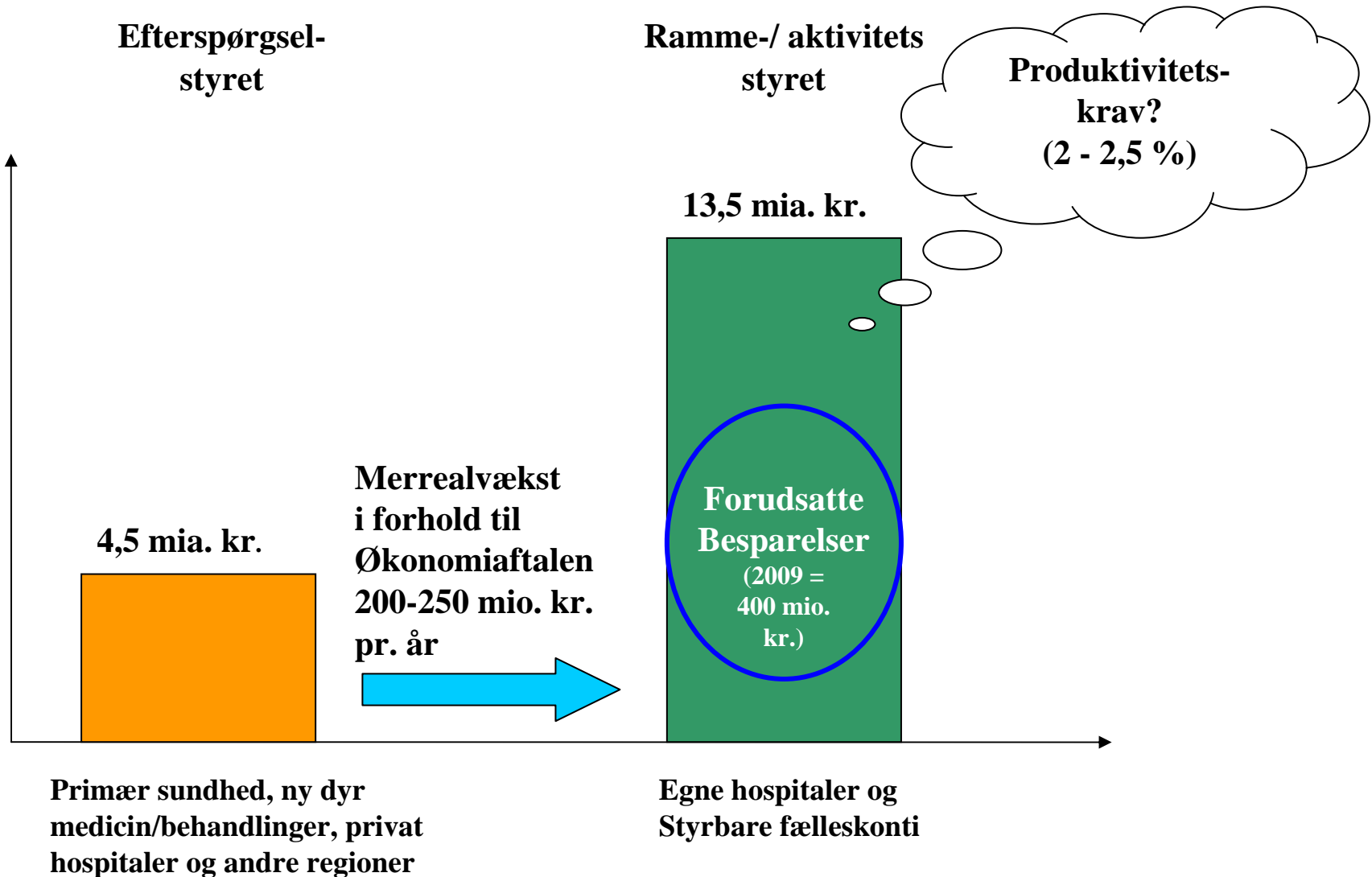
**Forudsætter tilført 210 mio. kr. ekstra i bloktilskud  
fra 2011.**

**Forudsætter realistisk økonomiaftale for 2011**

# Hvorfor opstår problemerne lige nu

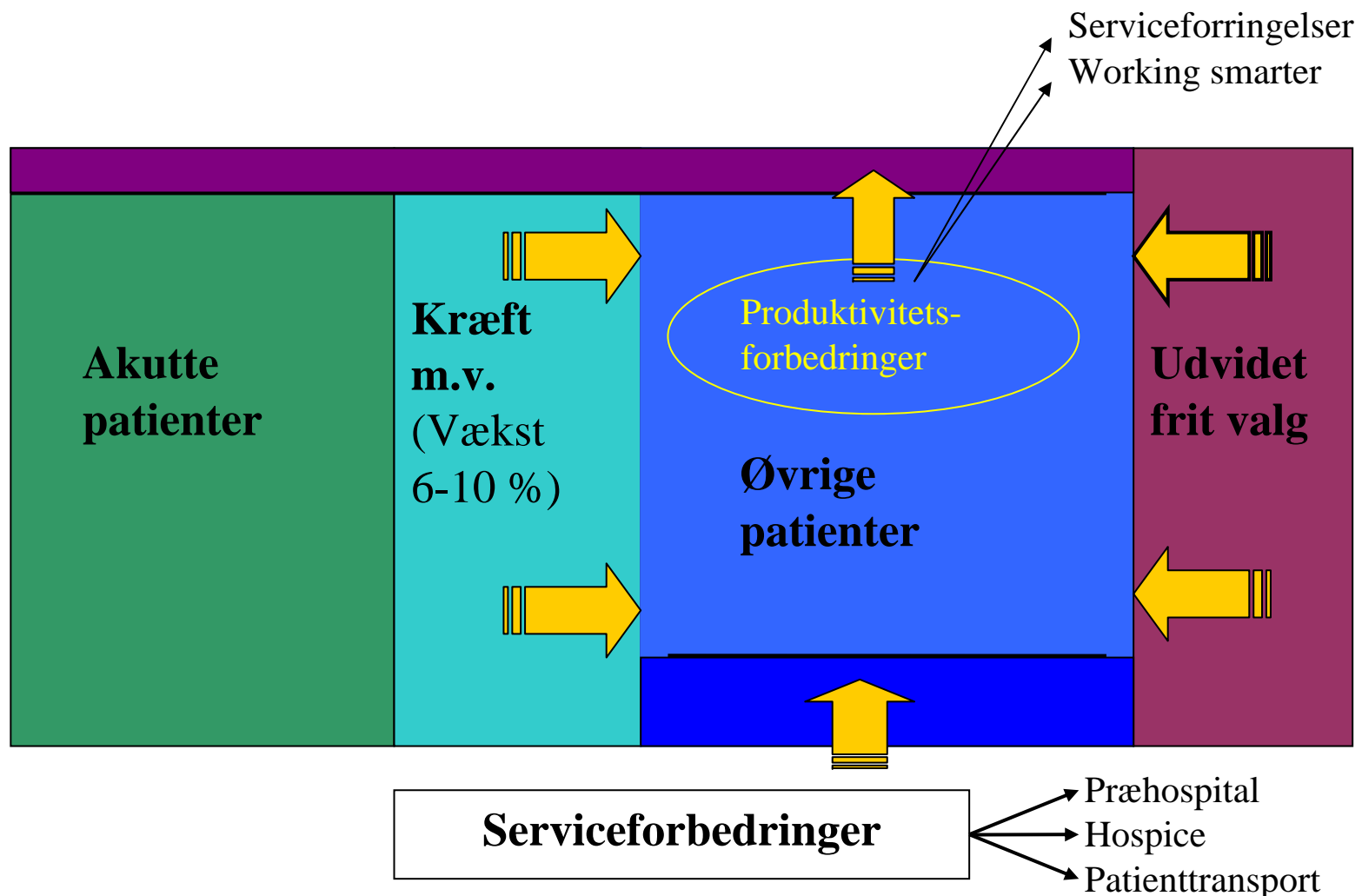
- Underskuddet i regionerne og på hospitalerne bygger sig gradvist op.
- Aldrig har vi flyttet så meget rundt med specialer og funktioner. Det bliver værre i de kommende år. Og det er dyrt. Og ikke finansieret.
- Kræftpakker og krav om korte ventetider presser systemet.
- Patienter fejler mere og kræver flere behandlinger.
- Stigende udgifter til vikarudgifter på udkantshospitaler
- Enkelte steder har man ikke helt haft overblik

# Styringsproblematikken - baseret på erfaringen 2007-2009



# Styringsproblematikken - baseret på erfaringen 2007-2009

## Samlet ramme skal holdes



# Besparelser er konsekvensen

- Selvom der er flere penge til rådighed, skal hospitalerne spare og herudover øge produktiviteten med 2%.
- Besparelserne på hospitalerne kan dårligt ske på det akutte område, på kræft og hjerteområdet, hvor væksten i antallet af patienter stiger.
- Tilbage er service, medicinske patienter og ventelistepatienter (og udvikling).
- besparelser på ortopædkirurgi, giver måske flere patienter til private hospitaler og dermed behov for flere besparelser.

# Principper for budgetlægning og økonomistyring i Region Midt

Principper ved budgetlægningen for 2009:

- Budgettere aftalenært, dvs:
  - vækst i aktivitet på 3½ %, heraf 2 % produktivitetsstigning,
  - Forudsat realstigning til ny dyr medicin, primær sundhed og medicintilskud,
- Hospitalernes rammevilkår skal være 100 % kendte
- Usikkerhed omkring efterspørgsel akkumuleres på fælleskonti.

# Principper for budgetlægning og økonomistyring i Region Midt:

Principper for økonomistyringen fra 2009 for hospitaler:

- **Udgangspunkt:** hospitalernes budgetter skal holdes frem for afskaffelse af ventelisterne:
  - De mest syge skal behandles først
- **Fordel:** Udgiftspres dokumenteres på fælleskonti.
- **Ulemper:**
  - Eventuelt længere ventelister
  - Faldende motivation blandt medarbejderne.
  - Hvad med stigningen i akutte patienter

# Principper for takststyringsmodel 2010 i Region Midt

- Basislinje: Aktiviteten i 2009 opgjort i takstsystem 2010 + differentierede produktivetskrav
- Basislinjen fratrækkes meraktiviteten for 2009, som hospitalerne ikke fik finansieret
- Ubetalingsloft – på et tidspunkt får hospitalet 0% for meraktivitet
- Kroniske patienter holdes ude med henblik på at undgå modsatrettede incitament
- Private klinikker og udenregional aktivitet 75%-100%

<i>Kategori</i>	<i>Meraktivitet</i>	<i>Mindreaktivitet</i>
Generel aktivitet	50%	50%
Stationær medicinsk aktivitet	0%	50%
Øvrig aktivitet	Takststyres ikke	
Stråleaktivitet	Afregning sker i regi af stråleplanen	

# Mål for hospitalerne i Region Midtjylland

- Dialogbaseret ledelse med fokus på effekten for patienten.
  1. Budgettet skal holdes (overforbrug afbetales)
  2. Produktiviteten skal stige med 2- > 3½%
  3. Kvaliteten skal forbedres
  4. Patienttilfredsheden skal op
  5. Personaletilfredsheden skal forbedres
  6. Servicemålene skal opfyldes

# Hvordan hjælper vi hospitalerne med at løse opgaven - vilkår

- Store virksomheder
- Engageret fagprofessionelle
- Optaget af at behandle patienter
- Personalemangel på en del områder
- Dynamiske i sig selv

# Hvordan hjælper hospitalerne med at løse opgaven...

- Fortsat forandring
- Klarhed over opgaven (målprioritering)
- Troværdighed (aftaler holdes og ordentlige mekanismer for bristede forudsætninger)
- Rimelighed
- Anerkendelse

# Det er ikke altid helt nemt at hjælpe hospitalerne...

- Komplexiteten i styringssystemet er for stor
  - Næppe nogen, der fuldt ud kan overskue bloktilskudssystemet, takstpuljens dynamik, DRG-systemets udvikling
  - I sig selv et demokratisk problem
- Styringstilgangen vanskelig at formidle
  - Udvidet frit valg <-> Behandlingsgaranti
  - Kontaktpersonsordning -> metode/resultat
- Ikke altid rimelighed og troværdighed
- Tendens til at mange vil tage æren – men vil dele ansvaret ud for problemer

# Patienterne bliver mere syge

- Fremskridt i behandlingsmetoder og diagnostik
- Eksempel kræft i bugspytkirtlen
  - Stigning på 30% over 10 år
  - Patienter der "kun" har kræft er steget med 11%
  - Patienter der har kræft og 1-2 andre sygdomme er steget med 47%
  - Patienter der har kræft og 3 eller flere sygdomme er mere end fordoblet (123%)<sup>1</sup>
- Flere kroniske patienter og gamle patienter
- Demografikomponent

## Behandler vi ikke for meget?

- Jo, en del af patienterne ville være blevet raske af sig selv.
- Jo, en række af de ambulante besøg kunne undværes
- Jo, en række genindlæggelser er et stort problem
- Jo, en række ....

# To modeller – to hensyn og principper

## Betaling pr. ydelse

- Øger fokus på antal ydelser
- Forstærkes af personlige interesser hos lægen
- Størst mulig valgfrihed
- Øget økonomisikkerhed
- Måske størst tilfredshed

## Betaling pr. borger

- Øger fokus på effekt
- Kræver anden målstyring
- Mindre grad af frit valg
- Øger økonomisikkerhed
- Måske mest effektiv

# En model på den helt store klinge

- Egentligt integreret sundhedsvæsen
- Finansieret pr. "indbygger"
- Målt på resultater og indikatorer
- Økonomisk vækst lidt under sammenlignelige lande

## Hvad kan staten gøre for at sikre bedre rammer og større stabilitet?

Overordnet skal de modstridende hensyn i økonomistyringen fjernes -> målafklaring:

- enten skal staten betale for den faktisk konstaterede meraktivitet og den faktiske efterspørgsel i praksissektoren,
- Eller også skal regionerne have de nødvendige styringsredskaber til at sikre budgetoverholdelse.

## Hvad kan staten gøre for at sikre bedre rammer og større stabilitet?

Regeringens redskaber:

- Lytte til Det Økonomiske Råds anbefalinger.
- Ændre den nuværende ret til udvidet frit valg – til en differentieret ventetidsgaranti, f.eks. fra 1 til 3 måneder, så sundhedsfaglige nødvendige behandlinger hurtigt kommer til.
- Harmonisere brugerbetalingen.
- Arbejde mere systematisk med at vurdere "behovet" for sundhedsydelse.

# Private hospitaler

- For forsikringspatienter, der ønsker hurtigere behandlinger.
  - Sundhedsforsikringer uden skattefradrag og samme forsikringspris for alle – uanset risiko.
- For offentlige patienter, når kapaciteten ikke slår til
  - Krav om at aftalepatienter behandles indenfor den bestilte tidsfrist.
  - Krav om udbud for at blive aftalesygehus.
  - Krav om at prisen til forsikringspatienter ikke er højere end aftalepatienter.