

Kongens Vænge 2
DK - 3400 Hillerød**NOTAT**

Til:

Opgang Blok C - 1. sal
Afsnit Budget og Økonomistyring
Telefon 3866 5000
Mail center-for-oekonomi@regionh.dk
Web www.regionh.dkEAN-nr.: 5798001476515
CVR/SE-nr.: 30113721

Dato: 10. december 2020

Økonomi og styring på hospitalerne – rammer og principper

Med budgettet for 2020 blev det besluttet at indføre en ny model for styringen af regionens hospitaler, som afløser for takststyringen af hospitaler; værdibaseret sundhed. Styringsmodellen sætter rammerne for økonomistyringen af og på hospitalerne.

Model for værdibaseret sundhed

Modellens pejlemærker er det fundament, som medarbejderne selv skal bygge videre på for at skabe et værdibaseret sundhedsvæsen. Det skal ske ved et fokus på:

- Den patientoplevede kvalitet og effekt
- Den faglige kvalitet
- God ressourceudnyttelse.

Modellen baserer sig på rammestyring og god udnyttelse af ressourcerne samt tillid og klare forventninger til ledelserne og medarbejderne.

Rammestyring og god udnyttelse af ressourcerne

Afregningen til hospitalerne efter aktivitet er afskaffet fra 2019. I stedet har vi indført rammestyring. Det betyder, at hvert hospital får tildelt et budget og er forpligtet til, inden for disse økonomiske rammer, at behandle de patienter, der har behov. Det skal ske inden for de tidsfrister, der er fastsat i patientrettighederne, og følge de politisk besluttede nationale og regionale mål.

Det er hospitalets ansvar at sikre, at ressourcerne inden for de økonomiske rammer bliver prioriteret, således at de patienter, der bliver henvist til hospitalet til behandling inden for hospitalets ansvarsområder, får behandling til tiden. Det omfatter også fx fritvalgspatienter og højt specialiserede funktioner.

Det indebærer, at der på hospitalerne løbende vil være behov for at vurdere pres, kapacitetsudnyttelse, nye behandlingsmuligheder, udnyttelse af ledige ressourcer mv. mhp. at omdisponere inden for den samlede overordnede ramme.

Som følge af, at takststyringen er afskaffet, har hospitalerne mulighed for at omlægge behandlingen uden økonomisk konsekvens, hvis de nye arbejds-gange medfører en lavere drg-værdi.

Hospitaler, der omlægger patientbehandlingen og frigør ressourcer, kan som udgangspunkt selv disponere over, hvordan de bruger ressourcerne. De skal løbende tilpasse og prioritere ressourcerne, så de bliver brugt dér, hvor behovet er størst.

Regionsrådet forventer, at ledelserne på alle niveauer sikrer, at der er incitament til at omlægge og forbedre behandlingen. Fx skal vi reducere overflødige ambulante besøg, så patienterne kun får de besøg, som giver værdi for dem, ligesom vi skal skabe bedre sammenhæng i behandlingen. Incitamenterne fastlægges lokalt og kan både være økonomiske og ikke-økonomiske.

Regionsrådet forventer desuden, at de ressourcer, som hospitalerne frigør, som hovedregel bruges til at sikre en tilstrækkelig kapacitet til at overholde patienternes ret til hurtig udredning og behandling.

Aktivitet på hospitalerne

Der er med økonomiaftalen for 2019 indført nærhedsfinansiering, hvor en del af regionens finansiering betinges af, at regionen præsterer på en række kriterier med henblik på fortsat at fremme en omstilling, hvor behandling flyttes ud af hospitalet og tættere på borgerne.

Målopfyldelsen i nærhedsfinansieringen er betinget af, at regionerne præsterer bedre på den enkelte indikator end året før.

Der er ikke på Region Hovedstadens hospitaler hæftet økonomiske incitamenter op på opfyldelse af målene, men det er en forventning, at der på hospitalerne til stadighed arbejdes i den rigtige retning mhp. at sikre regionens samlede finansiering.

Måltallene alderskorrigeres i forhold til befolkningsvæksten, ligeledes holdes visse områder ude af nærhedsfinansieringen fx ulykker og fødsler, hvilket betyder, at der forudsættes aktivitetsvækst mellem årene ved overholdelse af måltallene.

Der er hverken i forhold til nærhedsfinansieringen eller værdibaseret sundhed, indbygget en forventning om samlet mindreaktivitet på hospitalerne, men en forventning om at gøre det rigtige.

Der er en forventning om, at flere patienter får hospitalsbehandling, og at den enkelte patient får den rigtige behandling i form af fx mere telemedicin og hjemmebehandling, mere sammedagsbehandling, og færre kontrolbesøg. Dermed er omlægningen med til at understøtte et sundhedsvæsen, der presses af demografi og nye behandlingsformer.

Med indførelse af rammestyring på hospitalerne, afskaffes den automatiske korrektion af hospitalernes bevilling som følge af mindreaktivitet. Der vil imidlertid fortsat blive fulgt op på hospitalernes aktivitet, og ved varige ændringer i produktionsværdien, der har frigjort ressourcer, kan der ske tilpasning af kapacitet og bevilling. En eventuel tilpasning vil ske efter konkret vurdering og på baggrund af dialog med hospitalet.

I den forbindelse er det vigtigt, at der fortsat er fokus på at sikre korrekt registrering af aktiviteten. Korrekt registrering er grundlaget for økonomi, kvalitet, forskning, opfølgning mv.

Nationale og regionale mål

Modellen for værdibaseret sundhed lægger op til mindre politisk brug af driftsmålstyring. Der kan dog fortsat være en række mål, der bliver fulgt politisk i de enkelte udvalg – fx de nationale mål for sundhedsvæsenet.

Det er vigtigt, at vi fortsat har en datadrevet ledelse af sundhedsvæsenet, og driftsmålstyring kan fortsat være et vigtigt ledelsesredskab.

Derudover ønsker regionsrådet at fastsætte få regionale mål. De bliver fastsat én gang om året og omfatter ikke nødvendigvis nye mål, men er konkrete, prioriterede områder med behov for ekstra fokus.

Regionsrådet og forretningsudvalget fastsætter de generelle mål og foretager de overordnede prioriteringer, hvorefter det er hospitalernes, virksomhedernes og centrenes ansvar at tilrettelægge aktiviteterne, så de fastsatte mål realiseres inden for rammen.

Budgetloven og ændringen af loven om regionernes finansiering (indførelse af betinget bloktilskud for regionerne og indførelse af sanktioner for regionerne

ved overskridelse af budgetterne), som Folketinget vedtog i juni 2012, har skærpet behovet for den løbende økonomistyring og -opfølgning.

Det følger af budgetloven og loven om ændring af regionernes finansiering, at der ikke kan ske overskridelse af årets udgiftsloft (aftalt i de årlige økonomiaftaler) fx med henvisning til mindreforbrug i tidligere år. Rammerne må altså ikke overskrides, og samtidig skal det sikres, at de forudsatte aktiviteter gennemføres.

Derfor fortsættes den aktive indsats for at undgå merforbrug og indsatsen med, at der tilstrækkeligt tidligt sker en synliggørelse af eventuelle mindreforbrug med henblik på, at der politisk kan tages stilling til relevant, alternativ anvendelse.

For at muliggøre den aktive indsats er det nødvendigt, at der på driftsområdet fra årets begyndelse på de enkelte hospitaler og virksomheder foreligger retvisende, periodiserede budgetter, og at der foretages jævnlig opgørelse af forbrug og prognostisering af det forventede regnskabsresultat.

Hvis der opstår mindreforbrug afledt af tilbageholdenhed som følge af usikkerhed om det endelige regnskabsresultat, vil mindreforbrug kunne søges overført til ikke varige driftsformål (apparaturskaffelser og lignende) inden for en ramme på 0,4 pct. af nettobevillingen. Dertil kan komme øremærkede bevillinger, hvor den budgetterede aktivitet ikke er blevet gennemført i budgetåret.

Økonomistyringen skal muliggøre, at der ved tendens til overskridelse af budgetterne kan iværksættes modgående foranstaltninger. Omvendt skal der ved tendens til mindreforbrug tilvejebringes et beslutningsgrundlag til eventuelt at iværksætte andre aktiviteter.

Konsekvenser for økonomistyringen

På baggrund af disse overordnede rammer for økonomistyringen arbejdes der med konsekvenserne for den daglige økonomistyring; både på hospitalerne, mellem hospitalerne og i fællesskabet.

Drøftelser i Netværk for Økonomi og Planlægning med deltagelse af økonomichefer, Center for Sundhed og Center for Økonomi har ført til en række konkrete anbefalinger på områder, hvor der de seneste år har vist sig udfordringer og dilemmaer i økonomistyringen. Anbefalingerne afspejler, at der skal afvejes mellem fordele og ulemper ved forskellige løsninger, og at ikke alle hensyn kan tilgodeses i lige høj grad.

Det drejer sig om den mellemregionale afregning (indtægter for patientbehandling), midlertidige og varige ubalancer på hospitalerne, samt forbruget på privathospitaler.

Akutområdet er også blevet drøftet, men udfordringerne her har vist sig ikke i første omgang at være af økonomistyringsmæssig karakter. Der kan vise sig behov for at justere fordelingsnøglen ved vedvarende skæv belastning af hospitalerne, jf. i øvrigt nedenfor om de rammemæssige vilkår. Området behandles endvidere i arbejdet med Fremtidens Akuthospital.

Derudover anbefales det, at der i de løbende drøftelser vedr. hospitalernes situation mellem regionsgården og hospitalerne tages udgangspunkt i en afgrænset række indikatorer vedr. aktivitet og økonomi ("dashboard"), som afspejler hospitalernes aktuelle udfordringer og indsatser.

Det bør suppleres med en mere langsigtet, strukturel tilgang til hospitalernes rammemæssige vilkår.

I regionens forskellige optageområder kan der løbende ske forskydninger i befolkningens sammensætning – det kan både være i relation til alder og socioøkonomiske forhold. Det er hospitalernes opgave at følge med i de afledte aktivitetspåvirkninger og sikre, at budgetterne tilpasses disse ændringer, samt at der sker tilpasninger til eventuelle anderledes patientforløb.

Overordnet skal der fortsat følges med i udviklingen i og mellem planområderne, og Center for Økonomi skal i samarbejde med hospitalerne undersøge om – og i givet fald hvordan – der kan udvikles en model, som fx via et beregnet udgiftsbehov for hvert planområde kan udligne de forskellige økonomiske rammer planområderne imellem som følge af ændringer i demografiske og / eller socioøkonomiske forhold.

Fordelingen af regionernes bloktilskud på sundhedsområdet sker på baggrund af et beregnet udgiftsbehov, hvor den aldersmæssige sammensætning vægter 77,5 pct., mens en række socioøkonomiske faktorer vægter 22,5 pct. En model, der tager højde for planområdernes forskellige demografiske forhold, vil fx kunne være baseret på, at regionens samlede udgiftsbehov opdeles på planområder på baggrund af de kriterier, der er gældende for hele regionen.

Principper for økonomistyringen

Nedenfor beskrives på baggrund af drøftelserne i Netværk for Økonomi og Planlægning forslag til konkrete principper / retningslinjer for økonomistyringen fremadrettet. Forslagene er udtryk for kompromisser og afvejninger mellem forskellige hensyn.

Efter drøftelsen i hospitalsdirektørkredsen d. 17. december 2020 med deltagelse af økonomi- og planlægningscheferne planlægges en proces, hvor rammer og principper for økonomistyringen i sammenhæng med værdibaseret sundhed forelægges forretningsudvalget i foråret 2021. Den samlede beskrivelse vil herefter kunne indgå i budgetprocessen for 2022.

Mellemregional afregning

Som grundlag for den regionale økonomi og den samlede ressourcekapacitet på hospitalerne indgår de mellemregionale indtægter. Det samlede indtægtsbudget for patientbehandling udgør 3 mia. kr., hvilket svarer til en niendedel af hospitalernes bruttobudgetter.

Ved rammestyring er der som udgangspunkt ingen direkte økonomiske konsekvenser ved manglende realisering af indtægter. Som følge af indtægtsbudgettets størrelsesorden giver det en væsentlig usikkerhed i regionens økonomi.

Denne usikkerhed skal håndteres både løbende i budgetårets økonomiopfølgning og i forbindelse med budgetlægningen.

Det kan fx ske ved ifm. budgetlægningen at sikre en reserve, der i årets løb kan anvendes til at sikre balance i tilfælde af manglende indtægter. Reserven vil så skulle genetableres, når der har været træk på den, og dermed øge den regionale ubalance og evt. sparebehov.

Samtidig vil det ikke sikre en hensigtsmæssig anvendelse af ressourcerne, fordi det hospital, der har manglende indtægter, får frigjort ressourcer, mens det er alle hospitaler, der bidrager i en sparerunde.

Der er altså brug for en mekanisme, der kan sikre en kapacitetstilpasning, når indtægterne falder.

Tilsvarende skal der være mulighed for at udvide kapaciteten, når der er efterspørgsel fra andre regioner. En sådan kapacitetsudvidelse skal vurderes og prioriteres på baggrund af risiko og eventuel anden anvendelse af ressourcerne.

Forudsætningen for, at begge dele kan fungere, er, at der er fokus på registrering og prognosticering. Samtidig er der større sandsynlighed for, at der er fokus på området, hvis der er mekanismer, der håndterer afvigelser.

I "Principppapir – økonomi og styring i 2019" fremgår det:

"Opfølgning på indtægter

Indtægtsbudgettet ligger på hospitalsniveau.

Ved budgetlægningen tages højde for takstvirksomheden på indtægtsbudgetterne.

Indtægtsudviklingen følges løbende mhp. imødegåelse af eventuelle økonomiske udfordringer. Hospitalet og Center for Økonomi forholder sig så tidligt på året som muligt til håndtering af en mulig ubalance på indtægtssiden.

Udgangspunktet vil være, at ved mindreindtægter tilpasses indtægtsbudgettet til realiseret regnskabsniveau, og udgiftsbudgettet reguleres i år 0 sv.t. 35 pct. af indtægtsnedgangen, i år 1 med 65 pct.

Ved merindtægter ses på udviklingen i den samlede aktivitet, før der tilføres midler. Tilførsel sker efter konkret vurdering og dialog. Ved tilførsel af midler hæves indtægtsbudgettet.

Mindreindtægter, der følger af omlægning af patientbehandling til fx ydelser med lavere takst, håndteres særskilt, og på baggrund af dialog fordeles den økonomiske belastning mellem hospitalet og fællesskabet.”

Det vil fortsat være udgangspunktet. En udfordring, som hospitalerne har peget på som væsentlig, er asymmetrien i modellen. Det foreslås derfor, at der også ved merindtægter sker en automatisk korrektion af udgiftsbudgettet med hhv. 35 og 65 pct., dvs. den endelige korrektion af udgiftsbudgettet udgør 65 pct. af indtægterne. Dog under forudsætning af, at der er meraktivitet på hospitalet som helhed.

Der kan aftales 65 pct. tilførsel af udgiftsbudget i det første år efter konkret vurdering.

Det er vigtigt for det fortsatte fokus på området på alle hospitaler, at budgetansvaret bibeholdes på hospitalsniveau. Det skal overvejes, hvordan hospitalerne bedre kan understøttes i den løbende opfølgning på området.

Det er en forudsætning for økonomistyringen, at der er fokus på registrering og prognostisering både på centralt og decentralt niveau. Det er fx ikke muligt at sikre god kapacitetsudnyttelse, hvis der ikke er overblik over aktivitetsudviklingen på de enkelte områder, herunder tyngde i patientbehandlingen.

Midlertidige og varige ubalancer

Med den nuværende styringsmodel – hvor hospitalerne ikke er takststyrede, og hospitalerne skal behandle overholde patientrettigheder – kan der stadig opstå midlertidige ubalancer, hvor afdelingerne kan have svært ved at overholde patientrettighederne og imødekomme patienternes ønsker om frit sygehusvalg. Dette kan være pga.:

- midlertidige vakancer,
- nedbrud på udstyr,
- midlertidig manglede kapacitet,
- flytning af afdelingen,
- eller andet.

I udgangspunktet er det hospitalets opgave at finde en midlertidig løsning. Det kan fx ske ved, at afdelingen eller hospitalet henvender sig til en anden afdeling / hospital for at aftale en midlertidig aflastning / støtte til at udrede og behandle patienterne.

Det hospital, som hjælper, får tilført udgifts- og aktivitetsbudget svarende til de merudgifter, de påføres og til opgavens omfang. I udgangspunktet klarer hospitalerne det selv. Center for Økonomi involveres, hvis hospitalerne ikke kan nå til enighed, og der er tale om en uenighed af væsentligt omfang. Det skal undgås, at der bruges ressourcer på mikrostyring. Konkret foreslås det, at Center for Økonomi alene inddrages, såfremt det vedrører beløb større end 1 mio. kr.

Opgaveflytning

Ved opgaveflytninger mellem hospitalerne er det vigtigt, at koncerncentrene involveres. Dels fordi det er vigtigt, at hospitalerne følger de vedtagne hospitalsplaner, dels fordi det er vigtigt at den tilhørende økonomi følger med, så vi undgår større og varige ubalancer, og hospitalerne kan efterleve principperne om god økonomistyring – dvs. budgettet overholdes, og der i god tid meldes om evt. afvigelser.

Opgaveflytninger kan have forskellig karakter, det drejer sig om flytning af:

- Afdeling/speciale
- En eller flere udvalgte behandlinger
- En patientgruppe
- En særlig udvalgt opgave
- En blanding af ovenstående

For opgaveflytninger er det vigtigt, at budgettet, som flyttes, svarer til opgavens omfang, både hvad angår udgifterne og hvad angår aktiviteten, da der ellers kan opstå varige ubalancer. Det er samtidig vigtigt, at beslutningerne om budgetomplaceringer ikke trækker i langdrag, så hospitalerne ved, hvad de kan regne med, og at flytning af opgaven kan foregå så smidigt som muligt. Netop derfor er det af stor betydning, at retningslinjerne for økonomiberegningerne er enkle, så der ikke bruges uforholdsmæssig lang tid på de budgetmæssige konsekvenser, og der ikke opstår uenighed om fortolkning af opgaverne.

Såfremt der er tale om flytning af en hel afdeling/speciale, som skal flytte, skal der tages udgangspunkt i det faktiske regnskab. For at sikre at det ikke baseres på tilfældige udsving i et enkelt regnskabsår, vil der også skulle ses på de historiske regnskaber. Herudover skal der naturligvis også ses på evt. forbrug af bl.a. parakliniske ydelser og en proportional andel af fællesudgifter.

Er der tale om flytning af en andel af et speciale, udvalgte patientgrupper eller udvalgte behandlinger, skal den tilhørende aktivitet defineres, og der skal anvendes en fast procentsats til at beregne den tilhørende økonomi. Det er vigtigt, at beregningerne er så enkle som mulige, så der ikke bruges tid og ressourcer på tolkninger. Anbefalingen vil være en generel regel om 65 pct. af den opgjorte drg-aktivitet. Konsekvenser af øvrige kompensationsmodeller (medicin, diabetespumper, høreapparater o.lign.) skal indarbejdes.

For at det skal være muligt at beregne værdien af omfanget af evt. opgaveflytninger er det vigtigt, at aktivitetsregistreringen er fyldestgørende, så der ikke sættes spørgsmålstejn til hospitalets registrering og følgende økonomiberegninger.

Fritvalgspatienter

Patienterne har frit sygehusvalg, dvs. patienterne har ret til at vælge at blive behandlet på det sygehus, de ønsker. Såfremt det ønskede hospital ikke har kapaciteten, og at behandling til tiden vil kræve en udvidelse af kapaciteten, kan de afvise patienten. Hospitalerne kan ikke systematisk afvise patienter fra andre hospitalers optageområder. Langt størstedelen af patienterne vælger at blive udredt og behandlet på det hospital, de tilhører og er henvist til.

Hospitalerne oplever at have stor tilgang i patienter, som frit vælger, hvilket hospital de ønsker at blive behandlet på. Der er svært at få et samlet overblik over antallet og omfanget af fritvalgspatienter. Et stigende omfang af fritvalgspatienter kan være et udtryk for, at flere patienter selv vælger hvilket hospital de ønsker at behandles på, men det er ikke nødvendigvis et udtryk for en stigende aktivitet. Det kan også være et udtryk for, at flere patienter flytter mellem hospitalerne. Det er vigtigt at bemærke, at der først kan være tale om et stigende pres, når der er en samlet højere aktivitet.

Center for Økonomi arbejder med, hvordan ændringer i patientflytninger kan udredes, og hvordan der kan udarbejdes et ledelsesoverblik for området. Hensigten er, at eventuelle skift i patientstrømmene kan dokumenteres, og at der på den baggrund kan tages stilling til en eventuel omfordeling af ressourcer.

Forbrug på privathospitaler – decentralt budgetansvar

Med den nuværende styringsmodel er der et incitament til at tilrettelægge patientforløbene, så de foregår så ressource- og kosteffektive som muligt, og til den rigtige faglige kvalitet. I tilfælde af, at hospitalet, som patienterne er henvist til, ikke har mulighed for at behandle patienterne og samtidig overholde patientens rettigheder om krav til udredning og behandling til tiden, er der med

den nuværende økonomistyringsmodel ikke noget incitament til at øge kapaciteten for at imødekomme kravet. Hospitalet har et incitament til at overholde budgettet, men ikke noget incitament til at øge kapaciteten for at imødekomme et stigende pres.

Hvis patienterne ikke kan behandles inden for den eksisterende kapacitet, skal de viderevisiteres til enten et andet hospital i regionen, eller til et privathospital.

En udvidelse af kapaciteten for at imødekomme et stigende pres eller behandle flere patienter betyder merudgifter for hospitalet, idet hospitalet ikke kompenseres for at behandle flere.

Hvis patienterne henvises til et andet hospital i regionen, som har ledig kapacitet, betaler det "modtagende" hospital for behandlingen.

Hvis patienten henvises til et privathospital, så betales regningen i udgangspunktet af fælleskassen. Enkelte hospitaler har fået udvidet budgetansvar / populationsansvar for udvalgte specialer, fx har Rigshospitalet udvidet budgetansvar for behandling af øjensygdomme.

Mens der de seneste år er tilført midler til hospitalerne til drift af garantiklinikker, til hjemtagelse af behandlinger, som er foregået på privathospitalerne, er forbruget på privathospitaler steget. Alt imens den faktiske drg-aktivitet har ligget under budgettet.

Budgettet og ansvaret for forbruget på privathospitalerne er centraliseret og ligger i Enhed for patientvejledning, som ingen indflydelse har på hvor mange patienter, der behandles på privathospital, eller hvad patienterne behandles for. Ligesom de heller ikke har ansvaret for, hvordan der kan skabes kapacitet billigere et andet sted.

På baggrund af drøftelser i Netværk for Økonomi og Planlægning med deltagelse af økonomichefer, Center for Sundhed og Center for Økonomi foreslås det, at hospitalerne får det fulde økonomiske ansvar for patientbehandlingen, hvad enten det foregår på eget hospital eller på privathospital – dvs. såkaldt udvidet budgetansvar. Hermed opnår vi, at man på hospitalerne kan bruge privathospitalerne aktivt som en udvidet kapacitet, eller bruge dem som ventiler i pressede situationer. Der vil på hospitalerne være interesse i at indgå samarbejdsaftaler med privathospitalerne både omkring pris og ydelser.

Er der tale om mindre eller varige ubalancer vil der ligeledes fortsat være et incitament til at lave aftaler hospitalerne imellem, når der mangler kapacitet.

Hospitalerne skal således have det økonomiske ansvar for de patienter, som er henvist til dem, uanset om det foregår på hospitalet eller på privathospital.

Det udestår at konstruere en model for, hvordan dette kan føres ud i praksis. Det er målet, at denne skal være på plads og kan indgå ifm. udarbejdelsen af budgetforslaget for 2022. Modellen udarbejdes i samarbejde med hospitalerne, og sigtet vil være, at der opnås en besparelse på 10-15 pct. af det aktuelle niveau for forbrug på privathospitaler.