

Budgetlægningen 2018-2021

Budget/finansieringsforslag

7.1 Mere retfærdig model for refusion af medicinudgifter

Fremsat af:

Radikal Venstre

Formål og indhold

Der er fremsat ønske fra Det Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti om, at regionens model for kompensation af vækst i hospitalernes medicinudgifter drøftes mhp. at afklare mulighederne for en ny kompensationsmodel.

Aktuel model i Region Hovedstaden

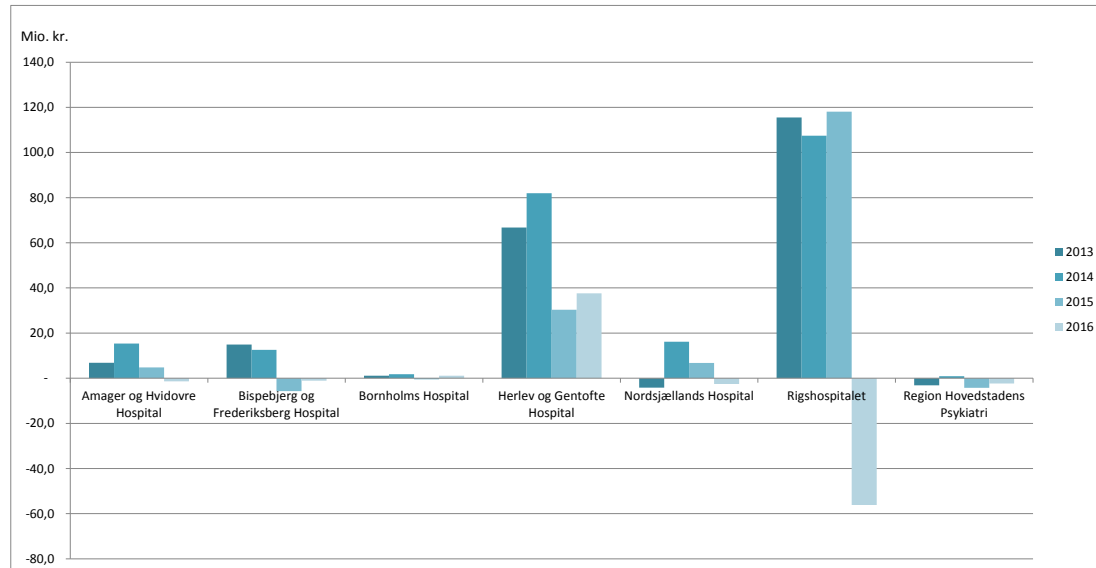
Der er i budgettet afsat en central pulje til kompensation af vækst i hospitalernes medicinudgifter. Puljen dækker 80 pct. af væksten fra år til år, mens hospitalet selv skal finde de resterende 20 pct. Tilsvarende hvis der er tale om fald i medicinudgifterne.

Ordningen med 20 pct.s egenfinansiering er indført, således at hospitalet og afdelingerne har en økonomisk tilskyndelse til at arbejde med medicinforbruget, dvs. får en andel af en evt. besparelse ved en ekstraordinær indsats for at reducere (væksten i) medicinforbruget.

En udfordring i ordningen er, at der er en ujævn belastning af hospitalerne som følge af fordelingen af specialer mellem hospitalerne.

Udviklingen i medicinforbruget de seneste fire år fremgår af nedenstående figur.

Årlig medicinvækst på hospitalerne, mio. kr.



Som det fremgår, er særligt Herlev og Gentofte Hospital samt Rigshospitalet belastet af høj udgiftsvækst. Af nedenstående tabel fremgår hospitalernes egenfinansiering over de fire år 2013-16 set ift. driftsbudgettet i 4. økonomirapport 2016.

Hospitalets egenfinansiering i pct. af bruttodriftsbudget	2013	2014	2015	2016
Amager og Hvidovre Hospital	0,05	0,10	0,03	-0,01
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	0,12	0,10	-0,05	-0,01
Bornholms Hospital	0,05	0,09	-0,02	0,05
Herlev og Gentofte Hospital	0,28	0,34	0,13	0,16
Nordsjællands Hospital	-0,03	0,13	0,06	-0,02
Rigshospitalet	0,27	0,25	0,27	-0,13
Region Hovedstadens Psykiatri	-0,02	0,00	-0,02	-0,01

Også set ift. driftsbudgettets størrelse er de to store hospitaler mest belastet. I 2016 er der imidlertid forskel mellem Herlev og Gentofte Hospital og Rigshospitalet, hvor der er fald i medicinudgifterne på Rigshospitalet, mens Herlev og Gentofte Hospital fortsat har vækst.

Der er indført en overgrænse for belastningen sv.t. en vækst i medicinudgifterne på 5 pct. af driftsbudgettet, men grænsen er kun enkelte gange blevet overskredet og således udløst 100 pct.s kompensation. Ulempen ved overgrænsen er, at når den først er nået, er der ikke længere noget incitament til at begrænse medicinforbruget.

Kompensationsmodeller i de øvrige regioner

De andre regioner har – bortset fra Region Nordjylland – også valgt at have en automatisk kompensationsordning. Der ydes refusion for 100 pct. af udgiftsvæksten, men under særlige betingelser.

Hovedreglen er, at der skal være tale om godkendte/udvalgte lægemidler, og/eller at retningslinjer fx fra RADS skal være efterlevet. I praksis betyder det, at stort set hele udgiftsvæksten dækkes med 100 pct., fordi de omfattede lægemidler er de dyre, og at det er der, hvor væksten sker. Samtidig er det vanskeligt at følge op på efterlevelsen af retningslinjerne pga. manglende detaljerede data, således at den økonomiske effekt vurderes at være begrænset.

Region Nordjylland skal søges om kompensation for udgiftsvækst ud over det budgetterede.

De andre regioners kompensationsmodeller er således mere bureaukratiske end Region Hovedstadens, og det vurderes, at der er begrænset styringsmæssig effekt med det nuværende datagrundlag.

Overvejelser om ændring af modellen

Det kunne overvejes at ændre på kompensationsgraden, således at egenfinansieringen udgør en mindre andel, fx 10 pct.

Det vil mindske belastningen på hospitalerne, men også mindske det økonomiske incitament til at arbejde med medicinforbruget. Samtidig vil det kræve, at der afsættes en større pulje på den centrale konto til kompensation. Ved en vækst i medicinudgifterne på 150 mio. kr. vil en kompensation på 90 pct. i stedet for 80 pct. kræve en pulje, der er 15 mio. kr. større. Den større centrale pulje tilvejebringes ved den generelle besparelse og fordeles således efter hospitalernes størrelse.

En anden mulig løsning på fordelingsproblematikken kunne være at sætte grænsen for den maksimale belastning ned fra de 5 pct. Det kunne i så fald være til 2 pct., hvis det skulle have reel betydning vurderet ud fra den historiske udvikling. Det ville fx betyde, at Herlev og Gentofte Hospital maksimalt selv skulle finde godt 7 mio. kr. i det enkelte år, og Rigshospitalet knap 16 mio. kr.

Fordelen ville være en større budgetsikkerhed for det enkelte hospital og en mindre skævvridning mellem hospitalerne. Den større centrale pulje tilvejebringes som nævnt ved den generelle besparelse. Ulempen er som nævnt ovenfor det manglende incitament til begrænsning af medicinforbruget, når grænsen er overskredet.

Sammenhæng til de politiske målsætninger

Beskrivelse af, hvordan forslaget forholder sig til regionsrådets politiske målsætninger.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)

	2018	2019	2020	2021
Løn til evt. nye årsværk				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk (hvis der skal ansættes nye) Angiv antal				
Samlet udgift				

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:

Hvis der er tale om 1-årige projekter, og ved forslag der har puljelignende karakter, bedes anført om projektets omfang kan skaleres op eller ned.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt): Hvis forslaget finansieres af flere kasser, skal andelene fra kasserne anføres (fx sundhed 1/3, regional udvikling 2/3).

Sundhedskassen	
Den regionale udviklingskasse	
Det sociale område	