



Ministerialtidende

2010

Udgivet den 23. december 2010

21. december 2010.

Nr. 104.

Cirkulære om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2011 til regionernes sygehusvæsen m.v.

(Til alle regionsråd)

I medfør af § 13, stk. 3, og § 15 i lov nr. 829 af 25. juni 2010 om regionernes finansiering, § 16.51.72. i finanslov for finansåret 2011 og § 195 i sundhedsloven, jf. lovebekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, fastsættes:

Kapitel 1

Tilskudsramme og fordeling

§ 1. Indenrigs- og Sundhedsministeriet udbetaler for 2011 efter bestemmelserne i dette cirkulære tilskud til regionerne til finansiering af aktivitet i sygehusvæsenet inden for en ramme på i alt 2.617,3 mio. kr.

Stk. 2. Tilskudsrammen efter stk. 1 forhøjes pr. 1. april 2011 med den samlede værdi af regionernes uudnyttede tilskudsrammer i henhold til cirkulære nr. 128 af 27. december 2009 om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2010 til regionernes sygehusvæsen m.v.

Stk. 3. Tilskuddet efter stk. 1 udbetales til bopælsregionen på grundlag af borgerens bopæl på behandlingstidspunktet.

§ 2. Tilskudsrammen efter § 1, stk. 1, fordeles mellem regionerne på grundlag af deres andel af det statslige tilskud for 2011 på sundhedsområdet i henhold til Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 832 af 24. juni 2010 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2010. Tilskudsrammen efter 1. pkt. udgør:

Region Nordjylland:	274.879.426 kr.
Region Midtjylland:	556.499.271 kr.
Region Syddanmark:	563.669.754 kr.
Region Hovedstaden:	820.646.866 kr.
Region Sjælland:	401.604.683 kr.

Stk. 2. Tilskudsrammen efter § 1, stk. 2 fordeles foreløbigt pr. 1. april 2011 mellem regionerne, således at halvdelen af hver regions uudnyttede tilskudsramme for 2010 tillægges regionens tilskudsramme for 2011, mens summen af de resterende dele af regionernes uudnyttede tilskudsrammer fordeles mellem regionerne efter samme fordelingsnøgle som tilskudsrammen efter § 1, stk. 1.

Stk. 3. Den samlede tilskudsramme for hver region opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2012 som summen af tilskudsrammen efter stk. 1 tillagt regionernes andel af tilskudsrammen efter stk. 2.

Kapitel 2

Aktivitet, der udløser tilskud

§ 3. Tilskud efter dette cirkulære ydes i det omfang, værdien af det samlede forbrug af ydelser, der er omfattet af tilskuddet, i en region i 2011 overstiger et i henhold til § 5 beregnet forbrugsniveau (baseline).

Stk. 2. Værdien af regionernes forbrug efter stk. 1 opgøres på baggrund af DRG- og DAGS-takster (diagnoserelaterede grupper og dansk ambulant grupperingssystem) i henhold til reglerne i Indenrigs- og Sundhedsministeriets Takstsystem 2011 – Vejledning, Budgettakster for 2011 udmeldt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt takster for 2011 med udgangspunkt i sygesikringsoverenskomsten.

Stk. 3. Taksterne efter stk. 2 udformes således, at regionernes tilskud, opgjort inkl. tilskud fra kommunerne efter cirkulære nr. 74 af 1. december 2008 om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet, ikke for den enkelte ydelse kan overstige det i § 8, stk. 5, anførte tilskudsgrundlag.

§ 4. Tilskuddet omfatter al somatisk sygehusbehandling, der foregår ambulant eller under indlæggelse, og som finansieres af en region ved egne eller fremmede sygehuse, klinikker m.v. i medfør af sundhedslovens afsnit VI samt udgifter til genoptræning, der er ydet til patienter under indlæggelse på sygehus, jf. denne lovs §§ 74-75.

Stk. 2. Sygehusopgaver, der udføres af et af de i sundhedslovens § 79, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.v. inden for de i medfør af denne lovs § 235, stk. 4 fastsatte rammer, indgår ikke ved opgørelsen af tilskuddet. Følgende behandlingsformer indgår ikke i opgørelsen:

- 1) Fertilitetsbehandling og refertilisation m.v. med følgende aktionsdiagnoser: DZ310, DZ310A, DZ310B, DZ316, DN970, DN971, DN972, DN973, DN974, DN978, DN978A, DN978B, DN978C, DN978D, DN978E, DN978F, DN979, DN469, DN469A, DN469B, DN469C, DN469D, DN469E, DN469W og DN469X eller med procedurekoderne BJFL0, BJFL00, BJFL00A, BJFL01, BJFL01A, BJFL01A1, BJFL01B, BJFL03, BJFL04, BJFL05, BJFL09, BJFL3, BJFL6, BJFL30, BJFL31, BJFL60, KLAA10, KLAA10A,

KLAA10B, KLAA10C, KLAA10D, KLAA11, KLCA30, KLCA301, KLCA302, KLCA303, KLCA31, KLCA311, KLCA312 og KLCA313.

- 2) Sterilisationer med aktionsdiagnose DZ302 eller en af følgende procedurekoder: KKFD46, KLGA, KLGA00, KLGA10, KLGA11, KLGA20, KLGA21, KLGA22, KLGA96, KLGA97 og KLGA98.
- 3) Alternativ og eksperimentel behandling på private sygehuse og klinikker m.v.
- 4) Behandlinger hvortil udgifterne afholdes af staten, herunder højt specialiseret behandling i udlandet, eller af kommunerne, herunder kommunalt betalte ydelser udført på sygehus efter sundhedslovens § 133, §§ 140-142 og § 240.

Stk. 3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet udarbejder en oversigt over ydelser, som i henhold til sundhedslovens §§ 64 og 75, stk. 2, kan udføres i speciallægepraksis, og som kan medregnes som forbrug efter stk. 1.

Stk. 4. Indenrigs- og Sundhedsministeren træffer i tvivlstilfælde afgørelse om afgrænsningen efter stk. 1-3.

Kapitel 3

Beregning af baseline

§ 5. For hver region beregnes et forbrugsniveau for 2011 (baseline), der er udgangspunkt for beregningen af regionens aktivitet, der udløser tilskud efter dette cirkulære.

Stk. 2. Baseline udgør for hver region den samlede værdi af det i § 4 anførte forbrug, der er registreret for perioden 1. januar 2009 til 31. december 2009, baseret på Landspatientregisteret pr. 10. april 2010 i de i § 3, stk. 2 anførte DRG- og DAGS-takster (takstsystem 2011) og takster med udgangspunkt i sygesikringsoverenskomsten og med de korrektioner, der følger af stk. 3-7.

Stk. 3. Værdien af det opgjorte forbrug efter stk. 2 tillægges 1,4 pct. i henhold til aftale om regionernes økonomi for 2011 af 12. juni 2010.

Stk. 4. Værdien af det efter stk. 3 opgjorte forbrug tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2010 til 2011 på 3,0 pct. i henhold til aftale om regionernes økonomi for 2011 af 12. juni 2010.

Stk. 5. Summen af det efter stk. 2-4 beregnede beløb fratrækkes nettobudgetvirkningen af § 16.11.79.80. i finanslov for finansåret 2009, hvilket indebærer en reduktion af summen efter det i stk. 2-4 beregnede beløb med 53,7 mio.kr.

Stk. 6. Summen af det efter stk. 2-5 beregnede beløb fratrækkes 3.965,7 mio. kr.

Stk. 7. Baseline efter stk. 2-6 opgøres og fordeles endeligt ved udgangen af januar 2011 mellem regionerne på grundlag af samlede værdi af det i § 4 anførte forbrug der er registreret for perioden 1. januar 2010 til 31. december 2010, baseret på Landspatientregisteret pr. 10. januar 2011 i de i § 3, stk. 2 anførte DRG- og DAGS-takster (takstsystem 2011) og takster med udgangspunkt i sygesikringsoverenskomsten.

Kapitel 4

Indberetning og dokumentation af aktivitet

§ 6. Forbrug efter § 4, stk. 1-2 på sygehuse, der i henhold til »Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter« indberettes obligatorisk til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, dokumenteres gennem dette register. Forbrug efter § 4, stk. 3, i speciallægepraksis, der indberettes til Sundhedsstyrelsens register for ydelser i den primære sundhedssektor, dokumenteres gennem dette register.

Stk. 2. Regionsrådene sikrer gennem deres aftaler med private sygehuse og klinikker i Danmark, at forbruget på disse indberettes til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister i henhold til Sundhedsstyrelsens »Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2011« og dokumenteres gennem dette register. Forbrug i øvrigt af ydelser, som kan udføres i speciallægepraksis, og som ikke indberettes til Sundhedsstyrelsens register for ydelser i den primære sundhedssektor, skal indberettes til og dokumenteres gennem dette register. Regionsrådene sikrer, at øvrigt forbrug efter § 4, herunder behandling i udlandet og behandling i speciallægepraksis, indberettes på individniveau ved anvendelse af oplysninger til gruppering i DRG- eller DAGS-grupper, blandt andet ICD10-koder og nordiske operationskoder, til Sundhedsstyrelsen på særligt modul på internettet og dokumenteres herigennem.

Stk. 3. Indberetning af ambulant aktivitet på sygehus efter stk. 1 og 2 sker på baggrund af aktionsdiagnosen på patientens behandlingstidspunkt. Sundhedsstyrelsen indhenter oplysninger herom fra regionerne.

Stk. 4. Regionsrådene meddeler i henhold til reglerne i §§ 195 og 227-229 i sundhedsloven Indenrigs- og Sundhedsministeriet alle nødvendige, herunder personhenførbare, oplysninger om opgørelse og registrering af den aktivitet, der indberettes i henhold til stk. 1-3.

Kapitel 5

Beregning og udbetaling af tilskud

§ 7. Indenrigs- og Sundhedsministeriet udbetaler pr. 1. januar 2011 et tilskud på 2.617,3 mio. kr. fordelt til hver region svarende til regionens tilskudsramme efter § 2, stk. 1.

Stk. 2. Regionsrådene anviser konto i pengeinstitut, hvortil tilskud skal indbetales. Regionsrådene anviser CVR-nummer til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

§ 8. Indenrigs- og Sundhedsministeriet beregner på grundlag af den indberettede aktivitet med fradrag af den beregnede baseline, jf. §§ 5-6, værdien af hver regions aktivitet for 2011 opgjort i de i § 3, stk. 2-3, anførte takster.

Stk. 2. Den samlede værdi efter stk. 1 korrigeres for ko-deændringer og/eller ny registreringspraksis pr. 1. januar 2011, der har betydning for opgørelsen af regionernes indberettede aktivitet i forhold til baseline. Der kan efter 1. januar 2011 og efter forhandling med regionerne foretages ændringer i aktiviteten, såfremt der efterfølgende konstateres væsentlige og systematiske fejl i forudsætningerne for de korrektioner, der er nævnt i 1. pkt. De i 1. pkt. anførte korrektioner korrigeres med 2,07 pct. for forudsat produktivitetsstigning.

Stk. 3. Den samlede værdi efter stk. 1, inklusiv et evt. tillæg eller fradrag efter stk. 2, korrigeres for strukturændringer på sygehusområdet omfattet af bilag 2. De i 1. pkt. anførte korrektioner korrigeres med 2,07 pct. for forudsat produktivitetsstigning.

Stk. 4. Aktiviteten efter stk. 1-3 kan indeholde en vækst i den gennemsnitlige værdi pr. kontakt (indlæggelse eller ambulante besøg) i regionen på indtil 1,5 pct. i forhold til 2010. Til beregning af den gennemsnitlige værdi pr. kontakt efter 1. pkt. benyttes den i bilag 1 anførte metode.

Stk. 5. Som grundlag for administration udgør tilskuddet efter ordningen 100 pct. af værdien af aktiviteten efter stk. 1-4 indenfor de første 1.208,2 mio. kr. af regionernes tilskudsramme efter § 1, stk. 1 og 70 pct. af værdien af aktiviteten efter stk. 1-4 inden for de resterende 1.409,1 mio. kr. af regionernes tilskudsramme efter § 1, stk. 1.

Stk. 6. Tilskuddet efter stk. 5 kan ikke overstige regionens samlede tilskudsramme, jf. § 2, stk. 1.

Stk. 7. Afregning vedrørende det samlede tilskud sker ved udgangen af 1. kvartal 2012 på grundlag af aktivitet, der er indberettet senest den 1. marts 2012.

Stk. 8. Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan kræve for meget udbetalt tilskud tilbagebetalt.

Kapitel 6

Revision og dokumentation m.v.

§ 9. Indenrigs- og Ministeriet udsteder en særlig revisionsinstruks til brug for regionsrådenes dokumentation af aktivitet efter § 4, der finansieres gennem ordningen.

§ 10. Regionsrådene afgiver senest 1. oktober 2012 til Indenrigs- og Sundhedsministeren en redegørelse for aktiviteten efter § 6 samt en revisionsberetning. Redegørelsen afgives som en del af regionsrådets redegørelse i henhold til § 14 i cirkulære nr. 74 af 1. december 2008 om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet.

§ 11. Indenrigs- og Sundhedsministeren kan bestemme, at den enkelte region skal indgå i en evaluering af den i cirkulæret omhandlede ordning. Evalueringen kan bl.a. omfatte produktion, ventetid, produktivitet og effektivitet, styre- og afregningsformer, arbejdstilrettelæggelse, kvalitet og service m.v.

Kapitel 7

Ikrafttrædelse

§ 12. Cirkulæret træder i kraft den 1. januar 2011 og har virkning for tilskud udbetalt fra og med 1. januar 2011.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 21. december 2010

BERTEL HAARDER

/ Poul Erik Hansen

Bilag 1**Beregning af ændring i værdi pr. kontakt i den statslige aktivitetspulje for 2011**

I dette bilag beskrives fremgangsmetoden til beregning af udvikling for værdi pr. kontakt fra 2010 til 2011. Vækst i værdi pr. kontakt indtil 1½ pct. kan indgå i den tilskudsberettigede aktivitet. Stigninger pr. kontakt udover 1½ pct. afvises.

Beregningsmetode

Beregningsmæssigt opgøres ændring i værdi pr. kontakt ved at sammenholde den gennemsnitlige værdi pr. kontakt i perioden fra 1. januar 2010 til 31. december 2010 med værdien pr. kontakt for den tilsvarende periode i 2011. Ændringen i værdi pr. kontakt betragtes således som *merværdi pr. kontakt* i 2011 i forhold til 2010.

Al tilskudsberettiget sygehusaktivitet, som indgår i Landspatientregisteret, medgår i beregningen.

Korrektioner som følge af nye koder og/eller ændret registreringspraksis

Der indføres i 2011-grupperingen nye koder samt DRG- og DAGS-grupper, der vil påvirke registreringspraksis i en sådan grad, at værdien af den registrerede aktivitet ikke kan opgøres ensartet i 2010 og i 2011. Her er der også tale om oprettelse af grupper med allerede eksisterende koder, hvor det ikke kan udelukkes, at de nye grupper vil medføre så store ændringer i forhold til tidligere registreringspraksis, at det vil være nødvendigt at foretage korrektioner.

Hvis der i løbet af året bliver foretaget korrektioner herfor i beregningen af aktivitet over baseline, vil der også blive foretaget modsvarende korrektioner i beregningen af merværdi pr. kontakt.

Eventuelle budgettakster vil være et supplement til det årlige takstkatalog til beskrivelse af nye behandlinger eller behandlingsmetoder af væsentligt omfang og betydning. Budgettakster kan både beskrive ambulant og stationært aktivitet og vil overvejende blive beskrevet ved hjælp af nye koder. Aktivitet, som beskrives ved hjælp af budgettakster i 2011, skal ikke medtages i grundlaget for beregning af ændring i værdi pr. kontakt i 2010 og 2011. Aktiviteten afgrænses ved:

2010	Aktivitet med de nye koder beskrivende den ny behandling
2011	Aktivitet grupperet til gruppen, hvortil der er lavet en budgettakst

Korrektioner som følge af ændring i behandlingsregime

Specifikke behandlinger, der omlægges fra stationær til ambulant regi, samt behandlinger, der har fået tilknyttet en budgettakst kan holdes ude af beregningen af ændring i værdi pr. kontakt. Det er op til den enkelte region at redegøre for, hvilke behandlinger beskrevet ved hjælp af de gældende SKS-koder der omlægges fra stationær til ambulant regi på hvilke afdelinger. Ændringerne skal være af et væsentligt omfang samt kunne dokumenteres via Landspatientregisteret.

Den aktivitet, der ikke medtages i grundlaget for beregning af ændring i værdi pr. kontakt i 2010 og 2011, er:

2010	Den stationære aktivitet med de af regionen udpegede koder på de specifikke afdelinger
2011	Den ambulante aktivitet med de af regionen udpegede koder på de specifikke afdelinger

Udvikling i værdi pr. kontakt.

Værdien pr. kontakt opgøres som den samlede produktionsværdi pr. kontakt, hvor produktionsværdien opgøres fra hhv. det ambulante og stationære område. Det vil sige, at for hver region opgøres:

$$\text{Samlet produktion sværdi}_{\text{år}} = \text{DRG produktion sværdi}_{\text{år}} + \text{DAGS produktion sværdi}_{\text{år}}$$

Værdien pr. kontakt kan da opgøres som:

$$\text{værdi pr. kontakt}_{\text{år}} = \frac{\text{Samlet produktionsværdi}_{\text{år}}}{\text{kontakter}_{\text{år}}}$$

hvor det samlede antal kontakter bliver fastsat som:

$$\text{Kontakter}_{\text{år}} = \text{udskrivninger}_{\text{år}} + \frac{\text{Gnsn.DAGS}_{2011}}{\text{Gnsn.DRG}_{2011}} \text{ambulante besøg}_{\text{år}}$$

hvor Gnsn.DAGS_{2011} betegner den gennemsnitlige værdi pr. ambulante besøg i 2011 og Gnsn.DRG_{2011} betegner den gennemsnitlige værdi pr. sygehusudskrivning i 2011.

Ændring i værdi pr. kontakt opgøres endeligt som forholdet mellem værdi pr. kontakt i 2011 i forhold til den samlede værdi pr. kontakt i hele 2010.

$$\text{Ændring i værdi pr. kontakt i pct.} = \left(\frac{\text{værdi pr. kontakt}_{2011}}{\text{værdi pr. kontakt}_{2010}} - 1 \right) \cdot 100$$

Regulering for udvikling i værdi pr. kontakt udover 1½ pct.

Den samlede værdi af hver regions somatiske sygehusbehandling, der foregår ambulant eller under indlæggelse, med de ovenfor anførte korrektioner, justeres med den faktor, som ændringen i værdi pr. kontakt ligger udover 1½ pct.

Bilag 2

Retningslinjer for korrektion af regionernes aktivitetsopgørelser for 2011 i forbindelse med strukturomlægninger

Retningslinjerne for korrektioner af aktivitetsopgørelser i forbindelse med strukturomlægninger i regionerne videreføres indholdsmæssigt uændret for 2011 og skal understøtte regionernes tilskyndelse til fortsatte strukturrationaliseringer i sygehusvæsenet.

Regionernes aktivitetsstilskud for 2011 korrigeres for strukturændringer inden for sygehusområdet efter følgende retningslinjer:

1. Ved sammenlægning/lukning af sygehuse eller afdelinger korrigeres for hidtidige overflytninger mellem de to enheder. Aktivitetsopgørelsen korrigeres med summen af de laveste takster af de sammenhængende forløb.
2. Ved omlægning eller effektivisering af behandlingsforløb på sygehusene, oprettelse af et ambulatorium til erstatning for indlæggelse på et heldøgnsafsnit m.v. korrigeres for værdiforskellen mellem den ambulante og den stationære takst for de berørte patienter. Korrektionen beregnes ved at sammenligne den registrerede aktivitet i Landspatientregisteret før og efter behandlingsomlægningen. Det er en forudsætning, at ændringerne er såvel omkostnings- som behandlingsneutrale. Herved forstås, at omkostningerne ved det nye behandlingsregime vedvarende er de samme som ved det tidligere, men at dette ikke afspejles af taksten for den nye behandling, samt at antallet af patienter i regionen, som gennemgår sygehusbehandling for den berørte lidelse, skal være uændret.
3. Der kan som en alternativ mulighed foretages korrektion for omlægninger efter pkt. 2 i tilfælde, hvor omkostningerne ved det nye behandlingsregime på kort sigt er de samme som ved det tidligere, da der er omkostninger forbundet med opstarten af den nye behandling. Korrektioner af denne type opgøres som under pkt. 2, men falder bort ét år efter omlægningen.
4. Der korrigeres for godtgjorte registreringsfejl i tilskudsperioden.
5. Regionerne har mulighed for gennem Danske Regioner eller individuelt at rejse nye og væsentlige typer af problemstillinger over for ministeren for sundhed og forebyggelse, det ikke har været muligt at forudse på nuværende tidspunkt, og som derfor ikke er beskrevet i nærværende retningslinjer.

Ændringerne efter pkt. 1-5 skal kunne dokumenteres via Landspatientregisteret, ligesom Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan indhente dokumentation fra regionerne til brug for beregningen af korrektionernes størrelse m.v.

Der korrigeres for ændringer af struktur eller forløb m.v., der indebærer såvel lavere som højere DRG-værdier. Eventuelle justeringer af aktiviteten sker efter konkret drøftelse med de enkelte regioner. Det er op til den enkelte region at godtgøre konkrete behov for korrektion af aktiviteten i overensstemmelse med de udmeldte principper.

Ansøgninger om justeringer af aktivitetsopgørelsen for 2011 fremsendes til Indenrigs- og Sundhedsministeriet senest den 1. februar 2012.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil i samarbejde med regionerne – som supplement til det årlige takstkatalog - udmelde særlige budgettakster for nye behandlingsmetoder m.v., herunder introduktion af ny medicin, af væsentligt omfang og betydning, som den årlige takstberegning i DRG-systemet ikke umiddelbart tager højde for. Udmeldte budgettakster indgår i 2011 på linje med taksterne i takstkataloget i opgørelsen af regionernes aktivitet.