



Beretning til Statsrevisorerne om aktiviteter og udgifter i praksis- sektoren

August
2012

revision

revision

revision

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	1
II.	Indledning	5
	A. Baggrund	5
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	6
III.	Overordnede rammer og krav.....	8
	A. De lovgivningsmæssige rammer og krav.....	8
	B. Rammer og krav i økonomiaftalerne.....	12
IV.	Regionernes styring af aktiviteter og udgifter mv.....	13
	A. Planlægning af antal ydere og ydelser.....	14
	B. Budgetlægning.....	17
V.	Regionernes kontrol og opfølgning.....	24
	A. Kontrol af regningernes rigtighed.....	25
	B. Årskontrol.....	26
	C. Administrativ kontrol.....	34
	Bilag 1. Bekendtgørelser under sundhedsloven	37
	Bilag 2. Ordliste.....	38

Rigsrevisionen afgiver denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Beretningen vedrører finanslovens § 7. Finansministeriet og § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre for Finansministeriet:

Thor Pedersen: november 2001 - november 2007
Lars Løkke Rasmussen: november 2007 - april 2009
Claus Hjort Frederiksen: april 2009 - oktober 2011
Bjarne Corydon: oktober 2011 -

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 - november 2007
Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010
Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011
Astrid Krag: oktober 2011 -

Pia Olsen Dyhr har været fungerende minister for sundhed og forebyggelse i Astrid Krag's barselsperiode 14. januar 2012 - 9. april 2012.

I. Introduktion og konklusion

1. Denne beretning handler om styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Praksissektoren omfatter alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og tandplejere, fysioterapeuter, fodterapeuter, kiropraktorer samt psykologer. I beretningen benævnes disse ydere, mens behandlinger og konsultationer i praksissektoren benævnes ydelser.

2. Praksissektoren leverer i dag størstedelen af de ydelser, borgerne modtager uden for sygehusvæsenet. De offentlige udgifter til praksissektoren udgjorde i 2011 ca. 13,7 mia. kr. (løn- og prisniveau 2011). Fra 2001 til 2011 steg udgifterne med ca. 2,5 mia. kr., svarende til ca. 22 %. Der er således tale om en sektor, som er vokset gennem de seneste 10 år, og som i dag lægger beslag på betydelige resurser.

3. Rigsrevisionen har igangsat undersøgelsen på eget initiativ i november 2011. Formålet med beretningen er at kortlægge de overordnede rammer for styringen af praksissektoren, herunder afdække reguleringen på området, og undersøge, om Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (herefter Sundhedsministeriet) og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Hvilke rammer og krav i lovgivningen og i økonomiaftalerne med regionerne danner grundlag for styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren?
- Kan regionerne på tilfredsstillende vis styre, herunder planlægge og påvirke, aktiviteter og udgifter i praksissektoren?
- Kan regionerne på tilfredsstillende vis kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren?

4. Kvaliteten af ydelserne i praksissektoren har ikke været en del af undersøgelsen. Beretningen indeholder derfor ikke en vurdering af kvalitetsstyringen inden for praksissektoren eller af kvaliteten af behandlingen af patienterne.

Yderorganisationer

De 8 organisationer, der indgår aftaler på vegne af yderne i praksissektoren, er:

1. Danske Fysioterapeuter.
2. Dansk Kiropraktor Forening.
3. Dansk Psykolog Forening.
4. Dansk Tandplejerforening.
5. Foreningen af Speciallæger (FAS).
6. Landsforeningen af statsaut. Fodterapeuter.
7. Praktiserende Lægers Organisation (PLO).
8. Tandlægeforeningen.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Nævnet indgår kollektive aftaler med praksissektorens yderorganisationer. Finansministeren udpeger nævnets 9 medlemmer, der repræsenterer Finansministeriet, Sundhedsministeriet, regionerne og kommunerne.

UNDERSØGELSENS HOVEDKONKLUSION

Praksissektoren er en central del af sundhedsvæsenet, både når det gælder konsultationer og behandlinger, men også i udgiftsmæssig henseende. Lovgivningen fastsætter kun få krav, og rammerne for sektoren fastlægges primært i de aftaler, som indgås mellem praksissektorens yderorganisationer og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Rigsrevisionen har i denne undersøgelse især haft fokus på at vurdere, om Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. De aftaler, som styringen baserer sig på, er komplekse og forskellige fra område til område. Dette er historisk betinget og er et resultat af forhandlingerne med de enkelte yderes organisationer.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at regionernes indsats for at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren på det seneste er blevet styrket, og at der på flere områder arbejdes med fremadrettede initiativer. Der er dog forskel på regionerne, og Rigsrevisionen finder det væsentligt, at regionernes indsats på området fortsat forbedres.

Det er dog også Rigsrevisionens vurdering, at de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Der er således behov for ændrede rammer, der giver regionerne bedre styringsmuligheder. Bl.a. er der behov for at forbedre regionernes muligheder for at kontrollere og følge op på de ydelser, der leveres.

Med økonomiaftalen for 2013 mellem regeringen og regionerne er parterne blevet enige om at arbejde for en skærpet aktivitets- og udgiftsstyring af praksissektoren og enige om, at sektoren løbende skal levere produktivetsforbedringer.

Samlet set finder Rigsrevisionen, at Finansministeriet og Sundhedsministeriet i samarbejde med regionerne bør øge indsatsen for at etablere mere hensigtsmæssige rammer, herunder bedre redskaber til styring, kontrol og opfølgning på aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Hovedkonklusionen er baseret på følgende delkonklusioner:

Hvilke rammer og krav i lovgivningen og i økonomiaftalerne med regionerne danner grundlag for styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren?

Lovgivningen for praksissektoren og økonomiaftalerne med regionerne fastsætter få overordnede rammer og krav til regionernes styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Sundhedsloven fastslår regionernes forsyningspligt og økonomiansvar for praksissektoren. Specifikke rammer og krav til styringen fastsættes i aftaler mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer, idet der er tale om et forhandlingsområde. Rigsrevisionen finder det centralt, at aftalerne giver regionerne mulighed for at styre aktiviteter og udgifter. Regionernes Lønnings- og Takstnævn bør desuden på de områder, hvor de administrative opgaver er de samme, tilstræbe mere ensartede aftaler på tværs af praksisområderne. Mere ensartede aftaler vil efter Rigsrevisionens opfattelse kunne medvirke til at lette regionernes administration af praksissektoren.

Kan regionerne på tilfredsstillende vis styre, herunder planlægge og påvirke, aktiviteter og udgifter i praksissektoren?

Aktivitetsniveauet i praksissektoren er i høj grad styret af borgernes efterspørgsel, samtidig med at der er få begrænsninger på det antal ydelser, den enkelte yder kan give borgerne. Regionerne har derfor kun begrænsede muligheder for at påvirke udviklingen i aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Regionerne har ikke selvstændig kompetence til at fastsætte, hvor mange alment praktiserende læger regionen finder tilstrækkeligt til at dække borgernes behov. På andre områder har regionerne kompetence til at beslutte antallet af ydere, dog ikke for tandlæger og tandplejere, hvor der er fri nedsættelsesret.

Det er vanskeligt for regionerne at budgettere udgifterne til praksissektoren præcist. Det skyldes, at betalingen til yderne i det væsentlige er baseret på afregning for ydelser, hvor regionerne har vanskeligt ved at skønne udviklingen og har begrænsede muligheder for at påvirke forbruget.

Honorarsystemet indebærer, at der primært betales for det antal ydelser, yderne giver borgerne. Med få undtagelser er der ikke en øvre grænse for, hvor mange og hvilke ydelser den enkelte yder kan give til borgerne. Honorarsystemet kan således tilskynde til et højt ydelsesniveau i praksissektoren.

Ny teknologi, effektivisering af arbejdsprocesser og brug af hjælpepersonale kan føre til et fald i ydernes omkostninger. Da honorarsatserne imidlertid ikke reduceres i takt hermed, får regionerne generelt ikke del i den økonomiske gevinst, der kan være ved en produktivitet fremgang i praksissektoren.

Økonomiprotokollaterne i de landsdækkende aftaler med ydernes organisationer har til formål at dæmpe udgiftsvæksten på de enkelte praksisområder. Der er dog forskel på protokollaterne på de enkelte områder, og det er ikke alle udgifter i praksissektoren, der er omfattet af protokollaterne. Protokollaterne har kun været i kraft i kort tid, men grundet deres forskellighed må de forventes at få forskellig effekt på udviklingen i udgifterne på de enkelte praksisområder og i de enkelte regioner.

Kan regionerne på tilfredsstillende vis kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren?

De nuværende rammer giver ikke regionerne tilfredsstillende muligheder for at kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Der er tale om et system, som er baseret på tillid til, at yderne indberetter de ydelser, der er givet, og regionerne kan ikke kontrollere, om udbetalingen af honorar til yderne modsvarer den ydelse, borgeren har modtaget.

Regionerne modtager årligt flere end 60 mio. regninger fra yderne. Regionerne kontrollerer via systemkontroller, om udbetalingerne er i overensstemmelse med vilkårene i de landsdækkende aftaler, men en række forbehold og undtagelser i aftalerne medfører, at regionerne også må gennemføre en manuel kontrol af en del af regningerne. Da aftalerne er vanskelige at tolke, må der ofte foretages en skønsmæssig vurdering af, om regningerne er i overensstemmelse med aftalerne. Der er derfor risiko for, at yderne får udbetalt uberettigede honorarer.

Alle regioner er gået sammen om at udarbejde kravspecifikationer til et nyt afregningssystem. Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne i den forbindelse overvejer, om kontrollen kan automatiseres yderligere.

En af årsagerne til, at regionerne ikke kan udføre en effektiv kontrol, er, at en væsentlig del af kontrollen med ydernes forbrug og kompetencen til at sanktionere yderne er henlagt til regionernes samarbejdsudvalg, hvori ydernes organisationer indgår.

Grænseværdierne for, hvornår en yder tages ud til kontrol, er sat så højt i de landsdækkende aftaler, at ydernes forbrug kan ligge langt over gennemsnitsforbruget, uden at forbruget undersøges nærmere. Der er desuden forskel på, hvilke sanktioner samarbejdsudvalgene gennemfører over for yderne, ligesom der kan gå lang tid, før samarbejdsudvalget skrider til økonomiske sanktioner.

Regionerne har i stigende omfang gennemført kontrol af afregningen med yderne som supplement til de automatiske kontroller i afregningssystemet og årskontrollen. Omfanget af kontrollen er dog forskelligt fra region til region, ligesom det er forskelligt, i hvor høj grad regionerne kræver uretmæssigt udbetalte honorarer tilbagebetalt. Rigsrevisionen finder, at regionerne bør styrke indsatsen på dette område for at sikre tilbagebetaling af uretmæssigt udbetalte honorarer og for at opnå en præventiv effekt af kontrollen.

Samarbejdsudvalg

I hver region er der nedsat et samarbejdsudvalg for hvert af de 8 praksisområder. Samarbejdsudvalget er sammensat af repræsentanter fra regionen og yderorganisationen.

Samarbejdsudvalgene skal vejlede med hensyn til forståelse og anvendelse af de landsdækkende aftaler og behandle den årlige kontrolstatistik mv.

II. Indledning

A. Baggrund

5. Denne beretning handler om, hvorvidt Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Praksissektoren omfatter alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og tandplejere, fysioterapeuter, fodterapeuter, kiropraktorer samt psykologer.

6. Praksissektoren leverer i dag størstedelen af de ydelser, borgerne modtager uden for sygehusvæsenet. Den alment praktiserende læge er borgerens første – og i langt de fleste tilfælde eneste – kontakt til sundhedsvæsenet. I 9 ud af 10 tilfælde afsluttes konsultationen hos den alment praktiserende læge uden videre behandling. De alment praktiserende læger behandler således hovedparten af borgernes sundhedsproblemer. Ligeledes er de øvrige behandlere i praksissektoren medvirkende til at begrænse tilgangen til sygehusene ved at varetage en væsentlig del af behandlingerne. Praksissektoren har derfor stor betydning for den sundhedsmæssige indsats over for borgerne, og en velfungerende praksissektor er afgørende for en begrænsning af udgiftsvæksten i det øvrige sundhedsvæsen. Af boks 1 fremgår nogle af regionens administrative opgaver i forhold til praksissektoren.

BOKS 1. ADMINISTRATION AF PRAKSISSEKTOREN

I regionerne er der ca. 205 fuldtidsbeskæftigede med administrationen af praksissektoren. De varetager mange forskellige opgaver, herunder budgetlægning og planlægning samt opfølgning, økonomi-rapportering, regnskabsafklæggelse og løbende kontrol af honorarudbetaling til yderne – herunder kontrol af regninger fra yderne. En væsentlig opgave er desuden at betjene samarbejdsudvalgene, der vejleder yderne med hensyn til forståelse og anvendelse af de landsdækkende aftaler og behandler den årlige kontrolstatistik. Der er ca. 11.900 ydere fordelt på de 8 praksisområder.

7. Praksissektoren er offentligt eller delvist offentligt finansieret. Visse ydelser, fx tandpleje, fysioterapi, fodterapi og kiropraktik, finansieres af offentlige tilskud og borgernes egenbetaling, mens behandling hos alment praktiserende læge og speciallæge udelukkende finansieres af offentlige tilskud.

8. De offentlige udgifter til praksissektoren udgjorde i 2011 ca. 13,7 mia. kr. (løn- og prisniveau 2011). Heraf udgjorde udgifterne til de 2 største udgiftsområder – de alment praktiserende læger og speciallægerne – ca. 10,3 mia. kr., svarende til ca. 75 % af udgifterne til praksissektoren. De alment praktiserende læger alene afholdt ca. halvdelen af udgifterne i 2011. De mindste udgiftsområder var fodterapi og kiropraktik, som udgjorde under 1 % af udgifterne.

9. Udgifterne til praksissektoren steg fra 2001 til 2011 med ca. 2,5 mia. kr., svarende til en stigning på ca. 22 %. Stigningen har været størst for de alment praktiserende læger (opgjort i kr.) med en stigning på ca. 849 mio. kr., mens stigningen procentvis har været størst for psykologerne med en stigning på 200 %.

Stigningen i udgifterne til praksissektoren har ligget over stigningen i det samlede offentlige forbrug, som i samme periode har været ca. 12 %. Stigningen har dog været lavere end den generelle stigning i udgifterne til sundhedsvæsenet i perioden. Forklaringer på årsager til stigningen i udgifter til praksissektoren fremgår af boks 2.

BOKS 2. SUNDHEDSMINISTERIETS FORKLARING PÅ ÅRSAGER TIL STIGNINGEN I UDGIFTER TIL PRAKSISSEKTOREN

Sundhedsministeriet peger på 4 overordnede årsager til stigningen i udgifter i praksissektoren:

- en ændret befolkningssammensætning, herunder flere ældre, som har større behov for behandling og pleje
- de medicinsk-teknologiske fremskridt, som har medført nye og flere behandlingsmuligheder
- en øget politisk prioritering af området med nye målgrupper og nye ydelser dækket fuldt eller delvist af offentlig finansiering
- en øget økonomisk vækst i samfundet.

Foruden de 4 overordnede årsager til stigningen i udgifterne, som Sundhedsministeriet peger på, skyldes stigningen tillige en forøgelse af honorarsatserne til yderne i praksissektoren.

10. Udviklingen i praksissektoren har været præget af en ændret struktur i sundhedsvæsenet med specialisering af sygehusbehandlingen og udlægning af nye opgaver, herunder mere ambulante behandling, til praksissektoren. Grundlaget for denne udvikling har bl.a. været den medicinsk-teknologiske udvikling, der har skabt flere muligheder for behandling uden for sygehusvæsenet. Samtidig har der været en udvikling i retning af, at flest mulige opgaver skulle løses i det primære sundhedsvæsen – herunder praksissektoren – ud fra princippet om, at de sundhedsmæssige opgaver bør løses på lavest mulige omkostningsniveau.

11. Hertil kommer, at praksissektoren formentlig vil få en endnu mere central rolle i løsningen af de fremtidige sundhedsopgaver. Praksissektoren vil således i takt med den medicinsk-teknologiske udvikling kunne overtage stadig flere opgaver fra sygehusvæsenet. Med den demografiske udvikling og stigningen i antallet af kronisk syge er behovet for behandling og diagnostik steget, bl.a. i praksissektoren, og det vil formentligt fortsat stige. Sammen med krav om bedre behandling og sammenhængende patientforløb vil dette udfordre styringen af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Undersøgelsen handler derfor om, hvorvidt regionerne, som administrativ myndighed på området med ansvar for planlægning, kontrol og styring, har de rette redskaber til at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Dette vil være afgørende for regionernes fremtidige styring og opgaveløsning.

B. Formål, afgrænsning og metode

12. Formålet med beretningen er at kortlægge de overordnede rammer for styringen af praksissektoren, herunder afdække reguleringen på området, og at undersøge, om Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Hvilke rammer og krav i lovgivningen og i økonomiaftalerne med regionerne danner grundlag for styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren?
- Kan regionerne på tilfredsstillende vis styre, herunder planlægge og påvirke, aktiviteter og udgifter i praksissektoren?
- Kan regionerne på tilfredsstillende vis kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren?

13. Beretningen er opbygget, så kortlægningen af de overordnede rammer og krav, som danner grundlag for regionernes styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren, fremgår af kap. 3, regionernes styring af aktiviteter og udgifter mv. i praksissektoren fremgår af kap. 4, og regionernes kontrol og opfølgning fremgår af kap. 5.

Metode og afgrænsning

14. Som led i undersøgelsen har vi gennemgået skriftligt materiale fra Finansministeriet, Sundhedsministeriet, Danske Regioner og regionerne. Vi har desuden gennemført interviews med chefer og medarbejdere fra praksisadministrationen i de 5 regioner. Interviewene havde særligt fokus på regionernes organisering af administrationen af praksissektoren, planlægning og budgetlægning, styring og kontrol af praksissektoren samt regionernes fremadrettede aktiviteter med henblik på at styrke mulighederne for styring af praksissektoren.

15. Vi har endvidere haft møder med Finansministeriet, Sundhedsministeriet og Danske Regioner. Disse møder havde fokus på rammer for og krav til regionernes styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Derudover har der været afholdt møder med yderorganisationerne, der dækker de 8 områder under praksissektoren, jf. pkt. 5. Disse møder havde især fokus på specifikke forhold i aftalerne med organisationerne og på særlige forhold på de enkelte praksisområder.

16. Endelig har vi gennemgået 70 kontrolsager i regionerne. Sagerne omhandler tilfælde, hvor yderne er blevet udtaget til kontrol, og der efterfølgende er foretaget en nærmere undersøgelse af niveauet for udgifter og af forbruget af ydelser til borgerne. Kontrolsagerne er ligeligt fordelt på de 5 regioner og praksisområderne alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer. Gennemgangen af sagerne havde til formål at vurdere regionernes kontrol og sanktionsmuligheder over for yderne i praksissektoren.

17. Kvaliteten af ydelserne i praksissektoren har ikke været en del af undersøgelsen. Beretningen indeholder derfor ikke en vurdering af kvalitetsstyringen inden for praksissektoren eller af kvaliteten af behandlingen af patienterne. Undersøgelsen er afgrænset til at omfatte de forhold, som indvirker på regionernes muligheder for at styre udgifterne i praksissektoren.

18. Undersøgelsen har ikke søgt at belyse, hvor stor en del af udgiftsudviklingen der kan tilskrives regionernes aktivitets- og udgiftsstyring, og hvor stor en del der kan tilskrives andre faktorer, fx en øget politisk prioritering af de ydelser, der stilles til rådighed i praksissektoren.

19. Yderne i praksissektoren er selvstændigt erhvervsdrivende. Vi har derfor ikke medtaget en vurdering af ydernes omsætning og indtjening i undersøgelsen. For at oplyse om de alment praktiserende lægers indtjening og omsætning anvender vi de senest kendte tal, som er baseret på en omkostningsanalyse foretaget af Praktiserende Lægers Organisation i 2009.

20. Borgerne kan frit vælge, om de vil være omfattet af sikringsgruppe 1 eller 2. I sikringsgruppe 1 er borgerne tilmeldt en alment praktiserende læge (egen læge), og konsultationer hos speciallæger kræver en henvisning (undtagen til øjenlæge og ørelæge). I sikringsgruppe 2 skal borgere ikke tilmelde sig en alment praktiserende læge, ligesom der ikke er noget henvisningskrav til speciallæger mv. Mindre end 0,5 % af borgerne er tilmeldt sikringsgruppe 2. Regionernes udgifter til borgernes behandling er den samme uanset sikringsgruppe. Rigsrevisionen skelner derfor ikke mellem de 2 grupper i denne undersøgelse.

21. Beretningen har i udkast været forelagt Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet.

22. Bilag 1 viser de bekendtgørelser, der omtales i beretningen.

Bilag 2 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

III. Overordnede rammer og krav

Lovgivningen for praksissektoren og økonomaftalerne med regionerne fastsætter få overordnede rammer og krav til regionernes styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Sundhedsloven fastslår regionernes forsyningspligt og økonomiansvar for praksissektoren. Specifikke rammer og krav til styringen fastsættes i aftaler mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer, idet der er tale om et forhandlingsområde. Rigsrevisionen finder det centralt, at aftalerne giver regionerne mulighed for at styre aktiviteter og udgifter. Regionernes Lønnings- og Takstnævn bør desuden på de områder, hvor de administrative opgaver er de samme, tilstræbe mere ensartede aftaler på tværs af praksisområderne. Mere ensartede aftaler vil efter Rigsrevisionens opfattelse kunne medvirke til at lette regionernes administration af praksissektoren.

A. De lovgivningsmæssige rammer og krav

23. Rigsrevisionens undersøgelse af lovgivningens overordnede rammer og krav til styringen af praksissektoren har vist følgende:

- Sundhedsloven angiver, at regionsrådene har forsyningspligten over for borgerne i praksissektoren og det økonomiske ansvar for praksissektoren. Regionerne skal udarbejde en plan for den samlede sundhedssektor, herunder praksissektoren. Kompetencen til at fastsætte de mere specifikke vilkår for aktiviteter og udgifter i praksissektoren er henlagt til Regionernes Lønnings- og Takstnævn, der skal indgå landsdækkende aftaler om vilkårene med ydernes organisationer.
- Rammerne for regionernes styring af praksissektoren er i det væsentlige fastsat og beskrevet i de aftaler, der bliver indgået med ydernes organisationer. Aftalerne fastlægger ligeledes betingelserne for ydernes aktiviteter og deres honorering.
- Aftalerne med ydernes organisationer er forskellige på tværs af praksisområderne, selv om der er ligheder i praksissektorens organisering og i regionernes administrative opgaver, fx med hensyn til afregning og kontrol med yderne. Forskellene er primært et resultat af forhandlingerne med ydernes organisationer.

Lovgivningen

24. I 1973 trådte lov om offentlig sygesikring i kraft, og dermed blev den hidtidige frivillige organisering af sygesikringen i form af en række private sygekasser omlagt til et offentligt sygesikringssystem. Intentionen med omlægningen var at skærpe muligheden for og incitamentet til at samordne praksissektoren med det øvrige sundhedsvæsen – sygehusene. Ansvar for sygesikringen blev derfor lagt ind under de daværende amter. I 2005 blev sygesikringsloven og sygehusloven samlet i sundhedsloven, og med kommunalreformen i 2007 blev de 14 amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab sammenlagt til 5 regioner, der i dag har ansvaret for styringen af praksissektoren.

25. Følgende overordnede lovgivningsmæssige rammer for styringen af praksissektoren er fastlagt i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010:

- Regionsrådene har ifølge § 57 ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner.
- § 206 fastsætter, at regionsrådene skal udarbejde en samlet plan for sundhedsområdet, herunder praksissektoren.
- I § 227 fremgår det, at der skal indgås aftaler om vilkårene for ydelserne i praksissektoren med sundhedspersonernes organisationer.
- Regionerne afholder ifølge § 234 udgifter til de ydelser, der er omfattet af loven, jf. §§ 60-71.

Sundhedsloven fastslår, at regionerne har forsyningspligten i praksissektoren og det økonomiske ansvar for praksissektoren.

26. Alle borgere, der er tilmeldt folkeregisteret og har bopæl i Danmark, har ret til sundhedslovens ydelser, jf. § 7. Sundhedsministeren fastsætter de nærmere regler for indholdet og omfanget af forsyningsforpligtelsen og størrelsen af de offentlige tilskud til ydelser i praksissektoren i en række bekendtgørelser, jf. bilag 1. Tabel 1 viser størrelsen af tilskud på de forskellige områder.

Tabel 1. Størrelsen af tilskud i praksissektoren

Område	Tilskudsstruktur
Alment praktiserende læger	Offentlig finansiering – dog egenbetaling for ydelser som ikke er omfattet af de landsdækkende aftaler, fx helbredsattest og vaccinationer.
Speciallæger	Offentlig finansiering.
Tandlæger og tandplejere	Børn og unge under 18 år: kommunal finansiering. Over 18 år: gennemsnitligt offentligt tilskud på ca. 25 %.
Fysioterapeuter	Offentligt tilskud på ca. 40 %. For svært handicappede er der 100 % kommunal finansiering.
Kiropraktorer	Offentligt tilskud på 10-25 %.
Fodterapeuter	Offentligt tilskud på 40-50 %.
Psykologer	Offentligt tilskud på 60 %.

Tabel 1 viser, at størrelsen af tilskud varierer mellem praksisområderne og udgør mellem 10 % og 100 % af honoraret for en ydelse. Tilskuddene inden for et bestemt praksisområde kan også variere, afhængigt af årsagen til at en ydelse skal gives. Fx er der forskel på størrelsen af tilskud til behandlinger hos kiropraktorer for patienter med kroniske lidelser – fx kroniske rygsmerter – og for andre patienter.

27. Bekendtgørelserne, jf. bilag 1, fastlægger videre, at den behandling, borgerne har ret til at få fuldt eller delvist finansieret af regionerne, skal gives af sundhedspersoner i praksissektoren, der har tilsluttet sig landsdækkende aftaler indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer, jf. sundhedslovens § 227. Aftalerne skal omfatte de nærmere vilkår for tilskud til konsultationer og behandlinger og eventuelle specifikationer heraf.

28. I praksissektoren er yderne selvstændigt erhvervsdrivende, der har opnået autorisation i henhold til autorisationsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011. Yderne har ret til at benytte medhjælp i deres virksomheder, jf. bekendtgørelse nr. 1219 af 12. november 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

Aftalebaseret system

29. Praksissektoren er organiseret på baggrund af landsdækkende, kollektive aftaler indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer. Det fremgår af boks 3, hvordan Regionernes Lønnings- og Takstnævn er sammensat.

BOKS 3. MEDLEMMER AF REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

Finansministeren udpeger de 9 medlemmer af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, der repræsenterer Sundhedsministeriet, Finansministeriet, regionerne og kommunerne. Nævnet træffer beslutninger ved stemmeflertal, men de 2 ministerielle medlemmer kan modsætte sig nævnets beslutninger. Dvs. at både Sundhedsministeriet og Finansministeriet kan nedlægge veto over for de aftaler, Regionernes Lønnings- og Takstnævn ønsker at indgå med ydernes organisationer.

Yderne skal tilslutte sig de landsdækkende aftaler, som deres organisationer har indgået med Regionernes Lønnings- og Takstnævn, for at kunne levere ydelser i praksissektoren mod offentligt finansieret honorarer. Da yderne ikke er ansat i regionerne, men er selvstændigt erhvervsdrivende, har regionerne ikke instruktionsbeføjelser over for yderne. Forholdet mellem regionerne og yderne er således primært fastlagt i de kollektive aftaler, der er indgået med ydernes organisationer. En region nævner som et eksempel på konsekvenserne af denne organisering, at når regionen udvikler vejledninger for god patientkommunikation på sygehusene, er det ikke muligt at forpligte almen praksis til at anvende samme vejledninger, medmindre den lokale yderorganisation vil indgå en aftale herom.

30. Aftalerne fastsætter en række administrative opgaver, som regionerne skal løse, ligesom aftalerne indeholder vilkår og betingelser for leverancen af ydelserne. Aftalerne beskriver bl.a. ansvar og opgaver for de enkelte ydere, overordnede mål for det enkelte område og konkrete bestemmelser, der gælder for driften af praksis. Derudover fastlægger aftalerne takster for honorering af ydelser. Dvs. den pris, regionerne skal betale yderne for at levere de forskellige ydelser, der indgår i konsultationerne og behandlingerne. Aftalerne fastlægger kun i begrænset omfang kvalitetskrav til ydelserne.

Det fremgår ligeledes af aftalerne, hvordan afregning mellem ydere og region skal foregå. Endvidere beskriver aftalerne, hvordan regionen i samarbejde med yderne og deres organisationer skal sikre et ensartet ydelsesforbrug inden for de enkelte praksisområder gennem forskellige statistiske kontroller.

31. Aftalerne bliver typisk indgået for en 2-4-årig periode, eller indtil de opsiges af en af parterne. Hvis aftalerne ikke bliver opsagt af parterne, fortsætter de med uændrede vilkår. Det betyder, at honorarniveauet fastholdes og stiger med de reguleringsprocenter, der er fastsat i aftalerne. Hvis en aftale er blevet opsagt, og Regionernes Lønnings- og Takstnævn ikke er blevet enig med ydernes organisation om indholdet i en ny aftale, er det sundhedsministeren, der fastsætter vilkårene for det offentlige tilskud til behandling i praksissektoren, jf. sundhedslovens § 229. Borgerne har i situationer, hvor der ikke foreligger en aftale, fortsat ret til fuldt eller delvist at få finansieret ydelserne. I boks 4 ses et eksempel på sådan en situation.

BOKS 4. KONFLIKT PÅ OMRÅDET FOR FODTERAPI

I perioden 2005-2010 var der ikke en aftale mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Landsforeningen af statsaut. Fodterapeuter. Det betød, at de normale procedurer for afregning af yderne var suspenderet. Borgeren betalte hele regningen for fodterapeutisk behandling til yderen og fik efterfølgende tilskudsandelen refunderet af bopælskommunen, der derefter fik udgifterne dækket af regionen.

32. Der er flere ligheder i de administrative opgaver, regionerne skal løse på tværs af yderområderne, men opgaverne er meget forskelligt beskrevet i aftalerne. Det skyldes dels, at der er forskel på, om behandlingerne er helt eller delvist finansieret, dels er der forskel på arten og omfanget af ydelser, fx mellem en speciallæge og en fysioterapeut, dels er det en konsekvens af historiske forhandlingsresultater. Undersøgelsen har vist, at forskellene i aftalerne gør området vanskeligere for regionerne at administrere.

Samarbejdsudvalgene

33. Hver region har lokale samarbejdsudvalg for de forskellige praksisområder. Samarbejdsudvalgene er paritetiske, dvs. ligeligt sammensat af repræsentanter fra regionsrådet og repræsentanter for yderne i regionen. Samarbejdsudvalgene skal vejlede med hensyn til forståelse og anvendelse af de enkelte bestemmelser i aftalerne med ydernes organisationer. Det er derudover forskelligt fra aftale til aftale, hvilke konkrete opgaver samarbejdsudvalgene skal varetage. Samarbejdsudvalgene kan udelukkende træffe afgørelser i enighed. Boks 5 giver eksempler på samarbejdsudvalgenes opgaver.

BOKS 5. EKSEMPLER PÅ SAMARBEJDSUDVALGENES OPGAVER

Samarbejdsudvalgene skal fx:

- behandle den årlige kontrolstatistik og iværksætte sanktioner over for yderne
- behandle sager om praksisnedsættelse og praksislukning
- vejlede i forståelse og anvendelse af de landsdækkende aftalers enkelte bestemmelser
- drøfte og evaluere ydernes anvendelse af eventuelle lokale aftaler i regionen
- drøfte samarbejdet om forebyggelsesindsatsen med de andre praksisområder, sygehusene og kommunerne.

34. Såfremt samarbejdsudvalgene ikke kan nå til enighed i en sag, kan sagen overdrages til et landsdækkende samarbejdsudvalg, der ligeledes er paritetisk sammensat af repræsentanter for Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes landsorganisation. Landssamarbejdsudvalgene behandler spørgsmål af mere principiel karakter i forhold til de landsdækkende aftaler, træffer afgørelser, når samarbejdsudvalgene ikke kan nå til enighed, og behandler anker over afgørelser truffet af de lokale samarbejdsudvalg.

35. Landssamarbejdsudvalgene kan i lighed med de lokale samarbejdsudvalg udelukkende træffe beslutninger i enighed. Hvis parterne ikke kan blive enige, kan sagen inden for nogle praksisområder videresendes til behandling i en voldgift. I andre tilfælde må afgørelse af et principielt spørgsmål afvente næste forhandling af den landsdækkende aftale.

B. Rammer og krav i økonomiaftalerne

36. Rigsrevisionens undersøgelse af, hvilke forventninger til regionernes styring af praksissektoren der fremgår af økonomiaftalerne, har vist følgende:

- Økonomiaftalerne mellem staten og regionerne fastsætter den samlede økonomiske ramme for regionernes forbrug på sundhedsområdet. Aftalerne opstiller meget få direkte forventninger til, hvordan regionerne skal tilrettelægge økonomi, budget og styring i praksissektoren.

Økonomiaftalerne

37. I økonomiaftalerne fastlægger staten og regionerne den økonomiske ramme for udgifterne til den regionale del af sundhæsvæsenet. Økonomiaftalerne fastlægger ikke en nærmere fordeling af midlerne mellem praksissektoren og sygehussektoren, idet den økonomiske ramme omfatter midler til at varetage opgaver på det samlede sundhedsområde. Det er den enkelte regions ansvar at fordele midlerne til dækning af de forskellige opgaver, herunder til sygehusene og praksissektoren.

38. Rigsrevisionen har gennemgået økonomiaftalerne for 2010-2013 for at undersøge, hvilke konkrete forventninger aftalerne stiller til regionernes styring af praksissektoren. Gennemgangen viser, at aftalerne meget få steder refererer direkte til praksissektoren, og hverken i 2010 eller 2012 er der opstillet konkrete forventninger til regionernes styring af praksissektoren.

39. Det fremgår af økonomiaftalen for 2011, at regionerne for at styrke økonomistyringen skal skærpe kravene til overvågning og styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Udgiftsudviklingen i praksissektoren skal overvåges systematisk, både sammensætningen af de konkrete ydelser under ét og de enkelte ydere. Det fremgår ikke af aftalerne, hvordan det konkret skal udmøntes i regionerne.

40. Det fremgår videre, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn i de kommende forhandlinger med de alment praktiserende lægers organisation vil stille krav om en skærpet overvågning og mere håndfaste krav i relation til økonomi- og udgiftsstyring, der understøtter en opbremsning i udgiftsvæksten.

41. Sundhedsministeriet har oplyst, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn – i overensstemmelse med målsætningerne i økonomiaftalen – i de efterfølgende aftaler med organisationerne har skærpet kravene til overvågning og styring i relation til aktivitets- og udgiftsudvikling i praksissektoren. Det har fx betydet, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer er blevet enige om, at der skal udarbejdes omkostnings- og indtjenningsundersøgelser på flere praksisområder og indføres udgiftsdæmpende foranstaltninger i økonomiprotokollater.

42. I den netop indgåede økonomiaftale for 2013 fremgår det i forhold til praksissektoren, at regeringen og Danske Regioner vil arbejde for at sikre, at regionerne råder over de fornødne planlægnings- og styringsredskaber, og skærpe aktivitets- og udgiftsstyringen i praksissektoren. Endelig er det aftalt, at praksissektoren løbende bør levere produktivetsforbedringer.

IV. Regionernes styring af aktiviteter og udgifter mv.

Aktivitetsniveauet i praksissektoren er i høj grad styret af borgernes efterspørgsel, samtidig med at der er få begrænsninger på det antal ydelser, den enkelte yder kan give borgerne. Regionerne har derfor kun begrænsede muligheder for at påvirke udviklingen i aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Regionerne har ikke selvstændig kompetence til at fastsætte, hvor mange alment praktiserende læger regionen finder tilstrækkeligt til at dække borgernes behov. På andre områder har regionerne kompetence til at beslutte antallet af ydere, dog ikke for tandlæger og tandplejere, hvor der er fri nedsættelsesret.

Det er vanskeligt for regionerne at budgettere udgifterne til praksissektoren præcist. Det skyldes, at betalingen til yderne i det væsentlige er baseret på afregning for ydelser, hvor regionerne har vanskeligt ved at skønne udviklingen og har begrænsede muligheder for at påvirke forbruget.

Honorarsystemet indebærer, at der primært betales for det antal ydelser, yderne giver borgerne. Med få undtagelser er der ikke en øvre grænse for, hvor mange og hvilke ydelser den enkelte yder kan give til borgerne. Honorarsystemet kan således tilskynde til et højt ydelsesniveau i praksissektoren.

Ny teknologi, effektivisering af arbejdsprocesser og brug af hjælpepersonale kan føre til et fald i ydernes omkostninger. Da honorarsatserne imidlertid ikke reduceres i takt hermed, får regionerne generelt ikke del i den økonomiske gevinst, der kan være ved en produktivitsfremgang i praksissektoren.

Økonomiprotokollaterne i de landsdækkende aftaler med ydernes organisationer har til formål at dæmpe udgiftsvæksten på de enkelte praksisområder. Der er dog forskel på protokollaterne på de enkelte områder, og det er ikke alle udgifter i praksissektoren, der er omfattet af protokollaterne. Protokollaterne har kun været i kraft i kort tid, men grundet deres forskellighed må de forventes at få forskellig effekt på udviklingen i udgifterne på de enkelte praksisområder og i de enkelte regioner.

A. Planlægning af antal ydere og ydelser

43. Rigsrevisionens undersøgelse af, om regionerne planlægger antallet af ydere og ydelser, har vist følgende:

- Regionerne har kompetence til at beslutte antallet af ydere for gruppen af speciallæger, psykologer, kiropraktorer, fysioterapeuter og fodterapeuter, mens samarbejdsudvalget beslutter antallet af de praktiserende læger. Det er en udfordring for 4 af regionerne at få dækket behovet for alment praktiserende læger.
- Regionerne har med udgangspunkt i de landsdækkende aftaler begrænsede muligheder for at påvirke forbruget af ydelser, da forbruget primært er afhængigt af yderens vurdering af patientens behov for ydelser. Regionerne forsøger via vejledninger om praksis for henvisning i regionen at påvirke ydernes vurdering af behovet.
- Den teknologiske udvikling og ansættelse af hjælpepersonale kan betyde, at den enkelte yder kan tilbyde mere specialiserede ydelser. Dette kan være med til at øge antallet af ydelser, som den enkelte yder bliver honoreret for, hvilket også gør det vanskeligt at styre aktiviteten og udgifterne i praksissektoren.

Antal ydere i regionerne

44. En yder skal have tiltrådt en af de landsdækkende aftaler for at kunne levere ydelser til borgerne. Yderen skal endvidere være autoriseret i henhold til autorisationsloven, og regionen skal tildele yderen et ydernummer. Ydernummeret er udtryk for, at yderen har ret til at behandle patienter og blive honoreret af det offentlige.

45. Et ydernummer kan deles mellem flere ydere, og derfor er antallet af ydernes numre ikke det samme som antallet af ydere i regionen. Fx kan 2 alment praktiserende læger dele et ydernummer, og en kiropraktor kan ansætte en anden autoriseret kiropraktor, som afregner på samme ydernummer.

Antallet af ydere inden for de forskellige praksisområder i hver region afhænger af befolkningens størrelse og behovet for ydelser blandt befolkningen i lokalområdet sammenholdt med det antal ydelser, som yderne kan præstere. Ifølge forsyningsforpligtelsen er regionen på området for alment praktiserende læger forpligtet til at tildele praksisret til en yder, hvis et område mangler ydere, og der ikke kan indgås en aftale med de eksisterende ydere om at forøge deres kapacitet.

46. For de alment praktiserende læger beslutter det regionale samarbejdsudvalg én gang om året, hvor mange ydere der skal være i regionen. Antallet af ydere er fastsat på baggrund af en obligatorisk analyse af behovet for ydere baseret på de alment praktiserende lægers tilbagemelding på, om de kan optage flere borgere.

47. For speciallæger, psykologer, kiropraktorer og fodterapeuter er det den enkelte region, der har kompetence til at træffe afgørelse om antallet af ydere. For fysioterapeuter er der delt myndighedsansvar mellem regionerne og kommunerne, så fastsættelse af antal ydere varetages i et samarbejde. Tandlæger og tandplejere skal i modsætning til de andre ydere ikke ansøge om at etablere en praksis, da de har fri nedsættelsesret.

48. Regionernes opgørelse af, om de har dækket behovet for de alment praktiserende læger, har vist, at regionerne – bortset fra Region Hovedstaden – har vanskeligt ved at tiltrække eller fordele alment praktiserende læger geografisk. Ligeledes har Region Nordjylland haft svært ved at tiltrække speciallæger til praksisområdet.

Planlægning og styring af ydernes aktivitet

49. Den samlede aktivitet i praksissektoren kan udtrykkes som antallet af de ydelser, der leveres. Antallet af ydelser er bl.a. afhængigt af yderens vurdering af patientens behandlingsbehov. Det er den praktiserende læge, der afgør, om der er behov for, at patienten skal henvises til andre dele af sundhedsvæsenet. For at blive behandlet hos psykologer, fysioterapeuter, fodterapeuter og de fleste speciallægegrupper skal borgeren have en henvisning fra sin praktiserende læge. Behandling hos tandlæger, tandplejere, kiropraktorer, ørelæger og øjenlæger kræver ikke henvisning. Regionerne har med udgangspunkt i de landsdækkende aftaler ringe mulighed for at påvirke antallet af ydelser, som yderne leverer.

50. Den alment praktiserende læge er med til at styre efterspørgslen efter ydelser gennem den første henvendelse fra borgeren. Undersøgelsen har vist, at regionerne har udarbejdet en række vejledninger til lægen om regionens praksis for videre henvisning til sygehuse, speciallæger mv. Region Hovedstaden og Region Sjælland har helt eller delvist indført fælles visitation for regionens alment praktiserende læger. Den Fælles Visitation skal i dialog med lægen og patienten sikre, at patienten bliver henvist til rette viderebehandling på sygehusene eller i den øvrige praksissektor.

Visitation

Vurdering af, hvilken ydelse der er behov for, og hvem der skal udføre ydelsen.

Begrænsninger på antal ydelser

51. I bekendtgørelserne under sundhedsloven, jf. bilag 1, og i de landsdækkende aftaler er der enkelte begrænsninger på, hvor mange ydelser yderne må give. Psykologer kan således højst give op til 12 konsultationer pr. behandlingsforløb, og en henvisning til en speciallæge er normalt kun gyldig i 6 måneder og omfatter sædvanligvis maksimalt honorering af i alt 6 konsultationer. Begrænsningerne i forhold til antallet af ydelser gælder i mindre grad alment praktiserende læger.

52. Aftalerne beskriver ligeledes, hvilke ydelser en yder i nogle tilfælde ikke må kombinere i en behandling. Fx kan en kirurg i henhold til den landsdækkende aftale for speciallæger ikke opkræve honorar for en almindelig konsultation samtidig med et operationshonorar.

53. Ydelsesbeskrivelser i aftalerne er ligeledes med til at sætte grænser for antallet af ydelser som led i en behandling. Ydelsesbeskrivelserne er udarbejdet med det formål at sikre et nogenlunde ensartet niveau for behandlingen på tværs af ydere og giver således yderen retningslinjer for, hvad en ydelse består af. Yderne har dog stadig stor handlefrihed i forhold til at fastlægge behandlingen.

Lokale aftaler til regulering af antal ydelser

54. Regionen kan indgå lokale aftaler med yderne om, hvilke typer ydelser (fx operation af grå stær) og antal ydelser, som yderen skal levere. Der følger typisk honorering for en bestemt ydelse med i de lokale aftaler. Regionen kan bruge aftalerne, særligt på speciallægeområdet, til at sætte fokus på ydelser, der er omfattet af ventetider, og som også udføres på sygehusenes ambulatorier. Formålet er således at nedbringe ventetiderne. I boks 6 gives et eksempel på en lokalafale.

BOKS 6. RAMMEAFTALE FOR OPERATION AF STRITØRER I ØRELÆGEPRAKSIS

Aftalen er indgået mellem Region Syddanmark og praktiserende speciallæger i regionen i 2007 og skal muliggøre operation for stritører i ørelægepraksisser. Aftalen gælder for bestemte navngivne ørelæger, der uden begrænsning i antallet må udføre operationerne, og for alle ørelæger i det tidligere Vejle Amt, der maksimalt må udføre 50 operationer om året. Operationerne honoreres med et grundhonorar på 3.150 kr. (2007-niveau) for den 1. operation i en konsultation og 1.575 kr. (2007-niveau) for den 2. operation.

55. Regionerne bruger i varierende grad mulighederne for at indgå lokale aftaler, ligesom det varierer, hvordan regionerne bruger aftalerne i styringen af praksisområdet. Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Sjælland arbejder målrettet på at nedbringe antallet af lokale aftaler både med henblik på at ensrette vilkårene for yderne, men også for at nedbringe den resurse-mæssige byrde, som administration af lokale aftaler giver. Region Midtjylland har oplyst, at opsigelse af lokalaf-taler har betydet, at udgiftsvæksten især på speciallægeområdet er faldet.

Regionernes praksisplaner

56. I de landsdækkende aftaler med ydernes organisationer fremgår det, at regionerne skal udarbejde planer for de enkelte praksisområder. På området for alment praktiserende læger er det samarbejdsudvalget, der skal udarbejde planen. Planerne skal indeholde oplysninger om regionens demografiske udvikling og forventet udvikling i antallet af ydere baseret på borgernes efterspørgsel efter ydelser. Planerne kan desuden behandle spørgsmål om rekruttering og fastholdelse af ydere, stillingtagen til forskellige praksisformer – herunder om regionen støtter en given organisering, fx flerlægepraksis – og spørgsmålet om geografisk placering af praksis. Der skal ikke udarbejdes planer for tandlæger og tandplejere, da de har fri mulighed for at etablere en praksis.

57. Ifølge aftalen for alment praktiserende læger skal regionerne bl.a. udarbejde praksisplanerne for at sikre en rimelig lægedækning, en rimelig fordeling af arbejdsbyrden og et rimeligt patientgrundlag for den enkelte alment praktiserende læge. For almen lægepraksis og speciallægerne fremgår det af aftalerne, at regionernes praksisplaner skal behandles minimum hvert 4. år.

58. Praksisplanerne skal indeholde en række oplysninger og viden om praksissektoren og regionerne som helhed. Planerne kan anvendes til at kortlægge det fremadrettede behov for antal ydere og aktivitet i praksissektoren. Tabel 2 viser, hvornår regionerne har udarbejdet praksisplaner.

Tabel 2. Årstal for regionernes praksisplan på området

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Alment praktiserende læger	2008	2008	2008	2009	2008
Speciallæger	2008	2008	2011 (3 specialer)	2009	2009
Psykologer ¹⁾	2009	2009	I høring	2009	2011
Kiropraktorer	2008	2008	2011	2010	2010
Fysioterapeuter	2008	2008	2010	2009	2010

¹⁾ For psykologer bliver praksisplaner en del af den landsdækkende aftale i 2008.

Note: Fodterapiområdet er ikke medtaget, da der har været konflikt på området indtil midten af 2011. Tandlæge- og tandplejeområdet er heller ikke medtaget i tabellen, da de har fri nedsættelsesret til at praktisere.

Tabel 2 viser, at Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Syddanmark sidst har udarbejdet praksisplaner. Region Syddanmark har endnu ikke en plan for alle specialerne inden for speciallægeområdet, ligesom praksisplanen for psykologer først medio 2012 er sendt i høring.

Rigsrevisionens gennemgang har således vist, at regionerne har udarbejdet praksisplanerne løbende, og at der endnu udestår at blive udarbejdet enkelte planer. Praksisplanerne har derfor ikke i alle tilfælde udgjort et effektivt redskab til at planlægge udviklingen i praksissektoren. Region Syddanmark har oplyst, at styringen af kapaciteten i praksissektoren for regionens vedkommende også sker på anden vis end via praksisplanerne.

Andre muligheder for at påvirke aktiviteten i praksis

59. Den teknologiske udvikling giver yderne mulighed for at levere de samme ydelser mere effektivt og for at tilbyde nye typer af ydelser, som måske tidligere kun kunne udføres på et sygehus eller på en specialklinik. Fx er det med udstyr til at analysere blodprøver nu muligt for yderne i praksissektoren selv at udføre langt mere avancerede prøver end tidligere. Tilgængeligheden af den nye teknologi kan skabe flere ydelser, der tidligere ikke ville være blevet udført i samme omfang. Den teknologiske udvikling kan omvendt også give grundlag for færre konsultationer og dermed en besparelse, fx ved at patienten selv foretager målinger til regulering af behovet for blodfortyndende medicin.

60. På alle praksisområder kan en yder ansætte hjælpepersonale, der skal medvirke i praksis i overensstemmelse med autorisationsloven og Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Hjælpepersonale kan fx være andre læger, fysioterapeuter, sygeplejersker, laboratoriepersonale og farmaceuter.

Der er få begrænsninger på, hvilke opgaver hjælpepersonalet må varetage, og de kan fx varetage selvstændige opgaver vedrørende vejledning og opfølgning på kronisk syge patienter som fx diabetikere. Ansættelse af hjælpepersonale betyder, at den enkelte praksis kan tilbyde flere samtidige ydelser, end hvis der ikke var ansat hjælpepersonale, og at nogle ydelser kan udføres med færre omkostninger.

61. Regionerne har oplyst, at yderne i større og større omfang benytter hjælpepersonale. I almen praksis har en flerlægepraksis fx mulighed for at øge brugen af hjælpepersonale med specifikke opgaver og dermed give lægerne mulighed for at koncentrere sig mere om lægefaglige opgaver. Regionerne fremhæver, at flerlægepraksis kan være med til at udvide niveauet for aktivitet for den enkelte læge. Den landsdækkende aftale for alment praktiserende læger stiller dog ikke krav til de praktiserende læger i fx en flerlægepraksis om, at de skal have flere borgere tilsluttet pr. læge.

B. Budgetlægning

62. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes muligheder for at budgetlægge udgifterne præcist har vist følgende:

- Alle regioner lægger hvert år budget for praksissektoren. Budgettet tager afsæt i budgettet eller regnskabet for året før og justeres for forventede stigninger eller fald i udgifterne.
- Det er generelt vanskeligt for regionerne at forudsige forbruget af ydelser og dermed også at budgetlægge udgifterne præcist. Mange faktorer indvirker på forbruget, herunder både borgernes og ydernes adfærd, og regionerne har kun i begrænset omfang indflydelse på disse faktorer.
- Det nuværende honorarsystem er primært baseret på ydelseshonorarer, hvor yderne bliver honoreret for det antal ydelser, der gives som led i behandlingen. Der er med få undtagelser ikke en øvre grænse for de enkelte ydernes honorarer.
- Regionerne får med det nuværende honorarsystem ikke del i de produktivetsgevinster, yderne fx opnår ved at indføre ny teknologi, effektivisere arbejdsprocesserne i praksis eller ved hyppigere brug af hjælpepersonale. Dermed adskiller praksissektoren sig fra sygehusene, som gennem en årrække har skullet øge produktiviteten.

- Økonomiprotokollaterne, der skal begrænse stigninger i udgifterne på de enkelte praksisområder, er indført med de seneste landsdækkende aftaler. Der er dog forskel i udformningen af de udgiftsdæmpende initiativer i de enkelte protokollater, og det er ikke alle udgifter i praksissektoren, der er omfattet af protokollaterne. Selv om protokollaterne kun har været i kraft i kort tid, må det som følge af protokollaternes forskellighed forventes, at de får forskellig effekt på udviklingen i udgifterne på de enkelte områder og i de enkelte regioner.

Regionernes budget for praksissektoren

63. Regionerne lægger hvert år et samlet budget for praksissektoren baseret på budgettering af udgifterne på de enkelte områder i praksissektoren. Budgettet tager typisk udgangspunkt i det vedtagne budget eller regnskab for året før justeret for forventede stigninger eller nedgang i forbruget. Budgettet omfatter honorarer til yderne, men også mindre udgifter til fonde mv. inden for praksissektoren, fx til efteruddannelse af læger.

64. Regionerne har i det væsentligste kendskab til honorarerne for de enkelte ydelser, men kender ikke forbruget af ydelserne. Forbruget er bestemt af mange forskellige forhold, som bl.a. påvirker borgernes efterspørgsel efter ydelser. Fx kan pludseligt opståede epidemier eller sundhedskampanjer i stat og kommuner medføre, at borgerne i en periode henvender sig oftere til lægen. Regionerne finder derfor, at borgernes adfærd bærer præg af en vis grad af uforudsigelighed, som er vanskelig at tage hensyn til ved budgetteringen af udgifterne.

65. Herudover påvirker ydernes adfærd i høj grad forbruget. Almen praksis spiller i den sammenhæng en central rolle for udviklingen i udgifterne i hele sundhedssektoren. Da regionerne ikke kan forudsige de enkelte lægers beslutninger vedrørende det fortsatte behandlingsforløb, er det svært at planlægge med en bestemt lægelig adfærd i budgetlægningen.

66. Regionerne forsøger at budgettere udgifterne præcist ved at gennemføre analyser af de forventede udgifter. I analyserne indgår forskellige forudsætninger om fx den forventede udvikling i befolkningstallet, prisudviklingen og de forventede reguleringer i honorarerne. Det er dog som nævnt vanskeligt at forudsige forbruget, og som følge af budgetternes størrelse kan selv mindre ændringer i det forudsatte forbrug resultere i betydelige budgetafvigelse for de enkelte områder i praksissektoren.

Honorarsystemet

67. Det nuværende honorarsystem er baseret på en aktivitetsafhængig honorering, hvor yderne bliver honoreret for at have kontakt til patienterne og for at udføre behandlinger og undersøgelser. Speciallæger, psykologer, fodterapeuter, fysioterapeuter, kiropraktorer, tandlæger og tandplejere bliver betalt for deres behandlinger af borgerne med ydelseshonorarer. Alment praktiserende læger har et mere specialiseret honorarsystem med forskellige typer af honorarer.

Honorering af alment praktiserende læger

68. Honorarer til alment praktiserende læger udgør omkring halvdelen af udgifterne til praksissektoren. Den gennemsnitlige omsætning pr. praktiserende læge var i 2009 ca. 2,2 mio. kr. Honoreringen af alment praktiserende læger er baseret på en blanding af basishonorar og ydelseshonorar, der i 2011 udgjorde henholdsvis ca. 30 % og 70 % af udgifterne på området.

69. Basishonoraret bliver beregnet af regionerne hvert kvartal på basis af antallet af tilmeldte patienter i praksis. Basishonorarets størrelse er altså uafhængigt af, om borgeren henvender sig til yderen. Basishonoraret giver en vis budgetsikkerhed både for den enkelte yder, der således kender sin indtjening, og for regionen, som kan forudse udgiften. Basishonoraret udgjorde i 2011 384 kr. pr. år pr. tilmeldt patient. En alment praktiserende læge, der i 2011 havde 1.542 tilmeldte borgere, hvilket svarer til gennemsnittet for alment praktiserende læger, modtog 591.450 kr. i basishonorar.

70. Ydelseshonoreringen er sammensat af grundydelse, tillægsydelse, laboratorieydelse, forebyggelsesydelse og enkeltstående ydelse, fx samtaleterapi, socialmedicinsk samarbejde og attester. En almindelig kontakt med en patient udløser en grundydelse. Grundydelse er enten en telefonkonsultation, en konsultation, et besøg eller en e-mail-konsultation. Desuden kan lægen blive honoreret for en tillægsydelse.

71. Ydelseshonorarerne skal sikre, at lægen bliver betalt for den tid eller omkostning, der er forbundet med at udføre en ydelse, og medvirke til at sikre, at lægen selv behandler patienterne frem for at sende dem videre i sundhedssystemet. Der er stor forskel på, hvad en ydelse koster. Fx kostede en konsultation (grundydelse) i 2011 ca. 130 kr., mens en telefonkonsultation kostede ca. 25 kr.

72. Ud over basis- og ydelseshonorar modtager de alment praktiserende læger også et årligt honorar, der skal dække en række af de faste omkostninger, der er forbundet med at have en praksis, og som er uafhængigt af antallet af patienter og aktiviteter. Honoraret udgjorde 15.275 kr. i 2011.

Konsekvenser af honorarsystemet for budgetstyringen

73. Regionerne betaler med ydelseshonorarerne yderne for det antal ydelser, de leverer til borgerne. Systemet bygger således på en betaling for kvantitet og indeholder ikke incitamenter, der skal sikre, at ydelserne har en bestemt kvalitet.

Regionerne har oplyst, at det nuværende honorarsystem indeholder incitamenter, der tilskynder yderne til at reducere tidsanvendelsen pr. ydelse og til at maksimere antallet af ydelser inden for den samme tid. Honorarsystemet kan på den baggrund tilskynde til et højt ydelsesniveau.

74. Undersøgelsen har vist, at den nuværende organisering af honorarsystemet gør det vanskeligt for regionerne at styre økonomien. Det skyldes, at størstedelen af ydernes honorarer er baseret på afregning for ydelser, og at regionerne ikke kan styre forbruget af ydelser. Dette er kendetegnende for alle praksisområder under praksissektoren.

75. Aftaleparterne har med den nyeste aftale for almen praksis igangsat et arbejde, der på sigt skal skabe grundlaget for en forbedret styring og ændre incitamenterne i honorarsystemet for almen praksis. Hensigten med arbejdet er bl.a. at undersøge mulighederne for at basere en større andel af de alment praktiserende lægers honorering på antallet af tilmeldte patienter i den enkelte praksis. Dermed forøges basishonoraret, samtidig med at honoraret vil omfatte flere ydelser. Efter planen skal arbejdet være afsluttet, så det kan danne grundlag for de kommende forhandlinger om en ny aftale for almen praksis i 2013.

Regionernes del af produktivetsgevinster i praksissektoren

76. Der er generelt ikke foretaget en justering af honorarsatserne i takt med produktivtidsudviklingen og tilrettelæggelsen af en mere rationel drift i praksissektoren. Dermed adskiller praksissektoren sig fra sygehusene, som gennem en årrække har skullet sikre en produktivtidsfremgang inden for det givne budget.

77. Teknologien og behandlingsformerne i praksissektoren udvikler sig løbende. Der er fx indført laboratorieudstyr til analyse af blodprøver i almen praksis med mulighed for at foretage flere analyser, og der er flere steder indført udstyr til ultralydsskanninger. Begge dele har givet yderne mulighed for at foretage flere undersøgelser end tidligere. Udviklingen afspejler en generel tendens, hvor flere opgaver varetages af praksissektoren ud fra hensynet om, at flest mulige opgaver bør løses på lavest mulige omkostningsniveau.

78. Tilskyndelsen til at indføre ny teknologi i praksissektoren er typisk givet ved at fastsætte højere honorarer, der skal dække de investeringsomkostninger, der er forbundet med ny teknologi. Undersøgelsen har vist, at honorarsatserne ikke efterfølgende bliver justeret, i takt med at enhedsomkostningen ved anvendelsen af det nye apparatur falder, men fastholdes på det højere niveau. Det er generelt også sådan, at eventuelle produktivetsgevinster, der opstår som følge af ny teknologi og faldende enhedsomkostninger, heller ikke medregnes ved fastsættelsen af honorarerne. Alle produktivetsgevinster er typisk tilfaldet yderne.

79. Det er i et vist omfang blevet udbredt at lade medhjælp i praksis udføre og foretage forskellige undersøgelser, prøver mv. Det giver mulighed for en mere rationel drift til lavere omkostninger i den enkelte praksis.

I honorarsystemet bliver der dog ikke skelnet mellem, hvilke faggrupper der udfører ydelsen. Den offentlige honorering er således den samme, hvad enten det er den autoriserede sundhedsperson (med ydernummer) eller en medhjælp, der foretager behandlingen. Det medfører, at den økonomiske gevinst, der følger af at lade arbejdskraft til lavere omkostninger udføre opgaverne, tilfalder yderne.

Økonomiprotokollaterne

80. I alle aftaler inden for praksissektoren er der udarbejdet økonomiprotokollater. Økonomiprotokollaterne fastlægger en øvre ramme for udgifterne på de enkelte praksisområder. Hensigten med protokollaterne er at sikre, at yderne samlet set overholder et aftalt loft for udviklingen i udgifterne.

81. De økonomiske rammer tager udgangspunkt i tidligere års fastsatte ramme eller seneste års forbrug, før aftalen med økonomiprotokollatet trådte i kraft. Rammerne bliver opskrevet med halvårslige honorarreguleringer, som bliver foretaget for alle praksisområder med udgangspunkt i ændringerne i pris- og lønindeks siden sidste regulering.

82. Hvis yderne overskrider den økonomiske ramme på et område, er det i de senest indgåede aftaler fastlagt, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn – alt efter aftalen med ydernes organisationer – enten kan:

- nedsætte ydelseshonorarerne eller
- modregne i den førstkomende honorarregulering eller
- iværksætte andre udgiftsdæmpende foranstaltninger.

Indgrebet vil sænke eller fastholde udgifternes niveau det efterfølgende år. En eventuel nedsættelse af honorarerne eller modregning i reguleringen af honorarsatserne skal som udgangspunkt modsvare den overskridelse af rammen, der har været.

83. Da der er tale om landsdækkende rammer for udgifterne til de enkelte praksisområder, vil de udgiftsdæmpende initiativer først træde i kraft, når den samlede ramme for et område for regionerne under ét overskrides. Det betyder, at en region ikke har mulighed for at anvende økonomiprotokollaterne, når budgettet for de enkelte praksisområder i regionen overskrides. Økonomiprotokollaterne kan dermed ikke anvendes til at opnå øget budgetsikkerhed i den enkelte region.

84. Da de fleste praksisområder befinder sig midt i aftaleperioden, kendes de fulde effekter af økonomiprotokollaterne endnu ikke. Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne forventer dog, at protokollaterne vil have en dæmpende effekt på forbruget hos yderne, og regionerne ser allerede nu, at ydernes repræsentanter i samarbejdsudvalgene har større fokus på udgifterne på området.

85. Rigsrevisionens gennemgang af økonomiprotokollaterne har vist, at protokollaterne vil have forskellig effekt i tilfælde af, at udgifterne overstiger de aftalte rammer.

I alle protokollater fremgår det, at der skal ske en regulering/kompensation, hvis udgifterne overstiger den fastsatte ramme. På fodterapiområdet skal reguleringen ske ved en nedsættelse af honorarerne, mens der på det kiropraktiske område skal ske en regulering ved at nedsætte tilskuddene til de enkelte ydelser. Nedsættelsen skal svare til den procentvise forskel mellem den aftalte økonomiske ramme og de faktiske udgifter. Borgerne vil således blive direkte berørt af reguleringen på det kiropraktiske område, hvor tilskuddet til de enkelte ydelser vil blive mindre, mens dette ikke vil være tilfældet på fx fodterapiområdet, hvor reguleringen vil ramme ydernes honorar.

86. For almen praksis kan en overskridelse af den aftalte ramme kun kompenseres ved modregning i de fremtidige reguleringer af honorarerne svarende til pris- og lønfremskrivningen, mens de allerede gældende honorarsatser ikke kan nedsættes. Hvis overskridelsen ikke dækkes fuldt ud af modregningen, kan Regionernes Lønnings- og Takstnævn overføre den manglende modregning til senere reguleringer. Region Midtjylland har peget på, at det svækker den præventive effekt af protokollaterne, da modregningen kun kan ske af de fremtidige reguleringer af honorarerne.

87. Herudover er de lokale aftaler med yderne i regionerne om bl.a. ny aktivitet og nye arbejdsopgaver ikke omfattet af økonomiprotokollaterne. Da disse opgaver ikke er en del af de generelle landsdækkende aftaler med ydernes organisationer, betaler regionerne typisk ekstra for at få løst opgaverne. Det drejer sig bl.a. om en række udgifter under almen praksis og speciallægeområdet, men også om udgifter forbundet med lokale aftaler på andre praksisområder, fx fysioterapi, tandlæge mv. Det beløber sig til ca. 290 mio. kr. i regionerne. Det betyder, at der i de enkelte regioner kan være udgiftsstigninger, som ikke giver anledning til modregning i de fremtidige reguleringer af honorarsatserne.

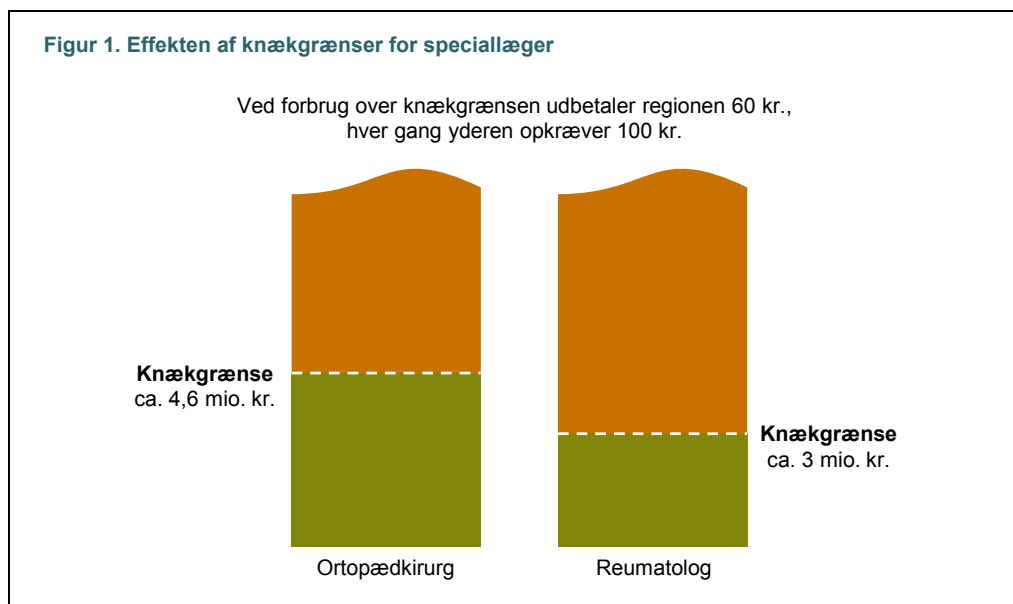
Region Midtjylland oplyser, at regionen mærker et pres fra yderne om at få etableret flere lokalaftaler, da disse ikke er omfattet af økonomiprotokollaterne.

88. Derudover betyder tidshorisonten i økonomiprotokollaterne, at en honorarnedsættelse eller reduktion i reguleringen af honorarerne, der sker som følge af en overskridelse af rammen i 2011, tidligst vil kunne træde i kraft pr. 1. oktober 2012. Regionerne vil derfor først kunne mærke en effekt i 2013.

Andre særlige udgiftsdæmpende tiltag i aftalerne

89. Ud over økonomiprotokollaterne indeholder de landsdækkende aftaler med ydernes organisationer nogle tiltag, som skal dæmpe forbruget og udgifterne på de enkelte områder.

90. På speciallægeområdet er der fastsat såkaldte knækgrænser for ydernes omsætning for de enkelte specialer. Det betyder, at når en speciallæges samlede årlige honoraropkrævninger overstiger et bestemt fastsat beløb – knækgrænsen – reducerer regionen yderens honorarudbetaling med 40 %. Figur 1 viser effekten af knækgrænsen for 2 forskellige typer speciallæger.



Figur 1 viser, at regionerne kun udbetaler 60 kr. for hver 100 kr., en speciallæge opkræver i honorar, når speciallægens forbrug har oversteget knækgrænsen. Knækgrænserne fremgår af den landsdækkende aftale med speciallægenes organisation, og knækgrænserne er forskellige for de enkelte specialer under speciallægeområdet.

Ortopædkirurgerne har det højeste knækgrænsebeløb på 4,6 mio. kr., mens en børnepsykiaters knækgrænse ligger på 2,6 mio. kr. Forskellene i knækgrænserne afspejler bl.a., at nogle specialer har højere omkostninger end andre specialer. Det betyder, at en ortopædkirurg kan afregne 2 mio. kr. mere om året med regionen end en børnepsykiater, før ortopædkirurgens honorarer bliver reduceret. Det er dog ikke alle udgifter til ydelser på speciallægeområdet, der er omfattet af knækgrænserne. Således er specialet patologisk anatomi (analyse af vævsprøver med henblik på at fastslå eventuelle sygdomsforandringer) undtaget. Herudover er enkelte ydelser inden for de øvrige specialer undtaget, ligesom regionerne kan indgå aftaler med enkelte speciallæger om, at speciallægerne ikke er omfattet af grænserne, mod at de varetager bestemte opgaver eller funktioner for regionerne, fx undervisning.

91. Regionerne har, siden den seneste landsdækkende aftale for speciallæger trådte i kraft, desuden haft mulighed for at indgå aftaler på regionalt niveau med speciallægerne om, hvad 20 % af speciallægenes nettoomsætning skal anvendes til. Den nye mulighed betyder, at regionen i højere grad kan være med til at prioritere, hvilke opgaver speciallægerne skal løse, og derved kan opgaver, hvor der er et ventelisteproblem, måske løses. Muligheden er dog endnu ikke blevet anvendt, da regionerne skal indgå aftaler med speciallægerne om, hvordan ordningen skal anvendes i praksis. De opgaver, regionen kan aftale at få løst inden for de 20 % af nettoomsætningen, honoreres inden for knækgrænsemodellen. Tidligere måtte regionen indgå en lokalafale, hvis der var specifikke opgaver, den ønskede løst. Honoraret herfor blev ikke talt med i opgørelsen af den del, der var underlagt knækgrænsemodellen.

92. Regionerne har mulighed for at fastsætte et omsætningsloft for de enkelte fysioterapeuter, hvis disse indgår i delepraksis. Det betyder, at regionen kan fastsætte et udgiftsloft pr. ydernummer ud fra omsætningen på det tidspunkt, hvor delingen finder sted. Formålet er at sikre, at delingen ikke medfører en udvidelse af kapaciteten.

93. Undersøgelsen af regionernes brug af omsætningslofter på fysioterapiområdet har vist, at alle regioner anvender muligheden for at fastsætte et loft over ydernes forbrug. Regionerne fremhæver omsætningsloftet som et væsentligt redskab til at styre udgifterne inden for fysioterapiområdet.

Delepraksis

En praksis, hvor 2 ydere deler ét ydernummer, lokaler mv.

V. Regionernes kontrol og opfølgning

De nuværende rammer giver ikke regionerne tilfredsstillende muligheder for at kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Der er tale om et system, som er baseret på tillid til, at yderne indberetter de ydelser, der er givet, og regionerne kan ikke kontrollere, om udbetalingen af honorar til yderne modsvarer den ydelse, borgeren har modtaget.

Regionerne modtager årligt flere end 60 mio. regninger fra yderne. Regionerne kontrollerer via systemkontroller, om udbetalingerne er i overensstemmelse med vilkårene i de landsdækkende aftaler, men en række forbehold og undtagelser i aftalerne medfører, at regionerne også må gennemføre en manuel kontrol af en del af regningerne. Da aftalerne er vanskelige at tolke, må der ofte foretages en skønsmæssig vurdering af, om regningerne er i overensstemmelse med aftalerne. Der er derfor risiko for, at yderne får udbetalt uberettigede honorarer.

Alle regioner er gået sammen om at udarbejde kravspecifikationer til et nyt afregningssystem. Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne i den forbindelse overvejer, om kontrollen kan automatiseres yderligere.

En af årsagerne til, at regionerne ikke kan udføre en effektiv kontrol, er, at en væsentlig del af kontrollen med ydernes forbrug og kompetencen til at sanktionere yderne er henlagt til regionernes samarbejdsudvalg, hvori ydernes organisationer indgår.

Grænseværdierne for, hvornår en yder tages ud til kontrol, er sat så højt i de landsdækkende aftaler, at ydernes forbrug kan ligge langt over gennemsnitsforbruget, uden at forbruget undersøges nærmere. Der er desuden forskel på, hvilke sanktioner samarbejdsudvalgene gennemfører over for yderne, ligesom der kan gå lang tid, før samarbejdsudvalget skrider til økonomiske sanktioner.

Regionerne har i stigende omfang gennemført kontrol af afregningen med yderne som supplement til de automatiske kontroller i afregningssystemet og årskontrollen. Omfanget af kontrollen er dog forskelligt fra region til region, ligesom det er forskelligt, i hvor høj grad regionerne kræver uretmæssigt udbetalte honorarer tilbagebetalt. Rigsrevisionen finder, at regionerne bør styrke indsatsen på dette område for at sikre tilbagebetaling af uretmæssigt udbetalte honorarer og for at opnå en præventiv effekt af kontrollen.

A. Kontrol af regningernes rigtighed

94. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes kontrol af regningerne fra yderne om honorering af aktivitet har vist følgende:

- I 2011 modtog regionerne 60,7 mio. regninger fra yderne i praksissektoren, og ca. 600.000 regninger blev sendt tilbage til yderen på grund af fejl, fx fordi ydelseskoden eller cpr-nummeret ikke fandtes, eller fordi yderen havde opkrævet et honorar, som ikke var i overensstemmelse med de landsdækkende aftaler.
- Regionerne foretager manuelle regningskontroller, da afregningssystemerne på grund af en række forbehold og undtagelser i de landsdækkende aftaler ikke automatisk kan kontrollere for alle fejl og mangler ved regningerne. Det er vanskeligt for regionerne at tolke aftalerne, og regionerne må ofte foretage en skønsmæssig vurdering af, om yderne kan få udbetalt honorarer. Der er derfor risiko for, at yderne får udbetalt honorarer, som de ikke er berettiget til ifølge de landsdækkende aftaler. Samtidig er det tidskrævende for regionerne at foretage kontrollen.

Kontrol af regningerne fra yderne

95. Yderne i praksissektoren skal, hver gang de har behandlet en patient, sende en regning til regionen. Heraf skal det bl.a. fremgå, hvem patienten er, hvilke ydelser behandlingen omfattede, og hvornår den blev udført. Langt de fleste regninger bliver fremsendt elektronisk og kontrolleres via regionernes afregningssystemer.

96. Når yderne har overført regningerne til regionerne, kontrollerer regionerne regningerne inden udbetaling af honorar. Formålet med regningskontrollen er at sikre, at regningerne indeholder de korrekte oplysninger, og at udbetalingerne er i overensstemmelse med de landsdækkende aftaler og regionernes eventuelle lokale aftaler med yderne. Kontrollen er derimod ikke en kontrol af, at ydelsen er leveret. Der er således tale om et system, der er baseret på tillid til, at yderne kun indberetter de ydelser, der er givet.

97. Tabel 3 viser antallet af regninger, som regionerne modtog i 2011.

Tabel 3. Oversigt over antallet af regninger, som regionerne modtog i 2011 (Mio.)

Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	I alt
19	8,9	13,1	13,5	6,2	60,7

Tabel 3 viser, at regionerne i 2011 modtog ca. 60,7 mio. regninger, hvilket er ca. 5,1 mio. regninger pr. måned.

98. Regningskontrollen er væsentlig, fordi den sker før udbetalingen. I afregningssystemet er der indlagt en række kriterier, som udspringer af de landsdækkende aftalers bestemmelser for anvendelse af ydelserne og udbetaling af honorar. Nedenstående er eksempler på nogle af de automatiske kontroller, som afregningssystemet udfører:

- kontrol af, at obligatoriske oplysninger fremgår af de elektronisk overførte regninger, fx lægens navn, ydernummer, ydelsesnummer mv.
- kontrol af, at visse ydelser ikke afregnes samtidig
- kontrol af, at bestemte ydelser, hvor en ydelse er en forudsætning for en anden, begge fremgår af en regning
- kontrol af, at ydelser ikke afregnes dobbelt
- kontrol af, om bestemmelser for eventuelle begrænsninger i ydelsesforbruget er overholdt, fx at et bestemt antal ydelser pr. henvisning ikke overskrides.

Advis

Regionernes afregningssystem giver en meddelelse – avis – om en regning, hvis den muligvis ikke lever op til de landsdækkende aftaler, fx om, at honorering af flere ydelser på samme dag ikke må afregnes samtidig.

99. Regionerne har oplyst, at mellem 2,5 % og 4,4 % af de regninger, som overføres elektronisk til regionerne, kommer ud som fejl eller med et såkaldt avis. En fejl er, hvis fx koden på ydelsen eller cpr-nummeret ikke eksisterer, og afregningssystemet afgiver et avis, hvis en yder fx har indrapporteret 2 konsultationer til samme borger på samme dag. Et avis fra afregningssystemet viser, at der kan være tale om en fejl, men ikke at det nødvendigvis er en fejl.

100. Et avis opstår, fordi de landsdækkende aftaler indeholder en række forbehold og undtagelsesbestemmelser for udbetaling af honorar, der gør det vanskeligt at opsætte en fuldstændig automatisk kontrol i afregningssystemet. I nogle tilfælde har Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer fx aftalt, at yderne i *sjældne tilfælde* eller *undtagelsesvist* kan få honorering for flere ydelser samtidig. Det betyder, at regionerne må udføre manuel kontrol af regningen for at sikre, at aftalen er overholdt. Et avis gør opmærksom på regninger, som regionerne bør undersøge nærmere for at vurdere, om yderen er berettiget til honorar, før udbetalingen af honoraret finder sted.

101. Regionerne har oplyst, at de hver måned bruger mange resurser på afregning og kontrol i afregningssystemet, og at det er tidskrævende at gennemføre kontrollen. Det er ofte vanskeligt for regionerne at tolke de landsdækkende aftaler herunder at vurdere, om yderen i de enkelte tilfælde er berettiget til honorar. Da der ofte er tale om en skønsmæssig vurdering af, om yderne kan få udbetalt honorarer, kan der være en risiko for, at nogle ydere får udbetalt honorarer, som ikke skulle have været udbetalt. Regionerne sender mellem 0,6 % og 1 % af regningerne retur til yderne, fordi regionerne ikke kan acceptere regningerne. Det svarer til ca. 600.000 regninger om året.

Regionerne har oplyst, at de er gået sammen om at udarbejde kravspecifikationer for et kommende udbud af afregningssystemet.

B. Årskontrol

102. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes kontrol af det årlige forbrug af ydelser i praksissektoren har vist følgende:

- Det er samarbejdsudvalgene, der årligt forestår en kontrol af ydernes forbrug af ydelser. Formålet med kontrollen er at undersøge de enkelte ydernes ydelsesniveau og omsætning og om nødvendigt sanktionere de ydere, der har et afvigende forbrug, for dermed at regulere aktiviteten.
- Grænseværdierne for, hvornår en yders forbrug af ydelser skal undersøges, er fastsat i de landsdækkende aftaler og er forskellige praksisområderne imellem. Grænseværdierne ligger generelt væsentligt over regionsgennemsnittet, og ydernes forbrug kan derfor ligge langt over gennemsnitsforbruget, uden at samarbejdsudvalget skal undersøge det nærmere. Sundhedsministeriet har oplyst, at grænserne er fagligt begrundede, men også er et resultat af historiske forhandlingsmæssige omstændigheder.

- Da grænseværdierne er fastsat i forhold til det gennemsnitlige forbrug af ydelser eller den gennemsnitlige omsætning blandt yderne i regionerne, er det yderne, der gennem deres forbrug af ydelser definerer niveauet for ydelser og omsætning.
- Det er samarbejdsudvalgene, der beslutter, hvornår en yder skal redegøre for årsagerne til et afvigende forbrug. Rigsrevisionens gennemgang af kontrolsager har vist, at der er forskel på, i hvilket omfang samarbejdsudvalgene i regionerne efterprøver ydernes forklaringer. Gennemgangen viser også, at samarbejdsudvalgene accepterer forklaringer, som baserer sig på forhold, der allerede er taget højde for ved fastsættelsen af grænseværdierne, fx en uhomogen patientgruppe. Samarbejdsudvalgene synes således i nogle tilfælde at acceptere forklaringer, der ikke er relevante.
- Der går i mange tilfælde lang tid – og i nogle tilfælde 3-4 år eller mere – fra det første gang bliver konstateret, at en yders forbrug afviger fra det aftalte, til at samarbejdsudvalget anvender økonomiske sanktioner. Der er risiko for, at regionerne ikke kan udføre en effektiv kontrol med forbruget af ydelser i praksissektoren, når en så væsentlig del af kontrollen med ydernes forbrug og kompetencen til at sanktionere ved afvigende forbrug er henlagt til et paritetisk system.

Årskontrollen

103. Samarbejdsudvalget gennemfører hvert år med administrativ hjælp fra regionerne en kontrol af ydernes forbrug og omsætning på de enkelte praksisområder. Kontrollen finder sted på baggrund af en række kontrolbestemmelser, der er fastsat i de landsdækkende aftaler med ydernes organisationer. Formålet med kontrollen er at undersøge og om nødvendigt regulere aktiviteten hos de ydere, hvor omsætningen eller forbruget af ydelser ligger ud over aftalernes forudsætninger.

104. Regionerne skal til brug for kontrollen fremlægge en kontrolstatistik eller en opgørelse, der bl.a. viser ydernes omsætning (hvor meget yderen har opkrævet i honorar fra regionen) og forbruget af antal ydelser for den enkelte praksis samlet set og opdelt på forskellige typer ydelser. Der er for de fleste områder tale om meget omfattende kontrolstatistikker.

105. Det er landssamarbejdsudvalgene, der via vejledninger fastsætter de nærmere regler for, hvilke oplysninger kontrolstatistikken skal indeholde. De årlige opgørelser skal give regionen og de enkelte ydere et overblik over ydelsesmønster og omsætningsniveau på hvert praksisområde for henholdsvis regionen og for den enkelte praksis. Statistikken danner grundlag for, at de regionale samarbejdsudvalg kan vurdere de enkelte ydernes forbrug i forhold til det gennemsnitlige omsætnings- og ydelsesniveau i regionen.

Grænseværdier

106. Det er defineret i kontrolbestemmelserne i de landsdækkende aftaler, hvornår samarbejdsudvalgene skal undersøge en yders forbrug af ydelser eller samlede omsætning. Kontrolbestemmelserne fastsætter således, at en yders forbrug af ydelser eller omsætning skal undersøges, når yderens samlede forbrug eller forbrug af enkelte ydelser overstiger en bestemt grænseværdi.

Fx skal samarbejdsudvalget undersøge en alment praktiserende læges forbrug af ydelser, hvis lægens gennemsnitlige omsætning vedrørende basis- og ydelseshonorar pr. patient overstiger regionens gennemsnitlige udgifter til basis- og ydelseshonorar pr. patient med mere end 25 %. Der er tilsvarende grænseværdier for tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og fodterapeuter. Med fastsættelsen af grænseværdierne er der taget hensyn til, at ydelsesmønsteret eller omsætningen for de enkelte ydere kan afvige fra regions- eller landsgennemsnittet. En afvigelse kan bl.a. skyldes variationer i patientsammensætningen.

Grænseværdi

Procentvis afvigelsesgrænse for, hvornår en yders forbrug skal undersøges af samarbejdsudvalget.

107. Tabel 4 viser grænseværdierne for, hvornår en yders forbrug skal udtages til nærmere undersøgelse.

Tabel 4. Grænseværdier for, hvornår yderens forbrug skal undersøges af samarbejdsudvalget

Område	Grænseværdi for hele praksis	Grænseværdi for enkelt-ydelser
Alment praktiserende læger	Lægens forbrug skal undersøges, når den gennemsnitlige omsætning vedrørende basis- og ydeshonorar pr. patient overstiger regionens gennemsnitlige udgifter til basis- og ydeshonorar pr. patient med mere end 25 %.	Lægens forbrug af konsultationer og laboratorieundersøgelser skal undersøges, når den gennemsnitlige omsætning vedrørende konsultationer og laboratorieundersøgelser pr. patient overstiger regionens gennemsnitlige udgifter til konsultationer og laboratorieundersøgelser pr. patient med mere end 40 %.
Tandlæger	Tandlægens forbrug skal undersøges, når det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for den enkelte tandlæge overstiger det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for hele regionen med mere end \pm 40 %.	Tandlægens forbrug af enkelt-ydelser bør undersøges, når det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for den enkelte tandlæge overstiger det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for hele regionen med mere end 400 % for udvalgte enkelt-ydelser.
Fysioterapeuter	Fysioterapeutens forbrug skal undersøges, når den gennemsnitlige omsætning pr. patient vedrørende individuel behandling eller holdtræning overstiger regionens gennemsnitlige udgifter pr. patient med mere end 25 % for speciale 51 og 10 % for speciale 62. ¹⁾	Ydelsen "tillæg for særligt tidskrævende indsats" i forhold til antallet af normalbehandlinger hos den enkelte yder skal undersøges, når anvendelsen overstiger gennemsnittet i regionen med mere end 25 % for speciale 51 og 10 % for speciale 62. Yderen kan eventuelt pålægges en højstegrænse på denne ene ydelse. Dette kan også ske, selv om yderen ikke samlet ligger over regionsgennemsnittet for omsætning pr. patient.
Kiropraktorer	Kiropraktorens forbrug skal undersøges, når den gennemsnitlige omsætning pr. patient overstiger de gennemsnitlige udgifter pr. patient i landet som helhed med mere end 25 %.	Ingen.
Fodterapeuter	Fodterapeutens forbrug skal undersøges, når det gennemsnitlige antal behandlinger pr. patient overskrider det gennemsnitlige antal i regionen som helhed med 25 %.	Ingen.

¹⁾ Fysioterapeuter afregner for deres behandlinger på forskellige specialer alt efter, om der er tale om patienter med kroniske lidelser (speciale 62) eller andre patienter (speciale 51).

Note: Oplysningerne er baseret på aftalerne med ydernes organisationer.

Tabel 4 viser, at der er stor forskel på grænseværdierne mellem ydergrupperne. Grænseværdien, der er fastsat i forhold til regionens gennemsnitlige udgifter pr. patient, er henholdsvis 10 % og 25 % for fysioterapeuter, 25 % for kiropraktorer og 25 % for alment praktiserende læger. For fodterapeuter og tandlæger er grænseværdierne fastsat i forhold til det gennemsnitlige antal af ydelser eller behandlinger pr. patient, og den ligger på henholdsvis 25 % og 40 %.

Tabellen viser videre, at både alment praktiserende lægers og tandlægers forbrug af enkelt-ydelser indgår i kontrollen. Grænseværdierne er her henholdsvis 40 % og 400 %. Det betyder, at en læge og en tandlæge kan ligge langt over det gennemsnitlige forbrug pr. patient i regionen på udvalgte enkelt-ydelser. Det er ikke et krav, at samarbejdsudvalget skal undersøge en tandlæges forbrug af en ydelse, hvis forbruget overstiger det gennemsnitlige forbrug i regionen med 400 %. Det er blot en henstilling fra landssamarbejdsudvalget til de lokale samarbejdsudvalg.

108. Sundhedsministeriet har oplyst, at forskellene i grænseværdiernes størrelse mellem praksisområderne afspejler følgende:

- Grænseværdierne er forhandlet i de enkelte aftaler, og at der er forskel på, hvad man har kunnet opnå i den konkrete forhandlingssituation.
- Homogeniteten i patientgruppen på de enkelte praksisområder varierer. Jo mindre homogen patientgruppen er, jo mere vil behandlingen kunne variere mellem patienterne, og jo større udsving kan der være i udgifterne forbundet med behandlingen.
- Det er forskelligt, hvor stor en variation i behandlingen af patienterne der er fagligt acceptabel.
- Størrelsen af regionernes udgifter pr. patient varierer, hvilket fx er afhængigt af egenbetalingens størrelse.

109. Grænseværdierne er fastsat i forhold til et gennemsnitligt forbrug af ydelser eller en gennemsnitlig omsætning i kr. blandt regionernes ydere og ikke ud fra et på forhånd fastlagt niveau. Det er således yderne, der gennem deres forbrug i løbet af året bestemmer, hvor niveauet for et acceptabelt ydelsesforbrug ligger. Hvis alle ydere hæver deres forbrug af ydelser eller benytter en højere andel af dyre ydelser, vil det medføre, at det acceptable ydelses- eller omsætningsniveau stiger, og dermed stiger regionens omkostninger også. Det betyder videre, at en yder, hvis forbrug et år ligger over grænseværdien for afvigelser, året efter kan ligge under grænseværdien med et identisk forbrug.

110. Både psykologernes og speciallægenes kontrolbestemmelser adskiller sig fra de andre yderes. Samarbejdsudvalget skal undersøge en psykologs forbrug, hvis vedkommendes årlige omsætning ligger under 50.000 kr. pr. år. Regionerne har oplyst, at formålet med minimumsomsætningskravet er at sikre, at psykologerne er tilgængelige for patienter med henvisning fra de alment praktiserende læger, så ventetiderne ikke bliver for lange.

111. Speciallægeområdet er et væsentligt økonomisk område, hvor der kan være store forskelle i ydernes forbrug. Det er op til samarbejdsudvalget i den enkelte region at vælge, hvilke yderes forbrug der skal undersøges nærmere. Dermed er det forskelligt, hvilke kriterier de 5 regioner har for kontrollen af speciallæger. Et forbrug, der i én region giver anledning til en nærmere kontrol, vil ikke nødvendigvis medføre kontrol i en anden region.

Rigsrevisionens gennemgang af kontrolsager blandt speciallæger i regionerne og interviews med medarbejdere, der servicerer samarbejdsudvalgene, har vist, at regionerne typisk ser på speciallægenes forbrug af enkelte ydelser i forhold til andre sammenlignelige speciallægers forbrug. Fx er der i en region foretaget undersøgelse af en speciallæge, hvis forbrug på 2 ydelser afveg med henholdsvis 250 % og 214 %. I en anden region er der foretaget undersøgelse af en speciallæge, hvis samlede forbrug afveg med 54 %.

112. Rigsrevisionen har undersøgt, hvor mange ydere der overskred grænseværdierne i 2010. Tallene fremgår af tabel 5.

Tabel 5. Andel af ydere med et ydernummer, der på landsplan overskred grænseværdien i 2010

Alment praktiserende læger	Tandlæger	Fysioterapeuter	Kiropraktorer
15,6 %	7,6 %	40,9 %	26,6 %

Note: Tallene er dels baseret på regionernes oplysninger, dels på tal fra Sundhedsstyrelsen.

Fodterapeuter fremgår ikke af tabellen, fordi der i 2010 ikke blev ført kontrolstatistik for praksisområdet grundet en manglende landsdækkende aftale. Da psykologer og speciallæger ikke har fastsatte grænseværdier, fremgår de heller ikke af tabellen.

Tabel 5 viser, at der er forskel på, hvor stor en andel af yderne inden for de forskellige praksisområder der overskred grænseværdierne i 2010. Tabellen viser ikke, hvor store de enkelte overskridelser af grænseværdierne er, og der kan således være tale om både meget små og meget store overskridelser. Det fremgår, at 40,9 % af alle ydere med et ydernummer blandt fysioterapeuterne overskred de aftalte grænseværdier i 2010, mens det blandt tandlægerne kun var 7,6 %, der overskred grænseværdien.

113. Psykologerne og speciallægerne (fremgår ikke af tabel 5) har andre regler for, hvornår de udtages til kontrol, jf. pkt. 110 og 111. Regionerne har oplyst, at der i 2010 var 17 psykologer, hvis omsætning ikke levede op til minimumsomsætningskravet på 50.000 kr. pr. år. Det svarer til ca. 2,1 % ud af de 824 psykologer, der var på landsplan. Regionerne har videre oplyst, at der i 2010 blev udvalgt 75 speciallæger til nærmere undersøgelse på tværs af regionerne. Det svarer til ca. 7,2 % af det samlede antal praktiserende speciallæger.

Processen for årskontrol

114. Kontrolstatistikkerne skal ligge klar i løbet af marts. Samarbejdsudvalgene har ansvaret for at gennemgå kontrolstatistikken og for at udvælge de ydere, hvis forbrug skal undersøges nærmere. Gennemgangen af kontrolstatistikken og udvælgelsen af de ydere, hvis forbrug skal undersøges nærmere, sker fra marts til juni.

115. Rigsrevisionens interviews med regionerne og gennemgang af vejledninger til de landsdækkende aftaler har vist, at samarbejdsudvalgene i regionerne fravælger at undersøge forbruget hos en del af de ydere, hvis forbrug overskrider grænseværdierne. Det skyldes, at landssamarbejdsudvalgene eller samarbejdsudvalgene på nogle områder har besluttet, at der er forhold hos yderne, som på forhånd begrundet et højt ydelsesniveau. Fx skal forbruget hos såkaldte "ø-læger" blandt de alment praktiserende læger ikke undersøges nærmere, da læger på småøer i sammenligning med andre læger typisk vil varetage flere og mere forskelligartede opgaver og således også vil have et højere udgiftsniveau pr. patient. Andre årsager til at fravælge ydere kan fx være, at praksis er nyetableret – hvilket medfører, at daggrundlaget for opgørelserne er ufuldstændigt – eller en særlig specialisering hos yderen i forhold til visse typer af behandlinger.

116. De ydere, som samarbejdsudvalgene i regionerne udvælger til nærmere undersøgelse, bliver alle bedt om at afgive en redegørelse for årsagerne til, at de overskrider grænseværdierne, har et afvigende forbrug eller ikke opfylder minimumsomsætningskravet. Samarbejdsudvalgene skal herefter vurdere, om redegørelsen i tilstrækkeligt omfang begrundet det afvigende forbrug. Samarbejdsudvalgene kan i den forbindelse bede om yderligere dokumentation for redegørelsen hos yderen. Hvis samarbejdsudvalgene vurderer, at afvigelserne i ydelsesforbrug og udgifter er velbegrundede, tager de redegørelsen til efterretning, og der bliver ikke foretaget yderligere. I de tilfælde, hvor en redegørelse ikke bliver fundet velbegrundet, kan samarbejdsudvalget komme med en henstilling om at tilpasse ydelsesforbruget eller iværksætte sanktioner over for yderne.

117. Rigsrevisionen har i forbindelse med undersøgelsen gennemgået 70 kontrolsager i regionerne fordelt på praksisområderne. Gennemgangen viste, at yderne typisk afgiver en meget kortfattet redegørelse. De typiske forklaringer på afvigelser i ydelsesforbrug og gennemsnitsudgifter er en skæv aldersfordeling i patientgruppen eller særligt resursetunge klienter. Andre begrundelser for afvigelser kan være specialisering i forhold til visse patientgrupper eller typer af behandlinger. Specialiseringen kan være mellem klinikker eller internt i en klinik, hvor der er flere ydere.

118. Gennemgangen viste også, at yderne forklarer deres overskridelser med forhold, der allerede er taget højde for ved fastsættelsen af grænseværdierne, og at samarbejdsudvalgene i mange tilfælde godtager forklaringerne. Det kan være forhold som en atypisk patientsammensætning eller ekstraordinære afstande fra yder til patienter. Når det fx er fastsat, at en alment praktiserende læges gennemsnitlige udgift pr. patient maksimalt må afvige fra regionsgennemsnittet med 25 %, jf. tabel 4, er det netop for at tage højde for, at ydernes forbrug kan variere alt efter patientsammensætning mv. I boks 7 er et eksempel på en redegørelse fra en yder, som har overskredet grænseværdien på området for almen praksis, hvor samarbejdsudvalget har taget redegørelsen til efterretning.

BOKS 7. EKSEMPEL PÅ REDEGØRELSE FOR OVERSKRIDELSE AF EN GRÆNSEVÆRDI

En alment praktiserende læge blev i 2010 på grundlag af kontrolstatistikken for 2009 bedt om at redegøre for, hvorfor hans gennemsnitlige udgifter pr. patient til basis- og ydelseshonorarer lå 37 % over regionsgennemsnittet (grænseværdi 25 %) og 54 % over regionsgennemsnittet for almindelig konsultation og forebyggende konsultation (grænseværdi 40 %).

Lægen fremhævede i sin redegørelse, at der ved overtagelse af praksis i 1990 var en skæv aldersfordeling med betydelig overvægt af borgere fra 50 år og opefter. Lægen fremhævede også, at han fra en lukket nabopraksis i 2009 fik yderligere 150 borgere med en overvægt af ældre og kronisk syge.

Regionens statistiske opgørelse viste, at den praktiserende læge havde lidt flere ældre i sin praksis end gennemsnittet for regionen. Samarbejdsudvalget tog lægens redegørelse til efterretning.

119. Rigsrevisionens gennemgang har endvidere vist, at der er forskel på, i hvilket omfang samarbejdsudvalgene i regionerne efterprøver ydernes forklaringer på de afvigende ydelsesmønstre. Region Midtjylland har oplyst, at det i nogle tilfælde kan være vanskeligt at foretage en faglig vurdering af redegørelserne fra speciallægerne. Regionen har derfor i nogle tilfælde anonymiseret de fagligt svært tilgængelige redegørelser og sendt dem til en speciallæge med samme speciale i en anden region, der har bidraget med en faglig vurdering af redegørelserne. Region Hovedstaden har tillige oplyst, at de i stort omfang gør brug af ydernes faglige organisationer, de sundhedsfaglige råd og Danske Regioner i forhold til at indhente faglige vurderinger.

120. Samarbejdsudvalgene har generelt ikke adgang til eventuelle relevante patientdata i journalerne mv. hos yderne med henblik på selv at undersøge årsagerne og grundlaget for redegørelserne. Sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3, giver dog visse muligheder for regionerne til at indhente oplysninger fra de privatpraktiserende yderes patientjournaler. Oplysningerne i journalerne er personfølsomme og beskyttet af persondataloven, og bestemmelsen i sundhedsloven er forudsat at have et meget begrænset anvendelsesområde og kan således ikke anvendes til at gennemføre en systematisk kontrol af ydernes redegørelser.

121. På tandlægeområdet er det aftalt mellem parterne, at en yder i forbindelse med en undersøgelse af vedkommendes forbrug, kan bede samarbejdsudvalget om en journalgennemgang. Regionerne har dog ikke på eget initiativ en generel adgang til tandlægenes journaler.

Regionernes sanktioner over for yderne

122. Sanktionsmulighederne over for ydere, der overskrider grænseværdierne, fremgår af aftalerne med ydernes organisationer. Hvornår en sanktion skal anvendes er imidlertid op til de enkelte samarbejdsudvalg i regionerne. Rigsrevisionens gennemgang af kontrolsager og interviews med regionerne har vist, at sanktionspraksis er lidt forskellig fra region til region. Figur 2 viser samarbejdsudvalgenes typiske sanktionspraksis over for ydere, der gentagne gange overskrider grænseværdierne. I figuren har en yder overskredet grænseværdien i 2011.



Figur 2 viser, at samarbejdsudvalgets første reaktion på en overskridelse af grænseværdien vil være at henstille til yderen om at reducere ydelsesforbruget og tilnærme forbruget til det regionale gennemsnit. Dette vil ske medio 2012, når samarbejdsudvalget har behandlet kontrolstatistikken for 2011. Regionerne har oplyst, at det er en mindre del af yderne, som ikke følger den 1. henstilling.

Figuren viser videre, at hvis henstillingen ikke bliver fulgt, vil samarbejdsudvalget typisk skærpe reaktionen i form af en advarsel om en økonomisk sanktion. Dette vil ske medio 2013 i forbindelse med behandlingen af kontrolstatistikken for 2012. Hvis forbruget herefter ikke reduceres, vil yderen blive pålagt en økonomisk sanktion i form af en bod eller en såkaldt højestegrænse, hvilket vil ske medio 2014.

123. I nogle tilfælde vælger samarbejdsudvalgene at give flere henstillinger eller advarsler, før yderen pålægges en økonomisk sanktion. Det forlænger perioden, inden yderen pålægges økonomiske sanktioner. Selv om der kan være visse variationer i regionernes sanktionspraksis over for yderne, vil samarbejdsudvalgets sanktionspraksis dog typisk følge det forløb, som fremgår af figuren.

124. Ovenstående forløb i sanktionerne fremgår ikke af de landsdækkende aftaler, men er en praksis etableret af samarbejdsudvalgene i regionerne. Regionerne har oplyst, at det er en udbredt opfattelse i samarbejdsudvalgene, at ydere, der optræder i kontrolstatistikkerne, skal gives mulighed for at tilpasse forbruget, før de bliver pålagt en økonomisk sanktion. Rigsrevisionens gennemgang af sager har dog vist, at en konsekvens af denne praksis er, at en yder med et afvigende ydelsesforbrug kan optræde i kontrolstatistikkerne i 3-4 år eller mere, før samarbejdsudvalgene skrider til en økonomisk sanktion. Det betyder, at yderne i flere år kan overskride de fastsatte grænseværdier uden konsekvens. I boks 8 gives et eksempel på en yder, som flere år i træk overskrider grænseværdien.

BOKS 8. EKSEMPEL PÅ OVERSKRIDELSE AF GRÆNSEVÆRDIER FLERE ÅR I TRÆK

En fysioterapeut havde i 2007, 2008, 2009 og 2010 en afvigelse på henholdsvis 54,7 %, 30,7 %, 34,3 % og 28,9 % i forhold til regionsgennemsnittet vedrørende yderens gennemsnitlige udgift til individuel behandling pr. patient inden for almindelig fysioterapi. Grænseværdien for afvigelser er fastsat til 25 % i den landsdækkende aftale. Fysioterapeuten begrundede bl.a. afvigelserne med brug af særlige metoder, mange patienter med kroniske smerter, svært handicappede og ældre. I 2008 tog samarbejdsudvalget begrundelserne til efterretning. Året efter, i 2009, fik fysioterapeuten en henstilling om at reducere behandlingsintensiteten og dermed tilnærme sig gennemsnittet. I 2010 besluttede samarbejdsudvalget endnu engang at henstille til fysioterapeuten, at hun skulle reducere behandlingsaktiviteten og tilnærme sig gennemsnittet for regionen. I 2011 optræder fysioterapeuten ikke mere på kontrolstatistikken, da hun har tilnærmet sig regionsgennemsnittet.

125. En højestegrænse kan blive fastsat for yderens samlede honorarudbetalinger og/eller for enkelttydelser. Yderen vil dermed ikke blive honoreret for den del af ydelsesforbruget, der overstiger en højestegrænse fastsat af samarbejdsudvalget. Højestegrænsen vil typisk blive fastsat som regionsgennemsnittet tillagt en vis procent. Det vil fx for en kiropraktor sige regionsgennemsnittet tillagt 25 %, som er grænseværdien. En højestegrænse vil typisk bortfalde, når udgiften 2 år i træk har ligget under den fastsatte grænse. Et eksempel på fastsættelse af en højestegrænse fremgår af boks 9.

BOKS 9. EKSEMPEL PÅ FASTSÆTTELSE AF EN HØJESTEGRÆNSE

En fysioterapeut afveg i 2007 og i 2008 med henholdsvis 40 % og 48 % (grænseværdien er 25 % for speciale 51, jf. tabel 4) fra regionsgennemsnittet. Samarbejdsudvalget besluttede at tage fysioterapeutens redegørelse om mange patienter med lange behandlingsbeløb og mange patienter med kroniske lidelser som slidgigt til efterretning både i 2007 og 2008. I 2009 afveg samme fysioterapeut med 52 %. Samarbejdsudvalget henstillede til fysioterapeuten, at ydelsen skulle tilnærme sig landsgennemsnittet, da der ellers ville blive rejst sag om en højestegrænse.

I 2010 afveg fysioterapeuten 59 %. Samarbejdsudvalget besluttede i juni 2011 at fastsætte en højestegrænse på 25 % over regionsgennemsnittet gældende fra den 1. juli 2011, hvorefter sagen blev sendt til landssamarbejdsudvalget til godkendelse. Landssamarbejdsudvalget tilsluttede sig højestegrænsen.

126. I aftalen for tandlæger har der ikke hidtil været mulighed for at anvende højestegrænser. I stedet har yderen kunne pålægges en bod. Tandlægen indbetaler dog ikke boden til regionen, men til "Midler til fælles foranstaltninger på tandlægeområdet" (Tandlægefonden). Bodanvendelse bl.a. til kursusaktivitet, oplysnings- og forskningsvirksomhed og finansiering af Landstandlægenævnets virksomhed. Tilsvarende praksis gør sig gældende på de andre praksisområder, hvis yderne idømmes bod for overtrædelse af aftalerne mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer.

127. Tabel 6 viser fordelingen af sanktioner anvendt af regionernes samarbejdsudvalg i 2010.

Tabel 6. Regionernes samarbejdsudvalgs sanktioner over for yderne i 2010 (Antal)

Henstilling	Advarsel	Højestegrænse	Bod ¹⁾
233	63	45	3

¹⁾ Muligheden for at pålægge bod i forbindelse med årskontrollen findes kun for tandlæger.

Note: Tallene er opgjort på baggrund af sager til samarbejdsudvalgene og oplysninger fra regionerne om sanktioner.

Tabel 6 viser, at langt de fleste af de sanktioner, der anvendes, er henstillinger. Regionerne har fremført, at de fleste af de ydere, som modtager en henstilling, typisk efterfølgende vil tilnærme deres forbrug, men at der er en voksende andel af ydere, der optræder i kontrolstatistikkerne flere år i træk, og hvor forbruget derfor er vanskeligt at påvirke.

128. Regionerne har oplyst, at de gerne vil bruge de økonomiske sanktioner over for yderne hurtigere, end tilfældet er i dag. Men yderrepræsentationen i samarbejdsudvalgene er langt fra altid enig med regionen om, hvilke sanktioner der skal gennemføres over for yderne. Regionerne oplyser videre, at de oplever det paritetiske system og kravet om enighed om beslutningerne i samarbejdsudvalgene som en hæmsko for en strammere styring og opfølgning på årskontrollen. Der er således et fravær af præcise og effektive kontrol- og sanktionsbestemmelser, hvilket kan resultere i en manglende præventiv effekt i forhold til brud på aftalerne med ydernes organisationer.

C. Administrativ kontrol

129. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes administrative kontrol har vist følgende:

- Alle regioner gennemfører i stigende omfang en administrativ kontrol af ydernes forbrug og afregningspraksis i et forsøg på at styrke og understøtte den kontrol, der finder sted som led i årskontrollen, og den kontrol, der løbende sker før udbetaling af et honorar (regningskontrollen).
- Der er betydelig forskel på, hvor systematisk regionerne har tilrettelagt den administrative kontrol, i hvor høj grad de gennemfører kontrollen, og hvor konsekvent de kræver uretmæssigt udbetalte honorarer tilbagebetalt. Dette skyldes dels forskelle i vurderingen af udbyttet af kontrollen i forhold til de administrative omkostninger, dels muligheden for at tilvejebringe tilstrækkelig dokumentation for tilbagebetalingskravet. På området for almen praksis er det uafklaret, hvorvidt regionernes administration i det hele taget kan kræve tilbagebetaling af honorarer, der efter regionens opfattelse er udbetalt uberettiget.
- Overtrædelser af honorarreglerne i praksissektoren vil langtfra altid medføre tilbagebetaling af honorarer. Dette svækker det præventive sigte med kontrollen med henblik på at opnå en større regelefterlevelse.

Formål og baggrund for regionernes administrative kontrol

130. Ud over årskontrollen og den validering af afregningen, som løbende finder sted, har regionerne i stadig større grad fokus på at gennemføre en løbende kontrol af ydernes forbrug og afregningspraksis. Formålet med denne kontrol er at vurdere, om de givne ydelser og afregningen herfor er berettiget og rimelig. Regionerne foretager en vurdering af, om ydernes oplysninger stemmer med specifikationer for behandlingerne, regler for honorar, og om de givne ydelser er tidsmæssigt mulige. Endvidere vurderer regionerne ydernes oplysninger ud fra regionernes generelle kendskab til praksissektoren.

Det overordnede sigte med kontrollen er at ændre ydernes adfærd med henblik på at forebygge fejl i afregningen, og kontrollen har således et præventivt sigte. For nogle regioner er det også et sigte at opkræve honorarer, som uberettiget er udbetalt til yderne.

131. I modsætning til årskontrollen, som er en del af de landsdækkende aftaler med yderne, udfører regionerne den administrative kontrol som et led i deres myndighedsopgave på området. Regionerne er således i henhold til deres ansvar forpligtet til at sikre, at afregningen sker i overensstemmelse med gældende love og regler.

132. Grundlaget for kontrollen er de erfaringer om manglende regelefterlevelse på forskellige områder, som regionerne løbende har opnået i kraft af årskontrollen, og den viden, som regionerne har fået i kraft af den løbende afregning. Regionerne har vurderet, at der fortsat er behov for at styrke den kontrol, der ligger ud over års- og regningskontrollen. Behovet for at styrke den administrative kontrol forstærkes af, at det kan være vanskeligt at nå til enighed i samarbejdsudvalgene om den nødvendige kontrol af yderne og om de sanktioner, regionerne finder nødvendige for at ændre ydernes forbrug og afregningspraksis.

Regionernes tilrettelæggelse og gennemførelse af den administrative kontrol

133. Regionernes administrative kontrol kan være tilrettelagt forskelligt fra region til region. Nedenstående viser et eksempel på, hvordan kontrollen tilrettelægges:

1. Regionen finder via afregningssystemet de ydere, som har fået udbetalt en bestemt type honorar.
2. Regionen kontakter de ydere, hvor det vurderes, at der kan være risiko for, at et ydelses-honorar er udbetalt uberettiget.
3. Yderen afgiver en nærmere redegørelse for berettigelsen af honoraret.
4. Regionen vurderer redegørelsen. Redegørelsen kan give anledning til en henstilling til yderen om at ændre adfærd og/eller et krav om tilbagebetaling.

134. Alle regioner gennemfører i et vist omfang kontroller på forskellige områder. Undersøgelsen af regionernes praksis på området for administrativ kontrol har dog vist, at der er forskel på, i hvilken grad regionerne har systematiseret kontrollen, og på hvilket grundlag kontrollen gennemføres. Region Midtjylland har udarbejdet et meget systematisk grundlag for kontrollen, som beskriver planlægning og proces for kontrollen.

Regionen beskriver i grundlaget:

- hvad der kan give anledning til kontrollen
- hvilke kontroltyper regionen kan foretage
- hvor ofte kontrollen skal gennemføres
- hvordan regionen skal følge op på kontrollen.

Videre fremgår det, at kontrollen skal ske med udgangspunkt i en vurdering af risiko og væsentlighed. Endelig fremgår det, hvordan regionen skal handle med henblik på tilbagebetaling af uberettigede udbetalte honorarer afhængig af hjemmelsgrundlaget. Boks 10 viser et eksempel på regionernes administrative kontrol.

BOKS 10. EKSEMPEL PÅ REGIONERNES ADMINISTRATIVE KONTROL

Regionerne gennemfører administrativ kontrol af forskellige typer honorarer og kontrol på forskellige praksisområder. Et eksempel på administrativ kontrol er kontrollen af udbetaling af konsultationshonorar til alment praktiserende læger ved udstedelse af kørekortattester. I disse tilfælde er der 100 % egenbetaling for borgerne, og lægen må derfor ikke opkræve konsultationshonorar.

135. Regionerne bruger den administrative kontrol til i stadig stigende omfang at rejse krav over for yderne ved uberettigede udbetalinger af honorarer. Interviews med regionerne har dog vist, at der er forskel på regionerne i forhold til, hvor konsekvent de rejser krav om tilbagebetaling af uretmæssigt udbetalte honorarer, og i hvor stort omfang de prioriterer den administrative kontrol. Nogle regioner afvejer det resurseforbrug, som medgår til gennemførelse og dokumentation af kontrollen, over for den økonomiske gevinst, der er forbundet med kravet om tilbagebetaling af honorarer. I andre regioner er det i højere grad et spørgsmål om, hvorvidt regionen er i stand til at tilvejebringe en tilstrækkelig dokumentation som grundlag for et tilbagebetalingskrav. Overtrædelser af honorarreglerne vil dermed langtfra altid medføre krav om tilbagebetaling af honorar.

136. Regionerne har oplyst, at det ofte kan være vanskeligt at påvise, at honorarer er udbetalt på et uberettiget grundlag. Nogle regioner har i den sammenhæng givet udtryk for, at generel adgang til ydernes journaler med henblik på at få en nærmere dokumentation af ydelsesmønstre og afregningspraksis ville forbedre kontrolmulighederne og dermed lette kontrollen.

137. Rigsrevisionens undersøgelse har videre vist, at det på området for almen praksis er uafklaret, hvorvidt regionerne uden om samarbejdsudvalget har hjemmel til at kræve uberettigede udbetalte honorarer tilbagebetalt.

138. Af aftalen for almen praksis fremgår det bl.a., at samarbejdsudvalget ved en læges misligholdelse eller overtrædelse af aftalen har adgang til at tildele advarsler eller udtale misbilligelse samt indstille til landssamarbejdsudvalget, at lægen skal tilbagebetale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb. Efter Regionernes Lønnings- og Takstnævns opfattelse udelukker dette dog ikke, at regionen har adgang til kræve tilbagebetaling af honorar.

Praktiserende Lægers Organisation har været og er fortsat uenig heri, og der verserer derfor i øjeblikket en opmandssag om, hvorvidt en region har hjemmel til at opkræve tilbagebetaling af honorar, der efter regionens eller samarbejdsudvalgets opfattelse er udbetalt uberettiget.

Sagen kan få store konsekvenser for regionernes muligheder for at tilbagekræve honorar på området for almen praksis, som efter regionernes opfattelse er udbetalt uberettiget.

Rigsrevisionen, den 22. august 2012

Lone Strøm

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Bekendtgørelser under sundhedsloven

Bekendtgørelse nr. 1238 af 5. december 2006 om behandling hos læge i praksissektoren.

Bekendtgørelse nr. 710 af 27. juni 2008 om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og i kommunen.

Bekendtgørelse nr. 1140 af 29. september 2010 om tilskud til behandling hos tandlæge i praksissektoren.

Bekendtgørelse nr. 1141 af 29. september 2010 om tilskud til kiropraktisk behandling i praksissektoren.

Bekendtgørelse nr. 1201 af 15. oktober 2010 om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren.

Bekendtgørelse nr. 663 af 25. juni 2012 om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper.

Bekendtgørelse nr. 491 af 19. maj 2011 om tilskud til fodbehandling i praksissektoren.

Bilag 2. Ordliste

Administrativ kontrol	Regionernes løbende kontrol af, om de givne ydelser og afregningen herfor er berettiget og rimelig, fx kontrol af, om ydernes oplysninger stemmer med specifikationer for behandlingerne, regler for honorar, og om de givne ydelser er tidsmæssigt mulige.
Advis	En advarsel fra afregningssystemet om, at regionen ved en specifik regning skal foretage en vurdering af regningens rigtighed, fx om 2 ydelser må anvendes i samme konsultation.
Delepraksis	En praksis hvor et ydernummer deles mellem 2 ydere, der afregner med regionen på samme ydernummer, fx 2 fysioterapeuter der deler et ydernummer og praksis.
Flerlægepraksis	En samarbejdspraksis, hvor flere ydere har valgt at være fælles om lokaler og eventuelt hjælpepersonale, men hvor yderne har hvert deres ydernummer. Regionen afregner på forskellige ydernumre til de enkelte ydere i praksis. Kan også være en kompagniskabspraksis, hvor flere ydere benytter det samme ydernummer.
Fysioterapi – speciale 51 og speciale 62	Fysioterapeuter afregner for deres behandlinger på forskellige specialer alt efter, om der er tale om patienter med kroniske lidelser (speciale 62) eller andre patienter (speciale 51).
Grænseværdi	En procentvis afvigelsesgrænse for, hvornår en yders omsætning eller ydelsesforbrug skal undersøges af det regionale samarbejdsudvalg. Grænseværdien er typisk fastsat i forhold til et gennemsnitligt regionalt ydelsesforbrug på det enkelte praksisområde.
Knækgrænse	På speciallægeområdet er der fastsat såkaldte knækgrænser for ydernes omsætning. Det betyder, at når en speciallæges samlede årlige honoraropkrævninger overstiger et bestemt fastsat beløb – knækgrænsen – reducerer regionen yderens honorarudbetaling med 40 %. Regionen udbetaler således kun 60 % af honoraret for de ydelser, speciallægen indberetter, når knækgrænsen er overskredet.
Paritetisk	De landsdækkende og de regionale samarbejdsudvalg er paritetisk sammensat. Dvs. at de er sammensat med et ligeligt antal repræsentanter for henholdsvis Regionernes Lønnings- og Takstnævn og de landsdækkende yderorganisationer, eller for regionen og yderorganisationen.
Regionernes Lønnings- og Takstnævn	Nævnet indgår kollektive aftaler med praksissektorens yderorganisationer. Finansministeren udpeger nævnets 9 medlemmer, der repræsenterer Finansministeriet, Sundhedsministeriet, regionerne og kommunerne. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har vetoret i nævnet.
Samarbejdsudvalg, lands	8 paritetisk sammensatte organer med repræsentanter for Regionernes Lønnings og Takstnævn samt ydernes organisationer. Landssamarbejdsudvalgene fortolker de landsdækkende aftaler over for regionerne, de regionale samarbejdsudvalg og andre, fx centrale myndigheder og ydere. Ud over fortolkningsopgaven har landssamarbejdsudvalget varierende opgaver alt efter praksisområde. Det kan fx være at behandle konkrete sager, hvor de regionale samarbejdsudvalg ikke kan nå til enighed. Landssamarbejdsudvalgene er klage- og ankeinstans over afgørelser truffet af de regionale samarbejdsudvalg.
Samarbejdsudvalg, regionalt	I hver region er der nedsat et samarbejdsudvalg for hvert af praksisområderne. Udvalgene er paritetisk sammensat og har bl.a. til opgave at behandle den årlige kontrolstatistik, deltage i praksisplanlægningen og vejlede med hensyn til forståelse og praktisering af de landsdækkende aftaler samt godkende lokalaftaler mellem regionen og yderne.
Visitation	Vurdering af, hvilken ydelse der er behov for, og hvem der skal udføre ydelsen.

Ydelse	En betegnelse for de behandlinger, konsultationer, operationer eller undersøgelser, som en yder i praksissektoren udfører over for en borger, og som regionen betaler honorar for i henhold til de landsdækkende aftaler, der er indgået med ydernes organisationer.
Yder	En alment praktiserende læge, speciallæge, tandlæge, tandplejer, fysioterapeut, fodterapeut, kiropraktor eller psykolog, der har tilsluttet sig en af de landsdækkende aftaler i praksissektoren og leverer ydelser til borgerne mod betaling fra regionen.
Ydernummer	Et nummer, yderen tildeles for at kunne praktisere og modtage honorarer fra regionen.
Yderorganisation	Den enkelte yders interesseorganisation, som bl.a. varetager forhandlingerne med Regionernes Lønnings- og Takstnævn på vegne af den enkelte yder.
Økonomiprotokollat	En del af de landsdækkende aftaler, som forpligter aftaleparterne – i dette tilfælde til at iværksætte udgiftsdæmpende foranstaltninger, såfremt udgifterne på de enkelte praksisområder stiger mere end det aftalte.
Årskontrol	En årlig statistisk baseret kontrol af ydernes forbrug og omsætning på de enkelte praksisområder for at sikre et ensartet aktivitetsniveau i regionen eller på landsplan.