

RIGSREVISIONEN



Notat til Statsrevisorerne om
beretning om aktiviteter og
udgifter i praksissektoren

Februar
2016

revision
revision
revision

Opfølgning i sagen om aktiviteter og udgifter i praksissektoren (beretning nr. 17/2011)

10. februar 2016

RN 401/16

1. Rigsrevisionen følger i dette notat op på sagen om aktiviteter og udgifter i praksissektoren, som blev indledt med en beretning i 2012. Vi har tidligere behandlet sagen i notat til Statsrevisorerne af 7. februar 2013.

KONKLUSION

Rigsrevisionen finder, at Finansministeriets, Sundheds- og Ældreministeriets og Danske Regioners bestræbelser på at ensrette aftalerne på tværs af områderne i praksissektoren er tilfredsstillende, og vurderer, at denne del af sagen kan afsluttes. Bestræbelserne skal ses i lyset af, at der er tale om komplekse forhandlingsområder, hvor ensretningen skal ses som en længere proces.

Rigsrevisionen baserer denne konklusion på følgende:

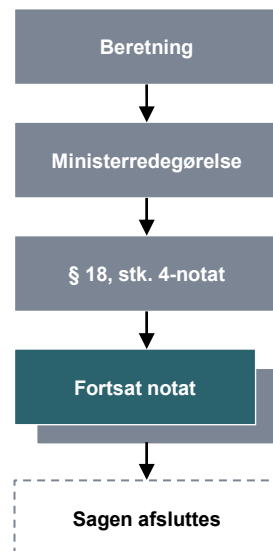
- Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner har med de seneste aftaler opnået en større ensartethed på tværs af de 8 praksisområder og vil fortsat tilstræbe at ensrette de kommende aftaler.

Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har gennemført flere tiltag, der kan sikre regionerne bedre og mere ensartede planlægnings- og styringsredskaber i forhold til praksissektoren. Ministerierne er bl.a. i gang med at undersøge mulighederne for at justere honorarsystemet for almen praksis. Regionerne samarbejder desuden om at styrke kontrolindsatserne. Ét af de tiltag, der skal styrke kontrolindsatserne yderligere, er et nyt fælles afregningssystem, som regionerne og kommunerne er gået sammen om at udvikle. Afregningssystemet skal implementeres i løbet af 2016.

Rigsrevisionen vil fortsat følge udviklingen og orientere Statsrevisorerne om:

- Finansministeriets, Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes arbejde med at afdække mulighederne for at justere honorarsystemet for almen praksis
- regionernes arbejde med at implementere et nyt afregningssystem.

Sagsforløb for en større undersøgelse



Du kan læse mere om forløbet og de enkelte step på www.rigsrevisionen.dk

Regionernes Lønnings- og Takstnævn består af 9 medlemmer, der tilsammen repræsenterer Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og kommunerne.

De 8 yderorganisationer er:

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

Et opfølgingspunkt afsluttes, når Statsrevisorerne på baggrund af indstilling fra Rigsrevisionen vurderer, at myndighedernes initiativer er tilfredsstillende.

I. Baggrund

2. Rigsrevisionen afgav i august 2012 en beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Praksissektoren omfatter 8 praksisområder: alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, tandplejere, fysioterapeuter, fodterapeuter, kiropraktorer og psykologer. Disse benævnes ydere, mens deres behandlinger og konsultationer benævnes ydelser. Beretningen handlede om de overordnede rammer for styringen af praksissektoren, og hvordan Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Rammerne for styringen er bl.a. de centrale overenskomstaftaler (i dette notat benævnt aftaler) mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og yderens organisationer.

3. Da Statsrevisorerne behandlede beretningen, bemærkede de, at Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne ikke havde sikret en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Statsrevisorerne fandt det i den forbindelse utilfredsstillende, at der ikke i højere grad var mulighed for at styre, kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

4. På baggrund af beretningen og Statsrevisorerne bemærkninger har vi fulgt op på følgende punkter:

Opfølgingspunkt	Status
Bestræbelser på at skabe mere ensartede aftaler på tværs af praksisområderne.	Behandles i dette notat.
Tiltag, der kan sikre regionerne bedre planlægnings- og styringsredskaber i forhold til praksissektoren.	Behandles i dette notat.
Tiltag, der kan styrke regionernes kontrolindsats og forbedre regionernes muligheder for at kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren.	Behandles i dette notat.

5. Vi redegør i dette notat for resultaterne af opfølgningen på de punkter, der ikke tidligere er afsluttet.

Hele sagen og dens dokumenter kan følges på www.rigsrevisionen.dk og på www.ft.dk/Statsrevisorerne.

II. Finansministeriets, Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes initiativer

6. Vi gennemgår i det følgende Finansministeriets, Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes initiativer i forhold til de udestående opfølgingspunkter. Gennemgangen er baseret på møder med ministerierne og Danske Regioner samt en samlet redegørelse fra ministerierne, som er baseret på et notat fra Danske Regioner.

7. Rigsrevisionen har siden afgivelsen af notat til Statsrevisorerne af 7. februar 2013 fulgt området gennem dialog med Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner.

Den daværende minister for sundhed og forebyggelse oplyste i januar 2013 til Statsrevisorerne, at staten og regionerne fremadrettet ville have mere fokus på at tilstræbe ensartede aftaler på tværs af praksisområderne, bl.a. i forhold til kontrolbestemmelserne for de enkelte yderområder, mulighederne for at indføre udgiftsdæmpende foranstaltninger ved overskridelser af de økonomiske rammer og krav om produktivitet. Kravene om større ensartethed skulle indgå i de kommende overenskomstforhandlinger med yderorganisationerne.

Vi har afventet, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn og yderorganisationerne har indgået nye aftaler.

Tabel 1 viser, hvornår de seneste aftaler for hvert praksisområde blev indgået, og hvornår aftaleparterne har planlagt, at de næste overenskomstforhandlinger skal afsluttes.

Tabel 1. Tidspunkter for nuværende og kommende aftaler

	Seneste forhandlingsafslutning	Planlagt kommende forhandlingsafslutning
Psykologhjælp	Marts 2011	1. kvartal 2016
Fodterapi	Oktober 2013	3. kvartal 2016
Kiropraktik	November 2013	3. kvartal 2016
Almen praksis	Marts 2014	1. kvartal 2017
Almen fysioterapi	Juni 2014	3. kvartal 2017
Tandpleje	November 2014	4. kvartal 2017
Tandlægehjælp	Marts 2015	4. kvartal 2017
Speciallægehjælp	April 2015	4. kvartal 2017

Kilde: Danske Regioner og aftalerne mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer.

Det fremgår af tabel 1, at der er blevet indgået nye aftaler på 7 ud af 8 områder, siden vi afgav beretningen i 2012. Den seneste aftale for psykologhjælp er fra marts 2011. Det var planen, at der skulle have været forhandlet en ny aftale i juni 2014, men forhandlingerne er blevet forsinket flere gange. Danske Regioner har oplyst, at forhandlingerne forventes afsluttet i februar 2016.

Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner har oplyst, at ministerierne og Danske Regioner med de nye aftaler generelt har tilstræbt og fortsat vil tilstræbe at ensrette aftalerne og de styringsredskaber, der er fastlagt i disse. Ensretningen skal dog ses som en længere proces på komplekse forhandlingsområder.

Ensartethed i aftaler på tværs af praksisområderne

8. Det fremgik af beretningen, at regionernes styring af praksissektoren primært baserede sig på aftalerne med yderorganisationerne. Aftalerne var meget komplekse og forskellige fra område til område, selv om der var ligheder i praksissektorens organisering og i regionernes administrative opgaver på tværs af områderne. Rigsrevisionen vurderede, at mere ensartede aftaler kunne medvirke til at lette regionernes administration af praksissektoren. Det fremgik bl.a. af beretningen, at det var forskelligt, hvilke udgiftsdæmpende foranstaltninger Regionernes Lønnings- og Takstnævn skulle iværksætte, hvis yderne overskred de økonomiske rammer.

9. Vores gennemgang af ministeriernes redegørelser og udvalgte dele af de centrale aftaler viser, at aftalerne er blevet mere ensartede i forhold til udgiftsdæmpende foranstaltninger, siden vi afgav beretningen i 2012.

Et honorar er taksten for en bestemt ydelse, dvs. den betaling, som en praksisyder modtager for en ydelse. På områder med egenbetaling består honoraret af et tilskud, som regionen betaler, og en andel, som patienten betaler. Det er fastlagt i aftalerne med yderorganisationerne, hvordan honorarerne skal reguleres med pris- og lønudviklingen.

*Regionernes Lønnings- og Takstnævn **regulerer** honorarer og tilskud 2 gange årligt (1. april og 1. oktober). Modregning af eventuelle rammeoverskridelser skal indgå i reguleringen. Det betyder, at honorarerne stiger mindre end pris- og lønudviklingen eller i nogle tilfælde sænkes.*

Aftalerne for alle 8 praksisområder fastlægger en øvre økonomisk ramme for udgifterne på de enkelte områder. Det er en samlet økonomisk ramme for alle regioner under ét for hvert praksisområde. I de tidligere aftaler var det meget forskelligt beskrevet, hvordan eventuelle overskridelser af rammen skulle håndteres. Det var fx forskelligt, hvornår og hvordan Regionernes Lønnings- og Takstnævn kunne modregne overskridelserne i honorarer eller tilskud for fremtidige ydelser, hvis den økonomiske ramme på et område blev overskredet. Hvis kiropraktorerne eller tandlægerne overskred rammen, skulle parterne ifølge aftalerne først undersøge årsagerne og derefter forhandle om, hvilke udgiftsdæmpende foranstaltninger der skulle sættes i gang. Det fremgik imidlertid af aftalen for almen praksis, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn umiddelbart kunne modregne i de fremtidige honorarer, hvis rammen blev overskredet. I de tidligere aftaler på områder med egenbetaling var det desuden forskelligt, om patienternes egenbetaling blev berørt af modregningen. Det var imidlertid uklart, hvorfor aftalerne var forskellige.

Det fremgår nu af aftalerne på alle områder, at aftaleparterne løbende skal følge udviklingen i forbruget og iværksætte udgiftsdæmpende tiltag, allerede hvis der er indikationer på, at udgifterne vil overstige rammerne. Hvis udgifterne på et område overstiger rammen, skal Regionernes Lønnings- og Takstnævn modregne overskridelserne i honorarerne for fremtidige ydelser. På 7 ud af 8 praksisområder skal modregningen ske ved den første regulering, efter at en eventuel overskridelse er opgjort. På det sidste område – almen praksis – sker modregningen i den efterfølgende regulering. På alle de områder, hvor der er egenbetaling, fremgår det endvidere, at yderne ikke må øge patienternes egenbetaling som følge af modregningen. Aftalerne er således blevet ensartede i forhold til, hvilke tiltag yderne kan pålægges, hvis de økonomiske rammer overskrides.

10. I de tidligere aftaler var der på nogle praksisområder fastsat en grænse for, hvor meget den enkelte yders forbrug måtte afvige fra det gennemsnitlige forbrug for alle ydere på området i den givne region. Hvis en yders forbrug oversteg gennemsnittet, kunne regionen bede yderen om at redegøre for, hvorfor grænsen var oversteget, og i sidste ende kunne regionen sanktionere yderen. Det fremgik af beretningen, at grænserne var fastsat forskelligt. Grænsen var 40 % for tandlæger, mens den var 25 % for bl.a. alment praktiserende læger.

Danske Regioner har oplyst, at grænsen for tandlæger i den seneste aftale er sat ned til 25 %, så de fleste områder nu har en grænseværdi på 25 %. Dermed er aftalerne også blevet mere ensartede i forhold til, hvor meget en enkelt yders forbrug må overstige gennemsnittet i regionen.

11. Der er dog stadig variationer i aftalerne. Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner har oplyst, at den væsentligste forklaring på variationerne er, at aftalerne er et resultat af særkilte forhandlinger med de 8 yderorganisationer. Derfor kan Regionernes Lønnings- og Takstnævn ikke selvstændigt beslutte, hvordan aftalerne skal udformes.

12. Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner med de seneste aftaler har sikret, at aftalerne er blevet mere ensartede på tværs af de 8 praksisområder. Det er både blevet mere ensartet, hvordan Regionernes Lønnings- og Takstnævn kan sanktionere, hvis ydernes forbrug overskrider de økonomiske rammer, og hvor meget en enkelt yders forbrug må overstige gennemsnittet i regionen. Rigsrevisionen vurderer derfor, at denne del af sagen kan afsluttes.

Regionernes planlægnings- og styringsredskaber i forhold til praksissektoren

13. Statsrevisorerne fandt det ikke tilfredsstillende, at produktivetsfremgang i praksissektoren som følge af ny teknologi, mere effektive arbejdsprocesser og brug af hjælpepersonale ikke førte til fald i honorarsatserne.

14. Det fremgik af beretningen, at ny teknologi, effektivisering af arbejdsprocesser og brug af hjælpepersonale kunne føre til et fald i ydernes omkostninger, men at regionerne generelt ikke fik del i den økonomiske gevinst, der kunne være ved en produktivetsfremgang i praksissektoren.

Det fremgik også af beretningen, at regionerne havde begrænsede muligheder for at styre, herunder planlægge og påvirke aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Det fremgik bl.a., at der var få begrænsninger på antallet af ydelser, som den enkelte yder kunne give borgerne, og at regionerne ikke havde kompetence til at fastsætte lægedækningen for almen praksis, herunder antallet af alment praktiserende læger.

15. Vi gennemgår i det følgende 3 indsatsområder, som er centrale for regionernes planlægnings- og styringsredskaber i forhold til praksissektoren.

Ændringer i sundhedsloven

16. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at der i juli 2013 blev vedtaget en række ændringer i sundhedsloven, som efter ministeriets opfattelse har væsentlig betydning for regionernes muligheder for at planlægge og styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren – særligt almen praksis. Lovændringerne tydeliggør bl.a. regionernes myndighedsansvar i forhold til planlægning og opfølgning. For almen praksis indebærer lovændringen, at regionerne har fået bedre muligheder for at påvirke lægedækningen, fordi regionsrådene har fået kompetence til at træffe endelige beslutninger om, hvordan de regionale planer for almen praksis skal udformes. Praksisplanerne skal dog først behandles i de nye lokale praksisudvalg, der ifølge loven skal bestå af 3 medlemmer fra regionsrådet, 5 kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen og 3 medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger. Ifølge loven skal der tilstræbes enighed i praksisudvalgene, men i tilfælde af uenighed kan regionen træffe den endelige beslutning.

Sundheds- og Ældreministeriet har videre oplyst, at lovændringerne desuden har åbnet op for, at regionerne kan oprette og sælge ydernumre til alment praktiserende læger og udbyde driften af praksis til private leverandører (udbudsklinikker), som leverer almen medicinske ydelser. Regionerne har desuden fået mulighed for at etablere regionale almen medicinske tilbud, fx regionale lægehuse (regionsklinikker), hvis regionen ikke kan finde en ekstern leverandør, eller hvis der opstår akut lægemangel i en kort periode. Formålet med disse ændringer er at styrke regionernes muligheder for at sikre lægedækning.

Danske Regioner har oplyst, at der på nuværende tidspunkt er oprettet 10 udbudsklinikker og 3 regionsklinikker i regionerne.

Tiltag, som kan begrænse udgifter og øge produktiviteten

17. Modregning af eventuelle overskridelser af de økonomiske rammer (som er beskrevet i pkt. 10) er et eksempel på tiltag, som kan begrænse udgifterne. Danske Regioner har oplyst, at der tillige er blevet indført en række tiltag, som hjælper regionerne med at begrænse aktiviteter og udgifter på de forskellige praksisområder. De nye aftaler indeholder desuden direkte eller indirekte krav til produktiviteten på de enkelte områder.

Lovændringerne fremgår af lov nr. 904 af 4. juli 2013: "Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet".

Praksisplaner er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage og snitflader til det øvrige sundhedsvæsen, og indeholder overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Det kan bl.a. begrænse udgifterne, at det på flere områder er blevet konkretiseret, hvad forskellige ydelser skal indeholde, og at der på nogle områder er blevet fastlagt forløb for specifikke behandlinger. Fx er der på kiropraktorområdet blevet indført et forløb, hvor kiropraktorerne på 4 konsultationer skal behandle patienter med diskusprolaps. Forløbet skal understøtte, at patienterne får den fagligt rigtige behandling, og at behandlingen afsluttes, når der ikke er faglig dokumentation for, at der fortsat skal ske behandling i kiropraktorpraksis. På speciallægeområdet er det blevet konkretiseret, at det forventes, at lægen ved en patients første konsultation kan varetage flere problemstillinger. Disse tiltag skal hjælpe regionerne med at begrænse antallet af konsultationer.

Speciallægeområdet er det eneste område, hvor yderne er blevet pålagt et konkret produktivetskrav med den seneste aftale. Speciallægerne skal årligt tilvejebringe en produktivetsgevinst på 1 % af den samlede omsætning ved at gennemføre moderniseringer, og gevinsten skal finansiere yderligere aktivitet inden for de enkelte specialer.

Alle aftaler indeholder krav om, at yderne uden ekstra betaling skal løfte nye opgaver, udføre deres opgaver hurtigere eller sammen med andre opgaver. Fx er kravene til, hvad der skal indgå i en almindelig konsultation i almen praksis blevet skærpet, og tandlægerne skal foretage flere registreringer om patienterne.

Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner er enige om, at disse tiltag er indirekte produktivetskrav, fordi yderne på forskellig vis skal levere noget ekstra uden ekstra betaling. Ministerierne og Danske Regioner har understreget, at alle produktivetskravene er resultater af forhandlingerne med yderorganisationerne, og at det er forskelligt, hvad Regionernes Lønnings- og Takstnævn har kunnet komme igennem med på de forskellige områder.

Honorarmodellen for almen praksis

18. Den daværende minister for sundhed og forebyggelse oplyste i januar 2013 til Statsrevisorerne, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn i den næste aftale ville søge at ændre den nuværende honorarmodel, så en større del af lægernes honorarer skulle bestå af faste basishonorarer. Det ville ifølge ministeren sikre, at de økonomiske incitament i højere grad understøttede de sundhedspolitiske målsætninger og minimerede incitamentet til at maksimere antallet af kontakter mellem læge og patient. Det ville samtidig forenkle budgetteringen og planlægningen af udgifterne.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn har forsøgt at komme igennem med en sådan ændring af honorarsystemet i forbindelse med den seneste overenskomstforhandling på området, men at det ikke lykkedes.

Sundheds- og Ældreministeriet og Finansministeriet har videre oplyst, at der er afsat 187 mio. kr. i perioden 2015-2018 til et forsøg inden for honoreringssystemet i almen praksis. Forsøget skal skabe viden om, hvordan ændret honorering af de praktiserende læger kan understøtte 3 formål. For det første skal honoreringen medvirke til at sikre, at der arbejdes målrettet med kvalitetsfremme i almen praksis. For det andet skal honoreringen medvirke til at sikre velfungerende, effektive og sammenhængende patientforløb for patienter med kroniske sygdomme. For det tredje skal honoreringen understøtte en udvikling, så alle borgere har adgang til samme høje kvalitet i almen praksis, uanset hvor i landet de bor. Ministerierne har lagt op til at afprøve 2 modeller med følgende elementer. Det ene element er, at lægernes basishonorering (den del af honoraret, som ikke er aktivitetsbestemt) øges samlet set og vægtes efter socioøkonomiske og eventuelt geografiske kriterier, herunder bl.a. antallet af personer med kroniske sygdomme, der er tilknyttet den enkelte praksis. Det andet element er, at der skal udbetales et honoreringstillæg til lægerne mod levering af konkrete resultater i forhold til én eller flere af de store grupper af patienter med kroniske sygdomme.

Ministerierne har videre oplyst, at en ekstern ekspertgruppe bestående af eksperter fra Syddansk Universitet skal udarbejde en forundersøgelse, som skal gøre det muligt på et fagligt velfunderet grundlag at opstille forslag til rammerne for selve forsøget med henblik på dets gennemførelse. Ministerierne igangsatte forundersøgelsen ultimo 2015. Når resultatet af forsøget foreligger, vil ministerierne vurdere, i hvilket omfang det giver anledning til at arbejde for eventuelle justeringer af honorarsystemet for almen praksis, som er aftalt i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation.

Opsamling

19. Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at der er gennemført en række ændringer i sundhedsloven, som tydeliggør regionernes myndighedsansvar og giver regionerne mulighed for at træffe endelige beslutninger om praksisplanerne i tilfælde af uenighed. Rigsrevisionen finder det også positivt, at der er blevet indført en række tiltag, som hjælper regionerne med at begrænse udgifterne og øge produktiviteten på de forskellige praksisområder. Det er imidlertid Rigsrevisionens opfattelse, at det vil lette regionernes administration og skabe øget gennemsigtighed, hvis Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner fortsat vil arbejde på at gøre disse tiltag mere ensartede på tværs af områderne i praksissektoren ved fx at opstille direkte produktivetskrav på alle områder. Rigsrevisionen finder det desuden ikke helt tilfredsstillende, at Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne ikke er kommet længere i arbejdet med at udforme en ny honorarmodel. Rigsrevisionen vil derfor fortsat følge Sundheds- og Ældreministeriets arbejde med at afdække mulighederne for at justere honorarsystemet for almen praksis.

Regionernes kontrolindsats og muligheder for at kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren

20. Statsrevisorerne bemærkede, at regionerne ikke havde tilfredsstillende muligheder for at kontrollere, hvilke ydelser borgerne modtog, og om honoraret modsvarede den modtagne ydelse. Regionerne modtog årligt mere end 60 mio. regninger fra praksissektoren, og en række forbehold og undtagelser i aftalerne medførte, at regionerne ud over systemkontrol også skulle foretage en manuel kontrol og skønsmæssige vurderinger af regningerne. Dertil kom, at en væsentlig del af kontrollen med forbruget – og kompetencen til at sanktionere – blev afgjort i samarbejdsudvalg med ligelig repræsentation fra regioner og praksissektorens organisationer. Statsrevisorerne bemærkede i den forbindelse, at kontrollen ikke var tilrettelagt med udgangspunkt i bedste praksis.

21. Vi gennemgår i det følgende 2 indsatsområder, som er centrale for regionernes kontrolindsats og muligheder for at kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Regionalt samarbejde om kontrol og opfølgning

22. Sundheds- og Ældreministeriet og Finansministeriet har oplyst, at regionerne har øget fokus på at styrke kontrolindsatserne. Regionerne har udarbejdet en fælles strategi og handlingsplan for regionale kontroltiltag i praksissektoren, der skal sikre koordinering, ensartethed og læring på tværs af regionerne. Dette har dannet grundlag for en række initiativer, som regionerne siden 2012 har iværksat sammen og hver for sig for at styrke kontrollen. Regionerne har desuden oprettet en regional styregruppe, der skal sikre fremdrift i implementeringen af regionernes fælles strategi for kontrol.

Blandt de centrale emner i regionernes fælles strategi er, at regionerne skal have et mere ensartet administrationsgrundlag. For at ensarte administrationsgrundlaget har regionerne aftalt nogle fælles principper om, at alle regionerne fx skal tilrettelægge kontrollen på baggrund af en risikovurdering, håndtere ensartede problemstillinger på samme måde og bruge sanktionsmulighederne i overenskomsterne mere og på en mere ensartet måde.

Alle regioner og kommuner er desuden gået sammen om at udvikle et fælles afregningssystem. Afregningssystemet er et it-system, der skal understøtte regionernes administration, planlægning, afregning, kontrol og opfølgning på alle praksisområder. Systemet kan erstatte de manuelle analyser, som regionerne foretager i dag. Systemet vil dermed lette kontrollen, idet regionerne hurtigt og nemt vil kunne analysere mønstre i ydernes regninger og sortere mulige fejlbehæftede regninger fra og sende dem tilbage til yderne, fx med krav om yderligere dokumentation. Det betyder, at regionerne fremover skal bruge færre ressourcer på at vurdere regninger, som muligvis ikke skulle have været betalt. Systemet gør det også nemmere for regionerne at følge op på ydernes aktiviteter og udgifter.

Danske regioner har oplyst, at det var planen, at det nye afregningssystem skulle implementeres i regionerne fra medio 2016 til ultimo 2016. Implementeringen er imidlertid blevet forsinket, og planen er ved at blive justeret.

Regionernes kompetence til at sanktionere

23. Rammerne for regionernes kontrol af de enkelte ydernes forbrug og omsætning er fastsat i aftalerne. Aftalerne fastsætter bl.a. grænseværdierne på de enkelte praksisområder som beskrevet i pkt. 9.

Danske Regioner har oplyst, at det med den seneste aftale er indført, at alment praktiserende læger automatisk bliver sanktioneret med en højestegrænse, når en læges forbrug er højere end grænseværdien, dvs. 25 % over gennemsnittet i regionen. Det betyder, at regionen ikke dækker yderligere forbrug fra yderen i det indeværende år. På de øvrige områder er det fortsat op til de regionale samarbejdsudvalg i de enkelte tilfælde at vurdere, hvilke konsekvenser det skal have, at en yders forbrug har overskredet grænseværdien.

Danske Regioner har videre oplyst, at det har understøttet regionernes muligheder for at håndhæve grænseværdierne, at regionernes myndighedsansvar er blevet gjort tydeligere i sundhedsloven. Det har bl.a. betydet, at regionerne kan føre kontrol med forbruget og indhente redegørelser fra yderne uden først at skulle have tilladelse fra samarbejdsudvalgene, hvor ydernes organisationer er ligeværdige med regionerne.

Opsamling

24. Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at regionerne har samarbejdet om at styrke kontrolindsatserne ved bl.a. at udarbejde en strategi og handleplan for regionale kontroltiltag, der skal sikre koordinering, ensartethed og læring på tværs af regionerne. Regionerne og kommunerne er desuden gået sammen om at udvikle et fælles afregningssystem, som skal understøtte regionernes administration, planlægning, afregning, kontrol og opfølgning på alle praksisområder. Rigsrevisionen finder det positivt, at det er blevet nemmere for regionerne at sanktionere alment praktiserende læger ved at pålægge en højestegrænse. Rigsrevisionen vil fortsat følge regionernes arbejde med at implementere et nyt afregningssystem.