

Til Den Administrative Styregruppe vedr. sundhedsaftaler

## **Referat fra møde i Den Administrative Styregruppe vedr. sundhedsaftaler den 22. august 2007**

Kære alle

I indbydes hermed til møde i Den Administrative Styregruppe vedr. sundhedsaftaler. Mødet afholdes **onsdag den 22. august 2007 kl. 14-17 i Viborg Lounge.**

Der afholdes formøde for kommunerepræsentanterne kl. 13-14 i Viborg Lounge og regionsrepræsentanterne kl. 13-14 i Viborg Lounge.

**Deltagere:** Se vedlagte liste

### **Dagsorden**

#### **1. Dialogen med Sundhedsstyrelsen om sundhedsaftalerne.**

##### Indstilling:

- at sagen drøftes.  
Regionalt Sundhedssamarbejde følger yderligere op på henvendelsen med henblik på at få et svar fra Sundhedsstyrelsen.

##### Sagsfremstilling:

Den 1. juni 2007 godkendte Sundhedsstyrelsen de sundhedsaftaler, Region Midtjylland og kommunerne i regionen havde indgået. Sundhedsstyrelsens gennemgang af aftalerne har været meget tekstnær og har ført til at godkendelsen skete under forudsætning af, at aftalerne revideres og indsendes til fornyet godkendelse senest den 1. april 2008.

./. I brev af 2. juli 2007 anerkender Sundhedsstyrelsen dog samtidig det store arbejde, kommunerne og regionen har præsteret i forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsaftalerne. Sundhedsstyrelsen betragter sundhedsaftalerne som et indsatsområde i udvikling af samarbejdet mellem kommunerne og regionen om indlæggelse, udskrivning, genoptræning, hjælpemidler, sundhedsfremme og forebyggelse samt indsatsen for mennesker med sindslidelser.

./ Region Midtjyllands Sundhedskoordinationsudvalg, som er ansvarlig for udarbejdelsen af sundhedsaftalerne, har i vedlagte brev af 26. juni til Sundhedsstyrelsen dels udtrykt kritik af Sundhedsstyrelsens meget tekstnære gennemgang af sundhedsaftalerne og dels fremsat ønske om mere tid til at revidere sundhedsaftalerne. Regionen har ligeledes afholdt møde med Sundhedsstyrelsen, hvor dette synspunkt blev understreget. Andre regioner og kommuner har også henvendt sig til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen har meddelt, at de reviderede sundhedsaftaler skal indsendes den 1. oktober 2008 i stedet for den 1. april 2008.

Region Midtjylland har udtrykt overfor Sundhedsstyrelsen, at der bør være mulighed for at indgå sundhedsaftaler ud fra et værdigrundlag. Sundhedsstyrelsen har nu tilkendegivet, at den tilslutter sig denne opfattelse.

Regionalt Sundhedssamarbejde har udarbejdet en tidsplan for arbejdet, der forelægges Sundhedskoordinationsudvalget den 10. september 2007. I september 2008 forventes sundhedsaftalerne klar til politisk godkendelse.

Regionalt Sundhedssamarbejde har kontaktet Sundhedsstyrelsen for at få et svar på henvendelsen. Der er endnu ikke indkommet svar.

### **Referat**

Eva Sejersdal Knudsen redegjorde for processen og dialogen med Sundhedsstyrelsen herunder, at Sundhedsstyrelsen anerkender værdibaserede aftaler. Leif Vestergaard Pedersen understregede, at hensynet ved revisionen skal tages til kommuner og region, ikke til Sundhedsstyrelsen. På et kommende strategioplæg blev det aftalt, at det skal indeholde: 1) indsats for borgere med kroniske sygdomme, 2) børneområdet. Samtidig gøres der en særlig indsats på områderne Sundhedsfremme og forebyggelse, og i forhold til varslingsfrister/ færdigbehandlede patienter.

Psykiatriområdet koordineres i forhold til arbejdsplanen for den somatiske del af sundhedsaftalerne.

### **Beslutning**

Taget til efterretning. På mødet i Sundhedskoordinationsudvalget den 20. november 2007 præsenteres en samlet plan for revision af sundhedsaftalerne.

## **2. Den mellemkommunale organisering af sundhedsområdet**

### Indstilling:

- ./,
- at den mellemkommunale organisering af sundhedsområdet i Midtjylland godkendes. (Notat vedlagt).

#### Sagsfremstilling:

1. generation af sundhedsaftalerne er nu afsluttet, og næste fase forestår efter behandlingen i Sundhedsstyrelsen.

Som aftalt på sidste møde i Den administrative Styregruppe, er der udarbejdet et forslag til Den mellemkommunale organisering af sundhedsområdet i Region Midtjylland. Forslaget er udarbejdet i samarbejde mellem kommunerne og Regionen.

#### **Referat**

Jonna Holm Pedersen gennemgik forslaget.

#### **Beslutning**

Forslaget blev, med enkelte tilføjelser, godkendt og sendes til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget den 10. september 2007.

### **3. Kommunale repræsentanter til kronikerprogramgrupper**

#### Indstilling:

- at det kommende arbejde med kronikerprogrammer drøftes

#### Sagsfremstilling:

Som en del af Region Midtjyllands mål- og handleplan for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser skal der udvikles og implementeres forløbsprogrammer (kronikerprogrammer) for udvalgte kroniske sygdomme, herunder diabetes og KOL. Mål- og handleplanen forventes politisk behandlet af Regionsrådet i oktober eller november.

- ./.
- Kronikerprogrammer er nærmere beskrevet i vedlagte notat. Programmerne skal blandt andet beskrive den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter.

Både region, kommuner og praksis har tilkendegivet, at de ønsker at deltage i udviklingen og implementeringen af. Første skridt i processen er at nedsætte kronikerprogramgrupper (styregrupper) med det formål at udvikle og beskrive et kronikerprogram for det udvalgte sygdomsområde.

I den forbindelse er kommunerne blevet bedt om at indstille en kommunal repræsentant fra hver klynge til kronikerprogramgruppen for diabetes og til kronikerprogramgruppen for KOL.

I indstillingen bedes det sikret, at der indgår personer med hhv. organisatorisk erfaring samt konkret faglig erfaring i behandlingen af KOL i kommunerne.

I forhold til diabetes-gruppen skal nævnes, at Region Midtjyllands diabetesudvalg indstiller 2 faglige kommunale repræsentanter til kronikerprogramgruppen.

Der kan forekomme overlap i indstillingerne fra forskellige fora, hvorfor den endelige sammensætning af kronikerprogramgruppen besluttet af sundhedsdirektøren i Region Midtjylland.

Det forventes at arbejdet påbegyndes i september 2007.

### **Referat**

Leif Vestergaard Pedersen gennemgik planen.

Kronikerprogramgruppen er et nyt organ. Rekrutteringen til dette organ kan blandt andet ske fra tidligere nedsatte udvalg.

Implementering af de forskellige indsatser kan ske i forskelligt tempo – det aftales med hver enkelt kommune i sundhedsaftalerne.

Der blev fremsagt ønske om et notat om, hvordan man praktisk griber opgaven an og hvordan kronikerprogramgruppen relaterer sig til andre grupper for kronikere.

### **Beslutning**

Taget til efterretning.

## **4. Strukturudvikling i almen praksis**

### Indstilling:

- at den administrative styregruppe drøfter parternes muligheder og barrierer i forhold til at understøtte almen praksis' strukturudvikling

### Sagsfremstilling:

Almen praksis er en helt central aktør og hovedhjørnesten i det danske sundhedsvæsen. Almen praksis tilbyder borgerne sundhedsydelser i nærmiljøet, og er i overvejende grad borgerens indgang til det øvrige sundhedsvæsen.

Samtidigt med at almen praksis fortløbende skal tilpasse sig stigende efterspørgsel som følge af demografisk udvikling, opgaveglidning, kronikerindsats m.m. formuleres der samtidigt ønsker, forventninger og krav til udvikling i - og af - almen praksis.

Ønsker, forventninger og krav, som kan sammenfattes under hovedoverskrifterne:

- God sammenhæng mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen
- God kvalitet i almen praksis
- God service i almen praksis
- Effektiv ressourceanvendelse i almen praksis

Samtidigt med dette efterspørgsels- og forventningspres må det konstateres, at almen praksis står over for en meget stor rekrutterings- og fastholdelsesudfordring.

For nuværende er det ca. 2% af kapaciteten i almen praksis, som i Region Midtjylland er ubesat. Det er vanskeligt præcist at skønne udviklingen heri, idet blandt andet de praktiserende lægers tilbagetrækningsalder er helt afgørende for problemets omfang. Lykkes det at hæve tilbagetrækningsalderen fra de nuværende skønnede 62 år til 65 år vil den ubesatte kapacitet stige til 4% i et femårigt tidsinterval. Forudsættes det, at lægerne som i dag i gennemsnit trækker sig tilbage som 62-årige vil den ubesatte kapacitet i 2011 være ca. 17% svarende til at mere end hver 6. borger i regionen ikke inden for de nuværende overenskomstsmæssige rammer vil kunne tilbydes læge.

Skal almen praksis løfte disse store udfordringer vil det være afgørende, at almen praksis undergår en strukturudvikling i retning af flerlægepraksis. Ved flerlægepraksis forstås lægeenheder, hvor flere læger har et samarbejde på samme adresse. Omfanget af samarbejdet er op til de enkelte læger. Afgørende er, at der skabes et fagligt fællesskab og en faglig sparring.

Det skyldes, at strukturudviklingen er en forudsætning for øget rekruttering af unge læger til almen praksis, idet yngre generationer af læger er mindre tilbøjelige til at ville arbejde som sololæge og mere tilbøjelige til at søge kollegialt fællesskab da det understøtter faglig udvikling og muliggør mere frihed.

Endvidere er strukturudviklingen en forudsætning for at almen praksis som sektor kan løfte efterspørgsels- og forventningspresset. I en situation med betydelig mangel på lægelig arbejdskraft vil det være afgørende, at der inden for rammerne af den enkelte praksis er sikret opgaveglidning til andre faggrupper, således at den praktiserende læge i så høj grad som muligt varetager lægeligt og kun lægeligt arbejde. Endvidere er det vurderingen at en flerlægepraksis giver mulighed for en vis specialisering og arbejdsdeling mellem de praktiserende læger med deraf følgende kvalitets- og rationaliseringsmulighed.

Blandt de kendte barrierer for, at den enkelte praksis indgår i en strukturudviklingsproces kan nævnes følgende:

- Den enkelte praktiserende læge kan have økonomisk incitament til at blive i nuværende praksis frem for at flytte til flerlægepraksis, idet selve flytningen vil være en omkostning, som i lyset af de kommende års lægemangel ikke må forventes at kunne afskrives via salg af praksis.
- Binding til nuværende lokaler

- Økonomisk binding, hvis praksis selv har investeret i nuværende bygninger og investeringen ikke kan realiseres ved salg / udlejning til andet formål
- Juridisk binding er blandt andet kendt, hvor praksis er bundet af langsigtede private erhvervslejemål
- Mangel på alternative lokaler. Det kan være et problem at skaffe velegnede lokaler til ikke mindst store flerlægepraksis. Det er ikke mindst et kendt fænomen i større bysamfund.
- Personlige forhold lægerne imellem kan i nogle sammenhænge være helt legitime barrierer for at indgå i flerlægesamarbejde.
- Opfattelse af lægerolle, hvor et ideal om den traditionelle familielæge i solopraksis kan være en barriere

Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland har i forhold til rekrutterings- og fastholdelsesproblematikken på almen læge området nedsat en arbejdsgruppe, som har udarbejdet et udkast til plan for rekruttering og fastholdelse. Udkastet forelægges Samarbejdsudvalget på det næste møde den 3. september 2007.

I forhold til den tidligere nævnte problemstilling vedr. de lokalemæssige hindringer for strukturudvikling og rekruttering/fastholdelse i øvrigt peges der i udkastet til planen på, at almen praksis, kommunerne og regionen har en fælles forpligtigelse til at afhjælpe problemet. Dette kan ske ved at facilitere lokaleanskaffelse både praktisk og økonomisk.

Det skal endvidere bemærkes i forhold til kommunernes mulige rolle i forhold til særligt rekruttering af unge praktiserende læger til udkantsområder, at det i udkastet til rekrutterings- og fastholdelsesplanen peges på samarbejde om ægtefællejob og tilvejebringelse af børnepasningsmuligheder er vigtige parametre for, hvor den unge læge vælger at nedsætte sig.

### **Referat**

Palle Jørgensen uddybede problemstillingen og understregede, at der er tale om en regionsforpligtigelse at sørge for dækning af praktiserende læger, så kommunerne spille en aktiv og medhjælpende rolle.

Bo Skovgaard mente, at problemstillingen bør tages op i klyngerne, for praksislægedækning har kommunal interesse. Karin Holland tilsluttede sig synspunktet.

### **Beslutning**

Taget til efterretning.

## **5. Overdragelse af fysioterapiområdet.**

Indstilling:

- at drøfte om Region Midtjylland eventuelt skal iværksætte det forberedende arbejde for overdragelsen af myndighedsansvaret for fysioterapien

#### Sagsfremstilling:

Fysioterapien, som praktiseres på den offentlige sygesikring, er inddelt i 4 specialer. Offentligt tilskud til fysioterapeutiskbehandling kræver, at patienten har en skriftlig lægehenvi- sning. Den almene fysioterapi (speciale 51) har delvis brugerbetaling, idet sygesikringen og patienten hver betaler en andel. Den vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) er behandling af varigt svært fysisk handicappede. Denne behandling betales fuldt ud af sygesikringen. De sidste to specialer er ridefysioterapi (speciale 57) samt vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65). Inden for disse specialer er patientgruppen ofte blinde, bevægelseshæmmede eller har anden form for handicap. Her gælder det ligeledes, at ridefysioterapi betales delvist af sygesikringen og af patienten, mens den vederlagsfri fysioterapi betales fuldt ud af sygesikringen.

Tabel 1 viser, at sagsbehandlerne, som i praksisenhederne beskæftiger sig med fysioterapien i Region Midtjylland, bruger halvdelen af deres tid på afregningen. Ud af den tid, som sagsbehandlerne bruger på afregning, optager den vederlagsfri fysioterapi 70 % af tiden.

**Tabel 1: Tidsforbruget over sagsbehandling af fysioterapeuter i praksisenhederne**

<i>Tidsforbrug</i>	<i>Afregning</i>	<i>Øvrig administration</i>	<i>I alt</i>
Almen fysioterapi	15 %	15 %	30 %
Vederlagsfri fysioterapi	35 %	35 %	70 %
I alt	50 %	50 %	100 %

Sammenlignes tabel 1 med tabel 2, som viser antallet af afregninger i 1. kvartal 2007, ses det, at på trods af at sagsbehandlerne i praksisenhederne omkring afregning bruge størstedelen af deres tid på den vederlagsfri fysioterapi, foretages der alligevel flere afregninger indenfor den almene fysioterapi. Dette skyldes, at sagerne og afregningen af den vederlagsfri fysioterapi er mere kompleks end sagen og afregningen af den almene fysioterapi.

**Tabel 2: Afregninger i 1. kvartal 2007**

	<i>Antal afregninger i hele 1.00</i>	<i>Afregning i % afrundet</i>
Speciale 51 Almen fysioterapi	265.000	47 %
Speciale 57 Ridefysioterapi	8.000	1 %
Speciale 62 Vederlagsfri fysioterapi	241.000	43 %
Speciale 65 Vederlagsfri ridefysioterapi	47.000	8 %
I alt	561.000	99 %

Den 2. april 2007 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsendt en pressemeddelelse, hvori de har oplyst at regeringen og Danske Folkeparti er blevet enige om at omstrukturere den vederlagsfri fysioterapi. Herved skal myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi lægges ud til kommunerne fra den 1. januar 2008.

I starten af juni 2007 er Region Midtjylland samt resten af regionerne blevet inddraget i processen. Dette er sket ved at Danske Regioner kontakter regionerne, da de efterspørger afklaring af hvor mange ressourcer regionerne bruger til administration af fysioterapien. Oplysningerne har Danske Regioner brugt i en arbejdsgruppe nedsat at Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der er blevet hørt i forbindelse med udarbejdelsen af et lovudkast, som skal fremsættes i efterårets Folketingssamling. I forbindelse med Danske Regioners forespørgsel oplyses det, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet overvejer at lægge myndighedsansvaret for fysioterapien – både den almene og den vederlagsfri – over til kommunerne pr. 1. januar 2008, således at den almene fysioterapi fortsat udføres af praktiserende fysioterapeuter, mens den vederlagsfri også kan foregå i kommunale træningscentre (sundhedscentre) med ansatte fysioterapeuter.

Lovudkastet skal medio august 2007 sendes i høring.

På baggrund af ovenstående kunne det for Region Midtjylland være interessant at høre, om kommunerne eventuelt kunne være interesseret i, at Region Midtjylland tager initiativ til at starte en proces med henblik på at gøre kommunerne klar til helt eller delvist (afhængig af hvad der fra centralt hold besluttet) at overtage myndighedsansvaret for fysioterapien.

### **Bilag**

- Pressemeddelelsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Aftale mellem regeringen og Dansk Folkeparti om det fremtidige fysioterapeutiske indsats for handicappede.

## **Beslutning**

Beslutning afventer lovudkast.

## **6. Orientering vedr. organiseringen af rådgivning og genoptræning af børn og unge med handicap i Region Midtjylland**

På mødet i Den Administrative Styregruppen den 31. januar 2007 orienterede Region Midtjylland om organiseringen af rådgivning og genoptræning af børn og unge med handicap i Region Midtjylland. Århus Kommune rejste spørgsmålet om, hvorvidt organiseringen vil medføre øgede udgifter for kommunerne på området.

Direktør Leif Vestergaard Pedersen vil give en status på mødet.

## **Referat**

Præcisering af at pædiatrisk afdeling udfører regionens tilbud indenfor serviceloven på tværs af regionen, men der kan ikke gives et præcist svar på, hvor grænsen går.

På næste møde fremlægges et notat baseret på Viborg- og Århusordningerne erfaringerne.

## **Beslutning**

Taget til efterretning.

## **7. Status for regionens økonomiske situation på sundhedsområdet - og de afledte virkninger på kommunernes økonomi.**

### Indstilling:

- at orienteringen tages til efterretning.

### Sagsfremstilling:

I den første økonomirapport for 2007 kunne opgøres en merudgift på sundhedsområdet på 805 mio. kr. Efter regulering af økonomien, som følge af midtvejsforhandlingen med regeringen om regionernes økonomi, skal der tilvejebringes en anvisning på i alt 300 mio. kr. Denne udmøntes primært med en engangsbesparelse på 100 mio. kr. til hospitalerne og 100 mio. kr. på fællesområderne, samt et krav til en opstramning af takststyringsmodellen.

Vedrørende budget 2008 har Forretningsudvalget udmeldt rammer for den videre proces. For sundhedsområdet er der udmeldt et samlet løft, fra oprindelig budget 2007 til budget 2008, på 1.075 mio. kr. Heraf er allerede disponeret 164 mio. kr. (væsentligst takststyringspulje på 148 mio. kr. i 2007). Inden for denne ramme skal der ske en håndtering af det udgiftspres, der allerede er konstateret vedrørende 2007 samt afsættes midler til egentlige nye initiativer i 2008.

Der må forventes en ganske betydelig udfordring med at tilvejebringe et samlet forslag, der holder sig indenfor den angivne ramme.

Aktivitetsmæssigt er der i økonomiaftalen indregnet at det samlede aktivitetsniveau i 2008 skal være 8,8% højere end aktiviteten i 2006. Heraf er det forudsat at de 2\*2% realiseres som egentlige produktivitetsstigninger. Det forventes at Region Midtjylland aktivitetsmæssigt vil følge disse aktivitetsmæssige forudsætninger i det videre budgetarbejde.

Vedrørende betydningen for den kommunale medfinansiering har regionen netop modtaget en opgørelse af den statslige medfinansiering, baseret på 4 måneder. På mødes gives der en status for hvor detaljeret regionen, på nuværende tidspunkt, er i stand til at tilgå data, med henblik på etablering af en ordentlig (detaljeret) dialog.

### **Referat**

Leif Paul Christensen gennemgik de styringsudfordringer regionen står overfor på hospitalsområdet.

### **Beslutning**

Taget til efterretning. De fremlagte prognoser for kommunal medfinansiering forbliver i økonomigruppen.

## **8. Afrapportering fra arbejdsgruppen vedr. genoptræning**

### Indstilling:

- at orienteringen tages til efterretning

### Sagsfremstilling:

Kontaktudvalget har på sit møde den 2. marts 2007 bedt om, at der skal ske en udredning af genoptræningsområdet i Region Midtjylland. Der blev nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra kommunerne, hospitalerne, de faglige organisationer, DSI og Region Midtjyllands administration til at foretage udredningen.

I rapporten analyseres genoptræningsaktiviteten for borgerne i Region Midtjylland i perioden 1. januar 2007 til 31. maj 2007.

Arbejdsgruppen fremhæver, at rapportens konklusioner skal tages med forbehold, da der endnu er mange usikkerheder på genoptræningsområdet. Usikkerhederne bunder i, at analysen udarbejdes allerede nu, hvor den nye opgavefordeling kun har fungeret i ca. et halvt år med det, det indebærer af nye registreringspraksis hos et stort antal medarbejdere både i region og kommuner. Arbejdsgruppen må således konstatere, at der er store uforklarlige variationer i data og, at data derfor ikke vurderes at være fuldt ud retvisende. Data, som indgår i rapporten, vedrører perioden 1. januar 2007 til 31. maj 2007. Arbejdsgruppen har således valgt

ikke at inddrage data fra juni og juli måned, da data fra disse måneder ikke er færdigregistreret.

De store variationer i data lægger op til nærmere analyse af forskellige problemstillinger på området. Pga. den begrænsede tidsperiode, arbejdsgruppen har haft til at foretage udredningen i, må arbejdsgruppen henvise disse dybdegående analyser til den analyse, som det er aftalt, at DSI skal foretage det kommende år.

#### Rapportens hovedkonklusioner:

Samlet set vurderede Region Midtjylland, at kommunerne ville få en udgift til ambulans genoptræning på 21,3 mio. kr. DUT-beregningerne estimerede udgiften til 99,1 mio. kr. og de faktiske aktivitetstal peger på en forventet udgift for kommunerne på 88 - 110 mio. kr.

Sammenligner man Region Midtjyllands forventning til den kommunale medfinansiering til genoptræning under indlæggelse ses det, at Region Midtjylland anslog en kommunal medfinansiering på 122,7 mio. kr. De faktiske tal for kommunernes medfinansiering viser en estimeret udgift på 42 mio. kr. til genoptræning under indlæggelse. Til sammenligning kan oplyses, at DUT-beregningerne estimerede udgiften til 68,3 mio. kr.

Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner viser en fordobling fra 2006 til 2007. Det er vigtigt at bemærke, at stigningen i antallet af genoptræningsplaner ikke er et udtryk for en tilsvarende stigning i den samlede genoptræningsaktivitet, da patienterne før 2007 også havde krav på genoptræning uanset, om de modtog en genoptræningsplan eller ej.

En gennemgang af de genoptræningsplaner, kommunerne rent faktisk har modtaget, viser, at der ikke er overensstemmelse mellem de regninger, kommunerne modtager fra regionen på specialiseret ambulans genoptræning, og de genoptræningsplaner for specialiseret ambulans genoptræning, som kommunerne modtager fra regionen.

Rapporten udleveres på mødet.

#### **Beslutning**

Taget til efterretning.

#### **9. Færdigbehandlede patienter.**

##### Indstilling:

- at orienteringen tages til efterretning.

##### Sagsfremstilling:

Horsens Kommune har rejst den problematik, at der kunne se ud til, at der er forskel på den måde Region Syddanmark og Region Midtjylland registrerer de færdigbehandlede patienter set i sammenhæng med varslingsfrister.

Regionalt Sundhedssamarbejde har holdt møde med Region Syddanmark, hvor problematikken blev drøftet. Der kan se ud til at der er en lille forskel i registreringen, men at Region Syddanmark vil få en praksis, som ligger meget op af Region Midtjylland.

Sammenhængen mellem defineringen af færdigbehandlet patienter og varslingsfrister ved udskrivelse vil indgå som en væsentlig del af det arbejde, som her i efteråret 2007 skal foregå i forbindelse med revideringen af sundhedsaftalerne jf. Sundhedsstyrelsens bemærkninger.

### **Beslutning**

Taget til efterretning.

### **10. Status på hjælpemiddelområdet.**

#### Indstilling:

- at den administrative styregruppe godkender nedsættelsen af et Samarbejdsforum mellem kommuner og region på hjælpemiddelområdet i løbet af september måned, og at sagen sendes videre til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget

#### Sagsfremstilling:

Sundhedsaftalen mellem kommuner og region på hjælpemiddelområdet blev grundlæggende udformet i efteråret 2006. I december besluttede Indenrigs- og Sundhedsministeriet – imod anbefalinger fra såvel Kommunernes Landsforening som Danske Regioner – at udsende et nyt cirkulære om afgrænsningen af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet. KL og DR vurderede, at det nye cirkulære er upræcist og ikke afhjælper de tolkningsvanskeligheder om ansvarsfordelingen m.v. mellem kommuner og region, som det gamle cirkulære medførte.

- ./.
- Det nye afgrænsningscirkulære trådte i kraft den 1. januar 2007. Implementeringen af cirkulæret er endnu ikke gennemført. En række kommuner, herunder 6-byerne, og regioner har i foråret fremsendt en række spørgsmål til Indenrigs- og Sundhedsministeriet med ønske om afklaring af cirkulærets indhold, herunder især afklaring af genoptræningsområdet. Region Midtjylland har i foråret løbende drøftet hjælpemiddelområdet med de øvrige regioner, og der har været en løbende dialog mellem KL og DR. Det må vurderes, at ministeriet i vid udstrækning ønsker konkrete tvivlsspørgsmål om afgræsningscirkulæret løst lokalt, idet sundhedsaftalen mellem kommuner og region skal benyttes som et instrument hertil. Det vedlagte svar fra ministeriet til Ålborg Kommune illustrerer dette.

I Region Syddanmark har kommuner og region i fællesskab forsøgt at finde løsninger på de uafklarede spørgsmål gennem en række cases. Processen i Syd er ved at være færdig. Det kunne være en vej frem

at stille sig på skuldrene at de resultater, som denne proces afstedkommer. Region Midtjylland vil indhente materialet fra Region Syddanmark, når det er færdigt.

Sundhedsaftalen om hjælpemiddelområdet indeholder, at der skal nedsættes et samarbejdsforum mellem kommuner og region, blandt andet med det formål at sikre et forum for løsning af uklarheder vedrørende arbejdsdelingen. Det foreslås derfor, at Region Midtjylland tager initiativ til at nedsætte samarbejdsforummet i løbet af september måned. Samarbejdsforummet vil senere kunne udgøre den temagruppe vedrørende hjælpemiddelområdet, som vil skulle nedsættes i forbindelse med den af Sundhedsstyrelsen ønskede revidering af sundhedsaftalen.

- ./.
- Hjælpemiddelgruppen i Region Midtjylland – hvilket udgør en intern regional gruppe - har udarbejdet et antal cases, som er vedlagt. Disse cases kan eventuelt indgå i Samarbejdsforummets arbejde, og suppleres med yderligere cases fra kommunerne og Region Syddanmark.

Det kan oplyses, at der som en udløber ad sundhedsaftalen pågår konkrete overvejelser om, hvorvidt det er muligt lokalt at etablere fælles hjælpemiddeldepoter mellem kommuner og region (hospitaller).

### **Beslutning**

Taget til efterretning. Sagen sendes til Sundhedskoordinationsudvalget.

### **11. Orientering om status på høreapparatområdet.**

#### Indstilling:

- at orienteringen om status på høreapparatområdet tages til efterretning, og sendes videre til Sundhedskoordinationsudvalget

#### Sagsfremstilling:

Sundhedskoordinationsudvalget behandlede på udvalgets møde den 8. maj 2007 et udkast til samarbejdsmodel mellem kommuner og region på høreapparatområdet.

I henhold til den sociale lovgivning skal kommunerne drage omsorg for borgere med nedsat hørelse. Kommunerne overtog med virkning fra den 1. januar 2007 ansvaret for at yde borgere vederlagsfrie høreapparater, samt administrere tilskudsordningen med udlevering af høreapparater via de private høreapparatleverandører, fra de gamle amter. Ansvaret for bevilling og finansiering af høreapparater er således nu kommunernes, idet den vederlagsfrie høreapparatbehandling på de regionale høreklinikker fortsat er omfattet af sundhedsloven og dermed hjemmehørende i regionerne.

Der blev i januar 2007 nedsat en arbejdsgruppe med kommunal og regional repræsentation til at udarbejde et udkast til samarbejdsmodel vedrørende relationen mellem kommunerne (bevilling og finansiering af høreapparater udleveret på de regionale hørelinikker) og regionen (hørelinikkerne). Kapacitetsplanlægning m.v. vedrørende de regionale hørelinikker udgør alene et regionalt anliggende, mens tilskudsordningen vedrørende de private høreapparatleverandører alene udgør et kommunalt ansvarsområde.

Arbejdsgruppens udkast til samarbejdsmodel definerer som mål for samarbejdet mellem kommuner og region at sikre det gode patientforløb, en effektiv og smidig sagsgang, samt størst mulig åbenhed og samarbejde mellem parterne. Udkastet indeholder en (foreløbig) beskrivelse af sagsgangen mellem kommunerne og hørelinikkerne på de enkelte trin i patientforløbet, og opstiller en (foreløbig) betalingsmodel for kommunerne af høreapparatudgifterne. Århus Kommune har fremsendt en række spørgsmål til Socialministeriet med ønske om afklaring. I henvendelsen indgår der blandt andet spørgsmål vedrørende kommunernes betalingsforpligtelser, ligesom ministeriet forelægges det forhold, at selve kravet om en kommunal bevillingsproces indebærer, at den almindelige (ikke akutte) hørepatient vil opleve en forlænget ventetid (antageligt på mellem 1 – og 2 uger) fra der konstateres behov for høreapparat på hørelinikken, til høreapparatet kan udleveres til patienten på høreapparatet. Ministeriet er dertil forespurgt om muligheden for udlevering af høreapparater til akutte patienter, alene med en efterfølgende kommunal bevillingskontrol. Der foreligger endnu ikke nogen besvarelse fra ministeriet.

Sundhedskoordinationsudvalget konstaterede på den baggrund en usikkerhed på området, grundet et uklart regelsæt. Udvalget besluttede derfor på udvalgets møde den 8. maj at følge det videre arbejde med at etablere et samarbejde. Der påregnes fremlagt en orientering om status på området på udvalgets møde den 10. september, samt et opdateret samarbejdsgrundlag på udvalgets møde den 14. november.

Som en del af samarbejdet mellem kommuner og region er der nu nedsat et Samarbejdsorgan med repræsentation fra Århus, Silkeborg, Randers, Odder, Herning og Viborg kommuner, samt regional repræsentation fra hørelinikkerne og sundhedsstaben. Samarbejdsorganet har generelt til formål at følge og evaluere samarbejdet mellem kommuner og region. Samarbejdsorganet skal nu påbegynde sit arbejde, og afholdt sit første møde den 26. juni mens næste møde afholdes den 29. august.

Samarbejdsorganet skal i løbet af efteråret udarbejde en tids- og handleplan for implementeringen af samarbejdet mellem kommuner og region, og dertil deltage i en evaluering af betalingsmodellen med henblik på at sikre en retvisende opkrævning af kommunerne. Det er forhåbningen, at Socialministeriet snarest afklarer de fremsatte

spørgsmål, således at der kan kastes lys over en række gråzoner på området.

Samarbejdsorganet har fastsat den 1. januar 2008 som skæringsdato for, hvornår sagsgangen vedrørende de regionale høreklinders fremsendelse af ansøgning om bevilling af høreapparater til kommunerne, og kommunernes fremsendelse af bevillingskrivelser til borgerne / høreklinderne, gerne skulle fungere. Sagsgangen forsøges etableret allerede med virkning fra den 1. oktober som en "indkøringsperiode".

Samarbejdsorganet er derfor nu gået i gang med at udvikle en "kogebog" for denne sagsgang til anvendelse af alle kommuner og alle høreklinder. Samarbejdsorganet finder det dertil relevant i første omgang at fokusere på en definition af akutte hørepatienter, samt en afklaring af området vedrørende erstatningsapparater / genbrugsapparater.

### **Beslutning**

Taget til efterretning. Sagen sendes til Sundhedskoordinationsudvalget.

## **12. Ny aftaleramme vedrørende den regionale specialtandpleje.**

### Indstilling:

- at den nye aftaleramme tages til efterretning, og sendes videre til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget

### Sagsfremstilling:

I aftalerammen for 2007 om kommunernes benyttelse af den regionale specialtandpleje indgår, at et forhandlingsudvalg med repræsentation for kommuner og region skal udarbejde et forslag til en ny takststruktur / aftaleramme gældende for 2008 og frem. Kommunerne udpegede i foråret repræsentanter fra Struer, Herning, Silkeborg, Århus og Viborg kommuner til at deltage i forhandlingsudvalget, der har sidste møde den 30. august 2007.

Den regionale specialtandpleje leverer et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende eller psykisk udviklingshæmmede personer, der ikke kan benytte almindelige kommunale tandplejetilbud. Ansvar for og finansieringen af området overgik pr. 1. januar 2007 fra amterne til kommunerne, idet regionen har til opgave at varetage den kommunale forsyningssikkerhed.

Specialtandplejen er etableret som en organisatorisk enhed tilknyttet Regionshospitalet i Viborg med 4 klinikenheder placeret på hospitalerne i Odder, Randers, Holstebro og Viborg. Specialtandplejen indgår i et samarbejde med alle 19 kommuner i regionen, og har dertil et samarbejde med Thisted Kommune, Mariagerfjord Kommune (om borgere på institutionen Sødisebakke), Vesthimmerlands

Kommune (om borgere i den gamle Aalestrup-del) og Morsø Kommune (om behandling af akutte patienter). Specialtandplejen varetager samlet behandling vedrørende cirka 2.000 borgere, herunder 175 forløb i generel anæstesi vedrørende behandlingsangste børn. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har med ny bekendtgørelse af juli 2007 nu skabt det formelle grundlag for kommunernes aftaleindgåelse med specialtandplejen om behandling af disse børn.

Den nuværende takststruktur / aftaleramme for specialtandplejen indeholder en kommunal betaling af basisydelse på 0,9 kr. pr. indbygger i kommunen, en takst pr. bestilt behandlingsplads, en takst pr. bestilt diagnostisk udredning eller speciel enkeltbehandling, samt en takst henholdsvis pr. bestilt behandling i generel anæstesi for børn og for voksne. Der opkræves dertil særskilt for udgifter til akut nødbehandling, tandteknik og tolkebistand. Et kommunalt merforbrug opkræves beregnet med 100 % af taksterne, mens et mindreforbrug (dog ikke behandlinger i generel anæstesi) tilbagebetales beregnet med 50 % af taksterne, i det følgende forbrugsår. Det indgår, at et over- eller underskud udover 5 % af specialtandplejens samlede driftsgrundlag efterreguleres i taksterne to år efter. I forbrugsåret er der således en høj grad af budgetsikkerhed for såvel kommuner som specialtandpleje.

./.

Kommunerne har gennem forhandlingsudvalget fremsat ønske om en indregning af basisydelsen i de øvrige takster, om en afregning efter faktisk behandlingstid i stedet for den nuværende afregning efter antal bestilte behandlingspladser, samt om en anden model for afregning af merforbrug / mindreforbrug. Disse ønsker er imødekommet med den nye aftaleramme (vedlagt).

Den nye aftaleramme indeholder, at specialtandplejens nuværende takster / opkrævninger afløses af blot 3 takster; en anæstesitakst vedrørende børn, en anæstesitakst vedrørende voksne, samt en takst pr. halve time vedrørende al øvrig behandling. Den nye aftaleramme indeholder dertil, at al opkrævning af kommunerne sker løbende med 100 % takster i forhold til kommunernes faktiske forbrug i forbrugsåret, idet en kommune kan opkræves for sin forholdsmæssige andel af en eventuel uforbrugt behandlingskapacitet (det vil sige den samlede kapacitet som kommunerne har bedt specialtandplejen opbygge, men eventuelt ikke udnytter). Det indgår i aftalerammen, at al overskud og underskud ved funktionen tilbageføres til kommunerne gennem henholdsvis en nedregulering eller opregulering af næste års takster.

Den nye aftaleramme vil være gældende for alle samarbejdskommuner, idet der vil skulle være en dialog med kommunerne uden for regionen om deres overgang til den nye ramme.

## Beslutning

Taget til efterretning. Sagen sendes til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget.

### 13. Orientering om Koordinationsudvalg på tandplejeområdet.

#### Indstilling:

- at nedsættelsen af Koordinationsudvalg og teknisk-administrativt udvalg tages til efterretning, og at nedsættelsen af det teknisk-administrative udvalg sendes videre til godkendelse i Koordinationsudvalget på tandplejeområdet

#### Sagsfremstilling:

Sundhedskoordinationsudvalget er nu nedsat som Koordinationsudvalg på tandplejeområdet. Koordinationsudvalgets opgaver m.v. er beskrevet i § 26 i Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 285 om tandpleje af juni 2006, samt Sundhedsstyrelsens vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje af juni 2006. Kommuner og region skal gennem Koordinationsudvalget sikre en koordination af den offentlige tandpleje og praksistandplejen.

Til støtte for Koordinationsudvalgets sagsbehandling, er der nedsat et teknisk-administrativt udvalg. Repræsentanter fra dette udvalg tilknyttes ad hoc Sundhedskoordinationsudvalget, der således kan varetage sin funktion som Koordinationsudvalg, når der er tandlægesager på udvalgets dagsorden. Som medlemmer af det teknisk-administrative udvalg er der fra regionens side udpeget en repræsentant for praksistandplejen fra henholdsvis fra den østlige og den vestlige del af regionen, en repræsentant fra hver af de kæbekirurgiske afdelinger i Århus og Viborg og en repræsentant fra den regionale specialtandpleje. Hertil stiller regionens sundhedsstab med en formand og en sekretær for udvalget. Som medlemmer er der fra kommunernes side foreløbigt udpeget en repræsentant for den kommunale børnetandpleje fra Silkeborg Kommune og en embedsmand fra Herning Kommune, idet der vil blive suppleret med en repræsentant fra Århus Kommune og en repræsentant for kommunerne i de gamle Ringkjøbing / Viborg amter. Det teknisk-administrative udvalg holdt sit første møde den 21. juni, og har næste møde den 30. august. Udvalget påregnes at mødes en gang årligt fremover.

Det teknisk-administrative udvalg har nedsat et underudvalg vedrørende den regionale specialtandpleje. Underudvalget har repræsentation fra specialtandplejen, fra regionens sundhedsstab, samt fra Silkeborg, Lemvig og Skive kommuner, idet der påregnes suppleret med en repræsentant for samarbejdskommunerne uden for regionen. Der er dertil nedsat et underudvalg vedrørende de øvrige tandplejeområder. Underudvalget har repræsentation fra Viborg, Århus og Holstebro kommuner, fra de kæbekirurgiske afdelinger i

Viborg og i Århus, fra praksistandplejen og fra regionens sundhedsstab. Begge underudvalg påregnes at mødes en gang årligt.

Det teknisk-administrative udvalg har nedsat en arbejdsgruppe til at skitsere et samarbejdsprojekt mellem kommuner og region (de kæbekirurgiske afdelinger) om interceptiv tandregulering. Der er udpeget deltagere fra de kæbekirurgiske afdelinger og fra Silkeborg Kommune. Der er dertil nedsat en arbejdsgruppe til at udforme en samarbejdsaftale vedrørende tandlægevagt, jf. det følgende dagsordenspunkt.

### **Beslutning**

Taget til efterretning. Sagen sendes til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget.

### **14. Udformning af ny aftale vedrørende tandlægevagt.**

#### Indstilling:

- at orienteringen om arbejdet med udformning af aftale om tandlægevagt tages til efterretning

#### Sagsfremstilling:

Koordinationsudvalget for tandplejeområdet skal som en del af sin koordinering mellem kommuner og region sikre, at der for personer omfattet af børne- og ungdomstandplejen, omsorgstandplejen, specialtandplejen, regionstandplejen og praksistandplejen etableres vagtordninger til ydelse af fornøden tandlægehjælp uden for sædvanlig behandlingstid, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje af juni 2006.

Status for den nuværende organisering af tandlægevagtområdet er, at der i det tidligere Århus Amt er en aftale mellem de praktiserende tandlæger, Århus Kommune og Århus Amt om en tandlægevagt. Vagten har til huse i en kommunal tandklinik, og har åbningstid fredag klokken 18 – 21, samt lørdag, søndag og helligdage klokken 11 – 14. Patienter fra det tidligere Viborg Amt kan benytte vagten i Århus. I det tidligere Ringkjøbing Amt er der etableret en vagtordning betjent fra vagthavendes klinik og med åbningstider i weekends og på helligdage klokken 9 – 10 og 16 – 17. Patienter i Hedensted, Horsens og delvist Ikast-Brande kommuner kan benytte tandlægevagten i det tidligere Vejle Amt indtil udgangen af 2007. Denne vagt betjenes fra vagthavende klinik, og har åbningstider i weekends og helligdage klokken 10 – 12.

Det teknisk-administrative udvalg på tandområdet har nedsat en arbejdsgruppe med repræsentation fra Århus og Holstebro kommuner, samt fra praksistandpleje og fra regionens sundhedsstab til at udarbejde et udkast til aftale om en ny tandlægevagtordning.

Udvalget har konkret bedt arbejdsgruppen udarbejde et forslag til en opdateret Århus-model med vagt i Århus og i Holstebro dækkende hele regionen / med mulighed for alle kommuner for at tilslutte sig, eventuelt etableret med 1 fælles telefonnummer og forskellige tider for vagten i henholdsvis Århus og Holstebro. Arbejdsgruppen har sit første møde den 22. august. Arbejdsgruppens forslag vil senest skulle forelægges Koordinationsudvalget på udvalgets møde den 14. november, og have effekt fra den 1. januar 2008.

### **Beslutning**

Taget til efterretning.

### **15. Eventuelt.**

Forsknings- og udviklingsgruppen har et forslag i høring blandt kommunerne. De foreløbigt indkomne forslag peger i lidt forskellig retning. Sagen drøftes i det nye kontaktudvalg inden den kommer til Sundhedsstyregruppen.

Folkesundhedskandidatuddannelse er på vej på Århus Universitet. I forbindelse om en melding på kommunerne behov dels i forhold til antal kandidater, dels i forhold til indholdet af uddannelsen.

Sundhedsplejerskens telefonvagt

Regionalt Sundhedssamarbejde udarbejder et forslag til telefonvagt, der drøftes på næste møde i sundhedsstyregruppen.

Referat

Jens Bejer Damgaard

Kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde

Venlig hilsen

Eva Sejersdal Knudsen

Afdelingschef