

REFERAT



Møde den 26. juni 2008 i Sundhedsstyregruppen

Dato 01-07-2008

Mads Venø Jessen

Tel. +45 8728 1672

Mads.Jessen@stab.rm.dk

1-01-72-57-08

Deltagere (se vedlagte liste)

Side 1

Dagsorden:

1. Samarbejde vedr. fælles kommunale-regionale forsknings- og udviklingsaktiviteter inden for folkesundhed i Region Midtjylland

Indstilling:

- at Sundhedsstyregruppen drøfter forslag til samarbejdskonstruktion for fælles kommunale-regionale forsknings- og udviklingsaktiviteter inden for folkesundhed i Region Midtjylland og indstiller, at Sundhedskoordinationsudvalget overfor Kontaktudvalget anbefaler forslaget.

Sagsfremstilling:

Ifølge den nye Sundhedslov som trådte i kraft 1. januar 2007 har regionerne ansvaret for, at der udføres forsknings- og udviklingsarbejde i regionen, mens kommunerne skal bidrage til denne forskning (§ 194 i Sundhedsloven).

For at løfte denne opgave udarbejdede Region Midtjylland et forslag til en samarbejdskonstruktion, "Folkesundhed i Midten", mellem Region Midtjylland og de 19 kommuner. Forslaget blev præsenteret på Sundhedsstyregruppens møde d. 17. april 2008, hvor det bl.a. blev aftalt at nedsætte en gruppe med kommunal og regional repræsentation med henblik på at udarbejde en forskningsstrategi til Sundhedsstyregruppens møde d. 26. juni 2008. Forslaget er efterfølgende gennemarbejdet og tilrettet på et møde d. 9. juni i den nedsatte gruppe.

Forslaget om samarbejdskonstruktion, "Folkesundhed i Midten", er til støtte

for forsknings- og udviklingsaktiviteter. Aktiviteterne skal således understøtte samarbejdet mellem den kommunale og regionale opgaveløsning. Endvidere skal samarbejdsstrukturen danne afsæt for samarbejde med faglige miljøer geografisk placeret i Region Midtjylland.

Forslaget behandles i Sundhedskoordinationsudvalget den 14. august 2008 med henblik på en beslutning i Kontaktudvalget (borgmestrene og regionsrådsformanden) den 29. august 2008 om etablering af samarbejdsstrukturen.

Det vedlagte forslag til samarbejdsstruktur for fælles kommunale-regionale forsknings- og udviklingsaktiviteter har følgende formål:

- at sikre, at forsknings- og udviklingsarbejde i det fælles kommunale-regionale opgavefelt understøttes, at ydelser og uddannelse af sundhedspersoner varetages på et højt fagligt niveau
- at opruste kommunerne og regionen til i fællesskab at tiltrække nationale forsknings- og udviklingsmidler i samarbejde med faglige miljøer
- at udvikle et strategisk samarbejde med Århus Universitet

Samarbejdsstrukturen organiseres omkring et fagligt udvalg med en bestyrelse. Bestyrelsen udgøres af Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen, som er sammensat af repræsentanter fra kommuner, praktiserende læger og Region Midtjylland. Bestyrelsen har til opgave at udarbejde en overordnet plan for udvikling af samarbejdsstrukturen samt udarbejde forslag til hvilke indsats- og temaområder, der kan tildeles støtte i forbindelse med en uddeling. Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen indstiller til Sundhedskoordinationsudvalget, som behandler og anbefaler en overordnet plan for udvikling af samarbejdsstrukturen samt hvilke indsats- og temaområder, der skal nyde fremme. Indstillingen fra Sundhedskoordinationsudvalget behandles i Kontaktudvalget (borgmestrene og regionsrådsformanden) med henblik på tiltrædelse.

Det faglige udvalg har til opgave at udarbejde en faglig bedømmelse af projektansøgninger ud fra tre kriterier – kvalitet, relevans og gennemførlighed. Endvidere har udvalget en rådgivende funktion i forhold til projektudvikling/projektbeskrivelse og evaluering. Det faglige udvalg nedsættes med 12-15 medlemmer sammensat af repræsentanter fra faglige miljøer geografisk placeret i Region Midtjylland.

Samarbejdsstrukturen indebærer, at der kan ydes støtte til tre typer af indsatser:

- Forskningsbaserede udviklingsprojekter
- Større strategiske satsninger, som har et længerevarende perspektiv
- Kompetenceudvikling, herunder igangsætning af ph.d.-forløb

Konkrete ideer til projekter, satsningsområder, kompetenceudviklingstiltag mv. vil typisk opstå i relation til arbejdet med sundhedsaftalerne, herunder i klyngerne og de etablerede netværk. Ideerne kan fremsættes til Kontaktudvalget og drøftes på Sundhedsstyregruppemøder.

Den fælles økonomi foreslås opbygget af et grundbidrag på 1 krone pr. borger pr. år både fra kommunerne og regionen. Det samlede grundbidrag vil da i 2009 være ca. 2,4 mio. kr. Det samlede mål for aktivitetsniveauet i 2009 kan være 5 mio. kr., hvor de sidste ca. 2,5 mio. kr. finansieres med udgangspunkt i de konkrete projektansøgninger, hvor de deltagende kommuner og regionen bidrager hver med 50 %. Det samlede mål for aktivitetsniveauet kan på sigt være 10 mio. kr. om året inklusiv grundbidraget. Kommunerne og regionen bidrager samlet set hver med 50 % til alle aktiviteter.

Referat:

Forslaget til en samarbejdskonstruktion for fælles kommunale-regionale forsknings- og udviklingsaktiviteter inden for folkesundhed i Region Midtjylland blev drøftet af Sundhedsstyregruppen.

Generelt blev forslaget hilst velkommen. Christian Boel pegede på, at en samarbejdskonstruktion for fælles kommunale-regionale forsknings- og udviklingsaktiviteter vil kunne være en måde at tiltrække nationale midler. Derudover var det vigtigt for de kommunale repræsentanter, at den forskning der skal ske i regi af en ny samarbejdskonstruktion er praktisk orienteret.

Leif Vestergaard Pedersen påpegede, at det er op til den enkelte kommune at gøre op om man er med i samarbejdet eller ej. Samarbejdet om forskning vil blive påbegyndt også selvom det ikke er alle kommuner, der vælger at deltage. Det er de kommuner, der vælger at gå ind i samarbejdet der får indflydelse på, hvilke forskningsprojekter der skal sættes på.

En af hensigterne med samarbejdsstrukturen på forskningsområdet er at skabe en merværdi i forhold til, hvis kommunerne og Region Midtjylland arbejdede individuelt med forskningen.

Fra regional side er det et ønske, at samarbejdsstrukturen skal virke fra 1. januar 2009.

Beslutning:

- Sundhedsstyregruppen indstiller, at Sundhedskoordinationsudvalget overfor Kontaktudvalget anbefaler forslaget.

2. Akut funktionen

- *Oplæg om fælles akutmodtagelse (FAME) v. Cheflæge Morten Noreng, Regionshospitalet Randers og Grenå*

Referat:

Morten Noreng orienterede om etableringen af fælles akutmodtagelse (FAME) på Regionshospitalet Randers og Grenaa. Vedlagt er Morten Norengs power-point præsentation.

3. Forslag til en supplerende sundhedsfaglig definition på en "færdigbehandlet patient" i Region Midtjylland.

Indstilling:

- at Sundhedsstyregruppen drøfter forslaget til en supplerende sundhedsfaglig definition på en færdigbehandlet patient med henblik på forslagets behandling i Sundhedskoordinationsudvalget.

Sagsfremstilling:

Begrebet "færdigbehandlet" patient indgår som et centralt begreb i sundhedssamarbejdet mellem region og kommune, både økonomisk og sundhedsfagligt som følge af den ny sundhedslov. Anvendelsen af begrebet er synonymt med udskrivningsklar og betyder, at patientens tilstand ikke længere nødvendiggør, at vedkommende opholder sig på et hospital.

Økonomisk anvendes begrebet færdigbehandlet patient ved kommunernes medfinansiering af egne borgeres forbrug af sundhedsydelser, herunder betaling af den obligatoriske plejetakst for færdig-behandlede patienter, der venter på den kommunale hjemtagning. Ved registrering af en færdigbehandlet patient anvendes Sundhedsstyrelsens definition, som er følgende: *"En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling"*.

Denne definition kan anvendes til brug ved afkrævning af den kommunale medfinansiering, men i det sundhedsfaglige samarbejde i det daglige kliniske sundhedsarbejde og på det administrative ledelsesniveau er der behov for en nærmere uddybning af begrebet. Erfaringerne fra det første år, hvor 1. generation af sundhedsaftalerne har fungeret, har også vist, at der er dette behov.

I Sundhedsstyrelsens Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler anbefales, at samarbejdspartenerne finder frem til en fælles forståelse af begrebet færdigbehandlet. I forbindelse med revisionen af sundhedsaftalerne blev der besluttet, at det er temagruppen for sundhedsaftalerne om indlæggelse og udskrivelse, der har ansvaret for udarbejdelse af et forslag til en fælles forståelsesramme for begrebet. Forslaget skal kun omfatte somatiske patienter.

Temagruppen nedsatte en ad hoc arbejdsgruppe med medlemmer fra temagrupperne vedr. sundhedsaftalerne "Indlæggelse og udskrivelse", "Træningsområdet" og "Forebyggelse og sundhedsfremme". Fra disse temagrupper blev der udpeget både en kommunal repræsentant og en fra hospitalsregi. Disse repræsenterede både sygeplejen og terapeutområdet. Den

lægelige side var repræsenteret ved en cheflæge og en praktiserende læge/praksiskonsulent. Regionalt Sundhedssamarbejde har varetaget formandskabet og sekretariatfunktionen.

Arbejdsgruppen har følgende forslag til en supplerende sundhedsfaglig definition på en færdigbehandlet og udskrivningsklar patient:

”Ud fra en lægelig helhedsvurdering er den somatiske patient færdigbehandlet/udskrivningsklar, når patientens behov for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og forebyggelse og sundhedsfremme er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Det vil sige, at der ikke mere er behov for en specialiseret indsats, som kræver specialkundskab og/eller specialudstyr, som kun findes på et hospital og/eller den fortsatte almene og specialiserede behandling bedst foregår i et samspil med patientens daglige handlinger og sociale liv.

Desuden forventes, at fx følgende foreligger: Epikrise, sygeplejerapport, genoptræningsplan og rehabiliteringsplan fra de behandlingsafsnit, hvor den udarbejdes. Desuden at den patientinformation, som vurderes relevant for den enkelte patient, er givet om helbredstilstand, behandlingsmuligheder, risiko for komplikationer, risiko for bivirkning, relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, andre lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder og konsekvenser af ingen behandling samt mulig hjælp efter den sociale lovgivning.

Udskrivelsestidspunkt er aftalt med kommunen, hvor disse skal inddrages jf. sundhedsaftale og varslingsfrister, så patienten så vidt muligt er klar til udskrivning på registreringsdatoen for færdigbehandlet. Det betyder, at sundhedspersonalet på hospitalerne i deres planlægningsarbejde af udskrivelse af den enkelte patient, i størst muligt omfang søger at sikre sammenfald mellem udskrivnings- og registreringsdato for færdigbehandlet patient. Det betyder ikke, at registreringstidspunktet for færdigbehandlet kan rykke i forhold til varslingsfrist eller at patienter kan blive på hospitalet, hvis de kan modtages tidligere i den kommunale hjemmepleje end varslingsfristen foreskriver”.

Forslaget til den supplerende sundhedsfaglige definition af den somatisk færdigbehandlede og udskrivningsklare patient er fremkommet ved, at arbejdsgruppen ved lovgivningsmæssige og faglige erfaringer og begrundelser har prøvet at udbrede og uddybe de forskellige begreber, som indgår i den administrative/økonomiske definition af en færdigbehandlet patient.

Overvejelserne og begrundelserne for den sundhedsfaglige definition fremgår af det uddybende notat (bilag 1). Heri indgår en definition på "behandling" og ansvars- og opgavefordelingen mellem primær og sekundær sektor, sammenhængen mellem patientrettigheder og en færdigbehandlet patient, en uddybning af den "lægelige vurdering" og anvendelsen af ICF's begrebsramme i relation til en færdigbehandlet patient. Dette er samlet til en fælles overordnet forståelsesramme for den sundhedsfaglige definition på en færdigbehandlet patient (bilag 2).

Denne forståelsesramme kan anvendes konkret ved udformningen af ansvars- og opgavefordelingen mellem sektorerne, herunder færdigbehandling af en patient, når det drejer sig om kronisk sygdom, pædiatri, geriatri mm. og de specifikke sundhedsydelse som lægelig behandling, sygepleje, træning og forebyggelse og sundhedsfremme i forbindelse med rehabiliteringsindsatser.

Desuden beskrives sammenhængen mellem sundhedsaftalens varslingsfrister og en færdigbehandlet patient, så der så vidt muligt er overensstemmelse mellem den faktiske udskrivningsdato for den færdigbehandlede patient og den dato for varslingsfristen, som hospitalet har meddelt kommunen jf. sundhedsaftalen. Det betyder, at hospitalspersonalet i deres planlægningsarbejde ved udskrivelse af den enkelte patient skal søge, at der - i størst muligt omfang - er sammenfald mellem udskrivnings- og registreringsdato for den færdigbehandlet patient. Men det betyder ikke, at registreringstidspunktet for færdigbehandlet kan rykke i forhold til varslingsfristen, og patienter kan blive på hospitalet, hvis patienten kan modtages tidligere i den kommunale hjemmepleje end varslingsfristen foreskriver.

For at den supplerende sundhedsfaglige definition på en færdigbehandlet og udskrivningsklar patient kan komme til at fungere efter hensigten, er det vigtigt at få udbredt kendskabet og forståelsen af den supplerende definition hos det kliniske sundhedspersonale, det økonomisk administrative personale og de administrative ledere i primær og sekundær sektor. Denne implementering kan naturligt foregå i de lokale klyngestyregrupper og faglige fora.

Referat:

Anita Fogh orienterede om det arbejde med et notat, der har pågået i regi af temagruppen: Indlæggelse og Udskrivning i forhold til begrebet "færdigbehandlet" (se vedlagte power-points).

Orienteringen gav anledning til bemærkninger fra Sundhedsstyregruppen.

Fra kommunal side blev der udtrykt ønske om at man ikke bruger begrebet "udskrivningsklar", men i stedet udelukkende bruger begrebet "færdigbehandlet", da "udskrivningsklar" kan tænkes at give anledning til forvirring i forhold til arbejdsdelingen mellem regionen og kommunerne på området.

Leif Vestergaard Pedersen argumenterede for, at man ikke ser notatet om "færdigbehandlet" som en alternativ definition, men mere som en forståelsesramme for hvad der lægefagligt sker på et hospital når en patient er færdigbehandlet. Leif Vestergaard Pedersen opfordrede til, at man ikke bruger "definition" i notatet, men i stedet for anvender "forståelses ramme." Sundhedsstyregruppen bakkede op om Leif Vestergaard Pedersens synspunkter.

Beslutning:

Sundhedsstyregruppen videresender forslaget til en supplerende sundhedsfaglig definition på en færdigbehandlet patient til Sundhedskoordinationsudvalget med de bemærkninger, der anført i ovenstående. Endvidere vil der skulle følges op på brugen af færdigbehandlet på de halvårslige klyngemøder.

4. Sundhedsberedskab og Præhospital indsats – Kommunerne og Region Midtjylland

Indstilling:

- At forslag til principper for samarbejdet godkendes af Sundhedsstyregruppen til videre foranstaltning,
- at der i regie af Sundhedsberedskabs- og Præhospitalt Udvalg i samspil med KKR etableres den nødvendige organisering af samarbejdet og koordineringen med henblik på at skabe optimale sammenhænge i det samlede sundhedsberedskab.

Sagsfremstilling:

Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og den præhospital indsats samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. omfatter kommunalbestyrelsernes ansvar for planlægning af sundhedsberedskabet og regionsrådenes ansvar for planlægning af sundhedsberedskabet, herunder det præhospitalt beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. efter sundhedsloven.

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne er ansvarlige for at planlægge for og opbygge et sundhedsberedskab.

Sundhedsberedskabet skal sikre, at sundhedsvæsenet kan udvide og omstille sin behandlings- og plejekapacitet m.v. ud over det daglige beredskab ved større ulykker og katastrofer, herunder krig.

Kommunerne skal i henhold til bekendtgørelsen:

- Udarbejde og vedtage en plan for sundhedsberedskabet
- Koordinering med andre kommuners sundhedsberedskabsplaner
- Koordinering med Regionens sundhedsberedskabsplan
- Planen udarbejdes bl.a. p.b.a. en lokal Risiko- og Sårbarhedsvurdering

Regionen skal i henhold til bekendtgørelsen:

- Udarbejde og vedtage en plan for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats
- Koordinering med kommunernes sundhedsberedskabsplaner
- Koordinering med andre myndigheders beredskabsplanlægning
- Planen indgår i regionens samlede sundhedsplanlægning
- Planen udarbejdes bl.a. p.b.a. en lokal/regional Risiko- og Sårbarhedsvurdering

Såvel den kommunale som den regionale plan skal udarbejdes på baggrund af nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige trusselvurderinger og en lokalt/regionalt foretaget risiko- og sårbarhedsvurdering.

Regionsrådet skal nedsætte et sundhedsberedskabs- og præhospitalt udvalg, der koordinerer samarbejdet om sundhedsberedskabet og den samlede præhospitale indsats imellem sygehusvæsenet, ambulanceberedskabet, den primære sundhedstjeneste, de tilgrænsende regioner, kommunerne i regionen, politiet samt redningsberedskabet.

Region Midtjylland har haft forslag til Sundhedsberedskabs- og præhospital plan i høring. I høringsrunden har Sundhedsstyrelsen opfordret Regionen til at tage initiativ til et mere formaliseret samarbejde med kommunerne i forhold til udarbejdelse af risiko- og sårbarhedsvurderinger, samt i forhold til det generelle samarbejde.

Præhospital og Beredskab, Region Midtjylland har udarbejdet forslag til principper for samarbejdet.

Referat:

Frede Dueholm Nørgaard orienterede om planlægningen af sundhedsberedskabet i Region Midtjylland. Herunder også om principperne for samarbejdet på området mellem regionen og kommunerne (se vedlagte power-points).

Beslutning:

Sundhedsstyregruppen tilslutter sig principperne

5. Sundhedsaftale 08 – orientering om de bilaterale aftaler.

Indstilling:

- at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling:

Den generelle reviderede sundhedsaftale 2008 blev behandlet i Sundhedsstyregruppen den 17. april og i Sundhedskoordinationsudvalget den 30. april. Fra Sundhedsstyregruppen var der følgende bemærkninger til sundhedsaftalen: 1) De obligatoriske temagrupper skal bestå og bruges i det omfang det er relevant at bruge dem, 2) der skal foretages en udredning af It-området. Temagruppen for It skal tage sig af denne udredning. 3) Kommissoriet for Det Regionale Råd for Forebyggelse og Sundhedsfremme skal revideres således, at det tydeliggøres, at rådet ikke har beslutningskompetence, men alene er rådgivende.

Sundhedskoordinationsudvalget tilsluttede sig Sundhedsstyregruppens bemærkninger.

Sundhedsaftalen er tilrettet på følgende vis:

Ad 1:

Indgår i aftalerne på klyngeniveau. Indarbejdes i den generelle aftale.

Ad 2:

Et oplæg til IT-udredning er under udarbejdelse og vil blive præsenteret for IT-kommunikationsgruppen på dets møde den 19. juni. Der lægges op til en model, hvor Regionalt Sundhedssamarbejde vedligeholder de nødvendige oplysninger, indtil en mere permanent løsning er fundet. Et forslag til at nå en permanent løsning vil være en del af oplægget.

Ad 3:

Følgende tilføjet teksten i den generelle aftale: "Rådet har alene rådgivende funktion i forhold til kommunerne og regionen, og kan således ikke træffe bindende beslutninger for kommuner og region".

Efter godkendelsen i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget har den generelle reviderede sundhedsaftale 2008 været drøftet på en række klyngemøder i maj. Herefter har der været afholdt en række bilaterale forhandlinger på administrativt niveau med henblik på at udforme de bilaterale aftaler.

Det generelle indtryk af de bilaterale forhandlinger har været, at der har været tale om en god og konstruktiv proces. Samtlige bilaterale sundhedsaftaler forventes at ligge klar inden sommerferien således, at de er klar til den politiske godkendelsesproces i kommunerne og i Region Midtjylland efter sommerferien. De bilaterale aftaler indsendes til Sundhedsstyrelsen 30. september 2008.

Referat:

Jens Bejer Damgaard kunne orientere om, at It-gruppen under sundhedsaftalesamarbejdet er nået frem til en skabelon for hvad en e-dok skabelon skal indeholde. Endnu mangler de tekniske løsninger, men der arbejdes hermed.

Jens Peter Hegelund Jensen opfordrede til at It tages op som et tema til næste møde i Sundhedsstyregruppen. Jens Bejer Damgaard vil på næste møde fremlægge It-gruppens oplæg vedr. e-dok.

Beslutning:

Orienteringen blev taget til efterretningen og It vil blive et tema på næste møde i Sundhedsstyregruppen den 11. september 2008.

6. Økonomi – orientering/drøftelse

- *Mundtlig orientering fra Henrik Larsen om den økonomiske situation i Region Midtjylland samt mulighed for drøftelse.*

Indstilling:

- at orienteringen tages til efterretning

Sagsfremstilling:

For sundhedsområdet i Region Midtjylland peger økonomirapporten for 1. kvartal på en samlet merforbrug på ca. 800 mio. kr. Merudgifterne skyldes væsentligst udgifter til ibrugtagning af ny dyr medicin og nye behandlinger. Hertil kommer ubalance på samhandel med andre regioner, merudgifter til takststyring samt udgifter til Primær Sundhed (Sygesikringen). Endelig forventes mindreindtægter vedrørende genoptræningsområdet.

Vedrørende den samlede aktivitetsvurdering forventes et niveau lidt over økonomiaftalens forudsætninger. Heri er der dog ikke taget højde for den mindreaktivitet, der følger af den pågående strejke og de deraf følgende aflyste patientbehandlinger.

Der gives en nærmere status på mødet.

Referat:

Leif Vestergaard Pedersen orienterede om den økonomiske situation på sundhedsområdet i Region Midtjylland.

Beslutning:

Orienteringen blev taget til efterretning.

7. Følgerne af overenskomstkonflikten – orientering/drøftelse

- *Leif Vestergaard Pedersen giver en mundtlig orientering om følgerne af overenskomstkonflikten på sundhedsområdet. Der vil efterfølgende være mulighed for drøftelse af situationen.*

Referat:

Leif Vestergaard Pedersen takkede kommunerne for et meget godt og gnidningsløst samarbejde under overenskomstkonflikten.

8. Vejle fjord Neurocenter

Indstilling:

- at rapporten tages til efterretning

Sagsfremstilling:

Regionerne er i henhold til Sundhedsloven forpligtet til at købe ydelser på Vejle fjord Neurocenter. Fritvalgsrammen udgør 13,7 mio. kr. i 2008. Eftersom Vejle fjord Neurocenter i henhold til Sundhedsloven er et sygehus, skal Vejle fjord Neurocenter registrere og indberette sin aktivitet til Landspatientregistret.

Vejle fjord Neurocenter betragter sig som dels et fase 2 tilbud dels et fase 3 tilbud. Sundhedsloven giver både regionshospitaler og praktiserende læger mulighed for at henvise patienter til Vejle fjord Neurocenter.

Vejlefjord Neurocenter og Region Midtjylland har aftalt, at Vejlefjord Neurocenter SKS-registrerer sin aktivitet fra og med 1. januar 2008. Registreringen påbegyndes med tilbagevirkende kraft i maj 2008. Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Region Midtjylland vil gerne rådgive Vejlefjord Neurocenter om, hvordan der kan SKS-registreres.

Vejlefjord Neurocenter og Region Midtjylland har aftalt, at Vejlefjord Neurocenter øver sig på at anvende DRG-koder anvist af Region Midtjylland i 2008. Vejlefjord Neurocenter har for 2008 indgået aftale med Region Midtjylland om behandlingstakster, hvorefter der driftsmæssigt afregnes indenfor fritvalgsrammen. Aktivitet udover fritvalgsrammen afregnes efter samme takster i det, der er tale om samme behandling som under fritvalgsrammen.

Det er vigtigt at pointere, at det skal undersøges nærmere, om regionerne kan stille krav om afregning i forhold til DRG takster indenfor fritvalgsrammen. Dette undersøges hos Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Såfremt Vejlefjord Neurocenter indgår aftale med Danske Regioner om behandlingsydelser efter aftale om udvidet frit sygehusvalg vil der skulle afregnes efter DRG takster. Disse behandlingsydelser vil således være aktivitet udover fritvalgsrammen.

Region Midtjylland indkalder til møde mellem Vejlefjord Neurocenter og regionen vedrørende indgåelse af aftale for 2009. Vejlefjord Neurocenter og Region Midtjylland har aftalt følgende emner:

- Afregnes til DRG-takster eller andre takster i 2009?
- Hvordan skal henvisningsproceduren til Vejlefjord Neurocenter være?
- Hvem kan Vejlefjord Neurocenter kontakte i regionerne ang. de patienter, som er på venteliste?"

Rapport om Vejlefjord Neurocenters ydelser indenfor neurorehabiliteringen i forhold til fritvalgsrammen er vedlagt.

Referat:

Jytte Therkildsen spurgte om fase 3 genoptræning altid er en kommunal opgave. Jens Bejer Damgaard kunne bekræfte, at fase 3 altid er en kommunal opgave.

Beslutning:

Rapporten blev taget til efterretning.

9. evt.

Fra kommunal side blev der udtrykt ønske om, at vederlagsfri fysioterapi kommer på dagsorden til næste møde den 11. september 2008.

Ulla Hjort Jespersen udtrykte ønske om, at dagsorden til møderne i Sundhedsstyregruppen kommer noget før ud.

