



VIBORG
KOMMUNE

Sundhedsområdet

Byrådets plankonference marts 2016

Direktør Mette Andreassen
Job & Velfærd

Historik – udviklingen i samarbejdet form og indhold



i **2007: Strukturreform**

Kommunerne får en rolle i finansieringen af sundhedsvæsnet. (sundhedsbidrag pr. indbygger + lav medfinansieringsprocent)

i **2011: 1. generation - ”Sundhedsaftale 2011 – 2014”**

(*) Sundhedskoordinationsudvalget godkendte den 10. juni 2010 den generelle sundhedsaftale. Aftalen om samarbejde ved opgaveoverdragelse mellem sektorer blev godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget den 20. september 2010 og er herefter blevet indarbejdet i den generelle sundhedsaftale.

i **2012: Finansieringsreform**

Sundhedsbidraget bortfalder og erstattes af en højere medfinansieringsprocent.

i **2015: 2. generation – ”Sundhedsaftale 2015-2018”**

(*) Sundhedsaftalen er en aftale mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og praksissektoren om gensidige forpligtelser og samarbejde på sundhedsområdet. Aftalen understøtter, at den enkelte borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

i **2017: ? Ny finansieringsreform**

*) Intro tekst til sundhedsaftalerne på Region Midtjyllands hjemmeside

Visionerne i Sundhedsaftalen 2015-2018



VIBORG
KOMMUNE

- i Et sundhedsvæsen på borgernes præmisser

- i Sundhedsløsninger tæt på borgeren
 - *Viborg er her på flere områder "first-mover" men udfordres af incitament strukturen*

- i Mere lighed i sundhed

Sundhedsaftalen og det nære sundhedsvæsen – hvor sker forandringen for borgerne?



- Hurtigere udskrivning fra hospital – mere behandling og træning i kommunen og deraf behov for kompetenceudvikling af fagpersonale
- Stigning i antallet af kroniske sygdomme, demens og psykiatriske diagnoser
- Vi lever længere – flere ”gode” leve år. Det stiller krav til pleje og rehabilitering i kommunen samtidig lever flere med en sygdom, som kræver monitorering og almindelig behandling men ikke specialiseret behandling

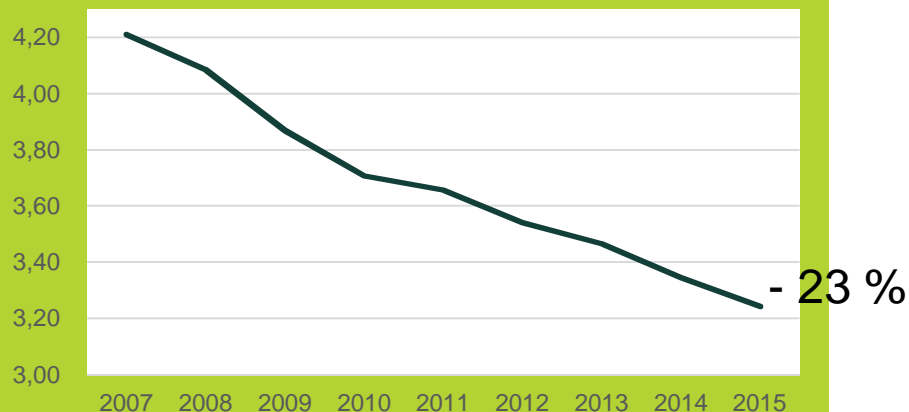
Sundhedsaftale/Omstilling af det regionale sundhedsvæsen – Konsekvenser i udvalgte tal



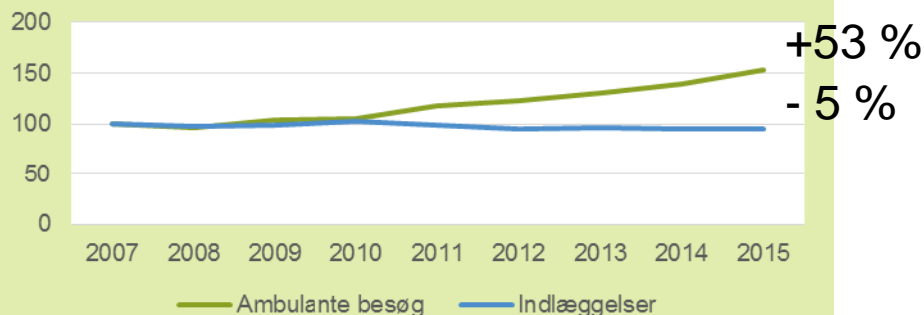
VIBORG
KOMMUNE

SOMATIK

Gennemsnitlige antal sengedage pr. indlæggelse

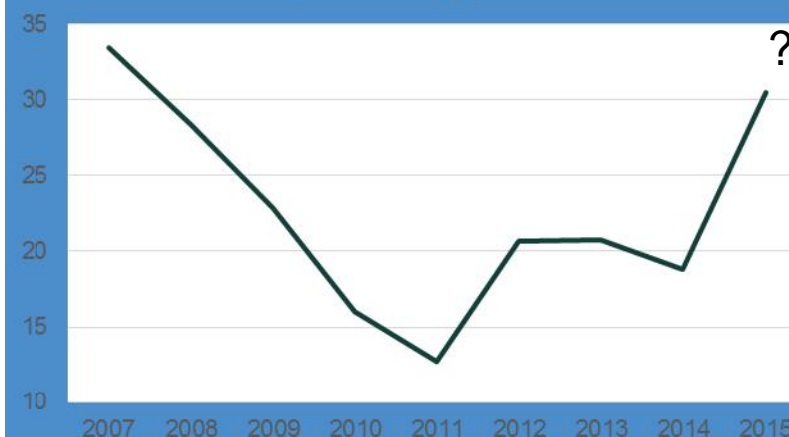


Udvikling 2007-2015 i antal indlæggelser og ambulante besøg (somatik) (Indeks 2007=100)

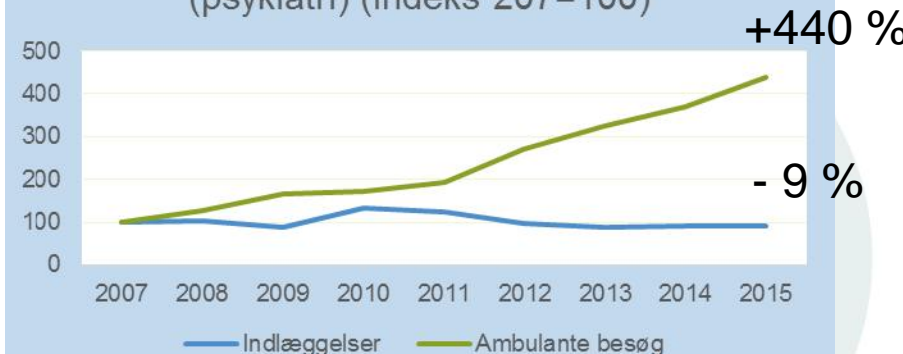


PSYKIATRI

Gennemsnitlige antal sengedage pr. indlæggelse



Udvikling 2007-2015 i antal indlæggelser og ambulante besøg (psykiatri) (Indeks 2007=100)



Den kommunale sundhedsindsats – Udvikling i hovedpunkter



- 2010:** **Forløbsprogrammer** for KOL, diabetes type II, hjerte-/karsygdomme (Rehabiliteringsteamet). Udvidet med kræft og knogleskørhed.
- 2011:** **Akut-team/Akutpladser** ([film](#))
- 2011:** **Fremskudte visitation**
- 2011:** **Neurorehabiliteringscenter Toftegården – kommunalt alternativ til køb af regionale pladser**
- 2014:** **Rehabiliteringscenter Viborg**
- 2015:** **Call-center (projekt)**
- 2015:** **Fælles medicinkort (FMK)**
- 2015:** **Forløbsprogrammer 2. bølge – Hjerterehabilitering fase II**

KOMMUNAL MEDFINANSIERING

(Jf. lov om regionernes finansiering)



VIBORG
KOMMUNE

Beregning vedrørende somatisk aktivitet på private og offentlige sygehuse	
Stationær behandling	34 pct. af DRG-takst (ekskl. langliggertakst), dog maksimalt 14.025 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	34 pct. af DAGS-takst, dog maksimalt 1.384 kr. pr. besøg. Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 14.025 kr.
Genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst
Beregning vedrørende psykiatrisk aktivitet på private og offentlige sygehuse	
Stationær behandling	60 pct. af sengedagstakst, dog maksimalt 8.113 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 pct. af besøgstakst
Beregning vedrørende praksissektoren	
Speciallægebehandling	34 pct. af honorarer, dog maksimalt 1.384 kr. pr. ydelse
Almen lægebehandling	10 pct. af honorarer for grundydelse
Fysioterapeutisk behandling	10 pct. af honorarer
Kiropraktor behandling	10 pct. af honorarer
Psykologhjælp	10 pct. af honorarer
Fodterapeutisk behandling	10 pct. af honorarer
Tandlægebehandling	10 pct. af honorarer
Tilskud til anden behandling / Teddy Øfeldt (speciale 58)	10 pct. af honorarer for ikke vederlagsfrie ydelser
Ambulant specialiseret genoptræning	100 %
Færdigbehandlede patienter på hospitalet og borgere på hospice	100 % (1.951 kr. pr. dag)
Vederlagsfri fysioterapi	100 %

Takstkatalogets detaljeringsgrad

Eksempel: Fødsel

- ca. 30 måder at føde på
- takster mellem 21.750 kr. og 66.371 kr.

DRG	DRG-NAVN	TAKST 2015
1404	Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	66.371
1405	Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	62.497
1406	Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	46.707
1407	Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	44.459
1408	Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	41.137
1409	Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	39.554
1410	Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit, m. akut kejsersnit	34.630
1411	Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	36.318
1412	Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	35.306
1413	Planlagt kejsersnit, førstegangsfødende	24.969
1414	Planlagt kejsersnit, flergangsfødende	22.042
1415	Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit	26.216
1416	Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, førstegangsfødende	39.887
1417	Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, flergangsfødende	36.699
1418	Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	35.218
1419	Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	28.447
1420	Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	30.528
1421	Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	24.793
1422	Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, førstegangsfødende	33.215
1423	Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, flergangsfødende	29.527
1424	Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, førstegangsfødende	28.220
1425	Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, flergangsfødende	27.365
1426	Igangsæt vaginal fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	31.764
1427	Igangsæt vaginal fødsel, m. epidural, flergangsfødende	25.770
1428	Igangsæt vaginal fødsel, førstegangsfødende	21.750
1429	Igangsæt vaginal fødsel, flergangsfødende	19.532
1430	Spontan fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	26.552
1431	Spontan fødsel, m. epidural, flergangsfødende	23.917
1432	Spontan fødsel, førstegangsfødende	25.098
1433	Spontan fødsel, flergangsfødende	22.187

Viborg Kommunes medfinansiering – Overblik Regnskab 2015



	Mio. kr.
Somatik – indlæggelser + genoptræning under indlæggelse	163,1
Somatik – ambulante ydelser/besøg	143,2
Psykiatri – indlæggelser	4,0
Psykiatri – ambulante ydelser/besøg	14,0
Sygesikringsydelser	25,9
Ambulant specialiseret genoptræning	1,9
Vederlagsfri fysioterapi	14,8
Færdigbehandlede patienter + borgere på hospice	3,5
Kommunal genoptræning efter Sundhedsloven (almene planer)	10,2
Øvrige (Forebyggelse- og sundhedsfremme, befordring mv.)	14,7
I alt	395,3

Kommunal
medfinansiering
I alt 350 mio. kr.

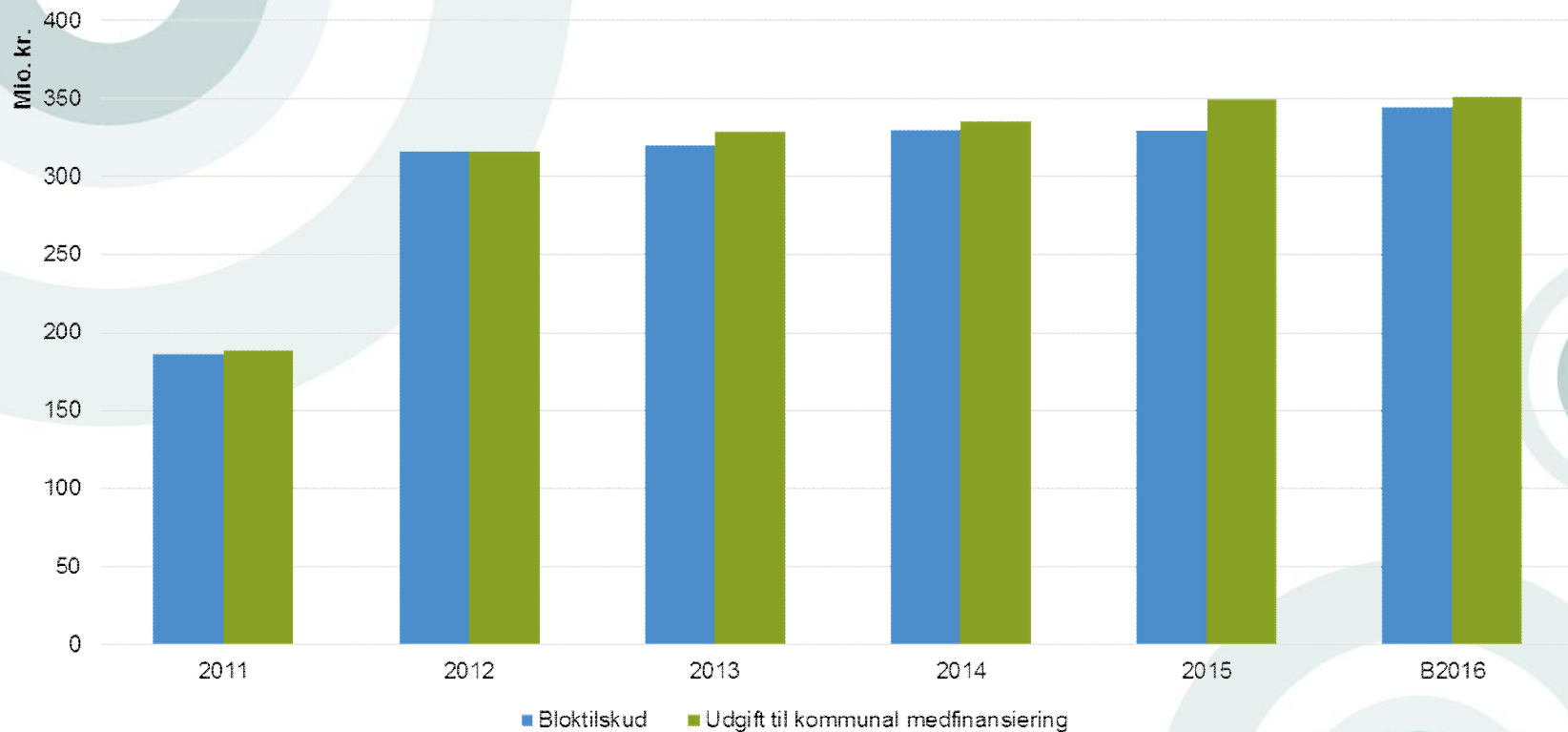
Økonomi – Udfordring I

Viborg Kommunes andel af "bloktilskuddet" og udgifter til kommunal medfinansiering



VIBORG
KOMMUNE

Viborg Kommunes andel af bloktilskuddet(*) og udgifter til kommunal medfinansiering



I perioden 2011-2016 har der samlet været en forskel mellem bloktilskud og udgifter KMF på 45 mio. kr.

*) Bloktilskud = Viborg Kommunes andel af den aktivitetsramme, som aftales i Økonomiaftalerne mellem "Regering – Danske Regioner" og "Regering – KL" + Efterregulering fra tidligere år. side 10



”Uligevægt” - Årsager

- i Bloktilskudsnøglen ikke en ”sundhedsnøgle”
 - Fanger ikke forskelle i sundhedsprofil (behovet for sundhedsydelse)
 - Fanger ikke forskelle i serviceniveau
 - Fanger ikke kulturforskelle
 - Fanger kun i begrænset omfang opgaveoverdragelse/-opgaveglidning.

Forskelle i sundhedsprofiler = behov for behandling



Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (RM) konkludere ultimo 2015:

- ; At der er forskelle i sygehusforbruget mellem kommunerne
- ; At forskellene ikke alene kan forklares med, at befolkningen i nogle kommuner har mere brug for at komme på sygehuset end i andre kommuner på grund af alder, køn, BMI, KRAM, forekomst af kroniske sygdomme.
- ; Geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug kan også skyldes, at sundhedsvæsnen i område A fungerer anderledes end sundhedsvæsnen i område B.
- ; Resultaterne tyder ikke på, at de geografiske forskelle i sygehusforbruget skyldes de praktiserende læger.

Forbruget af sygehusydelser i Viborg Kommune



Somatik	år	Viborg Kommune	Indekseret i forhold til indbyggertal – Viborg Kommune (100= Gennemsnittet for Region Midtjylland)
Antal ambulante besøg/ydelser	2014	209.910	109
	2015	229.450	111
Antal indlæggelser	2014	19.732	116
	2015	19.776	118
Kommunal medfinansiering	2014	292.776.586	110
	2015	298.549.581	113

Kommunal medfinansiering Viborg Kommune – Region Midtjylland



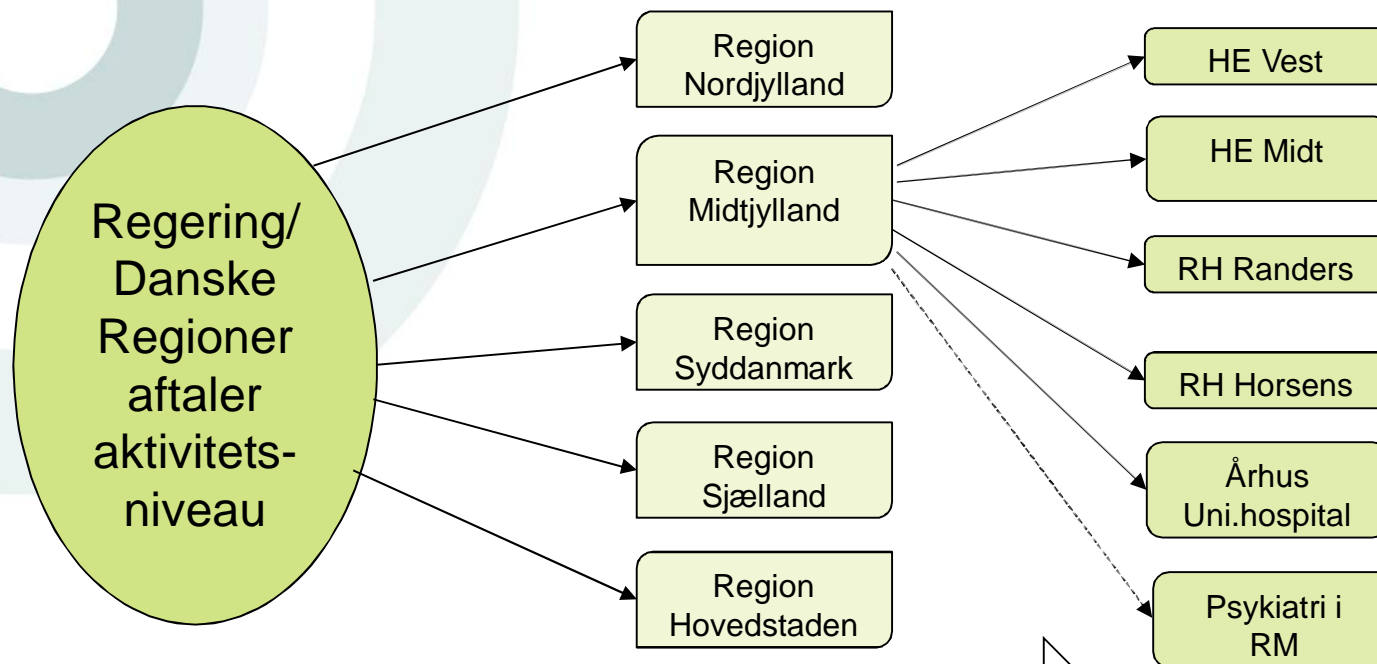
VIBORG
KOMMUNE

2015	Viborg Kommune (Kr.)	Region Midtjylland (Kr.)
Kommunal medfinansiering	349.999.159	4.239.923.939
Gennemsnitlig KMF pr. indbygger	3.685	3.305
KMF-udgift hvis Viborg Kommune var lig gennemsnitudgiften pr. indbygger	313.957.650	
”Merudgift”	36.041.509	

Forklaringer på "uligevægt" Udfordringer i fordelingsmodellen?



Udbuddet er "rammestyret"



Aktivitet "fordeles" på historik
+ aftalte løft

KAN VIBORG KOMMUNE GØRE NOGET VED UBALANCEN?



Udfordringer:

- i Det er et lægefagligt ansvar og kompetence at vurdere, om en borger skal behandles eller ej – og om behandlingen skal ske i ved praktiserende læge, på hospital eller i et kommunalt tilbud.
- i Forhandlinger om de overordnede rammer og deres fordeling har traditionelt været et nationalt anliggende – KL – Danske Regioner – Regering

Muligheder:

- i Fortsat fokus på opgaver og områder, hvor der kan laves kommunale alternativer til de regionale tilbud. (Eksempel: Hjerterehabilitering fase II)
- i Fortsat administrativ dialog med praktiserende læger og hospital omkring forbruget af sundhedsydelser (alene og i klyngesamarbejdet) (Eksempel: Viborg-Herning analyse)
- i Tværfaglige politiske initiativer
 - o Formandsskabet for Ældre- og Sundhedsudvalget har aftalt møde med kollegaerne fra Silkeborg og Skive for at drøfte interesse/muligheder for fælles tiltag.



Hjerterehabilitering fase II - resultater

Evaluering af det første år af Viborg og Skive Kommuners overtagelse af hjerterehabiliteringens fase II.

Viborg Kommune:

- i Fald i udgifter på ca. 35% (ca. 0,5 mio. kr.)
- i Stigningen i deltagelsen på ca. 35%
- i Uændret kvalitet

Skive Kommune:

- i Uændret økonomi
- i Stigning i deltagelsen på ca. 100%
- i Uændret kvalitet

Herning Kommune – Viborg Kommune

Kommunal medfinansiering



Baggrund:

- i Indbyggertal: Viborg ca. 9 % flere indbyggere end Herning
- i Kommunal medfinansiering: Viborg ca. 18 % højere udgift til KMF end Herning (forskellen på 18 % svarer til ca. 33 mio. kr.)
- i En række øvrige ligheder – bl.a. hjemsted for hospital mv.

Hypotese:

Befolkningen i Viborg Kommune må have en svagere sundhedsprofil end tilsvarende for Herning Kommune

Data fra "Hvordan har du det?":

- i I både Herning kommune og Viborg Kommune udsendt 2.500 spørgeskemaer til borgere på 16 år og derudover.
- i Svarprocent i begge kommuner er 63 %



Indikatorer på sundhedstilstand

Andel af svarpersoner, der angiver:	Herning Kommune	Viborg Kommune	Region Midtjylland
Dårligt selv vurderet helbred	14 %	13 %	14 %
4+ kroniske sygdomme	12 %	11 %	11 %
Dårlig trivsel og livskvalitet	24 %	24 %	24 %
Højt stressniveau	25 %	24 %	24 %
Usundt kostmønster	14 %	13 %	12 %
Daglig rygning	18 %	18 %	18 %
Ugentlig rusdrikkeri (5+)	9 %	6 %	10 %
Højrisikoforbrug af alkohol (>14/21)	6 %	5 %	7 %
Tegn på alkoholproblemer	13 %	12 %	14 %
Ingen idræt eller motion i fritiden	44 %	46 %	46 %
Fysisk inaktiv (30min/dag 0-1 dage/uge)	17%	16 %	18 %
Moderat overvægt	38 %	37 %	36 %
Svær overvægt	17 %	17 %	16 %



De praktiserende lægers rolle

Antallet af henvisninger fra alment praktiserende læge/vagtlæge og praktiserende speciallæge pr. 1.000 indbyggere

	Januar-september 2014		Januar-september 2015	
	Alment praktiserende læger/vagtlæger	Praktiserende speciallæger	Alment praktiserende læger/vagtlæger	Praktiserende speciallæger
Viborg	265	23	271	25
Herning	249	18	251	18

Balancen mellem økonomiaftalernes løft og de nye kommunale sundhedsopgaver



Økonomiaftalernes løft til det kommunale sundhedsvæsen

		Landsplan pr. år (mio. kr)	Viborg pr. år (mio. kr.)
2010-2012	3-årig puljetilskud i alt 190 mio. kr. fra kronikerpuljen til forløbsprogrammer	63	1 (midlertidig)
2013 à	Varigt løft til styrkelse af kronikerindsatsen	300	5,0
2014 à	Varigt løft til at understøtte indsatsområderne i de fem nye sundhedsaftaler	300	5,0
2015 à	Varigt løft med henblik på, at der opstilles fælles målsætninger inden for patientrettede forebyggelse	350	5,9
I alt	Varige løft i kommunernes bloktilskud	1.050	15,9

Hvad skal midlerne fra økonomiaftalernes løft dække



Akut-team	5,0 mio. kr. årligt
Rehabiliteringsteam (forløbsprogrammer)	2,7 mio. kr. årligt
Forebyggelsesindsatsen	3,9 mio. kr. årligt

Dele (*) af:

Rehabiliteringscenter = Intensiv sygepleje og træning

Neurorehabilitering = Rehabilitering af hjerneskadede

Sygepleje = Kontrol og efterbehandling af borgere udskrevet fra hospitalet

Genoptræning = Flere genoptræningsplaner fra hospital

*) Komplex budgetstørrelse, da der er tale om traditionelle kommunale opgaver, som gradvist øges/stiger i kompleksitet med kortere indlæggelser, flere borgere i ambulant behandling, nye opgaver osv.

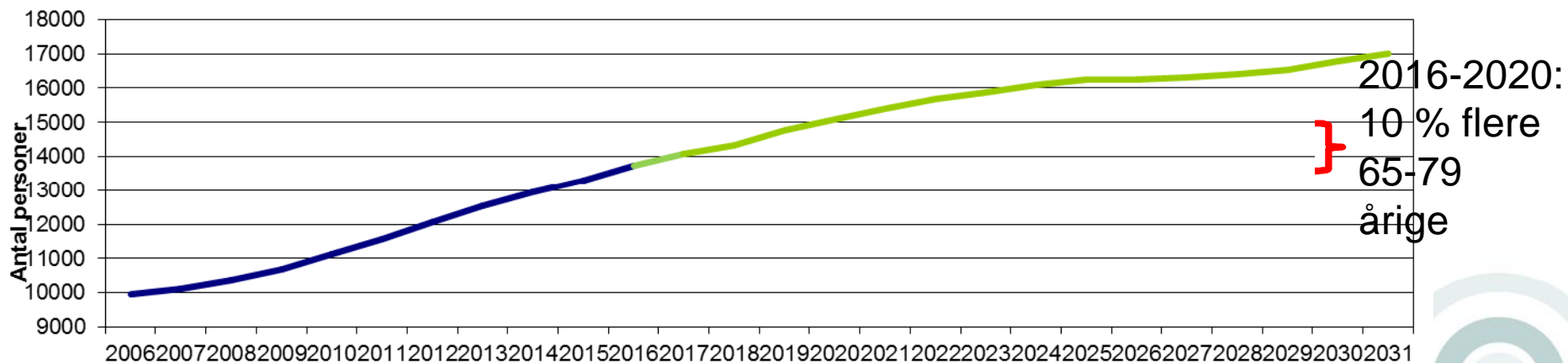
FREMTIDIGE UDFORDRINGER

Demografi (Befolkningsprognosen 2016-2031)

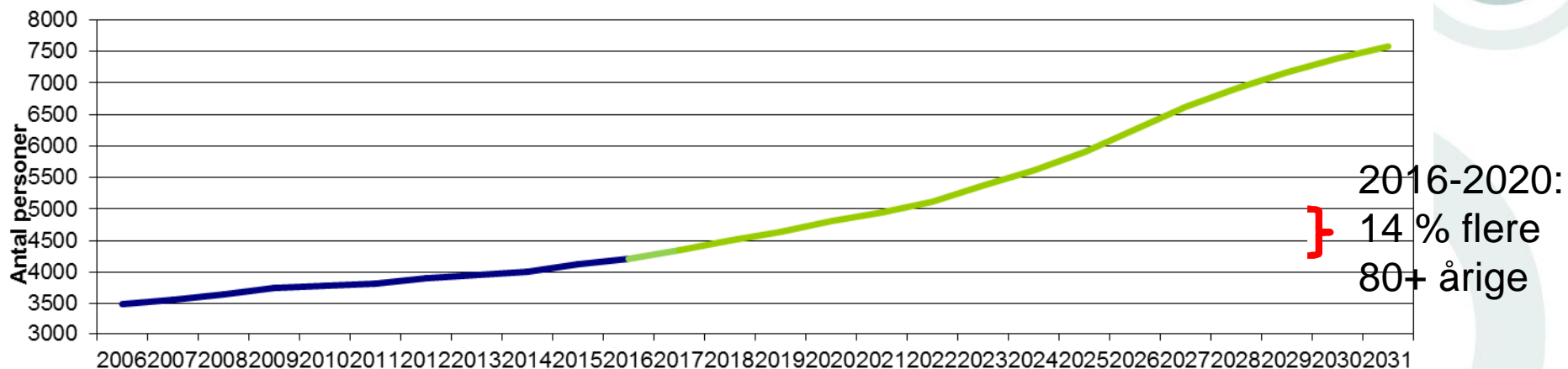


VIBORG
KOMMUNE

De 65-79-årige - faktiske tal og prognose



De 80-årige og derover - faktiske tal og prognose

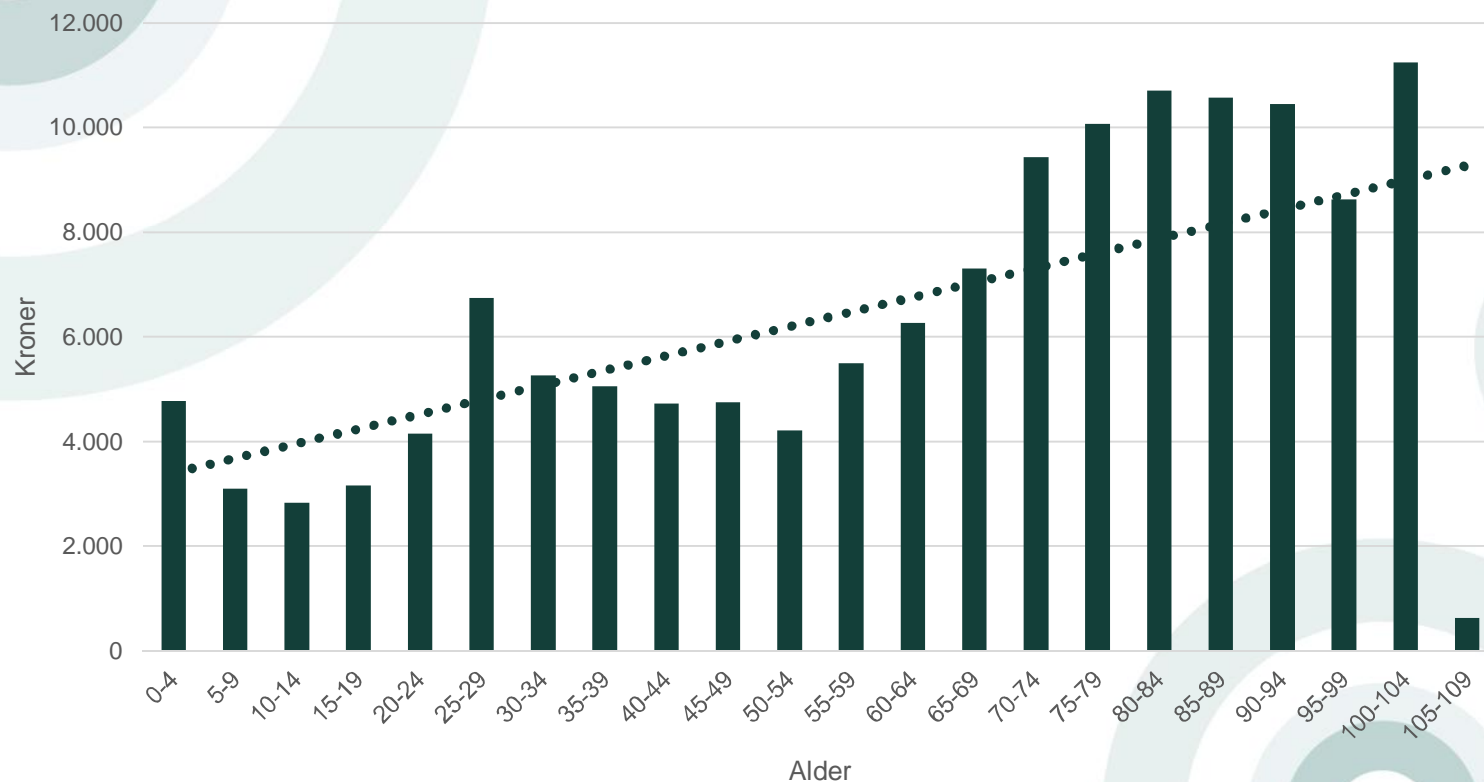


FREMTIDIGE UDFORDRINGER

Demografi og sundhedsudgifter



Gennemsnitlig udgift til kommunal medfinansiering
pr. indbygger efter alder (2015)





FREMTIDIGE UDFORDRINGER

Opgaveoverdragelse / Opgaveglidning

- i Fortsat ønske om aftaler om opgaver, der kan flyttes fra hospital til kommune.
- i Fortsat glidning af opgaver i jf. udviklingen på sygehusene.

Eksempler:

- i Diætister

Regionen store spareplan (2015) på diætistområdet med henvisning til, at kommunerne jf. sundhedslovens §119 har ansvar for forebyggende og sundhedsfremmende tilbud for borgerne.

- i Backup funktion for praktiserende læger og Akut-team patientgrupperne – blodtyndende medicin, uspecificerede rygsmerter og udtørrede/dehydrerede

Ambition om nye samarbejdsformer, hvor opgavefordelingen ændres, så praktiserende læge og kommune får større roller, mens hospitalet "kun" er ekspert/backup (laboratorieprøver mv.)



Opsamling

- i Sundhedsaftaler og omlægning af det regionale sundhedsvæsen peger mod en stadig større kommunal rolle på sundhedsområdet
- i Demografien peger mod flere ældre borgere
- i Sundhedsprofilen peger mod flere borgere med kroniske sygdomme

Konklusion

- i Fortsatte faglige og økonomiske udfordringer
 - o Kompetencer og opgavevaretagelsen skal løftes/udvikles til de nye opgaver
 - o Der skal skaffes et økonomisk råderum



Debat

- i Bør Viborg Kommune stoppe/holde igen med kommunale sundhedstiltag?
- i Kan/bør Viborg Kommune udfordre styringsmodeller og de uhensigtsmæssige/modstridende økonomiske incitamentter?