

Høring, forløbsprogram hjerterehabilitering

Aktivitet og økonomi – supplerende notat til kommunerne

01.06.2015, jehu

Dette notat belyser status for aktiviteter og økonomi i forløbsprogrammets fase 2, og giver et bud på de økonomiske konsekvenser af en omlægning den fysiske træning i fase 2 af rehabiliteringen, som forløbsprogrammet foreslår overdraget til kommunerne.

Økonomi-bilag (bilag 5) til høringsversionen hvilede på et meget svagt datagrundlag, da det på et sent tidspunkt i processen stod klart, at region Midtjylland ikke kunne bidrage med data. Der var således alene anvendt kommunalt tilgængelige data fra Skive og Viborg kommuner. Til dette notat er der indhentet data fra en bredere kreds af kommuner, jf. mail fra Inger-Lise Katballe til Den kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) af 29. april 2015. De indkomne oplysninger findes i tabellen sidst i notatet. 12 kommuner har bidraget med oplysninger. Det er ikke alle de deltagende kommuner, der har kunnet fremskaffe alle de ønskede oplysninger.

Det forbedrede datagrundlag har på flere punkter præciseret billedet af base-line for opgaveoverdragelsen.

1) STATUS, DELTAGELSE I FYSISK TRÆNING:

Fysisk træning i fase 2 har hidtil været et regionalt tilbud udført på hospital på grundlag af en specialiseret genoptræningsplan. Genoptræningsplanen udleveres til patienten ved udskrivning fra hospitalet, og sendes samtidig til patientens bopælskommune.

Blandt patienter med en specialiseret genoptræningsplan er der en andel, der ikke - eller kun i meget begrænset omfang - har deltaget i fysisk træning¹. Det er meget forskelligt fra kommune til kommune, hvor stor en andel af hjertepatienterne, der har deltaget i ambulant træning på hospitalet.

Andelen af hjertepatienter med en specialiseret genoptræningsplan, der deltager i træning svinger fra 53% i Skive til 100% i Randers. I gennemsnit trænede de deltagende patienter fra 9 gange i Randers til 22 gange i Herning, jf. tabel sidst i bilaget.

Der er også stor forskel på, hvor mange almindelige genoptræningsplaner, kommunerne modtager på hjertepatienter. Samsø udgør et særtilfælde, idet alle hjertepatienter har fået en almindelig GOP. For de øvrige kommuners vedkommende svinger andelen fra 7% til 53% almindelige GOP. Andelen af almindelige GOP er højst i Norddjurs, Odder og Hedensted og lavest i Viborg, Randers og Skive.

¹ Deltagelse i træning her defineret ved at der er opkrævet betaling for mindst 1 træningsbesøg ifølge kommunale individdata i eSundhed. Fra regional side gøres opmærksom på at en del af træningsaktiviteten på nogle hospitaler nok ikke afspejles i disse data på grund af registreringsproblemer.

Et rundspørge til kommunerne har vist, at der har været forskellig praksis både på hospitalerne og i kommunerne i forhold til patienter, der har været tilbudt, men ikke har deltaget i specialiseret ambulante genoptræning på hospitalet.

Nogle hospitaler har henvist patienterne til kommunal genoptræning. Kommunerne har som udgangspunkt kun haft et fase 3-tilbud, som ikke er genoptræning (efter sundhedslovens §140), men et forebyggende tilbud (efter sundhedslovens §119). Nogle hospitaler har benyttet en almindelig genoptræningsplan som henvisning, andre har benyttet anden form for henvisning. De fleste kommuner har givet disse fase 2-patienter det eksisterende fase 3-tilbud, enkelte kommuner har givet dem et andet træningstilbud. Desuden har borgere fra kommuner i den sydlige del af Region Midt i større eller mindre omfang været behandlet på hospitaler i Region Syd, hvor man i nogle år har haft et forløbsprogram for hjerterehabilitering, hvor den fysiske træning i fase 2 er delt mellem region og kommuner. De sydlige kommuner i Region Midt må derfor formodes hidtil at have modtaget fase 2-patienter til kommunal hjerterehabilitering i større omfang end regionens øvrige kommuner.

Alt i alt tegnes et billede af, at der er væsentlige lokale forskelle i kommunernes udgangspunkt med hensyn til hvor stor en del af den fysiske træning i fase 2 de allerede udfører og dermed også hvor stor en opgave de står over for med den opgaveoverdragelse, der er lagt op til i forløbsprogrammet.

2) OMFANG AF OPGAVEROVERDRAGELSE

Overdragelsen af opgaver i fase 2 til kommunerne omfatter:

- Fysisk træning
- Patientundervisning
- Rygestopintervention
- Kostintervention
- Psyko-social støtte

Opgaveoverdragelsen omfatter ikke fysisk træning af patienter med særlig risiko. De skal fortsat tilbydes træning i hospitalsregi.

Det har ikke været muligt at få data fra regionen på det hidtidige omfang af ydelser og medfinansiering af patientundervisning, rygestopintervention, kostintervention og psyko-social støtte.

Det har ikke været muligt at få et fagligt baseret skøn over hvor mange patienter, der er i særlig risiko og derfor fortsat skal tilbydes fysisk træning på hospital. 5% er benyttet som beregningsforudsætning i det følgende.

3) FINANSIERING

Al ambulante genoptræning finansieres 100% af kommunerne.

Fysisk træning på hospital - specialiseret ambulante genoptræning - afregnes sammen med den kommunale medfinansiering med en statsligt fastsat takst pr. patient pr. besøg. Der er 3 takst-niveauer (2014-takster)

	Specialiseret
GEN1A	743 kr
GEN2A	993 kr
GEN3A ²	1603 kr

Kommunernes udgifter pr. genoptræningsforløb svinger fra omkring 10.000 kr i Randers, Skive og, Hedensted til 17.000 kr i Århus og 16.500 kr i Herning, hvor forløbene gennemsnitligt er længere. Den gennemsnitlige pris pr. besøg ligger nær taksten på 743/besøg når træningen foregår i hospitalsenheden Vest, mens den ligger nær taksten på 993 kr/besøg når træningen foregår på andre hospitaler.

De samlede udgifter til specialiseret genoptræning i de kommuner, der har bidraget med oplysninger til dette bilag, lå på ca. 18 mio kr. Extrapoleres til samtlige kommuner³ giver det en kommunal udgift i hele Region Midt på ca. 25 mio kr.

4) BEREGNEDE ØKONOMISKE KONSEKVENSER AF OPGAVEOVERDRAGELSEN

a) Generelle økonomiske konsekvenser af omlægningen

Regionen/hospitalernes indtægter fra kommunal betaling for specialiseret ambulante genoptræning af hjertepatienter vil falde.

Kommunerne vil i tilsvarende omfang få frigjort midler, der hidtil er brugt til finansiering af specialiseret ambulante genoptræning af hjertepatienter på hospitalerne.

Faldet i kommunal betaling for specialiseret, ambulante genoptræning vil – alt andet lige - svare til de nuværende kommunale betalinger for specialiseret, ambulante genoptræning af hjertepatienter minus betalinger for den mindre gruppe i særlig risiko, der fortsat skal træne på hospitalet – her beregningsmæssigt fastsat til 5%.

Et skøn ud fra de indhentede data vil være et fald i de kommunale betalinger til specialiseret, ambulante genoptræning af hjertepatienter på 23 – 24 mio kr. årligt.

Det forudsættes – og er af helt afgørende betydning for økonomien i opgaveoverdragelsen - at hospitalerne tilpasser deres træningstilbud med respekt for opgaveoverdragelsen, dvs. tilpasser deres træningskapacitet svarende til reduktionen i opgaver og nedgangen i indtægter. Hvis hospitalerne i stedet søger at opretholde deres hidtidige aktivitets- og indtægtsniveau på træningsområdet ved at øge den stationære genoptræning og den specialiserede, ambulante genoptræning af andre patientgrupper vil opgaveoverdragelsen komme til at betyde store kommunale merudgifter.

² GEN3A benyttes ved hjemmebesøg, og forekommer meget sjældent til hjertepatienter.

³ Der er ekstrapoleret efter antallet af 50+ årige i kommunerne.

b) Etablering af kommunale tilbud

En anden indfaldsvinkel på beregning af de økonomiske konsekvenser af opgaveoverdragelsen er at tage udgangspunkt i prisen for levering af 1 times genoptræning til 1 borger hhv. på hospital og i kommunerne.

Den gennemsnitlige pris for genoptræning af hjertepatienter på hospital er i flertallet af kommuner på 950-975 kr pr. borger pr. gang. I Hospitalsenheden Vest er prisen pr. borger pr. gang omkring 743 kr.

Beregning af en tilsvarende pris for kommunal genoptræning forudsætter først og fremmest en pris pr. leveret terapeuttime. Lønudgiften vil variere fra kommune til kommune alt efter personalesammensætning og arbejdstilrettelæggelse. Hertil skal så lægges andre udgifter til ledelse, administration, kompetenceudvikling, husleje, materialer mv. i en takstberegning. Det vil være forskelligt fra kommune til kommune om et træningstilbud til hjertepatienterne reelt kan etableres til marginaludgiften (løn og direkte lønafhængige udgifter) eller det nye tilbud vil medføre andre nye udgifter (overhead).

Flere kommuner har været i gang med beregninger af egne priser på terapeuttydelser. Beregningerne er foretaget ud fra forskellige forudsætninger, men ud fra det foreliggende kendskab til de forskellige beregninger skønnes, at en leveret terapeuttime normalt koster 650-750 kr. I det følgende regnes med en pris på 750 kr pr. leveret terapeuttime.

Et hjertehold på i gnsn. 8 fremmødte borgere, der er bemandet med 2 terapeuter giver en pris på ca. 190 kr. pr. borger pr. gang. Desuden har hver borger en individuel samtale med en terapeut ved start og slut på træningsforløbet .

Bruges disse forudsætninger til at sammenligne prisen på hospitalstræning og kommunal træning – under forudsætning af samme aktivitetsniveau - fås følgende:

Kommunal træning:

2 samtaler 1:1 à 750 kr	1.500
Udgift pr besøg/holdtræning	190

	Hosp pris/forløb	Km pris/forløb
	-	
Hedensted	10.171	3.548
Norrdjurs	11.197	3.650
Randers	9.744	3.544
Silkeborg	12.020	3.986
Aarhus	17.006	4.855
Herning	16.403	5.717
Holstebro	13.152	5.204
Ringkøbing-	13.008	4.826

Skjern		
Skive 2013	9.702	3.383
Viborg 2013	11.729	3.844

Kommunerne vil efter denne beregning kunne levere genoptræning af hjertepatienter til 30-40% af den pris, der i dag betales til regionen for træning i tilsvarende omfang. Det giver et betydeligt økonomisk råderum til opbygning og udvikling af de kommunale rehabiliteringstilbud til hjertepatienter uden netto merudgifter for kommunerne – med de ovenfor anførte forbehold.

Hvis regionens nuværende træningsindsats er højere end det fremgår af kommunernes tal (se note 2) vil nogle kommuner alene af denne grund opleve en stigning i antallet af fase 2-borgere, der ønsker fysisk træning.

Hvis kommunerne skal leve fuldt ud op til forløbsprogrammets målsætninger omkring fysisk træning skal 70% af deltagerne i hjerterehabilitering gennemføre 80% af de planlagte besøg. Tages der udgangspunkt i at alle de patienter, der har fået en specialiseret genoptræningsplan vælger at deltage i træning og i gennemsnitlig 80% deltagelse i forhold til forløbsprogrammets anbefaling af et træningstilbud på 1 time 2 gange om ugen i 12 uger, giver det følgende resultat:

Kommunal træning:

2 samtaler 1:1 à 750 kr	1.500
Udgift pr besøg/holdtræning	190
Besøg /borger	19

	Antal m/spec GOP	Udgift v/80% deltagelse	Udgift 2014
Hedensted	70	357.700	691.594
Norrdjurs	34	173.740	212.745
Randers	151	771.610	1.471.373
Silkeborg	174	889.140	1.310.226
Aarhus	517	2.641.870	8.162.918
Herning	166	848.260	2.263.601
Holstebro	120	613.200	1.065.338
Ringkøbing- Skjern	97	495.670	871.539
Skive 2013	107	546.770	553.000
Viborg 2013	186	950.460	1.325.346

Selv med denne kraftige udvidelse af både det forudsatte antal borgere, der deltager i træning, og i de fleste kommuner også i træningsomfanget for den enkelte borger, vil kommunerne kunne give tilbuddet uden netto merudgifter i forhold til nu.

c) Afledte virkninger ift. kommunernes fase3- tilbud og andre ydelser

Det er overvejende sandsynligt, at færre borgere vil efterspørge kommunale fase 3-tilbud end i dag - specielt hvis det lykkes kommunerne at hæve andelen af borgere, der deltager i træning i fase 2 og at øge omfanget af den enkelte borgers træning i fase 2. Flere borgere kan i konsekvens heraf forventes at være klar til at fortsætte aktivitet og træning i foreningsregi mv. efter afslutning af fase 2.

Det mest sandsynlige scenarie er derfor at kommunernes fase3-tilbud vil få karakter af et tilbud til en mindre gruppe borgere med særlige behov. Dermed vil der kunne frigøres ressourcer fra fase 3 til andre formål.

Forbedret hjerterehabilitering må desuden forventes at have en positiv, afledt effekt i forhold til andre kommunale ydelser.

Specialiseret genoptræning af hjertepatienter 2014

	Alm GOP	Spec GOP	Borgere der har trænet	Antal besøg	Udgift i alt	Andel med GOP	Andel spec GOP/alle GOP	Andel der træner spec.	Gnsn besøg	Pris/forløb	Pris/besøg
Favrskov	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hedensted	48	70	68	733	691.594	90%	59%	97%	11	10.171	944
Horsens	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norddjurs	39	34	19	215	212.745	59%	47%	56%	11	11.197	990
Odder	24	31	-	-	199.357	81%	56%	-	-	-	-
Randers	14	151	151	1.381	1.471.373	61%	92%	100%	9	9.744	1065
Samsø	21	0	0	0	0	133%	-	-	-	-	-
Silkeborg	58	174	109	1.426	1.310.226	94%	75%	63%	13	12.020	919
Skanderborg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syddjurs	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aarhus	116	517	480	8.476	8.162.918	88%	82%	93%	18	17.006	963
Herning	54	166	138	3.063	2.263.601	94%	75%	83%	22	16.403	739
Holstebro	49	120	81	1.416	1.065.338	68%	71%	68%	17	13.152	752
Ikast-Brande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lemvig	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ringkøbing-Skjern	-	97	67	1.173	871.539	-	-	69%	18	13.008	743
Skive 2013	11	107	57	565	553.000	81%	91%	53%	10	9.702	979
Struer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viborg 2013	13	186	113	1.394	1.325.346	75%	93%	61%	12	11.729	951
Deltagende kommuner i alt					18.127.037						
Samlet kommunal udgift, extrapoleret					25.176.440						