



NOTAT

Takster og betalinger på genoptræningsområdet

Den 1. december 2006

Takster og betalinger på genoptræningsområdet	1
1. Indledning og baggrund	1
2. Sundhedsstyrelsens nye genoptræningstakster	3
2.1 Genoptræningstakster 2007	3
2.2 Afgrænsning af genoptræning og behandling	5
2.3 Takster på specialiseret ambulans genoptræning	6
2.4 Ydelseskoden AAF6 hjemmebesøg	7
3. Hvilke andre slags genoptræningspriser kan bruges i afregningen?	7
3.1 DRG-takster til mellemkommunal afregning	8
3.2 Fast takst pr. genoptræningsforløb.	8
3.3 Beregning af kommunale timepriser	9
3.4 Beregning af priser på standardforløb og pakker	9
3.5 Afregning med udgangspunkt i Landsoverenskomsten med fysioterapeuter.....	9
4. Afregning af genoptræningsydelser	10
4.1 Afregning med regionerne	10
4.2 Afregning med andre kommuner og private leverandører	11
5. Overvejelser om egenproduktion vs. køb af genoptræningsydelser	12

Ref MEB

meb@kl.dk

Dir 3370 3343

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

Tlf 3370 3370

Fax 3370 3371

www.kl.dk

Side 1/14

1. Indledning og baggrund

Kommunerne får fra 1. januar 2007 ansvaret for genoptræning efter udskrivning (ambulant genoptræning). Samtidig skal kommunerne medfinansiere den genoptræning, som foretages under indlæggelse (stationær genoptræning). Kommunernes medfinansiering af genoptræning under indlæggelse skal udgøre 70 pct. af regionernes udgifter.

Den såkaldte specialiserede genoptræning, der forudsætter et sygehus' ekspertise eller udstyr, skal udføres på sygehusene, men finansieres af kommunerne. Det fremgår af bekendtgørelse og vejledning om genoptræningsplaner mv. at genoptræning skal ydes på sygehus i flg. situationer:

1. Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
2. Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, der af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale som kun findes i sygehusregi.

Iflg. Indenrigs- og Sundhedsministeriets udmelding om centrale begreber på genoptræningsområdet (af 6. dec. 2005) skal den specialiserede genoptræning afgrænses meget snævert, således at langt hovedparten af genoptræningen skal løses i kommunalt regi. Den specialiserede genoptræning er altså en undtagelse fra hovedreglen om at den ambulante genoptræning er et kommunale opgaveansvar.

Det fremgår endvidere af sundhedslovens §140, at kommunerne kan tilbyde genoptræning ved egne institutioner eller ved indgåelse af aftale herom med regionsråd, andre kommunalbestyrelser eller private institutioner mv. Endelig fremgår det af bekendtgørelse og vejledning om genoptræningsplaner mv. at patienterne har ret til frit valg på genoptræningsområdet. På den ambulante genoptræning indebærer det, at patienterne kan vælge mellem kommunens egne tilbud, de institutioner, som kommunen evt. har indgået aftale med, og andre kommuners egne tilbud.

Den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet indebærer derfor at der i en række situationer skal eller kan blive tale om køb og salg af genoptræningsydelser. Disse situationer oplistet i nedenstående skema:

Tabel 1: Oversigt over finansiering og køb og salg på genoptræningsområdet

Type	Hvordan finansieres:	Fastlagte DRG-takster
Stationær genoptræning	Kommunerne finansierer 70 pct. af udgifterne via DRG-takster	Ja
Specialiseret ambulante genoptræning	Kommunerne finansierer 100 pct. af udgifterne via DRG-takster	Ja
Almen ambulante genoptræning – køb af ydelser i regioner, andre kommuner eller hos private	Køberkommunen afregner med sælger efter bilateral aftale	Nej
Frit valg af genoptræning hos andre leverandører eller andre kommuner	Bopælskommunen afregner med udfører kommunen efter bilateral aftale	Nej

2. Sundhedsstyrelsens nye genoptræningstakster

Sundhedsstyrelsen har i efteråret 2006 udarbejdet en række nye DRG-takster på genoptræningsområdet. Genoptræningstaksterne er obligatoriske ved afregning af den stationære genoptræning. Afregningen af den specialiserede genoptræning vil også i praksis blive baseret på Sundhedsstyrelsens DRG-takster (se nærmere herom afsnit 4.1). Derudover *kan* taksterne bruges i øvrige køber-sælger-situationer (køb af ambulante genoptræning og frit valg), men taksterne er ikke obligatoriske i denne sammenhæng.

De nye genoptræningstakster er udarbejdet på baggrund af en række omkostningsstudier (abc -analyser), der i 2005 er gennemført på fem udvalgte sygehuse. Derudover har der i foråret 2006 været nedsat en arbejdsgruppe om principperne for udarbejdelse af genoptræningstakster. Arbejdsgruppen bestod af Sundhedsstyrelsen (formand og sekretariat), Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement, Danske Regioner, en række regionsrepræsentanter, KL og Københavns Kommune.

2.1 Genoptræningstakster 2007

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet fem DRG-takster til den stationære genoptræning og tre takster til den ambulante genoptræning.

Taksterne for 2007 fremgår af nedenstående tabeller:

Tabel 2.1 : DRG-takster for genoptræning under indlæggelse (stationær), 07-pl:

Takst-gruppe	Takst (kr.)	Komm. udgift* (kr.)	SKS-koder	Betegnelse
GEN1S	750	525	BLKZ0	Selvtræning efter instruktion i motionsrum
			BTR	Ergoterapeutisk afprøvning vedrørende erhvervsaktivitet
GEN2S	1.591	1.114	BLNA	Biomekanisk bevægelsesterapi
			BLNC	Neuromuskulær bevægelsesterapi
			BRA	Træning med relation til kognitive og intellektuelle funktioner
			BRB	Træning af psykosocial funktion
			BRC	Træning og vedligeholdelse af psykisk funktion
GEN3S	3.068	2.147	BLNR	Aktivitetstræning af fysisk funktion
GEN4S	4.241	2.969	BTP	Færdighedstræning i forbindelse med daglig livsførelse
GEN5S	10.861	7.306	AAF6	Hjemmebesøg

* 70 pct. af DRG-taksten.

Tabel 2.2 DRG-takster for genoptræning efter udskrivning (ambulant), 07-pl:

Takst-gruppe	Takst (= komm. udgift) (kr.)	SKS-koder	Betegnelse
GEN1A	640	BLKZ0	Selvtræning efter instruktion i motionsrum
		BTR	Ergoterapeutisk afprøvning vedrørende erhvervsaktivitet
		BLNA	Biomekanisk bevægelsesterapi
		BLNC	Neuromuskulær bevægelsesterapi
		BRA	Træning med relation til kognitive og intellektuelle funktioner
		BRB	Træning af psykosocial funktion
		BRC	Træning og vedligeholdelse af psykisk funktion
GEN2A	855	BLNR	Aktivitetstræning af fysisk funktion
		BTP	Færdighedstræning i forbindelse med daglig livsførelse
GEN3A	1.381	AAF6	Hjemmebesøg

For den stationære genoptræning udløses der én takst pr. udskrivning, hvis der har været udført minimum en af de takstudløsende genoptræningskoder under indlæggelsen. Der udløses kun én genoptræningstakst pr. udskrivning uanset hvor mange SKS-ydelser, der er blevet udført under indlæggelsen. Taksten dækker således alle de ydelser, der i gennemsnit er givet sammen med den takstudløsende kode. Hertil kommer den almindelige medfinansiering for selve indlæggelsen. Der betales således dels en medfinansieringstakst og dels en genoptræningstakst pr. indlæggelse, for de indlæggelser, hvor der er udført genoptræning.

De ambulante genoptræningstakster er såkaldte besøgstakster, dvs. at der udløses én takst pr. besøg, uanset hvor mange ydelser der er udført under besøget. Det er den dyreste af de udførte takstbærende SKS-koder, der er

bestemmende for hvilken takst der udløses. Også her gælder det at taksten dækker alle de ydelser, der i gennemsnit er givet sammen med den takstudlørende kode. Den takst, der udløses for et konkret genoptræningsbesøg, er således uafhængig af hvor mange ydelser der er givet på det konkrete besøg og hvor lang tid der er medgået. Taksten er også uafhængig af om ydelsen er givet individuelt eller på hold i det enkelte tilfælde.

2.2 Afgrænsning af genoptræning og behandling

I forbindelse med DUT-forhandlingerne på genoptræningsområdet blev der foretaget en opdeling af amternes fys/ergoaktivitet i henholdsvis genoptræningsydelser og behandlingsydelser. Behandlingsydelserne blev trukket ud af DUT-regnestykket, således at kommunerne kun blev kompenseret for den del af fys/ergoaktiviteten, der blev defineret som genoptræning. Behandlingsdelen blev beregnet til 30 pct. af fys/ergoaktiviteten i stationært regi og 26 pct. af fys/ergoaktiviteten i ambulant regi.

Afgrænsningen af behandling og genoptræning blev foretaget af en faglig arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen i 2005. Arbejdsgruppen tog udgangspunkt i fysio- og ergoterapeuternes officielle kodekataloger og vurderede hvorvidt de overordnede 36 fys/ergo-koder var et udtryk for overvejende genoptræning, overvejende behandling eller både/og. Arbejdsgruppen fandt frem til flg. opdeling:

- 14 ydelseskoder blev betegnet som overvejende behandling
- 10 ydelseskoder blev betegnet som overvejende genoptræning
- 3 ydelseskoder blev vurderet til at være halvt genoptræning og halvt behandling
- For 5 ydelseskoder blev det vurderet at afgrænsningen afhænger af den sammenhæng de er givet i.
- Ydelseskoden ”udarbejdelse af genoptræningsplaner” blev vurderet at være rent administrativ
- 3 ydelseskoder blev vurderet til overvejende eller udelukkende at vedrøre det psykiatriske område.

Oversigt over arbejdsgruppens opdeling er vedlagt som bilag 1.

De 10 ydelseskoder, som blev vurderet som overvejende genoptræning, indgår som takstudlørende genoptræningskoder, jf. tabel 2.1 og 2.2.

Udgifterne til de ydelseskoder, der blev vurderet som overvejende behandling, indgår ikke i genoptræningstaksterne. Udgifterne hertil indgår som en del af i regionernes øvrige behandlingsudgifter (og dermed i de øvrige DRG-takster). Dermed følges princippet fra DUT-beregningerne, hvor behandlingsdelen blev holdt uden for DUT-kompensationen til kommunerne.

Det samme gælder for koden ”udarbejdelse af genoptræningsplaner” samt de koder, der blev vurderet som overvejende eller udelukkende at vedrøre det psykiatriske område. De koder, der er vurderet til at være ligeligt fordelt mellem genoptræning og behandling, indgår i genoptræningstaksterne med 50 pct. af deres værdi.

For den stationære genoptræning er der således parallelitet mellem det snit ml. behandling/genoptræning, der er indregnet i DUT-sagen og det snit, som taksterne er beregnet på. Kommunerne vil således kun komme til at medfinansiere den fys/ergoaktivitet, som er defineret som genoptræning.

For den ambulante genoptræning er der i princippet også parallelitet mellem DUT-sag og takster for så vidt angår snittet mellem behandling og genoptræning. Men da kun en mindre del af den ambulante genoptræning vil blive takstfinansieret (primært den specialiserede genoptræning), er der ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem DUT-grundlag og faktisk opgavesnit mellem behandling og genoptræning. Det er således tænkeligt at kommunerne vil komme til at udføre en del behandlingskoder i forbindelse med deres genoptræningsopgaver. Ligeledes kan det tænkes at regionerne vil udføre nogle genoptræningsydelser i forbindelse med deres behandlingsopgaver i sygehusvæsenet, selv om der ikke er tale om en patient med en genoptræningsplan (dette vil ikke udløse en genoptræningstakst, jf. afsnit 4.1 om betalingssystemet). Der er således mulighed for at kommunerne vil udføre nogle ”gratis” behandlingskoder, som de ikke har fået DUT-kompensation for, ligesom der er mulighed for at regionerne vil udføre nogle ”gratis” genoptræningsydelser, som de ikke er blevet DUT-kompenseret for. Kommunerne skal fra 1. januar 2007 indberette genoptræningsaktivitet (herunder behandlingskoder) til Landspatientregistret, og det vil derfor via disse registreringer være muligt at afdække omfanget af behandlingsydelser udført i kommunalt regi. Den monitoreringsordning, der er aftalt på genoptræningsområdet¹, skal kunne afdække om den behandling, som kommunerne udfører ”gratis” er af nogenlunde samme omfang som den genoptræning regionerne udfører ”gratis”.

2.3 Takster på specialiseret ambulant genoptræning

Den arbejdsgruppe, der har arbejdet med principper for den nye genoptræningstakster, har drøftet, hvorvidt der skulle fastsættes særlige takster for den specialiserede genoptræning. Der kan argumenteres for at den specialiserede genoptræning kan have tendens til at være lidt ”tungere” end den almene genoptræning, fordi ydelserne kan være mere komplicerede. Det nuværende takstgrundlag giver imidlertid ikke grundlag for at udskille den

¹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL har lavet en aftale om monitorering af genoptræningsområdet. Aftalen vil være tilgængelig på www.kl.dk primo december 2006.

specialiserede genoptræning, da denne ikke tidligere har været afgrænset. Det er besluttet, at den specialiserede genoptræning fremover skal registreres, hvilket vil gøre det muligt at vurdere, hvorvidt de specialiserede genoptræningsydelser adskiller sig fra de almene genoptræningsydelser. Dermed kan det vurderes hvorvidt der er behov for at fastlægge særskilte takster for den specialiserede genoptræning. I praksis medfører dette registreringskrav, at sygehusterapeuterne vil skulle markere, hvornår der hhv. påbegyndes og afsluttes specialiseret genoptræning.

Det må nok forventes, at den specialiserede genoptræning vil have tendens til at udløse de dyreste genoptræningstakster. Den specialiserede genoptræning bør dog ikke kunne udløse taksten for hjemmebesøg, da den specialiserede genoptræning jo netop er karakteriseret ved at skulle finde sted på sygehus.

2.4 Ydelseskoden AAF6 hjemmebesøg

På både den stationære genoptræning og den ambulante genoptræning udløses den dyreste takst af SKS-koden AAF6 hjemmebesøg. Særligt for den stationære genoptræning er denne takst høj, nemlig 10.781 kr. (hvoraf kommunerne skal medfinansiere 7.306 kr.). Der er derfor grund til at være særlig opmærksom på anvendelsen af denne ydelseskode. Der har i 2005 været registreret godt 4000 af disse hjemmebesøg for stationære patienter. Det må formodes, at langt hovedparten af disse besøg har drejet sig om at forberede hjemmet på patientens udskrivning eller vurdere behovet for hjælpemidler. Efter 1. januar 2007 er det imidlertid ikke hensigtsmæssigt, at det er sygehusterapeuter der udfører disse ydelser til en høj kommunal betaling, når kommunerne overtager ansvaret for genoptræningen efter udskrivning. Derfor bør der laves en aftale med sygehusene (fx i sundhedsaftale-regi) om, at denne kode kun kan anvendes i meget begrænset omfang (fx ved indlæggelser i eget hjem).

3. Hvilke andre slags genoptræningspriser kan bruges i afregningen?

Som beskrevet i afsnit 1 er der ikke fastlagt obligatoriske takster for den ambulante almene genoptræning, som kommunen måtte vælge at købe hos andre kommuner eller private leverandører. Ligeledes er der heller ikke fastlagt takster for afregningen i forbindelse patienternes frie valg af genoptræning. Betalingerne i disse situationer skal aftales og afregnes bilateralt mellem køber og sælger.

Nedenfor gennemgås til inspiration nogle forskellige modeller for genoptræningsafregning.

Det anbefales, at kommuner, som er geografisk beliggende i nærheden af hinanden (fx i samme region), laver aftaler om hvordan der skal afregnes mellemkommunalt.

3.1 DRG-takster til mellemkommunal afregning

Den ydelsesregistrering, som kommunerne får pligt til fra 1. januar 2006², giver mulighed for at anvende Sundhedsstyrelsens vejledende genoptræningstakster til mellemkommunal afregning, idet kommunerne skal registrere udførte genoptræningsydelser, for så vidt angår genoptræning efter sundhedsloven.

Som tidligere beskrevet, er Sundhedsstyrelsens DRG-genoptræningstakster beregnet på baggrund af en række ABC-analyser gennemført på en række sygehuse. Princippet i DRG-taksterne er, at samtlige omkostninger på sygehuse fordeles ud på enkelte ydelser, således at hver enkelt DRG-takst afspejler de omkostninger, som ydelsen ”trækker” fra hele sygehuset. Det gennemsnitlige tidsforbrug pr. ydelse afdækkes i ABC-analysen og indgår i beregningen af taksterne.

Der kan argumenteres for at kommuner, der udfører genoptræningsydelser, vil have færre overheadudgifter end sygehuse, fordi der ikke trækkes på et sygehus’ faciliteter som fx røntgenafdelinger, køkkener, laboratorier mv. Samtidig har kommunerne ikke samme forpligtelser til forskning og uddannelse af studerende som sygehuse. Sundhedsstyrelsen har beregnet, at overheadomkostninger til sygehuset samt omkostninger til forskning og til uddannelse af studerende udgør 10,4 pct. af genoptræningstaksterne. Kommunerne vil dog naturligvis også have visse udgifter til overhead.

Til brug for den mellemkommunale afregning (fx ved frit valg eller ved køb af genoptræningsydelser mellem kommunerne) kan man derfor overveje at anvende DRG-taksterne, fratrukket en fast pct-andel, fx 10 pct. Det er dog ikke sikkert at DRG-taksterne, der jo er beregnet på baggrund af arbejdsgange, metoder, mv. på et sygehus, særlig godt afspejler omkostningerne ved levering af ydelserne i kommunalt regi. Men så længe man ikke har erfaringer med, hvad genoptræningsydelserne koster at udføre i kommunalt regi, kan det være en mulighed at benytte DRG-taksterne til den mellemkommunale afregning.

3.2 Fast takst pr. genoptræningsforløb.

Sundhedsstyrelsen har foretaget nogle beregninger af de gennemsnitlige udgifter til et samlet ambulant genoptræningsforløb (beregnet på alle afsluttede ambulante kontakter i 2005). Beregningerne viser, at den gennemsnitlige sygehusudgift til et ambulant genoptræningsforløb ligger mellem 3.000

² Læs mere herom på <http://www.kl.dk/367688/>.

og 4.000 kr. (05-pl), uanset hvilken takstgruppe genoptræningsforløbet hører ind under. Der er en forholdsvis stor spredning mellem udgifterne pr. forløb, hvor de billigste ligger på omkring 300-500 kr., pr. forløb og de dyreste ligger mellem 12.000 og 15.000 kr. pr. forløb. Det er således en mulighed at anvende en fast pris pr. genoptræningsforløb i afregningen, men denne fremgangsmåde kan kun anbefales, hvis der er tale om afregning for et stort antal ambulante genoptræningsforløb.

Kommunerne i Fyns Amt har i en årrække udført aftalebaseret genoptræning for amtet, dvs. kommunerne har efter aftale med amtet udført en del af den ambulante genoptræning. Den aftalebaserede genoptræning er blevet afregnet på baggrund af det forbrugte antal therapeuttimer med en fast time-takst (i 2006: 508 kr./time).

3.3 Beregning af kommunale timepriser

En anden mulighed er at beregne en timepris for en kommunal genoptræningsterapeut. Man kan tage udgangspunkt i principperne for beregning af timepriser på frit leverandørvalg på ældreområdet. Der tages udgangspunkt i de faktisk leverede timer, dvs. de timer, therapeuterne er sammen med patienterne/udfører træningen. De omkostninger, der er forbundet med genoptræningsydelserne dvs. therapeuternes løn, udgifter til lokaler mv. og indirekte udgifter til fx administration divideres med antallet af leverede timer for at få timeprisen. Den afgørende parameter for timeprisen er størrelsen af ATA-tiden (ansigt-til-ansigt-tid eller direkte brugertid), dvs. den andel af tiden, som therapeuten bruger sammen med patienterne. For holdtræning kan der fx beregnes en timepris pr. hold, som kan divideres med antallet af personer på holdet.

Der kan beregnes timepriser på forskellige former for ydelser, fx individuel træning, selvtræning med instruktion, holdtræning, bassintræning mv.

3.4 Beregning af priser på standardforløb og pakker

Nogle kommuner har til brug for visitationen af genoptræning udarbejdet nogle standardforløb eller ydelsespakker, rettet mod forskellige diagnosegrupper. Det kan fx være en ydelsespakke til hoftebrud på xx timers træning med terapeut, xx timers selvtræning i træningslokale og xx times holdtræning. Hvis man har udarbejdet sådanne standardforløb eller ydelsespakker, er det oplagt at beregne en pris på hele ydelsespakken til brug for afregning med private leverandører.

3.5 Afregning med udgangspunkt i Landsoverenskomsten med fysioterapeuter

Når privatpraktiserende fysioterapeuter udfører fysioterapi efter sygesikringen aflønnes de i henhold til landsoverenskomsten om fysioterapi. Landsoverenskomsten fastlægger nogle faste satser for bestemte ydelsestyper. Der er fastlagt flg. honorarer i landsoverenskomsten:

Individuel behandling: ³	Honorar pr. 01-04-2006 (kr.)
Første konsultation	307,47
Normalbehandling	204,98
Kort behandling	136,66
Opfølgende træningsterapi	68,32
Tillæg for særlig tidskrævende indsats	68,32

Honorar for holdtræning i træningslokaler eller bassin er fastlagt til 2/3 af honoraret for en normalbehandling. Der kan kun gives et honorar pr. konsultation og kun én konsultation pr. kalenderdag.

Alt afhængig af hvilke typer af ydelser man vælger at købe hos privatpraktiserende fysioterapeuter, kan man overveje at bruge disse satser i afregningen.

4. Afregning af genoptræningsydelser

4.1 Afregning med regionerne

Afregningen af den kommunale medfinansiering af *stationær genoptræning* vil finde sted sammen med afregningen af den øvrige kommunale medfinansiering. Afregningen foregår via Sundhedsstyrelsens informations- og afregningssystem på sundhedsområdet.

Afregningen af den *ambulante specialiserede genoptræning* vil også som udgangspunkt foregå via informations- og afregningssystemet med Sundhedsstyrelsens DRG-genoptræningstakster. Som tidligere nævnt vil sygehusene få pligt til at registrere, hvornår der udføres specialiseret genoptræning. Den enkelte kommune kan i samarbejde med regionen dog vælge selv at varetage afregningsopgaven for den specialiserede genoptræning. Dette forudsætter at kommunen og regionen aktivt framelder sig afregningssystemet vedr. specialiseret genoptræning. Framelding skal varsles to måneder i forvejen.

Afregningen ved køb af *almen ambulant genoptræning* i regionerne er ikke omfattet af cirkulæret om aktivitetsbestemt kommunale medfinansiering, og der er dermed ikke hjemmel til, at afregningen af disse betalinger finder sted

³ I Landsoverenskomsten er behandlingsydelserne nærmere defineret.

via informations- og afregningssystemet. Afregningen af disse ydelser er derfor et anliggende mellem køber og sælger, dvs. mellem region og kommune. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen vil stille et informationssystem til rådighed, som kan understøtte den lokale afregning af den almene ambulante genoptræning, dog uden at varetage selve afregningen, idet denne som nævnt er et aftalespørgsmål mellem parterne. Informationssystemet drives rent systemmæssigt sammen med det ovenfor omtalte informations- og afregningssystem, der skal varetage medfinansieringen og den specialiserede genoptræning. Informationssystemet skal kunne levere data på cpr-nummer-niveau over udførte genoptræningsydelser i regionen⁴. Informationssystemet vil også beregne en udgift baseret på de vejledende DRG-takster, og den udførte aktivitet, men der vil ikke blive gennemført en betaling via systemet. Systemet kan således danne informationsgrundlaget for den bilaterale afregning, som enten kan baseres på de vejledende DRG-takster eller på en anden betalingsaftale (se afsnit 3).

Der vil imidlertid være behov for at gennemføre en vis manuel kontrol af aktivitetsoplysningerne, før oplysningerne kan danne grundlag for afregningen. Det skyldes, at systemet ikke automatisk kan frasortere de tilfælde, hvor der ikke foreligger en aftale med regionen om at varetage genoptræningen for kommunen, men hvor der alligevel er udført ambulante genoptræningsydelser (jf. den ikke-fuldstændige opdeling mellem behandlingsydelser og genoptræningsydelser, som er beskrevet i afsnit 2.2). Det må dog formodes, at omfanget heraf er temmelig begrænset.

Informationssystemet vil automatisk frasortere de genoptræningsregistreringer, der måtte være udført på personer, som ikke har en genoptræningsplan. Dette gøres i praksis ved at der indføres en ny obligatorisk registrering af start- og sluttidspunkt for almen ambulant genoptræning. Denne registrering skal kun forekomme på patienter med en genoptræningsplan.

4.2 Afregning med andre kommuner og private leverandører

Afregning med andre kommuner om betaling for genoptræning (enten ved køb af genoptræningsydelser i andre kommuner eller ved frit valg af genoptræning over kommunegrænser) vil, som tidligere beskrevet, skulle aftales mellem parterne.

Det anbefales, at kommuner, som er geografisk beliggende i nærheden af hinanden (fx i samme region), laver aftaler om hvordan der skal afregnes mellemkommunalt.

⁴ Da den ambulante genoptræning er et kommunalt myndighedsansvar, vil kommunerne få adgang til data på individniveau for både den specialiserede og den almene ambulante genoptræning via informationssystemet.

KL og Danske Fysioterapeuter er i gang med at udarbejde en standardaftale vedrørende genoptræning i praksissektoren. Standardaftalen er en skabelon for de aftalepunkter, som med fordel kan indgå i en aftale om levering af genoptræningsydelser fra praksissektoren til kommuner og standardaftalen kan således udfyldes med de konkrete aftaler, der indgås mellem kommune og privatpraktiserende fysioterapeut. Standardaftalen bygger på *ABService 2003 - Almindelige betingelser for levering af Serviceydelser* og indeholder derudover følgende aftalepunkter:

- Formål
- Aftalens parter
- Afgrænsning af patientgruppen
- Specifikation af genoptræningsydelserne
- Visitation
- Levering af genoptræningsydelserne
- Personale og underleverandører
- Honorar
- Afregning og betaling
- Håndtering af klager
- Tvister
- Opsigelse og genforhandling
- Ikrafttræden

Standardaftalen vil være tilgængelig på www.kl.dk, når den er færdiggjort.

5. Overvejelser om egenproduktion eller køb af genoptræningsydelser

Der er mange forhold, der spiller ind, når man skal vurdere, hvorvidt man vil vælge at indgå aftale med andre leverandører om levering af genoptræningsydelser. Nedenfor beskrives i kort form nogle af de forhold, der kan have indflydelse på beslutningen om egenproduktion vs. køb af ydelser.

Pris

Prisen er naturligvis en central faktor, når man skal overveje, hvorvidt man vil købe nogle genoptræningsydelser hos andre leverandører (herunder andre kommuner, sygehuse, privatpraktiserende fysioterapeuter). Den pris, der kan aftales med en leverandør, bør ideelt set skal holdes op imod kommunens egne omkostninger ved at producere ydelserne. Især i det første år efter opgaveovertagelsen kan det imidlertid være vanskeligt at beregne kommunens udgifter til egenproduktion af genoptræningsydelserne særlig præcist. Det kan derfor være vanskeligt at forholde sig til, om de priser,

man kan aftale sig frem til med andre leverandører vil være dyrere eller billigere end kommunens egne omkostninger. Kommunens omkostninger ved produktion af genoptræningsydelser vil være afhængige af mange elementer, herunder hvor tidskrævende ydelserne gennemsnitligt er, mængden af ydelser der er i spil, kapacitetsudnyttelsen i de kommunale træningscentre mv. På trods af disse vanskeligheder er det selvfølgelig vigtigt at gøre sig nogle prisovervejelser, i forbindelse med beslutningen om egenproduktion vs. køb af genoptræningsydelser hos andre leverandører.

Mængde

Nogle kommuner vurderer, at omfanget af almen ambulant genoptræning vil blive meget begrænset, fordi hovedparten af den ambulante genoptræning vil blive karakteriseret som specialiseret. Hvis omfanget af almen ambulant genoptræning er meget begrænset, kan det selvfølgelig overvejes, hvorvidt det kan betale sig at udføre genoptræningen i kommunalt regi eller om det vil være nemmere at købe alle ydelserne, fx i regionen, som hidtil har haft opgaven. Her skal man imidlertid være opmærksom på, at der kan være nogle synergieffekter i forhold til kommunernes eksisterende træningsopgaver efter serviceloven, som kan tale for at beholde opgaven i kommunalt regi, også selv om den er forholdsvis begrænset. Det er selvfølgelig også vigtigt at være opmærksom på, at den specialiserede genoptræning er tænkt som en undtagelse fra hovedreglen om, at den ambulante genoptræning er et kommunalt ansvarsområde. Hensigten bag opgaverformen er således at flytte den ambulante genoptræningsopgave til kommunerne, bl.a. for at skabe sammenhæng til de eksisterende træningsopgaver og de øvrige kommunale opgaveområder.

Kompetencer

Selv om der med opgaveflytningen også flyttes genoptræningspersonale fra amter til kommuner, er det ikke nødvendigvis alle kommuner, som fra 1. januar 2007 vil have tilstrækkelige kompetencer blandt træningspersonalet til at kunne varetage alle typer af genoptræning efter udskrivning (også selv om de mest specialiserede ydelser jo formentlig vil blive karakteriseret som specialiseret genoptræning). Det kan derfor være nødvendigt at købe sig til særlige ydelsestyper, som kommunens egne terapeuter ikke har tilstrækkelig kompetence til at kunne udføre. Dette kunne eksempelvis være børnefysioterapi, skisportsskader mv. Kompetencebehovet er derfor også en faktor, som har betydning for beslutningen om at købe genoptræningsydelser hos andre.

Kapacitetsudnyttelse og stordriftsfordele

Et andet forhold, der bør indgå i overvejelserne om egenproduktion vs. køb af ydelser er, om de nye genoptræningsopgaver kan udføres inden for de eksisterende fysiske rammer (træningslokaler og lign), eller om der er behov

for øget kapacitet. Her kan det overvejes, om den eksisterende kapacitet kan udnyttes mere effektivt, fx ved at tage ydertimer i træningscentrene i anvendelse. Det er også relevant at overveje, om der er tilstrækkeligt patientgrundlag for holdtræning eller om det kan være fordelagtigt at oprette nogle typer af holdtræning i samarbejde med andre kommuner, hvis der ikke er tilstrækkeligt patientgrundlag i én kommune. Også her er det vigtigt at være opmærksom på de mulige synergieffekter med de eksisterende træningsopgaver efter serviceloven.

Styrbarhed og visitation

Uanset om man vælger egenproduktion eller køb af (nogle) genoptræningsydelser hos andre leverandører, er det af styringsmæssige hensyn helt centralt, at kommunen selv fastholder visitationen til genoptræningsydelserne. Hvis kommunen vælger at købe sig til nogle genoptræningsydelser, skal der derfor laves aftaler med leverandørerne om på hvilket detaljeringsniveau kommunen visiterer til opgaverne. I KL's notat om organisering af de nye genoptræningsopgaver findes en beskrivelse af forskellige visitationsmodeller⁵ på genoptræningsområdet.

Befordringsudgifter

Med opgavereformen får kommunerne ansvaret for befordring og befordringsgodtgørelse til ambulant genoptræning efter Sundhedsloven. Kommunen skal derfor være opmærksom på, at udgifterne til befordring/befordringsgodtgørelse kan blive højere, hvis man køber genoptræningsydelserne hos leverandører, som er beliggende længere væk.

Frit valg

Som bekendt får patienter med behov for genoptræning efter udskrivning, ret til frit valg mellem de genoptræningstilbud, kommunen selv har etableret eller indgået aftaler med andre myndigheder om, og genoptræning ved andre kommuners egne genoptræningstilbud. Kommunen skal derfor være opmærksom på, at hvis man vælger at indgå aftaler med private leverandører om genoptræning, indebærer det, at patienterne får ret til at vælge genoptræning hos disse leverandører. Hvis aftalen om køb af genoptræningsydelser hos andre leverandører er afgrænset til særlige målgrupper eller ydelser, er det dog kun personer, der falder inden for disse målgrupper, som har mulighed for at vælge denne leverandør.

⁵ Notatet vil være tilgængeligt på KL's hjemmeside primo dec. 2006