

Kriterier i nærhedsfinansiering

19. juni 2018

Introduktion

Nærhedsfinansieringen indebærer, at en del af regionernes finansiering betinges af deres opfyldelse af et sæt af kriterier om omstilling og øget sammenhæng, *jf. boks 1*. I indeværende notat beskrives hvert kriterie.

Boks 1

Kriterier for nærhedsfinansiering

1	Reduktion i Antal DRG-sygehusforløb pr. borger	Krav til retning
2	Reduktion i DRG-værdi pr. kroniker (med KOL og/eller type 2-diabetes)	Krav til retning
3	Reduktion i Akutte somatiske genindlæggelser (<i>andel indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage</i>)	Krav til retning
4	Stigning i andel af virtuelle forløb	Krav til retning
5	Implementering af digitale løsninger til sammenhæng for patienten (implementeringsplan for systemtilpasninger til datadeling)	Objektivt mål

De specifikke kriterier og indikatorer er dynamiske og kan dermed udskiftes over tid, inden for rammerne af de overordnede principper for finansieringen.

Kurven består samlet af fem datamål (kriterie 1-4), og et procesmål (kriterie 5). For de fem datamål fastsættes konkrete resultatkrav for indikatoren pr. region. For at undgå usikkerhed i forhold til potentialer for forbedringer i de enkelte regioner, fastsættes kravene i alle tilfælde som krav til retning, dvs. der fastsættes ikke konkrete forbedringsmål udover at retningen skal være rigtig i forhold til den ønskede udvikling. For procesmålet fastsættes konkrete, objektive krav til målopfyldelsen for hver region.

Nedsættelse af teknisk arbejdsgruppe

På baggrund af aftale om nærhedsfinansiering i aftale om regionernes økonomi for 2019 nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner og regionerne. Arbejdsgruppen skal aftale, hvordan regionerne får stillet data til rådighed (herunder Service Level Agreement).

Derudover skal arbejdsgruppen fastlægge den endelige tekniske afgrænsning af indikatoren, som indgår i kriterie 2 (reduktion i DRG-værdi pr. kroniker med KOL og/eller type 2-diabetes inden for rammerne af aftalen om nærhedsfinansiering i den indgåede økonomiaftale). Derudover kan arbejdsgruppen også drøfte afgrænsningen af indikatoren i kriterie 1 (Reduktion i Antal DRG-sygehusforløb pr. borger). På baggrund af arbejdsgruppen arbejde planlægges, at regionerne får stillet data til opfølgning på de enkelte indikatorer til rådighed forventet oktober 2018. Mellem oktober og første dataleverance for vedr. 2019 i marts 2019 planlægges det, at regionerne 2-3 gange modtager opdateret data.

Kriterie 1: Reduktion i *Antal DRG-sygehusforløb pr. borger*

Baggrund og formål

Der skal arbejdes mod et sundhedsvæsen, hvor borgere i mindre grad er i kontakt med sygehusvæsenet, efter en årrække med en forøget sygehuskontakt. Hensigten er, at patienter i stedet skal behandles hos den alment praktiserende læge, i kommunen eller i hjemmet. Et mål for denne udvikling er en reduktion i indikatoren *Antal DRG-sygehusforløb pr. borger*.

Definition og data

Indikatoren *Antal sygehusforløb pr. borger* beregnes ved at opgøre antallet af DRG-sygehusforløb for borgere bosat i en region på behandlingstidspunktet, divideret med antal borgere i regionen pr. 1/1.

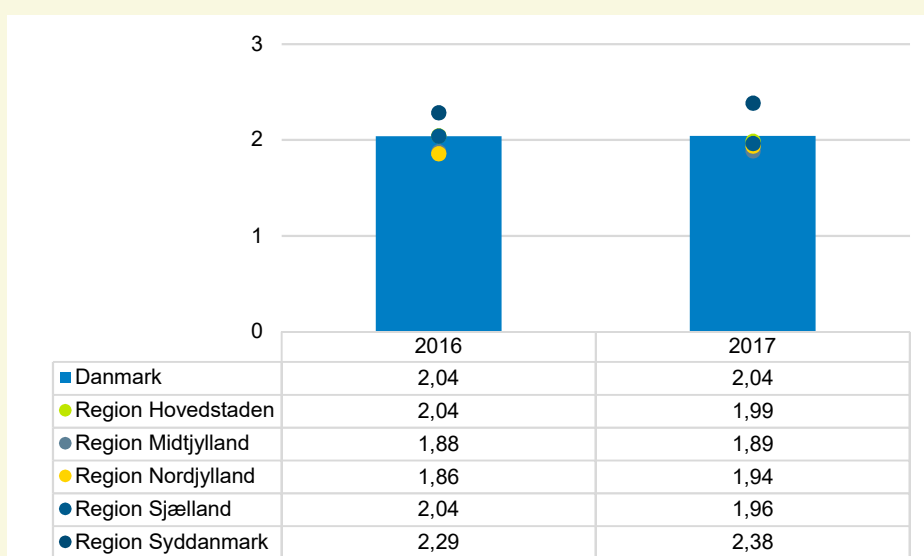
Opgørelsen korrigeres, så ikke-fysiske DRG-sygehusforløb (fx telefonopkald og telemedicinske ydelser mv.) ikke tæller. Derudover korrigeres udvalgt aktivitet fra, som ikke vurderes at være relevant for kriteriet, bl.a. fordi aktiviteten ikke som udgangspunkt vurderes mulig at omstille til primære sundhedsvæsen. Aktiviteten, som korrigeres fra, er fødsler, kræftforløb, forløb for hjernedøde og raske ledsagere.

Den endelige afgrænsning af kriteriet kan blive anderledes.

Udviklingen i indikatoren er givet ved figur 1.

Figur 1

Gennemsnitligt antal DRG-sygehusforløb pr. borger fordelt på bopælsregion, bopælsregion 2016-2017



Kilde: Offentlig finansieret somatisk aktivitet. Grupperet LPR årsopgørelse 2016 (2016) og Grupperet LPR pr. 10. april 2018 (2017) i takstsystem 18 og Antal borgere opgjort ud fra CPR-registeret med frysdato 1. januar hhv. 2016 og 2017, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Aktivitet er frasorteret hjernedøde, telemedicinsk behandling, samt telefon og e-mail konsultationer (DRG-grupper med typekode TE). Der ud over ses der bort fra Kræft-forløb (aktionsdiagnoserne DC* eller DD00*-DD09*), Fødsler (aktionsdiagnoserne DO80*-DO84*) og Raske ledsagere (aktionsdiagnose DZ763).

Målopfylde af kriterie

Kriteriet opfyldes, hvis indikatoren for den enkelte region er under den opsatte målsætning. Målsætningen for 2019 er givet ved niveauet af indikatoren i 2018, korrigeret for forventede effekt af ændret aldersfordeling af befolkningen fra 2018 til 2019. Dermed ligger principperne for fastlæggelse af målsætningen fast ved indgåelsen af ØA19. Den endelige målsætning udmeldes april 2019 pba. endelig fastlæggelse af DRG19-system og lukket landspatientregister for 2018.

Korrektion af målsætningen for ændret aldersfordeling foretages ved at antage samme antal forløb pr. 1-årige aldersgruppe på prognosticerede befolkning i 2019 som observeret i 2018. Som prognose for 2019-befolkningen anvendes DREAMs befolkningsfremskrivning fra 2018. Effekten af korrektionen illustreres i boks 1.

Boks 1

Illustration af effekt af korrektion for ændret aldersfordeling på målsætningen for kriterie 1

Gennemsnitlig antal DRG-sygehusforløb pr. borger fordelt på bopælsregion	2017-realiseret	2019-målsætning
Hele landet	2,04	2,06
Region Hovedstaden	1,99	2,00
Region Midtjylland	1,89	1,91
Region Nordjylland	1,94	1,96
Region Sjælland	1,96	1,99
Region Syddanmark	2,38	2,41

Opfølgning

Regionerne vil modtage rapportering på indikatoren månedligt efter den månedlige opdatering af LPR (landspatientregisteret) er til rådighed, dog første gang i marts måned 2019 vedr. 2019.

Indikatoren opgøres endeligt ultimo marts i året efter aftaleåret – og dermed også hvorvidt kriteriet er opfyldt.

Kriterie 2: Reduktion i DRG-værdi pr. kroniker (med KOL og/eller type 2-diabetes)

Baggrund og formål

Som for kriterie 1 er baggrunden for dette kriterie, at behandlingen af borgerne i højere grad skal varetages af primærsektoren frem for af sygehusene. For borgere med KOL og/eller type 2-diabetes gælder det mere specifikt, at ansvaret for behandling og opfølgning vedrørende den kroniske sygdom, så vidt muligt, skal placeres i almen praksis. Med overenskomsten mellem PLO og RLTN er der forudsat (og finansieret), at dele af behandlingen af patienter med KOL og type 2-diabetes skal varetages i almen praksis fremover. Et mål for realisering af den forudsatte udvikling er en reduktion i indikatoren *DRG-værdi pr. kroniker (med KOL og/eller type 2-diabetes)*.

Definition og data

Indikatoren *DRG-værdi pr. kroniker (med KOL og/eller type 2-diabetes)* beregnes ved at opgøre den samlede værdi af sygehusenes aktivitet (DRG-værdi) for borgerne med KOL og/eller type 2-diabetes ifølge RUKS (Register for Udvalgte Kroniske sygdomme og Svære psykiske lidelser) i regionen divideret med det samlede antal af borgere med KOL og/eller type 2-diabetes i regionen.

Indikatoren for fx år ($t=2017$) fastlægges ved, at antallet af borgere med KOL og/eller type 2-diabetes opgøres for år ($t-1=2016$), mens disse borgeres aktivitet (DRG-værdi) opgøres for år ($t=2017$) for den region, hvor de er bosat pr. 1/1 år ($t=2017$).

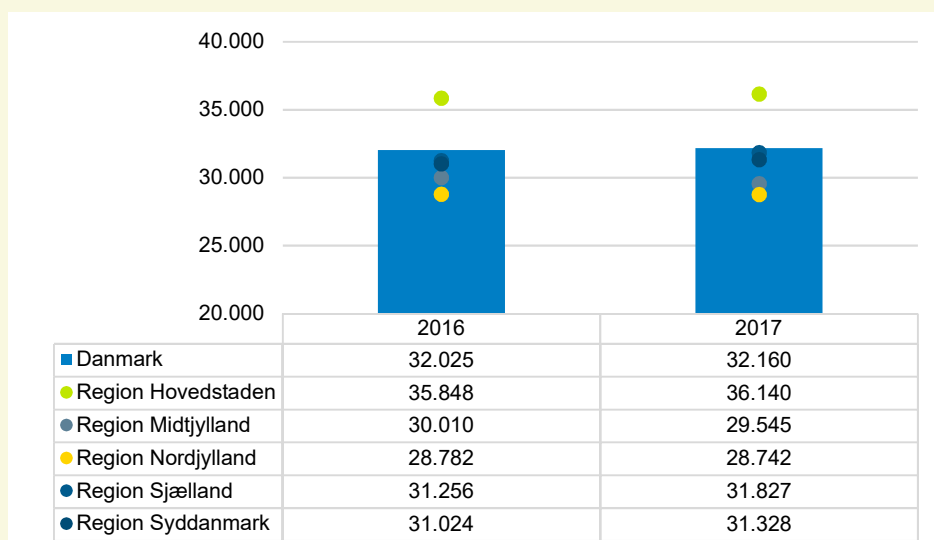
DRG-værdien korrigeres, så ikke-fysiske DRG-sygehusforløb (fx telefonopkald og telemedicinske ydelser mv.) ikke tæller med. Derudover korrigeres udvalgt aktivitet fra, som ikke vurderes at være relevant, bl.a. fordi det ikke er muligt at omstille til primære sundhedsvæsen. Aktiviteten, som korrigeres fra, er fødsler, kræftforløb, forløb for hjernedøde og raske ledsagere.

Jf. nedsættelse af den tekniske arbejdsgruppe, vil afgrænsningen af indikatoren blive drøftet, og den endelige afgrænsning af kriteriet kan derfor blive anderledes.

Udviklingen i indikatoren (med den ovenfor beskrevne afgrænsning) er givet ved figur 2.

Figur 2

Gennemsnitlig DRG-værdi (takst 2018) pr. kroniker (med KOL og/eller type 2-diabetes), bopælsregion 2016-2017



Kilde: Offentlig finansieret somatisk aktivitet for borgere med KOL og type 2-diabetes pr. 1. januar. Grupperet LPR årsopgørelse 2016 (2016) og Grupperet LPR pr. 10. april 2018 (2017) i takst 18 og Antal borgere opgjort ud fra RUKS-registret med frysdato 1. januar hhv. 2016 og 2017, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Aktivitet er frasorteret hjemmedøde, telemedicinsk behandling, samt telefon og e-mail konsultationer (DRG-grupper med typekode TE). Der ud over ses der bort fra Kræft-forløb (aktionsdiagnoserne DC* eller DD00*-DD09*), Fødsler (aktionsdiagnoserne DO80*-DO84*) og Raske ledsagere (aktionsdiagnose DZ763).

Målopfylde af kriterie

Kriteriet opfyldes, hvis indikatoren for den enkelte region er under den opsatte målsætning. Målsætningen for 2019 er givet ved niveauet af indikatoren i 2018, korrigeret for forventede effekt af ændret aldersfordeling af befolkningen fra 2018 til 2019. Dermed ligger principperne for fastlæggelse af målsætningen fast ved indgåelsen af ØA19. Den endelige målsætning udmeldes april 2019 pba. endelig fastlæggelse af DRG19-system og lukket landspatientregister for 2018.

Korrektion af målsætningen for ændret aldersfordeling foretages ved at antage samme antal kronikere pr. borger samt aktivitet pr. kroniker pr. 1-årige aldersgruppe på prognosticerede befolkning i 2019 som observeret i 2018. Som prognose for 2019 anvendes DREAMs befolkningsfremskrivning fra 2018. Effekten af korrektionen illustreres i boks 2.

Boks 2**Illustration af effekt af korrektion for ændret aldersfordeling på målsætningen for kriterie 2**

<i>Gennemsnitlig DRG-værdi (takst 2018) pr. kroniker, kr.</i>	2017-realiseret	2019-målsætning
Hele landet	32.160	32.367
Region Hovedstaden	36.140	36.330
Region Midtjylland	29.545	29.762
Region Nordjylland	28.742	28.899
Region Sjælland	31.827	32.074
Region Syddanmark	31.328	31.541

Opfølgning

Regionerne vil modtage rapportering på indikatoren månedligt efter den månedlige opdatering af LPR (landspatientregisteret) er til rådighed, dog første gang i marts måned 2019 vedr. 2019.

Indikatoren opgøres endeligt ultimo marts i året efter aftaleåret – og dermed også hvorvidt kriteriet er opfyldt.

Kriterie 3: Reduktion i akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage*Baggrund og formål*

En vigtig prioritet er en øget sammenhæng mellem sektorer, sådan at patienten oplever patientforløb på tværs af egen læge, sygehus og kommune som sammenhængende. Manglende sammenhæng sker for eksempel i situationen, hvor en patient udskrives efter endt indlæggelse, uden at der tages hånd om patienten i den primære sektor hos patientens læge eller i kommunen, hvorfor patienten genindlægges. Et mål for realisering af den forudsatte udvikling med øget sammenhæng er derfor indikatoren *akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage*.

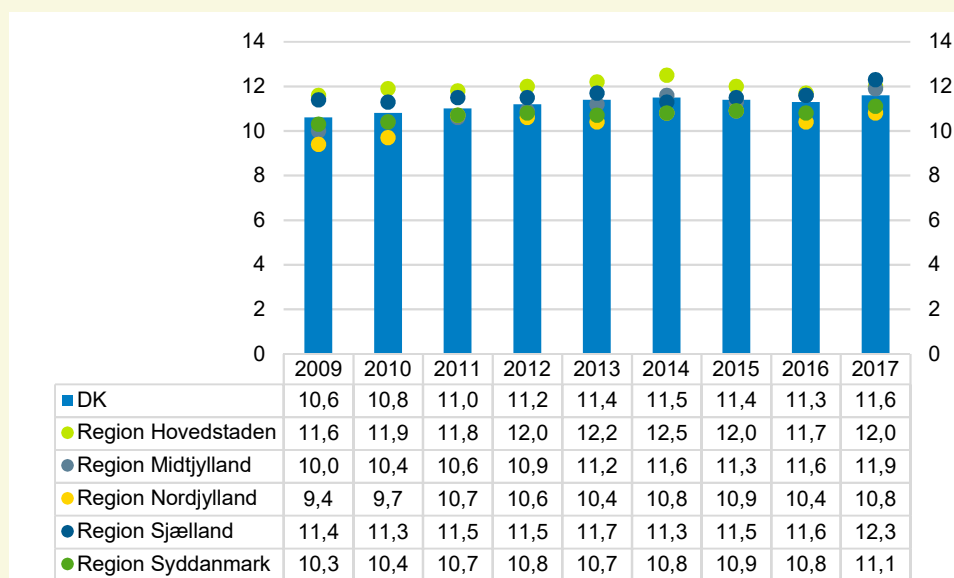
Definition og data

Indikatoren *akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage* er lig indikatoren af samme navn i Nationale mål 2018. Indikatoren opgør andelen af indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse.

Udviklingen i indikatoren er givet ved figur 3.

Figur 3

Akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage (dvs. andel af indlæggelser, som efterfølges af en genindlæggelse indenfor 30 dage) (køns- og aldersstandardiserede), sygehusregion 2009-2017



Kilde: Landspatientregisteret (opdateringsdato 10. april 2018) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Køns- og aldersstandardiseret aldersstandardiserede ved hjælp af direkte standardisering.

Målopfylde af kriterie

Kriteriet opfyldes, hvis indikatoren for den enkelte region er under den opsatte målsætning. Målsætningen for 2019 er givet ved niveauet af indikatoren i 2018. Dermed ligger principperne for målsætningen fast ved indgåelsen af ØA19. Den endelige målsætning udmeldes april 2019 pba. lukket landspatientregister for 2018.

Der korrigeres ikke for ændret aldersfordeling, da indikatoren er køns- og aldersstandardiseret.

Opfølgning

Regionerne vil modtage rapportering på indikatoren månedligt efter den månedlige opdatering af LPR (landspatientregisteret) er til rådighed, dog første gang i marts måned 2019 vedr. 2019.

Indikatoren opgøres endeligt ultimo marts i året efter aftaleåret – og dermed også hvorvidt kriteriet er opfyldt.

Kriterie 4: Stigning i andel af virtuelle sygehusforløb

Baggrund og formål

For at understøtte en stigende anvendelse af telemedicin og virtuelle konsultationer på sygehusene indgår kriteriet ” Stigning i andel af virtuelle sygehusforløb” med henblik på specifikt at understøtte denne udvikling.

Definition og data

Indikatoren defineres som antallet af DRG-sygehusforløb i en region, der grupperes til en telemedicinsk DRG-gruppe, divideret med det samlede antal af DRG-sygehusforløb i en region.

Det skal overvejes efter implementering af LPR3 om indikatoren kan omdefineres, så den i stedet opgør andelen af virtuelle kontakter ud af det samlede antal kontakter. På den måde vil man kunne medtage alle virtuelle kontakter i opgørelsen, frem for alene de kontakter, der i dag er en selvstændig takst for.

Udviklingen i indikatoren er givet ved tabellen i boks 4.

Boks 4

Tabel: Andel af virtuelle DRG-sygehusforløb (opgjort i takstsystem 18) fordelt på bopælsregion, 2016-2017

	2016	2017
Region Nordjylland	13,80%	14,72%
Region Midtjylland	16,03%	16,93%
Region Syddanmark	12,81%	13,97%
Region Hovedstaden	10,40%	11,28%
Region Sjælland	13,25%	14,12%
Hele Landet	12,92%	13,90%

Kilde: Grupperet LPR årsopgørelse 2016 (2016) og Grupperet LPR pr. 10. april 2018 (2017) i takst 18, Sundhedsdatastyrelsen.

Noter: Der er afgrænset til offentlig finansieret somatisk aktivitet for borgere med danske bopælsregion på behandlingstidspunktet. Et virtuelt DRG-sygehusforløb er defineret ved at være et DRG-sygehusforløb, der grupperes til en DRG-gruppe af typen "TE" (Telemedicinsk, Telefon- og e-mailkonsultationsgrupper). Aktivitet er frasorteret hjernedøde og Raske ledsagere (aktionsdiagnose DZ763).

Målopfylldelse af kriterie

Kriteriet opfyldes, hvis indikatoren for den enkelte region er over den opsatte målsætning. Målsætningen for 2019 er givet ved niveauet af indikatoren i 2018. Dermed ligger principperne for målsætningen fast ved indgåelsen af ØA19. Den endelige målsætning udmeldes april 2019 pba. endelig fastlæggelse af DRG19-system og lukket landspatientregister for 2018.

Opfølgning

Regionerne vil modtage rapportering på indikatoren månedligt efter den månedlige opdatering af LPR (landspatientregisteret) er til rådighed, dog første gang i marts måned 2019 vedr. 2019.

Indikatoren opgøres endeligt ultimo marts i året efter aftaleåret – og dermed også hvorvidt kriteriet er opfyldt.

Kriterie 5: Implementering af digitale løsninger til sammenhæng for patienten (implementeringsplan for systemtilpasninger til datadeling)

Baggrund og formål

Et borgernært og sammenhængende sundhedsvæsen forudsætter, at relevante oplysninger om borgerens helbred og behandling kan deles mellem sektorer. Regioner, kommuner og praksissektor har hver især ansvar for at indkøbe og drive deres egne it-løsninger, mens det nationale krav er, at systemerne kan dele oplysninger på tværs, uanset afsender og modtager.

Der er igangsat et fællesoffentligt arbejde med opbygning og udbygning af den fælles infrastruktur med ét samlet patientoverblik, hvorfra oplysninger kan deles mellem lokale it-systemer. Den manglende informationsdeling er i analyser af alle aktører identificeret som en af de primære barrierer for øget sammenhæng. Det handler bl.a. om aftaler, kontaktoplysninger på pårørende, sprog, boligforhold og forskellige handle- og indsatsplaner. Arbejdet indgår som indsats i den fællesoffentlige strategi for digital sundhed 2018-2022. To centrale elementer i den fælles infrastruktur er *aftaleoversigten*, der skal give patienter et samlet overblik over deres aftaler i sundhedsvæsenet, samt *det fælles stamkort*, som skal give sundhedspersoner adgang til relevante oplysninger som pårørendes kontaktoplysninger.

Den tekniske løsning for hhv. *aftaleoversigten* og *det fælles stamkort* udvikles, afprøves og evalueres medio 2019. For at sikre, at den tekniske løsning herefter uden ophold implementeres i de regionale systemer, er det centralt, at regionerne i samarbejde med deres relevante it-leverandører sikrer en prioritering af lokal kapacitet og kompetence til implementeringen af løsningerne.

Det er derfor et kriterie for den betingede finansiering for 2019, at hver region inden udgangen af første halvår 2019 udarbejder en lokal implementeringsstrategi for systemtilpasning til deling af informationer til *aftaleoversigten* og *det fælles stamkort* med planlagt deadline ultimo 2020 med henblik på at indgå aftale om udbredelse i forbindelse med økonomiaftalen for 2020.

Definition

Kriteriet består i, at hver region skal udarbejde en implementeringsstrategi for systemtilpasning til deling af informationer til *aftaleoversigten* og *det fælles stamkort*.

Implementeringsstrategien kan beskrive flere scenarier for implementering, men skal som grundpræmis have implementering inden udgangen af 2020. Strategien skal være udarbejdet i første halvår 2019 og indebære foreløbigt afsat kapacitet, sådan at implementering er planlagt realiseret ultimo 2020. En endelig plan for udbredelse skal aftales i forbindelse med økonomiaftalen for 2020.

Implementeringsstrategien skal indeholde følgende elementer:

- Tidsplan(er)
- Økonomiske forudsætninger
- Projektrisici og afhængigheder
- Organisatoriske rammer (f.eks. undervisning, samarbejdsaftaler mv.)

Som led heri skal regionerne i samarbejde med de relevante it-leverandører drøfte nødvendig kapacitet og kompetence til implementeringen samt foreløbigt afsætte/reservere dette i de lokale it-roadmaps.

Målopfyldelse af kriterie og opfølgning

Opfølgning på, om kriteriet er opfyldt, gøres ved, at hver region udfylder et skema, hvori de dokumenterer opfyldelse af kriteriet. Skemaet udarbejdes i samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet/Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner, evt. med hjælp fra MedCom, og er færdiggjort senest med udgangen af 2018. Skemaet skal bilægges relevant dokumentation.

Kriteriet betragtes som opfyldt, hvis skemaet inkl. bilag er Sundhedsdatastyrelsen i hænde senest 1. maj 2019 og opfylder det forudsatte.