

# Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Finansministeriet



# Indholdsfortegnelse

## DEL I – BAGGRUND

1	Indledning og kommissorium .....	7
1.1	Kommissorium.....	7
1.2	Regelsæt.....	9
1.3	Arbejdets tilrettelæggelse.....	12

## DEL II – UDVIKLING OG AKTUELLE RAMMER

2	Udvikling og rammer .....	17
2.1	Indledning.....	17
2.2	Aktivitet og regionale udgifter .....	18
2.3	Variation i aktivitet og udgifter mellem kommuner .....	20
2.4	Aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen .....	22
2.5	Variation i aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering mellem Kommuner.....	23
2.6	Kommunal medfinansiering og geografi .....	24
2.7	Kommunal medfinansiering og alder.....	26
2.8	Kommunal medfinansiering og socioøkonomiske faktorer .....	27
2.9	Kommunal medfinansiering for somatikken .....	29
2.10	Genindlæggelser.....	32
2.11	Korte indlæggelser.....	34
2.12	Særligt vedrørende ældre medicinske patienter .....	35
2.13	Kommunal medfinansiering for psykiatrien .....	37
2.14	Kommunal medfinansiering for praksisområdet.....	39
2.15	Den kommunale pleje- og forebyggelsesindsats.....	41
2.16	Samarbejde mellem regioner og kommuner i henhold til sundhedsloven .....	44
3	Det kommunale styringsgrundlag .....	47
3.1	Indledning.....	47
3.2	Datagrundlag for kommunerne.....	47
	Bilag 3.1 Oversigt over dataindhold i Kommunaløkonomisk-.....	53
	Sundhedsinformationsgrundlag (KØS).....	

## DEL III – OVERVEJELSER

4	Kommunal medfinansiering .....	57
4.1	Indledning.....	57
4.2	Det somatiske område .....	57
4.3	Øvrige områder (psykiatri og praksissektor) .....	84
4.4	Opsamling og samlet afvejning .....	92
	Scenarie 1 – ændring af lofter, somatik .....	94
	Scenarie 2 – ændring af lofter og medfinansieringsprocent, somatik.....	96
	Scenarie 3 – ændring af lofter og medfinansieringsprocent, somatik, psykiatri og praksisområdet .....	97
	Bilag 4.1 DRG-systemet.....	101
5	Kommunalt styringsgrundlag .....	103
5.1	Indledning.....	103
5.2	Overvejelser om et styrket kommunalt styringsgrundlag og en øget transparens .....	103
5.3	Opsamling .....	105

## DEL I – BAGGRUND



# 1. Indledning og kommissorium

## 1.1 Kommissorium

Med kommunalreformen fik kommunerne en større rolle på sundhedsområdet. Samtidig blev der i finansieringen af regionernes sundhedsudgifter indført et kommunalt finansieringsbidrag, der skulle give kommunerne en yderligere tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats.

Med økonomiaftalerne mellem regeringen, KL og Danske Regioner for 2009 og 2010 er det aftalt at nedsætte et udvalg, der skal vurdere mulighederne for at styrke det generelle kommunale incitament gennem ændringer af den nuværende model for medfinansiering. Med finanslovsaftalen for 2009 er det aftalt, at analysen blandt andet vil have fokus på samspillet mellem kommunernes og regionernes indsats over for ældre medicinske patienter.

Regeringens sundhedspolitiske udspil fra oktober 2009 fastlægger, at analyserne skal omhandle, hvordan den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet kan omlægges, så den aktivitetsafhængige finansiering øges med en modsvarende reduktion af det kommunale grundbidrag.

Sigtet er et øget kommunalt fokus på at reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser via en effektiv forebyggelses- og plejeindsats.

Udvalgets opgaver er på den baggrund:

- Beskrive udviklingen siden 2007 og aktuelle rammer, herunder udviklingen for den kommunale medfinansiering samlet og relativt mellem kommunerne, samt udviklingen mht. brugen og indhold af sundhedsaftaler.
- Belyse forskelle mellem kommuner mht. forbruget af sundhedsydelse, herunder som indikator for en mere effektiv kommunal forebyggelses-/plejeindsats. På baggrund af en belysning af det kommunale styringsgrundlag, herunder særligt tilgængelige data for det kommunale forbrug af sygehusydelse, vurderes mulighederne for en øget nyttiggørelse af eksisterende data, herunder offentliggørelse af relevante indikatorer med henblik på at synliggøre forskelle og øge udbredelsen af 'bedste praksis' på særligt plejeområdet.
- Analysere hvordan den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet kan omlægges, så den aktivitetsafhængige finansiering øges med en modsvarende reduktion af det kommunale grundbidrag.
- I analyserne sætte særligt fokus på det somatiske område og de ældre medicinske patienter. Analysen skal omfatte generelle takstændringer i form af øgede medfinansieringsprocenter og/eller ændrede lofter. Herudover kan belyses muligheden for differentierede takster på forskellige sygdomsområder, herunder eventuel udtagelse af konkrete sygehusbehandlinger, og aldersgrupper.

- For de øvrige områder omfattet af kommunal medfinansiering (primærsektoren og psykiatrien) tage udgangspunkt i en principiel vurdering af fordele og ulemper ved en ændret/øget kommunal medfinansiering som grundlag for eventuelle konkrete overvejelser om ændringer.
- Idet omfang det er relevant inddrage sundhedsaftaler, som et vigtigt instrument til at fremme målet om en fokuseret og koordineret kommunal og regional indsats, ikke mindst ift. de ældre medicinske patienter.

Analysen af mulige ændringer af den kommunale medfinansiering skal ske under iagttagelse af overordnede hensyn om at undgå kassetænkning, usikkerheden i forhold til at identificere specifikke diagnoser med en sammenhæng mellem den kommunale indsats og behov for sygehusbehandling, samt byrdefordelings- og stabilitetshensyn (kommunal budgetsikkerhed). Udvalgets arbejde skal endvidere baseres på den nuværende opgavefordeling, idet der herunder ikke regionalt eller kommunalt er forudsat opbygning af nye parallel-funktioner på området.

Vurdering af eventuelle byrdefordelmæssige konsekvenser for kommuner og regioner ses i sammenhæng med Finansieringsudvalgets løbende arbejde. Udvalgets forslag forudsættes ikke at indebære væsentlige fordelingsmæssige effekter.

Der forudsættes en samlet uændret niveau for den kommunale finansiering, idet ændringsforslag samlet forudsættes at øge den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering med en modsvarende reduktion af det kommunale grundbidrag. Mulige tiltag fra udvalget må ikke indebære samlede offentlige merudgifter.

Udvalget får deltagelse af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2 medlemmer), Indenrigs- og Socialministeriet (1 medlem), Finansministeriet (2 medlemmer), KL (2 medlemmer) og Danske Regioner (2 medlemmer). Finansministeriet varetager formandskabet. Sekretariatet varetages af Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Udvalget afrapporterer i foråret 2010.

Udvalget har haft følgende sammensætning:

Cheføkonom Jan Olsen, KL  
Kontorchef Peter Kjærsgaard, KL  
Cheføkonom Kristian Heunicke, Danske Regioner  
Kontorchef Malene Højsted Kristensen, Danske Regioner  
Afdelingschef Svend Særkjær, Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Kontorchef Dorte Lemmich Madsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Kontorchef Andreas Jull Sørensen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Afdelingschef Jens Gordon Clausen, Finansministeriet (formand)  
Chefkonsulent Søren Varder, Finansministeriet



Sekretariatet er varetaget af:

Chefkonsulent Mads Hansen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Chefkonsulent Søren Lindemann Aagesen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Fuldmægtig Jakob Jans Johansen, Finansministeriet

Udvalget har afsluttet sit arbejde i maj 2010.

## 1.2 Regelsæt

Den kommunale medfinansiering blev indført med kommunalreformen.

Medfinansieringen blev indført med henblik på en yderligere tilskyndelse til en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, for at give et mere synligt incitament til at investere i og samarbejde om sammenhængende patientforløb, og for at understøtte det forpligtende samarbejde mellem regionerne og kommunerne.

Den kommunale medfinansiering består af et grundbidrag pr. indbygger og et aktivitetsafhængigt bidrag.

Det aktivitetsafhængige bidrag indebærer, at kommunerne skal afregne med regionerne, hver gang en borger har modtaget en regionalt finansieret sundhedsydelse inden for dækningsområdet. Bidragets størrelse afspejler antallet af indlæggelser og ambulante behandlinger på sygehusene og hos de praktiserende læger og speciallæger mv.

Satser og finansieringsandele fremgår af *tabel 1.1*. Tabellen angiver 2008-produktionsniveau ved 2009-takster. Den kommunale medfinansiering udgjorde 9,8 mia.kr., svarende til ca. 15 pct. af det beregnede grundlag på 65,8 mia.kr.

<b>Tabel 1.1</b>				
<b>Kommunal aktivitetsafhængig medfinansiering (2008-produktion ved 2009-takster)</b>				
<b>(mia. kr.)</b>	<b>Takst</b>	<b>Produktionsværdi i alt</b>	<b>Kommunal del</b>	<b>Pct.-andel</b>
<b>Somatik</b>				
- stationær	30 pct. DRG, dog max 4.804 kr./indlæggelse	31,4	4,4	14,1
- ambulat	30 pct. DAGS, dog max 320 kr./besøg, max gråzone 4.804 kr.	19,4	3,1	15,9
Genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst	0,3	0,2	70,0
<b>Psykatri</b>				
- stationær	60 pct. af sengedagstakst, max 7.684 kr./indlæggelse	3,0	0,2	7,9
- ambulat	30 pct. af besøgstakst	1,3	0,4	30,0
<b>Praksissektoren mv.</b>				
- speciallæger	30 pct. af honorarer, max 320 kr./ydelse	2,8	0,8	28,0
- almen læge	10 pct. af honorarer på grundydelse	5,2	0,4	7,2
- fysioterapi, tandlæger, fodterapi, psykolog, kiropraktor	10 pct. af honorarer	2,4	0,2	10,0
<b>I alt</b>		<b>65,8</b>	<b>9,8</b>	<b>14,8</b>

For 2010 er i aftalerne om kommunernes henholdsvis regionernes økonomi forudsat et samlet niveau for den kommunale medfinansiering på knap 10,5 mia.kr. (10pl), modsvarende godt 15 pct. af den tilgrundliggende forudsatte produktionsværdi.

I 2010 forudsættes det kommunale grundbidrag udgør yderligere ca. 7 pct. af de samlede udgifter inkl. sygesikringsmedicin og anlæg eller ca. 6,7 mia.kr. I 2010 udgør grundbeløbet 1.204 kr. pr. indbygger.

Inklusive grundkapital forudsættes den samlede kommunale finansiering i 2010 dermed at udgøre godt 17,1 mia.kr.. Den samlede kommunale medfinansiering udgør dermed 18-20 pct. (afhængigt af om grundlaget opgøres inkl. eller ekskl. medicin og anlæg).

Langt hovedparten af den aktivitetsbestemte medfinansiering ligger på det somatiske område med knap 79 pct. inkl. genoptræning under indlæggelse. Praksissektoren omfatter godt 14 pct. og psykiatrien godt 6 pct.

Udover den kommunale medfinansiering er der fastsat en særlig takst på 1.771 (09-pl) kr./døgn for færdigbehandlede patienter.

Den aktivitetsafhængige medfinansiering er ikke direkte differentieret efter diagnose. Det skyldes, at man i forbindelse med kommunalreformen vurderede, at det er særdeles vanskeligt at afgrænse effekten af den forebyggende indsats til specifikke diagnoser. Samtidig skaber differentierede takster risiko for kassetænkning (vanskeligheden ved præcis diagnosticering, der hindrer spekulation). Den eksisterende model indeholder dog en implicit differentiering af den kommunale medfinansiering i forhold til tyngden af behandlingen, idet de fastlagte nominelle lofter indebærer, at den kommunale medfinansieringsandel er relativt lav på de dyreste behandlinger.

Byrdefordelings- og stabilitetshensyn (kommunal budgetsikkerhed) var også et hensyn. Fx kan en ordning uden lofter give uheldige byrdefordelmæssige konsekvenser i forbindelse med dyre behandlinger. Dæmpningen af de mulige byrdefordelmæssige virkninger via de nominelle lofter skal også ses i sammenhæng med, at der var tale om et nyt finansieringsinstrument, og at der i forbindelse med kommunal samtidig reformen skete en række øvrige omlægninger af opgaver og finansiering. Disse forhold tilsagde i sig selv forsigtighed i forhold til de byrdefordelmæssige virkninger af den kommunale medfinansiering.

Der er med den kommunale medfinansiering tale om et yderligere incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses- og plejeopgaven. Fokus skal både være på den typisk langsigtede forebyggelse og på plejeopgaven, der har en mere kortsigtet karakter. Det styrkede incitament skal ses i sammenhæng med de øvrige udgiftskonsekvenser som knytter sig til borgernes sundhedstilstand, fx ift. arbejdsmarkedet, det sociale system og plejesektoren.

For den enkelte kommune giver medfinansieringen et økonomisk incitament til at udvikle pleje- og forebyggelsesindsatsen. Den kommunale medfinansiering er ikke et instrument til udvikling af egentlige kommunale behandlingstilbud.

Heri ligger også, at fokus skal være på at varetage forebyggelses- og plejeopgaven så effektivt som muligt, således at unødige indlæggelser mv. forebygges og borgernes træk på sundhedsvæsenet begrænses i muligt omfang, også på langt sigt jf. den langsigtede karakter af fx forebyggelsen af kroniske sygdomme.

Med en generel ordning blev der lagt op til, at kommunerne lokalt identificerer de områder, hvor de kan arbejde mere målrettet med den indsats, der kan øge kvaliteten og sammenhængen i den kommunale forebyggelse. Modellen giver samtidig mulighed for, at regioner og kommuner i fællesskab kan tilrettelægge og samordne deres indsats på sundhedsområdet, ud fra de konkrete lokale forhold og prioriteringer.

### 1.3 Arbejdets tilrettelæggelse

Arbejdet er fastlagt i to dele.

Rapportens del II (kapitel 2-3) indeholder en beskrivelse af udviklingen og aktuelle rammer.

Her klarlægges udviklingen siden 2007. Generelt gælder, at det fortsat er relativt tidligt at udlede klare resultater af udviklingen, da der kun foreligger data for 2 år efter ændringernes ikrafttræden.

Der fokuseres endvidere særligt på indsatsen ift. de ældre medicinske patienter.

Der ses også på potentialet for en styrket kommunal indsats. En arbejdsgruppe under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse konkluderede i maj 2008, at der er forholdsvis store variationer mellem kommunernes udgifter til medfinansiering og sammensætningen af forbruget af sundhedsydelse.

Det gældende kommunale styringsgrundlag beskrives med fokus på de gældende kommunale muligheder for at generere data til afdækning af den enkelte kommunes forbrug af sundhedsydelse og sammenligninger heraf med andre kommuner som grundlag for en fokuseret indsats.

Rapportens del III (kapitel 4-5) indeholder analyse og overvejelser om tiltag, med afsæt i den foregående beskrivelse af udviklingen og rammerne. Generelt gælder, at tiltagene forudsættes at indebære en styrkelse af den kommunale medfinansiering via en øget aktivitetsafhængig finansiering med en modsvarende reduktion af det kommunale grundbidrag.

Fokus for overvejelserne på det somatiske område er på, i hvilket omfang ændrede satser, herunder ændrede lofter, for den kommunale medfinansiering pr. behandling bl.a. kan understøtte det kommunale incitament til bedre opgavevaretagelse. Udvalget har set på mulighederne for generelle takstændringer i form af øgede medfinansieringsprocenter og/eller ændrede lofter, og har herudover belyst muligheden for differentierede takster bl.a. mellem sygdomsområder og efter alder.

Analysen af mulige ændringer af den kommunale medfinansiering sker under iagttagelse af overordnede hensyn om at undgå kassetænkning, usikkerheden i forhold til at identificere specifikke diagnoser med en sammenhæng mellem den kommunale indsats og behov for sygehusbehandling, byrdefordelings- og stabilitetshensyn (kommunal budgetsikkerhed) samt hensynet til enkelthed. Vurdering af eventuelle byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommuner og regioner ses i sammenhæng med Finansieringsudvalgets løbende arbejde.

Der sættes specifikt fokus på ældre medicinske patienter og samspillet mellem kommunernes og regionernes indsats over for denne gruppe i forhold til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser.

Herudover vurderes også de øvrige områder omfattet af kommunal medfinansiering (primærsektor og psykiatrien). For alle områder tager konkrete overvejelser udgangspunkt i en principiel vurdering af fordele og ulemper ved en øget kommunal medfinansiering. Udvalget fremlægger i afsnit 4.4 scenarier for en ændring af den kommunale medfinansiering.

Der sættes også fokus på mulighederne for en øget nyttiggørelse af data og indikatorer på området, herunder offentliggørelse af relevante indikatorer med henblik på at synliggøre forskelle mellem kommuner og øge udbredelsen af 'bedste praksis' på særligt plejeområdet. Udvalgets konklusioner og anbefalinger vedrørende indikatorer og datagrundlag fremgår af afsnit 5.3.



## DEL II – UDVIKLING OG AKTUELLE RAMMER





## 2. Udvikling og rammer

### 2.1 Indledning

I dette kapitel beskrives først den overordnede udvikling i udgifterne i sundhedsvæsenet herunder hvorledes udgifter og aktivitet fordeler sig på de forskellige områder indenfor sundhedsvæsenet samt forskelle mellem kommuner i aktivitet og udgift pr. indbygger. Der ses en betydelig variation i borgernes forbrug af sundhedsydelser mellem kommuner.

Derefter beskrives kommunernes bidrag til aktivitetsafhængig medfinansiering af sundhedsvæsenet. Kommunernes aktivitetsafhængige finansiering udgjorde 9,8 mia. kr. i 2008 svarende til 1.785 kr. pr. indbygger (takstsystem 2009). Heraf udgør somatikken den største andel med ca. 80 pct. af det samlede aktivitetsafhængige bidrag.

Den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering afspejler det regionale sundhedsstræk i kommunerne. Det ses således, at kommuner med en høj regional sundhedsudgift pr. indbygger har tilsvarende et højt bidrag til kommunal medfinansiering pr. indbygger.

Der er forskel mellem kommunerne i bidraget pr. indbygger – også efter at have taget højde befolkningens køns- og alderssammensætning. Den kommune med det laveste bidrag pr. indbygger har et bidrag på ca. 1.300 kr. pr. indbygger, mens den kommune med det højeste bidrag pr. indbygger har et bidrag på ca. 2.100 kr. pr. indbygger.<sup>1</sup> Der ses endvidere betydelige forskelle mellem kommunerne i antal genindlæggelser og korte indlæggelser.

En del af disse forskelle er forbundet med forskelle i socioøkonomiske faktorer, og regionale og sygehusspecifikke forhold, men kan også indikere et potentiale for en bedre forebyggelses- og sundhedsfremme indsats i kommunerne og et bedre samarbejde mellem regioner, sygehuse og kommuner ved sektorovergange i forbindelse med udskrivningen af patienter.

For at styrke samarbejdet mellem regionens sygehuse, praksissektoren samt den kommunale indsats på sundhedsområdet fastlægger Sundhedsloven, at regioner og kommunerne i samarbejde skal nedsætte et sundhedskoordineringsudvalg samt indgå sundhedsaftaler. Sundhedsaftaler samt kommunernes organisering af forebyggelsesindsatsen beskrives nærmere til sidst i kapitlet.

---

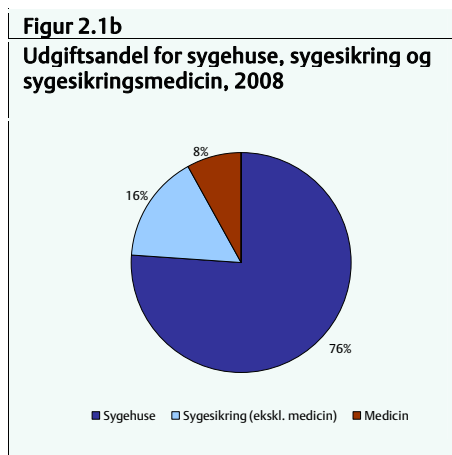
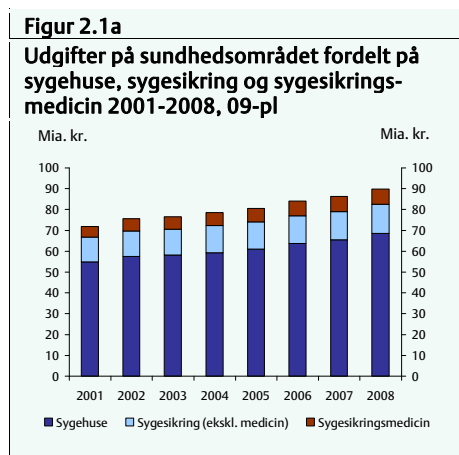
<sup>1</sup> Opgjort i takstsystem 2008.

## 2.2 Aktivitet og regionale udgifter

De offentlige udgifter til det regionale sundhedsvæsen udgjorde 89,9 mia. kr. i 2008 svarende til ca. 5 pct. af BNP. I perioden fra 2001 til 2008 er der samlet tilført det regionale sundhedsområde 18 mia. kr., svarende til en gennemsnitlig årlig realvækst på ca. 3,2 pct., *jf. figur 2.1a*.

Den største andel af udgifterne i det regionale sundhedsvæsen går til sygehuse. De samlede offentlige udgifter til sygehuse var i 2008 på 68,6 mia. kr., svarende til en andel på 76 pct., *jf. figur 2.1b*.

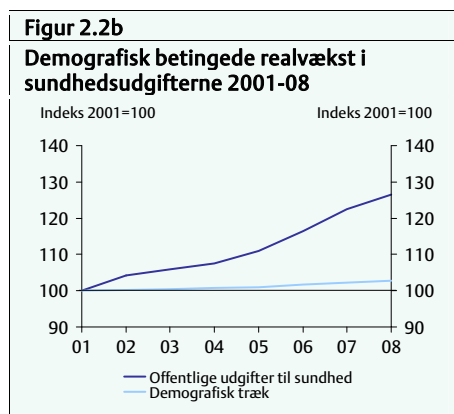
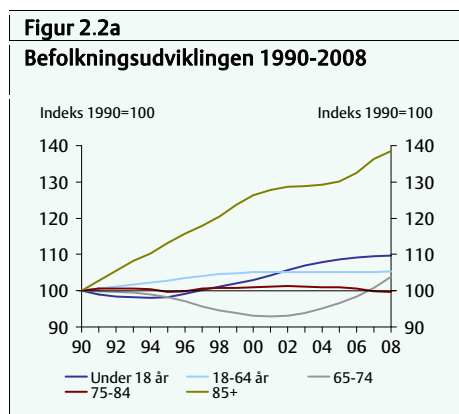
De regionale udgifter til primær sundhed – almen praktiserende læge, speciallæge mv. – udgør 14 mia. kr., mens udgifterne til tilskud til receptpligtig medicin udgør 7,2 mia. kr. svarende til hhv. 16 og 8 pct. af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet.



Anm.: Inklusiv andel af fællesadministration i 2007 og 2008. For perioden 2001-2006 inkl. opgaver overført til kommunerne ved kommunalreformen. Tal før og efter 2007 er ikke fuldt sammenlignelige.

Kilde: Danmarks Statistiks opgørelse af de kommunale/regionale regnskaber.

Den demografiske udvikling de seneste år, i form af et gradvist skift i retning af flere ældre i befolkningssammensætningen, *jf. figur 2.2a*, har haft en beskedent betydning for stigningen i udgifterne. I perioden 2001-08 kan den demografisk betingede realvækst i sundhedsudgifterne således kun forklare ca. 3 pct. af den samlede stigning i udgifterne i på ca. 26 pct., *jf. figur 2.2b*. Den øvrige vækst i udgifterne kan tilskrives, at casemixet er flyttet mod mere omkostningstunge sygdomme samt et generelt serviceløft i sundhedsvæsenet.



Kilde: DREAMs befolkningsprognose, Danmarks Statistik, Lovmodellen og egne beregninger.

Størstedelen af den danske befolkning har årligt kontakt til det regionale sundhedsvæsen. I 2008 havde ca. 5,2 mio. personer således et forbrug af offentlige sundhedsydelser, jf. tabel 2.1, svarende til 95 pct. af den danske befolkning. Ca. 300.000 personer eller 5 pct. af befolkningen havde ikke noget forbrug af regionale sundhedsydelser.

Flest personer havde kontakt til almen læge, mens færrest personer var indlagt eller havde kontakt til skadestue. 4,8 mio. personer havde således kontakt til almen læge, svarende til 87 pct. af befolkningen, og ca. 700.00 personer var indlagt.

**Tabel 2.1**  
**Personer med forbrug af sundhedsydelser 2008**

	Personer (mio.)	Andel af befolkning
Personer med forbrug af sundhedsydelser	5,2	95
Indlagt på sygehus	0,7	12
Ambulant behandling på sygehus	1,9	34
Skadestue	0,7	14
Speciallæge	1,7	31
Almen læge	4,8	87
Personer uden forbrug af sundhedsydelser	0,3	5
Befolkning i alt	5,5	100

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

En borger i Danmark havde i gennemsnit kontakt til det regionale sundhedsvæsen 12,1 gange i 2008, jf. tabel 2.2. Det dækker over kontakter til både somatiske og psykiatriske sygehuse, almen læge, speciallæge samt øvrige ydelsestyper i praksissektoren.

Hovedparten af kontakterne fandt sted hos almen læge. En borger havde i gennemsnit kontakt til den alment praktiserende læge ca. 7 gange i 2008, svarende til 61,3 pct. af alle kontakter i dette år.

Der var omtrent 1 kontakt til speciallæge pr. indbygger og 2,4 kontakter til øvrige ydertyper i praksissektoren (tandlæge, fysioterapeut etc.) samt 1,3 kontakter til de somatiske sygehuse pr. indbygger i 2008.

**Tabel 2.2**  
**Antal kontakter med sundhedsvæsenet pr. indbygger fordelt på område, 2008**

	Kontakter pr. indbygger	Andel
Somatiske sygehuse, heraf	1,3	11,0
- Udskrivninger	0,2	1,8
- Ambulante besøg	1,1	9,2
Psykiatriske sygehuse, heraf	0,1	1,2
- Udskrivninger	0,0	0,1
- Ambulante besøg	0,1	1,1
Almen læge	7,4	61,3
Speciallæge	0,9	7,5
Øvrige	2,3	19,1
I alt	12,1	100,0

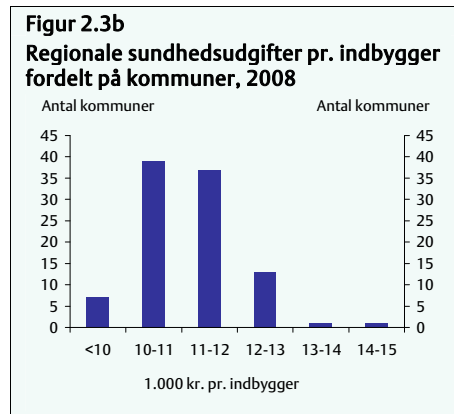
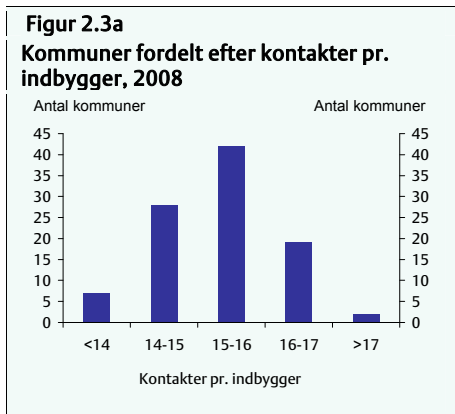
Anm.: Ambulante besøg på psykiatriske sygehuse er inkl. hjemmebesøg. Øvrige omfatter tandlæge, kiropraktik, fysioterapi, fodterapi, psykologhjælp.  
For praksisområdet følger en kontakt Danmarks Statistiks definition, dvs. én kontakt kan være forbundet med flere ydelser.  
Kilde: Sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik.

### 2.3 Variation i aktivitet og udgifter mellem kommuner

Der er en vis variation mellem kommunerne i antal kontakter til det regionale sundhedsvæsenet samt i regionale sundhedsudgifter pr. indbygger.

Ca. 40 af kommunerne havde mellem 15-16 kontakter pr. indbygger i 2008, *jf. figur 2.3a*. Og hovedparten af kommunerne havde mellem 14-17 kontakter pr. indbygger. Meget få kommuner havde mindre end 14 kontakter eller mere end 17 kontakter pr. indbygger.

Den regionale sundhedsgift pr. indbygger var for størstedelen af kommunerne på mellem 10.000 -12.000 kr. i 2008, *jf. figur 2.3b*. Meget få kommuner havde en regional sundhedsudgift pr. indbygger lavere end 10.000 kr. eller større end 13.000 kr.



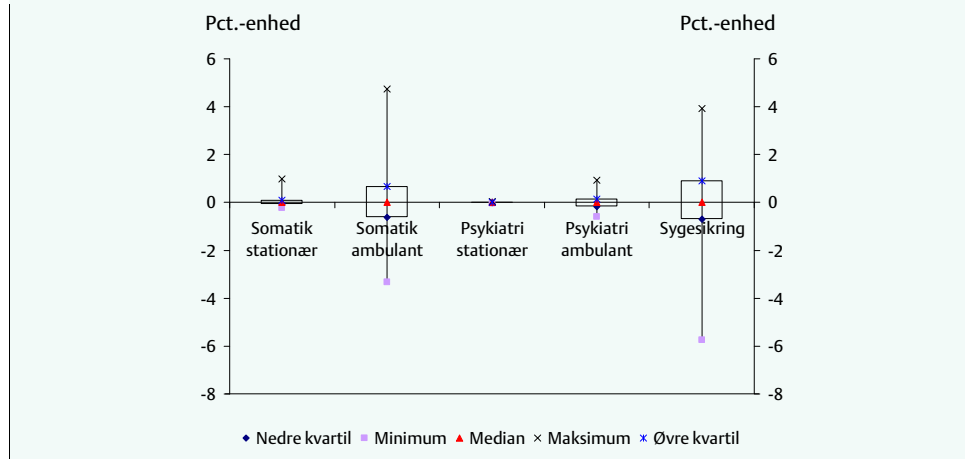
Anm.: For praksisområdet er antal kontakter defineret som antal ydelser. Antal kontakter i figur 2.3a er således ikke direkte sammenlignelig med det samlede antal kontakter i tabel 2.2.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

En del af denne variation kan skyldes forskelle i køns- og alderssammensætning på tværs af kommuner, socioøkonomiske faktorer, samt forskelle i det regionale sundhedsvæsen, herunder lægernes henvisningspraksis, udbud af regionale sundhedstilbud, og forskelle i behandlingspraksis. I nedenstående beskrivelse af bidraget til kommunal medfinansiering korrigeres der for forskelle i køn og alder samt socioøkonomiske forhold.

Der ses endvidere forskelle i sammensætningen af kontakter til sundhedsvæsenet mellem kommunerne, *jf. figur 2.4*. I den kommune, hvor kontakter til somatisk ambulans behandling og sygesikring udgør den mindste andel, er andelen hhv. ca. 4 og 6 procent point lavere end i mediankommunen. I mediankommunen var andelen af kontakter til somatisk ambulans behandling og sygesikring hhv. 9,9 pct. og 87,9 pct.

**Figur 2.4**  
**Forskel i andelen af kommunernes kontakter i sundhedsvæsenet fordelt på område opgjort i afvigelse fra mediankommunen**



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

## 2.4 Aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen

Den samlede aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering udgjorde 9,8 mia. kr. i 2008, svarende til ca. 1.800 kr. pr. indbygger, *jf. tabel 2.3*.

Den største andel af bidraget til kommunal medfinansiering går til somatikken med 7,7 mia. kr. eller 1.400 kr. pr. indbygger i 2008 svarende til 78,6 pct. af det samlede bidrag. Somatikken består af stationær behandling og genoptræning samt ambulansbehandling, hvor stationær behandling udgør den største andel.

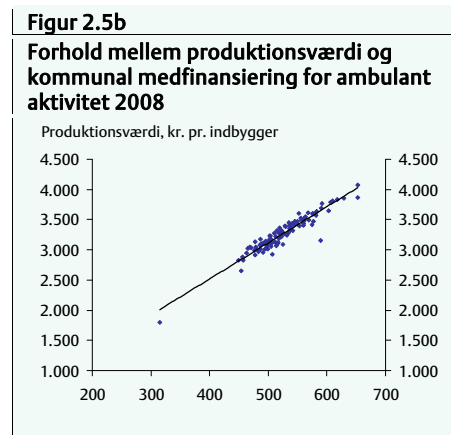
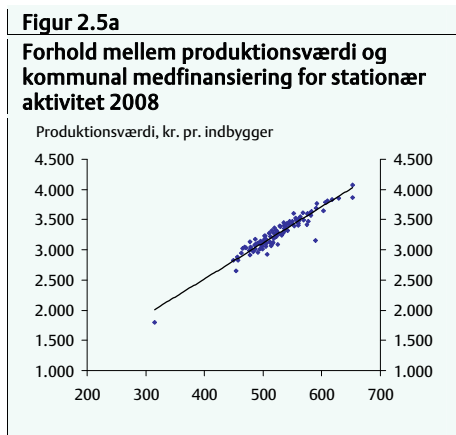
Bidraget til psykiatri og praksissektoren udgør hhv. 0,6 mia. kr. og 1,4 mia. kr. svarende til hhv. 14,3 pct. og 6,1 pct. af den samlede udgift til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering.

**Tabel 2.3**  
**Kommunal aktivitetsafhængig medfinansiering (2008-produktion ved 2009-takster) fordelt på område 2008**

	Mia. kr.	Kr. pr. indbygger	Andel (pct.)
Somatik, herunder	7,7	1403	78,6
- stationær	4,4	802	44,9
- ambulat	3,1	565	31,6
- genoptræning	0,2	36	2,0
Psykiatri, herunder	0,6	109	6,1
- stationær	0,2	36	2,0
- ambulat	0,4	73	4,1
Praksissektoren mv., herunder	1,4	255	14,3
- speciallæger	0,8	146	8,2
- almen læge	0,4	73	4,1
- øvrige	0,2	36	2,0
I alt	9,8	1.785	100,0

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Kommuner, hvor borgerne har et relativt høj forbrug af sygehusedelser, har tilsvarende et relativt høj bidrag til kommunal medfinansiering, jf. figur 2.5a og 2.5b. Denne sammenhæng følger af, at den kommunale medfinansiering er aktivitetsafhængig.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

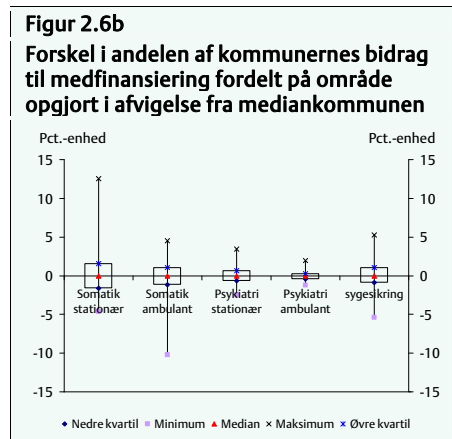
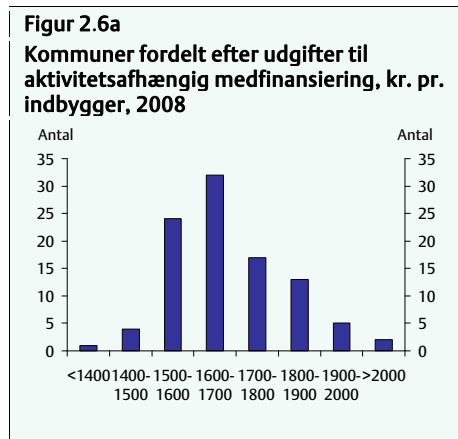
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

## 2.5 Variation i aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering mellem kommuner

Der er en betydelig variation i udgiften til kommunal medfinansiering mellem kommunerne – også når der tages højde for forskelle i køns- og alderssammensætningen.

Den gennemsnitlige udgift pr. indbygger var ca. 1.700 kr. i 2008.<sup>2</sup> 5 kommuner havde en udgift på 1.500 kr. pr. indbygger eller derunder, og 5 kommuner havde en udgift på 1.900 kr. pr. indbygger eller derover, jf. figur 2.6a.

Der er endvidere betydelig variation i sammensætningen af bidraget til kommunal medfinansiering, jf. figur 2.6b. I den kommune, hvor bidraget til medfinansiering af somatisk stationær behandling udgør den største andel, er andelen ca. 13 procent point højere end i mediankommunen, hvor andelen er ca. 50 pct.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.  
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Variation i udgiften kan indikere et potentiale for en bedre forebyggelsesindsats i kommunerne. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at der er faktorer udover køn og alder, som er bestemmende for borgernes forbrug af sundhedsydelser, og som er ikke afhænger af kommunernes forebyggelsesindsats. Det kan fx være socioøkonomiske faktorer, geografisk placering og forskelle i det regionale sundhedsvæsen. Der bør således tages højde for sådanne forhold, når der sammenlignes over kommunerne med henblik på at anskueliggøre et potentiale for en bedre kommunal pleje, trænings og forebyggelsesindsats.

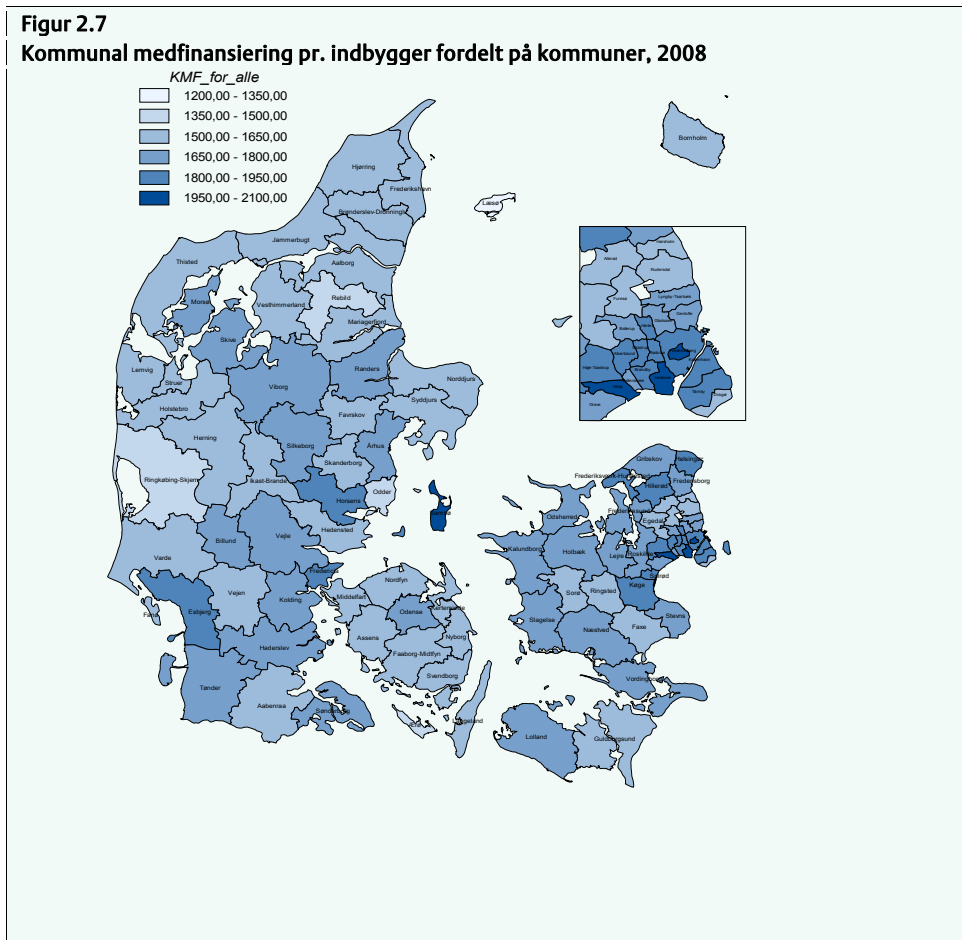
## 2.6 Kommunal medfinansiering og geografi

Bidraget til kommunal medfinansiering er størst for kommuner i hovedstadsområdet med et bidrag på mellem 1.650-2.100 kr. pr. indbygger i forhold til Sydsjælland, Bornholm, Fyn og Jylland, dog med undtagelse af Esbjerg og nogle kommuner i Østjylland, som har en bidrag på mellem 1.350-1.800 kr. pr. indbygger.

<sup>2</sup> Dette er en lavere gennemsnitlig udgift pr. indbygger end den angivet i tabel 2.x: Forskellen skyldes, at den kommunale medfinansiering i tabel 2.x er opgjort i takstsystem 2009, mens den her er opgjort i takstsystem 2008.



Kommunerne Ishøj, Hvidovre, Frederiksberg og Samsø har den højeste bidrag pr. indbygger på mellem 1.950-2.100 kr., jf. figur 2.7.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

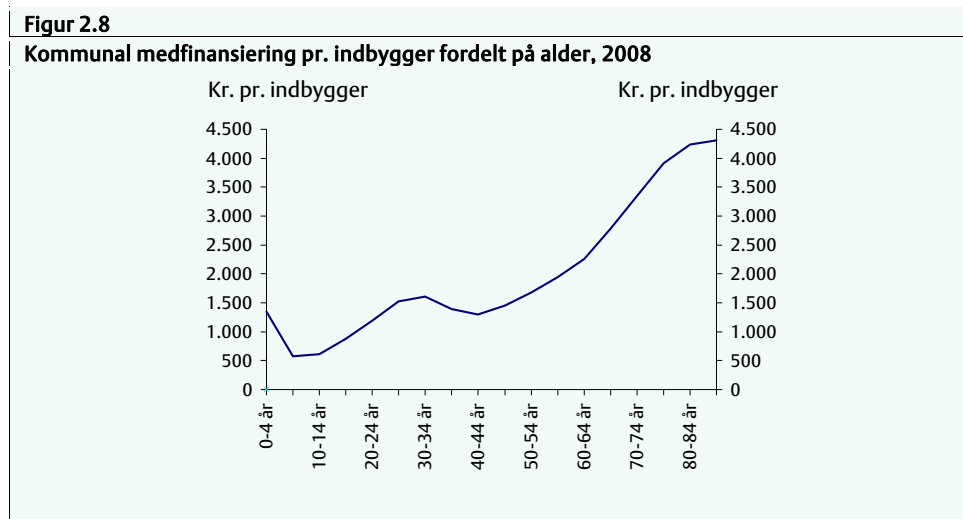
Variationen i bidraget kan skyldes den geografiske placering og socioøkonomiske forhold, men kan også afspejle variation i den kommunale indsats. Den geografiske placering kan have betydning for forbruget af sundhedsydelser fx pga. forskelle i tilgængelighed til sundhedsydelser eller henvisningsmønstre hos almen praktiserende læger.

Der er endvidere ikke korrigeret for socioøkonomiske faktorer. En del af den observerede variation kan være forbundet med forskelle i socioøkonomiske faktorer mellem kommunerne.

## 2.7 Kommunal medfinansiering og alder

Bidraget til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering afhænger af befolkningens alderssammensætning, *jf. figur 2.8*. Bidraget til kommunal medfinansiering er stigende med alderen. Det gennemsnitlige bidrag til kommunal medfinansiering for en 40-44-årig var i 2008 ca. 1.500 kr., mens det gennemsnitlige bidrag for en 80-84-årig var ca. 4.300 kr.

En befolkningsudvikling med en stigende andel af ældre som følge af en ændring i alderssammensætningen trækker isoleret set i retning af øgede bidrag til kommunal medfinansiering. Som vist i afsnit 2.1 har det demografisk betingede træk på sundhedsudgifterne dog været relativt beskeden. Væksten i udgifterne er hovedsageligt trukket af et generelt serviceløft.



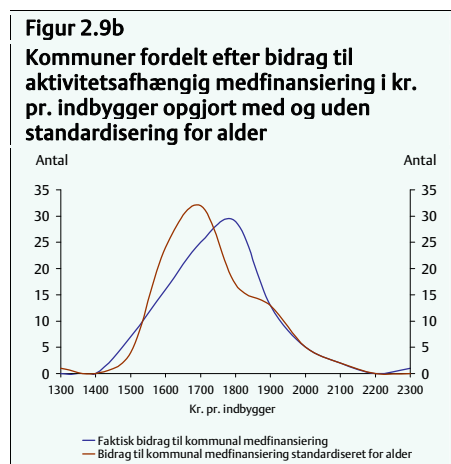
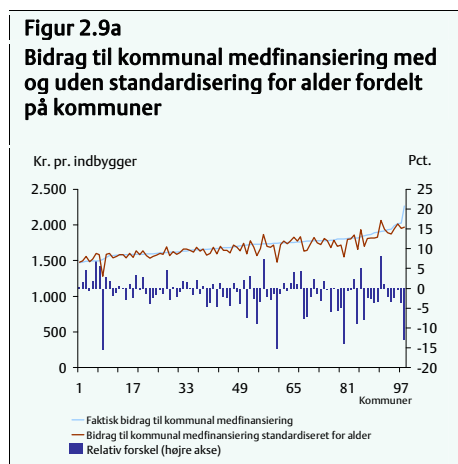
Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Figur 2.9a viser kommunernes faktiske bidrag til kommunal medfinansiering pr. indbygger og bidraget pr. indbygger standardiseret for forskellige aldersgruppers træk på sundhedsudgifterne. Af figuren fremgår endvidere den relative forskel mellem disse to opgørelser.

Det ses, at kommuner med det relativt største faktiske bidrag til kommunal medfinansiering synes generelt at få et lavere bidrag (den relative forskel er negativ), hvis der tages højde for alder, mens kommuner med det relativt laveste faktiske bidrag får et højere bidrag (den relative forskel er positiv), hvis der tages højde for alder. For kommuner med et faktisk bidrag derimellem synes der imidlertid ikke at være nogen videre systematik i, om det standardiserede bidrag er højere eller lavere end det faktiske bidrag, dvs. at den relative forskel enten er positiv eller negativ.

Forskellen i bidraget til kommunal medfinansiering pr. indbygger mellem kommuner er også omtrent den samme med og uden standardisering for alder, jf. figur 2.9b. Selvom der tages højde for alderssammensætningen er der således fortsat forskel i den kommunale medfinansiering pr. indbygger mellem kommuner. Det betyder, at forskellen i kommunernes bidrag til kommunal medfinansiering skal søges forklaret i andre forhold end forskelle i alderssammensætningen mellem kommunerne.



Anm.: De to fordelinger af kommunernes bidrag til aktivitetsafhængig medfinansiering med og uden standardisering for alder i figur 2.9b er præsenteret ved en udglattet kurve.

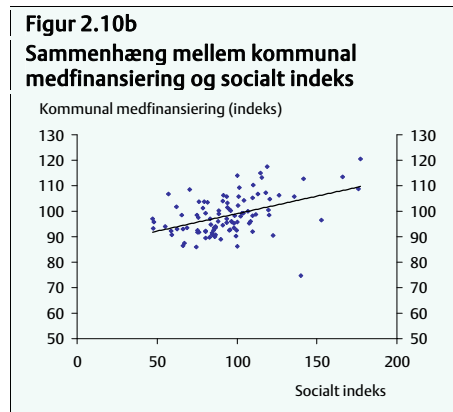
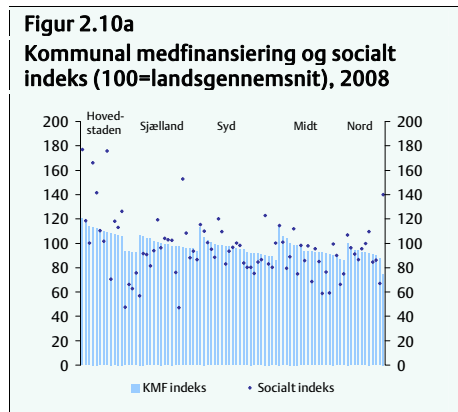
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

## 2.8 Kommunal medfinansiering og socioøkonomiske faktorer

Med henblik på at afspejle påvirkningen af socioøkonomiske forhold på kommunernes udgifter beregnes som led i det kommunale tilskuds- og udligningssystem et socialt indeks, se boks 2.1. Indekset har til formål at afspejle kommunernes samlede socioøkonomisk betingede udgiftsbehov og altså ikke udgiftsbehovet for et enkelt isoleret udgiftsområde. Med dette forbehold, er det samlede sociale indeks dog i denne

sammenhæng anvendt som en indikator for kommunernes socioøkonomiske forhold, der kan påvirke kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering.

Bidraget til kommunal medfinansiering samvarierer i et vist omfang med det sociale indeks, jf. figur 2.10a og 2.10b.<sup>3</sup> For de enkelte regioner ses det, at et højere bidrag er forbundet med en højere værdi på det sociale indeks. Denne observation kan tages som et udtryk for, at en del af variationen i udgiften til kommunal medfinansiering er forbundet med forskelle i socioøkonomiske faktorer i kommunerne.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Indenrigs- og Socialministeriet.

<sup>3</sup> En simpel lineær regressionsmodel, med udgiften til kommunal medfinansiering som afhængig variable og det sociale indeks som forklarende variable, finder, at samvariationen er signifikant.

**Boks 2.1****Det sociale indeks**

Det sociale indeks er opgjort på baggrund af værdien af de socioøkonomiske udgiftsbehovskriterier i landsudligningen for kommunerne. Det bemærkes, at det sociale indeks er beregnet med henblik på at afspejle socioøkonomiske faktorer, som har betydning for kommunernes samlede udgiftsbehov, og således ikke er rettet mod kommunernes udgiftsbehov på sundhedsområdet specifikt.

I det sociale indeks indgår således følgende kriterier:

- 20-59-årige uden beskæftigelse over 5 pct. (18 pct.)
- 25-49-årige uden erhvervsuddannelse (17,5 pct.)
- Revideret boligstøttekriterium (5 pct.)
- Psykiatriske patienter (5 pct.)
- Familier i visse boligtyper (15 pct.)
- Børn i familie med højeste uddannelse på grundniveau/uoplyst (15 pct.)
- Enlige over 65 år (2,5 pct.)
- Personer med lav indkomst (10 pct.)
- Handicappede uden for arbejdsstyrken (5 pct.)
- Antal indvandrere og efterkommere (2,5 pct.)
- Tabte leveår (2,5 pct.)
- Fald i befolkningstallet (2 pct.)

Anm.: Procentsatsen i parentes angiver de forskellige kriteriers vægtning i det sociale indeks.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Kommunal udligning og generelle tilskud 2008, juni 2007.

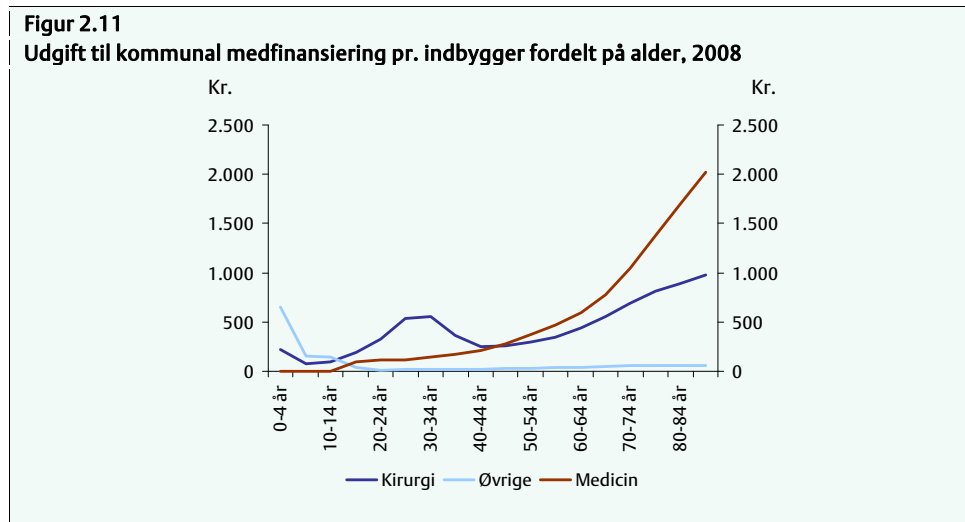
## 2.9 Kommunal medfinansiering for somatikken

Som det fremgår af ovenstående, udgør somatikken ca. 80 pct. af den samlede udgift til kommunal medfinansiering, og det kan således være interessant at sætte særligt fokus på dette område.

Det er især de ældre, som trækker udgifter til kommunal medfinansiering på somatikken, *jf. figur 2.11*. Det gælder i høj grad for medicinsk behandling og i nogen grad for kirurgisk behandling.

Det gennemsnitlige bidrag til kommunal medfinansiering for medicinsk behandling af en 50-årig var ca. 280 kr., mens bidraget til behandling af en 85-årig var ca. 2.000 kr. For kirurgisk behandling var det gennemsnitlige bidrag til behandling af en 50-årig ca. 250 kr., mens bidraget til behandling af en 85-årig var ca. 1.000 kr.

Det gennemsnitlige bidrag til kirurgisk behandling stiger for aldersgrupperne omkring de 30 år, hvilket primært skyldes graviditet og fødsler for kvinder.

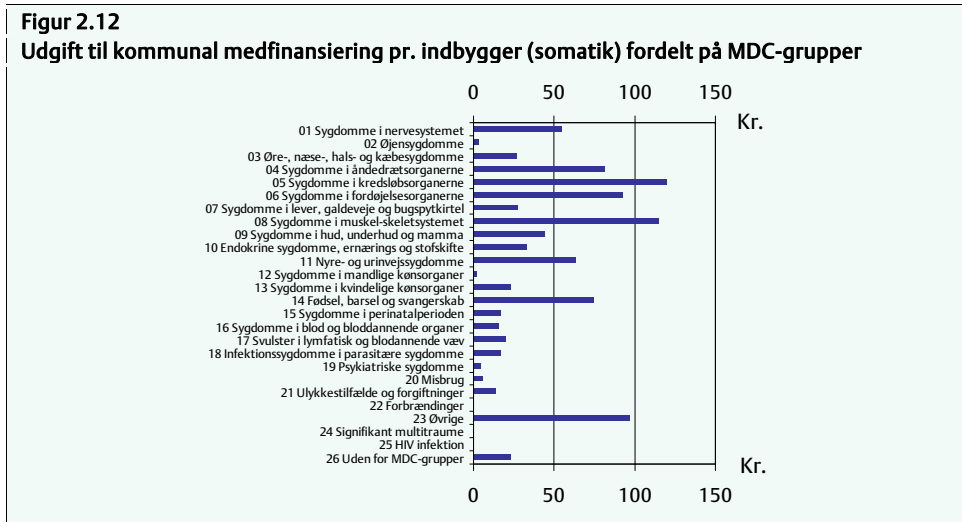


Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Der observeres en vis variation i bidraget til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering over MDC-grupper (Major Diagnostic Category). Kommunerne har især store udgifter til medfinansiering af behandlingen af patienter med sygdomme i muskler, skelet og bindevæv på i gennemsnit 115 kr. pr. indbygger, sygdomme i kredsløbsorganerne på i gennemsnit 120 kr. pr. indbygger, sygdomme i fordøjelsesorganerne på i gennemsnit 92 kr. pr. indbygger og sygdomme i åndedrætsorganerne på i gennemsnit 81 kr. pr. indbygger, *jf. figur 2.12*. Disse fire MDC-grupper udgør tilsammen ca. 40 pct. af den samlede udgift til somatisk behandling.

De relativt store gennemsnitlige udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering af behandlinger indenfor disse MDC-grupper afspejler, at en stor del af de samlede behandlingsudgifter i det regionale somatiske sygehusvæsen knytter sig til netop disse MDC-grupper.



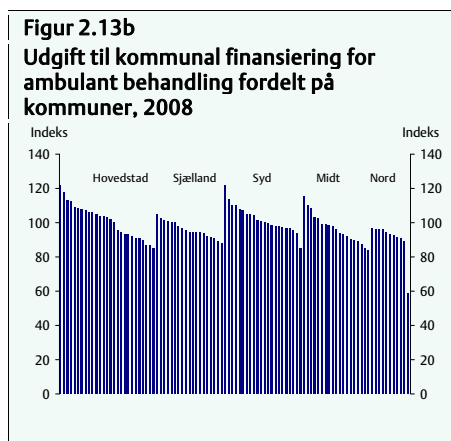
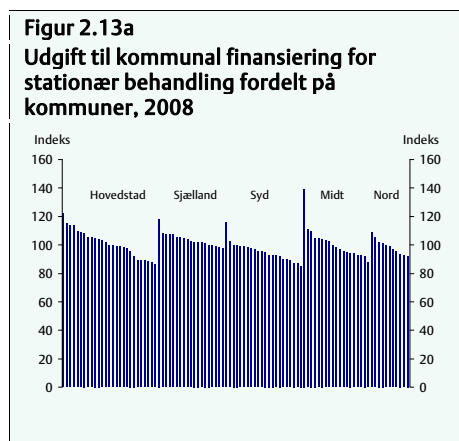
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Der observeres en betydelig variation i bidraget til kommunal medfinansiering såvel indenfor regionerne som på tværs af regionerne, *jf. figur 2.13a og 2.13b*. Som tidligere nævnt kan en del af denne variation skyldes forskelle i geografiske eller socioøkonomiske faktorer, men kan også indikere, at der er et potentiale for en bedre forebyggelsesindsats mv. i kommunerne.

I figur 2.13 betyder en værdi på 100, at kommunens bidrag til kommunal medfinansiering svarer til landsgennemsnittet, og en værdi over 100 er ensbetydende med at bidraget ligger over landsgennemsnittet. En værdi på 110 betyder eksempelvis, at bidraget i denne kommune ligger 10 pct. over landsgennemsnittet.

Kommunen med det største bidrag pr. indbygger ligger 40 pct. over landsgennemsnittet på det stationære område og ca. 20 pct. over på det ambulante område. Kommunen med den laveste udgift ligger ca. 18 pct. under landsgennemsnittet for stationær behandling og ca. 40 pct. for ambulante behandling.

Variationen over regioner følger i store træk det i ovenstående landkort. Kommuner i region Hovedstaden har overordnet set en højere udgift end de øvrige regioner. Det gælder både for stationær og ambulante behandling.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Der ses endvidere variation i forhold til behandlingstypen på tværs af regionerne. Enkelte kommuner i region Nordjylland ligger fx over landsgennemsnittet for stationær behandling, mens alle kommunerne ligger under landsgennemsnittet for ambulat behandling. Omtrent alle kommuner i region Syddanmark ligger under landsgennemsnittet for stationær behandling, mens ca. halvdelen af kommunerne ligger over landsgennemsnittet for ambulat behandling.

## 2.10 Genindlæggelser

Genindlæggelser kan anvendes som en indikator for at sandsynliggøre et potentiale for en mere effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne. Genindlæggelser kan dog også skyldes andre forhold, hvorfor denne indikator bør anvendes varsomt.

En genindlæggelse defineres i denne sammenhæng som en ny akut kontakt indenfor 30 dage efter udskrivelse fra den primære (udløsende) indlæggelse, *jf. boks 2.2*.



**Boks 2.2****Definition på genindlæggelser**

En genindlæggelse defineres som en akut indlæggelse, der finder sted indenfor 30 dage efter udskrivelse fra den primære (udløsende) indlæggelse. Genindlæggelser som følge af ulykker (efter udskrivelse) ekskluderes fra opgørelsen, idet de generelt skønnes ikke at have relation til den primære indlæggelse, ligesom genindlæggelser, hvor patienten indskrives med en kræftdiagnose, udelukkes.

Genindlæggeshyppigheden er ikke specifik, idet genindlæggelser medtages, uanset på hvilket sygehus genindlæggelsen finder sted og uanset diagnosen ved genindlæggelse (ekskl. faldulykker og kræft, jf. ovenstående). Genindlæggeshyppigheden er køns og aldersstandardiseret.

At den benyttede genindlæggelsesindikator er antagelsesbaseret og uspecifik betyder, at genindlæggelserne ikke nødvendigvis er udtryk for uhensigtsmæssige forløb eller kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og/eller efter indlæggelse. En række af genindlæggelserne skyldes derimod forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, "Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008".

Genindlæggelser kan afspejle en uhensigtsmæssig indlæggelse, hvis der er tale om en indlæggelse, der kunne have været undgået gennem en effektiv indsats i enten kommunen eller i samarbejdet mellem region og kommune. Fx ved at sikre den rette opfølgning, medicinering eller pleje i patientens kommune eller god koordination mellem kommune og region i forbindelse med en udskrivning af en patient.

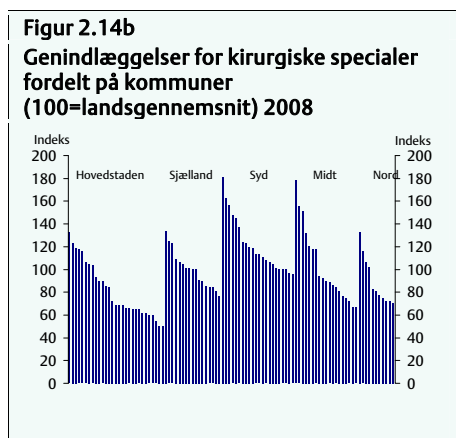
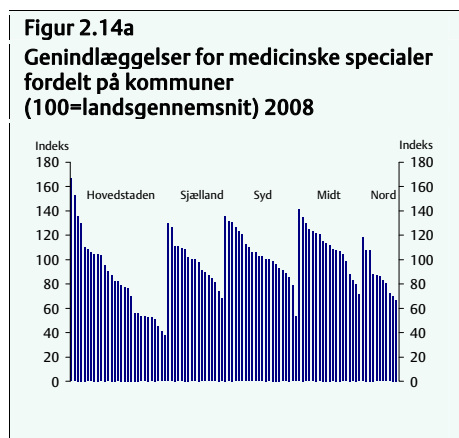
Variation i antal genindlæggelser mellem kommuner er således interessant, eftersom det med forsigtighed kan anvendes som en indikator for at sandsynliggøre et potentielt for en bedre indsats. En forebyggende indsats, som fører til færre genindlæggelser, er isoleret set forbundet med en lavere udgift til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering. Man bør dog være opmærksom på, at kommunen ikke nødvendigvis har været i kontakt med alle personer efter udskrivelsen og før genindlæggelsen.

Antal genindlæggelser varierer betydeligt mellem kommuner, *jf. figur 2.14a og 2.14b*. Der ses endvidere variation indenfor regionerne og på tværs af regionerne. Den kommune med flest genindlæggelser på det medicinske område ligger ca. 60 pct. over landsgennemsnittet, og den kommune med færrest ligger ca. 60 pct. under landsgennemsnittet. Begge kommuner ligger i region Hovedstaden.

På det kirurgiske område ligger den kommune med flest genindlæggelser ca. 80 pct. over landsgennemsnittet, og den kommune med færrest ca. 50 pct. under landsgennemsnittet. Kommunen med flest genindlæggelser ligger i region i Syddanmark og Midtjylland, og den kommune med færrest i region Hovedstaden.

En undersøgelse fra 2008 af patienter over 66 år finder, at genindlæggeshyppigheden er størst for diagnoserne astma/bronkitis (KOL), væskemangel, forstoppelse og lungebetændelse, mens den er lavest for diagnoserne gigt og slagtilfælde.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008, Sundhedsstyrelsen.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

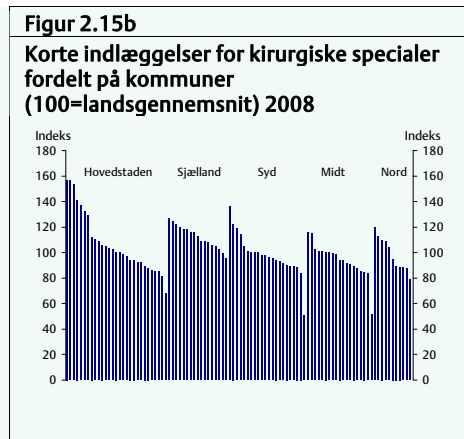
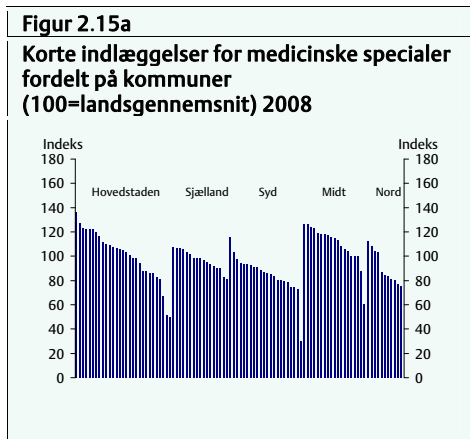
## 2.11 Korte indlæggelser

En anden indikator for at vurdere potentialet for en mere effektiv forebyggelsesindsats er korte indlæggelser. Ligesom ved genindlæggelser kan korte indlæggelser også have andre årsager end den kommunale forebyggelsesindsats, hvorfor denne indikator ligeledes skal anvendes med varsomhed.

Korte indlæggelser på en enkelt dag eller mindre kan afspejle en u hensigtsmæssig indlæggelse i den forstand, at der kan være tale om en forebyggende indlæggelse, som alternativt kunne have været løst ved en mere effektiv forebyggelse i kommunalt regi. Det kunne fx være manglende væske for ældre borgere.

Antal korte indlæggelser varierer ligeledes betydeligt mellem kommuner, *jf. figur 2.15a og 2.15b*. Der ses variation indenfor regionerne og på tværs af regionerne. Den kommune med flest korte indlæggelser på det medicinske område ligger ca. 40 pct. over landsgennemsnittet, og den kommune med færrest ligger ca. 70 pct. under landsgennemsnittet.

På det kirurgiske område ligger den kommune med flest korte indlæggelser ca. 60 pct. over landsgennemsnittet, og den kommune med færrest ca. 50 pct. under landsgennemsnittet.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Variationen i genindlæggelser og korte indlæggelser er med til at illustrere, at der eksisterer et potentiale for en mere effektiv forebyggelsesindsats. Kommunerne har til en vis grad mulighed for at påvirke borgernes indlæggelser, herunder uhensigtsmæssige indlæggelser, bl.a. via ældreplejen.

## 2.12 Særligt vedrørende ældre medicinske patienter

Som vist i afsnit 2.9 er det især de ældre medicinske patienter, der trækker på udgiften til kommunal medfinansiering. En effektiv indsats overfor ældre medicinske patienter kan dermed påvirke udgiften til kommunal medfinansiering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet offentliggjorde i 2009 en rapport om ældre medicinske patienters forbrug af sundhedsydelser og sygehusforløb herunder den eksisterende indsats på tværs af kommuner og regioner.<sup>5</sup> Rapporten finder overordnet set, at området de seneste år har været højt prioriteret for så vidt angår tilførsel af ressourcer til det regionale sundhedsvæsen, men samtidig at der potentiale for forbedringer af indsatsen.

I rapporten defineres en ældre medicinsk patient som en person på 65 år eller derover, der i løbet af et givent år har været indlagt eller i ambulant behandling på en medicinsk afdeling. Definitionen er relativ bred, hvorfor der kan være stor variation i kompleksiteten af sygdomsbillede og forbruget af sundhedsydelser indenfor gruppen.

Der har været en betydelig stigning i antallet af kontakter til sygehusvæsenet for denne gruppe. Andelen af personer på 65 og derover, som var i kontakt med en medicinsk afdeling i 2008, var 26 pct. svarende til en stigning på 4 pct. point i forhold til 2001, hvor andelen var på 22 pct. Antallet af ambulante besøg for ældre medicinske

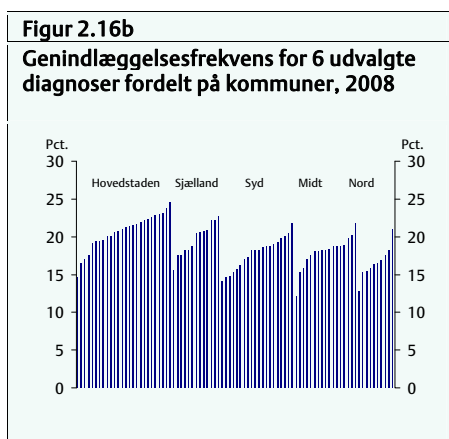
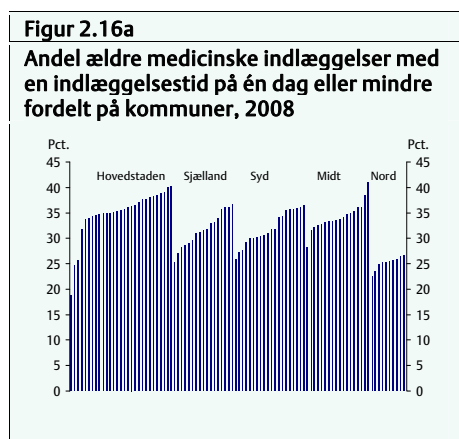
<sup>5</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "En analyse af ældre medicinske patienters forløb", oktober 2009.

patienter er således steget med 26 pct. fra 2001 til 2008, mens antal indlæggelser har været forholdsvis konstant. Der har været en stor stigning i antal ældre medicinske patienter med kun ét ambulant besøg. Hovedparten af stigningen i antal ambulante besøg – ca. 2/3 af stigningen - kan tilskrives patienter med 4 eller flere besøg.

Det fremgår af rapporten, at ca. 85 pct. af de ældre medicinske patienter indlægges på sygehuset akut, og indskrivningsforløbet involverer typisk en række forskellige offentlige aktører som ældrepleje og hjemmepleje, praktiserende læge og vagtlæge. Ligeledes involverer udskrivningsforløbet flere aktører, typisk ældrepleje og sygehus. Det er således vigtigt at sikre faste rammer for en koordineret indsats mellem sygehus og ældrepleje i forbindelse med udskrivningen af ældre medicinske patienter.

Det påpeges i rapporten, at der er et betydeligt potentiale for en forbedret tilrettelæggelse af indsatsen på sygehusene og i kommunerne. Dette kommer bl.a. til udtryk ved en betydelig variation i udgiften til kommunal medfinansiering jf. afsnit 2.1, men også ved at kigge på variationen i en række centrale indikatorer for uhensigtsmæssige indlæggelser for ældre medicinske patienter. I rapporten defineres uhensigtsmæssige indlæggelser som korte indlæggelser og genindlæggelser jf. definitionen i afsnit 2.2.

Der er fundet stor variation på tværs af kommuner med hensyn til forekomsten af korte indlæggelser og genindlæggelser for ældre medicinske patienter. Andelen af korte indlæggelser af ældre medicinske patienter var på knap 20 pct. i Bornholms kommune og mere end 40 pct. i Horsens kommune, jf. figur 2.16a. Genindlæggelsesfrekvensen spænder mellem 12,1 pct. i Skanderborg kommune og 24,6 pct. i Fredensborg kommune, jf. figur 2.16b.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret. Opgørelsen for figur 2.17a er ekskl. kræftpatienter og Fano, Læso, Samsø og Ærø kommune er udeladt af opgørelsen, da datagrundlaget er for spinkelt. De udvalgte diagnoser i figur 2.17b er blærebetændelse, gigt, hjertesvigt, KOL, lungebetændelse og slagtilfælde.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

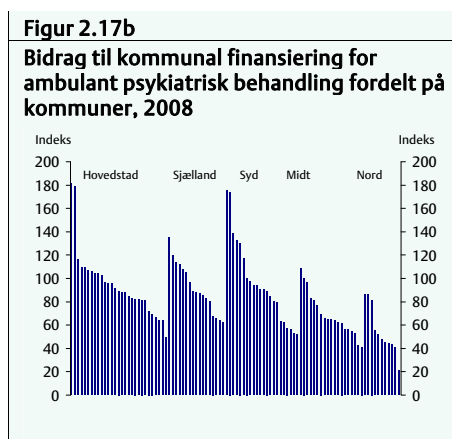
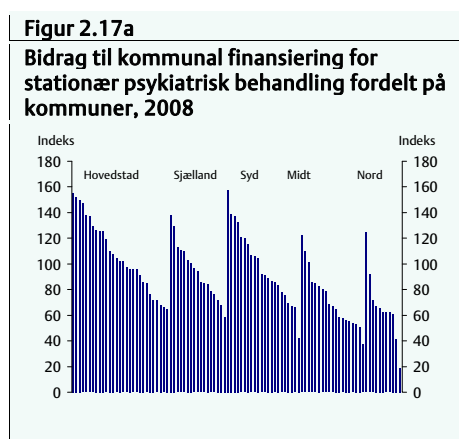
### 2.13 Kommunal medfinansiering for psykiatrien

Psykiatrien udgør ca. 6 pct. af den samlede udgift til kommunal medfinansiering heraf går ca. 2 pct. til stationær behandling og 4 pct. til ambulante behandling, *jf. tabel 2.3 ovenfor*.

Også indenfor psykiatrien kan der observeres en betydelig variation i bidraget til kommunal medfinansiering såvel indenfor regioner som på tværs af regioner, *jf. figur 2.17a og 2.17b*.

Region Hovedstaden har generelt et større bidrag til kommunal medfinansiering på psykiatriområdet end de øvrige regioner. Den største variation mellem kommunernes bidrag til medfinansiering er i region Syddanmark målt ved standardafvigelsen. De fleste kommuner i region Midtjylland og region Nordjylland ligger under landsgennemsnittet for medfinansiering.

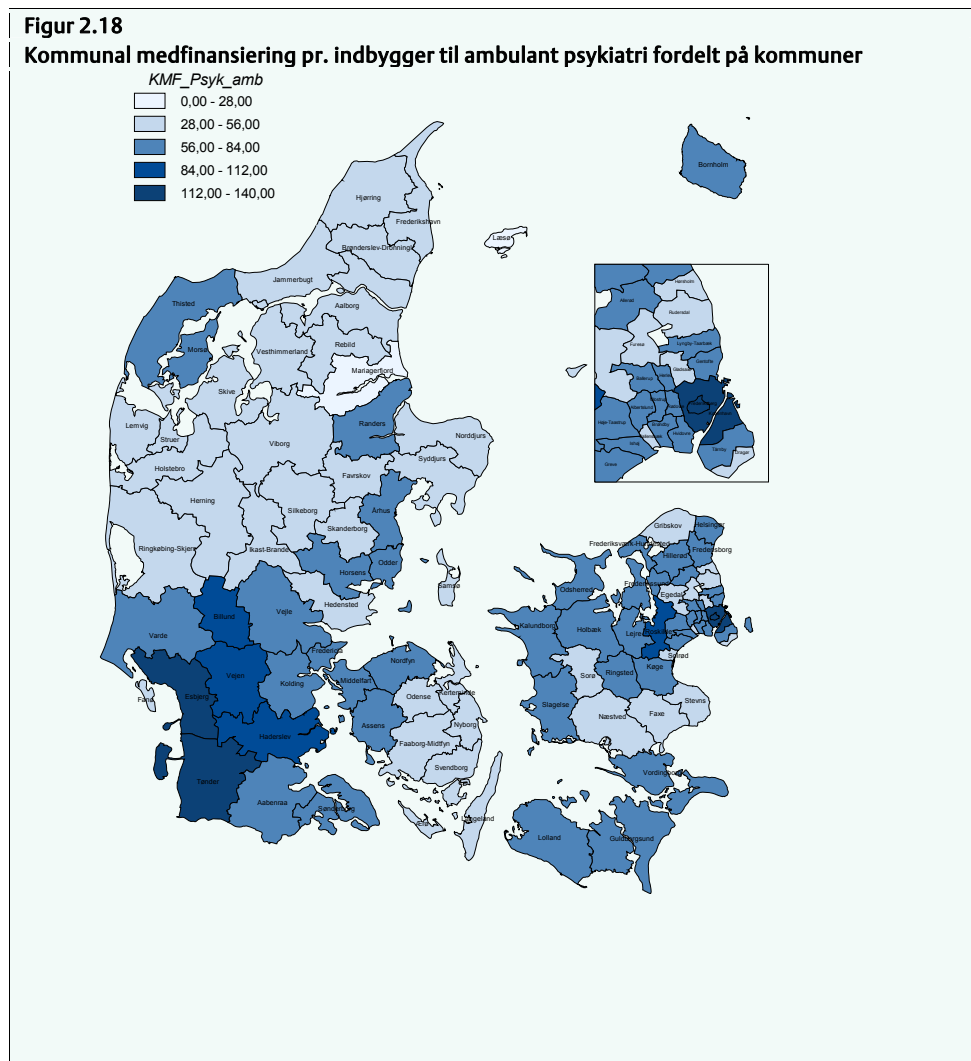
Kommunen med det største bidrag pr. indbygger ligger ca. 60 pct. over landsgennemsnittet på det stationære område og ca. 80 pct. over landsgennemsnittet på det ambulante område. Kommunen med det laveste bidrag ligger ca. 80 pct. under landsgennemsnittet for både stationær og ambulante behandling.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

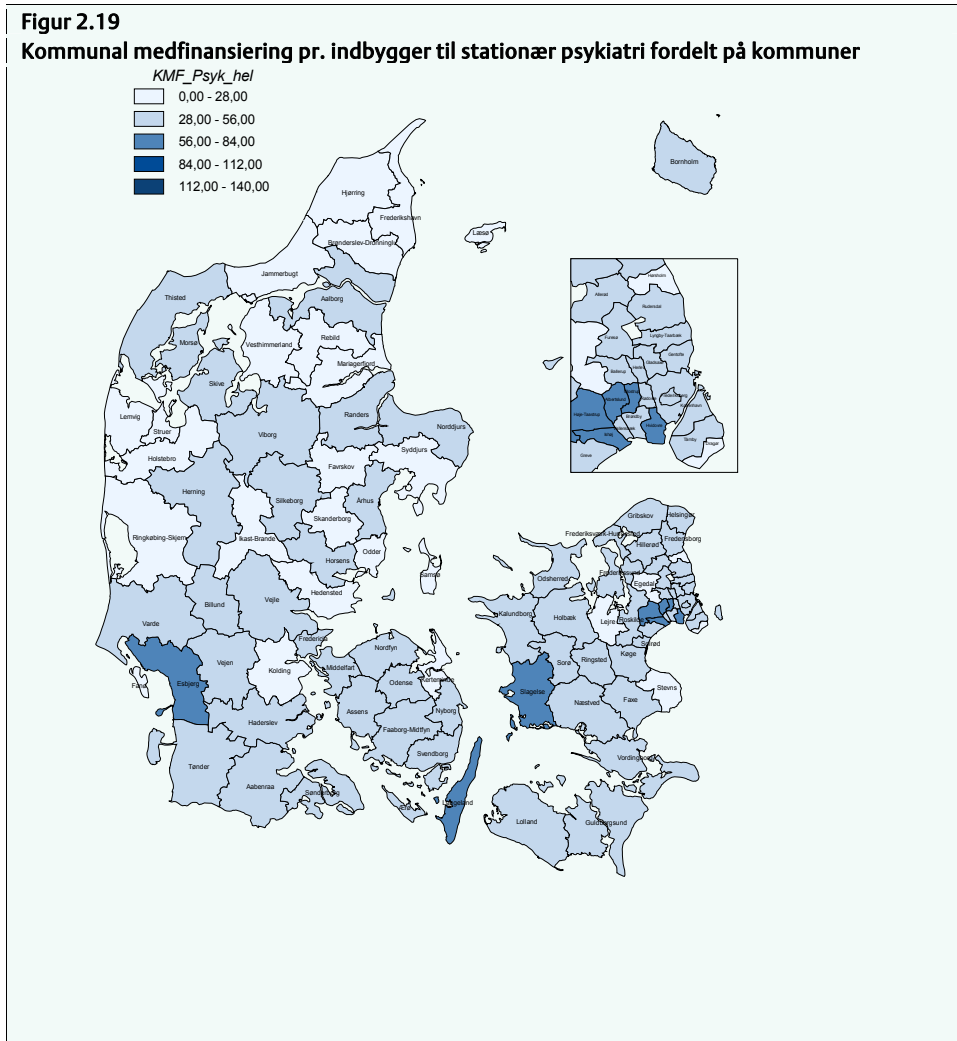
Bidraget til kommunal medfinansiering pr. indbygger til ambulante psykiatrisk behandling er størst for kommunerne i Region Hovedstaden og Region Syddanmark. I Region Hovedstaden har Københavns og Frederiksberg kommuner et bidrag på mellem 112-140 kr. og et tilsvarende niveau findes i Esbjerg og Tønder *jf. figur 2.18*.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.  
 Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Variationen i bidraget til kommunal medfinansiering mellem de forskellige kommuner kan være forbundet med geografisk placering, men kan også afspejle variation i den kommunale og regionale indsats. Endvidere kan en del af den observerede variation skyldes forskelle i socioøkonomiske faktorer mellem kommunerne.

Bidraget til kommunal medfinansiering af stationær behandling i psykiatrien er størst for kommunerne i den sydlige del af Region Hovedstaden, som har et bidrag på mellem 56-84 kr. Et tilsvarende niveau findes dog også i Esbjerg, Slagelse og Langelands kommuner, jf. figur 2.19.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

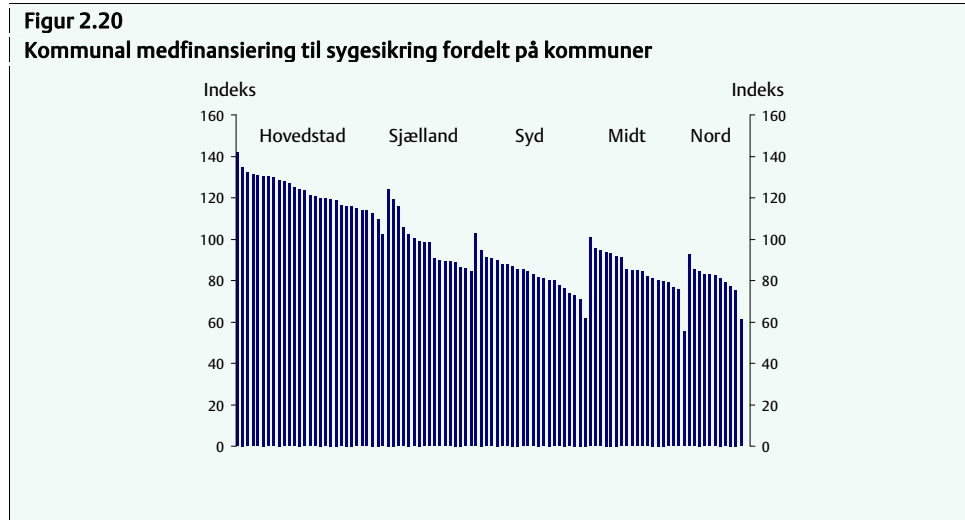
## 2.14 Kommunal medfinansiering for praksisområdet

Praksisområdet udgør godt 14 pct. af det samlede bidrag til kommunal medfinansiering.

Som for de øvrige områder kan der observeres en betydelig variation i bidraget til kommunal medfinansiering såvel indenfor regioner som på tværs af regioner, *jf. figur 2.20*.

Region Hovedstaden har et højere bidrag til kommunal medfinansiering end de øvrige regioner.

Kommunen med det største bidrag pr. indbygger ligger ca. 40 pct. over landsgennemsnittet, mens kommunen med det mindste bidrag ligger tilsvarende 40 pct. under landsgennemsnittet.

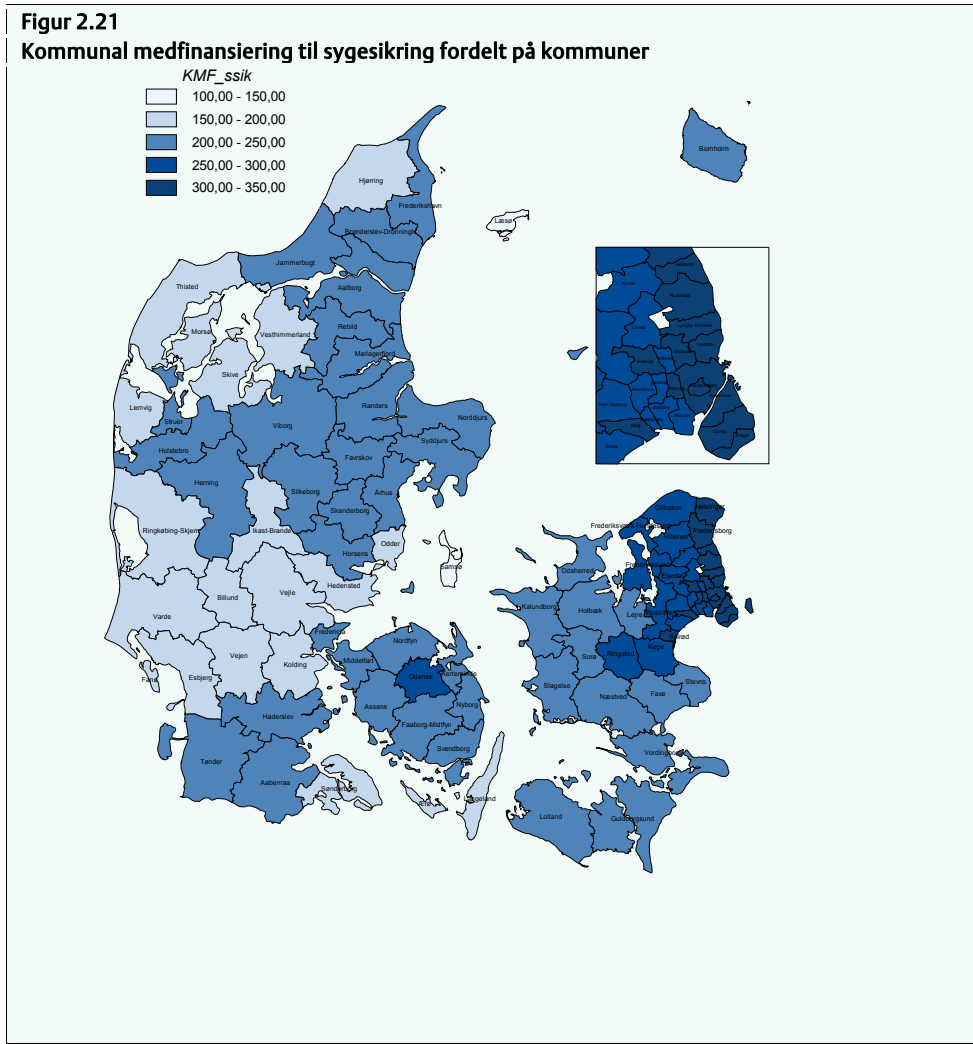


Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Bidraget til kommunal medfinansiering af praksisområdet er størst for kommunerne i Region Hovedstaden, hvor bidraget generelt er mellem 300-350 kr. pr. indbygger, *jf. figur 2.21.*





Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

### 2.15 Den kommunale pleje- og forebyggelsesindsats

Med kommunalreformen fik kommunerne med virkning fra 2007 som tidligere nævnt et øget ansvar for den borgerrettede forebyggelsesindsats og sammen med regionerne den patientrettede forebyggelse. Derudover blev genoptræning efter sygehusindlæggelse overført til kommunerne.

Med kommunalreformen skete der også en række ændringer på socialområdet. Ændringerne indebærer dels, at myndighedsansvaret og finansieringen blev kommunalt,

dels at kommunerne overtog en række konkrete opgaver fra de daværende amter, herunder bl.a. inden for socialpsykiatrien.

Der er således grænseflader mellem kommunale opgaver og det regionale sundhedsvæsen, hvor kommunale indsatser kan påvirke borgernes forbrug af regionale sundhedsydelser.

Samspillet mellem den kommunale opgaveløsning på ældreområdet og det regionale sundhedsvæsen vedrører i høj grad somatikken og samspillet om den ældre medicinske patient. Det skyldes bl.a., at mange af de borgere, som modtager kommunale ydelser, herunder hjemmesygepleje, også er i tæt kontakt med det regionale sundhedsvæsen.

<b>Boks 2.3</b>
<b>Den kommunale hjemmesygepleje</b>
Formålet med hjemmesygepleje er at forebygge sygdom og yde sygepleje og behandling til borgere med behov for det. <sup>6</sup> Hjemmesygepleje retter sig mod borgere i alle aldre og boformer. Målet er at yde en sygeplejefaglig indsats, sådan at borgeren kan blive i sit eget hjem. Udover den helt grundlæggende udførelse af sygepleje, har hjemmesygeplejen i dag også en række andre opgaver, som bl.a. vedrører koordinering af patientforløb. En spørgeskemaundersøgelse fra 2007 om hjemmesygeplejens organisering, opgavevaretagelse og specialisering finder, at det største opgaveområde er sygeplejefaglig behandling, som udgør 44 pct. af opgaverne. Rådgivning og vejledning udgør ca. 17 pct. af opgaverne, mens personlig pleje, uddannelse, ledelse og andet hver udgør ca. 10 pct. af opgaverne. <sup>7</sup>

I forhold til psykiatrien er samspillet mellem de regionale sundhedsopgaver og den kommunale opgaveløsning særlig tæt knyttet til de kommunale indsatser, som tilbydes inden for socialpsykiatrien.

Socialpsykiatrien vedrører indsatsen over for sindslidende, som foregår udenfor hospitalspsykiatrien, fx de tilbud som sindslidende modtager, efter at være udskrevet fra behandling på et psykiatrisk hospital. Indsatsen omfatter en række tilbud, der støtter sindslidende med for at få en hverdag til hænge sammen. Det kan fx være midlertidige eller længerevarende botilbud, væresteder, diverse støtte- og kontaktordninger samt beskæftigelsesrelaterede tiltag.

Den kommunale indsats vedr. forebyggelse og sundhedsfremme retter sig primært mod børn i alderen 0-17 år, alle borgere generelt eller borgere med sygdom, handicap m.m. Indsatserne finder bl.a. sted på skoler og pasningsordninger, ældreområdet, arbejdspladser.

<sup>6</sup> Vejledning om hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen, 2006.

<sup>7</sup> Kortlægning af hjemmesygeplejen, DSI og KL, 2007.

Det kendetegner en stor del af indsatserne, at de er naturligt integreret i kommunens almindelige opgaveløsning herunder de sundhedsopgaver, som kommunerne løser via ældreplejen, hjemmesygeplejen, og socialpsykiatrien.

To centrale værktøjer i den overordnede planlægning og prioritering af forebyggelsesindsatsen i kommunerne er udarbejdelsen af en sundhedspolitik og en sundhedsprofil. Sundhedspolitikken udstikker den overordnede kurs og rammer for forebyggelsesindsatsen fx prioritering af områder, indsatstyper, samt organiseringen for løsning af opgaver. Til at understøtte sundhedspolitikken kan kommunen endvidere udarbejde en sundhedsprofil, hvis formål er, at kortlægge borgernes sundhedstilstand, fx forekomst af store folkesygdomme og sundhedsadfærd for så vidt angår KRAM-faktorerne, med henblik på at målrette den borgerrettede forebyggelsesindsats.

En undersøgelse foretaget af COWI på vegne af KL i 2008 på baggrund af en stikprøve af 85 kommuner fandt, at ca. 80 pct. af kommunerne havde udarbejdet en sundhedspolitik og en sundhedsprofil.<sup>8</sup>

Undersøgelsen finder, at kommunernes forebyggelsesindsats primært retter sig mod KRAM-faktorerne, som tegner sig for knap halvdelen af alle indsatser. Den patientrettede forebyggelse udgør ca. 10 pct. af alle rapporterede indsatser og består overvejende af diagnoserettede tilbud, sundhedsfremmerådgivning og almene patientuddannelses tilbud.

Kommunerne har hovedsageligt placeret ansvaret for forebyggelsesindsatsen i en selvstændig sundhedsforvaltning eller en selvstændig sundhedsafdeling i en forvaltningsenhed med blandede opgaver. I en undersøgelse fra 2008 foretaget af Sundhedsstyrelsen havde 43 pct. af kommunerne således placeret ansvaret i en selvstændig sundhedsforvaltning, 34 pct. i en social- og sundhedsforvaltning og 19 pct. i en anden forvaltning fx børne- og unge eller ældreforvaltning.

En relativ ny tilgang i kommunerne i forhold til organisering og løsning af sundhedsopgaver herunder de nye opgaver på forebyggelsesområdet er etablering af såkaldte sundhedscentre. Formålet med et sundhedscenter er at skabe et fagligt miljø, som er i stand til at løfte og koordinere en række af de kommunale sundhedsopgaver. KLs undersøgelse fra 2008 fandt, at 52 pct. af de deltagende kommuner havde etableret et sundhedscenter, og at 13 procent af forebyggelsesindsatserne finder sted på et sundhedscenter eller tilsvarende.

Statens Institut for Folkesundhed har (i samarbejde med KL) på baggrund af en stikprøve på 18 kommuner, som alle har etableret et sundhedscenter, undersøgt sundhedscentrenes karakteristika, implementering, samarbejdsrelationer og indpasning i

---

<sup>8</sup> Kommunernes Landsforening, "Godt i gang – en kvantitativ undersøgelse af den kommunale forebyggelsesindsats i 2008", oktober 2008.

sundhedsvæsenets samlede opgaveløsning.<sup>9</sup> Undersøgelsen finder, at ud af de 18 centre fokuserer to centre alene på patientrettet forebyggelse, fire centre kun på borgerrettet forebyggelse og tolv centre fokuserer på begge områder.

Stort set alle centrene er organisatorisk placeret som en del af en sundhedsforvaltning. Hovedparten centrene har egen bygning (13 ud af de 18 kommuner), og de øvrige er ”murstensløse” og i stedet placeret på kommunens rådhus.

Sundhedscentrene har tilknyttet et tværfagligt personale, hvor de hyppigst forekommende personalegrupper er sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister og administrativt personale. Det er typisk en sygeplejerske eller en fysioterapeut, som leder centret.

Sundhedscentrene samarbejder bl.a. med praktiserende læger, sygehuse, patientforeninger og idrætsforeninger, men også private aktører fx apoteker om medicingenemgang og rygestopkurser. I undersøgelsen fremhæver kommunerne, at samarbejdspartnerne er afgørende for, at centrene kan løfte deres opgave.

Valget af samarbejdspartner afhænger i høj grad af centrets konkrete fokus og målgruppe. Fx findes et mere etableret samarbejde med sygehuse i centre, der fokuserer på patientrettet forebyggelse. For alle centrene i undersøgelsen er den praktiserende læge imidlertid den vigtigste samarbejdspartner. Samarbejdet består hovedsageligt i, at de praktiserende læger henviser borgerne til centrenes tilbud eller informerer og opfordrer deres patienter til at tage kontakt til centrene. I de fleste af kommunerne har praktiserende læger og sygehuse, hvor der samarbejdes med disse, endvidere været repræsenteret i centrets styregruppe.

## **2.16 Samarbejde mellem regioner og kommuner i henhold til sundhedsloven<sup>10</sup>**

For at styrke samarbejdet mellem regionens sygehuse, praksissektoren samt den kommunale indsats på sundhedsområdet fastlægger Sundhedsloven, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen skal nedsætte et sundhedskoordineringsudvalg. I sundhedskoordineringsudvalgene sidder repræsentanter for regionen, kommunerne samt praksissektoren.

Sundhedskoordineringsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar, herunder understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen.

Det fremgår endvidere af Sundhedsloven, at regioner og kommuner har pligt til, at indgå sundhedsaftaler på en række obligatoriske indsatsområder, hvori parternes fælles ansvar for varetagelse af opgaver fastlægges.

<sup>9</sup> Statens Institut for Folkesundhed, ”Sundhedscentre i Danmark – organisering og samarbejdsrelationer”, august 2008.

<sup>10</sup> Afsnit er baseret på: Sundhedsstyrelsen, ”Vejledning om sundhedskoordineringsudvalg og sundhedsaftaler”, 2006 og 2009.

Sundhedsaftalerne har til formål at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen på sundhedsområdet mellem region og kommune. Sundhedsaftalerne skal forelægges sundhedskoordineringsudvalget til orientering og godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsaftalerne skal på hvert indsatsområde opfylde en række krav, som vedrører beskrivelse af arbejdsdelingen, koordinering af indsatsen, herunder at sikre kommunikation mellem aktører samt til patienten/borgeren, planlægning og styring af kapaciteten, udvikling og kvalitetssikring af den tværgående indsats samt opfølgning på aftalerne.

De obligatoriske indsatsområder er:

- Indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Træningsområdet
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser.
- Opfølgning på utilsigtede hændelser.

De obligatoriske sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner har således haft til formål at sikre en klarere ansvarsfordeling mellem de forskellige myndigheder i sundhedsvæsenet herunder at opnå sammenhængende indskrivnings- og udskrivningsforløb.

I 2009 reviderede Sundhedsstyrelsen bekendtgørelse om Sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler med det formål at nedsætte deltagelsesgraden af bekendtgørelsen og dermed give kommuner og regioner større frihed i arbejdet med sundhedsaftalerne, herunder at reducere formkrav ved indsendelse af aftaler og at give kommuner og regioner bedre mulighed for at kombinere obligatoriske og frivillige aftaler.

Udover de obligatoriske indsatsområder, kan region og kommuner således også indgå frivillige aftaler, som ikke skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

En væsentlig del af kommunernes ansvar, for så vidt angår tilbud om patientrettede forebyggelse, tilvejebringes som en del af de sundhedsaftaler, som indgås med regionerne.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Forebyggelseskommissionen rapport, ”Vi kan leve længere og sundere – Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats.”, april 2009.



## 3. Det kommunale styringsgrundlag

### 3.1 Indledning

Udvalget har iht. kommissoriet fokuseret på de kommunale muligheder for at generere data til afdækning af den enkelte kommunes forbrug af sundhedsydelse og sammenligninger heraf med andre kommuner som grundlag for en fokuseret indsats og spredningen af bedste praksis på fx plejeområdet.

### 3.2 Datagrundlag for kommunerne

Der sker løbende en registrering af al regional sundhedsaktivitet, og data opsamles og formidles af Sundhedsstyrelsen via eSundhed, som er Sundhedsstyrelsens informationssystem rettet mod regioner og kommuner.

Siden finansieringsreformen på sundhedsområdet trådte i kraft 1. januar 2007 har Sundhedsstyrelsen også via eSundhed videreformidlet opgørelserne af den kommunale (med)finansiering samt den bagvedliggende aktivitet.

#### Sundhedsstyrelsens informationssystem eSundhed

eSundhed stiller på ikke-individbaseret niveau informationer til rådighed om den aktivitet på sygehuse mv., der ligger til grund for de månedlige kommunale betalinger af medfinansiering. Kommunerne bruger bl.a. denne information som grundlag for dialogen med regionerne og til at kvalificere den kommunale sundhedsindsats. Det er også eSundhed, der formidler ”regningerne” for den kommunale medfinansiering. En grundlæggende præmis i formidlingen af informationer er, at Sundhedsstyrelsen ikke har hjemmel til at videregive regionale sundhedsdata på individniveau til kommunerne.

Formidlingen af informationer til kommunerne via eSundhed foregår i tre niveauer. Niveauerne er struktureret således, at detaljeringsgraden stiger fra niveau til niveau. Herudover er der et 4. niveau, betegnet KØS (Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag), som er det mest detaljerede niveau for formidling af information på sundhedsområdet til kommunerne, og som gennemgås mere detaljeret nedenfor. Nedenfor er først beskrevet indholdet af de tre overordnede niveauer for formidling i eSundhed.

#### Niveau 1: Opgørelser af kommunernes medfinansiering

Dette niveau formidler månedlige opgørelser af den kommunale medfinansiering (kroner) for de enkelte kommuner opdelt i hovedområderne somatik, psykiatri og sygesikring (praksissektoren).

Der er mulighed for at se opgørelserne i forskellige prisniveauer/takstsystemer således at aktiviteten kan ses med forskellige års takstsystemer. Kommunerne kan ek-

sempelvis se aktiviteten for tidligere år i det mest aktuelle takstsystem og dermed opgøre tidligere års aktivitet i nuværende års takststruktur. Det kan eksempelvis bruges fremadrettet i forbindelse med budgetlægning.

Niveau 2: Standardtabeller til belysning af den kommunale medfinansiering

Dette niveau giver mulighed for yderligere detaljering ift. niveau 1. Her kan vælges opgørelser på flere statistikvariable end blot medfinansieringskroner som i niveau 1. Eksempelvis kan yderligere vælges samlet værdi, antal besøg, antal udskrivinger, antal sengedage. Disse statistikvariable kan endvidere grupperes i aldersgrupper, drøgrupper eller behandlingssteder.

Dermed giver niveau 2 mulighed for at analysere de månedlige kommunale betalinger nærmere, idet der knyttes aktivitet på. Ligesom i niveau 1 er der mulighed for at se opgørelserne i forskellige prisniveauer/takstsystemer.

Niveau 3: Analyseværktøj til belysning af den kommunale medfinansiering

Dette niveau, *jf. boks 3.1*, giver mulighed for gennem et fleksibelt dataområde at designe sin egen tabel ved at vælge indhold til forspalte, kolonner og dataområde ud fra en lang række variable. Det er ligeledes muligt at vælge variable til overordnede kriterier for tabellen således, at der dynamisk kan afgrænses i tabellen. Eksempelvis kan periode vælges som et kriterium og gennem simple klik kan der afgrænses i perioden og resultatet opdateres herefter i den dannede tabel.

<p><b>Boks 3.1</b></p> <p><b>Fakta om niveau 3 på eSundhed</b></p> <p>Niveau 3 er et avanceret værktøj, der dækker områderne somatik, psykiatri og sygesikring, og giver mulighed for yderligere detaljeringsniveau end niveau 2 bl.a. i forhold til fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktionsdiagnoser</li> <li>• behandlingsgeografi (offentligt og privat) - for offentlige hospitaler ned til afdelingsniveau</li> <li>• genindlæggelser</li> <li>• opdeling på indlæggelsestid</li> <li>• tidspunkt for indlæggelse</li> <li>• udskrivinger</li> <li>• genoptræning mv.</li> </ul>
--

Nedenstående tabel 3.1 viser et meget simpelt eksempel på de udtræksmuligheder, niveau 3 på eSundhed tillader. Af tabellen fremgår fordelingen af somatiske udskrivinger opgjort på for tre tilfældigt udvalgte diagnosekapitler samt den kommunale medfinansiering (KMF) for kommunerne København, Odense og Aalborg i 2008.

De udvalgte diagnosekapitler er:

- Sygdomme i knogler, muskler & bindevæv - (DM00-DM999)
- Sygdomme i kredsløbsorganer - (DI00-DI999)
- Sygdomme i nervesystemet - (DG00-DG999)



**Tabel 3.1**  
**Fordeling af somatiske udskrivinger og KMF ift. udvalgte diagnoser for København, Odense og Aalborg i 2008**

Betalerkommune	Diagnosekapitel	Antal udskrivinger	KMF (kr.)
<b>Total</b>		<b>27.656</b>	<b>120.625.605</b>
København	Sygdomme i knogler, muskler & bindevæv - (DM00-DM999)	4.574	19.884.843
København	Sygdomme i kredsløbsorganer (DI00-DI999)	9.448	41.092.258
København	Sygdomme i nervesystemet - (DG00-DG999)	2.337	10.207.913
Odense	Sygdomme i knogler, muskler & bindevæv - (DM00-DM999)	1.371	6.101.256
Odense	Sygdomme i kredsløbsorganer (DI00-DI999)	3.156	13.762.512
Odense	Sygdomme i nervesystemet - (DG00-DG999)	757	3.322.394
Aalborg	Sygdomme i knogler, muskler & bindevæv - (DM00-DM999)	1.801	7.954.384
Aalborg	Sygdomme i kredsløbsorganer (DI00-DI999)	3.387	14.690.898
Aalborg	Sygdomme i nervesystemet - (DG00-DG999)	825	3.609.147

Kilde: eSundhed niveau 3, 2008.

#### Et nyt niveau 4: Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS)

Adgangen til grunddata samt data fra andre kilder end de centrale sundhedsregistre er at finde i KØS, der således udgør det fjerde og mest detaljerede niveau for formidling af information på sundhedsområdet til kommunerne, jf. nærmere nedenfor.

#### **Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS)**

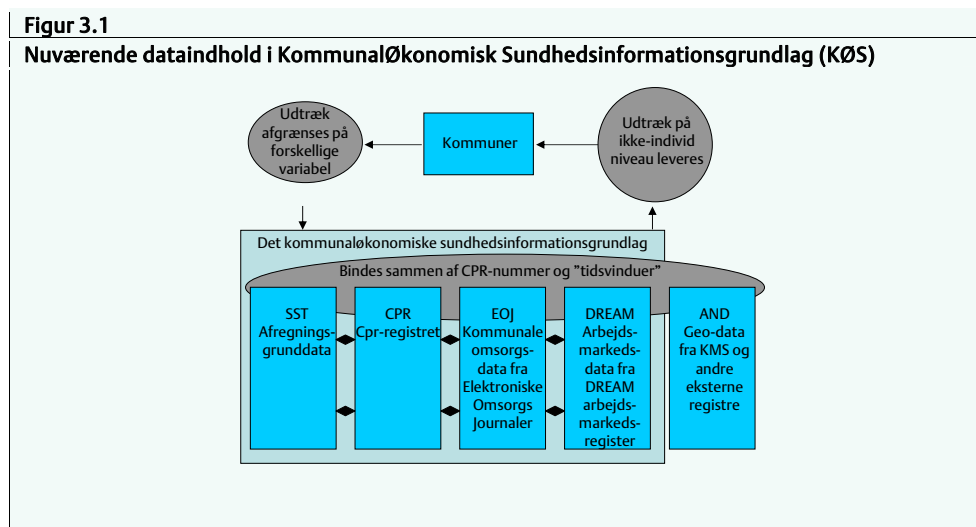
Der har udover de tilgængelige oplysninger i eSundhed været et ønske om mere detaljerede data, så kommunerne fik 1) adgang til de bagvedliggende individbaserede oplysninger med henblik på bl.a. at kunne målrette forebyggende aktiviteter mod udvalgte grupper, og 2) mulighed for at analysere sammenhænge mellem den regionale sundhedsindsats og tilgrænsende kommunale sektorer som omsorgs- og arbejdsmarkedsområdet. Dette med henblik på at indfri potentialet i den nye sundhedslovgivning.

På den baggrund besluttede KL og Sundhedsstyrelsen at igangsætte arbejdet med etableringen af et Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS) således, at kommunerne kan få stillet det bedst mulige informationsgrundlag til rådighed samtidig med at kravet om, at de ikke har mulighed for at få adgang til individdata overholdes. Netop med en placering centralt i Sundhedsstyrelsen er det sikret, at kommunerne kan tilgå oplysningerne på individniveau med henblik på at afgrænse og bearbejde data og efterfølgende eksportere resultatet på ikke individbaseret niveau.

I økonomaftalen for 2008 mellem regeringen og KL blev intentionen om udarbejdelsen af KØS skrevet ind, og i august 2008 indgik Sundhedsstyrelsen og KL aftale om etablering. Det fremgik af aftalen, at første version af KØS ville blive gjort tilgængeligt for kommunerne i foråret 2009. Således gik KØS i luften 1. maj 2009 i første og nuværende version. KØS er finansieret af KL og Sundhedsstyrelsen.

### Dataindhold

Muligheden for at imødekomme kommunernes øgede informationsbehov givet, at kommunerne ikke har mulighed for at få adgang til sundhedsdata på individniveau, søges realiseret ved at udbygge det fælles datagrundlag for afregning i Sundhedsstyrelsen. Dette er sket ved at supplere datagrundlaget med oplysninger fra eksterne systemer. Det er herefter muligt med udgangspunkt i det individbaserede centrale datagrundlag at danne aggregeringer på ikke-individ niveau, som kan gøres tilgængelige for kommunerne, *jf. figur 3.1.*



KØS består dermed grundlæggende af en berigelse af Sundhedsstyrelsens sundhedsdata med data fra eksterne registre. For nuværende er der tale om nedenstående eksterne registre med mulighed for tilføjelse af yderligere på sigt:

- CPR-registeret
- Beskæftigelsesministeriets arbejdsmarkedsregister: DREAM
- Kommunale omsorgssystemer (Elektroniske OmsorgsJournaler – EOJ-systemer)

I bilag 3.1 er en oversigt over nogle af de primære variable fra de forskellige registre, der indgår i KØS.

## Anvendelsesmuligheder

KØS har en lang række anvendelsesmuligheder for kommunerne. Udviklingen af KØS er sket i tæt samarbejde med kommunerne. Der er således etableret en referencegruppe bestående af seks kommuner og KL, der har fulgt udviklingen og været med til at udstikke retningen for KØS og fremadrettet har defineret overordnede krav til version 2 af KØS, der forventes at gå i luften medio 2010.

KØS bliver primært anvendt på to måder, der ikke har været mulighed for i de analyseværktøjer, der stilles til rådighed på eSundhed. Den *første* måde er til analyser på afgrænsede populationer. Ved at afgrænse grunddata til specifikke populationer kan der laves analyser på disse, *jf. boks 3.2*.

### Boks 3.2

#### Eksempler på analyser med afgrænsede populationer

Kommunen kan afgrænse data til:

- kun at omfatte en udvalgt population på et givet plejehjem
- kun at omfatte en given gruppe KOL-borgere, der har gennemgået et kommunalt kronikerforløb
- kun at omfatte de af kommunen kendte stofmisbrugere

Der er ovenstående eksempler tale om borgere, kommunen kender. Ved hjælp af borgernes CPR-numre kan kommunen afgrænse datagrundlaget til kun at omfatte en afgrænset population. Der kan herefter laves forskellige analyser på deres sundhedsforbrug og følge det over tid eller benchmarke det i forhold til andre grupper. Alle tre nævnte eksempler bygger på virkelige analyser som KØS har leveret datagrundlaget til.

Den *anden* måde er muligheden for at følge borgere gennem flere systemer, *jf. boks 3.3*.

### Boks 3.3

#### Eksempler på analyser, hvor borgere følges gennem flere systemer

Kommunen kan foretage analyser:

- af sammenhænge mellem forbrug i det regionale sundhedsvæsen (praksissektor eller sygehussektoren) og eksempelvis arbejdsmarkedsstatus for borgere, der modtager sygedagpenge, førtidspension eller andre arbejdsrelaterede overførselsindkomster
- af sammenhænge mellem sundhedsforbrug og leverede hjemmehjælpstimer i kommunen
- med mulighed for geografisk opdeling på fx kommunale distrikter, specifikke adresser eller GPS koordinater

Endelig er der selvfølgelig muligheden for kombinationen af ovenstående, hvor en specifikt afgrænset befolkningsgruppe følges gennem flere systemer.

Det bemærkes, at KØS-databasen tilgås på individ-niveau, men oplysningerne eksporteres derfra på ikke-individ niveau. Dermed anvendes individ-niveauet til at lave de nøjagtige afgrænsninger og berigelse af grunddatakilder, der så efterfølgende kan aggregeres og eksporteres.

### Udvikling af systemet – version 2

Første version af KØS, der har været tilgængeligt siden maj 2009, er en struktureret database indeholdende data fra ovenstående kilder DREAM-data er dog først indarbejdet i juli 2009 og EOJ-data er indarbejdet i jan. 2010 For at tilgå data kræves programmering, ligesom adgangen kræver fysisk tilstedeværelse i Sundhedsstyrelsen.

Dette har i praksis vist sig som en stor begrænsning. Indtil videre har 5-8 kommuner benyttet sig af første version af KØS-databasen.

Derfor er det besluttet at bygge en brugergrænseflade oven på databasen, hvilket sættes i drift medio 2010 som version 2.

Den nye version 2 skal primært tjene to formål. For det *første* skal den sikre adgangen til systemet via fjernopkobling inden for rammerne af eSundhed således, at brugerne kan tilgå oplysningerne hjemmefra.

For det *andet* skal brugergrænsefladen sikre, at kommunerne uden særlig programmeringsviden kan trække de nødvendige data ud af systemet ved at foretage valg af datakilder, afgrænsning, ønskede variable mv., ligesom der vil være mulighed for at uploade CPR-numre til at foretage populationsafgrænsninger i data.

### Opsamling

Samlet er der med KØS-systemet udviklet et meget udbygget datagrundlag for den kommunale indsats. Kun få kommuner har dog hidtil benyttet systemet på en konsistent måde primært på grund af den ovenfor nævnte svære tilgængelighed. Der er imidlertid tale om en voksende interesse, og med den nye mere brugervenlige version 2, der igangsættes fra medio 2010, er der skabt grundlag for, at langt flere kommuner vil kunne drage nytte af de indsamlede data, og derigennem styrke grundlaget for kommunale initiativer på sundheds-, forebyggelses- og plejeområdet. Der vurderes et stort potentiale for en øget gennemsigtighed i de kommunale sundhedstræk og en mere konsistent kommunal anvendelse af data som en integreret del af den kommunale indsats for en effektiv forebyggelses- og plejeindsats.

Systemet baserer sig som udgangspunkt på træk på kommuneniveau. Der er mulighed for at danne træk på lavere niveauer, men det kræver aktuelt særlige programmer, hvilket nogle kommuner i samarbejde med Sundhedsstyrelsen har fået udarbejdet. I den nye version 2 vil der i den nye brugergrænseflade i øget omfang kunne etableres variable, der giver mulighed for træk på lavere niveauer, ligesom kommunerne selv får mulighed for at uploade specifikke grupper af cpr-numre mhp. særlige udtræk og analyser.

## Bilag 3.1 Oversigt over dataindhold i Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS)

<b>Boks 3.4</b>
<p><b>Oversigt over dataindhold i Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS)</b></p> <p><b>De centrale sundhedsregistre</b>            Oplysninger fra Sundhedsstyrelsens registre (Landspatientregisteret, DRG-opgørelser, Sygesikringsregisteret, Diabetesregisteret, mv.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal ydelser, besøg, udskrivinger og sengedage</li> <li>• Kroner (i alt og kommunal medfinansiering)</li> <li>• Forbrug og ydelser i praksissektoren</li> <li>• Genoptræning</li> <li>• Diagnoser, DRG-grupper, procedurer, bopæl, behandlingssted (både offentlige og private sygehuse), sygehusafdelinger, mv.</li> <li>• Diabetesregister</li> </ul> <p><b>CPR-registeret</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personoplysninger (CPR-nummer, køn, alder, civilstand, etnicitet, mv.)</li> <li>• Distriktsoplysninger (skole, post, social, kirke, varme, mv.)</li> <li>• Adresseoplysninger (vejkoder, numre, mv.)</li> <li>• Geo-data (GPS-koordinater)</li> </ul> <p><b>Beskæftigelsesministeriets arbejdsmarkedsregister - DREAM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status i arbejdsmarkedssystemet               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sygedagpengemodtager</li> <li>○ Førtidspension</li> <li>○ Dagpengemodtager</li> <li>○ Kontanthjælp, starthjælp, aktivering, arbejdsmarkedsuddannelse, skåne/fleks-job, SU, Barsel, mv.</li> </ul> </li> <li>• Matchvurdering (arbejdsduelighedsvurdering)</li> </ul> <p><b>Kommunale omsorgssystemer – EOJ-systemer (Elektroniske OmsorgsJournaler)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjemmehjælpsbesøg registreret med et start-/sluttidspunkt</li> <li>• Indberetning af alle borgere der er visiteret efter reglerne om frit valg</li> <li>• Visitationer som kan opdeles på praktisk hjælp og personlig pleje</li> <li>• Visitationer som ikke kan opdeles på praktisk hjælp og personlig pleje</li> <li>• Boligtilbud</li> <li>• Genoptræning/vedligeholdelsestræning</li> <li>• Forebyggende hjemmebesøg</li> <li>• Leverede besøg som kan opdeles på praktisk hjælp og personlig pleje</li> </ul> <p>Anm.: Ovenstående ikke er en udtømmende beskrivelse af dataindholdet, men en præsentation af de primære oplysninger fra de forskellige registre.</p>



### DEL III – OVERVEJELSER





## 4. Kommunal medfinansiering

### 4.1 Indledning

Belysningen af den kommunale medfinansiering i kapitel 2 viser, at den aktivitetsafhængige medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter for kommunens indbyggere afspejler sundhedstrækket i kommunerne. Kommuner med en høj sundhedsudgift pr. indbygger har tilsvarende et højt bidrag til kommunal medfinansiering pr. indbygger.

Der kan endvidere konstateres en betydelig variation mellem kommunerne i den kommunale medfinansiering pr. indbygger. Denne forskel ses også efter, at der er taget højde for forskelle i borgernes sammensætning af køn og alder. Der er også forskelle mellem kommunerne i forhold til indikatorer som genindlæggelser og korte indlæggelser.

En del af forskellen er forbundet med forskelle i sociale forhold, geografisk placering samt regions- og sygehusspecifikke forhold, men indikationen er, at nogle kommuner er 'bedre' til pleje og forebyggelse end andre, og at der dermed er et potentiale for en bedre kommunal pleje- og forebyggelsesindsats.

Nedenfor belyses mulighederne for en yderligere styrkelse af det kommunale incitament til en god forebyggelses- og plejeindsats gennem en øget aktivitetsafhængig medfinansiering.

Det bemærkes, at datagrundlaget fortsat er beskedent, da der kun ligger data for 2 år, og at effekterne af indførelsen af den kommunale medfinansiering fra 2007 i forhold til den kommunale forebyggende indsats dermed ikke kan aflæses endnu.

### 4.2 Det somatiske område

Det somatiske område omfatter samlet ca. 65 mia. kr. eller ca. 70 pct. af de regionale sundhedsudgifter i 2008. Det er dermed det langt mest betydende område. Det er også det område, hvor den aktivitetsbestemte kommunale betaling er størst, med knap 8 mia. kr. (2008-aktivitet i 2009-takstniveau) eller knap 80 pct. af den samlede aktivitetsbestemte medfinansiering.

I forlængelse heraf vil der være et særligt fokus på dette område i forhold til overvejelserne om en øget kommunal medfinansiering. Et væsentligt sigte hermed er bl.a. at reducere antallet af unødvendige indlæggelser og genindlæggelser via en effektiv kommunale forebyggelses- og plejeindsats.

### 4.2.1 Fordele og ulemper ved en ændret kommunal medfinansiering

Vurderingen af fordele og ulemper ved at ændre den kommunale medfinansiering tager udgangspunkt i fem parametre/hensyn, *jf. boks 4.1*, som også indgik som centrale parametre i forbindelse med medfinansieringens introduktion fra 2007, *jf. kapitel 1*.

<p><b>Boks 4.1</b></p> <p><b>Vurderingsparametre</b></p> <p>Vurderingen af fordele og ulemper ved at ændre den kommunale medfinansiering tager udgangspunkt i fem parametre/hensyn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adfærd og incitamenter set i forhold til formålet: en yderligere tilskyndelse til en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats</li> <li>• Hensyn om at undgå risiko for kassetækning</li> <li>• Hensyn om at begrænse byrdefordelingseffekter</li> <li>• Stabilitetshensyn i forhold til den kommunale økonomi (kommunal budgetsikkerhed)</li> <li>• Enkelthed/administrative hensyn</li> </ul>
--

#### Adfærd, incitamenter og effekt

Det somatiske område er kendetegnet ved, at der principielt er en klar snitflade i forhold til det øvrige sundhedssystem. Patienter indlægges på et sygehus, enten ved visitation af en praktiserende læge eller speciallæge (akut eller henvist til elektiv behandling), eller gennem opkald til 112 og dermed visitation gennem det præhospital system. Der er enkelte regioner, der fortsat ikke forudsætter lægelig visitation for skadestuebesøg, men dette forudsættes ændret i forbindelse med etableringen af de kommende års nye sygehusstruktur i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

Praksislægen som 'gate-keeperen' i systemet foretager en visitation til sygehuset eller håndterer selv behandling/udredning af patienten. Det er således i de konkrete situationer en sundhedsfaglig vurdering, om en person indlægges eller ej. Kommunerne har muligheder for at påvirke deres borgeres træk på sundhedsvæsenet, herunder omfanget af indlæggelser, gennem deres generelle og specifikke forebyggelse- og plejeindsats/tiltag.

Der sker løbende en udvikling på det sundhedsfaglige område, som også konkret kan betyde, at patienter, der tidligere behøvede sygehusindlæggelse og/eller ambulante behandlinger, kan håndteres af praksislægen. Denne udvikling vil bl.a. være et resultat af løbende forbedringer af behandlingsmulighederne, og vil igen bero på en sundhedsfaglig afgørelse.

Der er med den kommunale medfinansiering tale om et yderligere incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses- og plejeopgaven. Fokus skal både være på den typisk langsigtede forebyggelse og på plejeopgaven, der har en mere kortsigtet karakter. Med en generel ordning blev der lagt op til, at kommunerne lokalt identificerer de områder, hvor de kan arbejde mere målrettet med den indsats,

der kan øge kvaliteten og sammenhængen i den kommunale forebyggelse på tværs af de kommunale sektorer. Modellen giver samtidig mulighed for, at regioner og kommuner i fællesskab kan tilrettelægge og samordne deres indsats på sundhedsområdet, ud fra de konkrete lokale forhold og prioriteringer.

Finansieringsmekanismen betyder, at den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering for det kommende år beregnes ud fra den forudsatte aktivitet, og herefter fordeles på kommunerne efter bloktilskudsnøglen. Hvis den enkelte kommune trækker relativt lidt på de regionale sundhedsydelse vil man dermed opnå en nettogevinst i det pågældende år, mens det omvendte er tilfældet, hvis sundhedstrækket ligger over sammenlignelige kommuners.

For den enkelte kommune giver medfinansieringen et økonomisk incitament til at udvikle pleje- og forebyggelsesindsatsen. Den kommunale medfinansiering er ikke et instrument til udvikling af egentlige kommunale behandlingstilbud.

Heri ligger dermed også, at fokus skal være på at varetage forebyggelses- og plejeopgaven så effektivt som muligt, således at unødige indlæggelser mv. forebygges og borgernes træk på sundhedsvæsenet begrænses i muligt omfang, også på langt sigt jf. den langsigtede karakter af fx forebyggelsen af kroniske sygdomme.

Ovenstående betyder samlet, at en øget kommunal aktivitetsbestemt finansiering vil betyde en øget synlighed af den økonomiske betydning af borgernes sundhedstilstand. Dette styrkede incitament skal ses i sammenhæng med de øvrige udgiftskonsekvenser som knytter sig til borgeres sundhedstilstand, fx i forhold til arbejdsmarkedet, det sociale system og plejesektoren.

### **Kassetænkning (den regionale adfærd)**

På det somatiske område er det i hovedsagen sygehusene, der fastlægger den konkrete behandlingsform og prioritering af patienter. Den foretagne behandlingsform har direkte betydning for størrelsen af den kommunale medfinansiering til den region, hvor sygehuset er beliggende. Det er derfor afgørende, at medfinansieringskonstruktionen ikke ændrer på, at beslutning om behandling i det regionale sundhedsvæsen er rent sundhedsfagligt begrundet og med prioritering af de mest syge.

Konstruktionen med en procentvis betaling kombineret med et loft for den maksimale betaling indebærer allerede i dag forskel på den kommunale relative medfinansiering af sygehusydelse. På de billigste behandlinger får regionen den højeste omkostningsdækning via den kommunale betaling, mens den kommunale betaling for de dyreste behandlinger relativt set er marginal for regionen. Med de nuværende satser vil den relative kommunale medfinansiering ikke kunne udgøre mere end 30 pct. – og loftet på 4.804 kr. sætter en nominal grænse for medfinansieringens størrelse. Samtidig er der ikke i dag forskel på betalingsandele og lofter mellem forskellige diagnoser.

Det betyder, at man skal være opmærksom på, om ændringer i procentsatser og løfter forskubber balancen. En differentieret medfinansiering med forskellige medfinansieringssatser for tæt-substituerbare sygehusbehandlinger er fx problematisk, med mindre man kan basere sig på en diagnoseopdeling uden overlap.

En øget procentsats vil endvidere betyde, at den regionale, relative omkostningsdækning via den kommunale medfinansiering øges for en stor gruppe behandlinger, hvilket igen isoleret set øger risikoen for, at den regionale adfærd påvirkes, dvs. at der er risiko for en slags takststyring af den regionale aktivitet, frem for grundlag i en sundhedsfaglig prioritering/vurdering. Det vil særligt være tilfældet, hvis den kommunale takstdækning nærmer sig eller overstiger den marginale regionale omkostning ved en behandling. Der foreligger ikke sikker viden om, hvad marginaludgifterne ved givne sygehusbehandlinger udgør i forhold til gennemsnitsudgiften.

Man skal derfor være varsom med at øge medfinansieringsprocenten. Risikoen for påvirkning af den regional adfærd gennem høj marginal omkostningsdækning sætter også i sig selv grænser for muligheden for at øge den kommunale medfinansiering gennem differentierede satser, hvor præmissen netop vil være at indføre en særligt høj betaling for fx udvalgte behandlinger.

Man skal endvidere være opmærksom på, at man ved ændringer fastholder balancen mellem behandlingsformer, der er substituerbare. Det vil sige, at takststrukturen på de somatiske behandlinger som udgangspunkt skal være ens for indlagte og ambulante patienter, og tilsvarende afspejlet i takststrukturen for speciallægebehandlinger, hvor der kan være en vis substitution i forhold til ambulante sygehusbehandlinger.

### **Byrdefordelingseffekter**

Udvalgets kommissorium fastlægger, at eventuelle ændringsforslag ikke forudsættes at indebære væsentlige fordelingsmæssige effekter. Problematikken er her, at nuværende forskelle mellem kommunerne i betalingen af kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering alt andet lige øges, hvis den aktivitetsbestemte finansiering øges.

Der vil i princippet være to effekter for kommunerne. For det første en direkte effekt som følge af forskelle i den enkelte kommunes borgeres træk på regionale sundhedsydelser. For det andet en effekt som følge af, at den aktivitetsbestemte finansiering i dag medregnes i kommunernes nettodriftsudgifter, mens det kommunale grundbidrag ikke medregnes. Ændringer i retning af en øget aktivitetsbestemt finansiering vil dermed øge nettodriftsudgifterne, og derigennem det opgjorte udgiftsbehov, hvilket i sidste ende øger den andel af bloktilskuddet, der fordeles efter via landsudligning, og omvendt reducerer den del, der fordeles efter indbyggertal.

Tilsvarende kan der være effekter for de enkelte regioner, da den regionale indtægt via den kommunale aktivitetsfinansiering afspejler den konkrete aktivitet i regionen i året, og dermed ikke fuldstændigt afspejler den forudsatte finansiering, der afspejler bloktilskudsnøglen. Hensigtsmæssigheden af en sådan usikkerhed i forhold til en en-

kelt komponent i den regionale finansiering, skal overvejes nærmere i det omfang, den aktivitetsbestemte finansiering øges, da usikkerheden i forhold til den regionale finansiering dermed alt andet lige tilsvarende forøges, ligesom der samtidig sker en påvirkning af de regionale incitamentet jf. ovenfor.

Man skal derfor være opmærksom på størrelsesordenen af de byrdefordelingsmæssige konsekvenser, jf. herunder at en forebyggelsesindsats i kommunerne som udgangspunkt må forudsættes at have en vis tidshorisont før effekterne slår mærkbart igennem.

Vurdering af de byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommuner og regioner ved ændringer vil skulle analyseres af Finansieringsudvalget, jf. iht. udvalgets kommissorium sammenhængen med Finansieringsudvalgets løbende arbejde.

### **Stabilitetshensyn i forhold til den kommunale økonomi**

Et væsentligt hensyn i forhold til den kommunale budgetsikkerhed er det stabilitetsmæssige i forhold til de enkelte kommuners økonomi. Som nævnt ovenfor beregnes og fordeles den kommunale medfinansiering på kommuner ud fra forudsat aktivitet og bloktilskudsnøglen.

I det omfang medfinansieringsandelen differentieres mellem behandlinger eller mellem aldersgrupper mv. vil forskelle fra år til år i sundhedstrækkets konkrete sammensætning i en kommune tilsvarende slå ud i forskelle i medfinansieringen. Det betyder også reelt, at vanskeligheden ved at forudsige medfinansieringens størrelse for den enkelte kommune øges, ligesom risikoen for uforudsete budgetproblemer kan øges.

### **Enkelthed/administrative hensyn**

Alle ændringer af konstruktionen skal vurderes i forhold til deres betydning for enkeltheden i systemet, således at bestemte hensyn ikke ukritisk fremmes på bekostning af overskueligheden af systemet. En øget kompleksitet vil kunne mindske gennemskueligheden og øge de administrative omkostninger på både sygehuse og i den regionale og kommunale administration, herunder til registrering og kontrol.

#### **4.2.2 Overvejelser om differentierede takster**

Der er ikke i dag forskelle på betalingsandele og lofter mellem eksempelvis forskellige diagnoser eller i forhold til forskellige aldersklasser. Den eksisterende model indeholder alene en implicit differentiering af den kommunale medfinansiering i forhold til tyngden af behandlingen, idet de fastlagte nominelle lofter indebærer, at den kommunale medfinansieringsandel er relativt lav på de dyreste behandlinger.

Udvalget kan iht. kommissoriet også overveje differentierede modeller. Udvalget har derfor konkret vurderet muligheden for at differentiere betalingen efter alder og efter den konkrete behandling, dvs. en differentiering efter diagnose og diagnosegrupper. Udvalget har som led heri også overvejet muligheden for en slags 'negativliste', dvs.

udtagningen af konkrete behandlinger/diagnoser, hvor der ikke opkræves kommunale medfinansiering.

### Fokus på de ældre medicinske patienter

Sigtet med et yderligere styrket kommunalt incitament er ikke mindst et øget kommunalt fokus på at reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser via en effektiv forebyggelses- og plejeindsats.

De konstaterede forskelle på indikatorerne for de ældre patienter kunne tale for at øge den kommunale medfinansiering for denne gruppe, begrundet med, at man dermed ville prioritere det kommunale fokus på dette område. Hertil kommer, at det kan argumenteres, at kommunerne særligt i forhold til de ældre borgere har en tæt og daglig kontakt via plejeindsatsen, og at man derigennem har bedre muligheder for at forebygge unødige indlæggelser i forhold til denne gruppe.

De ældre patienter tegner sig samlet for knap 40 pct. af den samlede stationære og ambulante somatiske aktivitet, svarende til knap 18 mia. kr. Heraf udgør de ældre medicinske patienter godt 10 mia. kr., svarende til ca. 22 pct. af den samlede aktivitet, jf. tabel 4.1.

<b>Tabel 4.1</b>			
<b>Fordeling af den somatiske aktivitet (opgjort i produktionsværdi) på patienter over og under 65 år</b>			
<b>(mio. kr.)</b>	<b>Stationær aktivitet</b>	<b>Ambulant aktivitet</b>	<b>I alt stationær og ambulante aktivitet</b>
Patienter under 65 år	16.978	10.829	34.286
Patienter over 65 år	13.179	4.564	17.743
- heraf medicinske patienter	7.355	2.788	10.143
I alt	30.157	15.393	45.550

Anm.: Produktionsværdi er opgjort i mio. kr. 2008-takstsystem, antal kontakter er opgjort i 1.000.  
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

### Aldersdifferentiering

En differentieret tilgang med fokus på de ældre patienter kan baseres på en særligt høj sats for de +65-årige, dvs. en aldersdifferentiering. Hensynet til at undgå en for stor omkostningsdækning pr. behandling for regionerne for konkrete behandlinger i forhold til alder, med deraf følgende risiko for kassetækning eller forvriddning, taler for, at ændringer tager udgangspunkt i en justering af de maksimale lofter og ikke en ændring af medfinansieringsprocenten.

For det stationære område er beregnet konsekvenser ved en forøgelse af loftet fra 4.616 kr. (2008) og indtil 13.000 kr., mens der for det ambulante område og speciallægerne er forudsat en forøgelse af loftet fra 307 kr. (2008) og indtil 867 kr.

En forøgelse af lofterne for patienter over 65 år vil indebære en markant forøgelse af andelen af behandlinger omfattet af fuld kommunal medfinansiering, jf. tabel 4.2.

**Tabel 4.2**  
**Andel aktivitet omfattet af fuld kommunal medfinansiering ved forskellige maksimale lofter for medfinansieringen – patienter over 65 år**

(pct.)	Maksimalt loft				Samlet aktivitet <sup>1</sup>
	4.500	7.000	10.000	13.000	
<b>Stationære</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	11,2	25,3	41,7	51,2	13.179
Andel kontakter	29,2	52,0	71,9	80,3	378
Andel af DRG grupper	22,3	40,3	55,8	64,2	534
<b>Ambulante</b>	<b>300</b>	<b>467</b>	<b>667</b>	<b>867</b>	
Andel af samlet produktionsværdi	2,0	19,2	37,1	52,0	4.564
Andel kontakter	4,6	39,2	67,5	81,7	2.136
Andel af DRG grupper	1,4	7,2	25,4	38,4	138

1) Produktionsværdi er opgjort i mio. kr. 2008-takstsystem, antal kontakter er opgjort i 1.000.  
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

En loftforøgelse fra ca. 4.600 til 13.000 kr. på det stationære område betyder, at andelen af behandlinger, der bliver omfattet af fuld kommunal medfinansiering på 30 pct., øges fra knap 30 pct. til over 80 pct. På det ambulante område er effekten endnu mere markant, men en forøgelse af andelen fra knap 5 pct. til over 80 pct. hvis loftet forøges fra 300 til 867 kr.

En øget kommunal medfinansiering for de ældre patienter over 65 år gennem øgede lofter for den kommunale betaling vil således have en markant effekt i forhold til de omfattede behandlinger.

En uhensigtsmæssighed ved en specifik ændring af loftet for de ældre patienter over 65 år vil være, at kommunerne får en tilskyndelse til at prioritere indsatsen i forhold til de aldersgrupper, hvor medfinansieringsandelen er størst, mens der vil være en relativt mindre tilskyndelse til at prioritere de aldersgrupper, hvor der gælder en lav medfinansieringsandel. Det kan konkret betyde, at kommunerne vil få en forskellig tilskyndelse i forhold til at hjælpe over og under en bestemt aldersgrænse, uanset at der kan være tale om personer i samme situation.

Det kan fx forekomme vanskeligt at begrunde, at kommunerne skal have et særligt incitament for at prioritere indsatsen for personer på f.eks. 65 år højere end personer på 64 år. Tilsvarende kan der være en relativt mindre tilskyndelse for kommunerne til at fokusere på andre grupper, hvilket alt andet lige indebære risiko for en uhensigtsmæssig og kortsigtet prioritering i forhold til den kommunale forebyggelsesindsats, jf. at fx at de unge i dag senere i livet kan blive kronikere gennem usund kost, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet, og at forebyggelsesindsatsen i sin natur er langsigtet.

Der vil endvidere være en kassetækningsproblematik, der indebærer risiko for en forvriddning i forhold til en prioritering efter rent sundhedsfaglige kriterier.

### **Ældre medicinske patienter**

Der findes ikke en entydig afgrænsning af, hvad der forstås ved ældre medicinske patienter. I tidligere analyser er afgrænsningen personer på 65 år eller derover, der i et givet år har været indlagt eller i ambulante behandling på en medicinsk afdeling.

Baseret på denne afgrænsning er billedet af konsekvenserne af en loftsforøgelse det samme som gælder personer over 65 år, dvs. en væsentligt øget andel behandlinger omfattet af fuld kommunal medfinansiering (på 30 pct.), *jf. tabel 4.3.*

<b>Tabel 4.3</b>					
<b>Andel aktivitet omfattet af fuld kommunal medfinansiering ved forskellige maksimale lofter for medfinansieringen – medicinske patienter over 65 år</b>					
<b>(pct.)</b>	<b>Maksimalt loft</b>				<b>Samlet aktivitet<sup>1</sup></b>
	<b>4.500</b>	<b>7.000</b>	<b>10.000</b>	<b>13.000</b>	
<b>Stationær behandling</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	13,2	29,1	50,0	60,4	7.355
Andel kontakter	30,7	54,1	77,4	85,9	230
Andel af DRG grupper	23,8	43,2	59,2	69,2	412
<b>Ambulant behandling</b>	<b>300</b>	<b>467</b>	<b>667</b>	<b>867</b>	
Andel af samlet produktionsværdi	0,0	17,1	43,5	60,3	2.788
Andel kontakter	0,1	41,8	76,5	91,4	1.106
Andel af DRG grupper	0,8	4,9	33,6	59,0	122

1) Produktionsværdi er opgjort i mio. kr. 2008-takstsystem, antal kontakter er opgjort i 1.000.  
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Hvis der alene ses på de ældre medicinske patienter er der endog en større andel af de behandlinger, der fuldt ud omfattes af kommunal medfinansiering på hhv. ca. 86 pct. og 91 pct. for det stationære og ambulante område.

Da afgrænsningen af de ældre medicinske patienter også betyder en afgrænsning efter alder, indebærer en sådan differentiering de samme typer af problemer som en differentiering, der alene sker på alder, *jf. ovenfor.* Afgrænsningen vil endvidere også omfatte personer, der har været indlagt til en operation, og efter operationen er overflyttet til en medicinsk afdeling.

### **Differentiering efter diagnoser eller diagnosegrupper**

En anden tilgang kan være en differentieret kommunal medfinansiering med forskellige medfinansieringssatser for de enkelte behandlinger. Der kan her tænkes flere forskellige muligheder for differentiering, fx på brede sygdomsgrupper, på specifikke diagnoser eller på patientgrupper, fx kroniske patienter. En alternativ tilgang kan være at differentiere ved fx at fjerne medfinansieringen for visse behandlinger/sygdomme.



Udvalget har som led i analyserne af generelle ændringer, jf. afsnit 4.2.3, også opgjort hvilke sygdomsgrupper på det stationære område (MDC-grupper, der grupperer de ca. 600 DRG-grupper i 27 overordnede grupper ud fra, hvor på kroppen sygdommen kan henføres til), der er hyppigst blandt de ældre medicinske patienter. Opgørelsen viser, at sygdomme i kredsløbsorganerne (fx hjerte- karsygdomme) og sygdomme i åndedrætsorganerne (fx lungesygdomme, bronkitis og luftveje) samlet tegner sig for næsten halvdelen af alle kontakter.

Analyserne viser også, at et øget loft for de fire MDC-grupper, hvor de ældre medicinske patienter har en betydelig aktivitet, og/eller hvor gruppen er markant overrepræsenteret i forhold til øvrige patientgrupper, vil have en vis effekt.

Mange sygdomme/diagnoser kan imidlertid placeres i forskellige MDC-grupper, hvorfor en differentiering vil bidrage til at gøre incitamentsstrukturen mere uigennemsigtig. Eksempelvis kan diagnoser inden for betændelsesygdomme mv. grupperes til sygdomme i åndedrætsorganer (MDC 4), i fordøjelsesorganerne (MDC 6) og i nyre og urinveje (MDC 11) mfl.

En anden tilgang kan være at udsondre de konkrete behandlinger, hvor kommunen bedst vurderes at kunne påvirke/forebygge diagnosen. Man kan således fx tale om en 'positivliste', hvor man udsondrer forskellige behandlinger, hvor de kommunale påvirkningsmuligheder er særligt gode. Samtidig kan man helt fjerne den kommunale betaling på diagnoser, hvor de kommunale forebyggelsesmuligheder er fraværende.

Det er imidlertid forbundet med store vanskeligheder præcist at definere de behandlinger, hvor kommunen har/ikke har påvirkningsmuligheder. Den generelle forebyggelse har fx betydning i forhold til mange sygdomsområder, og en udsondring af behandlinger, hvor der slet ikke er kommunal påvirkning er alt andet lige relativt begrænset, de typiske eksempler er graviditet. Men også i forhold til fx graviditeter vil kommunernes indsats potentielt kunne have en indflydelse på belastningen af det regionale sundhedsvæsen. Forhold som f.eks. høj forekomst af overvægt blandt gravide kan således føre til flere og mere komplicerede og dermed mere udgiftskrævende fødsler, og DRG-taksten for fødsler varierer betydeligt, afhængigt af kompleksitet mv.

Det er også et generelt og betydeligt problem i forhold til differentiering efter diagnoser, at det er meget vanskeligt præcist at afgrænse bestemte behandlinger.

Der er således i dag omkring 10.000 forskellige diagnoser og ca. 6.000 forskellige operationer og behandlinger, der i DRG-systemet er grupperet i ca. 740 DRG- og DAGS-grupper, jf. nærmere om DRG-systemets opbygning i bilag 4.1. Det ville være et meget omfattende arbejde at skulle sortere disse grupper og fastsætte forskellige medfinansieringsandele, hvis det konkret skal vurderes for hver enkelt diagnose, hvilke muligheder kommunerne har for at forebygge borgeres træk på sundhedsvæ-

senet som følge af de enkelte diagnoser, jf. senere. Og der vil kunne udpeges talrige diagnoser, hvor afgrænsningen kunne gøres til genstand for diskussion.

Der vil således være en betydelig kompleksitet og manglende gennemsigtighed, hvis den kommunale og regionale administration skal være opmærksom på forskellige økonomiske virkninger afhængigt af den præcise diagnose blandt i alt ca. 10.000 diagnoser.

Vanskelighederne ved at anvende DRG-systemet ved en differentiering af taksterne for udvalgte sygdomsområder er konkret illustreret i boks 4.2.

#### **Boks 4.2**

##### **DRG-systemet og differentiering efter diagnose**

Vanskelighederne ved at anvende DRG-systemet ved en differentiering af taksterne kan også illustreres med udgangspunkt i eksempler på udvalgte sygdomsområder som lungebetændelse, dehydrering, og blærebetændelse. Selve afgrænsningen kan være problematisk, idet selve sygdommen kan være en del af det samlede sygdomsbillede. Det er derfor ikke nødvendigvis sikkert at den bliver registreret som en selvstændig diagnose.

Det næste problem bliver herefter at knytte en præcis takst på diagnose.

Blærebetændelse (Diagnoserne DN30\*, stjernen betyder, at alle efterfølgende tal eller bogstaver efter "30" medtages under blærebetændelse). Disse diagnoser kan grupperes til 3 forskellige MDC-grupper og 7 forskellige DRG-grupper med forskellige takster afhængig af de øvrige karakteristika, der er knyttet til patientkontakten.

Dehydrering (DE869 og DE869A) kan på tilsvarende vis grupperes til 2 MDC-grupper og 6 DRG-grupper og endelige kan

Lungebetændelse (DJ12\* - DJ18\*) grupperes til 3 MDC-grupper og 6 DRG-grupper gående fra "almindelig" lungebetændelse til HIV-ramte.

Udvælges særlige diagnoser kan det endvidere ikke udelukkes, at der vil blive øget opmærksomhed om disse koder, og at det kan påvirke registreringspraksis.

Endelig gælder, at diagnoserne kan ændre placering i DRG-systemet mellem årene, idet der sker en løbende vedligeholdelse af diagnosernes og operationernes placering i systemets grupperingslogik.

En differentiering vil samtidig betyde forskelle i afregningen, afhængigt af hvordan en ydelse registreres. Er der ikke meget klare snitflader, er der risiko for fejl og for kassetænkning. Udvælges særlige diagnoser kan det endvidere ikke udelukkes, at der vil blive øget opmærksomhed om disse koder, og at det kan påvirke registreringspraksis.

Netop problemerne med at afgrænse diagnoser tilstrækkeligt præcist var bevæggrundene for, at satserne ved indførelsen i 2007 blev fastlagt som generelle satser på tværs af diagnoser. Dette hensyn vurderes fortsat at have gyldighed.

Betragtes den samlede aktivitet for områderne i de tilfælde, hvor diagnoserne er registreret som aktionsdiagnoser kan der iagttages en vis aktivitet, men set i forhold til den samlede sygehusaktivitet er der tale om forholdsvis begrænset omfang, *jf. tabel 4.4.*

<b>Tabel 4.4</b>			
<b>Kommunal medfinansiering og produktionsværdi af udvalgte diagnosegrupper 2008</b>			
	<b>Antal Indlæggelser/ besøg</b>	<b>Kommunal medfinansiering (mio. kr.)</b>	<b>Kommunal Medfinansiering (andel af samlet produktionsværdi)</b>
<b>Blærebetændelse</b>			
- Stationær	6.743	30,6	19 pct.
- Ambulant	15.840	6,5	24 pct.
- Stationær/ambulant	22.583	37,1	20 pct.
<b>Dehydrering</b>			
- Stationær	7.955	36,7	17 pct.
- Ambulant	3.591	0,5	17 pct.
- Stationær/ambulant	11.546	37,2	17 pct.
<b>Lungebetændelse</b>			
- Stationær	27.135	124,4	13 pct.
- Ambulant	19.643	4,1	17 pct.
- Stationær/ambulant	46.778	128,5	13 pct.
<b>I alt</b>		<b>202,8</b>	

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

### Kronikere

Udvalget har også drøftet muligheden for en differentiering i forhold til bestemte persongrupper ud fra deres hoveddiagnose eller lignende. En sådan tilgang kunne særligt være begrundet i et ønske om en styrket indsats i forhold til bestemte kronikergrupper. Det er imidlertid udvalgets vurdering, at en sådan tilgang for nærværende ikke er farbar.

Den særligt høje kommunale medfinansiering ville i givet fald omfatte alle behandlinger for den pågældende gruppe, eksempelvis diabetikere. Det betyder, at fx diabetes-patienter ligegyldig, hvilken behandling de modtager, vil være omfattet af en højere kommunal medfinansiering upåagtet om deres indlæggelse/behandling har noget direkte med deres sygdom at gøre. Det problem skal også ses i lyset af, at gruppen af kronikere er voksende. Der vil således reelt blive tale om et meget ufokuseret instrument. Hertil kommer de generelle hensyn der taler imod en differentiering: manglende enkelthed og kassetækningsrisiko, idet det fx for både kommune og region vil have økonomisk betydning om en patient er registreret med diabetes.

### Samlet vurdering

En differentieret ændring, hvor lofterne for den kommunale medfinansiering på det somatiske område øges for ældre patienter over 65 år, eventuelt afgrænset til medi-

cinske patienter over 65 år, vil indebære en markant forøgelse af andelen behandlinger omfattet af fuld kommunal medfinansiering.

En sådan ændring skal imidlertid vurderes i forhold til de uhensigtsmæssige virkninger af en differentieret tilgang. Argumenterne til fordel for en differentiering af den kommunale medfinansiering tager generelt afsæt i en forudsætning om, at det vil være en fordel, hvis kommunernes medfinansieringsandel er højest i forhold til de diagnoser, behandlinger, aldersklasser osv., hvor kommunerne har de bedste muligheder for at påvirke deres borgeres træk på det regionale sundhedsvæsen.

En differentiering forudsætter, at der kan skelnes entydigt mellem de diagnoser/-DRG-grupper/aldersklasser etc., hvor den enkelte kommune har gode muligheder for at påvirke borgerens træk på sundhedsvæsenet henholdsvis mindre gode muligheder for at trække på sundhedsvæsenet. Hvis der ikke kan foretages en sådan entydig skelnen, kan det give anledning til tilbagevendende diskussioner af afgrænsningerne.

Differentiering på baggrund af alder betyder, at kommunerne vil få en forskellig tilskyndelse i forhold til at hjælpe borgere over og under en bestemt aldersgrænse, uanset at der kan være tale om personer i samme situation. Det kan fx forekomme vanskeligt at begrunde, at kommunerne skal have et særligt incitament for at prioritere indsatsen for personer på f.eks. 65 år højere end personer på 64 år. Tilsvarende kan der være en relativt mindre tilskyndelse for kommunerne til at fokusere på andre grupper, hvilket alt andet lige indebærer risiko for en uhensigtsmæssig og kortsigtet prioritering i forhold til den kommunale forebyggelsesindsats, jf. at fx at de unge i dag senere i livet kan blive kronikere gennem usund kost, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet, og at forebyggelsesindsatsen i sin natur er langsigtet.

I forhold til differentiering efter enkelte diagnoser gælder, at det er meget vanskeligt præcist at afgrænse bestemte behandlinger. Der er således i dag omkring 10.000 forskellige diagnoser og ca. 6.000 forskellige operationer og behandlinger, der i DRG-systemet er grupperet i ca. 740 DRG- og DAGS-grupper. Hver diagnose vil endvidere være grupperet til en række forskellige MDC-grupper og forskellige DRG-grupper, afhængig af de øvrige karakteristika, der er knyttet til patientkontakten.

En differentiering vil betyde risiko for fejl, kombineret med en betydelig kompleksitet og manglende gennemsigtighed. Udvalges særlige diagnoser kan det endvidere ikke udelukkes, at der vil blive øget opmærksomhed om disse koder, og at det kan påvirke registreringspraksis. Endelig gælder, at diagnoserne kan ændre placering i DRG-systemet mellem årene, idet der sker en løbende vedligeholdelse af diagnoserne og operationernes placering i systemets grupperingslogik.

Problemerne med at afgrænse diagnoser tilstrækkeligt præcist var også bevæggrunden for, at satserne ved indførelsen i 2007 blev fastlagt som generelle satser på tværs af diagnoser.

En differentiering vil – uanset om den fastlægges efter fx alder eller diagnoser – generelt indebære risiko for en skævvridning af prioriteringen i det regionale sundhedsvæsen, fordi regionerne vil få en særlig stor økonomisk tilskyndelse til at udvide aktiviteten på de områder, hvor kommunen samtidig i særlig grad søger at forebygge borgernes træk på sundhedsydelse.

#### 4.2.3 Overvejelser om generelle ændringer

En generel model på det somatiske område vil i udgangspunktet skulle omfatte den ambulante og stationære somatik samt speciallægerne, der også i dag har en sammenhængende kommunal medfinansieringsstruktur pga. substitutionsmulighederne.

Samtidig taler hensynet til at undgå en for stor omkostningsdækning pr. behandling for regionerne for konkrete behandlinger, med deraf følgende risiko for kassetænkning eller forvridning, for, at en generel model tager udgangspunkt i en ændring af de maksimale lofter og ikke en ændring af medfinansieringsprocenten.

#### Generel følsomhed ved generelle ændringer

Følsomheden af generelle ændringer af den kommunale medfinansiering for somatik (stationær og ambulant) samt speciallæger er illustreret i *tabel 4.5*, der viser effekten på den samlede kommunale aktivitetsbestemte ved forskellige ændringer af satserne. Det er til illustration valgt at angive såvel ændringer af loftet som medfinansieringsprocenten.

(mia. kr., 2008-niveau)	Medfinansieringsprocent		
	30 pct.	35 pct.	40 pct.
<b>Loft stationært (ambulant/speciallæger):</b>			
4.615 kr. (307 kr.) (gældende niveau)	8,0		
7.000 kr. (467 kr.)	10,0	10,8	11,5
10.000 kr. (667 kr.)	11,3	12,5	13,6
13.000 kr. (867 kr.)	12,0	13,5	14,9
Øvrige områder (uændret)	1,2		

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

For det stationære område er beregnet konsekvenser ved en forøgelse af loftet fra 4.616 kr. (2008) og indtil 13.000 kr., mens der for det ambulante område og speciallægerne er forudsat en forøgelse af loftet fra 307 kr. (2008) og indtil 867 kr. For medfinansieringsprocenten er for alle de tre områder regnet på et niveau på 30 pct. (nuværende) henholdsvis 35 og 40 pct.

En isoleret forøgelse af loftet til 7.000 kr. (467 kr.) vil øge den kommunale medfinansiering med 2 mia. kr., mens forøgelsen er på 3,3 mia. kr. ved et loft på 10.000 kr. (667 kr.) og 4 mia. kr., hvis loftet øges til 13.000 kr. (867 kr.).

En ændring af procentsatsen fra det nuværende niveau på 30 pct. vil ved et loft på 7.000 kr. (467 kr.) betyde en yderligere forøgelse af medfinansieringen på omkring 0,8 mia. kr. ved en procent på 35 og omkring 1,5 mia. kr., hvis procenten øges til 40 pct.

En samtidig ændring af lofter og procent vil i det maksimale scenarie iht. opgørelsen i *tabel 1* (ved et loft på 13.000 kr. (867 kr.) og en procent på 40 pct.) øge den kommunale medfinansiering på det somatiske område med knap 7 mia. kr.

### **Konsekvenser for omfattet aktivitet**

*Tabel 4.5-4.7* viser konsekvenser for den aktivitet, opgjort ved henholdsvis produktionsværdi, kontakter og behandlinger, der omfattes af en fuld kommunal medfinansiering på 30 pct. ved en forøgelse af de maksimale lofter. Opgørelsen er foretaget for den stationære somatiske aktivitet, den ambulante somatiske aktivitet og gråzoneaktiviteten.

Udviklingen i andel kontakter med fuld kommunal medfinansiering er interessant som udtryk for de faktiske besøg/kontakter på sygehusene, der med et forøget loft bliver omfattet af en øget kommunal medfinansiering inden for grænsen på 30 pct. af den konkrete udgift (DRG) ved behandlingen/kontakten.

Det stationære område omfatter en samlet aktivitet på godt 30 mia. kr. En loftforøgelse fra ca. 4.600 til 13.000 kr. på det stationære område svarer til, at udgiftsgrænsen for behandlinger, der bliver omfattet af fuld kommunal medfinansiering på 30 pct., øges fra godt 15.000 kr. til op til godt 43.000 kr. En loftforøgelse fra ca. 320 kr. til 867 kr. på det ambulante område/speciallægerne svarer til, at udgiftsgrænsen for behandlinger, der bliver omfattet af fuld kommunal medfinansiering på 30 pct., øges fra knap 1.100 kr. til op til knap 2.900 kr.

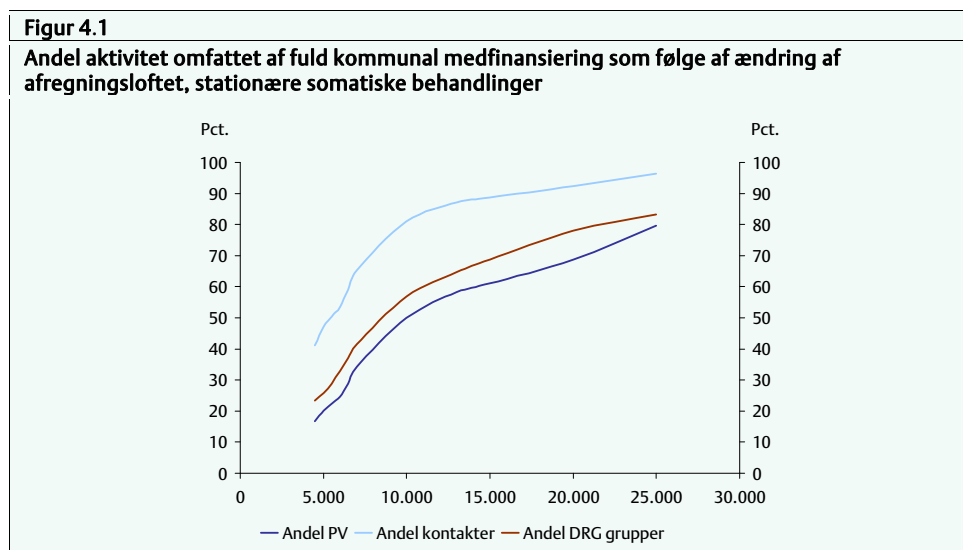
Tabel 4.6

Andel aktivitet omfattet af fuld kommunal medfinansiering ved forskellige maksimale lofter for medfinansieringen – stationære somatiske behandlinger

(pct.)	Maksimalt loft				Samlet aktivitet <sup>1</sup>
	4.500	7.000	10.000	13.000	
<b>Stationære i alt</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	16,7	34,4	50,0	58,2	30.157
Andel kontakter	40,2	64,9	80,7	86,7	1.063
Andel af DRG grupper	23,3	41,5	56,8	64,8	593
<b>Medicinske</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	16,9	34,2	52,2	61,6	13.364
Andel kontakter	38,3	62,2	80,9	88,0	454
Andel af DRG grupper	25,3	44,3	60,0	69,2	467
<b>Kirurgiske</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	14,5	33,7	48,6	56,1	13.561
Andel kontakter	37,5	64,9	79,9	85,4	484
Andel af DRG grupper	25,0	44,3	59,2	67,4	524
<b>Patienter under 65 år</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	20,9	41,4	56,5	63,6	16.978
Andel kontakter	46,3	72,1	85,5	90,2	685
Andel af DRG grupper	23,4	41,6	56,9	64,9	589
<b>Patienter over 65 år</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	11,2	25,3	41,7	51,2	13.179
Andel kontakter	29,2	52,0	71,9	80,3	378
Andel af DRG grupper	22,3	40,3	55,8	64,2	534

1) Produktionsværdi er opgjort i mio. kr. 2008-takstsystem, antal kontakter er opgjort i 1.000.  
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I dag er omkring 40 pct. af alle kontakter på det stationære område omfattet af fuld kommunal medfinansiering. Øges loftet stiger denne andel markant, *jf. tabel 4.6*, således at et loft på 7.000 kr. omfatter 65 pct. af alle kontakter, mens stigningen herefter relativt aftager, således at 87 pct. af alle kontakter er omfattet, hvis loftet knap 3-dobles til 13.000 kr. Denne aftagende stigning i andel omfattede kontakter er også illustreret i *figur 4.1*.



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Den samlede produktionsværdi og andel af DRG-grupper, der bliver omfattet med forøgelsen af loftet, ligger lavere end andelen af kontakter. Det er en naturlig afspejling af, at de marginale kontakter er dyrere.

Der er ikke nogen betydende forskel i forhold til effekten på henholdsvis det medicinske område og det kirurgiske område, der hver tegner sig for knap 14 mia. kr. i produktionsværdi for så vidt angår den stationære somatiske aktivitet (i modsætning til, hvad der er tilfældet på det ambulante somatiske område, *jf. nedenfor*).

Effekten af et øget loft er relativt set mest markant for kontakter fra personer over 65 år, der omfatter knap 45 pct. af den samlede stationære somatiske aktivitet, hvor kun knap 30 pct. af kontakterne i dag er omfattet af fuld kommunal medfinansiering, mod godt 46 pct. for kontakter fra personer under 65 år. Det afspejler, at de ældre patienter gennemsnitligt har dyrere kontakter, hvorfor loftet også i højere grad er reelt.

På det ambulante område med godt 15 mia. kr. i samlet produktionsværdi er det nuværende loft reelt i brug for stort set alle behandlinger, idet kun 11 pct. af kontakterne er med fuld kommunal medfinansiering på 30 pct., *jf. tabel 4.7*. Denne andel øges markant til knap 45 pct. allerede ved en relativt begrænset forøgelse af loftet til 467 kr., mens godt 80 pct. af kontakterne er omfattet ved et loft på 867 kr.



**Tabel 4.7**  
**Andel aktivitet omfattet af fuld kommunal medfinansiering ved forskellige maksimale lofter for medfinansieringen – ambulante somatiske behandlinger**

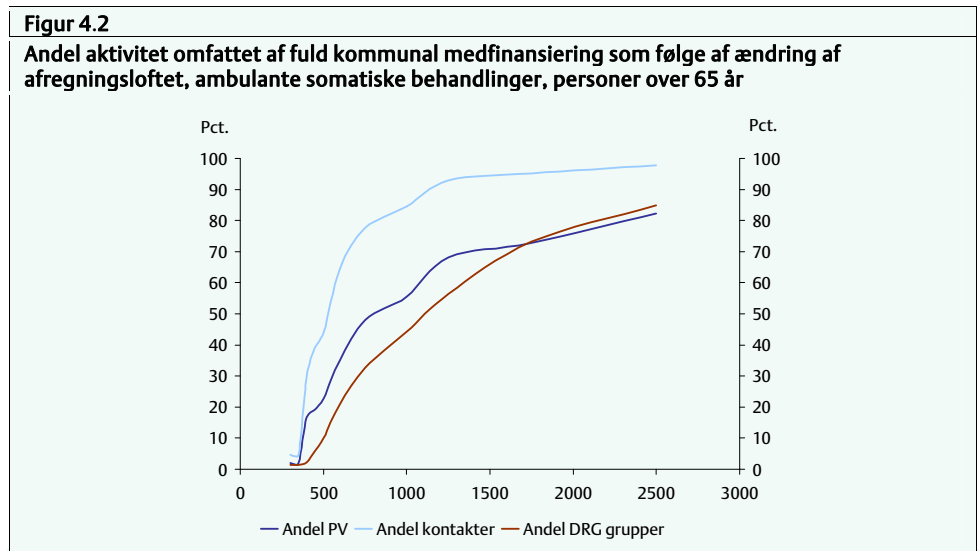
(pct.)	Maksimalt loft				Samlet aktivitet <sup>1</sup>
	4.500	7.000	10.000	13.000	
<b>Ambulante i alt</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	4,9	22,7	41,6	52,8	15.393
Andel kontakter	11,1	44,9	72,7	82,8	7.587
Andel af DRG grupper	1,3	7,8	24,8	37,3	153
<b>Medicinske</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	0,1	17,0	26,7	43,2	8.177
Andel kontakter	0,2	43,4	60,5	79,5	3.054
Andel af DRG grupper	0,8	6,8	25,0	39,4	132
<b>Kirurgiske</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	11,2	32,4	63,2	65,7	5.081
Andel kontakter	21,6	53,9	84,0	85,9	2.956
Andel af DRG grupper	1,5	8,4	26,0	37,4	131
<b>Patienter under 65 år</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	6,1	24,2	43,5	53,1	10.829
Andel kontakter	13,6	47,1	74,7	83,3	5.451
Andel af DRG grupper	1,3	8,1	24,8	37,6	149
<b>Patienter over 65 år</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	2,0	19,2	37,1	52,0	4.564
Andel kontakter	4,6	39,2	67,5	81,7	2.136
Andel af DRG grupper	1,4	7,2	25,4	38,4	138

1) Produktionsværdi er opgjort i mio. kr. 2008-takstsystem, antal kontakter er opgjort i 1.000.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Effekten er mest markant på det medicinske område, der udgør godt 8 mia. kr. eller mere en halvdelen af den samlede ambulante aktivitet. Her er under 1 pct. af kontakterne i dag omfattet af fuld kommunal medfinansiering. Det afspejler bl.a. de relativt dyre medicinske behandlinger på kræftområdet.

Dette billede slår også delvist igennem når man ser på konsekvensen for kontakter fra henholdsvis personer under og over 65 år, hvor der er meget betydelig effekt for persongruppen over 65 år allerede ved mindre ændringer i loftet, *jf. figur 4.2*. Denne gruppe af ældre patienter tegner sig for godt 30 pct. af den ambulante aktivitet.



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Den samlede produktionsværdi og andel af DRG-grupper, der bliver omfattet med forøgelsen af loftet, ligger også for de ældre patienter lavere end andelen af kontakter. Det er en naturlig afspejling af, at de marginale kontakter er dyrere.

For gråzonebehandlingerne der udgør et relativt set begrænset samlet aktivitetsvolumen på knap 3 mia. kr., er billedet omvendt, idet stort set alle kontakter i dag har fuld kommunal medfinansiering. Området er derfor stort set upåvirket af ændringer i loftet, *jf. tabel 4.8*.

**Tabel 4.8**  
**Andel aktivitet omfattet af fuld kommunal medfinansiering ved forskellige maksimale lofter for medfinansieringen – gråzoner**

(pct.)	Maksimalt loft				Samlet aktivitet <sup>1</sup>
	4.500	7.000	10.000	13.000	
<b>Gråzoner i alt</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	89,5	97,2	98,6	98,8	2.952
Andel kontakter	98,1	99,7	99,9	99,9	784
Andel af DRG grupper	54,8	69,9	78,5	81,7	93
<b>Medicinske</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	94,7	96,2	99,0	99,0	668
Andel kontakter	99,5	99,7	100,0	100,0	217
Andel af DRG grupper	73,0	81,1	91,9	91,9	37
<b>Kirurgiske</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	90,4	98,8	99,6	99,7	1.966
Andel kontakter	98,1	99,8	100,0	100,0	515
Andel af DRG grupper	54,9	72,0	81,7	84,1	82
<b>Patienter under 65 år</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	87,6	97,4	98,8	99,0	1.933
Andel kontakter	97,6	99,7	99,9	99,9	488
Andel af DRG grupper	55,4	70,7	79,3	81,5	92
<b>Patienter over 65 år</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	93,0	96,8	98,3	98,5	1.019
Andel kontakter	99,0	99,7	99,9	99,9	296
Andel af DRG grupper	57,6	72,9	82,4	85,9	85

1) Produktionsværdi er opgjort i mio. kr. 2008-takstsystem, antal kontakter er opgjort i 1.000.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Det afspejler, at gråzonebehandlinger er relativt billige behandlinger, som kan foretages både stationært og ambulant, og hvor gråzonetaksten er fastsat lavere end den stationære udgift som incitament til omstilling til ambulant behandling. Eksempler er grå stær og en række operationer i bevægapparatet (skulder, knæ mv.).

*Delkonklusion: En forøgelse af lofterne har stor effekt i forhold til omfattet andel kontakter med fuld kommunal medfinansiering, både stationært og ambulant, og medicinske/kirurgiske. Effekten er markant allerede ved relativt lave loftsændringer, idet effekten aftager med stigende loft. Særligt påvirkede områder er medicinske ambulante behandlinger, og effekten er endvidere større for personer over 65 år end under 65 år.*

### Konsekvenser på diagnoseniveau

En fordeling af de stationære behandlinger på overordnede sygdomsgrupper (MDC-grupper, der grupperer de ca. 600 DRG-grupper i 27 overordnede grupper) viser, at gruppe 5 (sygdomme i kredsløbsorganerne, der fx omfatter hjerte- karsygdomme) og gruppe 8 (sygdomme i muskelskelet og bindevæv, bl.a. proteser fx hofteoperationer) tegner sig for den største aktivitet, med samlet godt 25 pct., jf. tabel 4.9.

**Tabel 4.9**  
**Hypigste MDC-grupper blandt alle stationære patienter**

MDC-gruppe	Antal kontakter	Andel kontakter, pct.	Produktions værdi, mio. kr.	Andel af produktions- værdi, pct.
5 Sygdomme i kredsløbsorganerne	140.407	13,2	4.152	13,8
8 Sygdom. i muskel-skeletsystemet og bindevæv	109.802	10,3	3.809	12,6
6 Sygdomme i fordøjelsesorganerne	109.758	10,3	2.559	8,5
4 Sygdomme i åndedrætsorganerne	90.773	8,5	2.612	8,7
14 Fødsel, barsel og sygdom under svangerskab	79.619	7,5	1.516	5,0
1 Sygdomme i nervesystemet	63.982	6,0	1.517	5,0
23 Øvrige	59.079	5,6	1.894	6,3
11 Nyre- og urinvejssygdomme	58.485	5,5	1.475	4,9
13 Sygdomme i kvindelige kønsorganer	42.664	4,0	480	1,6
9 Sygdomme i hud, underhud og mamma	41.447	3,9	1.104	3,7
3 Øre-, næse- og halssygdomme	36.252	3,4	538	1,8
10 Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdom	33.162	3,1	850	2,8
7 Sygdom. i lever, galdeveje og bugspytkirtel	31.453	3,0	936	3,1
26 Uden for MDC	22.608	2,1	3.177	10,5
18 Infektionssygdomme og parasitære sygdom	22.158	2,1	644	2,1
15 Sygdomme i perinatalperioden	21.288	2,0	757	2,5
21 Ulykkestilfælde og forgiftninger	21.018	2,0	302	1,0
16 Sygdomme i blod og bloddannende organer	18.250	1,7	375	1,2
17 Svulster i lymfatisk og bloddannende væv	18.194	1,7	670	2,2
27 Onkologiske behandlingsgrupper	15.111	1,4	309	1,0
20 Misbrug	9.422	0,9	114	0,4
2 Øjensygdomme	6.235	0,6	75	0,2
19 Psykiatriske sygdomme	4.969	0,5	133	0,4
12 Sygdomme i mandlige kønsorganer	4.927	0,5	41	0,1
24 Signifikant multitraume	630	0,1	62	0,2
22 Forbrændinger	576	0,1	32	0,1
25 HIV infektion	568	0,1	22	0,1
<b>Stationære patienter i alt</b>	<b>1.062.837</b>	<b>100,0</b>	<b>30.157,4</b>	<b>100,0</b>

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

En forøgelse af lofterne vil også have konsekvenser for de mest hyppige grupper, jf. tabel 4.10. Nogle af de mest hyppige grupper, gruppe 5 og 6, er dog kendetegnet ved, at over halvdelen af kontakterne allerede i dag er omfattet af fuld kommunal medfinansiering. For gruppe 8 er andel omfattede kontakter i dag knap 30 pct., hvilket øges op til godt 70 pct. ved et loft på 13.000 kr. (865 kr.). Markante effekter af ændrede lofter ses bl.a. for grupperne 9 (hud mv.) og 10 (ernærings sygdomme mv.).

**Tabel 4.10**  
**Andel af kontakter blandt stationære patienter omfattet af fuld kommunal medfinansiering ved forskellige maksimale lofter for medfinansieringen – opdelt på MDC grupper**

(pct.)	Maksimalt loft				Antal kontakter
	4.500	7.000	10.000	13.000	
Stationær behandling					
20 Misbrug	100,0	100,0	100,0	100,0	9.422
12 Sygdomme i mandlige kønsorganer	87,5	98,6	98,6	98,6	4.927
2 Øjensygdomme	79,7	79,7	100,0	100,0	6.235
13 Sygdomme i kvindelige kønsorganer	79,3	80,3	96,8	98,4	42.664
3 Øre-, næse- og halssygdomme	75,9	85,9	97,3	98,6	36.252
21 Ulykkestilfælde og forgiftninger	69,2	89,2	91,5	99,5	21.018
23 Øvrige	67,3	67,3	67,3	77,3	59.079
5 Sygdomme i kredsløbsorganerne	57,6	74,4	81,1	81,1	140.407
6 Sygdomme i fordøjelsesorganerne	52,2	77,6	86,6	92,3	109.758
22 Forbrændinger	51,0	51,0	51,0	63,9	576
1 Sygdomme i nervesystemet	49,9	60,7	77,5	96,0	63.982
27 Onkologiske behandlingsgrupper	43,6	79,0	84,7	90,9	15.111
18 Infektionssygdomme og parasitære Sygdom	32,4	37,2	61,5	87,1	22.158
11 Nyre- og urinvejssygdomme	30,2	71,5	82,7	88,3	58.485
8 Sygdom. i muskel-skeletsystemet og Bindevæv	29,5	48,5	66,6	72,0	109.802
15 Sygdomme i perinatalperioden	28,7	67,1	74,9	74,9	21.288
4 Sygdomme i åndedrætsorganerne	26,1	37,9	84,7	93,2	90.773
14 Fødsel, barsel og sygdom under svangerskab	20,8	76,8	100,0	100,0	79.619
7 Sygdom. i lever, galdeveje og bugspytkirtel	18,5	42,4	73,9	84,3	31.453
16 Sygdomme i blod og bloddannende organer	9,7	85,1	86,8	97,7	18.250
26 Uden for MDC	6,6	10,9	14,1	14,1	22.608
9 Sygdomme i hud, underhud og mamma	5,9	60,9	77,2	88,0	41.447
10 Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdom	2,5	81,3	91,3	93,8	33.162
17 Svulster i lymfatisk og bloddannende væv	0,0	37,2	77,2	82,5	18.194
19 Psykiatriske sygdomme	0,0	54,5	62,0	100,0	4.969
24 Signifikant multitraume	0,0	0,0	0,0	0,0	630
25 HIV infektion	0,0	0,0	42,6	42,6	568
Stationære patienter i alt	40,2	64,9	80,7	86,7	1.062.837

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

### Ældre medicinske patienter

Indsatsen i forhold til de ældre medicinske patienter er i særligt fokus, jf. kommissoriet og udvalgets overvejelser om differentiering i afsnit 4.2.2. Det kan konstateres, at der også for gruppen af over 65-årige er en stor effekt i forhold til andelen af behandlinger, der omfattes af fuld kommunale medfinansiering, hvis loftet øges. Det gælder allerede ved relativt begrænsede ændringer af loftet.

Denne gruppe kan yderligere indsnævres til de ældre medicinske patienter, som på det somatiske område samlet tegner sig for en aktivitet på godt 10 mia. kr. eller 22 pct. af den samlede somatiske sygehusaktivitet, fordelt med knap 7,5 mia. kr. (24 pct.) stationært og knap 3 mia. kr. (18 pct.) ambulat.

Fordelt på de overordnede sygdomsgrupper på det stationære område (MDC-grupper, der grupperer de ca. 600 DRG-grupper i 27 overordnede grupper) ligger der markant flest kontakter på grupperne 5 (sygdomme i kredsløbsorganerne, der fx omfatter hjerte- karsygdomme) og gruppe 4 (sygdomme i åndedrætsorganerne, fx lunge-sygdomme, bronkitis og luftveje), der samlet tegner sig for næsten halvdelen af alle kontakter, *jf. tabel 4.11*.

**Tabel 4.11**  
**Hypigste MDC-grupper blandt ældre, medicinske patienter**

MDC-gruppe	Antal kontakter	Andel kon- takter, pct.	Produkti- onsværdi, mio. kr.	Andel af produkti- onsværdi, pct.	Ældre medi- cinske kon- takter ift. samlet antal kontakter, pct.
5 Sygdomme i kredsløbsorganerne	64.714	28,2	1.562	21,2	46,1
4 Sygdomme i åndedrætsorganerne	41.279	18,0	1.281	17,4	45,5
1 Sygdomme i nervesystemet	19.046	8,3	554	7,5	29,8
23 Øvrige	15.252	6,6	721	9,8	25,8
10 Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdom	11.522	5,0	280	3,8	34,7
11 Nyre- og urinvejssygdomme	11.041	4,8	300	4,1	18,9
6 Sygdomme i fordøjelsesorganerne	10.342	4,5	244	3,3	9,4
26 Uden for MDC	9.212	4,0	1.182	16,1	40,7
16 Sygdomme i blod og bloddannende organer	8.517	3,7	170	2,3	46,7
18 Infektionssygdomme og parasitære sygdom.	6.226	2,7	244	3,3	28,1
8 Sygdom. i muskel-skeletsystemet og bindevæv	6.176	2,7	165	2,2	5,6
17 Svulster i lymfatisk og bloddannende væv	5.990	2,6	209	2,8	32,9
27 Onkologiske behandlingsgrupper	5.126	2,2	100	1,4	33,9
9 Sygdomme i hud, under hud og mamma	3.696	1,6	90	1,2	8,9
7 Sygdom. i lever, galdeveje og bugspytkirtel	3.480	1,5	112	1,5	11,1
3 Øre-, næse- og halssygdomme	2.499	1,1	41	0,6	6,9
21 Ulykkestilfælde og forgiftninger	2.149	0,9	31	0,4	10,2
19 Psykiatriske sygdomme	1.716	0,7	53	0,7	34,5
20 Misbrug	836	0,4	11	0,2	8,9
13 Sygdomme i kvindelige kønsorganer	581	0,3	5	0,1	1,4
2 Øjensygdomme	177	0,1	1	0,0	2,8
12 Sygdomme i mandlige kønsorganer	36	0,0	0	0,0	0,7
25 HIV infektion	34	0,0	1	0,0	6,0
Ældre, medicinske patienter i alt	229.669	100,0	7.355	100,0	21,6

Anm.: MDC-grupper med mindre end 20 kontakter er udeladt af opgørelsen.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Set i forhold til den øvrige patientgruppe kan også konstateres, at de ældre medicinske patienter er markant overrepræsenteret i netop gruppe 4 og 5, samt i gruppe 26 ('Uden for MDC', en slags restgruppe, der også omfatter ekstraordinært dyre behandlinger som lunge- og levertransplantation) og 16 (sygdomme i blod og bloddannende væv). For alle fire grupper tegner de ældre medicinske patienter sig for over 40 pct. af de samlede kontakter, set i forhold til en gennemsnitlig andel på 22 pct. Samlet tegner de fire grupper sig for 54 pct. af alle medicinske patienters kontakter, med en samlet produktionsværdi på godt 4 mia. kr.

I forhold til de konkrete DRG-grupper ses, at hjerte, lunger og blodsygdomme placerer sig som de hyppigste sygdomsgrupper, *jf. tabel 4.12.*



**Tabel 4.12**  
**Hypigste DRG-grupper blandt ældre, medicinske patienter**

DRG-gruppe	Antal kontakter	Andel kontakter, pct.	Produktionsværdi, mio. kr.	Andel af produktionsværdi, pct.	Ældre medicinske kontakter ift. samlet antal kontakter, pct.
Hjerterytmie og synkope	16.345	7,1	233	3,2	54,1
Lungebetændelse og pleurit, pat. o. 59 år	13.665	5,9	442	6,0	85,4
Obstruktive lungesygdomme, pat. o. 59 år	10.150	4,4	246	3,3	85,0
Ustabil iskæmisk hjertesygdom/brystsmerter u. akut myokardieinfarkt	7.394	3,2	91	1,2	43,2
Øvrige sygdomme i blod og bloddannende organer	7.192	3,1	127	1,7	55,5
Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne	6.934	3,0	268	3,6	61,5
Rehabilitering	6.764	2,9	575	7,8	50,5
Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	6.360	2,8	86	1,2	19,2
Andre ernærings- og stofskiftesygdomme	5.989	2,6	142	1,9	53,2
Infektioner i nyrer og urinvej, pat. o. 15 år	5.945	2,6	133	1,8	53,0
Hjertesvigt og shock	5.628	2,5	139	1,9	75,4
Stabil iskæmisk hjertesygdom/brystsmerter u. akut myokardieinfarkt	5.543	2,4	73	1,0	47,2
Akut myokardieinfarkt	4.766	2,1	118	1,6	64,7
Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. o. 17 år u. kompl. bidiag	4.256	1,9	68	0,9	14,0
Andre kredsløbsdiagnoser	3.902	1,7	52	0,7	35,5
Sepsis	3.322	1,4	135	1,8	58,5
Diabetes mellitus	3.214	1,4	75	1,0	34,6
Hjerterytmie og synkope, proceduregrp. B	3.137	1,4	152	2,1	69,6
Lungeødem og respirationssvigt	2.752	1,2	81	1,1	58,9
Multipatologi og let funktionsnedsættelse	2.507	1,1	214	2,9	92,9
Øvrige DRG-grupper	749.612	70,5	23.969	79,5	13,0
Ældre, medicinske patienter i alt	229.669	100,0	7.355	100,0	21,6

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

En forøgelse af lofterne vil, som det var tilfældet for alle patienter over 65 år, have mærkbare konsekvenser for andelen af aktivitet omfattet af fuld kommunal medfi-

nansiering, *jf. tabel 4.13*. Effekten er også for den mere snævre gruppe af medicinske patienter over 65 år mest markant på det ambulante område.

**Tabel 4.13**  
**Andel aktivitet blandt ældre, medicinske patienter omfattet af fuld kommunal medfinansiering ved forskellige maksimale lofter for medfinansieringen**

(pct.)	Maksimalt loft				Samlet aktivitet <sup>1</sup>
	4.500	7.000	10.000	13.000	
<b>Stationær behandling</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	13,2	29,1	50,0	60,4	7.355
Andel kontakter	30,7	54,1	77,4	85,9	230
Andel af DRG grupper	23,8	43,2	59,2	69,2	412
<b>Ambulant behandling</b>					
Andel af samlet produktionsværdi	0,0	17,1	43,5	60,3	2.788
Andel kontakter	0,1	41,8	76,5	91,4	1.106
Andel af DRG grupper	0,8	4,9	33,6	59,0	122

1) Produktionsværdi er opgjort i mio. kr. 2008-takstsystem, antal kontakter er opgjort i 1.000.  
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Betragtes effekten på de enkelte MDC-grupper kan det konstateres, at der vil være en vis effekt for tre af de fire MDC-grupper, hvor de medicinske patienter har en betydelig aktivitet, og/eller hvor gruppen er markant overrepræsenteret i forhold til øvrige patientgrupper, *jf. tabel 4.14*.

**Tabel 4.14**  
**Andel af kontakter blandt ældre, medicinske patienter omfattet af fuld kommunal medfinansiering ved forskellige maksimale lofter for medfinansieringen – opdelt på MDC grupper**

(pct.)	Maksimalt loft				Antal kontakter
	4.500	7.000	10.000	13.000	
<b>Stationær behandling</b>					
20 Misbrug	100,0	100,0	100,0	100,0	836
2 Øjensygdomme	100,0	100,0	100,0	100,0	177
12 Sygdomme i mandlige kønsorganer	97,2	100,0	100,0	100,0	36
13 Sygdomme i kvindelige kønsorganer	93,1	99,7	100,0	100,0	581
3 Øre-, næse- og halssygdomme	91,7	93,8	99,9	100,0	2.499
21 Ulykkestilfælde og forgiftninger	66,2	94,0	94,4	100,0	2.149
5 Sygdomme i kredsløbsorganerne	58,6	76,0	85,6	85,6	64.714
23 Øvrige	49,4	49,4	49,4	55,7	15.252
27 Onkologiske behandlingsgrupper	47,8	82,5	87,4	91,7	5.126
6 Sygdomme i fordøjelsesorganerne	45,2	78,8	93,3	96,1	10.342
1 Sygdomme i nervesystemet	30,2	40,6	59,9	97,1	19.046
8 Sygdom. i muskelskelet-systemet og bindevæv	27,1	47,6	95,3	96,0	6.176
7 Sygdom. i lever, galdeveje og bugspytkirtel	9,1	23,3	73,5	81,5	3.480
4 Sygdomme i åndedrætsorganerne	8,8	12,2	86,2	94,9	41.279
11 Nyre- og urinvejssygdomme	5,8	83,7	83,8	88,9	11.041
9 Sygdomme i hud, underhud og mamma	3,5	66,7	85,4	99,8	3.696
16 Sygdomme i blod og bloddannende organer	2,8	88,7	90,2	99,3	8.517
26 Uden for MDC	1,1	2,1	2,3	2,3	9.212
18 Infektionssygdomme og parasitære sygdom	1,0	3,2	32,1	85,4	6.226
10 Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdom	0,5	90,7	99,3	99,4	11.522
17 Svulster i lymfatisk og bloddannende væv	0,0	31,6	80,3	89,5	5.990
19 Psykiatriske sygdomme	0,0	32,2	32,6	100,0	1.716
25 HIV infektion	0,0	0,0	61,8	61,8	34
<b>Ældre, medicinske patienter i alt</b>	<b>30,7</b>	<b>54,1</b>	<b>77,4</b>	<b>85,9</b>	<b>229.669</b>

Anm.: MDC-grupper med meget få observationer er ikke medtaget.  
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Effekten er samlet set mest markant for gruppe 4 med sygdomme i åndedrætsorganer, hvor under 10 pct. i dag er omfattet af fuld kommunal medfinansiering, forudsat at loftet øges relativt markant. Ved et loft på 10.000 kr. omfattes 86 pct. af alle kontakter, mens ca. 95 pct. omfattes ved et loft på 13.000 kr. For gruppe 16, blodsyg-

domme, er der tilsvarende markant effekt, men man skal være opmærksom på, at volumen i denne gruppe er relativt begrænset.

For gruppe 5, kredsløb/hjerter, er knap 60 pct. af kontakterne allerede i dag omfattet af fuld kommunal medfinansiering, hvilket øges til 76 pct. ved et loft på 7.000 kr. og 86 pct. ved et loft på 10.000 kr. For gruppe 26, uden for MDC, er der stort set ingen effekt af loftsændringer, hvilket afspejler de ekstraordinært dyre behandlinger, der ligger i denne gruppe.

*Delkonklusion: Billedet for de ældre medicinske patienter bekræfter billedet fra analysen af de over 65-årige, med en relativt stor effekt på andelen af kontakter, der omfattes af fuld kommunal medfinansiering, hvis loftet øges. Der vil også være en effekt på de mest hyppige sygdomsgrupper for de ældre medicinske patienter på det stationære somatiske område, dvs. hjerter og lunger/luftveje, og særligt markant for lunger forudsat et relativt markant løft af loftet.*

#### **4.2.4 Konklusion vedrørende det somatiske område**

Samlet vurderes det, at der er grundlag for en positiv effekt af en øget kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering på det somatiske område. En sådan forøgelse vurderes at kunne yderligere styrke det kommunale incitament til en effektiv forebyggelses- og plejeindsats, ikke mindst i forhold til ældre medicinske patienter.

En differentieret tilgang med sigte på et styrket incitament i forhold til de ældre medicinske patienter via en forøgelse af lofterne for den kommunale medfinansiering for denne patientgruppe, vil have en markant effekt i forhold til andelen af behandlinger, der omfattes af fuld kommunal medfinansiering. Men de samme resultater kan opnås ved en generel ændring, hvor lofterne øges for alle patienterne. En generel model har samtidig ikke de ulemper, som er forbundet med en differentieret model, herunder manglende enkelthed, risiko for kassetænkning samt risiko for nedprioritering af andre patientgrupper ift den kommunale forebyggelse og pleje.

Der skal sikres sammenhæng mellem stationær og ambulant somatik samt speciallægeydelse.

#### **4.3 Øvrige områder (psykiatri og praksissektor)**

Udover det somatiske område er der kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering på psykiatriske ydelser i regionsregi samt på ydelser hos praktiserende læger, speciallæger og fysioterapeuter mfl. Samlet tegner de to områder sig for en kommunal medfinansiering på 2 mia. kr. (2008-aktivitet i 2009-takstniveau) eller godt 20 pct. af den samlede aktivitetsbestemte medfinansiering.

På det psykiatriske område udgjorde medfinansieringen 0,6 mia. kr. (2008-aktivitet i 2009-takstniveau) svarende til godt 6 pct. af den aktivitetsbestemte medfinansiering. På praksisområdet udgør medfinansieringen 1,4 mia. kr. (2008-aktivitet i 2009-takstniveau) svarende til godt 14 pct. af den aktivitetsbestemte medfinansiering. Ser

man bort fra speciallægeområdet, som er omhandlet i sammenhæng med somatikken ovenfor, udgør medfinansieringen 0,6 mia. kr.

### 4.3.1 Fordele og ulemper ved en ændret kommunal medfinansiering

En vurdering af fordele og ulemper tager udgangspunkt i de samme parametre, der lå til grund for vurderingen på det somatiske område, jf. boks 4.1 ovenfor.

Vurderingen i forhold til byrdefordelingseffekter, stabilitetshensyn i forhold til den kommunale økonomi samt enkelthed gælder generelt på tværs af de forskellige områder. Derfor gælder det også for det psykiatriske område og praksisområdet, at:

- Nuværende forskelle mellem kommunerne i forhold til medfinansiering alt andet lige øges, hvis den aktivitetsbestemte finansiering øges, og at man derfor skal være opmærksom på de byrdefordelmæssige effekter af evt. ændringer.
- Differentiering mellem behandlinger eller mellem aldersgrupper vil øge vanskeligheden ved at forudsige medfinansierings størrelse for den enkelte kommune, ligesom risikoen for uforudsete budgetproblemer kan øges.
- Eventuelle ændringer skal vurderes i forhold til deres betydning for enkeltheden i systemet, således at bestemte hensyn ikke ukritisk fremmes på bekostning af overskueligheden og de administrative omkostninger.

Der hvor der kan være forskelle mellem områderne er i forhold til de to sidste kriterier 1) Adfærd/effekt samt 2) kassetænkning.

### 4.3.2 Det psykiatriske område

Det er de regionale, behandlingspsykiatriske tilbud, der er omfattet af kommunal medfinansiering. Behandlingspsykiatrien omfatter dels behandlingen på sygehuse (undersøgelse, indlæggelse mv.), dels distriktskykiatrien, der giver ambulante psykiatriske behandling lokalt, men er forankret på sygehusene.

Det er – som det er tilfældet på det somatiske område – en lægefaglig vurdering, om den enkelte har behov for undersøgelse/behandling i behandlingspsykiatrien, dvs. i regionsregi.

Kommunerne står for indsatsen overfor den sindslidende, når denne er udskrevet fra sygehuset. Denne indsats, der omfatter alle former for sociale tilbud til sindslidende, betegnes socialpsykiatri, og omfatter ikke behandling. Derfor er socialpsykiatrien også reguleret i servicelovgivningen (hvor behandlingspsykiatrien er reguleret i sundhedsloven).

Den samlede indsats overfor sindslidende er kendetegnet ved, at den ofte omfatter både lægelig behandling i behandlingspsykiatrien og kommunale socialpsykiatriske indsatser. Der er således en udfordring i at sikre den fornødne sammenhæng mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Kommunerne kan i deres indsats – som i forhold til sindslidende udover socialpsykiatrien kan omfatte tiltag på bl.a. arbejdsmarkedsområdet og undervisningsområdet – medvirke til at sikre sammenhængende forløb for den enkelte. Selve behandlingen er i regionsregi, og baseret på en lægefaglig vurdering.

Generelt må, i sammenligning med det somatiske område, samtidig vurderes, at den brede kommunale forebyggelsesindsats ikke på samme måde har sammenhæng til det psykiatriske behandlingsbehov i en kommune.

Heroverfor står, at der for de mest vanskeligt stillede af sindslidende, som bl.a. håndteres i kommunale botilbud efter endt behandling, kan være en genindlæggelsesproblematik i den forstand, at den kommunale plejeindsats mv. i forhold til denne gruppe kan sammenholdes med, hvad der kendetegner den kommunale plejeindsats i forhold til ældre, dvs. at det er vigtigt med et kommunalt fokus på, at den samlede kommunale indsats (socialpsykiatrien mv.) varetages så effektivt som muligt, således at unødige indlæggelser mv. forebygges.

En effekt af en øget kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering i forhold til denne gruppe vil i det lys ligge i en øget synliggørelse af den økonomiske betydning af behandlingstrækket, tilsvarende de øvrige kommunaløkonomiske effekter heraf.

Det er vigtigt, at vurderingen af, om patienten skal indlægges og/eller modtage egentlig psykiatrisk behandling, fx medicinering, beror på en rent lægefaglig vurdering. Derfor er det – som på det somatiske område – væsentligt, at økonomiske interesser ikke kan spille ind, dvs. at medfinansieringskonstruktionen ikke indbyder til spekulation. Dette hensyn vurderes at have endog særlig stor vægt på det psykiatriske område, hvor præcis diagnosefastlæggelse og fx tidspunkt for, hvornår en patient er færdigbehandlet, alt andet lige kan være vanskeligere end hvad der er tilfældet på det somatiske område.

### **Den nuværende finansiering**

På landsplan udgjorde den kommunale medfinansiering på psykiatriområdet 0,6 mia. kr. i 2008 svarende til 6 pct. af de samlede kommunale medfinansieringsudgifter.

Den kommunale medfinansiering på psykiatriområdet tager udgangspunkt i en fast sengetakst og en fast ambulant takst, *jf. boks 4.3*. Sengedagstaksten er i 2008 på 3.070 kr. og den ambulante takst er på 1.536 kr. I modsætning til det somatiske område tages der dermed ikke udgangspunkt i en samlet værdi pr. behandling.

**Boks 4.3****Nuværende model for kommunal medfinansiering på psykiatriområdet**

Stationære patienter:

- 60 pct. af sengedagstakst
- dog maksimalt 7.381 kr. pr. indlæggelse (2008)

Ambulante patienter (inkl. skadestuepatienter):

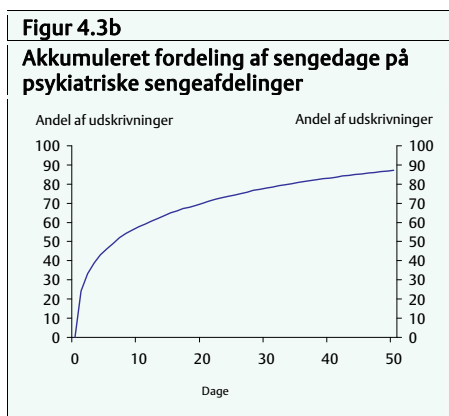
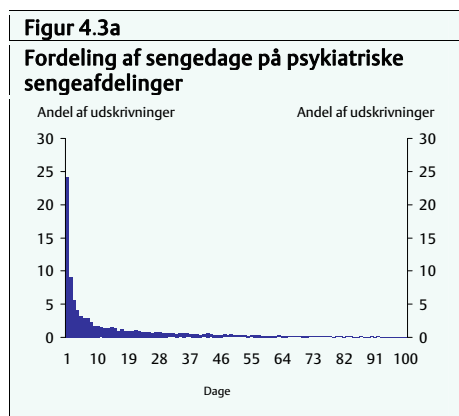
- 30 pct. af besøgstakst

Der er tale om et højere loft end på det somatiske område. Det afspejler bl.a. at den gennemsnitlige psykiatriske indlæggelse er dyrere end den somatiske. Uanset det højere loft og den højere medfinansieringsprocent er den gennemsnitlige kommunale medfinansiering pr. indlæggelse således lavere end på det somatiske område. Medfinansieringsandelen udgør samlet 7,9 pct. på det stationære psykiatriske område, mens den er 14,1 pct. på det stationære somatiske område (2008).

Konstruktionen med den relativt højere medfinansieringsprocent på 60 pct. mod 30 pct. på det stationære somatiske område afspejler et sigte om en relativt høj kommunal finansiering for de første dage af en indlæggelse for at medvirke til at fastholde et kommunalt incitament til at undgå unødige genindlæggelser af patienter i det social-psykiatriske system.

Kombinationen af medfinansieringsprocenten og loftet for stationær psykiatri betyder i praksis, at kommunerne maksimalt kan komme til at medfinansiere de første 4 dage af en psykiatrisk indlæggelse. Det betyder omvendt, at selv om medfinansieringsudgifterne beregnes på baggrund af sengedage, har indlæggelsestider over 4 dage ikke reel betydning for den kommunale finansiering.

I lyset af fordelingen af liggetid på de psykiatriske afdelinger synes det begrundet forsat at have et særligt fokus på de korte indlæggelser. Over 40 pct. af samtlige udskrivninger sker efter en behandlingsvarighed på 4 dage og knap 25 pct. bliver udskrevet efter en dag på sygehus.



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

De særlige takster for færdigbehandlede patienter, som kommunerne skal betale pr. døgn når patienten er indlagt efter færdigbehandling, gælder også for psykiatriske patienter.

### Følsomhed ved ændrede satser

Følsomheden af en ændring af medfinansieringsprocenten og loftet på det stationære psykiatriske område fremgår af *tabel 4.15*.

**Tabel 4.15**  
**Konsekvenser ved ændrede lofter og procenter, stationær psykiatri**

	30 pct.	60 pct.	30 pct.	60 pct.
	Mia. kr.		Andel af behandlinger (pct.)	
Loft				
7.381	0,2	0,2	54	43
10.000	0,2	0,3	58	46
13.000	0,3	0,3	64	52
22.000	0,4	0,5	73	59

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Et øget loft fra de nuværende godt 7.300 kr. til 13.000 kr. vil øge den andel behandlinger, der har fuld kommunal medfinansiering på 60 pct., fra 43 pct. til 52 pct. Et yderligere forøget loft vil yderligere øge andel af behandlinger med fuld kommunal medfinansiering på 60 pct., *jf. figur 4.3*. En nedsættelse af medfinansieringsprocenten trækker samme vej, med en forøget andel med fuld medfinansiering (på 30 pct.).

Konsekvensen i forhold til den samlede kommunale betaling af ændringerne er relativt begrænset, i størrelsesordenen 0,1 mia. kr.



Konsekvensen af et øget loft i forhold til en betaling beregnet pr sengedag vil være, at varigheden af de indlæggelser, som kommunen medfinansierer, øges.

Et øget loft vil automatisk øge varigheden af de indlæggelser, hvor kommunerne betaler en relativ andel af sengedagstaksten. Med en sengedagstakst på godt 3.000 kr. (2008) vil en loftsforøgelse til 13.000 kr. (og en fastholdt medfinansieringsprocent på 60 pct.) øge antal dage med fuld kommunal medfinansiering fra ca. 4 til 7 dage. Et yderligere forhøjet loft til fx 22.000 kr. vil betyde, at kommunen også fuldt ud medfinansierer (med 60 pct. af sengedagstaksten) indlæggelser fra den 7. til den 12. dag.

Hvis procenten samtidig nedsættes, vil det yderligere forstærke effekten af et øget loft i retning af dyrere kommunal betaling ved lange indlæggelser, med en samlet forøgelse fra i dag 4 dage til omkring 14 dage. Hensynet om at fastholde fokus på korte indlæggelser, herunder unødige genindlæggelser – hvor den kommunale socialpsykiatriske indsats kan være af betydning – taler for at fastholde medfinansieringsprocenten på 60 i forbindelse med en eventuel forøgelse af lofter. En fastholdelse af medfinansieringsprocenten betyder også, at en regional kassetækningsrisiko i forholdet mellem stationær og ambulat psykiatrisk behandling ikke øges.

### **Sundhedsaftaler**

Det vurderes at være vigtigt, at der sikres et tæt samarbejde mellem de regionale og kommunale myndigheder, således at den sindslidende, efter indlæggelse, oplever et sammenhængende forløb med relevante tilbud i socialpsykiatrien.

Sundhedsaftalerne er tænkt som det 'redskab', der skal sikre den sammenhængende indsats, og indsatsen overfor sindslidende er således et af de seks obligatoriske aftaleområder i sundhedsaftalerne. I sundhedsaftalerne er bl.a. forudsat beskrevet, hvordan parterne sikrer koordinering af den sundhedsfaglige og den socialt faglige indsats, samt hvordan der i forbindelse med udskrivning foretages en vurdering af patientens samlede behov sammen med patienten og relevante aktører, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt.

Det vurderes væsentligt med et fortsat fokus på sundhedsaftalerne. En udfordring er, at sundhedsaftalerne er et nyt koncept, og i de kommende år vil der være behov for at revidere indhold, afgrænsninger og opgaver i forbindelse med det nye aftalesystem.

### **Samlet vurdering**

Generelt må, i sammenligning med det somatiske område, vurderes, at den brede kommunale forebyggelsesindsats ikke på samme måde har sammenhæng til det psykiatriske behandlingsbehov.

Heroverfor står, at der for de mest vanskeligt stillede af sindslidende, som bl.a. håndteres i kommunale botilbud efter endt behandling, kan være en genindlæggelsesproblematik i den forstand, at den kommunale plejeindsats mv. i forhold til denne gruppe kan sammenholdes med, hvad der kendetegner den kommunale plejeindsats i for-

hold til ældre, dvs. at det er vigtigt med et kommunalt fokus på, at den samlede kommunale indsats (socialpsykiatrien mv.) varetages så effektivt som muligt, således at unødige indlæggelser mv. forebygges.

Medfinansieringsprocenten er imidlertid allerede i dag relativt høj, og bør fastholdes på dette (høje) niveau for at fastholde et kommunalt fokus på at undgå korte indlæggelser. Et øget loft vil forøge den andel behandlinger, der har fuld kommunal medfinansiering på 60 pct., fra 43 pct. til 52 pct. Konsekvensen af et øget loft vil være, at varigheden af de indlæggelser, som kommunen medfinansierer, øges.

Det vurderes væsentligt med et fortsat fokus på forbedring af sundhedsaftalerne.

### **4.3.3 Praksissektoren mv.**

Der er kommunal medfinansiering på alle de forskellige ydelser, som ydes af gruppen af praksislæger, speciallæger og fysioterapeuter mfl.

Der er fri adgang til praksislægen for alle borgere, hvad enten de er syge eller ønsker en konsultation, helbredsundersøgelse eller lignende. For de øvrige grupper det en forudsætning, at der foreligger en henvisning fra praksislægen. Undtagelsen er visse speciallægeområder (øre-næse-hals læger samt kiropraktorer), som også er omfattet af fri adgang. Praksislægen baserer, som gate-keeper, sin henvisning på en lægefaglig vurdering.

Generelt kan samme forhold gøre sig gældende for praksislægen, som er gjort gældende for det somatiske område: En effekt af en øget kommunal aktivitetsbestemt finansiering vil først og fremmest ligge i en øget synliggørelse af den økonomiske betydning af borgernes sundhedstilstand.

Men samtidig gælder, at en stor del af de ydelser, som leveres af praksislægen, ikke har nogen sammenhæng med den kommunale forebyggelse (fx børnesygdomme, graviditetsrelaterede ydelser og infektionssygdomme).

Hertil kommer, at praksislægen adskiller sig fra såvel det somatiske område som det psykiatriske område i den forstand, at der er fri adgang – og at der ikke forudsættes nogen lægefaglig vurdering el.lign. Med andre ord er borgeren ikke nødvendigvis syg (lægefagligt vurderet), når vedkommende henvender sig hos praksislægen. Der er de senere år åbnet for fx helbredscheck, der direkte henvender sig til raske borgere.

Dog gælder, at en generel forbedret sundhedstilstand hos kommunens borgere må forventes at give sig udslag i et lavere forbrug af praksisydelser, hvorfor den brede forebyggende indsats også har en betydning her. Herudover kan en gruppe af ydelser hos praksislægen i en vis udstrækning sammenholdes med det somatiske område, herunder fx ydelser rettet mod de ældre og kronikere. Her vil kommunen på samme måde skulle have fokus på, at den samlede forebyggelses- og plejeindsats varetages så effektivt som muligt.

En effekt af en øget kommunal aktivitetsbestemt finansiering på disse områder vil i det lys ligge i en øget synlighed af den økonomiske betydning af behandlingstrækket, tilsvarende de øvrige kommunaløkonomiske effekter heraf. En differentieret tilgang er imidlertid behæftet med flere problemer, *jf. afsnit 4.2.2* ovenfor om det somatiske område. I forhold til hensynet om at undgå kassetænkning gælder dog, at alle grupper på området er selvstændige erhvervsdrivende, og som sådan ikke har direkte incitamenter i forhold til den regionale økonomi, som modtager den kommunale medfinansiering.

For fysioterapeuter, tandlæger, fodterapi, kiropraktik og psykolog må overordnet vurderes, at en kommunal forebyggelsesindsats som udgangspunkt og med undtagelser inden for gruppen, kan antages at have en relativt begrænset virkning på sygeligheden, hvorfor der ikke vurderes stærke argumenter for en øget kommunal medfinansiering for disse grupper set under ét.

### **Den nuværende finansiering**

Den kommunale medfinansiering på praksisområdet er allerede i dag relativt lav, med 10 pct. af honoraret på grundydelse. Fordelingen af den kommunale medfinansiering af almen læge på hovedydelse, *jf. tabel 4.16*, viser, at konsultationer hos lægen dækker 65 pct., email- og telefonkonsultationer dækker 12 pct. og udebesøg andre 6 pct. Forebyggende konsultationer omfatter 6 pct. og vagtlægen tegner sig for 14 pct.

**Tabel 4.16**  
**Kommunal medfinansiering af almene læger, fordeling 2008**

	Medfinansiering (mio.kr.)	Andel (pct.)
Konsultation	233	65
Emailkonsultation	6	2
Tlf.konsultation	37	10
Besøg	9	3
Forebyggelseskonsultation	22	6
Øvrigt	1	0
Vagtlæge	48	14
I alt	356	100

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

### Følsomhed ved ændrede satser

Følsomheden af en ændring af medfinansieringsprocent fremgår af *tabel 4.17*.

**Tabel 4.17**  
**Konsekvenser af en øget medfinansieringsprocent på sygesikringsområdet (ekskl. speciallæger)**

(mio. kr.)	10 pct.	20 pct.	30 pct.
Kommunal medfinansiering	592	1.183	1.775

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

### Samlet vurdering

Samlet vurderes der ikke i forhold til effekter og incitamenter at være væsentlige argumenter for at øge den kommunale medfinansiering på praksisområdet, hvor medfinansieringen også i dag er relativt lav. Aktiviteten hos praksislægen er ikke alene bestemt af borgernes sundhedstilstand, og kun dele af kontakterne har sammenhæng til den kommunale forebyggelsesindsats. Hertil kommer de generelle problematikker omkring byrdefordeling mv., idet kassetækningsrisikoen dog er begrænset.

Der kan være grundlag for et særligt fokus på sundhedsaftaler og indholdet heri i forhold til samarbejdet mellem kommuner og praksislæger.

### 4.4 Opsamling og samlet afvejning

På baggrund af ovenstående analyser er det udvalgets vurdering, at der er grundlag for at foretage en omlægning af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, således at den aktivitetsbestemte medfinansiering øges, og at det kommunale grundbidrag tilsvarende reduceres. En sådan omlægning vurderes at yderligere kunne styrke det kommunale incitament til en effektiv forebyggelses- og plejeindsats, ikke mindst i forhold til ældre medicinske patienter.

Det er udvalgets samlede vurdering, at en model bør tage udgangspunkt i en generel ændring af medfinansieringssatserne, frem for mere målrettede (differentierede) ændringer fx rettet mod de ældre medicinske patienter. En generel ændring bør samtidig fokuseres på en ændring af de maksimale lofter for den kommunale medfinansiering, frem for en ændring af den kommunale medfinansieringssats.

En differentieret tilgang i forhold til fx ældre medicinske patienter vil have en betydelig effekt i forhold til andelen af behandlinger, der omfattes af fuld kommunal medfinansiering. Men de samme resultater kan opnås ved en generel ændring, hvor lofterne øges for alle patienterne. Analyserne viser, at en generel ændring vil indebære en væsentlig forøgelse af den andel af behandlingerne, der bliver omfattet af en kommunal medfinansiering på 30 pct., og at ikke mindst behandlinger af gruppen af ældre medicinske patienter i øget omfang bliver omfattet af den fulde kommunale medfinansieringssats.

En generel model har samtidig ikke de ulemper, som er forbundet med en differentieret model, herunder manglende enkelthed, risiko for kassetækning samt risiko for nedprioritering af andre patientgrupper i forhold til den kommunale forebyggelse og pleje, herunder en fokusforskydning i den forebyggende indsats, jf. at fx forebyggelses indsatsen i forhold til kroniske lidelser starter hos de unge.

Udvalget kan ud fra samlede overvejelser pege på tre mulige scenarier for en forøgelse af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering, der gennemgås nedenfor.

Udvalget har som en præmis for de enkelte scenarier forudsat, at det kommunale grundbidrag afskaffes. Alle scenarier indebærer således en markant forøgelse af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering, og der vurderes ikke samlet set grundlag for at opretholde et begrænset kommunal grundbidrag i de scenarier, hvor forøgelsen af den aktivitetsbestemte medfinansiering ikke fuldt ud modsvarer det nuværende niveau for den kommunale grundbidrag. De muligheder, som lovgivningen giver for at forhøje grundbidraget i konkrete regioner, med mulighed for staten til at foretage modgående regulering i bloktilskuddet, har vist sig ikke at blive udnyttet. En afskaffelse af det kommunale grundbidrag forudsætter en ændring af lov om regionernes finansiering.

Det er endvidere en præmis, at ændringer gennemføres på en måde, der sikrer konsistens mellem substituerbare ydelser.

Alle scenarier er baseret på 2008-pris og aktivitetsniveau for den kommunale medfinansiering. De angivne tal for konsekvenserne i forhold til den samlede kommunale medfinansiering og sammensætning angiver dermed alene en foreløbig størrelsesorden. Heri ligger også, at der forudsættes en senere mere præcis skalering af beløbslofter og procenter, med afsæt i beslutninger om den overordnede tilgang for en ændring, jf. scenarierne.

## Scenarie 1 – ændring af lofter, somatik

Scenariet har fokus på det somatiske område, der med ca. 65 mia. kr. eller ca. 70 pct. af de regionale sundhedsudgifter er det langt mest betydende område. Det er også på dette område, at indikationen for et potentiale for at reducere antallet af unødvendige indlæggelser og genindlæggelser via en effektiv kommunale forebyggelses- og plejeindsats er til stede.

Scenariet omfatter også speciallægeområdet, hvor der kan være en vis substitution i forhold til ambulante sygehusbehandlinger, og hvor der derfor også i dag er en sammenhængende kommunal medfinansieringsstruktur i forhold til den ambulante somatik.

Praksisområdet ændres ikke, da en forøget medfinansiering ikke isoleret set er velbegrunderet i forhold til effekter og incitamentter på praksisområdet, hvor medfinansieringen også i dag er relativt lav. Det psykiatriske område ændres heller ikke. Beslutningen om psykiatrisk behandling er rent lægefaglig, og der er ikke umiddelbart indikationer af en generel overbehandling på det psykiatriske område.

Scenariet indebærer en generel ændring af lofterne for den maksimale kommunale betaling, mens medfinansieringsprocenten ikke berøres.

### Elementer:

- På det somatiske område øges loftet for den maksimale kommunale betaling fra de nuværende 4.800 kr. til 13.000 kr. for stationære behandlinger og gråzonebehandlinger, og fra 320 kr. til 867 kr. (ambulante besøg). Den kommunale medfinansieringsprocent fastholdes uændret på 30 pct.
- For speciallæger øges loftet tilsvarende fra de nuværende 320 kr. til 867 kr. Den kommunale medfinansieringsprocent fastholdes uændret på 30 pct.
- Der foretages ikke ændringer på det psykiatriske område eller i forhold til praksissektoren mv.
- Det kommunale grundbidrag afskaffes.

**Tabel 4.18**  
**Omlægning af den kommunale finansiering, SCENARIO 1**

	Nuværende satser	Nye satser	Beregnet KMF (mia. kr.)	Ændring (mia. kr.)
<b>Somatik</b>				
- stationær	30 pct. DRG, dog max 4.804 kr./indlæggelse	30 pct. DRG, dog max 13.000 kr./indlæggelse	6,8	2,5
- ambulante	30 pct. DAGS, dog max 320 kr./besøg, max gråzone 4.804 kr.	30 pct. DAGS, dog max 867 kr./besøg, max gråzone 13.000 kr.	4,4	1,4
Genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst	uændret	0,2	-
<b>Psykatri</b>				
- stationær	60 pct. af sengedags-takst, max 7.684 kr./indlæggelse	uændret	0,2	-
- ambulante	30 pct. af besøgstakst	uændret	0,4	-
<b>Praksissektoren mv.</b>				
- speciallæger	30 pct. af honorarer, max 320 kr./ydelse	30 pct. af honorarer, max 867 kr./ydelse	0,8	0,04
- almen læge	10 pct. af honorarer på grundydelse	uændret	0,4	-
- fysioterapi, tandlæger, fodterapi, psykolog, kiropraktor	10 pct. af honorarer	uændret	0,2	-
<b>I alt</b>			<b>13,4</b>	<b>4,0</b>

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Scenariet indebærer, at:

- Andelen af somatiske behandlinger, der omfattes af fuld kommunal medfinansiering, øges fra 40 til 87 pct. for stationære patienter og fra 11 til 83 pct. for ambulante behandlinger. For de ældre medicinske patienter er billedet en vækst fra 31 til 86 pct. af behandlinger på det stationære område og fra næsten 0 til over 91 pct. på det ambulante område.
- Den aktivitetsbestemte kommunale finansiering øges med 4,0 mia. kr. til i alt 13,4 mia. kr.
- Med den samtidig afskaffelse af det kommunale grundbidrag betyder det en reduktion af den samlede kommunale medfinansiering med 2,8 mia. kr., svarende til en reduktion fra 18 pct. til ca. 15 pct.
- Forskellen overføres til finansiering via det statslige bloktilskud.

## Scenarie 2 – ændring af lofter og medfinansieringsprocent, somatik

Scenariet svarer til scenarie 1, men der er lagt vægt på en omlægning, der samlet set fastholder den kommunale finansiering på et uændret niveau, dvs. så forøgelsen af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering modsvarer størrelsen af det kommunale grundbidrag, der bortfalder.

En sådan omlægning er mulig ved en forøgelse af den kommunale medfinansieringsprocent til 40 pct. på alle de berørte områder, dvs. somatikken og speciallægerne. Det er udvalgets vurdering, at man generelt skal være meget varsom med at øge den kommunale medfinansieringsprocent. Praksissektoren og psykiatrien fastholdes fortsat uændret.

### Elementer:

- På det somatiske område og i forhold til speciallæger gennemføres ændringer af lofterne som i scenarie 1. For ambulante behandlinger øges loftet yderligere i forhold til scenarie 1, fra 320 til 1.267 kr. (867 kr. i scenarie 1).
- Der foretages samtidig en ændring af den kommunale medfinansieringsprocent fra 30 til 40 pct. på de berørte områder.
- Der foretages ikke ændringer i forhold til praksissektoren eller psykiatrien.
- Det kommunale grundbidrag afskaffes.



**Tabel 4.19**  
**Omlægning af den kommunale finansiering, SCENARIO 2**

	Nuværende satser	Nye satser	Beregnet KMF (mia. kr.)	Ændring (mia. kr.)
<b>Somatik</b>				
- stationær	30 pct. DRG, dog max 4.804 kr./indlæggelse	40 pct. DRG, dog max 13.000 kr./indlæggelse	8,4	4,1
- ambulat	30 pct. DAGS, dog max 320 kr./besøg, max gråzone 4.804 kr.	40 pct. DAGS, dog max 1267 kr./besøg, max gråzone 13.000 kr.	5,5	2,5
Genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst	uændret	0,2	-
<b>Psykiatri</b>				
- stationær	60 pct. af sengedagstakst, max 7.684 kr./indlæggelse	uændret	0,2	-
- ambulat	30 pct. af besøgstakst	uændret	0,4	-
<b>Praksissektoren mv.</b>				
- speciallæger	30 pct. af honorarer, max 320 kr./ydelse	40 pct. af honorarer, max 1267 kr./ydelse	1,0	0,2
- almen læge	10 pct. af honorarer på grundydelse	uændret	0,4	-
- fysioterapi, tandlæger, fodterapi, psykolog, kiropraktor	10 pct. af honorarer	uændret	0,2	-
<b>I alt</b>			<b>16,3</b>	<b>6,9</b>

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Konsekvens:

- Da medfinansieringsprocenten er højere i dette scenarie, kombineret med samme loftsforøgelse som i scenarie 1 i forhold til det stationære område, omfattes relativt flere behandlinger af loftet, og andel behandlinger med fuld kommunal medfinansiering er dermed noget lavere end i scenarie 1. Samlet er effekten, at de billigere behandlinger, hvor loftet ikke er effektivt, får en noget øget kommunal medfinansiering, set i forhold til scenarie 1.
- Den aktivitetsbestemte kommunale finansiering øges samlet med 6,9 mia. kr. til i alt 16,3 mia. kr.
- Med den samtidig afskaffelse af det kommunale grundbidrag betyder det en neutral omlægning, således at den samlede kommunale medfinansiering fastholdes på et uændret niveau på ca. 18 pct.

**Scenarie 3 – ændring af lofter og medfinansieringsprocent, somatik, psykiatri og praksisområdet**

Med scenariet er der, som i scenarie 2, lagt vægt på en omlægning af det fulde kommunale grundbidrag til aktivitetsbestemt finansiering, således at den samlede kommunale finansieringsandel fastholdes uændret.

Hvor scenarie 2 fokuserer på somatikken, er der med scenarie 3 tale om en forøgelse af medfinansieringen på alle områder.

På det somatiske område svarer ændringerne til scenarie 2 (øgede lofter), og medfinansieringsprocenten er fastsat til 33 pct.

På det psykiatriske område er en forøgelse realiseret gennem en forøgelse af loftet for stationære behandlinger, der øges til 13.000 kr. svarende til det ændrede loft for somatikken. Det betyder en vis forøgelse af andelen af behandlinger omfattet af fuld kommunal medfinansiering. Et øget loft på det psykiatriske område vil øge det antal indlæggelsesdage, som kommunerne medfinansierer, fra 4 til 7 dage. For at fastholde det oprindelige sigte om, at medfinansieringen skal medvirke til at fastholde et kommunalt incitament til at undgå unødige genindlæggelser af patienter, er der i scenariet samtidig forudsat en fastholdelse af den relativt høje medfinansieringsprocent i forhold til sengedagstaksten til 60 pct.

På praksisområdet foretages en forøgelse af medfinansieringsprocenten fra 10 pct. til 33 pct., svarende til det foreslåede niveau for det somatiske område i scenariet.

Elementer:

- På det somatiske område og ift speciallæger gennemføres ændringer som i scenarie 2, med en forøgelse af lofterne, idet medfinansieringsprocenten fastsættes til 33 pct.
- På det psykiatriske stationære område øges loftet fra de nuværende 7.684 kr. til 13.000 kr., dvs. en tilsvarende ændring som i forhold til den stationære somatik. Den kommunale medfinansieringsprocent på stationære besøg fastholdes på 60 pct., mens medfinansieringsprocenten på det ambulante område fastholdes på 30 pct.
- På praksisområdet foretages en forøgelse af medfinansieringsprocenten fra 10 pct. til 33 pct., svarende til det foreslåede niveau for det somatiske område i scenariet.
- Det kommunale grundbidrag afskaffes.

**Tabel 4.20**  
**Omlægning af den kommunale finansiering, SCENARIO 3**

	Nuværende satser	Nye satser	Beregnet KMF (mia. kr.)	Ændring (mia. kr.)
<b>Somatik</b>				
- stationær	30 pct. DRG, dog max 4.804 kr./indlæggelse	33 pct. DRG, dog max 13.000 kr./indlæggelse	7,3	3
- ambulat	30 pct. DAGS, dog max 320 kr./besøg, max gråzone 4.804 kr.	33 pct. DAGS, dog max 1267kr./besøg, max gråzone 13.000 kr.	5,1	2,1
Genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst	uændret	0,2	-
<b>Psykatri</b>				
- stationær	60 pct. af sengedagstakst, max 7.684 kr./indlæggelse	60 pct. af sengedagstakst, max 13.000 kr./indlæggelse	0,3	0,1
- ambulat	30 pct. af besøgstakst	uændret	0,4	-
<b>Praksissektoren mv.</b>				
- speciallæger	30 pct. af honorarer, max 320 kr./ydelse	33 pct. af honorarer, max 867 kr./ydelse	0,9	0,2
- almen læge - tandlæger, fodterapi, psykolog, kiropraktor	10 pct. af honorarer på grundydelse hos alment læge, på øvrige områder 10 pct. af honorarer	33 pct. af honorarer på grundydelse hos alment læge, på øvrige områder 33 pct. af honorarer	2,0	1,4
- fysioterapi, tandlæger, fodterapi, psykolog, kiropraktor	10 pct. af honorarer	uændret	0,2	-
<b>I alt</b>			<b>16,2</b>	<b>6,8</b>

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Konsekvens:

- Da medfinansieringsprocenten er højere i dette scenarie, kombineret med samme loftsforøgelse som i scenarie 1, omfattes relativt flere behandlinger af loftet, og andel behandlinger med fuld kommunal medfinansiering er dermed lidt lavere end i scenarie 1. Samlet er effekten, at de billigere behandlinger, hvor loftet ikke er effektivt, får en lidt øget kommunal medfinansiering, set i forhold til scenarie 1.
- På det psykiatriske område betyder ændringen, at det antal indlæggelsesdage, som kommunerne medfinansierer, øges fra 4 til 7 dage, hvilket også indebærer en forøgelse af den andel behandlinger, der omfattes af fuld kommunal medfinansiering.
- På praksisområdet, hvor medfinansieringen beregnes som en andel af honoraret grundydelse, betyder den øgede medfinansieringsprocent alene en øget kommunal finansieringsprocent af de enkelte grundydelse, uden effekter i forhold til andel af behandlinger mv.

- Den aktivitetsbestemte kommunale finansiering øges samlet med 6,8 mia. kr. til i alt 16,2 mia. kr.
- Med den samtidig afskaffelse af det kommunale grundbidrag betyder det en neutral omlægning, således at den samlede kommunale medfinansiering fastholdes på et uændret niveau på ca. 18 pct.

## Bilag 4.1 DRG-systemet

DRG-systemet er et såkaldt casemix-system, hvilket er en betegnelse for, at systemet indeholder en beskrivelse af patientgrupper med forskellige sygdomstilfælde. Casemix-systemet tager højde for, at nogle patienter er mere omkostningstunge end andre patienter og derfor har forskelligt ressourcetræk i behandlingen. Patienternes forskellige "casemix" afspejler sig i de forskellige DRG-grupper.

DRG-systemet er således et redskab til at gruppere patienter i Diagnose Relaterede Grupper. Patienterne grupperes blandt andet efter diagnose, behandling, alder, køn og udskrivningsstatus til en gruppe, som klinisk beskriver gældende behandlingstyper.

Til de enkelte grupper kobler sygehusene deres faktiske aktiviteter og udgifter. Herved får man et billede af sammenhængen mellem aktivitet og udgift for forskellige behandlingstyper på de danske sygehuse. Disse sammenhænge ligger til grund for beregning af de såkaldte DRG-takster.

DRG-systemet dækker følgende patientgrupper:

- Stationære (sengeliggende) patienter
- Ambulante patienter
- Gråzonepatienter

Gråzonepatienter dækker over patienter, der både kan behandles ved indlæggelse og ambulant. Gruppering af ambulante patienter sker efter Det Ambulante Grupperings System (DAGS-systemet). I det følgende vil DRG-systemet blive anvendt som en samlet betegnelse for både DRG- og DAGS-systemet. DRG-systemet dækker over det somatiske område. Det psykiatriske område er derfor ikke omfattet af DRG-systemet.

DRG-systemet består således af to elementer:

1. DRG-gruppering, som indeholder regelsættet til gruppering af patienter i klinisk meningsfulde grupper.
2. DRG-taksterne, som er beregnet som landsgennemsnitlige omkostninger ved behandling af patienterne på de offentlige danske sygehuse.

### Gruppering

DRG-systemet er et redskab til at gruppere patienter efter diagnose, behandling, alder, køn og udskrivningsstatus. *Grupperingen sker efter tre grundlæggende principper:*

- Grupperne skal være klinisk meningsfulde
- Grupperne skal være ressourcehomogene
- Antallet af grupper må ikke være for stort

### **Klinisk meningsfulde grupper**

Det bærende princip for udvikling af DRG-systemet er, at DRG-systemet skal afspejle den kliniske praksis. Grupperingen bygger på, at patienter i samme DRG-gruppe har nogenlunde ensartede sygdomme og behandlingsbehov, således at det er meningsfuldt at betragte dem under ét ud fra et medicinsk synspunkt. Selve sygdommen bliver beskrevet i en eller flere diagnoser og behandlingen bliver beskrevet gennem såkaldte procedure-, behandlings- og undersøgelseskoder. Der sker en løbende revision og udvidelse af DRG-grupperne – og DAGS-grupperne – for at sikre, at de til enhver tid afspejler dansk kliniske praksis. Den revision og udvidelse bliver foretaget af de kliniske videnskabelige selskaber samt administratorerne på sygehuse og i regionerne i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

### **Ressourcehomogene grupper**

Herudover gælder princippet, at grupperne skal være ressourcehomogene. Dette indebærer at patienterne i samme gruppe har nogenlunde samme tyngde og ressource-træk og derved forventes at påføre sygehusene nogenlunde samme økonomiske belastning.

### **Begrænset antal grupper**

Endelig gælder princippet, at antallet af grupper ikke må være for stort. Dette princip er opstillet af hensyn til, at DRG-systemet skal være overskueligt for såvel administrative som kliniske brugere.

Systemet omfatter i dag cirka 600 stationære DRG-grupper, hvoraf cirka 100 af disse også er gråzonegrupper. Systemet omfatter herudover cirka 140 DAGS-grupper. Grupperingen bevirker således at mere en 10.000 forskellige diagnoser og ca. 6.000 forskellige operationer og behandlinger reduceres til et overskueligt system.

## 5. Kommunalt styringsgrundlag

### 5.1 Indledning

Gennemgangen i kapitel 3 viser, at der med eSundhed og opbygningen af det Kommunaløkonomiske Sundhedsinformationsgrundlag (KØS) er udviklet et detaljeret datagrundlag for kortlægning af sundhedstrækket for de enkelte kommuners borgere.

Kun få kommuner har hidtil benyttet systemet på en konsistent måde, primært på grund af den ovenfor nævnte svære tilgængelighed. Der er imidlertid tale om en voksende interesse, og med den nye mere brugervenlige version 2, der igangsættes fra medio 2010, er der skabt grundlag for, at langt flere kommuner vil kunne drage nytte af de indsamlede data, og derigennem styrke grundlaget for kommunale initiativer på sundheds-, forebyggelses- og plejeområdet.

På baggrund heraf vurderes nedenfor mulighederne for en øget nyttiggørelse af eksisterende data, herunder offentliggørelse af relevante indikatorer med henblik på at synliggøre forskelle og øge udbredelsen af 'bedste praksis' på særligt plejeområdet.

### 5.2 Overvejelser om et styrket kommunalt styringsgrundlag og en øget transparens

Der vurderes at være et stort potentiale for en øget gennemsigtighed i de kommunale sundhedstræk og en mere konsistent kommunal anvendelse af data som en integreret del af den kommunale indsats for en effektiv forebyggelses- og plejeindsats.

#### Øget gennemsigtighed

Informationen om sundhedstrækket på kommuneniveau og lavere niveau, herunder som grundlag for identificering af forskelle i sundhedstrækket, er i dag beliggende i de centrale registre.

Når der bortses fra større analysearbejder, som rapporten om grundlaget for en styrkelse af den kommunale forebyggelsesindsats fra 2008 og nærværende rapport, sker der ikke nogen systematisk og sammenhængende offentliggørelse eller samlet præsentation af data. Det betyder, at gennemsigtigheden og informationen er afhængig af de konkrete analyser, som den eller de enkelte kommuner gennemfører, og at data og resultater som udgangspunkt forbeholdes den pågældende kommune/de pågældende kommuner.

På det regionale område påtænkes der fremadrettet en løbende offentliggørelse af centrale indikatorer for den regionale indsats, som fx omkostninger og liggetid, på både regionsniveau og for udvalgte, større behandlinger på sygehusniveau. Offentliggørelsen er bl.a. en udløber af arbejdet for en bedre styring på sygehusområdet, og skal medvirke til en øget gennemsigtighed og derigennem en øget udbredelse af bedste praksis.

Udvalget vurderer, at en tilsvarende løbende offentliggørelse af kommunefordelte sundhedstræk, baseret på få, udvalgte indikatorer, vil være hensigtsmæssig. Det vil synliggøre kommunale forskelle, og derigennem medvirke til at øge udbredelsen af bedste praksis. Offentliggørelsen vil tjene som inspiration for mere detaljerede analyser i de enkelte kommuner, eller i et samarbejde mellem flere kommuner.

I første omgang kunne fokus være på indikatorer på kommuneniveau, *jf. boks 5.1.*

<p><b>Boks 5.1</b></p> <p><b>Centrale indikatorer til løbende offentliggørelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunal medfinansiering pr. indbygger</li> <li>• Gennemsnitlig liggetid</li> <li>• Andel genindlæggelser</li> <li>• Andel borgere behandlet på sygehusene</li> </ul>
---

Offentliggørelsen skal ses i sammenhæng med, at der allerede i eSundhed er mulighed for en række standardtræk for kommunerne (niveau 2). Endvidere er der via et analyseværktøj adgang til yderligere variable (niveau 3).

Dertil kommer, at der er et samlet *dokumentationsprojektet på det kommunale sundhedsområde*, der skal sikre en national monitorering af den kommunale sundhedssektors opgavevaretagelse, herunder effekten af den nye mere sammenhængende struktur på sundhedsområdet, som er skabt med kommunalreformen. Med modellen sker en offentliggørelse på kommuneniveau af i alt 27 indikatorer, der afdækker input, output og effekt på de fem kommunale sundhedsområder. Det drejer sig fx om ventetid på genoptræning og andel borgere i behandling for stofmisbrug. Indikatorerne offentliggøres samtidig på hhv. Sundhedsstyrelsens hjemmeside og statistikbanken.dk. De første indikatorer offentliggøres i juni 2010. Samtlige indikatorer skal være offentliggjort i sommeren 2011.

### Styringsgrundlag for et mere målrettet kommunalt fokus

Det nuværende system baserer sig som udgangspunkt på træk på kommuneniveau. Der er mulighed for at danne træk på lavere niveauer, men det kræver aktuelt særlige programmer, hvilket nogle kommuner i samarbejde med Sundhedsstyrelsen har fået udarbejdet.

I den nye version 2 vil der i den nye brugergrænseflade i øget omfang kunne etableres variable, der giver mulighed for træk på lavere niveauer, ligesom kommunerne selv får mulighed for at uploade specifikke grupper af cpr-numre med henblik på særlige udtræk og analyser.

Udover udviklingen af brugergrænsefladen er der yderligere potentiale for udvidelser i systemet. Det være sig såvel udvikling af grundsystemet som tilføjelse af nye datakilder. I forhold til udvidelse af grundsystemet kan det fx gøres muligt for brugerne



at oplade egne registre i KØS databasen til yderligere berigelse af databasens informationer.

Der er endvidere igangsat et arbejde med at forbedre grundlaget for den kommunale indsats gennem en fortsat udbygning af data vedr. borgernes forbrug af sundhedsydelser, som stilles til rådighed for kommunerne. Som en udløber af kvalitetsreformen er igangsat et projekt med det sigte at opgøre udvalgte indikatorer på distrikts-/institutionsniveau, *jf. boks 5.2*. Det vil give mulighed for analyser på et lavere niveau end kommuneniveauer.

Formålet med projektet er at styrke den faglige kvalitet af kommunernes ældrepleje. Dette gøres ved at give kommuner og institutioner adgang til oplysninger på forskellige niveauer for udvalgte indikatorer, der kan følges over tid. Disse oplysninger kan bruges fremadrettet til at styrke den faglige kvalitet af den kommunale indsats i forhold til at understøtte forebyggende tiltag og undgå u hensigtsmæssige indlæggelser.

#### **Boks 5.2**

##### **Projekt 'Forebyg genindlæggelser'**

Som en del af projektet faglige kvalitetsoplysninger i dagtilbud og plejeboliger indgår udviklingen af et redskab til forebyggelse af genindlæggelser. Følgende elementer indgår:

- Konkret fastlægges få, relevante indikatorer, fx hyppigheden af 0-dags indlæggelser tilknyttet sygdomme, der i vid udstrækning er forebyggelige (væskemangel, blærebetændelse, knoglebrud mv.). Dette kombineres med fastlæggelse af opgørelsesniveauer (kommune, distrikt, institution), herunder metode til identifikation af distrikt og institutionsniveauer.
- Datasæt på forskellige niveauer for de besluttede indikatorer udarbejdes til løbende offentliggørelse på eSundhed (som minimum for pilotkommunerne og optimalt hele landet).
- Driftsklar løsning inden for rammerne af eSundhed, der løbende (eksempelvis månedlig) opdateres, så udviklingen på alle opgørelsesniveauer kan følges.

Systemet leveres klart i december 2010 og oplysningerne formidles via eSundhed med regelmæssige opdateringer af data således, at udviklingen i indikatorerne kan følges over tid med mulighed for at spore en eventuel effekt af kommunale initiativer og tiltag. Den løbende opdatering og drift varetages af Sundhedsstyrelsen.

### **5.3 Opsamling**

Udvalget anbefaler, at der løbende offentliggøres relevante indikatorer om borgernes sundhedstræk med henblik på at synliggøre forskelle og øge udbredelsen af 'bedste praksis' på særligt plejeområdet. Offentliggørelsen vil tjene som inspiration for mere detaljerede analyser i de enkelte kommuner, eller i et samarbejde mellem flere kommuner. Data vil i første omgang være på kommuneniveau, men kan udvikles på lavere niveauer, fx plejehjemsniveau, i takt med at datamulighederne forbedres.

Udvalget anbefaler, at der arbejdes videre med udviklingen af analysemuligheder og sammenkobling af kommunale og regionale sundhedsdata via eSundhed og det Kommunaløkonomiske Sundhedsinformationsgrundlag (KØS), med fokus på udvik-

ling af mere specifikke og fokuserede analyser. Der vurderes at være et stort potentiale for kommunale analyser, der kan styrke den decentrale sundheds- og forebyggelsesindsats. Udvalget har i den forbindelse konstateret, at der som led i kvalitetsreformen er igangsat et udviklingsarbejde med opgørelse af udvalgte indikatorer på plejehøjheds-/plejedistriktsniveau, der skal afsluttes med udgangen af 2010.