



OMSTILLING TIL NÆRHEDSFINANSIERING

Mickael Bech



Reduktion i antal sygehusforløb pr. borger



Reduktion i DRG-værdi pr. kroniker med KOL og/eller diabetes



Reduktion i andelen af indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage



Stigning i andel af virtuelle sygehusforløb



Implementeringsplan/strategi for it-systemtilpasninger til datadeling vedr. aftaleoverblik og stamkort



DAGSORDEN

1. Baggrund
2. Nærhedsfinansiering – udfordringer og muligheder. Vi kan kun lykkes fællesskab

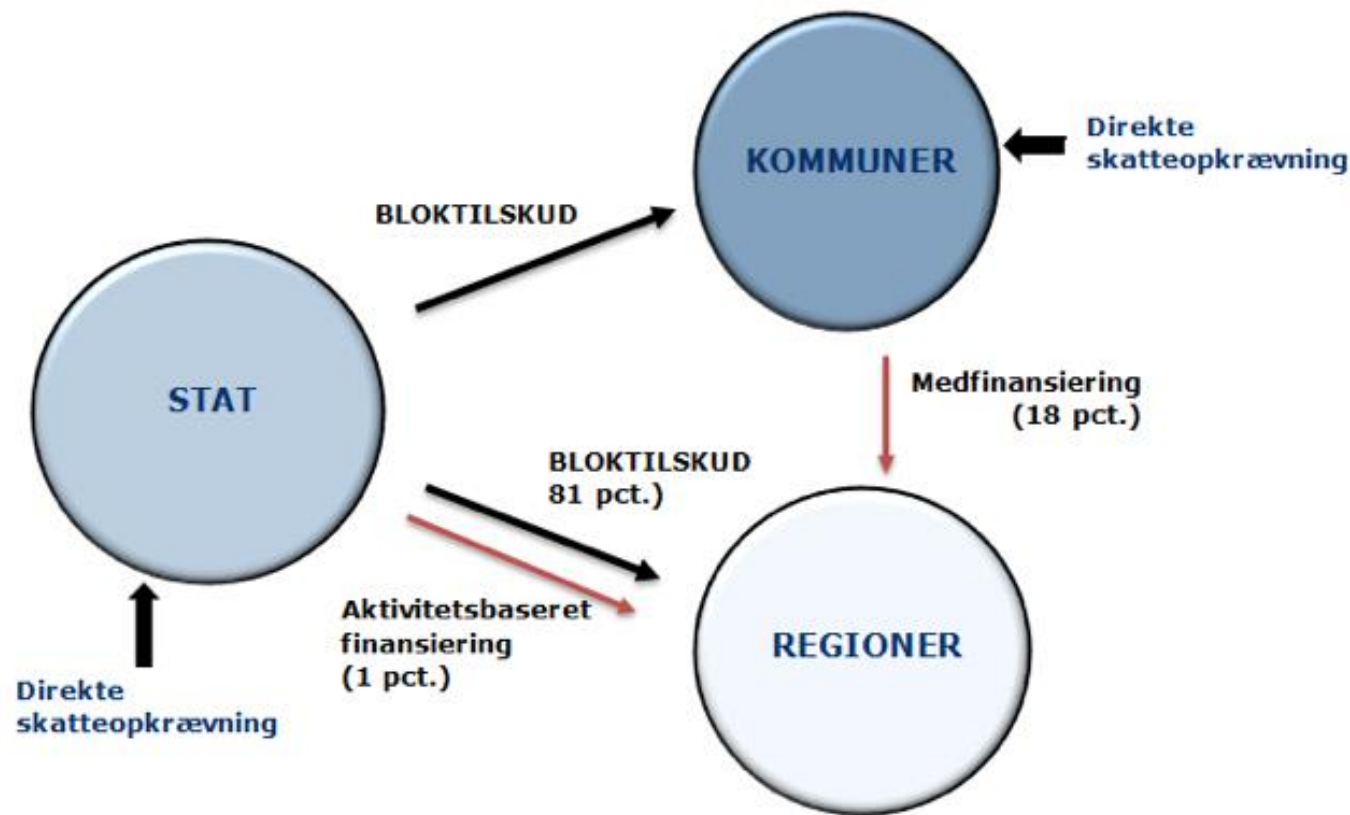
1. BAGGRUND

Baggrunden for nærhedsfinansiering



STATSLIG AKTIVITETSPULJE

- Understøtte udvidet frit sygehusvalg og reduceret ventetid (indført 2002)
- Har udgjort ca. 1% af den samlede finansiering. Udmøntning af 2% produktivitetskrav gennem den statslige pulje
- Har været en effektiv cocktail til at øge aktivitet og mindske ventetid
- Balancen mellem fordele og ulemper har forskubbet i perioden
- Aktivitetspres – i stigende grad udskaøldt for mulige uhensigtsmæssigheder: Indikationsskred, suboptimering, manglede opgaveglidning, stor vækst i ambulante (kontrol)besøg.



Patienter og kontakter i det regionale sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet samlet

Tabel 1. Patienter og kontakter, det regionale sundhedsvæsen, 2009-15

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Det samlede sundhedsvæsen							
Antal patienter i kontakt (i tusinder)	5.036	5.032	5.072	5.056	5.069	5.097	5.126
Antal kontakter ¹ (i tusinder)	67.206	67.763	69.967	70.022	69.968	71.150	72.274
Gns. antal kontakter pr. patient i kontakt	13,3	13,5	13,8	13,9	13,8	14,0	14,1
Kontakter pr. 1.000 borgere	12.232	12.282	12.625	12.585	12.524	12.676	12.786
Somatisk sygehusvæsen							
Antal patienter i kontakt (i tusinder)	2.476	2.500	2.511	2.519	2.549	2.671	2.707
Antal kontakter (i tusinder)	11.148	11.582	12.259	12.635	13.147	14.005	14.404
Gns. antal kontakter pr. patient i kontakt	4,5	4,6	4,9	5,0	5,2	5,2	5,3
Kontakter pr. 1.000 borgere	2.029	2.099	2.212	2.271	2.353	2.495	2.548

Stigning i antal unikke personer: 9%

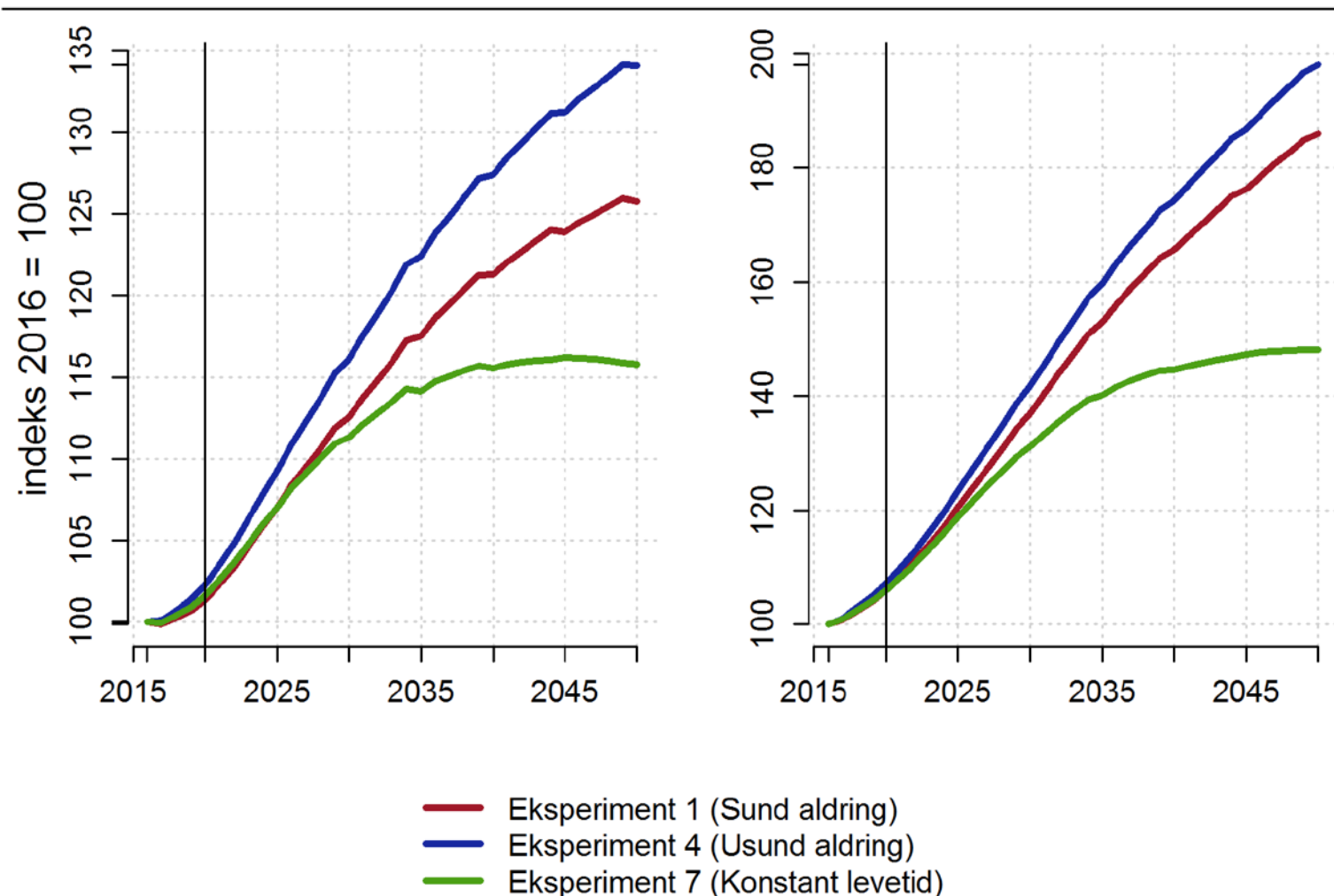
Stigning i aktivitet (antal kontakter pr. patient pr 1000 borgere): 25,6%. Skyldes stigning i ambulant aktivitet

Er stigningen hensigtsmæssig? Kan og skal denne stigning i aktivitetsmønstret fortsætte?

Sundhedsdatastyrelsen, 2016. Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2015

UDGIFTSBEHOV PGA. DEMOGRAFISK PRES

Figur 6. Demografisk effekters betydning for sundheds (venstre) og hjemmeplejeudgifterne (højre), eksperiment 1,4 og 7.



DREAM. 2016. Følsomhedsanalyse af udviklingen i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne

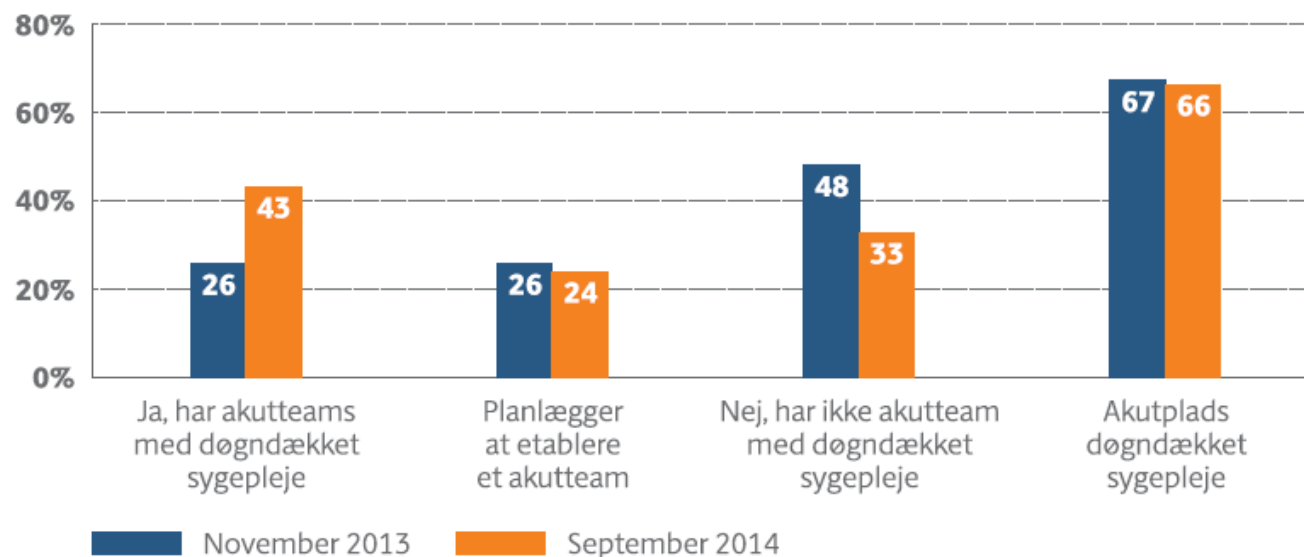
Kvalitetsstandar- der for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

- krav og anbefalinger til vareta-
gelse af særlige sygeplejeindsatser



2017

› Figur 4.1. Kommunale akutfunktioner (pct.)



63% af kommunerne har akutteams/-pladser

FAG AKUTFUNKTIONER

Store kommunale forskelle på akutfunktioner

Der mangler overblik over udbredelsen og organiseringen af akutfunktioner i Region Hovedsta-
dens 29 kommuner. Derfor foretog Tværsektoriel Forskningsenhed en spørgeskemaundersø-
gelse, som afslører store forskelle i kommunernes måde at udføre akuttilbuddene på.

Lone Schou, forsker, sygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d.; loneschou@yahoo.dk
Mathias Meijer, forsker, cand.scient.soc., ph.d.
Carsten Hendriksen, forskningsleder, overlæge, dr.med.

BENCHMARKING FORBYGGELIGE INDLÆGGELSER

Tabel 7.4

Produktionsværdi (mio. kr.) forbundet med uhensigtsmæssige indlæggelser

Mio. kr.	2014	2015	2016
Forebyggelige indlæggelser	2.711	2.829	2.772
Genindlæggelser	2.562	2.545	2.406
Akutte medicinske korttidsindlæggelser	3.117	3.056	3.023
Færdigbehandlingsdage	76	68	59
I alt	8.466	8.498	8.260
I alt for unikke indlæggelser (ekskl. færdigbehandlingsdage)	8.085	8.111	7.401

Anm.: Produktionsværdien er opgjort som den samlede DRG-produktionsværdi i 2016-niveau inklusiv genoptræningstaksten. Produktionsværdien for unikke indlæggelser er opgjort for forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser. Med unikke menes, at en indlæggelse kun indgår én gang. Fx kan en akut medicinsk korttidsindlæggelse også være en forebyggelig indlæggelse. I et sådan tilfælde vil indlæggelsen kun tælle med én gang. Har samme borgere først en akut medicinsk korttidsindlæggelse og senere på året en forebyggelig indlæggelse, vil de tælle med som to unikke indlæggelser. Produktionsværdien for færdigbehandlingsdage er færdigbehandlingstaksten og ikke taksten for den samlede indlæggelse som indebærer færdigbehandlingsdage. Genindlæggelser er opgjort efter samme afgrænsning brugt i Nationale mål, men bygger på et andet datagrundlag. Derfor vil denne opgørelse ikke direkte kunne sammenlignes med de Nationale mål.

Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

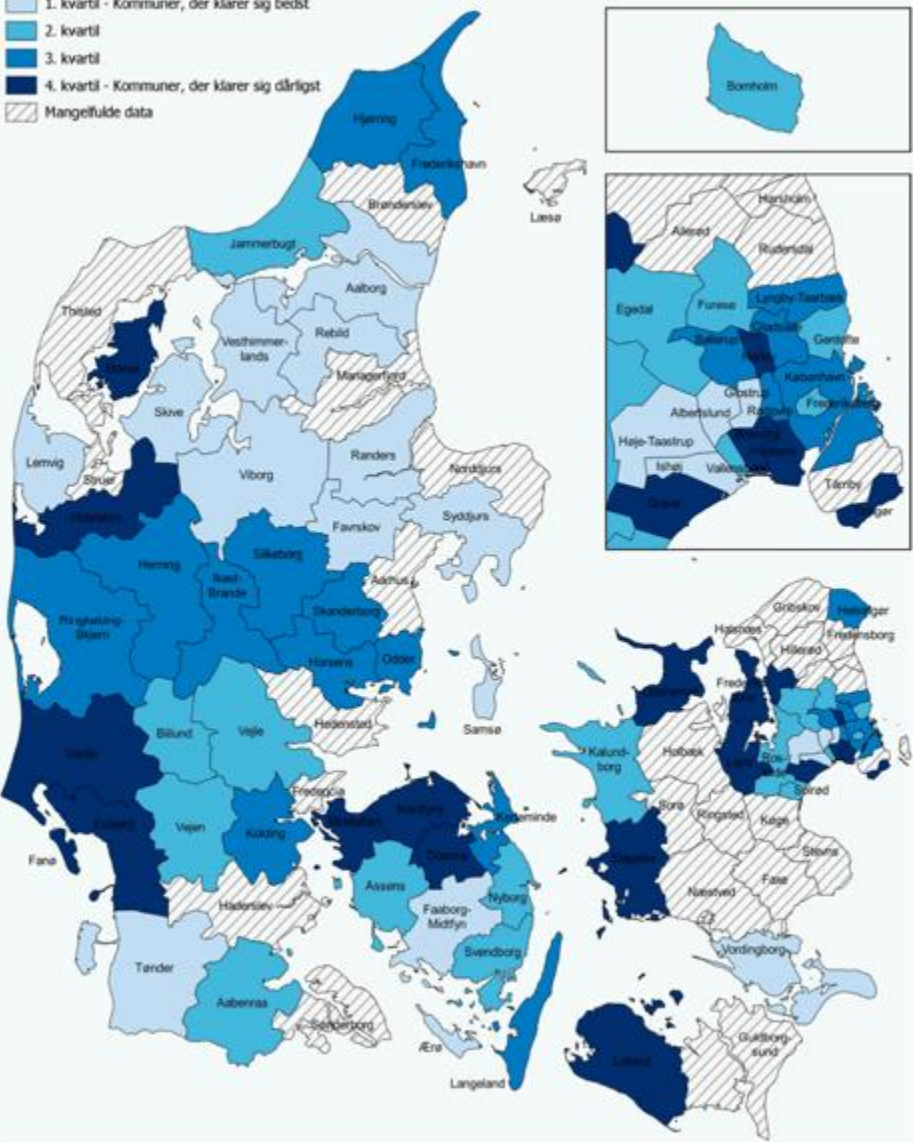
Kilde tabel. SUNDHEDS- OG ÆLDREØKONOMISK ANALYSE. Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. Sundheds- og Ældreministeriet 2018

Kilde figur: Økonomi- og Indenrigsministeriet Benchmarkingenhed, 2018.
Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere

Figur 15

Kommunernes rangering i forhold til forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere, når der er taget højde for rammevilkår

- 1. kvartil - Kommuner, der klarer sig bedst
- 2. kvartil
- 3. kvartil
- 4. kvartil - Kommuner, der klarer sig dårligst
- Mangelfulde data



Anm.: Første kvartil dækker over de 25 procent af kommunerne, der har det laveste antal forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere i forhold til forventet, mens fjerde kvartil dækker over de 25 procent af kommunerne med det højeste antal af forebyggelige indlæggelser blandt ældre hjemmeplejemodtagere i forhold til det forventede niveau.

Kilde: Data fra Landspatientregisteret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.



2. NÆRHEDSFINANSIERING

Relevante indikatorer og målsætninger
bliver honoreret i nærhedsfinansiering

Udfordringer og muligheder

UDFORDRINGER

1. Klassisk økonomistyring er fortsat vigtigt – budgetlægning, budgetoverholdelse, entydigt budgetansvar, opfølgning, budgetafvigelser....
2. Vi skal fortsat have styr på og opgøre aktivitet. (kæmpe) Stor kommunikationsopgave!
3. Aktivitetsbestemte system kunne bruges (næsten) 1:1 igennem hele styringskæden. Det er ikke tilfældet med nærhedsfinansiering. Kræver strategiske beslutninger på alle niveauer – kræver ledere som kan tage og tager ansvar!
4. Styring, ledelse og faglighed skal gå hånd-i-hånd. Nærhedsfinansiering kræver mere (faglig) ledelse og kliniske inputs til strategiske beslutninger. (endnu) Større dialog mellem økonomifolk og sundhedsprofessionelle!
5. Ledelsesinformation: Data om populationen, som både viser helheden og de enkelte afdelingers/hospitals bidrag, relation og gensidige afhængighed. Ex. Udskrivning- og genindlæggelsesmønstre.
6. Økonomiske incitamenter har både intenderede og ikke-intenderede virkninger – vi skal være opmærksomme på perverse incitamenter
7. Styrket dialog på tværs - hospitaler, afdelinger, kommuner, almen praksis Kræver viden baseret på data fordelt på ex. kommuner

TAK FOR OPMÆRKSOMHEDEN

Mickael Bech

Novo Nordisk Fonden Professor i ledelse i sundhedsvæsenet

Kronprins Frederiks Center for Offentlig Ledelse

Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet

Email: mibe@ps.au.dk



INSTITUT FOR STATSKUNDSKAB
AARHUS UNIVERSITET

KRONPRINS FREDERIKS
Center for Offentlig Ledelse

