



# Kommunal medfinansiering

Kim Gustavsen  
kig@sst.dk  
Sundhedsøkonomi (DRG)

## Indhold

- Kommunal (med)finansiering
- eSundhed
- Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag – KØS
- Genoptræningsområdet
- Praktisk anvendelse af eSundhed

## Reformen i 2007

- Struktur- og finansieringsreformen, der trådte i kraft 1. januar 2007, medførte væsentlige ændringer i opgavefordelingen og betalingsstrømmene på sundhedsområdet
- Formålet med indførelsen af kommunal medfinansiering af sundhedsområdet, var et politisk ønske om at give kommunerne et incitament til at etablere forebyggende og substituerende tilbud, som kan reducere behovet for især sygehusbehandling
- Kommunerne (med)finansierede i 2008 sundhedsvæsenet med ca. 9,9 mia. kr.
- Sundhedsstyrelsen forestår opgaven med at opgøre den kommunale (med)finansiering, sende betalinger til afregning samt informere om, hvad der betales for

## Kommunal medfinansiering

### **Aktivitets uafhængige bidrag:**

- Kommunalt grundbidrag (udgør 1.175 kr. pr. indbygger i 2009)

### **Aktivitets afhængige bidrag:**

- Kommunal **medfinansiering** (dvs. mindre end 100 pct.)
- Kommunal **finansiering** (dvs. 100 pct.)



## Cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering

- Afgrænsning af hvad den kommunale medfinansiering dækker
- Hvordan den kommunale medfinansiering beregnes
- Regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet
- Krav om månedlig foreløbig opgørelse og afregning
- Krav om endelig årsopgørelse og afregning
- Anvisning (OBS-systemet)
- Revision og dokumentation mv.



## Beregning af kommunal medfinansiering

### Somatik:

- Sygehusindlæggelser – 30 pct. af DRG-takst (*loft: 4.804 kr.*)
- Ambulant behandling – 30 pct. af DAGS-takst (*loft: 320 kr.*)
- Genoptræning under indlæggelse – 70 pct. af genop.taksten

### Psykiatri:

- Indlæggelser – 60 pct. af sengedagstakst (*loft: 7.684 kr.*)
- Ambulant behandling – 30 pct. af besøgstakst

### Praksissektoren (praktiserende læger m.v.):

- Som hovedregel afregnes 10 pct. af bruttohonorarer

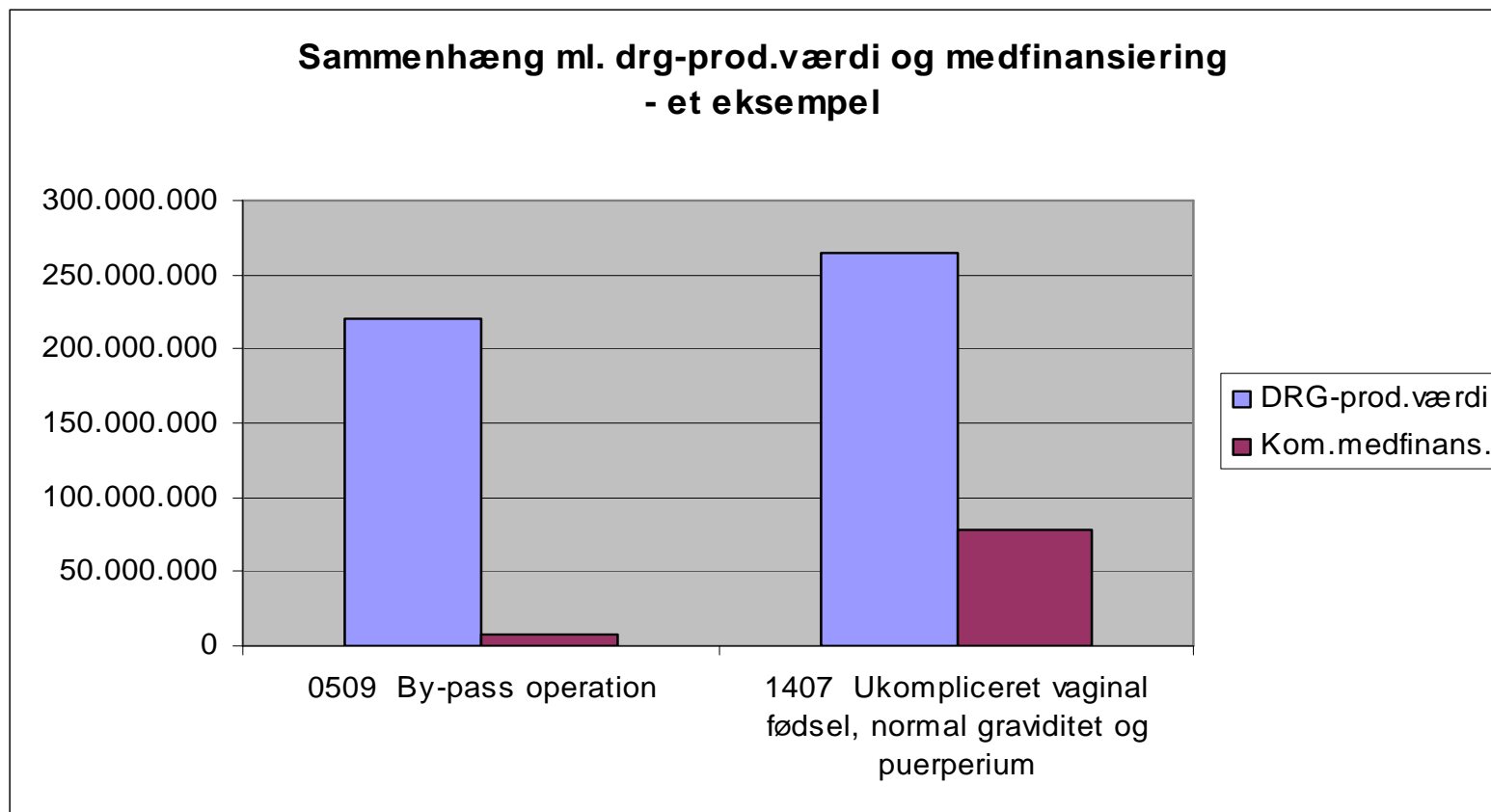
## Eksempel på lofternes betydning

- Eksempel 1 – Bypass operation:  
Drg-gruppe 0509. Taksten er 130.617 kr.  
Kommunal andel: 30 pct. af 130.617 kr. = 39.185 kr.  
Resultat: Patienten medfinansieres med loftet på 4.804 kr.

Reel medfinansieringsandel for bypass operationer:  
(4.804 kr./130.617 kr.) = 4 pct.

- Eksempel 2 – Normal graviditet og ukompliceret fødsel på sygehus  
Drg-gruppe 1407. Taksten er 15.667 kr.  
Kommunal andel: 30 pct. af 15.667 kr. = 4.700 kr.

## Illustration af lofternes betydning





## Kommunal medfinansiering ved overflytninger

Sygehus 1

Patienten overflyttes  
ml. sygehusene

Sygehus 2

**Drgr. 1805 Sepsis -  
41.564 kr.**

**Kompris= 4.804 kr.**



**Drgr. 1805 Sepsis -  
41.564 kr.**

**Kompris= 4.804 kr.**

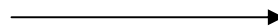
Sygehus 2

Patienten flytter afd.  
inden for sygehuset

Sygehus 2

**Drgr. 1805 Sepsis -  
41.564 kr.**

**Kompris= 0 kr.**



**Drgr. 1805 Sepsis -  
41.564 kr.**

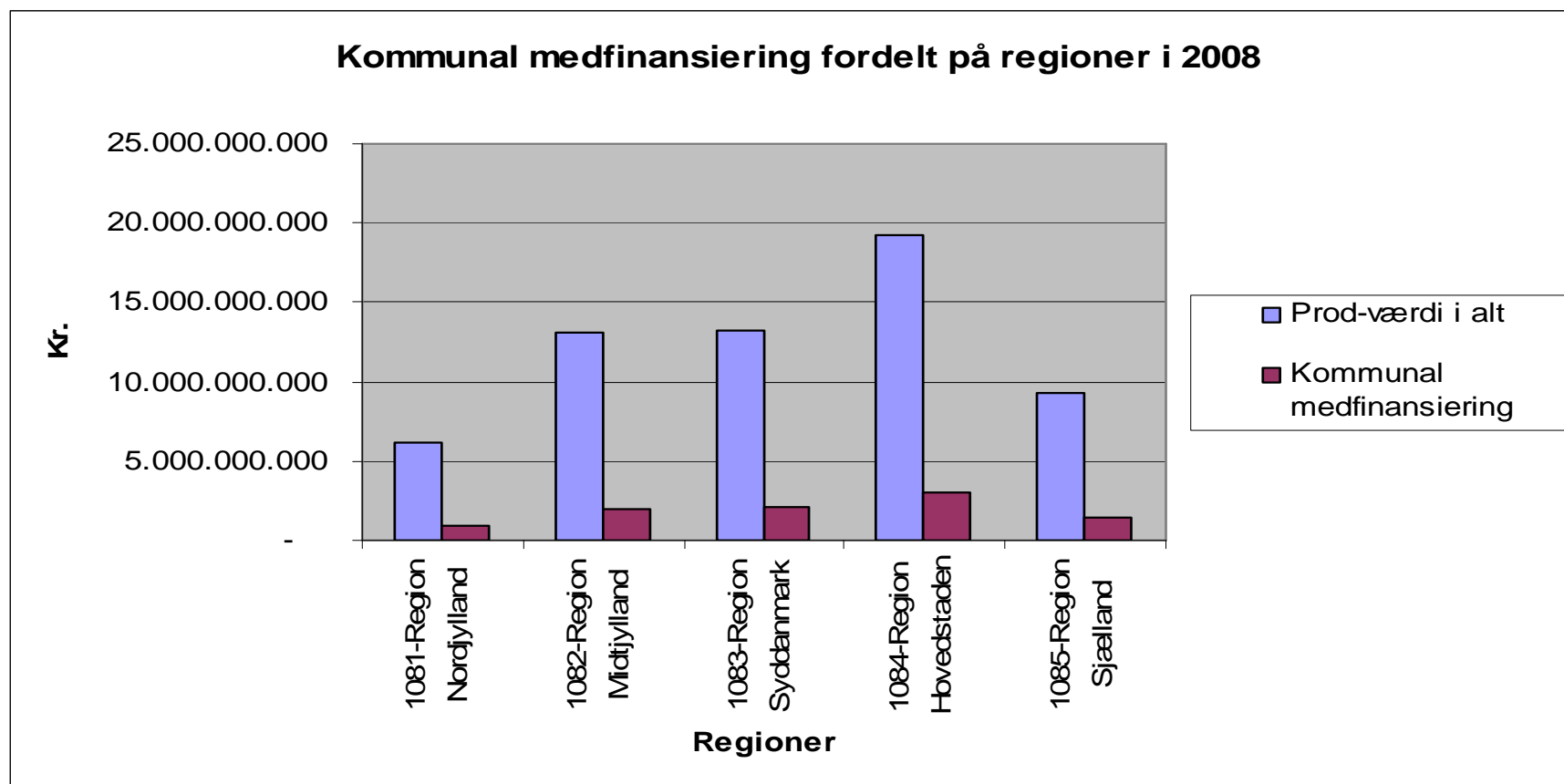
**Kompris= 4.804 kr.**



## Værdien af den kommunale medfinansiering i 2008

	kr.
Somatik - stationær	4.522.320.954
Somatik - ambulat	2.941.360.380
<b>I alt somatik</b>	<b>7.463.681.334</b>
Psykiatri - stationær	223.518.416
Psykiatri - ambulat	375.786.455
<b>I alt psykiatri</b>	<b>599.304.871</b>
<b>Praksissektoren</b>	<b>1.343.865.727</b>
<b>Kommunal medfinansiering i alt</b>	<b><u>9.406.851.932</u></b>

# Fordelingen af den kommunale medfinansiering i 2008





## Sundhedsloven om kommunal *finansiering* af sygehusområdet

Sundhedslovens **§238** fastslår, at en patients bopælskommune betaler bopælsregionen for

- Færdigbehandlede sengedage på sygehusene
- Indlæggelse på hospice

Sengedagstaksten er den samme: 1.771 kr. pr. dag i 2009 (1.701 kr. i 2008)

Af lovens **§251** fremgår desuden at bopælskommunen står for den fulde finansiering af

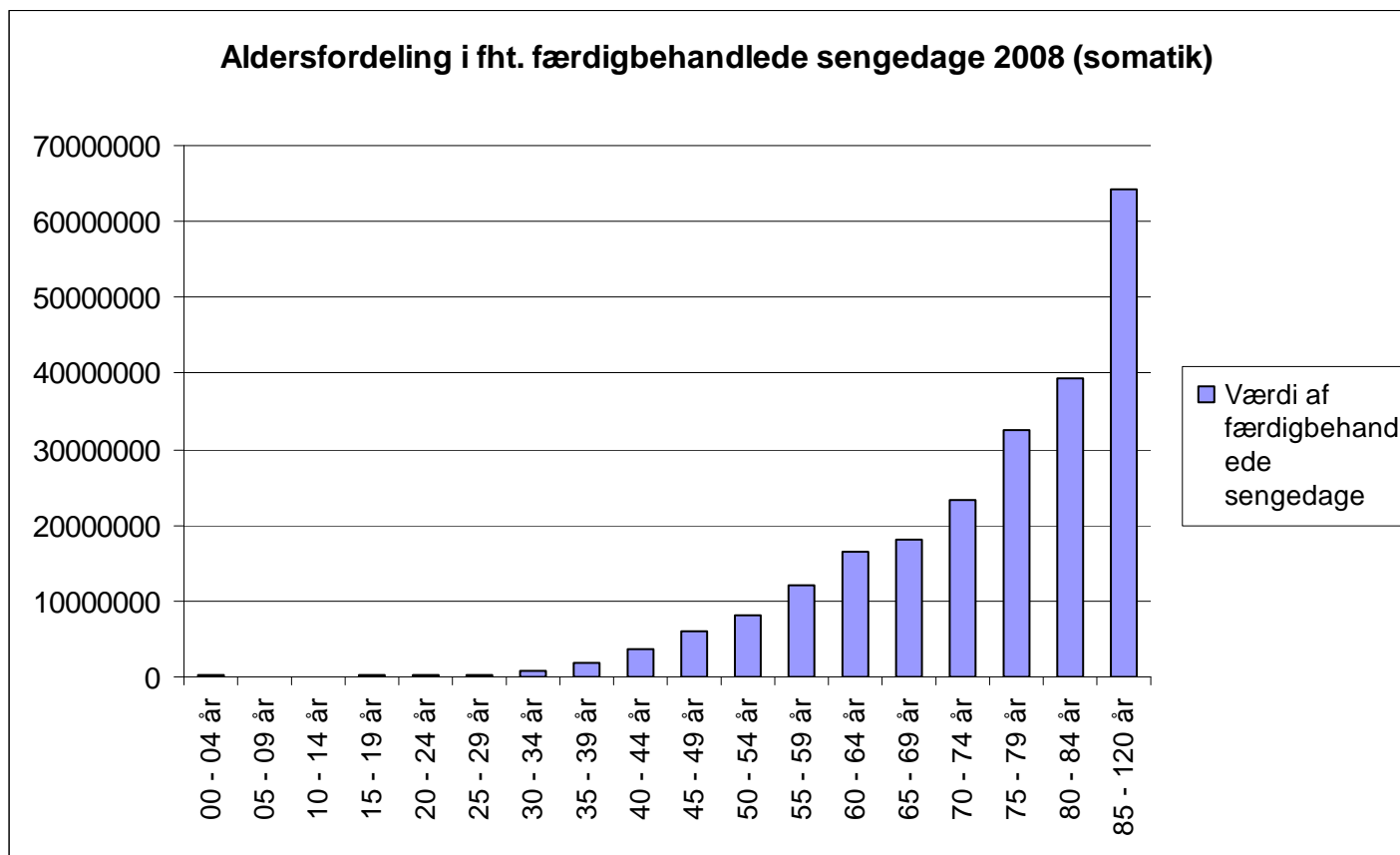
- Genoptræning *efter* udskrivning fra sygehuset (dvs. ambulat genoptræning)



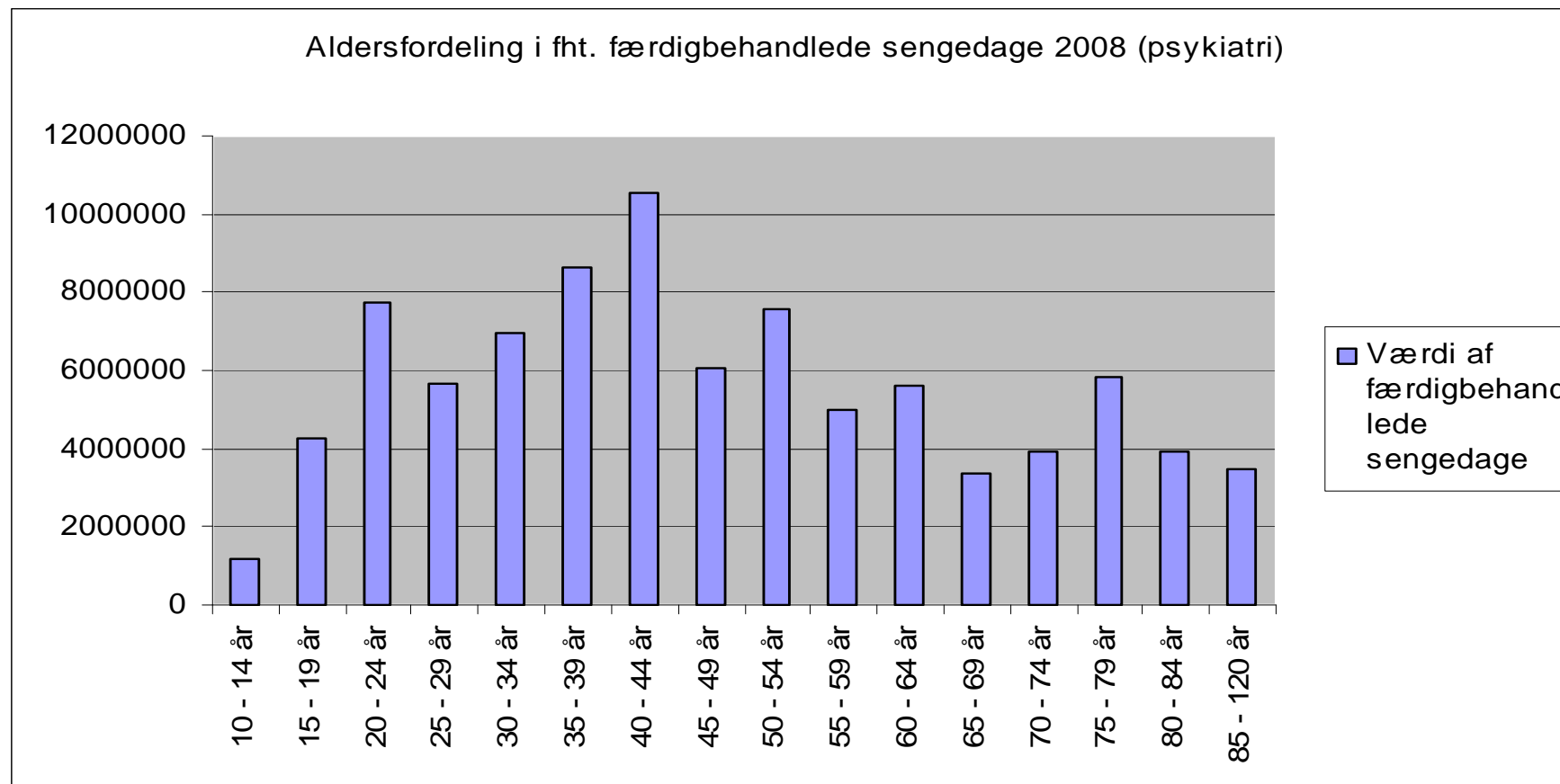
## Værdien af den kommunale finansiering i 2008

	kr.
Somatik - færdigbehandlede	162.979.614
Somatik - hospice	64.428.777
Psykiatri - færdigbehandlede	89.724.348
<b>I alt færdigbehandlede og hospice</b>	<b>317.132.739</b>
Alm. ambulant genoptræning	2.050.629
Spec. ambulant genoptræning	172.011.107
<b>I alt ambulant genoptræning</b>	<b>174.061.736</b>
<b>Kommunal finansiering i alt</b>	<b><u>491.194.475</u></b>

# Færdigbehandlede dage i somatikken



## Færdigbehandlede dage i psykiatrien





## Erfaringer med den kommunale medfinansieringsmodel

Fokus på kommunal sundhed – fra kontrol til analyse

- Knap 70 pct. af kommunerne har iværksat særlige initiativer for at nedbringe udgifter til medfinansiering\*
- 80 pct. af kommunerne har iværksat patientrettet forebyggelse\*
- 90 pct. af kommunerne har iværksat borgerrettet forebyggelse\*

... men der mangler stadig viden om hvilke kommunale indsatser der virker (bedst)

\* Kilde: Kommunernes økonomi 2007 & Kommunernes økonomi 2008

## Er der behov for justering af modellen?

Eksempler på kritik af finansieringsmodellen:

- Er lofterne for medfinansieringen for lave?
- Kommunerne kan ikke påvirke alle ydelser

På den anden side:

- 45 pct. af sundhedsudgifterne i 2006 kan henføres til 3 pct. af befolkningen\*
- Kommunerne finansierer også sygedagpenge, hjemmehjælp m.v.

\* Kilde: Rapport vedr. bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne (2008)

## Justering af medfinansieringsmodel - Sundhedspakke 2009

- Aktivitetsafhængige finansiering øges mod tilsvarende reduktion i det kommunale grundbidrag
- Fokus på kommunernes incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter
- Undersøge perspektiverne i en målrettet medfinansiering inden for de forskellige områder som ordningen dækker
  - Differentieringen af delområder gøres afhængig af kommunernes muligheder for at påvirker borgernes forbrug af ydelser
  - Mulighed for at undtage områder, hvor kommunerne er uden mulighed for at påvirke borgernes træk på sygehusvæsenet – eksempelvis fødsler

Kilde: Regeringens sundhedspakke 2009, oktober 2009

## eSundhed

eSundhed er Sundhedsstyrelsens informationssystem, der bl.a. formidler opgørelser over betalingsstrømmene i forbindelse med den kommunale medfinansieringsordning samt den aktivitet der ligger til grund for de kommunale betalinger

Formidlingen foregår på 3 + 1 niveauer

- Opgørelse af kommunal medfinansiering
- Summerede standardtabeller
- Analyseværktøj
  
- KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag - KØS

## KØS – Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag

### Baggrund

- Drøftelser om KØS startede tilbage i 2006
- Sundhedsstyrelsen har ikke hjemmel til at videregive personhenførbare regionale sundhedsoplysninger til kommunerne
- Understøtte sammenhængende sundhedsindsats og sammenhæng ml. sundhedssektoren og tilgrænsende sektorer (Sundhedsloven § 203)
- Formuleret i Økonomiaftalen for 2008
- Finansiering på plads efterår 2008

## KØS – Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag

### **Formålet med KØS formuleres som:**

Et ønske om at etablere et kommunaløkonomisk informationsgrundlag på sundhedsområdet, der understøtter kommunerne i udmøntningen af intentionerne i den nye sundhedslovgivning

- KØS gik 1. maj 2009 i luften i første version
- Der arbejdes videre med at tilføje nye datakilder og gøre anvendelsen mere brugervenlig

## Hvad er KØS?

- Et supplement til de tre niveauer på eSundhed
- "Adgang" til individdata for
  - sundhed
  - personoplysninger (CPR)
  - arbejdsmarked (DREAM)
  - kommunale omsorgssystemer (december 09)
- En mulighed for selv at afgrænse, sortere og modellere data på individniveau – dog uden at se det!

## Hvad stilles til rådighed og hvordan?

- KØS er en struktureret database, der kan tilgås på individniveau og data kan eksporteres herfra på ikke-individniveau
- To adgangsveje
  - Direkte adgang til individdatagrundlaget
  - Generiske standardrapporter dannet på baggrund af datagrundlaget i KØS
- Formidles inden for rammerne af eSundhed
  - Information og vejledning
  - beskrivelse af databasens indhold - feltbeskrivelser
  - Tips til hvorledes data kan anvendes
  - Erfaringsudveksling

## KØS formidlingsløsning

- Den nuværende adgang til KØS indviddatabasen kræver programmeringskundskaber i SAS eller SQL. For at kunne anvende den skal kommunerne derfor selv besidde disse kompetencer eller købe sig til dem
- Brugergrænseflade bygges ovenpå med henblik på at nå ud til en bredere brugergruppe (medio 2010).
- Med brugergrænsefladen skal det være muligt for brugere uden specifikke programmeringskundskaber at afgrænse og summere grunddata i KØS databasen

## Hvad kan man med KØS?

- Mulighed for at kunne se oplysninger om borgernes sundhedsforbrug indenfor geografiske områder/distrikter i kommunen (skoledistrikter, plejedistrikter m.v.)
- Mulighed for at se oplysninger om eksempelvis sygedagpengemodtageres forbrug af sundhedsydelser og sammenhænge mellem dette og arbejdsmarkedsstatus
- Mulighed for at se oplysninger om forbrug af sundhedsydelser for borgere registreret i kommunens omsorgssystem samt sammenhænge mellem eksempelvis hjemmepleje og forbrug af sundhedsydelser i det regionale sundhedsvæsen (december)
- Mulighed for at følge diabetikers forbrug af sundhedsydelser (efterår 2009) – og på sigt alle kronikergrupper
- Mulighed for selv at "lege" med (men ikke se) grunddata og danne egne aggregeringer
- Mulighed for at indlæse egne afgrænsninger (CPR-numre)

## Eksempler på konkrete anvendelser af KØS

- Datagrundlag til sygdomsscenariemodell, hvor udviklingen inden for 15 sygdomsgrupper kan følges over tid givet forskellige sundhedsfremmende interventioner (LAVKOS, 5+ kommuner)
- Sygdomsbillede for borgere der modtager hjemmehjælp i kommunen mhp. at analysere forskelle imellem distrikter og udbydere af hjemmehjælpsydelser (offentlig/privat)
- Effektmåling af kommunes KOL-indsats. Sygdomsbillede før og efter kommunalt KOL-forløb
- Datainput til ABC model i kommune, hvor omkostninger inden for udvalgte diagnoser ses i forhold til aktivitet og tidsforbrug i hjemmeplejen
- Analyse af visitationspraksis til kommunens midlertidige døgnpladser, hvor mange visiteres direkte fra sygehuset

## Kommunale udfordringer

### **Mængden af data er rigelig!**

– og den bliver løbende udvidet ligesom tilgængeligheden styrkes

### **Udfordringen ligger i anvendelsen af data**

- Hvad er den gode analyse? Hvad virker?
- Hvordan får man idéen?

### **Hvordan bliver vi bedre**

- Udveksling af erfaringer - kommunefora
- eSundhed som formidler af de gode rapporter og analyser
- På datasiden: mere specifikke kronikerdata
- Undervisning og formidling
- Dialog med aktører på sundhedsområdet