

Styring af kommunal medfinansiering kræver sundhedsøkonomisk viden

Hvorfor

Kommunal medfinansiering betragtes af mange kommuner som en udgift, der ikke kan påvirkes. Det er MUUSMANN's opfattelse, at de kommunale medfinansieringsudgifter ikke er kalkulatoriske. Udgifterne kan påvirkes. Kommunerne har mulighed for at påvirke borgernes sundhedsforbrug på sygehusene. Dels ved at tilbyde målrettede kommunale sundhedstilbud, der modsvarer kommunens specifikke sundhedsudfordringer. Dels ved at kommunen etablerer et faktabaseret vidensgrundlag, der kan udgøre basis for dialogen med region og sygehuse. Med en faktabaseret dialog kan der skabes afklaring af, hvilke tilbud og serviceniveau, der bør tilbydes kommunens borgere, for at sikre en hensigtsmæssig og resourceoptimal tilrettelæggelse af sundhedstilbuddene.

Budgetansvaret for den kommunale medfinansiering er typisk placeret i pleje- og sundhedsområdet. Her kendes de borgere, der får plejeydelser, og medarbejderne kender typisk de borgere, der har et højt forbrug af regionale sundhedsydelser. Dette kan være en af en række kommunale udfordringer

Også andre borgere trækker på regionale sundhedsydelser – herunder gennem gentagne og dyre indlæggelser. Disse borgere er ofte ikke kendt i den kommunale pleje- og sundhedsorganisation. Men er derimod ofte kendt i andre dele af den kommunale organisation (beskæftigelsesafdeling, socialpsykiatri og handicapservice). Altså ikke i den afdeling, som har budgetansvaret for den kommunale medfinansiering. I og med at disse borgere ikke kendes af de budgetansvarlige, er der sjældent fokus på deres forbrug af regionale sundhedsydelser.

Et eksempel herpå er de forebyggelige indlæggelser: Her kendes typisk ca. 20 % af de borgere, der udløser forbruget, i kommunens pleje- og sundhedsområde.

Sundhedsøkonomiske analyser kan skabe overblik over, hvilke borgere, der trækker på sundhedsydelserne, samt skabe grundlag for at undersøge sammenhænge mellem kommunens sundhedsindsatser og de faktiske sundhedsudfordringer – både i forhold til de kendte og såkaldte "ukendte" borgere.

Hvad

Der udarbejdes dels en generel analyse af forbruget af sundhedsydelser for alle kommunens borgere for de seneste 3 år sammenlignet med udvalgte øvrige kommuner i regionen.

Derudover udarbejdes en specifik analyse, der analyserer kommunens borgeres forbrug af sundhedsydelser på et mere detaljeret niveau, der kombinerer kommunale opgørelser med regionale sundhedsdata.

Hvordan

Der anvendes data fra eSundhed, KØS og CARE eller lignende kommunalt system til registrering af plejeydelser (videre betegnet CARE) samt øvrigt tilgængelig datamateriale fra kommunens registre. Såfremt der skal indhentes regionale data på cpr-niveau fra eSundhed (uanset kryptering), skal der søges om godkendelse i Datatilsynet. Derudover er det vores erfaring, at Regionen skal indhente godkendelse i Sundhedsstyrelsen jf. sundhedslovens §41.

Registeranalyse

Registeranalysen foretages med baggrund i relevante udtræk fra KØS, eSundhed, CARE og Danmarks Statistik.

- For at kunne udarbejde dataanalyser af kendte borgeres (modtagere af hjemmeplejeydelser, sygeplejeydelser og borgere på plejecentre) forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, foretages udtræk i CARE.
- CPR-numre på borgere registreret i CARE indlæses i KØS.
- KØS giver derefter mulighed for at udarbejde analyser af forbruget af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser opdelt på plejecenterniveau for modtagere af plejeydelser og brugere af sygeplejeydelser.
- CPR-numre på borgere registreret i CARE eller andre kommunale registre kan ligeledes kombineres med data på CPR-niveau fra eSundhed med henblik på mere detaljeret opgørelse på CPR-niveau. Dette giver betydelige fordele i forhold til kombination af data til forskellige opgørelser.

Der tages udgangspunkt i det datamateriale, kommunen har udarbejdet.

Ved anvendelse af data fra KØS og CARE kan der udarbejdes analyser af forbruget af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser på eksempelvis plejedistrikter, hvilket er relevant i forhold til at målrette konkrete løsningsforslag.

Den generelle analyse

Registeranalysen indledes med en kortere, **generel analyse** af forbruget af sundhedsydelser for alle kommunens borgere for de seneste 3 år, og der anvendes datasæt, der gør det muligt at sammenligne kommunen med andre kommuner og regionsgennemsnittet.

Der udarbejdes - fortrinsvis ud fra data fra Danmarks Statistik - en overordnet beskrivelse af kommunens borgerprofil og befolkningssammensætning samt en sammenligning af kommunen med udvalgte andre kommuner. Denne beskrivelse udarbejdes med henblik på at afdække, om kommunen adskiller sig fra andre kommuner i forhold til borgere og tilflyttere med særlige behov, som eksempelvis socialt udsatte borgere, som har dårligere sundhedsmæssige prognoser, og som dermed medfører øgede udfordringer – herunder også økonomiske - for kommunen. Hvor det er muligt, udarbejdes opgørelsen på aldersgrupper.

Den Nationale Sundhedsprofil for kommunen inddrages ligeledes i registeranalysen, herunder udviklingen i de sundhedsprofiler, der er udarbejdet for kommunen. Sundhedsprofilerne kan bidrage med "status" og udvikling i sundhedstilstanden i kommunen og være med til at pege på særlige udfordringer, som de forebyggende indsatser skal fokusere på.

Gennemgangen af sundhedsprofilerne kan give oplysninger om udviklingen i:

- Sundhedsadfærd, kost, rygning, alkohol, motion og stress
- Borgere med kronisk sygdom
- Social ulighed i sundhed
- Selvoplevet helbred
- Motivation til at ændre risikabel sundhedsadfærd

Den specifikke analyse

For den **specifikke del** vedrørende indlæggelser, herunder forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, tager dataanalysen udgangspunkt i de indlæggelser som KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har defineret som forebyggelige indlæggelser. For ambulante ydelser vurderes ydelsessammensætning, niveau og intensitet, og der sammenlignes så vidt muligt med andre kommuner i regionen.

Dataanalysen skal give viden om – og overblik over – en række oplysninger om indlæggelser, herunder de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser (opdelt på sygdomsgruppe) dels i forhold til de kendte borgere og dels i forhold til ikke kendte borgere. Idet der i KØS kan indlæses konkrete CPR-numre for kendte borgere udtrukket fra omsorgssystemet, benyttes denne mulighed til at udarbejde en analyse af sammenhængen mellem aktiviteten i sygdomsgruppe og de enkelte plejecentre.

Ved at inddrage oplysninger om antallet af borgere på de enkelte plejecentre, i sygeplejen og i hjemmeplejen kan det beregnes, hvor stor andel af borgere på plejecentre, i sygeplejen og i hjemmesygeplejen, der indlægges og genindlægges med forebyggelige sygdomme.

For de ikke kendte borgere udarbejdes en dataanalyse af indlæggelser – herunder forebyggelige - og ambulante ydelser specifikt for borgere, som benytter andre ydelser end sundheds- og plejeydelser i kommunen. Det kan eksempelvis dreje sig om borgere, som er på kontanthjælp eller andre overførelsesindkomster, herunder borgere med dobbeltdiagnoser (psykiatrisk diagnose og misbrug), borgere uden beskæftigelse samt socialt udsatte borgere, for eksempel unge uden beskæftigelse og/eller uddannelse. Der kan også være tale om mødre og børn (0-4 årige), der efter fødsel udskrives (for) hurtigt, og hvor det søges belyst, om dette har konsekvenser for børnenes fysiske trivsel, ernæringsmæssige tilstand med videre, som belaster sundhedsplejen i mange kommuner. Der kan til dette eksempelvis anvendes data fra arbejdsmarkedsafdelingen, handicapafdelingen eller andre relevante kommunale afdelinger og tilbud, der sammenholdes med regionale eSundhed-data for sygehusydelser til borgere fra kommunen.

Det belyses, hvilke sundhedsøkonomiske konsekvenser - herunder især for den kommunale medfinansiering - de enkelte grupperinger af borgere har, samt hvilke borgerprofiler kommunen bør prioritere for at tilrettelægge en fokuseret indsats bedst muligt. Der foretages ikke og gives heller ikke mulighed for konkret sagsbehandling i forbindelse med denne del af dataanalysen.

Derudover skal der for alle diagnoser ses på uhensigtsmæssige akutte indlæggelser (0/1-dages indlæggelser). Mange korte akutte indlæggelser kan være et udtryk for, at der er et kommunalt system, der er klar til hurtigt at hjemtage borgere i kommunalt regi, men det kan også være et udtryk for, at der netop ikke i kommunen er de rette kompetencer eller tilbud til at håndtere forholdsvis ukomplicerede akutte sygdomsforløb. Indlæggelsestidspunktet (dag/time) er også en relevant variabel.

Der vil i analysen være et særligt fokus på (kendte/ikke kendte) borgere i gruppen af +65 år, ligesom udgifter i forbindelse med kronikerområdet også bør inddrages. Hver tredje dansker er i dag kronisk syg - og tallet er stigende. Nogle kronisk syge borgere lever et godt og aktivt liv trods sygdom. Andre kronisk syge har en dagligdag præget af dårlig livskvalitet og ringe mulighed for at klare sig selv. De er afhængige af hjælp fra andre og må tilbringe en stor del af deres tid hos sundhedsprofessionelle og på sygehuse. Fælles for borgere med kronisk sygdom

er, at de har brug for et livslangt behandlingsforløb. Forventningerne er dog, at borgerne får udviklet egne handlekompetencer og kan benytte eksempelvis telemedicinske løsninger.

Forudsætninger

Såfremt der skal indhentes personhenførbare data fra en anden myndighed end kommunen selv, skal der ske en anmeldelse til Datatilsynet, inden udtræk og samkøring kan finde sted. Data er personhenførbare, uanset om de enkelte records er identificeret af et cpr-nummer, krypterede eller på anden måde kan benyttes til at identificere enkeltpersoner.

MUUSMANN udarbejder i den forbindelse udkast til ansøgning, men ansøgningen skal fremsendes af kommunen. Ansøgning sker elektronisk på Datatilsynets hjemmeside. Derudover skal dataleverance aftales med regionen. Regionen skal i den forbindelse søge godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

Kommunens egne data kan behandles af kommunen selv eller en af kommunen udvalgt databehandler og i henhold til bestemmelserne i persondataloven.

Erfaringer

MUUSMANN har inddraget sundhedsøkonomiske analyser i projekter for flere kommuner med henblik på at sætte fokus på sammenhæng mellem politik, indsatser og udfordringer.

I projekterne har den sundhedsøkonomiske analyse eksempelvis bidraget til forslag til konkrete initiativer, som har forbedret kvaliteten i kommunens sundhedsydelse og givet mere sundhed for pengene. Analysen var grundlag for at udarbejde forslag til konkrete initiativer, som kunne nedbringe udgifterne til kommunal medfinansiering. Samtidig gav analysen kommunen et forbedret data- og analysegrundlag på sundhedsområdet samt medvirkede til at skabe et grundlag for om- og nyprioritering af sundhedsindsatsen.

Derudover har sundhedsøkonomiske analyser i forhold til den borgerrettede forebyggelse bidraget til at etablere et grundlag for, at kommunen kunne give "det rette tilbud til de rette borgere". Som en del af analysen blev der desuden etableret et faktabaseret vidensgrundlag, der kunne indgå i processen i forbindelse med kommunens beslutning om, hvorvidt der skulle etableres døgnrehabiliteringspladser og akutpladser.

Endeligt indgår en sundhedsøkonomisk analyse i et aktuelt projekt som et centralt element i at udarbejde konkrete handlingsanvisende forslag til ændringer og omlægninger i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen og/eller ændret opgavevaretagelse, der kan have en målbar effekt på omfanget af indlæggelser, sænke udgifterne til kommunal medfinansiering af sundhedsudgifter og øge den brugeroplevede kvalitet. Herunder skal analysen give forslag til etablering af kommunale tilbud eller tilbud i almen praksis på et lavere specialiseringsniveau som erstatning for sundhedstilbud i sygehusregi og dermed give en mere hensigtsmæssig udnyttelse af sundhedsvæsnets ressourcer. Samtidig skal analysen etablere et grundlag for det videre samarbejde mellem kommune og region/sygehus om en hensigtsmæssig og ressourceoptimal tilrettelæggelse af sundhedstilbuddet til borgerne i kommunen.