

Udskriftsdato: 19. december 2025

CIR1H nr 9207 af 15/03/2019 (Historisk)

Cirkulære om statsligt, resultatafhængigt tilskud i 2019 til regionernes sundhedsvæsen (Nærhedsfinansiering) I medfør af § 15, 15 a i lov nr. 797 af 27. juni 2011 om regionernes finansiering, som senest ændret ved lov nr. 1731 af 27. december 2018 og § 195 i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1286 af 2. november 2018, fastsættes:

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundheds- og Ældremin., j.nr. 1807384

Senere ændringer til forskriften

CIR1H nr 9214 af 15/03/2019

Cirkulære om statsligt, resultatafhængigt tilskud i 2019 til regionernes sundhedsvæsen (Nærhedsfinansiering)

I medfør af § 15, 15 a i lov nr. 797 af 27. juni 2011 om regionernes finansiering, som senest ændret ved lov nr. 1731 af 27. december 2018 og § 195 i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1286 af 2. november 2018, fastsættes:

Tilskudsramme og fordeling

§ 1. Sundheds- og Ældreministeriet udbetaler for 2019 efter bestemmelserne i dette cirkulære tilskud til finansiering af regionerne inden for en ramme på i alt 1.500 mio. kr.

§ 2. Tilskudsrammen efter § 1, stk. 1, fordeles mellem regionerne på grundlag af deres andel af det statslige tilskud for 2019 på sundhedsområdet i henhold til Social- og Indenrigsministeriet bekendtgørelse nr. 929 af 26. juni 2018 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2019. Tilskuddet opgøres i hele 1.000 kr. og afrundes til et med 12 deleligt beløb. Tilskudsrammen efter 1. punktum udgør:

Region Nordjylland:	155.076 tusinde kr.
Region Midtjylland:	321.564 tusinde kr.
Region Syddanmark:	321.492 tusinde kr.
Region Hovedstaden:	471.312 tusinde kr.
Region Sjælland:	230.556 tusinde kr.

Beregning af efterregulering

§ 3. Tilskudsrammen udbetales til hver region under forudsætning af regionens opfyldelse af minimum 4 ud af de 5 resultatkriterier, jf. §5.

Stk. 2. Såfremt en region opfylder 3 eller færre resultatkriterier, foretages der en efterregulering for den enkelte region efter følgende model:

Antal opfyldte resultatkriterier	Efterregulering (% af tilskud som efterreguleres)
4 eller 5	0%
3	12,5%
2	25%
1	37,5%
0	50%

Stk. 3. Sammenhængen mellem antal opfyldte resultatkriterier og efterregulering beskrives for hver region i bilag 1.

Resultatkriterier

§ 4. Der er fastlagt 5 resultatkriterier, jf. § 5.

Stk. 2. De 5 resultatkriterier er beskrevet i detaljer i bilag 2 og 3, inklusive indikator, teknik og opgørelse af måltal pr. resultatkriterie

§ 5. Resultatkriterie 1 er ”Reduktion i antal sygehusforløb pr. borger”, jf. bilag 2.

Stk. 2. Resultatkriterie 2 er ”Reduktion i sygehusaktivitet pr. kroniker”, jf. bilag 2.

Stk. 3. Resultatkriterie 3 er ”Reduktion i andelen af somatiske indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage”, jf. bilag 2.

Stk. 4. Resultatkriterie 4 er ”Stigning i andel af virtuelle sygehusforløb”, jf. bilag 2.

Stk. 5. Resultatkriterie 5 er ”Implementering af digitale løsninger til sammenhæng for patienten (implementeringsstrategier for fælles stamkort og aftaleoversigten)”, jf. bilag 3.

Opgørelse af opfyldelse af resultatkriterier

§ 6. Opgørelse af opfyldelse af resultatkriterier 1-4, jf. § 5, gøres ved udgangen af 1. kvartal 2020, og hver region orienteres herefter om evt. efterregulering. Opgørelse af opfyldelse af resultatkriterie 5 sker medio 2019.

Stk. 2. I opgørelsen af opfyldelse af de fem resultatkriterier skal der tages hensyn til evt. effekter på resultatkriteriernes opfyldelse af implementering af en ny version af Landspatientregisteret.

§ 7. Indikatorer, der ligger til grund for resultatkriterie 1-4, korrigeres for kodeændringer og/eller ny registreringspraksis, der har betydning for opgørelsen af indikatorerne og sammenligneligheden mellem indikatorer opgjort for hhv. 2018 og 2019.

Stk. 2. Indikatorer, der ligger til grund for resultatkriterie 1-4, inklusive et evt. tillæg eller fradrag efter stk. 1, korrigeres for effekten af evt. nationale initiativer, der har betydning for opgørelsen af indikatorerne og sammenligneligheden mellem indikatorer opgjort for hhv. 2018 og 2019.

Stk. 3. Indikatorer, der ligger til grund for resultatkriterie 1-4, inklusive et evt. tillæg eller fradrag efter stk. 1-2, korrigeres for regionsspecifikke omlægninger på sundhedsområdet omfattet af bilag 5.

Datagrundlag for resultatkriterier

§ 8. Resultatkriterie 1-4, jf. §5, stk. 1 – 4, baserer sig på data fra Landspatientregisteret. Resultatkriterie 2, jf. §5, stk. 2, baserer sig yderligere på Lægemiddelstatistikregisteret.

§ 9. Resultatkriterie 5, jf. §5, stk. 5, baserer sig på indrapporteringsskema, jf. beskrivelse i bilag 3.

Indberetning og dokumentation af oplysninger om virksomheden og aktivitet

§ 10. Oplysninger om virksomheden på sygehuse, der i henhold til » Vejledning om indberetning til Landspatientregisteret« indberettes obligatorisk til Landspatientregisteret, dokumenteres gennem dette register.

Stk. 2. Regionsrådene sikrer gennem deres aftaler med private sygehuse og klinikker i Danmark, at oplysninger om den aftalte virksomhed, der vedrører disse indberettes til Landspatientregisteret i henhold til »Vejledning om indberetning til Landspatientregistret« og dokumenteres gennem dette register.

Stk. 3. Regionsrådene meddeler i henhold til reglerne i § 195 i Sundhedsloven Sundhedsdatastyrelsen alle nødvendige, herunder personhenførbare, oplysninger om opgørelse og registrering af den aktivitet, der indberettes i henhold til stk. 1-3.

Udbetaling af tilskud

§ 11. Sundheds- og Ældreministeriet udbetaler 1/12 af regionens tilskudsramme efter § 2 hver måned i tilskudsåret.

Stk. 2. De resultatafhængige tilskud udbetales til de enkelte regioners OBS-konti i 1/12-rater.

Opkrævning af efterregulering

§ 12. Opkrævning af efterregulering foretages i 2. kvartal 2020, som opfølgning på opgørelse af opfyldelse af de fem resultatkriterier, jf. § 6.

Stk. 2. Opkrævning af efterreguleringen sker ved, at Sundheds- og Ældreministeriet vil kræve for meget udbetalt tilskud tilbagebetalt.

Revision og dokumentation mv.

§ 13. Sundheds- og Ældreministeriet udsteder en særlig revisionsinstruks til brug for regionsrådenes dokumentation for indberetning af oplysninger om virksomheden efter § 10, jf. § 15a i lov om regionernes finansiering.

§ 14. Regionsrådene afgiver senest 1. oktober 2020 til Sundheds- og Ældreministeriet en redegørelse for indberetning af oplysninger om virksomheden efter § 11 samt en revisionsberetning. Redegørelsen afgives som en del af regionsrådets redegørelse i henhold til regler om revision og dokumentation i kapitel 7 i bekendtgørelse nr. 1781 af 27. december 2016 om den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet.

§ 15. Sundheds- og Ældreministeriet kan bestemme, at den enkelte region skal indgå i en evaluering af den i cirkulæret omhandlede ordning. Evalueringen kan bl.a. omfatte ventetid, initiativer for omstilling, samarbejde med kommuner og almen praksis, produktivitet og effektivitet, styre- og afregningsformer, arbejdstilrettelæggelse, kvalitet og service m.v.

Ikrafttrædelse

§ 17. Cirkulæret træder i kraft den 1. april 2019 og har virkning for tilskud udbetalt fra og med 1. januar 2019.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 15. marts 2019

ELLEN TRANE NØRBY

/ Søren Heldgaard Olesen

Bilag 1

Beregning af efterregulering pr. region

I dette bilag beskrives, jf. § 3, sammenhængen mellem antal opfyldte resultatkriterier og efterregulering pr. region.

Antal opfyldte resultatkriterier	Efterregulering (% af tilskud)	Efterregulering, tusinde kr.				
		Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland
4 eller 5	0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3	12,5%	19.384,5	40.195,5	40.186,5	58.914,0	28.819,5
2	25%	38.769,0	80.391,0	80.373,0	117.828,0	57.639,0
1	37,5%	58.153,5	120.586,5	120.559,5	176.742,0	86.458,5
0	50%	77.538,0	160.782,0	160.746,0	235.656,0	115.278,0

Efterregulering indebærer en tilbagebetaling af tilskud.

Resultatkriterier 1-4 - Definition, specifikation og målopfyldelse

I dette bilag beskrives resultatkriterierne 1-4, jf. § 5, stk. 1-4.

Resultatkriterie 1: Reduktion i antal sygehusforløb pr. borger

Baggrund og formål

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

Definition af resultatkriterie og indikator

Resultatkriterie 1 indebærer en reduktion i indikatoren *Antal sygehusforløb pr. borger* i forhold til det opsatte måltal, jf. afsnittet *målopfyldelse* nedenfor.

Indikatoren *Antal sygehusforløb pr. borger* beregnes ved at opgøre antallet af DRG-sygehusforløb for borgere bosat i en region på behandlingstidspunktet, divideret med antal borgere i regionen pr. 1/1. Et DRG-sygehusforløb defineres i henhold til reglerne i Sundhedsdatastyrelsens Takstsystem 2019 – Vejledning.

Aktiviteten (dvs. DRG-sygehusforløb) i indikatoren afgrænses, så DRG-sygehusforløb uden fysisk fremmøde (fx telefonopkald og telemedicinske ydelser mv.) og DRG-sygehusforløb, der ikke foregår på sygehus-matriklen (fx hjemme- og udebesøg) ikke tæller med.

Derudover udelades aktivitet i henhold til afsnittet *teknisk specifikation*.

Korrektion af indikatoren for omlægning fra indlæggelse til ambulant behandling

Ved opgørelse af indikatoren for resultatkriterie 1 gives der en korrektion for omlægning fra indlæggelse til ambulant behandling. Baggrunden for denne korrektion er, at omlægningen vil gøre det sværere at opfylde resultatkriteriet, til trods for at udviklingen fra indlæggelse til ambulant behandling vurderes ønskværdig.

Der gives en korrektion på 2 DRG-sygehusforløb for hver omlægning. Antallet af omlægnings beregnes som reduktionen i antal sengedage i 2019 sammenlignet med det forventede antal sengedage i 2019 uden omlægning. Modellen for denne korrektion beskrives af bilag 4.

Teknisk specifikation for resultatkriterie 1

Aktivitetsdata er afgrænset til følgende:

- Bopælsregionsfinansieret somatisk aktivitet:

- Aktivitet på offentlige og private danske sygehuse hvor betaleren er bopælsregionen.

Følgende aktivitet er frasorteret:

- Hospice

- Aktiviteten på Hospice findes ud fra sygehusstype.

- § 79-sygehuse

- Aktiviteten på §79-sygehuse findes ud fra sygehusnummer

- Hjernedøde

- Hjernedøde er registreret i forbindelse med dødsfaldet, så DRG-sygehusforløbet, der omhandler den hjernedøde, er et særskilt DRG-sygehusforløb.

- Præhospital

- Aktivitet fra præhospitaler.

- Ikke-takstbærende aktivitet
 - Ikke-takstbærende DRG-sygehusforløb (DRG-grupper med typekoden UA).
- Den radiologiske aktivitet som praksissektoren får foretaget
 - Denne aktivitet kan udskilles ved at finde de DRG-sygehusforløb, som har aktionsdiagnosen DZ016 Kontakt mhp. radiologisk undersøgelse.
- Raske ledsagere
 - Frem til LPR3 indgår der raske ledsagere i LPR. Det er derfor nødvendigt at frasortere denne aktivitet, som identificeres ud fra DRG-sygehusforløbstype "Rask".
- Fødsler
 - DRG-sygehusforløb hvor DRG-sygehusforløbets aktionsdiagnose er DO80*-DO84*
- Ulykker
 - Ulykker er defineret ved at være et DRG-sygehusforløb med aktionsdiagnosekode vedrørende ulykke eller kontaktårsag ulykke, vold eller selvmordsforsøg på første DRG-kontakt i DRG-sygehusforløbet:
 - DS*-DT* "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger" (ekskl. DT36*-50* "Skadelige virkninger af lægemidler og biologiske stoffer", DT80-89 "Komplikationer til kirurgisk og medicinsk behandling"),
 - DX*-DY* "Ydre årsager til skade".
 - eller kontaktårsag 2 (ulykke) 3 (vold) eller 4 (selvmordsforsøg) på første DRG-kontakt.
- Ude- /Hjemmebesøg
 - Et Ude-/Hjemmebesøg er defineret ved, at der er registreret én eller begge af procedurekoderne AAF6 og AAF7 på én eller flere af DRG-sygehusforløbets DRG-kontakter.
- Telemedicin
 - Telemedicinsk behandling, samt telefon og e-mail konsultationer (DRG-grupper med typekoden TE).
- Aktivitet fra Steno Diabetes centre
 - Aktiviteten på de nyoprettede Steno centre identificeres ved at DRG-sygehusforløbet indeholder én eller flere DRG-sygehuskontakter med procedurekoden ZZ0170A STENO-projekt.
- Kræft-forløb
 - DRG-sygehusforløb hvor DRG-sygehusforløbets aktionsdiagnose er DC* eller DD00*-DD09*

Befolkningsdata er opgjort pr. 1. januar i henholdsvis 2018 og 2019. Regionens antal borgere er derfor summen af borgere med bopæl i regionen pr. 1. januar i henholdsvis 2018 og 2019.

DRG-sygehusforløbene er talt ud fra bopælsregion på DRG-sygehusforløbets udskrivningstidspunkt.

Målopfyldelse

Resultatkriteriet opfyldes, hvis indikatoren for 2019 er under måltallet.

Måltallet er niveauet af indikatoren for 2018, korrigeret for effekt af ændret aldersfordeling mellem 2018 og 2019.

Korrektion af måltallet for ændret aldersfordeling foretages ved at antage samme antal forløb pr. borger pr. 1-årige aldersgruppe i befolkningen i 2019 som observeret i 2018. 2018 og 2019-befolkningen bestemmes på baggrund af CPR-registret hhv. pr. 1. januar 2018 og 1. januar 2019.

Måltallet for hver region udmeldes til regionerne april 2019.

Indikatoren vurderes som under måltallet, såfremt indikatoren er maksimalt 1 pct. over måltallet eller mindre.

Indikatoren og dermed resultatkriteriets opfyldelse opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2020 på baggrund af indberetninger til Landspatientregisteret pr. årsopgørelse 2020.

Resultatkriterie 2: Reduktion i sygehusaktivitet pr. kroniker

Baggrund og formål

Som for resultatkriterie 1 er baggrunden for resultatkriterie 2, at behandlingen af borgerne i højere grad skal varetages af primærsektoren frem for af sygehusene. For borgere med KOL og/eller type 2-diabetes gælder det mere specifikt, at ansvaret for behandling og opfølgning vedrørende den kroniske sygdom, så vidt muligt, skal placeres i almen praksis. Med overenskomsten mellem PLO (Praktiserende Lægers Organisation) og RLTN (Regionernes Lønnings- og Takstnævn) er der forudsat (og finansieret), at dele af behandlingen af patienter med KOL og/eller type 2-diabetes skal varetages i almen praksis fremover. Et mål for realisering af den forudsatte udvikling er en reduktion i indikatoren *sygehusaktivitet pr. kroniker med registreret KOL og/eller type 2-diabetes i RUKS (Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser)*.

Definition af resultatkriterie og indikator

Resultatkriterie 2 indebærer en reduktion i indikatoren *sygehusaktivitet pr. kroniker* i forhold til det opsatte måltal, jf. afsnittet *målopfyldelse* nedenfor.

Indikatoren *sygehusaktivitet pr. kroniker* beregnes ved at opgøre DRG-værdien af sygehusenes aktivitet for borgerne med KOL og/eller type 2-diabetes ifølge RUKS i regionen divideret med det samlede antal af borgere med KOL og/eller type 2-diabetes i regionen, ifølge RUKS.

I opgørelsen af indikatoren for år t (fx $t=2019$), anvendes antallet af borgere med KOL og/eller type 2-diabetes ifølge RUKS pr. 1. januar i år $t-1$ (fx $t-1=2018$), mens sygehusaktiviteten for de samme borgere opgøres for år t ($t=2019$) for den region, hvor de er bosat pr. 1/1 i år t ($t=2019$), opgjort i år t 's takstsystem (fx dkDRG2019). DRG-værdien af aktiviteten er fordelt ud på bopælsregion på behandlingstidspunktet.

Der afgrænses til aktivitet relateret til KOL og type 2-diabetes. Derudover udelukkes meget dyre DRG-sygehusforløb (DRG-værdi over 75.000 kr.). Dette skyldes, at meget dyre DRG-sygehusforløb påvirker resultatkriteriet meget samtidig med, at det ikke vurderes muligt at omstille behandlingen til det primære sundhedsvæsen.

Aktiviteten i indikatoren afgrænses, så DRG-sygehusforløb uden fysisk fremmøde (fx telefonopkald og telemedicinske ydelser mv.) og DRG-sygehusforløb, der ikke foregår på sygehus-matriklen (fx hjemme- og udebesøg), ikke tæller med.

Derudover udelades aktivitet i henhold til afsnittet *teknisk specifikation*.

Teknisk specifikation for resultatkriterie 2

Aktivitetsdata er afgrænset til følgende:

- Bopælsregions finansieret somatisk aktivitet:

- Aktivitet på offentlige og private danske sygehuse hvor betaleren er bopælsregionen.

Følgende aktivitet er frasorteret:

- Hospice
 - Aktiviteten på Hospice findes ud fra sygehusstype.
- § 79-sygehuse
 - Aktiviteten på § 79-sygehuse findes ud fra sygehusnummer
- Hjernedøde
 - Hjernedøde er registreret i forbindelse med dødsfaldet, så DRG-sygehusforløbet, der omhandler den hjernedøde, er et særskilt DRG-sygehusforløb.
- Præhospital
 - Aktivitet fra præhospitaler.
- Ikke-takstbærende aktivitet
 - Ikke-takstbærende DRG-sygehusforløb (DRG-grupper med typekoden UA).

- Den radiologiske aktivitet som praksissektoren får foretaget
 - Denne aktivitet kan udskilles ved at finde de DRG-sygehusforløb, som har aktionsdiagnosen DZ016 Kontakt mhp. radiologisk undersøgelse.
- Raske ledsagere
 - Frem til LPR3 indgår der raske ledsagere i LPR. Det er derfor nødvendigt at frasortere denne aktivitet, som identificeres ud fra DRG-sygehusforløbstype "Rask".
- Fødsler
 - DRG-sygehusforløb hvor DRG-sygehusforløbets aktionsdiagnose er DO80*-DO84*
- Ulykker
 - Ulykker er defineret ved at være et DRG-sygehusforløb med aktionsdiagnosekode vedrørende ulykke eller kontaktårsag ulykke, vold eller selvmordsforsøg på første DRG-kontakt i DRG-sygehusforløbet:
 - DS*-DT* "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger" (ekskl. DT36*-50* "Skadelige virkninger af lægemidler og biologiske stoffer", DT80-89 "Komplikationer til kirurgisk og medicinsk behandling"),
 - DX*-DY* "Ydre årsager til skade".
 - eller kontaktårsag 2 (ulykke) 3 (vold) eller 4 (selvmordsforsøg) på første DRG-kontakt.
- Ude- /Hjemmebesøg
 - Et Ude-/Hjemmebesøg er defineret ved, at der er registreret én eller begge af procedurekoderne AAF6 og AAF7 på én eller flere af DRG-sygehusforløbets DRG-kontakter.
- Telemedicin
 - Telemedicinsk behandling, samt telefon og e-mail konsultationer (DRG-grupper med typekoden TE).
- Aktivitet fra Steno Diabetes centre
 - Aktiviteten på de nyoprettede Steno centre identificeres ved at DRG-sygehusforløbet indeholder én eller flere DRG-sygehuskontakter med procedurekoden ZZ0170A STENO-projekt.
- Kræft-forløb
 - DRG-sygehusforløb hvor DRG-sygehusforløbets aktionsdiagnose er DC* eller DD00*-DD09*
- Dyre sygehusforløb
 - Aktivitet fra DRG-sygehusforløb med en DRG-takst/værdi på over 75.000 kr.
- Aktivitet, der ikke er omfattet af nedenstående diagnoseafgrænsning

Befolkningsdata er opgjort pr. 1. januar i henholdsvis 2018 og 2019. Regionens antal borgere er derfor summen af borgere med bopæl i regionen pr. 1. januar i henholdsvis 2018 og 2019.

DRG-sygehusforløbene er talt ud fra bopælsregion på DRG-sygehusforløbets udskrivningstidspunkt.

Diagnoseafgrænsning til Kriterie 2

KOL

På baggrund af nedenstående afgrænsning er alle DRG-sygehusforløb med mindst én DRG-kontakt med aktionsdiagnosen (dia01) Kronisk Obstruktiv Lungesygdom og underkoder (J44. *) inkluderet i opgørelsen af resultatkriterie 2. Desuden er DRG-sygehusforløb med mindst én DRG-kontakt med aktionsdiagnoser (dia01) for respirationsinsufficiens (J96. *) og lungebetændelse (J13. *-18. *) inkluderet, hvis de optræder i kombination med KOL (J44. *) som bidiagnose (dia02-20).

Diagnosekoder til afgrænsning af KOL-relateret sygehusaktivitet

Aktionsdiagnosekode (dia01)

Bidiagnose (dia02-20)

Kode (ICD-10)	Beskrivelse	Kode (ICD-10)	Beskrivelse
J44. *	Kronisk obstruktiv lungesygdom		
J96. *	Respirationsinsufficiens	J44. *	Kronisk obstruktiv lungesygdom
J13. *	Pneumokok-lungebetændelse	J44. *	Kronisk obstruktiv lungesygdom
J14. *	Hæmofilus-lungebetændelse	J44. *	Kronisk obstruktiv lungesygdom
J15. *	Bakteriel lungebetændelse, ikke klassificeret andetsteds.	J44. *	Kronisk obstruktiv lungesygdom
J16. *	Lungebetændelse som følge af andet infektiøst agens, ikke klassificeret andetsteds.	J44. *	Kronisk obstruktiv lungesygdom
J17. *	Lungebetændelse ved sygdom klassificeret andetsteds	J44. *	Kronisk obstruktiv lungesygdom
J18. *	Lungebetændelse, agens ikke specificeret.	J44. *	Kronisk obstruktiv lungesygdom

Kilde: Diagnosekoderne i afgrænsningen er taget fra Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL).

Note: * og underkoder

Type 2-diabetes

Diagnosekoder til afgrænsning af sygehusaktivitet relateret til type 2-diabetes

Aktionsdiagnosekode (dia01)		Bidiagnose (dia02-20)	
Kode (ICD-10)	Beskrivelse	Kode (ICD-10)	Beskrivelse
E11. *	Type 2-diabetes		

Kilde: Diagnosekoderne i afgrænsningen er taget fra Dansk Voksen Diabetes Database (DVDD).

Note: * og underkoder

Målopfyldelse

Resultatkriteriet opfyldes, hvis indikatoren for 2019 er under måltallet.

Måltallet er niveauet af indikatoren for 2018, korigeret for effekt af ændret aldersfordeling mellem 2018 og 2019.

Korrektion af måltallet for ændret aldersfordeling foretages ved at antage samme antal kronikere pr. borger samt aktivitet pr. kroniker pr. 1-årige aldersgruppe i befolkningen i 2019 som observeret i 2018. 2018- og 2019-befolkningen bestemmes på baggrund af CPR-registret hhv. pr. 1. januar 2018 og 1. januar 2019.

Måltallet for hver region udmeldes til regionerne april 2019.

Indikatoren vurderes som under måltallet, såfremt indikatoren er maksimalt 1 pct. over måltallet eller mindre.

Indikatoren og dermed resultatkriteriets opfyldelse opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2020 på baggrund af indberetninger til Landspatientregisteret pr. årsopgørelse 2020.

Resultatkriterie 3: Reduktion i andelen af somatiske indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage

Baggrund og formål

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

Definition af resultatkriterie og indikator

Resultatkriterie 3 indebærer en reduktion i indikatoren *andelen af somatiske indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage* i forhold til det opsatte måltal, jf. afsnittet *målopfylde* nedenfor.

Indikatoren *andelen af somatiske indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage* er lig indikatoren, der indgår i Nationale Mål for sundhedsvæsenet 2018.

Indikatoren er defineret ud fra følgende hovedkriterier for primærindlæggelsen (indlæggelse, som kan efterfølges af en genindlæggelse) og selve genindlæggelsen:

- Indlæggelsesdato for genindlæggelse ligger inden for 30 kalenderdage fra udskrivningsdato for primærindlæggelsen: Indlæggelsesdato - Udskrivningsdato $\leq$ 30 kalenderdage
- Genindlæggelsen er sket akut
- Hverken primær- eller genindlæggelsen må vedrøre kræft eller kræftrelaterede forhold.
- Hverken primær- eller genindlæggelsen må omfatte ophold på hospice
- Genindlæggelsen må ikke være som følge af ulykke, vold eller selvmordsforsøg
- Genindlæggelsen må ikke være vedrørende fødsel
- Indlæggelser udelukkende omfattende offentligt finansierede patienter

Der er tale om uspecifikke genindlæggelser, idet der ikke er fastsat specifikke relationer mellem primærindlæggelsen og genindlæggelsen ud over den tidsmæssige, f.eks. sygdomsmæssige relationer i form af samme/tilsvarende diagnose. Indlæggelse defineres som et tidsmæssigt sammenhængende ophold på et eller flere sygehuse (bestående af én eller flere sygehuskontakter) og med en samlet varighed $\geq$ 12 timer.

Indikatoren er køns- og aldersstandardiseret ved direkte standardisering.

Teknisk specifikation af indikator for resultatkriterie 3

For en uddybet beskrivelse af indikatoren henvises der til denne sti: http://esundhed.dk/sundhedsaktivitet/sundhedsaftaler/Documents/Indikator_beskriv_soma_genind_v1_0_090318.pdf

Målopfylde

Resultatkriteriet opfyldes, hvis indikatoren for 2019 er under måltallet.

Måltallet er niveauet af indikatoren for 2018.

Måltallet for hver region udmeldes til regionerne april 2019.

Indikatoren vurderes som under måltallet, såfremt indikatoren er maksimalt 1 pct. over måltallet eller mindre.

Indikatoren og dermed resultatkriteriets opfyldelse opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2020 på baggrund af indberetninger til Landspatientregisteret pr. årsopgørelse 2020.

Resultatkriterie 4: Stigning i andel af virtuelle sygehusforløb

Baggrund og formål

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

Definition af resultatkriterie og indikator

Resultatkriterie 4 indebærer en stigning i indikatoren *Andel af virtuelle sygehusforløb* i forhold til det opsatte måltal, jf. afsnittet *målopfyldelse* nedenfor.

Indikatoren *Andel af virtuelle sygehusforløb* defineres som antallet af DRG-sygehusforløb i en region, der grupperes til en telemedicinsk DRG-gruppe, divideret med det samlede antal af DRG-sygehusforløb i en region. Telemedicinske DRG-grupper defineres som DRG-grupper af typen ”TE” – *Telemedicinske, Telefon- og emailkonsultationer*.

Derudover udelades aktivitet i henhold til afsnittet *teknisk specifikation*.

Korrektion af indikatoren for omlægning fra indlæggelse til ambulant behandling

Ved opgørelse af indikatoren for resultatkriterie 4 gives der en korrektion for omlægning fra indlæggelse til ambulant behandling. Baggrunden for denne korrektion er, at omlægningen vil gøre det sværere at opfylde resultatkriteriet, til trods for at udviklingen fra indlæggelse til ambulant behandling vurderes ønskværdig.

Der gives en korrektion på 2 DRG-sygehusforløb for hver omlægning, dvs. nævneren reduceres med 2 DRG-sygehusforløb. Antallet af omlægninger beregnes som reduktionen i antal sengedage i 2019 sammenlignet med det forventede antal sengedage i 2019 uden omlægning. Modellen for denne korrektion beskrives af bilag 4.

Teknisk specifikation for resultatkriterie 4

Aktivitetsdata er afgrænset til følgende:

- Bopælsregions finansieret somatisk aktivitet:

- Aktivitet på offentlige og private danske sygehuse hvor betaleren er bopælsregionen.

Følgende aktivitet er frasorteret:

- Hospice

- Aktiviteten på Hospice findes ud fra sygehustype.

- § 79-sygehuse

- Aktiviteten på § 79-sygehuse findes ud fra sygehusnummer

- Hjernedøde

- Hjernedøde er registreret i forbindelse med dødsfaldet, så DRG-sygehusforløbet, der omhandler den hjernedøde, er et særskilt DRG-sygehusforløb.

- Præhospital

- Aktivitet fra præhospitalet.

- Ikke-takstbærende aktivitet

- Ikke-takstbærende DRG-sygehusforløb (DRG-grupper med typekoden UA).

- Den radiologiske aktivitet som praksissektoren får foretaget

- Denne aktivitet kan udskilles ved at finde de DRG-sygehusforløb, som har aktionsdiagnosen DZ016 Kontakt mhp. radiologisk undersøgelse.

- Raske ledsagere

- Frem til LPR3 indgår der raske ledsagere i LPR. Det er derfor nødvendigt at frasortere denne aktivitet, som identificeres ud fra DRG-sygehusforløbstype "Rask".
- Fødsler
 - DRG-sygehusforløb hvor DRG-sygehusforløbets aktionsdiagnose er DO80*-DO84*
- Ulykker
 - Ulykker er defineret ved at være et DRG-sygehusforløb med aktionsdiagnosekode vedrørende ulykke eller kontaktårsag ulykke, vold eller selvmordsforsøg på første DRG-kontakt i DRG-sygehusforløbet:
 - DS*-DT* "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger" (ekskl. DT36*-50* "Skadelige virkninger af lægemidler og biologiske stoffer", DT80-89 "Komplikationer til kirurgisk og medicinsk behandling"),
 - DX*-DY* "Ydre årsager til skade".
 - eller kontaktårsag 2 (ulykke) 3 (vold) eller 4 (selvmordsforsøg) på første DRG-kontakt.

Målopfyldelse

Resultatkriteriet opfyldes, hvis indikatoren for 2019 er over måltallet.

Måltallet er niveauet af indikatoren for 2018.

Måltallet for hver region udmeldes til regionerne april 2019.

Indikatoren vurderes som over måltallet, såfremt indikatoren er maksimalt 1 pct. under måltallet eller større.

Indikatoren og dermed resultatkriteriets opfyldelse opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2020 på baggrund af indberetninger til Landspatientregisteret pr. årsopgørelse 2020.

Resultatkriterie 5 – Definition, målopfyldelse mv.Baggrund og formål

Et borgernært og sammenhængende sundhedsvæsen forudsætter, at relevante oplysninger om borgerens helbred og behandling kan deles mellem sektorer.

Regioner, kommuner og praksissektor har hver især ansvar for at indkøbe og drive deres egne it-løsninger, mens det nationale krav er, at systemerne kan dele oplysninger på tværs, uanset afsender og modtager.

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

Den tekniske løsning for hhv. *aftaleoversigten* og *det fælles stamkort* udvikles, afprøves og evalueres medio 2019. For at sikre, at mobiliseringen opretholdes og den tekniske løsning uden ophold implementeres i de regionale systemer, under forudsætning af godkendte MedCom standarder og færdige systemiske tilretninger på fx NSP'en, er det centralt, at regionerne i samarbejde med deres relevante it-leverandører sikrer en foreløbig prioritering af lokal kapacitet og kompetence til implementeringen af løsningerne - både teknisk og organisatorisk.

For at sikre, at den tekniske løsning herefter uden ophold implementeres i de regionale systemer, er det centralt, at regionerne i samarbejde med deres relevante it-leverandører sikrer en prioritering af lokal kapacitet og kompetence til implementeringen af løsningerne.

Det er derfor et kriterie for den betingede finansiering for 2019, at hver region inden den 1. maj 2019 udarbejder en lokal implementeringsstrategi for systemtilpasning til deling af informationer til *aftaleoversigten* og *det fælles stamkort* med planlagt deadline ultimo 2020 med henblik på at indgå aftale om udbredelse i forbindelse med økonomiaftalen for 2020.

Definition af resultatkriterie

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

Implementeringsstrategien kan beskrive flere scenarier for implementering, men skal som grundpræmis have implementering inden udgangen af 2020. Strategien skal være udarbejdet inden den 1. maj 2019 og indebære foreløbigt afsat kapacitet, sådan at implementering er planlagt realiseret ultimo 2020. Ved implementering forstås, at den tekniske løsning er klar og kommunikeret bredt ud til det sundhedsfaglige personale. En endelig plan for udbredelse skal aftales i forbindelse med økonomiaftalen for 2020.

Implementeringsstrategien skal indeholde følgende elementer:

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

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

Målopfyldelse af kriterie og opfølgning

Opfølgning på, om kriteriet er opfyldt, gøres ved, at hver region udfylder et skema, hvori de dokumenterer opfyldelse af kriteriet. Skemaet er i efteråret 2018 udarbejdet i samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet/Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner og udsendt til regionerne ultimo 2018. Skemaet skal ved indsendelse bilægges relevant dokumentation.

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

Sundheds- og Ældreministeriet afgør i tvivlstilfælde, om skemaet opfylder det forudsatte.

Sundheds- og Ældreministeriet orienterer senest medio 2019 regionerne, om hvorvidt resultatkriteriet er opfyldt.

Korrektion af resultatkriterie 1 og 4 for omlægning fra behandling ved indlæggelse til ambulant behandling

I opgørelsen af indikatorerne for resultatkriterie 1 og 4 gives der en korrektion for omlægning fra behandling ved indlæggelse til ambulant behandling. Nedenfor er korrektionen som eksempel beskrevet i detaljer for resultatkriterie 1.

Korrektionen indebærer, at der gives en reduktion på 2 DRG-sygehusforløb for hver omlægning, dvs. reduktion i antal sengedage i 2019 ift. det forventede antal sengedage for 2019 uden omlægning (kaldet "Udgangsniveau_2019").

"Udgangsniveau_2019" beregnes ved at anvende samme fordeling mellem antal sengedage og antal ambulante besøg for aktiviteten i 2019 som realiseret i 2018. Der anvendes den nye indlæggelsesdefinition, som benyttes af Sundhedsdatastyrelsen i forbindelse med overgangen til LPR3 (se dette link for uddybet beskrivelse: <https://www.ft.dk/samling/20171/almindel/SUU/bilag/373/1913647.pdf>)

Der kan ikke gives negative korrektioner, dvs. korrektioner som er ufordelagtige ift. opfyldelse af det relevante resultatkriterie. Såfremt at antal sengedage i 2019 er højere end Udgangsniveau_2019, vil der ikke blive regnet en korrektion.

Matematisk beskrivelse

Korrektionen indebærer følgende:

- $Korrektion_{2019} = 2 * Omlægning_{2019}$
- $Omlægning_{2019} = Udgangsniveau_{2019} - \#sengedage_{2019}$
- $Udgangsniveau_{2019} = (\#sengedage_{2018} / \#seng_amb_{2018}) * \#seng_amb_{2019}$
 - Hvor $seng_amb_forhold_{2018} = \#sengedage_{2018} / \#seng_amb_{2018}$
- $\#seng_amb_{2018} = \#sengedage_{2018} + \#ambulante_{2018}$

Eksempel

Nedenfor fremgår et illustrativt eksempel på, hvad korrektionen ville have været for 2017, ved anvendelse af 2016 og 2017-data.

Tabel 1

Beskrivelse	Variabel-navn	2016	2017
# sengedage, tusinde	#sengedage_ÅR	4.014	3.999
# ambulante besøg, tusinde	#ambulante_ÅR	13.474	13.720
# sengedage + # ambulante besøg, tusinde	#seng_amb_ÅR	17.488	17.719

- $Udgangsniveau_{2017} = (4014 / 17.488) * 17.719 = 0,23 * 17.719 = 4.067$
- $Omlægning_{2017} = 4.067 - 3.999 = 68$
- $Korrektion_{2017} = 2 * 68 = 136$

Det indebærer, jf. beregningen ovenfor, at: I 2017 var der omlægning af ca. 68.000 sengedage, hvilket giver en korrektion på ca. 136.000 DRG-sygehusforløb.

Implementering af korrektion i indikator

Korrektionen implementeres i indikatoren for kriterie 1 på følgende måde.

- $K1_før\ korrektion_ÅR = \# DRG\text{-}sygehusforløb_ÅR / \# borgere_ÅR$
- $K1_efter\ korrektion_ÅR = (\# DRG\text{-}sygehusforløb_ÅR - korrektion_ÅR) / \# borgere_ÅR$

Fx for 2017 ser det således ud:

- $K1_før\ korrektion_2017 = \# DRG\text{-}sygehusforløb_2017 / \# borgere_2017 = 8.830.188 / 5.748.134 = \mathbf{1,5362}$
- $K1_efter\ korrektion_2017 = (\# DRG\text{-}sygehusforløb_2017 - korrektion_2017) / \# borgere_2017 = (8.830.188 - 136.000) / 5.748.134 = 8.694.188 / 5.748.134 = \mathbf{1,5125}$

Dette giver samlet en korrektion i indikatoren på minus ca. 1,5% ($1,5125 / 1,5362 = 0,985$)

Korrektion af indikatorer i resultatkriterie 1-4 i forbindelse med strukturomlægning

Der kan gives korrektioner til indikatorerne, der ligger til grund for resultatkriterie 1-4, i forbindelse med strukturændringer og omlægninger for at understøtte regionernes tilskyndelse til fortsatte strukturaliseringer i sygehusvæsenet og sundhedsvæsenet.

Eventuelle korrektioner til indikatorerne sker efter konkret drøftelse med de enkelte regioner, og det er op til den enkelte region at godtgøre konkrete behov for korrektion af indikatorerne.

Indikatorerne kan søges om korrektion for ændringer mv. efter følgende retningslinjer:

- 1. Ved strukturændringer og omlægninger, der har en negativ effekt på en eller flere af indikatorerne i forhold til opfyldelse resultatkriterierne, såfremt det bidrager til øget nærhed og/eller sammenhæng i behandlingen eller på en anden måde er hensigtsmæssig. Det kan for eksempel være i forbindelse med omlægning af ikke-takst-udløsende aktivitet og behandlingsforløb til takstudløsende behandling.*
- 2. Der korrigeres for godtgjorte registreringsfejl i tilskudsperioden.*

Regionerne kan anmode om korrektioner efter pkt. 1-2. Regionerne fremlægger skøn for strukturændringens gennemslag på indikatorerne ved fremlæggelse af relevant dokumentation.

I udgangspunkt gives der ikke korrektioner for omlægning fra indlæggelser til ambulant behandling, da disse omlægninger vurderes omfattet af korrektionsmekanismen, jf. bilag 4.

Korrektioner håndteres løbende i en dialog mellem parterne, efterhånden som behovet måtte opstå.

Ansøgninger om korrektioner for 2019 fremsendes til Sundhedsdatastyrelsen senest den 1. februar 2020.

Det bemærkes, at der både kan søges om korrektioner for såvel planlagte omlægninger som gennemførte omlægninger.