

## National finansieringsmodel med forebyggelsespulje

### Resume

I PreCare-projektet, der primært blev gennemført af Region Sjælland og Odsherred kommune med støtte fra Innovationsfonden i perioden 2018-2023, blev der udviklet en finansieringsmodel med en forebyggelsespulje. Modellen giver positive incitamenter til at gøre, der er godt for patienterne og er opbygget på en sådan måde, at den kan gøres generel.

Det skal understreges, at modellen kan implementeres på mange forskellige måder. I nedenstående notat er én mulighed gennemgået med erfaringerne fra PreCare-projektet. Den grundlæggende metode kan dog genanvendes uanset, hvordan modellen opbygges. Den beror på, at det er muligt at pege på få udvalgte områder, der gør det muligt at vurdere om den indsats, der ydes for patienten, virker og er god for vedkommende – og belønne det, når det går godt.

I PreCareprojektet sigtede modellen på at understøtte en proaktiv indsats med behandlingen af borgere i eget hjem ved en forværring af deres tilstand. Dermed kunne den bidrage til at forebygge indlæggelser på sygehusene og mindsker forbruget af det øvrige sundhedsvæsen.

Den er udformet på en sådan måde, at den kan bruges i alle eller udvalgte dele af sundhedssektoren. Den kan anvendes for sundhedssektoren som helhed, men også ved introduktionen af et enkelt innovativt initiativ som ønskes generelt fremmet i sundhedssektoren.

Modellen baserer sig på målinger af, hvad der er af værdi for borgerne. Den kræver ikke nye registreringer, men benytter de informationer, der findes allerede, og som fremkommer som led i den kliniske behandling af patienterne.

Den er tilpasset de overordnede principper om værdibaseret styring og finansiering og imødekommer de specifikke krav til en finansieringsmodel, som blev udformet i forbindelse med Danske Regioners arbejde med emnet i perioden fra 2016-2019.

I det følgende gennemgås nogle af de problemstillinger, der skal overvejes ved en eventuel generalisering af modellen til hele sundhedssektoren med udgangspunkt i den læring, der er indhentet gennem PreCare-projektet.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> For anvendelse af PreCares finansieringsmodel til brug for fremme af bruge enkelte innovative forandringer på sundhedsområdet henvises til publikationen om "Management and Financing Models in Health Care", af Poul Erik Hansen. Den kan rekvireres ved henvendelse på [pehprivat@gmail.com](mailto:pehprivat@gmail.com).

## **Generelle krav til en finansieringsmodel**

### *Budgetsikkerhed*

Et af de første krav, som enhver administrator i sundhedsvæsenet, vil fremføre er, at en hvilken som helst finansieringsmodel skal kunne indrettes, så der er budgetsikkerhed. Det skal understreges, at det kan sikres ved, at det kun er en bestemt andel af den samlede bevilling på sundhedsområdet, der afsættes til formålet. De økonomiske incitament kan ”pakkes ind i en rammebevilling”.

### *Sammenfald mellem ansvar og incitament*

Et af de grundlæggende principper for incitamentskontrakter er desuden, at de virker bedst, hvis de, der er omfattet af aftalen, kan påvirke udfaldet. Derfor skal incitament være der, hvor forbedringerne konkret skabes, således at det er tydeligt, hvem der skal reagere, hvis der skal ske forandringer for at nå et bestemt mål.

### *Værdibegrebet – hvad er godt for borgerne*

PreCares finansieringsmodel er dannet ud fra en overordnet antagelse om, at borgerne finder det positivt, hvis de bliver raske, eller at deres helbred er blevet stabiliseret, hvis de er kronikere, så de kan genoptage det daglige liv, som de havde før kontakten med væsenet. Hertil kommer, at det antages, at det tillægges værdi, hvis indgåede aftaler om patientrettigheder, ventetider mv. bliver overholdt.

Ingen af de eksisterende kvalitetsdatabaser eller øvrige sundhedsregistre samler oplysninger om disse forhold. Målingerne af om noget har værdi for patienten skal derfor sammensættes af oplysninger fra forskellige kilder, der indeholder oplysninger, der kan anvendes om indikatorer for om de aktiviteter, der knyttes til borgerne, kan antages af have værdi for dem.

I valget af disse indikatorer er samspillet med klinikere inden for de forskellige lægefaglige speciale og øvrige sundhedspersonale afgørende nødvendigt.

### *Inddragelse af klinikere og administratorer*

En helt centrale læring fra udviklingen af det danske DRG-system var, at både klinikere og administratorer skal have ejerskab og accept af de elementer, som en finansieringsmodel bygger på.

Det blev klart efter, at der i midten af 90'erne blev arbejdet med et DRG-system, der byggede på en amerikansk grupperingslogik (HCFA8) og norske omkostningsoplysninger. Det affødte med det samme en kritik fra klinikerne om, at den amerikanske grupperingslogik ikke afspejlede dansk klinisk praksis og administratorerne kunne ikke genkende sig selv i norske omkostninger.

Det blev startskuddet til, at DRG-systemet blev gjort dansk, med en grupperingslogik, der er udarbejdet efter danske klinikers anbefalinger og som vedligeholdes i samarbejde med dem hvert år, så den afspejler den seneste udviklingen i dansk klinisk praksis. Samtidig blev administratorernes inddragelse systematiseret gennem deres medvirken i udarbejdelsen af en årlig version af den omkostningsdatabase, som ligger til grund for beregningen af de danske DRG-takster, og dermed afspejler danske omkostningsforhold.

Siden har der ikke været større faglige indsigelser mod systemet. Specielt på den kliniske side, har der endog været udtrykt en fornemmelse af ejerskab til grupperingen.

Ved en bevægelse mod en finansieringsmodel, der belønner det, der er god for patienterne anbefales det at følge samme princip.

De kliniske specialer skal, eventuel gennem de lægevidenskabelige selskaber, selv pege på de kliniske mål mv., som de mener er relevante i vurderingen af, om de leverer noget, der er af værdi for borgerne/patienterne. Sker det ikke, vil modellen aldrig komme til at virke.

Retter modellen sig mod målingen af indsatsen fra andre personalegrupper end læger, er det vigtigt på samme måde at sikre deres ejerskab til valget af, hvad der i den sidste ende kommer til at afgøre vurderingen og afregningen af deres indsats. Det gælder uanset, om der er tale om en værdibaseret afregning af sygepleje, kommunale aktiviteter eller i et eventuelt klynge samarbejde.

Samtidig skal administratorerne have indflydelse på det output, som skal ligge til grund for opfølgningen og eventuelle justeringer af klinisk og/eller administrativ adfærd, hvis de ønskede resultater ikke viser sig uden tilpasninger.

### *Forståelsen af forebyggelse*

Formålet med den udviklede forebyggelsespulje er som nævnt generelt at få reduceret brugen af det øvrige sundhedsvæsen, herunder ambulante kontakter og indlæggelser på sygehusene. Der er således ikke tale om en pulje, der har det langsigtede mål at forebygge gennem ændringer af borgernes livsstil i form af kost, rygning, alkohol og motion.

Puljen vil kunne udvides til at dække disse områder, men virkningerne vil i givet fald først være synlige efter års indsats, der erfaringsmæssigt strækker sig over mere end en valgperiode.

### *De overordnede principper om et værdibaseret sundhedssystem*

I tilknytning til initiativer, der retter sig mod værdibaseret styring og finansiering er det ikke til at komme uden om de seks hovedpunkter, som Michael Porter<sup>2</sup> opstillede som præmisserne for, at det kan lykkes at skabe et sundhedssystem, der er fokuseret på at levere ydelser, der er af værdi for borgerne/patienterne.

Porter tanker blev i en årrække betragtet som det centrale udgangspunkt for udviklingen af den danske sundhedssektor og Danske Regioner tog initiativ til et arbejde, der i sidste ende skulle sikre, at værdibaseret styring blev en integreret del af sundhedsvæsenet. Initiativet fik dog ikke nogen større effekt og i mellemtiden er nye organisationsformer som innovationsbaseret styring og patientcentreret pleje mv. kommet på banen.

På trods af, at der kan argumenteres for, at "Porter har vi prøvet, og det virkede ikke, så lad være med at gå tilbage til en fuser", er de overordnede principper i hans arbejde stadig værd at besøge. De er universelle vejledninger for optimering af alle former for sundhedsvæsen, og gælder grundlæggende selv om organisationsformerne ændrer navn.

---

<sup>2</sup> Porter, Michael: What Is Value in Health Care? The New England Journal of Medicine, December 23, 2010.

Endvidere henvises til Stefan Larssons<sup>3</sup> betragtninger i hans seneste publikation, der burde være obligatorisk læsning for enhver Sundhedsstrukturkommission. Han bygger bl.a. videre på tanker om at belønne aktiviteter, der er af værdi for patienterne.

PreCare-projektets opbygning skete med inspiration fra disse principper. De er udtrykt i seks hovedkategorier og PreCare-projektets håndtering af dem omhandlede:

### 1. Organize Care into Integrated Practice Units around Patient medical conditions

PreCares kliniske model var opbygget som et sektorneutral, patientorienteret, tilstandsbaseret og datadrevet tilbud til kronikere, ældre og borgere med udvalgte somatiske lidelser. Det kan umiddelbart udvides til psykiske sygdomme, hvis der er interesse for det. Tilbuddet håndteredes af en klinik med certificerede sygeplejersker, der varetog en samlet holistisk støtte af de borgere, der inkluderes i klinikken. Den betjenes 24/7 med eLæge støtte.

### 2. Measure Outcomes and Cost for each patient.

Outcomes målt i PreCare ved at sammenligne borgerne resultater fra selvmonitorening med de klinisk definerede intervaller for normalområder. Det gælder eksempelvis målinger af lungefunktion eller blodsukker, der gerne skal ligge inden for bestemte værdier. Omkostningerne kan måles præcist for den enkelte både for regionale og kommunale ydelser.<sup>4</sup> I PreCare skete det af praktiske hensyn imidlertid ved at se på patienternes forbrug i praksissektoren, og gennemsnitsomkostninger fra DRG-takster ved kontakt til sygehuse, kommunale udgifter inden for udvalgte ydelser osv. Koblingen af outcome og omkostningerne gør det muligt at finde de omkostningseffektive behandlinger mv.

### 3. Reimburse Through Bundled Prices for Care Cycles

Finansieringen af aktiviteterne i PreCare skete med betydeligt tilskud fra Innovationsfonden, samt regional og kommunal medfinansiering mv. Projektet dokumenterede, at den anvendte metode frigør ressourcer hos regionen, mens det er uklart, hvordan påvirkningen er på de kommunale udgifter. Nettoeffekten antages dog samlet set at være positiv. Imidlertid ønskede hverken regionen eller kommunen at fortsætte bidrage til en fortsat finansiering, da Innovationsfondens støtte udløb i december 2023.

I projektet er der imidlertid som nævnt udarbejdet en finansieringsmodel med en forebyggelsespulje, der kan tages i anvendelse ved en eventuel fortsættelse og udbredelse af projektets kliniske metode. Modellen er opbygget på tanker om "bundled care" og er

---

<sup>3</sup> Stefan Larsson, MD, PhD, Jennifer Clawson og Josh Kellar, PhD: The Patient Priority: Solve Health Care's Value Crisis by Measuring and Delivering Outcomes That Matter to Patients, November 2022.

<sup>4</sup> Mikko Rotonen, Director, ICT-Development, Helsinki University Hospital/HUS har sammen med Fujitsu Finland udarbejdet et program, der kan beregne den enkelte persons forbrug ved de enkelte kontakter til sygehuset, således at belæsningen af omkostningerne er tilgængelig ved patientens udskrivning fra sygehuset. Endvidere har Julie Poulsen vist hvorledes det med få ressourcer er muligt at fordele kommunale udgifter på enkeltpersoner gennem projekter i Odsherred og Stevns kommune.

beregnet på "rigtige" tal for de borgere, der er inkluderet i PreCareKlinikken. Den understøtter handlinger, der er af værdi for borgerne, og god kvalitet.

#### 4. Integrated Care Delivery Across System Facilities

I PreCare blev koordinationen af de tilknyttede borgeres diagnostik og behandling mv. varetaget af certificerede sygeplejersker. De udgjorde PreCareKlinikkens Respons- og Koordinationscenter, der sikrede borgerne samle behandling på tværs af sundhedsvæsenets institutioner og andre velfærdsordninger, idet de opnåede muligheden for en holistisk vurdering af borgerne gennem den løbende kontakt. PreCareKlinikken sikrede dermed et samarbejde på tværs af de traditionelle institutioner i det eksisterende social – og sundhedsvæsen.

#### 5. Expand areas of Excellence Across Geography

Gennem projektarbejdet med PreCare er der dannet et grundlag for udbredelse til national og international anvendelse. Norge og Holland har adopteret den kliniske model og forsøger en udbredelse inden for deres rammer. Nationalt er udbredelse i første omgang besluttet i Region Sjælland som helhed i regionens eHospital.

Projektet har vist sig skalerbart – både i forhold til sygdomsområder og geografi. Respons- og koordinationscenteret i Odsherred kommune varetog i en periode også diagnostik og behandling for borgere i Lejre, Holbæk og for kommuner omkring Nykøbing Falster Sygehus.

#### 6. Build an Enabling Information Technology Platform

En læring af PreCare-projektet er, at det er afgørende for udbredelse af nye organisatoriske, kliniske og administrative metoder, at det kan støttes af en IT-plattform, der er tilstrækkelig agil til forandre sig, når der er behov for det. Der skal være et "sandkasse-miljø" parallelt med de eksisterende elektroniske patientjournaler, hvor nye innovationer kan afprøves og rodfæstes, med henblik på integration i journalerne, når det besluttes at sætte dem i drift.

Ud over de konkrete sammenhænge til Porters principper findes læringen fra PreCare-projektet tilgængelige i form af registreringsvejledninger, fællesindhold for registreringer, arbejds-gange, materiale til certificering af sygeplejersker, mockup for information til støtte for vurdering af behovet for behandling af borgerne, samarbejde med Danmarks Statistik om et holistisk datagrundlag osv. Projektet har skabt et fuldt fundament – "en fuld pakke" – for udbredelse.

#### *Specifikke krav til en afregningsmodel*

Inden for rammerne af Danske Regioner gennemførtes et projekt om værdibaseret styring i perioden 2016-2019. Projektets styregruppe besluttede, at projektet ikke måtte indeholde forslag om finansiering.

I forløbet blev der dog nedsat en arbejdsgruppe for økonomi, finansieringsmodeller og data. Gruppen udarbejdede et arbejdsrapport<sup>5</sup> med beskrivelse af mulige modeller til understøttelse af værdibaseret ledelse.

Arbejdsgruppen lagde vægt på, at eventuelle modeller skulle tage udgangspunkt i den sundhedspolitiske målsætning om styring af værdi for patienterne. Det betyder:

- Fokus på kvalitet og effekt
- Sammenhængende patientforløb på hospitalet, mellem hospitaler og mellem sektorer
- Omkostningseffektivitet

Herudover pegede arbejdsgruppen på følgende principper for opbygningen af en finansieringsmodel:

- Afregningsmekanismer skal være gennemskuelige
- Forbedringer belønnes
- Styrbar for det kliniske personale – det må ikke føre til kontraproduktivitet
- Løbende og klinisk meningsfuld opfølgning
- Opmærksomhed på alle patientgrupper, så selektion opdages
- Synlige og valide data (baseline og evaluering)
- Klar definition af prospektive regler for risiko- og overskudsdeling

Hertil blev det peget på, at det skal være muligt at udlede årsagssammenhænge, og for at hospitaler og afdelinger kan agere på det og gøre det bedre, skal adgang til klinisknære data om målopfyldelse være tilgængelige.

I det praktiske PreCare-arbejde har det endvidere vist sig hensigtsmæssigt at tilføje yderligere principper. Det drejer sig om følgende:

- Brug eksisterende information i modellen - ingen nye registreringer kun til finansieringsformål
- Betalingsstrømmene skal løbende sikre producenternes likviditet
- Anvendelse af en helhedsorienteret tilgang – gennemsigthed i sundhedsvæsenets effekt på arbejdsmarkedet og den sociale sektor mv. hvis muligt.

Alle de opstillede principper er fulgt i PreCare-projektets eksempel på en finansieringsmodel med undtagelse af princippet om, at der skal være "Opmærksomhed på alle patientgrupper, så selektion opdages".

Når det ikke har været muligt at følge dette princip i PreCare-projektet skyldes det bl.a., at PreCareKlinikken har tilbudt behandling til et begrænset antal patientgrupper, idet de tilknyttede borgere "kun" havde tre typer sygdomme; kronisk obstruktiv lungesygdom, hjerteinsufficiens og diabetes. Langt de fleste havde én af sygdommene. En mindre andel havde to samtidig.

Denne ene mangel er dog ikke diskvalificerende for, at den metode, der ligger bag projektets finansieringsmodel, kan udvides til at dække alle patientgrupper i en national løsning.

Det skal som nævnt understreges, at modellen kan udformes på mange forskellige måder. Projektets model er kun ét eksempel på mulighederne. Er der imidlertid interesse for at skalere

---

<sup>5</sup> <https://www.regioner.dk/media/11344/bilag-i-arbejdsrapport-beskrivelse-af-afregningsmodeller-til-at-understoette-vaerdibaseret-sundhed.pdf>

modellen til nationalt niveau er det de samme trin, der skal gennemgås. De er gennemgået kort nedenfor med særlig vægt på diskussionen af måling af værdi for borgerne/patienterne.

### *Generelle overvejelser ved etableringen af en værdibaseret finansieringsmodel*

Ud over at følge ovennævnte principper fra Porter og den nævnte arbejdsgruppen for økonomi, finansieringsmodeller og data skal der træffes en række beslutninger og afgrænsninger ved implementeringen af en værdibaseret finansieringsmodel. En række af disse beslutninger vil alene være fagligt betingede, mens andre vil bero på politiske forhandlinger.

De fleste kendes fra de eksisterende bekendtgørelser og cirkulærer mv. i tilknytning til de eksisterende finansieringsmodeller. Det gælder bl.a.:

- Afgrænsning af værdibaseret afregning
- Beregning af værdibaseret afregning
- Indberetning og dokumentation af aktivitet af værdi for borgerne/patienterne
- Månedlig, foreløbig opgørelse og betaling af værdibaseret afregning
- Endelig opgørelse og betaling af værdibaseret afregning
- Anvisning
- Revision og dokumentation m.v.
- Ikrafttrædelse

Ved udformningen af det konkrete regelsæt og selve beregningerne skal der endvidere foretages vurderinger på en række kendte områder som:

- Hvor stor en andel af den samlede bevilling skal være værdibaseret?
- Hvad må den eventuelt opnåede værdibaserede finansiering anvendes til?
- Hvordan sikres budgetsikkerhed?
- Hvordan skal aftalerne for fordeling af eventuelle overskud/underskud være?
- Hvordan og hvor hyppigt skal informationerne om målingsresultaterne stilles til rådighed. Skal den daglige opdatering af sundhedsvæsenets aktivitet, som fandtes i "Løkkeposens" første år, genetableres?
- I hvilke tilfælde skal informationerne indeholde individdata og skal de udarbejdes ud fra et holistisk synspunkt?
- Skal der tages hensyn til borgernes/patienternes "tyngde", fordi det er sværere at opnå de ønskede resultater for bestemte grupper i forhold til andre?
- Hvordan måles indsatsen når de flere specialer el.lign. medvirker ved behandlingen af patienterne – eksempelvis er der få endokronologiske DRG-grupper, men mange grupper inden for øvrige specialer har et komplikationssplit for patienter med og uden diabetes?
- Skal der stilles krav om, at en generel model skal afspejle sig i finansieringen af afdelinger mv. svarende til tidligere krav om takststyring af sygehusene?
- Skal modellen være udgiftsneutral?
- Skal der være krav om, at produktiviteten fastholdes?

Listen er ikke udtømmende.

### **Specifikke overvejelser for en værdibaseret finansieringsmodel**

Den afgørende forandring i forhold til de eksisterende rammer er, at en værdibaseret finansieringsmodel kræver, at der bliver taget stilling til, hvad der er af værdi for borgerne/patienterne.

Som nævnt blev det, som udgangspunkt i PreCare antaget, at det der generelt er af mest værdi for borgerne er, at de overlever og bliver helbredt for deres sygdom eller stabiliseret, hvis der er tale om kronikere således, at de er i stand til at genoptage den dagligdag, de havde før mødet med sundhedsvæsenet, og at indgåede aftaler om bl.a. ventetider overholdes.

I og med, at PreCare-projektet har haft fokus på udvalgte kronikergrupper gennem en tilstandsbaseret, patientcentreret og datadrevet metodik har fokus primært været at måle på, om borgernes tilstand blev holdt stabil og om de selv oplevede forværringer.

Disse målinger er fremkommet gennem borgernes monitorering af egen sundhedstilstand og om de aftaler, som PreCare-klinikken havde indgået med de inkluderede borgere blev overholdt.

Det skal igen understreges, at der er tale om et eksempel. Modellen kan udformes på mange måder, men baseret på de samme grundprincipper.

En mulig generel model ved en ibrugtagning af værdibaseret finansieringsmodellen kan illustreres som i figur 1.<sup>6</sup>

I dette eksempel er PreCareKlinikkens metodik videreført i et klyngesamarbejde, hvor klyngen skal udføre "Public Health Management" (PHM) for de borgere, der inkluderes i klyngen. Det kan i princippet være alle borgere, der er bosat i klyngens optageområde, eller der kan være tale om et segment af kronikere, ældre medicinske patienter og/eller borgere med udvalgte psykiske lidelser. Grundfundamentet i den finansielle model er den samme.

I klyngen antages en klinik at varetage respons- og koordinationsopgaver for de tilknyttede borgere.<sup>7</sup> Samtidig forudsættes det, at klyngen får stillet midler til rådighed i en SundhedsBank, som den klyngeansvarlige kan råde over.

I de enkelte trin **1** - **7** vil der være behov for en stillingtagen til en række forskelligartede forhold.

Eksempler på de problemstillinger, der skal løses er nævnt i det efterfølgende.

### **Indbetalinger til klyngens SundhedsBank**

Indbetalingerne til SundhedsBanken kan ske som markeret med **1** hvor midlerne kommer direkte fra staten til brug for finansieringen af alle dele af sundhedssektoren, eller det kan ske

---

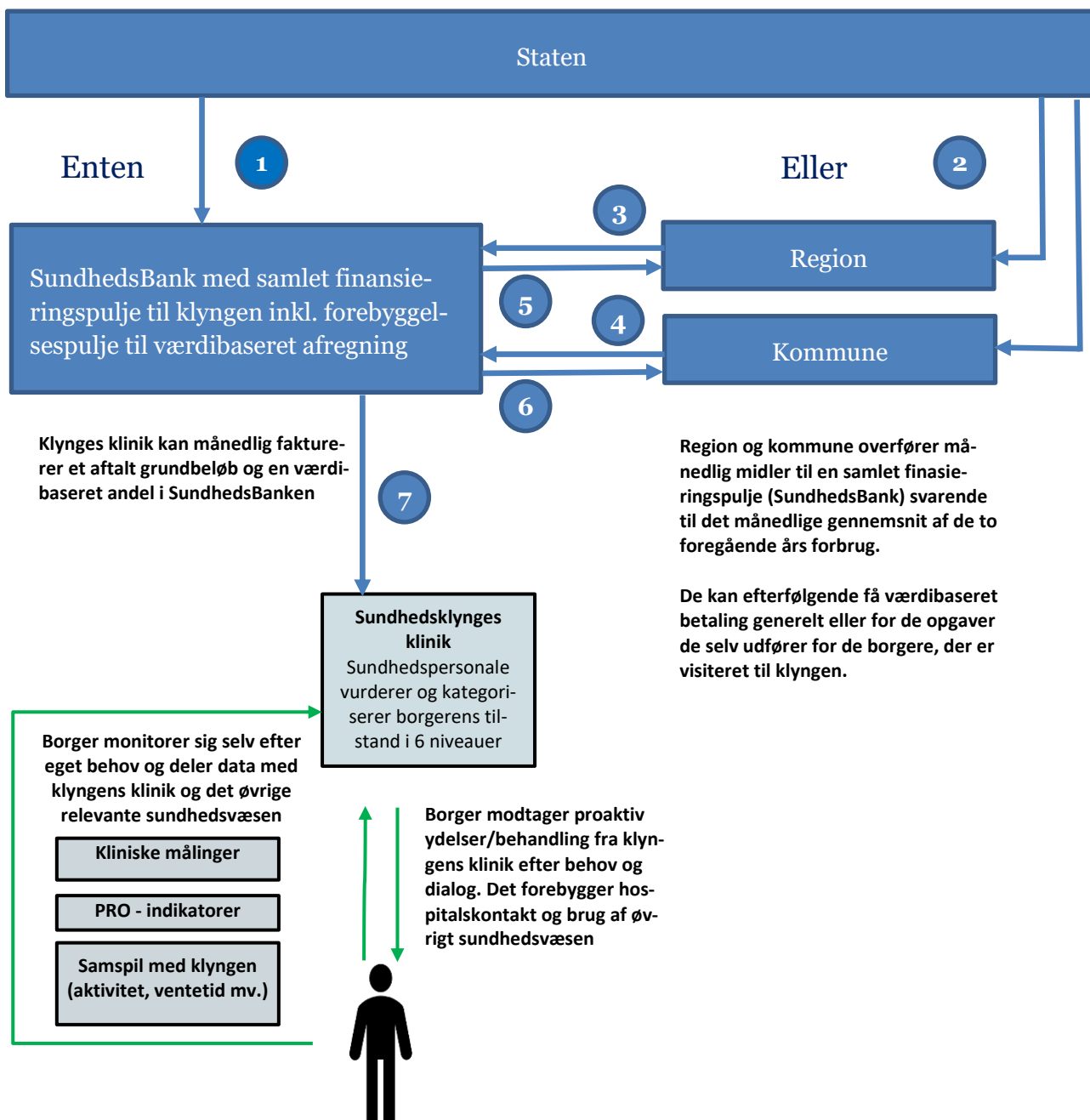
<sup>6</sup> Modellen for de overordnede rammer er delvist udarbejdet i samarbejde med Rehfeld, Claus og Martin Lucas Jørgensen, Nordic Health Care

<sup>7</sup> For en nærmere gennemgang af de organisatoriske og kliniske modeller i PreCare henvises til materialet på linket [PreCareKlinikken](#) se specielt under [Resultater - PreCareKlinikken](#)



gennem den eksisterende ordning, hvor det årligt aftales, hvor meget der skal tilgå hhv., regioner og kommuner, **2** hvorefter de hver især indbetaler til Banken for de borgere, som skal håndteres i en klyngesammenhæng.

**Figur 1. Mulig finansieringsmodel med forebyggelsespulje i et klyngesamarbejde**



Det første trin i modellen er således at få aftalt hvilke midler, der skal indgå i finansieringen af de aktiviteter, der er knyttet til de borgere, der er henvist og inkluderet i klyngen.

Som nævnt kan det i princippet være alle de midler, der er brugt på sundhedsområdet af de pågældende borgere i det foregående år.

Den klyngeansvarlige vil i givet fald – på vegne af de borgere, der tilhører klyngen – have til opgave at indgå aftaler med regionerne eller sygehusene, kommunerne og klyngens egne sektor-neutrale klinik om varetagelsen af konkrete opgaver på sundhedsområdet.

Alternativt kunne det være de midler, der i tidligere år har været brugt på et centralt, nationalt defineret udvalgt segment af borgere bestående af kronikere, ældre medicinske patienter og udvalgte psykiatriske patienter. I dette tilfælde skal der i givet fald ske en løbende tilpasning af midlerne over året, idet der vil være løbende tilgang og afgang af borgere til segmentet.

### *Regionernes bidrag **3** til SundhedsBanken:*

Hvis klyngen ikke får til opgave at varetage PHM-ansvaret for klyngens samlede population, men for et udvalgt segment kan regionernes bidrag eksempelvis beregnes ved, at der for hver borger, der inkluderes i klinikken findes et månedlige gennemsnit for de seneste to års udgifter til – beregnet fra dagen for inklusion:

- Hospitalskontakter (DRG-takster) for alle registrerede kontakter på regionale og private sygehuse.
- Speciallæger uden for sygehuset (Honorarer og ydelsestakster fra sygesikringen)
- Almen praksis, inkl. eventuelle vagtlægekontakter (Honorarer og ydelsestakster fra sygesikringen)
- Fodterapeuter, fysioterapeuter mv. (Honorar og ydelsestakster fra sygesikringen)
- Medicinudgifter

Dette beløb fastholdes så længe borgeren er tilknyttet segmentet for klyngens PHM-ansvar.

### *Kommunernes bidrag **4** til SundhedsBanken*

For kommunerne er valget af hvilke udgifter, der skal indbetales til SundhedsBanken mere flydende i tilfælde af, at klyngesamarbejdet ikke omfatter alle borgere.

Udfordringen er, at der er et tæt samspil mellem borgernes brug af kommunale ydelser og sundhed. Det kan eksempelvis være vanskeligt at afgøre om en person er arbejdsløs, fordi vedkommende er sygdomsramt eller om sygdommen er fremkaldt af arbejdsløshedssituationen. Selv brugen af det kommunale bibliotek kan være påvirket af borgernes sygdomsbillede.

Ud fra et samlet holistisk synspunkt kan der derfor argumenteres for, at så mange af de kommunale udgifter som muligt burde overføres til SundhedsBanken, fordi de er påvirket af de inkluderede sundhedstilstand. Afgrænsningen må bero på en forhandling. Under alle omstændigheder vil der være værdifuldt at få beregninger af omfanget af udgifter og enhedsomkostninger til sundhed og tilstødende områder, svarende til de baggrundsdata, der ligger til grund for beregning af omkostningsdatabasen for sygehuskontakter.

I Medicinrådets katalog for enhedsomkostninger anføres eksempler på der kommunale afholdte omkostninger, som rådet finder relevant i forbindelse med de sundhedsøkonomiske analyser, som ansøgere indsender ved ansøgning til Medicinrådet under processen for nye lægemidler og nye indikationer for godkendelser i rådet.

Rådet anfører i denne forbindelse ”fx omkostninger forbundet med hjemmesygepleje, genoptræning (både almen og specialiseret genoptræning efter Sundhedsloven og vedligeholdende genoptræning efter Serviceloven) og udgifter til hjælpemidler”<sup>8</sup>.

I analysen af ”Omkostninger til kommunale sundheds- og omsorgsydelser blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden”<sup>9</sup> er afgrænsningen af relevante ydelser mere bred, idet der overordnet skelnes mellem kommunale sundheds- og omsorgsydelser, andre ydelser på sundhedsområdet samt overførselsindkomster.

De kommunale sundheds- og omsorgsydelser omfatter:

- Hjemmehjælp og hjemmesygepleje
- Ophold på plejehjem, midlertidig pladser eller botilbud
- Træning og rehabilitering
- Brug af hjælpemidler

Endelig opgøres omkostningerne til overførselsindkomster, herunder pensioner, sygedagpenge.

For fuldstændighedens skyld skal det nævnes, at analysens ”andre ydelser på sundhedsområdet” dækker over de regionale aktiviteter på sundhedsområdet, og indeholder de samme punkter, som er nævnt ovenfor under regionernes bidrag til SundhedsBanken.

Ud over selve afgrænsningen af de kommunale omkostninger, der skal medtages som de kommunale betalinger til SundhedsBanken skal det sikres, at der tages hensyn til at borgernes udgiftsmæssige ”tyngde” stiger med antallet af samtidig kroniske sygdomme.

Forholdet mellem udgiftsniveauet for borgere med hhv. 1, 2 eller 3+ kroniske sygdomme er angivet i tabel 1. Har en borger 2 kroniske sygdomme har vedkommende således et træk, der er 50 pct. højere end en med en enkelt kronisk sygdom.

**Tabel 1. Forholdet mellem udgiftsniveauer for borgere med kroniske sygdomme**

1 kronisk sygdom	100
2 kroniske sygdomme	150
3+ kroniske sygdomme	183

Kilde: Public Health Management (PHM)” projekt mellem Region Sjælland og Odsherred kommune fra 2016 til 2018.

Forholdet kan være afspejlet direkte i de relevante omkostninger for de enkelte personer, der medtages i det tværsektorielle samarbejde, hvis det er muligt at finde de faktiske omkostninger for hver enkelt inkluderet. Er det imidlertid ikke muligt, således at der skal arbejdes med gennemsnitomkostninger for segmentet som helhed, skal der efterfølgende tages højde for det ved den endelige afgrænsning af det kommunale bidrag til ordningen.

---

<sup>8</sup> [Værdisætning af enhedsomkostninger-vers. 1.2 \(medicinraadet.dk\)](#), side 8

<sup>9</sup> Nielsen, A; Bekker-Jeppesen, M; Almer, K; Andreasen, AH: Omkostninger til kommunale sundheds- og omsorgsydelser blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2016.

### **Udbetalinger fra klyngens SundhedsBank**

Midlerne, der indgår i SundhedsBanken, skal herefter anvendes til finansiering af de samlede aktiviteter, der er knyttet til de borgere, der tilhører klyngen. For alle de områder i sundhedssektoren, som modtager afregning fra banken kan udgangspunktet være, at hovedparten af bevillingen gives som en grundbevilling med et værdibaseret supplement.

Denne modeltilgang viste sig effektiv i forbindelse med den aktivitetsbaserede finansiering af sygehusene med en beskeden meraktivitetspulje, som i perioden 2002 – 2018 kunne aktiveres, hvis sygehusene producerede mere i et givet år end i året før.

I det efterfølgende er der alene beskrevet eksempler, hvad et værdibaseret element kan indeholde.

#### *Afregning af regionale aktiviteter **5** for borgere i klyngen*

For regionens vedkommende vil det optimale være, at deres forskellige ansvarsområder, herunder sygehusene, almen praksis og speciallægerne tilknyttes en andel af værdibaseret afregning, således at der i alle led på sundhedsområder er en forudbestemt procentandel af den samlede finansiering, der baserer sig på, om der leveres ydelser, der er af værdi for borgerne. Som nævnt er det væsentligt, at klinikere og administratorer inddrages og får ejerskab ved udvælgelsen af de værdibaserede mål.

For sygehusenes vedkommende kunne der eksempelvis tages udgangspunkt i en definition af, hvad der er af værdi for den enkelte patient inden for hver DRG-gruppe.

Ved DRG 06MP11 "Større operationer på endetarm og endetarmsåbning m. cancer" er der eksempelvis en årlig opfølgning af, om indgrebet er lykkedes. Med udgangspunkt i en blodprøve følges op på om tumormarkøren "Carcinoembryonalt antigen; P" har en værdi under 5 og en CT-scanning med kontrast afslører, om der er tegn på tilbagefald.

I begge tilfælde findes oplysningerne i de registreringer, der allerede foretages i forbindelse med opfølgningerne. De er bl.a. tilgængelig i sundhed.dk. Der skal ikke foretages ekstra registreringer.

I opfølgningen er der også test rettet mod nyrefunktionen og et par andre tests, men de anvendes ikke i større omfang i vurdering af, om alt er som det skal være.

Et konkret eksempel på de foreliggende oplysninger er gengivet i figur 2 og boks 1.

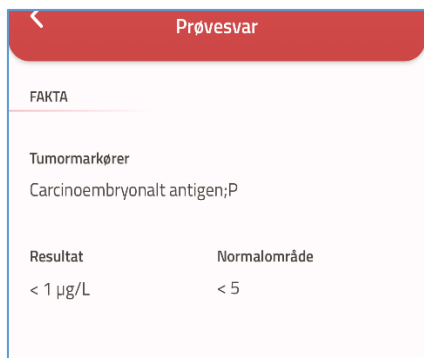
Som det ses i figur 2 er tumormarkørens normalområde under 5, og da den er målt til mindre end 1, tyder det på, at behandlingen har virket.

Når blodprøven suppleres med en CT-scanning med kontrast, som sprøjtes ind i kroppen, er det for at afsløre eventuelle kræftknuder eller andre forandringer i thorax eller underliv.

Resultaterne fra scanningen af thorax er interessante, da der kan være risiko for spredning af endetarmskræft til lungerne og interessen for underlivet skyldes primært et ønske om at få en indikation af, om kræften har spredt sig til den oprindelige berørte del af kroppen.

## Figur 2. Laboratorierespons på opfølgning på endetarmskræft

Tekst fra laboratoriet



FAKTA	
Tumormarkører	
Carcinoembryonalt antigen;P	
Resultat	Normalområde
< 1 µg/L	< 5

Det fremgår af beskrivelsen af CT-scanningen i **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**, at der ikke er synlige ændringer i thorax og abdomen i forhold til den tilsvarende tidligere undersøgelse. Denne del af opfølgningen indikerer således også, at det har været muligt at håndtere den kræftsygdom, som patienten er blevet behandlet for.

De dele af beskrivelsen, der er markeret med fed skrift, er de formuleringer, som tillægges særlig vægt i vurderingen af, om patienten er stabiliseret og dermed om operationen er lykkedes. De vigtige ord er "ingen" og "uændret". Når de forekommer uden nogen forbehold, tolkes det positivt.

### Boks 1. Beskrivelse af CT-scanning af thorax og abdomen ved opfølgning af patient med endetarmskræft

Beskrivelse:

CT-scanning af thorax og abdomen med i.v. kontrast. Tidligere svarende til os. fra 02.06.2020 tilgængelig.

Thorax:

**Uændret, nej** patologisk forstørrede lymfeknuder ses i aksillen, mediastinum eller pulmonal hili. Der er ingen maligne lungeinfiltrater eller pleurale effusioner.

Mave:

Lever ses med **uændrede** enkeltcyster men uden yderligere patologiske fokale forandringer. Der er ingen intra- eller ekstrahepatisk galdegangsudvidelse. Stationære tilstande uden malignitetsmistanke ses i bugspytkirtlen, milten og både nyrer og binyrer.

Ingen forstørrede lymfeknuder i øvre retroperitoneum. Ingen ascites. Tarmslimhinden ses uden vægfortykkelser eller stenotiske forandringer. Der er **uændrede** konsekvenser efter rektal resektion **uden** tegn på lokalt recidiv.

Skelet:

**Ingen** osteolytisk eller osteosklerotisk malignitet formodede ændringer i det co-scannede aksiale skelet.

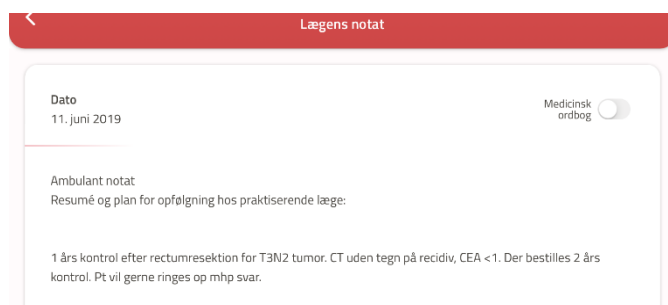
CT konklusion:

Uændret forhold.

**Ingen tegn på lokalt tilbagefald eller fjernmetastaser.**

Den ansvarlige læges resume af den årlige opfølgning er gengivet i figur 3. Som det fremgår, indgår kun to mål i opsummeringen (CT uden tegn på recidiv, CEA < 1), og som udgangspunkt må det antages, at det er tilstrækkeligt til at vurdere, om det der har betydning for patienten, er opfyldt.

**Figur 3. Lægers oversigt over behandlingskvaliteten**



The image shows a screenshot of a mobile application interface for a medical note. At the top, there is a red header bar with a white back arrow on the left and the text 'Lægens notat' in white. Below the header, the note content is displayed on a white background with rounded corners. It includes a date '11. juni 2019' and a toggle switch for 'Medicinsk ordbog'. The main text of the note reads: 'Ambulant notat. Resumé og plan for opfølgning hos praktiserende læge: 1 års kontrol efter rectumresektion for T3N2 tumor. CT uden tegn på recidiv, CEA < 1. Der bestilles 2 års kontrol. Pt vil gerne ringes op mhp svar.'

Til DRG-gruppen kunne der derfor tilføjes et element, der måler, om der er leveret en ydelse, der er af værdi for patienten. Kan der svares ja til, at begge observationspunkter; CT-scanningen og blodprøven, viser de ønskede resultater vil det kunne tillægges større værdi end, hvis det kun var et af dem – eller ingen af dem – der blev opfyldt.

Det er således muligt at få en vurdering af, om der er leveret noget af værdi for patienten ved at anvende de registreringer, der alligevel foretages i forbindelse med de årlige opfølgninger. Det kan efterfølgende omsættes til værdibaseret afregning ved at beregne, hvor ofte de ønskede mål er nået, som omtalt nedenfor under afsnittet om værdibaseret afregning for klyn- gens klinik med Respons- og Koordinationscenteret.

Selvom sygdommen er under kontrol, kan der være bivirkninger ved behandlingen, der gør det umuligt for patienten at opretholde de daglige rutiner, der prægede perioden før sygdommen opstod. Der kan derfor være behov for at korrigere værdimålet.

Hvis der eksempelvis sker en ændring i en borgers tilknytning til arbejdsmarkedet umiddelbart efter en sygdomsperiode, vil det være synligt i de danske registre, der indeholder oplysninger om indkomst ("eindkomst"-systemet), skattebetalinger, sygedagpenge, dagpenge, tidligt pension mv. Desuden vil eventuel ophør af selvstændig virksomhed fremgå af virksomhedsregi- streringerne.

På tilsvarende vis vil det for en pensionist, der har behov for ekstra hjælp efter en operation fremgå af de kommunale registreringer gennem øget hjemmepleje eller -hjælp.

Disse forhold kan medtages på linje med andre relevante oplysninger til belysning af, om det er lykkedes at levere ydelser, der er af værdi for patienterne, og dermed medtages ved beregnin- gen af den samlede værdibaserede andel af hospitalernes finansiering.

På linje hermed kan der vælges målepunkter for almen praksis og speciallæger med henblik på at gøre en del af deres afregning værdibaseret.

## Afregning af kommunale aktiviteter for borgere i klyngen

For kommunernes vedkommende kan der eksempelvis tages udgangspunkt i måling af, hvorvidt det lykkes for dem af undgå forebyggelige indlæggelser, idet det må antages af være af værdi for borgerne, hvis denne form for indlæggelser bliver undgået.

Disse indlæggelser forekommer blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget blodmangel, sociale og plejemæssige forhold og tryksår.

At indlæggelser med disse diagnoser er forebyggelige vil sige, at den indlæggelseskrævende tilstand kunne have været forebygget – oftest ved hjælp af en tidlig kommunal indsats.

Det er væsentlig, at definitionen af disse indlæggelser også sker i samarbejde med de enkelte lægelige specialer i samarbejde med kommunale repræsentanter.

Den nuværende definition er udarbejdet på relativ kort tid i forbindelse med udviklingen af Det kommunaløkonomiske Sundhedsinformationssystem (KØS), som formidles af Sundhedsdatastyrelsen, men er aldrig blevet kvalitetssikret i samarbejde med de lægevidenskabelige selskaber. Det må antages, at der er betydelig flere kliniske områder, hvor det er muligt at forebygge indlæggelser.

Udfordringen for det kommunale område er, at henvisningsretten til sygehusene er hos almen praksis, og de kan beslutte sig til at henvise borgere uanset den kommunale indsats. Derfor kan de to områder vanskelig ses uafhængig af hinanden. I stedet kan beregningen af en værdibase-ret mål opfyldelse ske for parterne i fællesskab og selve afregningen kan fordeles efter en forudbestemt fordelingsnøgle.

## Afregning af aktiviteter i klyngens klinik

Klyngens klinik, kan ligeledes have en andel af indtjeningen baseret på om, det, som klinikken leverer, kan måles at være af værdi for borgerne.

I PreCare-projektet sker vurderingen af, om aktiviteterne har værdi på baggrund af målinger, som borgeren selv foretager via forskellige devices. For borgere med KOL kan måleudstyret angive oplysninger om lungefunktionen, iltmætning og puls, borgere med hjerteinsufficiens kan bl.a. måle blodtryk og har de diabetes anvendes udstyret eksempelvis til kontrol af blodsukker. Alle målingerne indikerer om den kroniske sygdom, som borgeren har, kan antages af være stabil.

Sideløbende med målingerne indberetter borgerne oplysninger om deres velbefindende. Resultaterne af målingerne og de supplerende indberetninger sendes i realtid til PreCareKlinikken via en internetforbindelse.

Samtidig sker en række registreringer automatisk i PreCareKlinikkens journal. I denne journal lagres alle målinger, indberetninger og tidsstempler på kontakter mellem borgerne og klinikken.

Den elektroniske journal føres, på baggrund af en registreringsvejledning, der tilskynder til ensartede registreringer uanset, hvem der foretager registreringerne.

Tidsstempler muliggør en automatisk beregning af den tidsmæssig afstand mellem henvendelse fra klinikken til borgeren ved forekomsten af egenmålinger, der indikerer et behov for behandling uden forsinkelse.

På baggrund af borgerne selvmonitorering vurderer sundhedspersonalet i klinikken i dialog med borgeren, om der er tale om en forværring af tilstanden, og om der er behov for at iværksætte en behandling.

Det er virkningerne af disse beslutninger, der måles, når de skal omsættes til informationer, der kan indgå i den værdibaserede finansieringsmodel.

Oplysningerne giver som nævnt mulighed for at vurdere om PreCareKlinikkens indsats har sikret, at borgerens kroniske sygdom stabiliseres, om vedkommendes velbefindende er mærkbar og om klinikken har levet op til de aftalte mål for forebyggende og proaktive handlinger ved at overholde målsætninger om hurtig kontakt til borgeren ved en rød måling mv.

Klinikkens indsats vil være af værdi for borgeren, hvis de målinger, der foretages ligger inden for de klinisk definerede grænseværdier for, hvornår sygdommen anses for at være stabil.

Endvidere vil vedkommendes generelle velbefindende blive afspejlet i svarene på de spørgsmål, som besvares i forlængelse af selvmonitoreringen. Det patientrelaterede outcome (PRO) af klinikkens arbejde vil være synlig i svarene.

Samtidig er det muligt at vurdere om klinikken lever op til de tidsmæssige aftaler om kontakt til borgerne ved røde eller gule målinger mv.

I den værdibaseret finansieringsmodel for de borgere, der er tilknyttet PreCareKlinikken, vil der således blive taget udgangspunkt i tre typer af målinger, der indeholder både kliniske og patientrelaterede oplysninger.

Den drejer sig om:

1. Registrerede patientoplevelser (PRO)
2. Kliniske målinger
3. Aktivitetsmålinger

I det efterfølgende er disse målinger eksemplificeret for patienter med de tre sygdomsgrupper, der har været tilknyttet PreCare-projektet, i form af kronisk obstruktiv lungesygdom, hjerteinsufficiens og diabetes, men det er væsentligt at påpege, at den samme metodik kan anvendes i forhold til kroniske sygdomsgrupper generelt, ældre medicinske patienter og udvalget psykiske lidelser.

I det efterfølgende afsnit er belyst, hvordan målingerne kan omsættes til konkrete betalingsstrømme i en værdibaseret finansieringsmodel. Det er denne model, der kan anvendes generelt i hele eller dele af sundhedssektoren.

#### *Ad 1: Registrerede patientoplevelser (PRO)*

Den konkrete formulering af spørgsmålene om borgerne har oplevet, at deres tilstand er blevet forværret inden for det sidste døgn, er gengivet i tabel 2, 3 og 4, der alle er anvendt i PreCare.

For borgere med KOL spørges om:



**Tabel 2. Spørgsmål til borgere med KOL**

	Ja	Nej
Har du haft øget åndenød indenfor de seneste 24 timer?		
Har du haft tiltagende hoste indenfor de seneste 24 timer?		
Har du haft farvet opspyt indenfor de seneste 24 timer?		

Den skærm, som borgerne møder, når de skal svare i PreCare-projektet, er gengivet i figur 4.

For hjerteinsufficiens spørges om:

**Tabel 3. Spørgsmål til borgere med hjerteinsufficiens**

	Ja	Nej
Hævede ben - Er dine ben mere hævede i dag end de var i går?		
Åndenød - Har du mere åndenød i dag end i går?		
Ubehag ved at ligge ned - Har du vanskeligere ved at ligge ned grundet åndenød eller ubehag i brystet end du plejer?		
Svimmelhed – Har du indenfor det sidste døgn oplevet svimmelhed f.eks. når du rejser dig op?		
Besvimet – Har du indenfor det sidste døgn været besvimet eller nær ved at besvime?		

For diabetes spørges om:

**Tabel 4. Spørgsmål til borgere med diabetes**

	Ja	Nej
Smerte i fødder og ben – har du øgede smerter i fødder og ben?		
Forstyrrelser i mave og tarme – oplever du flere forstyrrelser i mave og tarme?		
Brystsmerter, hjertebanken og åndenød – har du øgede brystsmerter, hjertebanken eller åndenød?		
Manglende sexlyst og –evne – oplever du en stigende manglende sexlyst og –evne?		
Søvnproblemer – har du øgede søvnproblemer?		

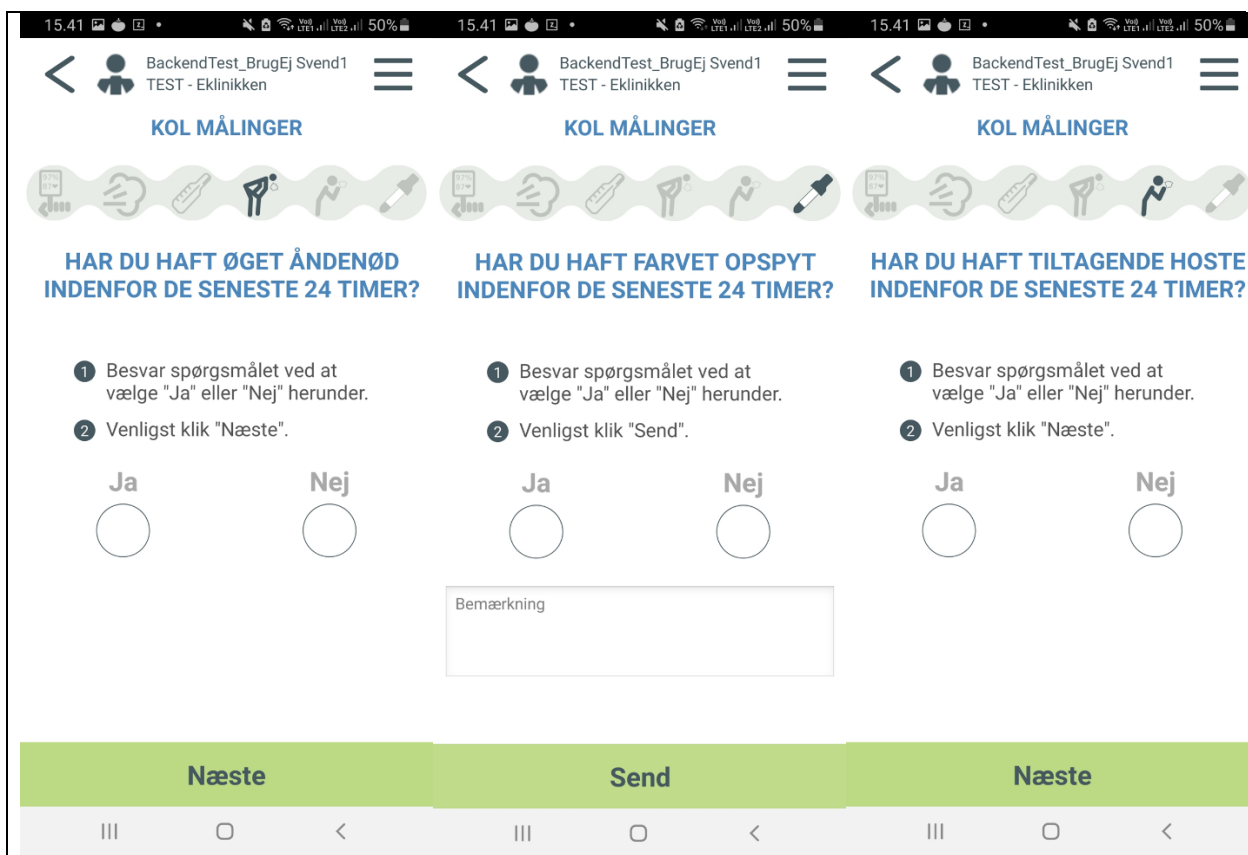
Spørgsmålene besvares som nævnt i forbindelse med de kliniske målinger.

Svarer borgerne ”nej” til spørgsmålene anses det for positivt, idet det i givet fald er udtryk for, at deres almene tilstand ikke er forværret.

I forhold til måling af klinikkens indsats på dette område er det derfor muligt at beregne, hvor stor en andel (i pct.) af svarerne, der havner i ”nej”. Denne procentandel er en indikation for, at den støtte som klinikken har ydet borgerne, har haft værdi for dem. Den er et udtryk for det patientrelaterede outcome (PRO).

I stedet for at regne en procentandel for den samlede population, kan PRO-elementet værdi opgøres med udgangspunkt i den enkelte borgers ”tyngde”, jf. nedenfor.

Figur 4. Skærbilleder med spørgsmål til borgere med KOL



### Ad 2: Kliniske målinger

Mens de supplerende spørgsmål som vist kan anvendes som indikator for borgernes generelle velbefindende, kan de konkrete målinger for de enkelte sygdomsgrupper indikerer, om borgernes kroniske sygdom er stabil.

For hvert område skal der ske en lægefaglig beskrivelse af, hvad der kan tolkes om stabilitet i relation til de enkelte sygdomme. I PreCare er der eksempelvis målt på følgende:

#### KOL

Viser de seneste 7 dages målinger af lungefunktion (FEV1) et fald i medianen for lungefunktionen, der er mindre end eller lig med 2 pct.?

#### Hjerteinsufficiens

Viser de seneste 7 dages målinger af blodtrykket i gennemsnit for BT-S en værdi på under 140 og BT-D under 90, hvis patienten er under 65 år ved måling – eller BT-S under 150 og BT-D 95, hvis borger er over 65 år ved måling?

### *Diabetes*

Denne sygdomsgruppe indgik ikke i de konkrete beregninger i PreCare, ider der kun blev visiteret 3 diabetesborgere til projektet, men modellen er forberedt til at inkludere området med målinger af blodsukker.

Normalområdet for denne gruppe borgere var defineret til, at gennemsnittet af de seneste 7 dages målinger skulle ligge mellem 7 og 10 mmol/l, hvis målingerne er taget mellem kl. 8.00 – 10.00, 12.00 – 14.00 og 18.00 – 20.00 og mellem 4 og 7 mmol/l på andre tidspunkter af døgnet.

Beregningerne i den finansieringsmodel, som blev opbygget og afprøvet i PreCare anvendte de nævnte grænser som udtryk for, om den kroniske sygdom var stabil og dermed om PreCareKlinikken havde ydet en indsats, der var af værdi for den enkelte inkluderede borger.

Lå målingerne inden for de angivne grænser blev det opfattet positivt. Det skal understreges, at grænserne ikke er kvalitetssikret med klinisk bistand, men alene er medtaget for eksemplets skyld. Skal metoden generaliseres skal der gennemføres en kliniske validering af grænserne.

Den konkrete anvendelse af målingerne i finansieringsmodellen er gennemgået nedenfor.

### *Ad 3: Aktivitet*

Et af de centrale elementer i PreCareKlinikkens tilbud var, at den var til rådighed 24/7, og at der skulle være kontakt med sygeplejen i klinikkens Respons- og Koordinationscenter inden for kort tid, hvis en af målingerne fra den selvmonitorering, som borgerne foretager ender i en "rød" eller tre på hinanden følgende gule markering(er). Denne oplysning indikerer, at der kan være tale om akut forværring, og at der kan være behov for at påbegynde en behandling uden yderligere forsinkelse.

På daværende tidspunkt var det aftalt at borgeren skulle kontaktes inden for 120 minutter, hvis de nævnte målinger indikerer et behov. I praksis har det vist sig, at kontakten blev etableret indenfor få minutter.

For denne type opgørelser er det relativt enkelt at beregne, hvor ofte aftalen om kontakt inden for de aftalte tidsramme overholdes. Jo højere procentandelen er jo mere værdi antages klinikken at give til borgerne.

Det er anvendt i nedenstående eksempel på den værdibaserede finansieringsmodel.

### **Beregning af værdibaserede betalingsstrømmene**

Som nævnt er et af de elementer, der skal tages stilling til ved en værdibaseret finansieringsmodel, om der skal tages højde for, hvor kompliceret den enkelte borgers tilstand er i forhold til alle inkluderede borgere på det givne tidspunkt. "Tyngden" af borgerne kan variere.

Det skal afklares, om det kan antages, at jo tungere en borger er, jo vanskeligere er det at holde vedkommende inden for de kliniske grænser for de tilstandsbaserede vitale parametre målt ved selv-monitoreringen i klyngens egen klinik og/eller om muligheden for at sikre borgerens velbefindende (PRO-spørgsmålne) også er vanskeligere, hvis borgerne er "tunge".

På sygehusene er tyngden af patienterne beskrevet i DRG-grupperne. Til hver gruppe hører en vægt. Den beskriver patientens relative tyngde. En patient der har fået udført en hjerteoperation vejer eksempelvis betydelig mere end en, der har været indlagt til observation for hjerne-rystelse.

Mens stabiliseringen af borgerne inden for de kliniske grænser og sikring af deres velbefindende måske er afhængig af borgernes tyngde kan det formentlig antages, at eksempelvis målingerne af klinikkens opfyldelse af egne mål for svartider eller sygehusenes imødekomme af patientrettighederne vil være uafhængige af tyngden af borgerne.

### *Beregning af borgernes "tyngde"*

Som nævnt er borgernes tyngde på sygehusene beskrevet i DRG-grupperne, men i tilfælde af, at tyngdemålet skal anvendes i en klinik i klyngen eller i kommunen kan det overvejes at danne et tyngdemål, der er tilpasset sundhedstilbuddet.

Som illustration kan nævnes, at der er foretaget en tyngdeberegning i PreCareKlinikken med udgangspunkt i det samlede hidtidige kommunale og regionale forbrug for hver enkelt borger i to år før tilknytningen til klinikken.

Der beregnes et gennemsnit for alle borgere og den enkeltes forbrug deles med dette gennemsnit.

Derved får hver borger tilknyttet en relativ vægt i forhold til alle de øvrige inkluderede. Denne vægt er udtryk for den enkeltes tyngde.

Det er illustreret i tabel 5. Tallene i tabellen er eksempler, ikke faktisk observerede tal.

Denne tyngdemåling skal bruges i beregningen af den værdibaserede del af de betalingsstrømme, der er omtalt i det følgende.

**Tabel 5. Beregning af patienttyngde for inkluderede i PreCareKlinikken**

	Brug af sundhedsydelser de sidste to år før inklusion	Omkostninger	Tyngde
Borger 1	Indlæggelse på sygehus	40.000	
	Ambulant besøg på sygehus	1.500	
	Egen læge	150	
	Fysioterapeut	450	
	Kommunalt forbrug	11.753	
	Sum	53.853	0,7
Borger 2	Ambulant besøg på sygehus	1.750	
	Ambulant besøg på sygehus	3.500	
	Ambulant besøg på sygehus	1.500	
	Egen læge	250	
	Indlæggelse på sygehus	80.000	
	Besøg hos speciallæge	1.460	
	Kommunalt forbrug	17.630	
Sum	106.090	1,4	
Borger 3	Indlæggelse på sygehus	90.000	

**Tabel 5. Beregning af patienttyngde for inkluderede i PreCareKlinikken**

	Brug af sundhedsydelser de sidste to år før inklusion	Omkostninger	Tyngde
	Indlæggelse på sygehus	50.000	
	Kommunalt forbrug	11.753	
	Sum	151.753	2,1
Borger 4	Egen læge	410	
	Kommunalt forbrug	11.753	
	Sum	12.163	0,2
Borger 5	Egen læge	270	
	Besøg hos speciallæge	1.630	
	Ambulant besøg på sygehus	4.600	
	Indlæggelse på sygehus	20.000	
	Kommunalt forbrug	17.630	
	Sum	44.130	0,6
Total		367.989	
Gennemsnit for de 5 borgere		73.598	

**Målinger af opnåelse af værdi for borgeren**

I den værdibaseret finansieringsmodel for de borgere, der er tilknyttet PreCareKlinikken, er der som nævnt taget udgangspunkt i tre typer af målinger.

Den drejer sig om:

1. Registrerede patientoplevelser (PRO)
2. Kliniske målinger
3. Aktivitetsmålinger

**Ad 1. Registrerede patientoplevelser (PRO)**

Som det fremgår af ovennævnte tabel 2-4 anses det for af værdi for borgerne, hvis deres generelle tilstand ikke er forværret, og at der derfor bliver svaret "nej" til de stillede spørgsmål.

Den konkrete målopfyldelse kan derfor som nævnt beregnes som en procentandel af "nej"-svar for populationen under ét. Er andelen 100 pct. har alle tilkendegivet, at deres tilstand ikke er forværret.

**Ad 2. Kliniske målinger**

Alternativt kan PRO-opgørelsen af, hvorvidt der er skabt værdi for borgerne, ske efter samme principper som nævnt nedenfor i opgørelsen af målsætningerne for, om de kliniske målinger er opfyldt.

I eksemplet inddrages patienttyngden som vist ovenfor. De relativt "tunge" borgere kommer derved til at bidrage med tal, der er større end 1 og de "lette" med tal, der er mindre end 1.

Derved vil der som nævnt blive taget højde for en antagelse om, at multisyge og borgere med et tidligere stort forbrug af sundhedsydelser, kan være relativt sværere at få ind i de ønskede kliniske intervaller end de øvrige inkluderede i klinikken.

Når alle borgerne har fået en eller flere kliniske målinger summeres værdierne inden for hhv. KOL, diabetes (Dia i tabel 7) og hjerteinsufficiens (Hi i tabel 7) og værdierne deles med den samlede værdi, der kunne være opnået (summen af alle mulige værdier).

Dette kan vises med et eksempel som i tabel 7, hvor de fem patienter, der er beregnet tyngde på i tabel 5, er målt i 4 uger.

De er karakteriseret ved et sygdomsmønster som angivet i tabel 6.

**Tabel 6. Kroniske sygdomme hos 5 borgere**

	KOL	Diabetes	Hjerteinsufficiens
<b>Borger 1</b>	X	X	
<b>Borger 2</b>	X	X	X
<b>Borger 3</b>	X	X	X
<b>Borger 4</b>	X		
<b>Borger 5</b>	X		X

Borger 1 har både KOL og diabetes, mens borger 2 har alle tre sygdomme osv. Hver gang der er målt en værdi, der ligger inden for de nævnte værdier for de pågældende sygdomme, tildeles et antal point i tabel 5, der svarer til borgerens tyngde.

I den første uge er det således lykkedes at få målinger inden for intervallerne for alle borgerne og deres forskellige sygdomme. I uge 2 er borger 1's og 3's diabetesmålinger faldet uden for intervallerne, mens borger 2 også er faldet uden for i den måling, der vedrører hjerteinsufficiens. Alle de målinger der er indikerer, at borgeren ikke er stabil, er markeret med gult i den del af tabellen, der indeholder de "point" der kunne være opnået.

Som det fremgår, er summen af de "point" der blev nået 41,2 mens der i alt kunne være samlet 53,2. Det betyder, at målopfyldelsen kan beregnes til 77,4 pct.  $((41,2/53,2) * 100)$ .

Den samme metode kan anvendes ved beregningen af, om der er leveret en ydelse af værdi i opretholdelse af borgernes velbefindende i stedet for den simple opgørelse af procentandelen af "nej"-svar i PRO-spørgsmålene.

I begge tilfælde kan det overvejes, om der skal tages hensyn til at borgerne kan have forskellig adfærd ved selvmonitorering. For at systemet kan fungere, er det væsentlig, at de motiveres til at foretage målingerne af egen sundhedstilstand. I det omfang, at det ikke sker, vil det medføre en forringet mulighed for at give den rette vejledning og behandling. Det vil derfor have en negativ effekt på værdien af at være tilknyttet klyngeklinikken, hvis målingerne udebliver.

Antallet af patienter, der ikke måler sig selv kan således trække ned i målopfyldelsen. Den relative andel, der ikke har målt sig i den sidste måned kan derfor beregnes og den procentvise andel kan fratrækkes den ovennævnte procentandel, der har nået de anbefalede mål.

På den anden side skal det noteres, at målinger kan have en negativ indflydelse på borgerne, der hver gang bliver mindet om den sygdom, de ikke ønsker at blive identificeret med.

I PreCare-projektet blev det eksempelvis anvendt tid på at finde ud af om skulle være målestrategier, der i mindre grad beror på daglige målinger, men afhænger af borgerens tilstand og behovet for opfølgning.

Dermed kan der samtidig sættes spørgsmålstejn ved om målehyppigheden skal inddrages i finansieringsmodellen. I nærværende beregninger er den med, men kan undlades.

### Ad 3: Aktivitet

Et af de centrale elementer i PreCareKlinikkens tilbud er som nævnt, at den er til rådighed 24/7, og at der skal være kontakt med sygeplejen på klinikens Respons- og Koordinationscenter inden for kort tid, hvis en af målingerne fra den selvmonitorering, som borgerne foretager ender i en "rød" eller tre på hinanden følgende gule markering(er).

Målopfyldelsen af værdi for borgerne kan således beregnes som den procentandel, hvor det er sket inden for den aftalte tid.

**Tabel 7. Beregning af vægtede kvalitetsresultater**

	Tyngde	Måling i uge 1			Måling i uge 2			Måling i uge 3			Måling i uge 4		
<b>"Point" der blev opnået</b>													
		KOL	Dia	HI	KOL	Dia	HI	KOL	Dia	HI	KOL	Dia	HI
Borger 1	0,7	0,7	0,7		0,7	0		0,7	0,7		0,7	0	
Borger 2	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	0	1,4	1,4	0	1,4	0	0
Borger 3	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0
Borger 4	0,2	0,2			0,2			0			0,2		
Borger 5	0,6	0,6		0,6	0		0,6	0,6		0,6	0,6		0,6
<b>"Point" der kunne være nået</b>													
		KOL	Dia	HI	KOL	Dia	HI	KOL	Dia	HI	KOL	Dia	HI
Borger 1	0,7	0,7	0,7		0,7	0,7		0,7	0,7		0,7	0,7	
Borger 2	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Borger 3	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Borger 4	0,2	0,2			0,2			0,2			0,2		
Borger 5	0,6	0,6		0,6	0,6		0,6	0,6		0,6	0,6		0,6
<b>Opnåelse af point som følge af sikring af ønskede resultater (målinger inden for de ønskede intervaller)</b>													
		41,2											
<b>Antal mulige opnåelige point</b>													
		53,2											
<b>Procentvis opnåelse af målene (opnåede point/mulige antal point)</b>													
		77,4											

### **Aftalt målopfyldelse**

Uanset om der er tale om opgørelser på de beskrevne områder for PRO, kliniske målinger eller aktivitet vil det være bedst at stræbe mod, at målopfyldelsen bliver 100 pct. på alle områder. Det vil dog være et urealistisk krav i beregningerne af, om klyngeklivnikken gør det godt og handler på en måde, der er af værdi for borgerne.

Der kan være udefrakommende faktorer, der påvirker resultaterne. Det kan være "falske" forekomster i målingerne. En registreret øget hoste i KOL-indberetningerne kan skyldes en forkølelse og ikke nødvendigvis en forværring af sygdommen. Et fald i lungefunktionen kan være et resultat af, at borgeren er kommet til at bruge den udleverede device forkert og som nævnt kan der være særlige aftaler om kontakt mellem borgerne og klinikken ved røde og gule målinger. Det vil påvirke opgørelsen af målopfyldelsen for klinikens aktivitetsmål.

Ved en værdibaserede finansiering kan der derfor aftales, at målingerne skal ligge inden for de ønskede værdier for de tre områder for hhv.:

PRO	80 pct.
Kliniske målinger	90 pct.
Aktivitet	90 pct.

Målet anses beregningsmæssigt for at være nået på tilfredsstillende vis for de tre kategorier, hvis de ligger inden for de aftalte procentsatser.

Er det derfor eksempelvis kun i 40 pct. af tilfældene, at PRO-målingerne viser det ønske resultat, vil målopfyldelsen være 0,5. (40 pct. er halvdelen af de 80 pct. som er det tilfredsstillende niveau). Tilsvarende bliver målopfyldelsen også 0,5 for de kliniske målinger, hvis 45 pct. af målingerne ligger inden for de ønskede kliniske grænser osv.

Det skal ligeledes aftales, om de tre målinger har lige stor betydning for borgerne i beregningen af den værdi, som klyngeklivnikken skaber for vedkommende. Betragtes de som ligeværdige vil de indgå med samme vægt – 1/3 – i beregningen af størrelsen af den værdibaserede finansiering.

### **Et beregningseksempel**

Uanset hvilken model der vælges er det – ud over klinikernes og det øvrige sundhedspersonale samt administratorernes inddragelse i processen – vigtigt, at modellen bliver så enkel og transparent som muligt uden unødigt bureaukrati.

Eksempelvis kan opgørelsen af betalingsstrømmene foretages en gang om måneden med henblik på, at betalingen i princippet kan findes sted den 1. bankdag i måneden efter beregningsmånedens udløb efter samme principper som den nuværende kommunale medfinansiering, hvor afregningen sker automatisk uden manuel indblanding. Altså således, at januar måned afregnes den 1. marts osv.

Samtidig er det afgørende, at de ansvarlige for de enkelte borgere får de detaljerede oplysninger om, hvad der ligger til grund for beregningerne for, at de har mulighed for at korrigere deres adfærd, hvis forløbet ikke har været som forventet.

En genetablering af de daglige opdateringer af sygehusenes aktivitet, som blev stillet til rådighed for sygehusejerne ved implementeringen af den aktivitetsbaserede afregning i 2002, kan overvejes.



I PreCare-projektet blev der etableret et skyggeregnskab for PreCareKlinikken. Det blev forudsat, at klinikken skulle have månedlige 12-dels beløb til dækningen af de budgetterede årlige driftsudgifter – minus 2,5 pct. fra forbedret produktivitet. Denne besparelse – og mere til – kunne hentes ind gennem den værdibaserede afregning.

I skyggeregnskabet indførtes et loft på ekstra indtjening på 5 pct. af PreCareKlinikkens driftsbudget uden 2,5 pct.'s besparelsen. Det samlede beløb, der således var på spil i den værdibaserede afregningsmodel, var derfor 7,5 pct. af budgettet.

I modellen blev klinikken derfor i udgangspunktet tilført de faktiske årlige budgetterede udgifter (som sættes til sidste års regnskab minus 2,5 pct.). Det tal blev delt i månedlige 12-dele som grundbevilling.

Den værdibaserede andel blev beregnet med udgangspunkt i en vejlet sum af målopfyldelserne for PRO-målet, de kliniske mål og aktivitetsmålet, som nævnt ovenfor.

Har målopfyldelsen for de tre værdistørrelser i en måned været hhv. 1, 0,6 og 0,8 blev det vægtede gennemsnittet 0,8. Dette tal blev herefter ganget med 7,5 pct. af de årlige budgetterede udgifter og divideret med 12.

Resultatet udgjorde herefter PreCareKlinikkens værdibaserede andel for den pågældende måned.

De midler, der ikke kommer til udbetaling i den pågældende måned, bliver liggende i den samlede finansieringspulje – i SundhedsBanken. Ved årets udgang kan eventuelle resterende midler fordeles mellem kommunen og regionen i et forhold, der svarer til deres bidrag til finansieringspuljen, hvis midlerne i Banken kommer fra dem – ellers staten.

Viser det sig, at det samlede forbrug i klyngeklinikken overstiger det budgetterede fordeles derforbruget mellem kommunen og regionen i samme forhold som ved indbetalingen til finansieringspuljen – eller staten med krav om senere tilbagebetaling fra klinikken.

Den skitserede model er blot et eksempel på, hvorledes en værdibaseret finansiering kan indrettes. Alternativt kan den udformes uden et produktivitets på 2,5 pct., midlerne til den nuværende nærhedsfinansiering kan tilgå SundhedsBanken som alternativ til statslig, kommunale og/eller regional finansiering, der kan stilles krav om budgetneutralitet, således at klinikken eller tilsvarende ikke kan oppebære en indtjening, der overstiger en fast ramme osv. Muligheder for variationer i modellen er mangfoldige.

#### *Fastlæggelsen af PreCareKlinikkens værdibaserede finansiering*

For perioden januar – juni 2022 blev ovenstående model anvendt på de registreringer, som tilgik PreCareKlinikken i den pågældende periode for at vurdere, om modellen kunne virke i praksis.

Beregningerne er gengivet som eksempler på mulige oversigtstabeller.

De blev opgjort måned for måned, som angivet i modellen med udgangspunkt i det varierende antal borgere, som var tilknyttet klinikken i de pågældende måneder.

Ved indgangen til året blev der budgetteret med, at klinikken ville have 200 inkluderede borgere med et forventet budget på 4.094.000 kr. baseret på regnskabsoplysningerne for 2021.

Idet modellen indeholdt en forudsætning om, at der kunne leveres en produktivitetsstigning på 2,5 pct. vil klinikkens månedlige grundbevilling være:

$(4.094.000 \text{ kr.} * 0,975)/12 = 332.638 \text{ kr.}$

Som tidligere anført kunne de 2,5 pct. hentes hjem igen sammen med en mulig ekstrabevilling på 5 pct. af det forventede budget gennem den værdibaserede finansiering baseret på registreringerne og beregning af klinikkens resultater på PRO, kliniske målinger og aktivitet.

Ved fuld målopfyldelse (den vægtede sum af resultatet på de tre områder er 1) vil klinikkens mulige værdibaserede finansiering hver måned vil være:

$(4.094.000 \text{ kr.} * 0,075)/12 = 25.588 \text{ kr.}$

Med dette udgangspunkt blev målopfyldelsen i første halvår 2022 opgjort. Beregningerne blev gennemført separat for hver af de tre områder, der måles på i modellen.

For PRO-målingerne var det et spørgsmål om at finde den andel af de inkluderede borgere, der markerer en begrænset reduktion i deres velbefindende, jf. ovenstående beskrivelse og kommentarer til tabel 2 og 3. Resultatet af opgørelsen er gengivet i tabel 8.

**Tabel 8. Målopfyldelse for PRO – målinger af værdi for borgerne 1. halvår 2022**

		Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni
<b>Borgere med KOL</b>							
A	Antal inkluderede borgere med begrænset reduktion i velvære	133	128	119	127	121	116
B	Antal inkluderede borgere	174	174	173	181	183	182
(A/B)*100	Målopfyldelse i pct.	76,4	73,6	68,8	70,2	66,1	63,7
<b>Borgere med hjerteinsufficiens</b>							
C	Antal inkluderede borgere med begrænset reduktion i velvære	18	16	17	15	18	18
D	Antal inkluderede borgere	19	17	17	16	22	26
(C/D)*100	Målopfyldelse i pct.	94,7	94,1	100,0	93,8	81,8	69,2
((A+C)/(B+D))*100	Samlet PRO målopfyldelse i pct.	78,2	75,4	71,6	72,1	67,8	64,4

Målopfyldelsen for de kliniske målinger relaterer sig til, om de målte værdier falder inden for de ønskede grænser, som et udtryk for at de inkluderedes sygdom er blevet stabiliseret. Resultatet er gengivet i tabel 9.

Dette resultat justeres imidlertid som tidligere nævnt, efter andelen af borgere, der ikke målte sig, idet de manglende målinger gør det vanskeligt for klinikken at være proaktive. Det er derfor vigtigt at holde motivationen til selv-monitorering for de inkluderede høj. Når det ikke sker, er dette modeksempel indrettet på en sådan måde, at den relative andel af de inkluderede borgere, der ikke har målt sig i den sidste måned, fratrækkes den ovennævnte procentandel, der har nået de anbefalede kliniske mål.

**Tabel 9. Målopfyldelsen for kliniske målinger i 1. halvår 2022**

		Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni
<b>Borgere med KOL</b>							
A	Opnåede point	462,8	373,8	348,7	393,9	476,6	349,2
B	Mulige point	742,3	569,1	571,9	599,1	749,6	600,3
(A/B)*100	Målopfyldelse i pct.	62,3	65,7	61,0	65,7	63,6	58,2
<b>Borgere med hjerteinsufficiens</b>							
C	Opnåede point	94,1	68,4	57,2	56,8	73,9	92,3
D	Mulige point	94,7	68,4	58,7	56,8	73,9	92,9
(C/D)*100	Målopfyldelsesprocent	99,4	100,0	97,5	100,0	100,0	99,4
((A+C)/ (B+D))*100	Samlet målopfyldelse for kliniske målinger i pct.	66,5	69,4	64,4	68,7	66,9	63,7

Som nævnt ovenfor kan der være argumenter for at undlade at medtage denne korrektion, idet nogle borgere ikke ønsker, at blive mindet om deres sygdom hele tiden. Hertil kommer, at borgere med et mildt sygdomsforløb ikke nødvendigvis mener, at det giver mening af måle sig og endelig kan patienterne have aftalt med sygeplejerskerne at måle sig i mindre omfang. Ved en eventuel konkret anvendelse af modellen skal disse forhold vejes mod hinanden.

I nærværende beregninger er det som omtalt valgt at medtage korrektionen for borgere, der ikke måler sig og den procentandel, der skal trækkes fra er vist i tabel 10 og 11.

**Tabel 10. Andel af inkluderede borgere i PreCareKlinikken, der måler sig**

		Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni
<b>Borgere med KOL</b>							
A	Antal inkluderede borgere der måler sig	162	166	164	173	174	172
B	Antal inkluderede borgere	174	174	173	181	183	182
(A/B)*100	Målopfyldelse i pct.	93,1	95,4	94,8	95,6	95,1	94,5
<b>Borgere med hjerteinsufficiens</b>							
C	Antal inkluderede borgere der måler sig	18	17	17	15	21	26
D	Antal inkluderede borgere	19	17	17	16	22	26
(C/D)*100	Målopfyldelse i pct.	94,7	100,0	100,0	93,8	95,5	100,0
((A+C)/ (B+D))*100	Samlet andel af borgere der måler sig	93,3	95,8	95,3	95,4	95,1	95,2

Dermed er den andel, der ikke måler sig også givet, idet den samlede andel af borgere, der måler sig fra tabel 10 blot skal trækkes fra 100. Det giver den andel, der er gengivet i tabel 11.

**Tabel 11. Andel af inkluderede borgere i PreCareKlinikken, der ikke måler sig**

	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni
Samlet andel af borgere der ikke måler sig i pct.	6,7	4,2	4,7	4,6	4,9	4,8

Når denne procentandel fratrækkes den samlede målopfyldelse for de kliniske mål bliver den korrigerede målopfyldelse som i tabel 12.

**Tabel 12. Den korrigerede målopfyldelse for kliniske målinger**

	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni
Samlet målopfyldelse for kliniske målinger i pct.	66,5	69,4	64,4	68,7	66,9	63,7
Samlet andel af borgere der ikke måler sig i pct.	6,7	4,2	4,7	4,6	4,9	4,8
Korrigeret målopfyldelse for kliniske målinger i pct.	59,8	65,2	59,6	64,1	62,0	58,9

Endelige beregnes målopfyldelsen for aktiviteten, som andelen af røde eller tre på hinanden følgende gule målinger, der blev besvaret inden for 120 minutter på grundlag af PreCareKlinikens patientjournal. Resultatet af denne beregning er gengivet i tabel 13.

**Tabel 13. Andel af røde og gule målinger, der er besvaret inden for 120 minutter**

	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni
Andel af målinger, der besvares inden for tidsrammen i pct.	84,0	66,9	83,8	84,3	82,0	84,8

De opnåede resultater for hhv. PRO, kliniske målinger og aktivitet sammenholdes herefter med de ønskede målopfyldelse på 80, 90 og 90 som nævnt ovenfor, og de faktiske resultaters relative andel af det ønskede beregnes (eksempelvis er PRO resultatet 78,2 lig med 0,98 af det ønskede osv.) for januar og vejes sammen med 1/3 for hver, idet det som nævnt ovenfor antages, at de er lige vigtige. Det er gjort i tabel 14.

**Tabel 14. Områdets målopfyldelse og sammenvejede målopfyldelse**

	Ønskede målopfyldelse	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni
Samlet PRO målopfyldelse i pct.	80	78,2	75,4	71,6	72,1	67,8	64,4
Korrigeret målopfyldelse for kliniske målinger i pct.	90	59,8	65,2	59,6	64,1	62,0	58,9
Andel af målinger, der besvares inden for tidsrammen i pct.	90	84,0	66,9	83,8	84,3	82,0	84,8
<b>De faktiske målinger i forhold til det ønskede</b>							
PRO		0,98	0,94	0,89	0,90	0,85	0,81
Kliniske mål		0,66	0,72	0,66	0,71	0,69	0,65
Aktivitet		0,93	0,74	0,93	0,94	0,91	0,94
Sammenvejede målopfyldelse		0,86	0,80	0,83	0,85	0,82	0,80

Den sammenvejede målopfyldelse er udtryk for den andel af den værdibaserede pulje som klinikken optjener i de pågældende måneder som værdibaseret finansiering.

Som nævnt ovenfor er PreCareKlinikkens grundbevilling 332.638 kr. hver måned, mens den værdibaserede del er 25.588 kr. hvis den sammenvejede målopfyldelse er 1. Når den er 0,86 i januar, jf. tabel 14, bliver den værdibaserede del 25.588 kr. \* 0,86 = 22.006 kr.

Med udgangspunkt i de resultater, som er angivet i tabel 14, bliver klinikken finansiering for de første 6 måneder i 2022 derfor som angivet i tabel 15.

**Tabel 15. PreCareKlinikken samlede finansiering i kr., 1. halvår 2022**

	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni
<b>Værdibaseret finansiering</b>	22.006	20.470	21.238	21.750	20.982	20.470
<b>Grundbevilling</b>	332.638	332.638	332.638	332.638	332.638	332.638
<b>Samlede finansiering</b>	354.644	353.108	353.876	354.388	353.620	353.108

Som det fremgår er det således muligt at synliggøre og indarbejde en værdibaseret finansieringsmodel i afregningen af PreCareKlinikkens aktiviteter.

Denne model kan generaliseres til en model, der vedrører det samlede sundhedsvæsen med kommunale og regionale sundhedsinitiativer eller i forbindelse med regionernes og sygehuse-nes afregningsmodeller.