

Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet



FOKUS (FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service) er et initiativ, som skal styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i amter og kommuner.

Parterne bag FOKUS er:

- ◆ KL
- ◆ Amtsrådsforeningen
- ◆ DSI – Institut for Sundhedsvæsen
- ◆ akf – amternes og kommunernes forskningsinstitut
- ◆ Frederiksberg Kommune
- ◆ Københavns Kommune
- ◆ KTO – Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte
- ◆ Kommunaldirektørkredsen
- ◆ Amtsdirektørkredsen

FOKUS arrangerer jævnligt gåhjemmøder og andre aktiviteter om kvalitetsudvikling i amter og kommuner. Denne pjece indeholder synspunkter og budskaber fra FOKUS' gåhjemmøde den 23. maj og den 2. juni 2005

FOKUS støtter udarbejdelsen af pjecerne gennem en bevilling fra Det Kommunale Momsfond. De synspunkter, der bliver fremsat i denne pjece, deles ikke nødvendigvis af alle parterne bag FOKUS

Redaktion af pjecen: Helle Glæsner, FOKUS-sekretariatet.

Grafisk tilrettelægning: Sisterbrandt designstue

Forord

Strukturreformens omlægning af opgaverne på sundhedsområdet har ikke alene betydet en flytning af enkelte opgaver fra amtsligt til kommunalt regi. Også i forhold til de opgaver, som fremover skal varetages af regionerne, vil kommunerne være inddraget i kraft af en kommunal medfinansiering af sundhedsydelserne.

En lignende medfinansieringsmodel er ikke afprøvet andre steder i verden, og Danmark betræder derfor helt ny og ukendt jord. Meningerne om modellens holdbarhed er da også særdeles delte.

Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet har omtalt modellen som et eksperiment, der svarer til at skifte hjul, mens bilen kører. Han er enig i, at det er væsentligt, at kommunerne fremover inddrages på sundhedsområdet, men mener ikke, at der er meget, der taler for modellens effektivitet. Der er heller ikke meget, der tyder på, at incitamenterne i modellen vil virke på kommunerne. Der er ganske enkelt kun få eksempler på områder, hvor kommunerne reelt har mulighed for at komme med et fagligt ligestillet tilbud inden for det økonomiske incitament, der gives.

Jan Olsen, KL mener derimod, at modellen giver et betydeligt øget incitament til en kommunal indsats, som kan sikre både forebyggelse og en forsvarlig varetagelse af opgaverne på området i fremtiden. Det er blot vigtigt at se regnestykket i en større sammenhæng.

Thomas Pallesen, Aarhus Universitet sætter perspektiv på diskussionen med spørgsmålet om, hvorvidt økonomiske incitament overhovedet spiller en rolle, eller om vælgerne store interesse for området ikke under alle omstændigheder ville drive en større kommunal indsats frem, hvis rammerne var til det.

På FOKUS' gåhjemmøder den 23. maj i København og den 2. juni i Århus blev det debatteret, om den kommunale medfinansieringsmodel er det rette virkemiddel til at sikre den bedst mulige sundhedsmæssige indsats for borgerne i fremtiden. På mødet præsenterede Kjeld Møller Pedersen sine analyser af medfinansieringsmodellen, mens Jan Olsen og Thomas Pallesen gav svar på Kjeld Møller Pedersens kritik og kom med deres synspunkter og overvejelser om mulighederne i modellen. Denne dokumentationspjece indeholder artikler baseret på de tre oplægsholderes bidrag til debatten ved de to gåhjemmøder.

God fornøjelse!

Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet

– en kritisk analyse af det økonomiske incitament

Af Professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet

Strukturreformen betyder store ændringer på sundhedsområdet. Næst efter dannelsen af de fem regioner er den største ændring de nye økonomiske mekanismer. I stedet for amtsskatten skal staten opkræve et sundhedsbidrag, der fordeles til regioner og kommuner som bloktilskud. 20% af det offentlige sundhedsbudget for sygehuse og sygesikringen skal fremover kanaliseres via kommunerne under overskriften kommunal medfinansiering.

Den kommunale medfinansiering har to komponenter;

- et grundbidrag på kr. 1.000-1.500 pr. indbygger i kommunen
- betaling fra kommunen til regionen hver gang en borger indlægges på sygehus, modtager ambulant sygehusbehandling, konsulterer en praktiserende almen- eller speciallæge osv.

TABEL 1. DE FORESLÅEDE TAKSTER FOR KOMMUNAL MEDFINANSIERING

Ydelser/yder	Betaling fra bopælskommunen	Maksimumbeløb for bopælskommunen
Sygehusindlæggelser • somatik • psykiatri	30 % af DRG-taksten 60 % af sengedagstaksten	Kr. 4.000 Kr. 6.398 pr. indlæggelse
Færdigbehandlede patienter på sygehuse	Kr. 1.522 for patienter > 66 år Kr. 761 for patienter <67 år	Kr. 1.522 Kr. 761
Ambulant behandling på sygehus • somatik • psykiatri	30 % af DRG-taksten 30 % af besøgstaksten	Kr. 200 pr. besøg Ingen øvre grænse angivet/ikke p.t. fastsat
Genoptræning på sygehus	»Baseres på relativt få takster« Regionen betaler restfinansieringen	Endnu ikke fastsat
Alm. praktiserende læge	10 % af regionens udgifter til grundhonorarer, jf. overenskomsten	Ingen angivet. Skyldes (nok?), at det er 10 % på tværs af en række ydelser.
Specialpraktiserende læge	30 % af regionens udgifter til takster, jf. overenskomsten	Kr. 256 (af hensyn til ambulant behandling i sygehusvæsenet)
Tandlæge/kiropraktor/fysioterapeut/fodterapeut/psykolog	10 % af regionens udgifter til takster, jf. overenskomsten	Ingen angivet

Hovedvægten i det følgende er på den aktivitetsbaserede del af ordningen, som udgør halvdelen af den kommunale medfinansiering.

Den følgende kritiske analyse må ikke overskygge det forhold, at målet om øget kommunal involvering på sundhedsområdet er vigtigt. Spørgsmålet er imidlertid, om kommunal medfinansiering er det rigtige middel.

En nyskabelse

Modellen er en verdensnyhed – ingen andre lande har noget lignende. Det er naturligvis ikke i sig selv et argument mod modellen, men det burde på den anden side mane til eftertanke og ydmyghed. Modellen er heller ikke på noget tidspunkt blevet gennemanalyseret af fagprofessionelle eller belyst med data og foreliggende relevante undersøgelser.

Hvorfor kommunal medfinansiering?

I forligsteksten fra juni 2004¹⁾ er begrundelsen for kommunal medfinansiering klar. Her hedder det, at med et delvist betalingsansvar for egne borgeres behandling i sundhedsvæsenet får kommunerne en tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats. Derefter fokuseres der alene på sygehusindlæggelser. Der er ikke mange ord om primær forebyggelse.

Ved at kommunerne fx skal betale maksimalt kr. 4.000 pr. somatisk indlæggelse (se tabel 1), får de ifølge modellen et økonomisk incitament til at iværksætte foranstaltninger, der kan substituere regionale sygehusydelser. Hvis kommunerne kan gøre det for under kr. 4.000, beholder kommunerne differencen. Til eftertanke: en gennemsnitlig indlæggelse koster i dag kr. 25.000.

Hvis dette er fagligt og økonomisk muligt, er det en indlysende god idé. Det forekommer dog selvmodsigende, at ordningen omfatter alt, både ydelser, som kommunerne har en vis mulighed for at påvirke, og ydelser, som ikke kan påvirkes, fx fødsler og akutte blindtarmsbetændelser. Sådan har lovgiverne ønsket det uanset, at Strukturkommissionen gjorde opmærksom på, at en ordning kun burde omfatte ydelser, som kommunen reelt set har mulighed for at påvirke.

Formuleringerne i forligsteksten er senere neddæmpet, fx i kommentarerne til loven. Nu tales der om, at det også skal fremme samarbejde og i almindelighed skabe interesse for sundhedsområdet i kommunerne, bl.a. ved at studere regningerne fra regionen. Spørgsmålet er blot, hvad kommunerne skal forholde sig til (vel næppe relevansen af en

1) Indenrigs- og sundhedsministeriet: Aftale om strukturreform, juni 2004

indlæggelse, et besøg i ambulatoriet eller en borgers selvvisiterede konsultation hos en praktiserende læge?).

Forlader man argumentationen om reel substitution, dvs. at en øget kommunal indsats aflaster det regionale sundhedsvæsen, kan der let blive tale om en nettoudgift for kommunen, hvis den kommunale foranstaltning er dyrere end den alternative betaling til regionen. Hertil kommer, at den grundlæggende substitution i realiteten erstattes af en serviceudvidelse – og dermed en udvidelse af det samlede sundhedsbudget i og med, at det delvist er en ny ydelse, delvist fordi regionens kapacitet næppe nedbygges tilsvarende. Det er svært at finde belæg i forligsteksten for, at dette er hensigten med ordningen. I stedet har overskrifterne været »billigere og bedre« og »nærhed«.

Det anføres fra fx KL's side, at man skal se substitutionstanken i et langsigtet perspektiv – op til 10-15 år. Det er særdeles relevant at anlægge forskellige tidshorisonter. Typisk: kort sigt (0-2 år), mellem-langt sigt (3-5 år) og langt sigt (mere end 5 år).

På kort sigt er det ikke sandsynligt, at substitutionseffekten slår igennem – »der skal sås, før der kan høstes«. Derfor vil der i de første år helt sikkert være tale om en nettoforøgelse af sundhedsudgifterne. Der kan ske en substitution på mellemlangt sigt, ligesom det naturligvis ikke kan afvises, at det sker på langt sigt. Jo længere ude i fremtiden en effekt (muligvis) indfinder sig, jo lettere bliver betingelserne for ønsketænkning. Udfordringen bliver at sikre, at øget kommunal sundhedsaktivitet fører til substitution forstået som et mindre forbrug af regionale sundhedsydelser, og at det dokumenteres. Her bliver kommunernes nye forpligtelse til at kvalitetssikre deres sundhedsydelser ved hjælp af forskning selvsagt helt afgørende.

Tre hovedspørgsmål

Analytisk rejser den aktivitetsbaserede kommunale medfinansiering tre hovedspørgsmål:

Findes der eller kan der udvikles kommunale alternativer til regionale sundhedsydelser af mindst samme sundhedsmæssig standard? Dette er det sundhedsfaglige spørgsmål om substitution. Det er den logiske forudsætning for, at det er interessant at beskæftige sig med de to følgende spørgsmål.

Dernæst: kan det gøres billigere end på sygehusene og i praksissektoren? Og kan det ydermere gøres til mindre end 30 % af, hvad det koster regionen og reelt set meget mindre? Dette er spørgsmålet om

omkostningseffektiviteten af de kommunale alternativer. Spiller økonomiske incitamenter – og især størrelsen af dem – nogen reel rolle? Hvis der ikke kan svares bekræftende på spørgsmålene, og kommunerne alligevel opbygger nye tilbud, fører den aktivitetsbaserede kommunale medfinansiering til større kommunale og regionale sundhedsudgifter end i dag.

Det er centralt at skelne mellem to kommunale strategier for sundhedsarbejdet: en substitutionsstrategi, hvor regionale sundhedsydelser erstattes med en ny eller intensiveret kommunal indsats, eller en servicestrategi, hvor man tilsigtet eller utilsigtet udvider serviceniveauet. Grundideen bag den aktivitetsbestemte medfinansiering er substitution, ikke serviceudvidelse.

Tre regnestykker

Simple regnestykker kan ofte sætte ting i relief, skabe forståelse for kritiske antagelser og indføre et element af realisme i tænkningen. Følgende tre regnestykker belyser dele af de tre hovedspørgsmål.

Boks 1: Første regnestykke

Simpelt regnestykke

- 1. En gennemsnitskommune har ca. 200 indlæggelser pr. 1000 indbyggere pr. år.**
 - En kommune med 20.000 indbyggere har således 4.000 indlæggelser pr. år
 - En kommune med 50.000 indbyggere har 10.000 indlæggelser pr. år og
 - En kommune med 100.000 indbyggere har 20.000 indlæggelser pr. år
- 2. Hvor stor en procentdel kan realistisk set forebygges? (substitutions-relationen)**
 - Meget få forskningsresultater, jf. litteraturgennemgangen
 - Primært medicinske indlæggelser
 - Undersøgelse fra 2003 fra mellemstort sygehus: 2-5% kan muligvis flyttes/undgås
 - Dvs. man kan »forebygge« 80-200 indlæggelser i en kommune med 20.000 indbyggere, 200-500 i en kommune med 50.000 indbyggere og 400-1.000 i en kommune med 100.000 indbyggere
- 3. Ved indlæggelsestakst på kr. 4.000 (størrelsen af af det økonomiske incitament)**
 - En kommune m. 20.000 indbyggere kan *brutto* spare: 320.000-800.000 kr.
 - En kommune m. 50.000 indbyggere kan brutto spare: 800.000 – 2 mio. kr.
 - En kommune m. 100.000 indbyggere kan brutto spare: 1,6 – 4 mio. kr.

Beregnet for alle indlæggelser fra kommunen, ikke kun de medicinske, som er omtalt i punkt 2. Dvs. der benyttes de mest optimistiske antagelser.

FORTSÆTTES NÆSTE SIDE

4. Ikke meget at finansiere en øget kommunal sundhedsindsats med (nettoresultatet)

- Den lille kommune kan ikke engang finansiere en ekstra sygeplejerske ved mindsteeffekten
- Må hertil skelne mellem kort, mellemlangt og langt sigt
- Virkning slår tidligst igennem på mellemlangt sigt (3-5 år)
- **Prognose: kan samlet set let få forøget de samlede sundhedsudgifter**

I boks 1 ses det første regnestykke. Den helt centrale oplysning står i punkt 2, nemlig hvor meget man på baggrund af én af de få foreliggende videnskabelige danske undersøgelser realistisk kan forvente at flytte fra sygehusindlæggelse til (uspecificerede) kommunale alternativer, fx aflastningsstue, hvis det er en her og nuvirkning, der er central. Man ville se på patientskoler, hvis fokus var på virkninger på mellem-langt og langt sigt.

Substitutionspotentialer er på 2-5% af de medicinske indlæggelser på sygehuset. Dette er det maksimale substitutionspotentialer baseret på en vurdering af patienter, som allerede var indlagt. Videnskabelige undersøgelser viser, at det svært på forhånd at udpege »indlæggelsestruede« patienter som velegnede til et alternativ uden for sygehus, fx en akutstue.

Kombineres oplysningen om substitutionspotentialer med køns- og alderskorrigerede antal indlæggelser pr. 1.000 indbyggere (punkt 1 i boks 1) og den kommunale betaling pr. indlæggelse, kan man (punkt 3 i boks 1) se, hvor meget det samlet ville give i bruttobesparelse for tre kommunestørrelser, fra kr. 320.000 i den mindste kommune til 4 mio. kr. i den største. OG så er der endda regnet med, at der kan reduceres med 2-5% af alle indlæggelser, ikke blot de medicinske, dvs. en særdeles optimistisk beregning i lyset af foreliggende evidens.

Det næste regnestykke er baseret på foreliggende oplysninger om et netop åbnet sundhedscenter på Østerbro. Der er mange positive sundhedsfaglige aspekter ved centret, men her fokuseres alene på økonomien.

Sundhedscenter for kroniske patienter, Østerbro, Københavns Kommune, åbnet april 2005

1. Budget på 3,5 mio. kr.
2. Der forventes ca. 1.500 patienter, henvist fra almen praksis og sygehus
3. En indlæggelsestakst på kr. 4.000 og en ambulanttakst på kr. 200, hvis den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering var trådt i kraft
4. For at få økonomisk neutralitet, dvs. centret finansieres alene ved besparelser på den kommunale betaling og dermed uden kommunale ekstraudgifter, skal der spares
 - enten 875 indlæggelser
 - eller 17.500 ambulante besøg.
5. Der forventes ca. 1.500 patienter i centret
 - dvs. pr. patient skal der spares 0,58 indlæggelse eller 11,7 ambulatoriebesøg pr. patient.
6. Forekommer ikke videre sandsynligt, hvortil kommer, at
 - centret ikke er døgnåbent og ikke har åbent i weekenderne, hvilket betyder, at akutte indlæggelser og akutte behov i lukningstimerne ikke kan afhjælpes.

Samlet peger disse simple beregninger på, at driften af centret vil føre til flere udgifter for kommunen end, hvad der kan spares ved mindre betaling til regionen. Det kan ganske vist hævdes, at der kan være andre besparelser, som ikke er medregnet. Således har fx sygedagpenge været nævnt. Et øjeblikks refleksion over målgruppens aldersprofil vil dog stort set fjerne dette argument.

Det er vigtigt ikke at drage forkerte konklusioner ud fra disse to regnestykker. Det kunne fx være fristende at sige: jamen, så skal den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering blot hæves, fx fra kr. 4.000 pr. indlæggelse til kr. 8.000. Det grundlæggende spørgsmål er imidlertid, om der findes reelle faglige og ligeværdige substitutionsmuligheder. Hvis de ikke findes, hjælper det jo ikke at hæve betalingen for at få regnestykket til at se positivt ud. Uanset incitament kan kommunerne næppe lave kommunale fødestuer, klare akutte indlæggelser på grund af hjerneblødning osv. Hertil kommer et andet centralt spørgsmål: det bliver afgørende, om de praktiserende læger vil visitere til disse tilbud frem for et sygehus tilbud. Kommunerne kan nemlig ikke selv visitere patienterne.

Det tredje illustrative regnestykke drejer sig om, hvordan sygehusene vil reagere. Der er to spørgsmål: 1. Kan sygehusene i givet fald tilpasse deres omkostningsstruktur og aktivitet? 2. Hvordan påvirkes deres incitament til en samfundsmæssig hensigtsmæssig adfærd? Det sidste belyses i det næste regnestykke.

Boks 3: Tredje regnestykke

Økonomiske incitament er tveæggede

- En afdeling ønsker at indføre hospital at home, (udgående behandling), fx for KOL-patienter (kronisk obstruktiv lungelidelse, »rygelunger«)
- MEN hvordan vil sygehusledelsen vurdere forslaget:
 - Sygehuset *betaler* for hospital-at-home (udgående aktiviteter)
 - HVIS antal indlæggelser falder
 - Sygehuset *mister* kr. 4.000 pr. indlæggelse i kom. betaling
 - OG sygehuset *mister* yderligere en del af DRG-betalingen
- Sygehusledelsens svar: »*ren tilsætning – desværre*« (sygehusøkonomisk)
- Kassetænkning: JA – men det er skabt af den nye incitamentsstruktur
 - Under den *nuværende ordning* kunne udgående aktiviteter være en økonomisk *nettofordel* for sygehuset. Tvivlsomt under ny ordning.

Udgangspunktet i eksemplet er de perspektivrige forsøg med udgående aktiviteter fra sygehusene, dvs. behandling/genoptræning i patienternes eget hjem (>hospital-at-home«). Hvis der – lige så stereotyp og købmandsagtigt som for kommunernes vedkommende – er tale om, at sygehusene reagerer på økonomiske incitament, vil de sandsynligvis afstå fra selv at iværksætte udgående aktiviteter, uanset det i øvrigt ønskværdige heri.

Jamen, vil det blive indvendt: der skal samarbejdes, man skal udvise samfundsøkonomisk tænkning osv. Det er alt sammen rigtigt, men hvis de sparsomme tanker bag nyordningen skal tages for pålydende, vil det netop ikke blive tilfældet, og hvorfor skulle sygehusenes adfærd være anderledes end den, man ønsker, kommunerne skal udvise? Ønsker man samarbejde, skal der findes en anden økonomisk ordning, fx sådan som det kendes fra flere af dagens samarbejdsmodeller mellem amter og kommuner.

Er der substitutionsmuligheder?

Det er i den videnskabelige litteratur, man finder svar på, om der findes faglige substitutionsmuligheder. Hovedresultatet af en litteraturgen-nemgang viser, at der ikke er mange overbevisende eksempler, men de findes dog. En del af forklaringen er utvivlsomt, at der ikke findes megen forskning på området.

Virker økonomiske incitamenter?

Det har været fremhævet i debatten, at betalingsordningerne for fær-digbehandlede patienter på sygehusene dokumenterer effektiviteten af økonomiske incitamenter. Hertil kan bemærkes tre ting. For det første, at amter, der i stedet har benyttet aftale- og samarbejdsmodel-ler, har haft lige så gode resultater. For det andet, at det ikke har fjernet problemet totalt, og endelig for det tredje drejer det sig ikke om at forebygge indlæggelse. Indlæggelsen har fundet sted, og det er alene et spørgsmål om at nedbringe liggetiden.

Hertil kommer, at man (tilsyneladende) ikke har overvejet alternativer til betalingsordningen, fx samarbejdsmodeller kombineret med forplig-tende aftaler om økonomi, sådan som der allerede findes mulighed for omkring akutstuer. Inden for disse aftalers rammer findes eksempler på, at det økonomiske incitament for kommunen er større end under forslaget om kommunal medfinansiering. Det centrale i eksemplet er a) det aftalebaserede samarbejde, b) rettet mod et konkret område, man begrundet mener, kan føre til substitution og c) aftale om økonomien fra sag til sag. Et par andre gode eksempler på samarbejde og økono-miaftale fra sag til sag findes i Århus Amts ældreftaler med kom-munerne og fx Sund By-initiativerne i Nordjyllands Amt.

Sammenfatning

Den aktivitetsbaserede kommunale medfinansiering, AKM, hviler på en sandgrund såvel teoretisk som empirisk. Det bedste råd er at forlade ideen. Den vil ikke føre til målet om en fokuseret kommunal forebyg-gende og sundhedsfremmende indsats, der effektivt erstatter regionale sundhedsydelser med kommunale tilbud. AKM vil skabe bureaukrati, øget kassetænkning og frustration. Endvidere er der et betydeligt ind-bygget potentiale for samlet vækst i sundhedsudgifterne.

Der skydes med spredehagl, hvor der i stedet skulle skydes med riffel med kikkertsigte. Alle typer af sundhedsydelser er omfattet af AKM, uanset om kommunen har en reel mulighed for at påvirke omfanget af

de regionale sundhedsydelser. Det vil skabe frustration over, at man i bedste fald er i stand til at påvirke relativt lidt, men alligevel skal betale for alt.

Kritikken af AKM er *ikke* en kritik af øget kommunal involvering, men en kritik af et helt forkert middel, hvor man samtidig i et vist omfang stikker kommunerne blå i øjnene. Realisme og professionalisme skal kendetegne den øgede kommunale indsats, ikke varm luft og ønsketænkning.

Alternativer

Hvordan kunne AKM, ændres? Fire muligheder præsenteres uden uddybende kommentarer.

- kun at lade AKM omfatte de områder, hvor man med rimelighed kan forvente, at en kommunal indsats vil gøre en forskel (»den modificerede AKM«). Et simpelt greb ville være alene at interessere sig for medicinske indlæggelser. Det hævdes fra KL's side, at en sådan ændring skulle føre til øgede administrationsomkostninger. Det er mere end svært at se, at det skulle være tilfældet.
- at afskaffe AKM og inden for rammerne af de obligatoriske sundhedsaftaler åbne op for aftaler om konkrete projekter, hvor der skal eller kan være kommunal og regional samfinansiering. Det ville svare til en videreudvikling af de muligheder som § 12 i den nuværende sygehuslov giver, og som der i et vist omfang også åbnes op for i lovudkastet, jf. tidligere omtale heraf (»aftalemodel-len«). Det kunne skærpes til en pligt til at indgå i konkrete projekter, hvor der aftales finansiering og en indbygget videnskabelig evaluering fra begyndelsen.
- at afskaffe AKM og indføre øremærkede tilskud til konkrete projekttemaer (»tilskudsmodellen«). Denne mulighed kunne udmærket ses i kombination med ét af de to foregående punkter.
- at afskaffe AKM og forlade sig på, at en lovmæssig forpligtelse er tilstrækkelig motivation (»lovgivning følges«).

Litteratur

Pedersen, Kjeld Møller: *Kommunal medfinansiering – en ide på sandgrund?* Syddansk Universitetsforlag, Odense 2005.

Rasmussen, J. H.; Gjørup, T.: »Kan indlæggelse på et sundhedscenter af akutte medicinske patienter erstatte indlæggelse på hospital?« *Ugeskrift for Læger*, 165, 4640-65.

Indenrigs- og sundhedsministeriet: »Aftale om strukturreform, juni 2004«

Kommunal medfinansiering

– vejen frem for kommunernes sundhedsindsats

Af cheføkonom Jan Olsen, KL

Prognoserne for sundhedsudgifternes udvikling i Danmark viser et stærkt udgiftspres som følge af den demografiske udvikling og flere livsstilssygdomme. Samtidig er der en udvikling i gang i retning af en stærkere specialisering og centralisering af sygehusene. Både blandt beslutningstagere og eksperter er der derfor bred enighed om, at der skal gøres noget for at udvikle langt flere forebyggende og opfølgende sundhedstilbud. Der er også bred enighed om, at der er brug for en indsats forankret i kommunerne – fordi det er kommunerne, der har den daglige kontakt med borgerne.

En sundere levevis skal i højere grad blive en del af hverdagen i daginstitutioner, skoler, fritidsaktiviteter og ældreplejen. Her kan der sættes målrettet ind med tiltag i forhold til kost, rygning, alkohol og motion.

I kommunerne kan der ligeledes etableres lokale sundhedstilbud, der kan aflaste det specialiserede sygehusvæsen ved at forebygge indlæggelsesforløb og understøtte efterfølgende pleje- og rehabiliteringsindsatser i eget hjem. Kommunerne vil kunne lave målrettede lokale tilbud til kronikere m.v., og ældreplejen vil kunne løse en række specialiserede plejeopgaver, der på nuværende tidspunkt løses af sygehusvæsenet.

Skal prognosernes kurver for befolkningens sundhed knækkes, og skal samfundet være rustet til at behandle den stigende gruppe af kronikere, er det nødvendigt allerede nu at påbegynde udbygningen af lokale tilbud. Ellers står vi om 10-15 år med et specialiseret sundhedsvæsen, som ikke kan løfte de forebyggende og plejende sundhedsopgaver, som der vil være behov for.

Kommunal forankring af sundhedsopgaverne

Regeringen har med sundhedsloven og loven om regionernes finansiering ønsket at fremme denne udvikling ved at indføre en kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet. Kommunerne skal fremover betale en takst til de nye regioner, hver gang en borger bliver indlagt, bliver behandlet ambulant eller får ydelser efter sygesikringen. Hermed bliver den enkelte kommune tilskyndet til at se nærmere på borgernes forbrug af sundhedsydelser.

Kommunerne får for det første en tilskyndelse til at udvikle tilbud, der kan træde i stedet for regionens tilbud. Det kan fx være en akutstue i tilknytning til et plejehjem, som ældre medicinske patienter kan visiteres til. For det andet får kommunerne en tilskyndelse til at tilbyde en lang række forebyggende ydelser, der kan medvirke til at forhindre, at borgerne overhovedet får behov for at skulle indlægges.

Man kan naturligvis spørge, om der ikke kan sikres en stærkere kommunal forankring af sundhedsopgaverne på anden vis end ved medfinansiering. En mulighed kunne være at lave en lov, der specificerer præcis, hvilke tilbud den enkelte kommune skal tilbyde. En sådan lov vil imidlertid ikke kunne tage hensyn til, at det konkrete behov for lokale sundhedsydelser kan være vidt forskelligt i forskellige dele af landet.

En anden mulighed er at lave en opgaveflytning fra amtet, hvilket man gør. Sundhedsloven betyder, at kommunerne overtager opgaver fra amtet vedrørende forebyggelse, genoptræning, specialiseret tandpleje og alkohol- og misbrugsbehandling. Imidlertid er mange af de lokale sundhedsopgaver opgaver, som det forventes, at kommunerne løser fremover. Opgaver, som slet ikke bliver løst i dag. Der skal derfor mere til end en opgaveflytning.

Samlet set er det derfor KL's vurdering, at kommunal medfinansiering er et godt bud på, hvordan man sikrer en stærk kommunal forankring af sundhedsopgaverne.

Får kommunerne et tilstrækkeligt incitament til at lave lokale tilbud?

Den nye sundhedslov er blevet kritiseret for, at den ikke giver kommunerne et tilstrækkeligt stort økonomisk incitament til at lave lokale sundhedstilbud. De 4.000 kr., som der maksimalt betales for en indlæggelse, er ganske enkelt for lavt, hævdes det.

Når beløbet ikke er højere, skyldes det bl.a. nervøsiteten for, at sundhedsudgifterne kommer til at blive en alt for tung post på de kommunale budgetter. Under alle omstændigheder er det kompliceret at opstille et regnestykke ud fra, hvornår det kan betale sig for kommuner at etablere lokale sundhedstilbud. Oprettelse af fx et kronikercenter, hvor borgere med diabetes og rygerlunger kan behandles lokalt, vil det skulle finansieres af besparelser i form af reducerede udgifter til medfinansiering af sundhedsydelser – vel at mærke både indlæggelser, genindlæggelser og ambulant behandling. Men centret skal ligeledes finansieres af besparelser andre steder i det kommunale system i form af bl.a.

sparede udgifter til sygedagpenge og udgifter til hjemmesygepleje og hjemmepleje.

Når der tales om forebyggelse, er det en vurderingssag, om man også vil medtage de sparede udgifter på mellemlangt og langt sigt. Disse vil under alle omstændigheder kun kunne gøres op med stor usikkerhed.

I denne diskussion er det værd at bemærke, at ikke alle lokale sundhedsydelser behøver at være omkostningstunge. Fx kan sundhedsfremme i daginstitutioner og skoler med fordel integreres i den daglige pædagogiske indsats og undervisning. Indførelsen af medfinansiering vil betyde, at debatten om forebyggelse og sundhedsfremme kommer på dagsordenen i de kommunale forvaltninger og institutioner. Her vil der blive skabt større bevidsthed om det samlede service- og behandlingsforløb, som borgerne modtager – med en vifte af forskellige indsatser til følge.

Skal medfinansieringen nødvendigvis gælde alle sundhedsydelser?

Ifølge loven skal kommunerne medfinansiere alle typer sundhedsydelser. En række kritikere af loven har anført, at man burde begrænse den kommunale medfinansiering til de områder, hvor kommunerne har en reel mulighed for at substituere ydelserne.

Der er ingen tvivl om, at begrundelserne for kommunal medfinansiering er stærkere, når det gælder områder, hvor kommunerne har mulighed for at etablere substituerende tilbud. Ved revision af loven vil det da også være hensigtsmæssigt at overveje, om der skal ske en begrænsning af de ydelser, der skal omfattes af medfinansieringen.

Fordelene ved at målrette medfinansieringen til områder med gode muligheder for substitution skal imidlertid holdes op imod ulemperne ved at gå væk fra den brede model. For det første er der en risiko for, at hvis kun visse områder er omfattet af kommunale tilskud, vil regionerne opprioritere områder med tilskud på bekostning af andre områder. For det andet kan det i praksis være vanskeligt præcist at afgrænse, hvilke ydelser som kommunerne kan påvirke. Fx skal kommunerne naturligvis ikke foretage amputationer, men kommunerne kan via en effektiv opsporing af diabetespatienter forhindre, at en række borgere vil skulle have foretaget amputationer. Endelig bør man ved udformning af finansieringssystemet også tage hensyn til, at det administrativt skal være så simpelt som muligt.

Vil der blive tale om et serviceløft på området?

Opgave- og strukturreformen er karakteriseret ved, at der samlet set ikke bliver tilført flere ressourcer, end der er i systemet i dag – dette gælder også for sundhedsområdet. Omvendt er intentionerne med reformen på sundhedsområdet, at kommunerne ikke blot skal overtage en række af amtets sundhedsopgaver, men også udvikle og forny disse med henblik på at forbedre den service, der leveres på området.

Kommunerne vil blive mødt med forventninger fra såvel landspolitikere som borgere om, at der sker et serviceløft på området. Dette kan kun lade sig gøre, hvis kommunerne via medfinansieringen kan frigive midler til nye tiltag – eller alternativt vælger at opprioritere sundhedsområdet på bekostning af andre områder.

Der kan være fare for, at kommunerne trods gode og effektive lokale tiltag alligevel ikke opnår besparelser via medfinansieringen. Det kan fx forekomme i kraft af en såkaldt gøgeungeeffekt, hvor andre borgere udfylder de senge, som blev sparet ved en lokal indsats. Eller det kan ske ved, at lokale tiltag ikke substituerer en indsats på sygehuset, men derimod udfylder nogle huller i systemet – dvs. giver et tilbud til en gruppe patienter, som hidtil slet ikke har haft noget tilbud.

En måde, kommunerne kan håndtere dette problem på, er at sikre sig forudgående enighed med regionen om, at eventuelle kommunale sundhedstilbud, som substituerer en sygehusbehandling, modsvares af, at regionen nedjusterer deres tilbud. Dette kan ske i regi af de sundhedsaftaler, som kommunerne fremover skal indgå med regionerne.

Nogle vil tænke, at kommunal medfinansiering er et omfattende eksperiment, som indebærer en stor økonomisk risiko for kommunerne. Eksperimenter er imidlertid ikke større end kommunerne gør det til. Udgifterne til medfinansiering er relativt forudsigelige fra år til år, og kommunale variationer kan for en stor del udjævnes via udligningsordningerne. Går kommunerne derfor gradvist frem i udbygningen af sundhedstilbud, er den økonomiske risiko begrænset.

KL råder kommunerne til økonomisk forsigtighed ved udbygningen af tilbud. Når kommunerne skal planlægge fremtidige tilbud, rådes de til at satse på tiltag, hvor der er en dokumenteret effekt, og hvor det forventes at frigøre midler i form af sparet medfinansiering. Der ligger en opgave for både KL og Sundhedsstyrelsen i at rådgive kommunerne om, hvad de med fordel kan kaste sig ud i – og hvad de skal holde sig fra.

KL råder også kommunerne til at være varsomme med at sætte projekter i gang, som indeholder høje faste driftsudgifter. Skal der etableres et sundhedscenter, bør det overvejes, om der skal være mursten, eller om der i stedet kan være tale om et virtuelt center. Skal der etableres sengepladser, bør dette ske i tilknytning til plejehjem eller lignende, hvor der i forvejen er et døgnberedskab.

Når dette er sagt, så tyder alt på, at der fra politisk side også fremover er bred opbakning til, at sundhedsområdet skal have høj opmærksomhed og prioritet – med øget vækst som følge. For KL bliver opgaven at sikre, at den fremtidige vækst på sundhedsområdet ikke kun tilfalder et mere og mere højteknologisk sygehusvæsen, men også den brede sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats.

Visioner og sikker drift

Mens opgave- og strukturen er under implementering, er alle bolde i spil, og anledningen er den bedst mulige for kommunerne til at tænke langsigtet og helhedsorienteret på sundhedsområdet. Kommunal medfinansiering er med til at sikre, at sundhedsområdet bliver forankret bredt i kommunens forvaltninger i den nye kommunale struktur.

Det er afgørende, at kommunerne i implementeringsfasen får formuleret nogle visioner for sundhedsområdet. KL anbefaler, at dette sker ved, at kommunerne vedtager en sundhedspolitik med tilknyttede klare mål, strategier, handlingsplaner og evalueringsprocedurer. Men visionerne behøver naturligvis ikke alle være ført ud i livet 1. januar 2007.

En sundhedspolitik kan medvirke til at holde politisk fokus, sikre ejerskab og systematik i et flerårigt udviklingsforløb og skabe sammenhæng på tværs af driftsområder. En sundhedspolitik bør indeholde en beskrivelse af, på hvilken måde kommunerne løfter sundhedsopgaven ved en sammenhængende vifte af lokale sundhedstilbud i lokalområdet.

Der vil fra 1. januar 2007 være meget fokus på, om kommunerne kan løfte den samlede opgave på sundhedsområdet. Hensynet til sikker drift vejer derfor tungt. Kommunerne skal være klar til at løse alle de opgaver på de lovpligtige områder, de overtager. Dette hensyn bør dog ikke afholde kommunen fra at have visioner for løsningen og udviklingen af sundhedsopgaverne.

Afslutning

Det er en helt ny mekanisme, som introduceres med reglerne om kommunal medfinansiering. Der vil derfor være behov for en tæt overvågning i form af analyser og evalueringer – og der vil uden tvivl være behov for justeringer, når systemet har kørt i noget tid. Det fremgår da også af lovbemærkningerne, at dette skal ske.

Kommunal medfinansiering vil formentlig ikke betyde store forandringer fra den ene dag til den anden. Der vil være tale om en gradvis udbygning af lokale sundhedstilbud – i det tempo, som kommunerne finder forsvarligt. For KL er der ingen tvivl om, at der med indførelsen af kommunal medfinansiering sættes en udvikling i gang, der er helt nødvendig for at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen.

Økonomiske incitamenter

– en væsentlig faktor eller ej?

Af Lektor Thomas Pallesen, Aarhus Universitet

Med den nye finansieringsreform på sundhedsområdet er der lagt op til, at kommunernes rolle på dette felt bliver styrket. Gættet er, at der givetvis også vil være betydeligt mere kommunal aktivitet på sundhedsområdet, når den kommunale medfinansiering er blevet en realitet. Der vil sikkert være mange kommuner, der har styrket deres indsats på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet, forbedret det kommunale genoptrænings- og rehabiliteringstilbud, og som har udvidet deres service på hjemmeplejeområdet med udgående team. Der vil sikkert også være flere somatiske og psykiatriske akutstuer i kommunalt regi uden for det egentlige sygehusvæsen, ligesom der nok også vil være kommuner, der har oprettet sundhedscentre og patientskoler.

Medfinansiering som incitament

Spørgsmålet er imidlertid, om den forventede øgede kommunale aktivitet på sundhedsområdet vil være en direkte følge af den kommunale medfinansiering af sundhedsudgifterne.

Den kommunale medfinansiering vil ganske givet blive et hyppigt anvendt argument i den kommunale beslutningsproces for at udvide servicen på dette område. Der vil sikkert blive stillet mange regnestykker op i de kommunale forvaltninger, der alle sammen vil vise, at det er en god forretning for kommunen at gøre dette eller hint på sundhedsområdet, da man så kan spare på bidraget til regionen. Mange af disse projekter vil givetvis også blive politisk vedtaget og ført ud i livet. Og hvis vi skal fortsætte gætterne, så vil det senere vise sig, at de fleste af regnestykkerne slet ikke holdt vand – hvis der ellers vil være nogen, der gider regne efter. For til den tid er tilbuddet etableret og i rutinemæssig drift. Der er mange klienter, der benytter det kommunale tilbud, og derimellem vil der sikkert være en del, som faldt igennem i det gamle system og ikke blev serviceret af hverken kommunen eller amtet.

Så vidt så godt. Der vil sandsynligvis eksistere flere tilbud til grupper, der har savnet et tilbud eller en valgmulighed. Det kommer nok til at koste lidt mere – de penge må så findes på andre områder, ved skattestigninger eller endnu bedre ved en udvidelse af det kommunale økonomiske råderum, som politikerne nok hen ad vejen skal overbevise hinanden om, at der er plads til.

Det er før set, at tilsvarende konstruktioner samlet set er blevet dyrere. Fx i den økonomiske svikmølle i den tidligere delte socialfinansiering, hvor kommunerne stablede et tilbud på benene for så blot senere at erfare, at amternes takster for de tilbageværende klienter blev hævet. Om ikke andet, så betød det, at næste gang, kommunen overvejede at lave et tilbud til deres egne borgere, så var regnestykket blevet endnu mere gunstigt.

Det er også før set, at etableringen af tilbud uden for sygehusvæsenet har fanget oversete klientgrupper, selvom det egentlig ikke var tanken med omlægningen. Fx var det logikken i etableringen i distriktpsychiatrien i 1980'erne, at de dyre indlæggelser skulle erstattes med et bedre og billigere ambulant tilbud til de psykiatriske patienter i deres nærmiljø. Det viste sig, at gruppen af neurotikere, der var blevet fortrængt fra de psykiatriske hospitaler, i vid udstrækning benyttede sig af det distriktpsychiatriiske tilbud tillige med nogle af de egentlige sindssyge, tilbuddet oprindeligt var tiltænkt, mens andre i den gruppe desværre faldt ud i forbindelse med omlægningen af det psykiatriske tilbud.

Alt i alt vil der sikkert komme øget kommunal aktivitet på sundhedsområdet, når den nye kommunale medfinansiering bliver indført. Om det så kan siges at være et resultat af reformens incitamentslogik er mere tvivlsomt. Givet er det, at kommunernes incitament til at intensivere indsatsen i den fremtidige finansieringskonstruktion er til at overse.

Spørgsmålet om incitamenternes styrke

Man kan på den baggrund rejse det spørgsmål, om vi ville få endnu mere kommunal aktivitet på sundhedsområdet, hvis kommunernes økonomiske incitament blev endnu stærkere. Det ville være i god overensstemmelse med gængs økonomisk teori og dansk administrativ ortodoksi. Problemet er imidlertid, at kommunerne ikke altid reagerer på økonomiske incitament i overensstemmelse med de hævdede teoretiske og administrative forestillinger. De bedste eksempler på det er kommunernes reaktion på omlægningerne af statens tilskud fra refusioner til bloktilskud, der fulgte i kølvandet på kommunalreformen. Først blev refusionerne afskaffet på vejområdet, dernæst på skolerne, bibliotekerne, ældreområdet og børnepasningen.

De kloge hoveder havde regnet med, at kommunerne ville blive mere påholdende, når de ikke længere fik refunderet en del af deres udgifter, uanset hvor mange penge de brugte. Det var derfor, Finansministeriet syntes, det var en rigtig god idé at afskaffe de automatiske refusioner af de kommunale udgifter. Af helt de samme grunde var sektormini-

sterierne og brugerorganisationerne indædte modstandere af at afskaffe de statslige refusioner. Det gik ikke helt, som de første havde håbet, og de sidste frygtet. Refusionsomlægningerne fik ingen udgiftsdæmpende effekt på de populære områder som skoler, børnepasning og ældreområdet, hvorimod kommunerne holdt igen på lige præcis de områder, som ikke havde den store vælgertække.

Hvis vi skal overføre erfaringerne fra omlægningerne af statens tilskud til den nuværende reform af finansieringen af sundhedsvæsenet, er det værd at bemærke, at sundhedsvæsenet hører til de mest populære offentlige udgiftsområder. Det er de helt sikkert klar over, de kommuner, der i forbløffende grad har vist sig dygtige til at lodde vælgernes udgiftspolitiske præferencer. Af samme grund kunne det også forventes, at kommunerne vil intensivere indsatsen på sundhedsområdet uanset, at de økonomiske incitamenter til at øge aktiviteten ikke er synderligt store. Et kvalificeret gæt er derfor, at kommunerne vil engagere sig stærkere i sundhedsområdet, alene af den grund, at det er et område, som borgerne kerer sig om.

Der kunne imidlertid alligevel argumenteres for, at det kun vil gøre de samlede udgiftspolitiske problemer større, hvis de kommunale incitamenter til at intensivere indsatsen blev endnu stærkere, og den kommunale indsats blev en reel substitutionsmulighed for det regionale sygehustilbud. Kommunerne vil sikkert vedholdende arbejde for, at det var den vej, udviklingen skulle gå. Givet de fik held med deres forehavende, og at den deraf følgende stærkere kommunale aktivitet på området kunne betyde, at regionerne ville blive økonomisk klemte.

Med den stærkere finansielle sammenkobling af det regionale sundhedspolitiske niveau, der ikke har stort andet at foretage sig end at forbedre servicen på området, og det generelt sundhedsudgiftsvelvillige Christiansborg, er det dog ikke et utænkeligt scenario, at de barmhjertige samaritanere, der sidder på statskassen, på den ene eller den anden måde vil fylde hullet i regionernes kasse op. I hvert fald til en start. Man kunne imidlertid også forestille sig, at de kunne blive trætte af dette i det lange løb, ligesom de ikke syntes, det var sjovt hele tiden at skulle sponsorere Rigshospitalet, hvorpå man fandt på H:S.

I den forstand havde det nok været et meget bedre valg allerede nu at give kommunerne det fulde ansvar for finansieringen af sundhedsvæsenet. Det er svært at sige, om det samlet set ville blive dyrere eller billigere end i dag. Men det vil givetvis være i god overensstemmelse med borgernes ønsker på området, og under alle omstændigheder vil udvidelsestrangen i et vist omfang blive modereret af, at kommunerne skulle hente finansieringen af servicen hos de selv samme borgere.