

**Dansk Sundhedsinstitut**

DSI rapport 2007.03

# Kommunal medfinansiering af sundhedsydelse

Udfordringer og muligheder for kommuner og regioner

Anni Ankjær-Jensen  
Jannie Kilsmark







# Kommunal medfinansiering af sundhedsydelser

Udfordringer og muligheder for kommuner og regioner

Anni Ankjær-Jensen  
Jannie Kilsmark

Dansk Sundhedsinstitut  
DSI rapport 2007.03

## Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

## Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2007

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

## Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

E-mail: [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 978-87-7488-535-1 (trykt version)

ISBN 978-87-7488-537-5 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2007.03

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design

Grafisk design: DSI

Tryk:

## Forord

I forbindelse med strukturreformen er kommunernes rolle på sundhedsområdet blevet styrket gennem overtagelse af nogle sundhedsopgaver fra de tidligere amter, og ikke mindst gennem medfinansiering af regionernes sundhedsydelser. Formålet med den delvise samling af ansvaret for finansieringen af det primære og det sekundære sundhedsvæsen har været at løse nogle grænsedragingsproblemer mellem de to sektorer samt at give kommunerne et økonomisk incitament til at styrke den primære sundhedssektor.

Danmark er ikke det eneste land i Europa, der har gennemført en hel eller delvis samling af ansvaret for finansieringen af de to sektorer. Denne rapport indeholder derfor en gennemgang af erfaringerne fra England og Finland med henblik på at finde ud af, hvilke udfordringer og muligheder, som på trods af de organisatoriske forskelle mellem de tre lande, kan overføres til danske forhold. Rapporten henvender sig til de politikere, ledere og det personale i det danske social- og sundhedsvæsen - ikke mindst i regionerne og kommunerne, som nu skal leve op til kommunalreformens intensjoner.

Professor Mäkelä Marjukka, Institut for Folkesundhed og Professor Unto Häkkinen, Stakes, Finland har været behjælpelige med tilrettelæggelse af interviewundersøgelsen i Finland. Begge takkes for bistand. Endvidere takkes de personer i Helsinki sygehusdistrikt samt i Helsinki, Espoo og Vantaa kommuner, der har deltaget i interviewundersøgelsen. Peter Vedsted, læge, ph.d. takkes for kommentarer og forslag til afsnittet om de engelske erfaringer.

Professor Terkel Christiansen Syddansk Universitet og Kommunaldirektør Suzanne Aaholm, Køge Kommune, (nu kontorchef i KL) har reviewet rapporten. Begge takkes for konstruktiv kritik og kommentarer.

Rapporten er udarbejdet af cand.polit. Anni Ankjær-Jensen og cand.oecon. Jannie Kilsmark. Cand. scient.san.publ. Else Helene Ibfeldt og stud.scient.soc. Merete Østergaard har været tilknyttet projektet som studenter. Cand.polit. Bent Danneskiold-Samsøe og sekretær Lise Beining har været behjælpelige med redigeringen af den endelige rapport.

Projektet er finansieret af den Kommunale Momsfond.

DSI Institut for Sundhedsvæsen  
Jes Søgaard  
Direktør, professor



# Indholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Forord .....   | 3  |
| Resumé .....   | 7  |
| 1. Indledning .....  | 13 |
| 1.1 Indledning .....   | 13 |
| 1.2 Rapportens formål .....  | 14 |
| 1.3 Rapportens opbygning .....   | 15 |
| 2. Strukturreformen og finansiering på sundhedsområdet .....             | 17 |
| 2.1 Strukturreformen .....   | 17 |
| 2.1.1 Reformens indhold .....  | 17 |
| 2.1.2 Baggrunden for reformen .....                                      | 18 |
| 2.1.3 Reformens intentioner .....  | 19 |
| 2.1.4 Kritik af strukturreformen .....                                   | 21 |
| 2.2 Kommunal medfinansiering af sundhedsområdet .....                    | 24 |
| 2.2.1 Beregning grundbidraget .....                                      | 24 |
| 2.2.2 Beregning af den aktivitetsbestemte finansiering .....             | 24 |
| 2.2.3 Størrelsen af de kommunale betalinger .....                        | 26 |
| 2.3 Den praktiske håndtering af den kommunale afregning .....            | 27 |
| 2.4 Budgetusikkerhed for kommunerne .....                                | 28 |
| 2.5 Kan kommunerne påvirke udgifterne? .....                             | 29 |
| 3. Danske og udenlandske reformer .....                                  | 31 |
| 3.1 Indledning .....   | 31 |
| 3.2 Referenceramme for analysen .....                                    | 31 |
| 3.3 Udfordringer for sundhedsvæsenet .....                               | 33 |
| 3.4 Reformtemaer .....   | 35 |
| 3.4.1 Ændringer med hensyn til hvem der finansierer hvilke ydelser ..... | 35 |
| 3.4.2 Etablering af køber/sælger relationer .....                        | 37 |
| 3.4.3 Ændrede finansieringsformer .....                                  | 38 |
| 3.4.4 Decentralisering .....   | 39 |
| 3.4.5 Omstruktureringer af sygehusvæsenet .....                          | 40 |
| 3.4.6 Substitution på tværs af sektorer .....                            | 40 |
| 3.4.7 Øget vægt på forebyggelse .....                                    | 41 |
| 3.4.8 Fokus på behandlingskvaliteten .....                               | 42 |
| 3.4.9 Styrkelse af patientrettigheder .....                              | 43 |
| 3.5 Konklusion .....   | 44 |
| 4. Erfaringer fra Finland .....  | 45 |
| 4.1 Indledning og formål .....   | 45 |
| 4.2 Det finske sundhedsvæsen .....                                       | 45 |
| 4.3 Interviewundersøgelsen .....   | 46 |
| 4.3.1 Metode .....   | 46 |
| 4.3.2 Kontrakter mellem kommuner og hospitalsdistrikter .....            | 47 |
| 4.3.3 Arbejdsdeling mellem kommuner og hospitalsdistrikt .....           | 50 |
| 4.3.4 Er arbejdsdelingen omkostningseffektiv? .....                      | 52 |

|                 |  |    |
|-----------------|--|----|
| 4.3.5           | Konflikter mellem kommuner og hospitalsdistrikt .....                | 54 |
| 4.3.6           | Sammenfatning af resultater fra interviewundersøgelsen.....          | 55 |
| 4.4             | Diskussion .....   | 56 |
| 4.4.1           | Forholdet mellem kommunerne og hospitalsdistriktet .....             | 56 |
| 4.4.2           | Fører kommunal finansiering til en styrket primær sundhedssektor? .. | 57 |
| 4.4.3           | Kan de finske erfaringer overføres til Danmark?.....                 | 57 |
| 4.4.4           | Diskussion af metoden.....   | 59 |
| 4.5             | Konklusion.....  | 59 |
| 5.              | Erfaringer fra England.....  | 61 |
| 5.1             | Indledning .....   | 61 |
| 5.2             | Reformer i det engelske sundhedsvæsen.....                           | 62 |
| 5.2.1           | De konservatives reformer .....                                      | 62 |
| 5.2.2           | Labours reformer - etablering af Primary Care Trust.....             | 63 |
| 5.2.3           | Organisering af PCT.....   | 66 |
| 5.3             | Hvilke resultater har PCT opnået? .....                              | 67 |
| 5.3.1           | Udvikling af primærsektoren.....                                     | 67 |
| 5.3.2           | Commissioning .....  | 70 |
| 5.3.3           | Folkesundhed .....   | 72 |
| 5.4             | Effekter af PCT.....   | 73 |
| 5.5             | Barrierer for PCT .....  | 75 |
| 5.6             | Sammenfatning af de engelske erfaringer .....                        | 76 |
| 5.7             | Hvad kan Danmark lære af de engelske erfaringer?.....                | 78 |
| 5.8             | Konklusion .....   | 83 |
| 6.              | Konklusioner .....   | 85 |
| Bilag:          | Søgestrategi.....  | 89 |
|                 | Citationssøgning.....  | 89 |
|                 | Emnesøgning .....  | 89 |
|                 | Fritekstsøgning på hjemmesider.....                                  | 90 |
| Referencer..... |  | 91 |



## Resumé

Strukturreformens ikrafttræden den 1. januar 2007 har medført en ændret finansiering af det danske sundhedsvæsen. Den tidligere amtskommunale skattefinansiering af sygehusvæsen og sygesikringen er afløst af statstilskud og mere beskedne kommunale bidrag. Den nye kommunale medfinansiering tager udgangspunkt i faste beløb pr. indbygger og aktivitetsbestemte betalinger. Der er her tale om en udvikling, der kan genfindes i andre europæiske lande. Kommunernes nye rolle som køber af sundhedsydelser til sine borgere og som producent af egne sundhedsydelser giver anledning til mange tanker og forventninger omkring udviklingen af den primære sundhedssektor. Kommunal medfinansiering er således set som et incitament til at styrke primærsektoren og som et skridt på vejen mod en mere effektiv arbejdsdeling mellem sektorerne. Men mange mener, at kommunernes mulighed for at udvikle den primære sundhedssektor er begrænset, og at de økonomiske incitament er for små. Hvad kan man forvente at opnå, og hvilke erfaringer har man i andre lande, der har været vidne til tilsvarende reformer på sundhedsområdet?

### Opsummering

På baggrund af en omtale af den i 2007 gennemførte strukturreform, dens indhold og intentioner, gennemgår rapporten det konkrete indhold af den kommunale medfinansiering i fremtiden. Beregninger af grundbidrag og aktivitetsbestemt finansiering fører frem til, at den kommunale medfinansiering vil udgøre 4-5,5 % af de samlede kommunale driftsudgifter i 2007.

En diskussion af hvilke faktorer, der påvirker de kommunale betalinger samt kommunernes muligheder for at påvirke udgifterne, munder ud i, at såvel væksten i efterspørgslen efter sundhedsydelser som ændringer i udbudet af sundhedsydelser kan forventes at medføre en stigning i de kommunale betalinger. Endvidere konkluderes det, at kommunernes mulighed for at påvirke denne udvikling er begrænset.

En gennemgang af danske og udenlandske reformer viser, at de sidste 20 års reformer i de vestlige lande har en række fælles træk. Sundhedssystemerne har stået over for en række fælles udfordringer, og landene har været påvirket af samme internationale politiske og ideologiske strømninger. Strukturreformens ændringer på sundhedsområdet i Danmark er således med enkelte undtagelser en genspejling af udenlandske reformtrends. Styrkelsen af de danske kommuners rolle på sundhedsområdet og indførelsen af kommunal medfinansiering svarer i princippet til de ændringer, der er observeret i England og Finland. De danske kommuners medfinansieringsgrad er dog betydeligt lavere end i de to andre lande.

Ved en reform i 1993 blev de finske kommuner ansvarlige for finansieringen af det finske sygehusvæsen, der er organiseret i 21 hospitalsdistrikter. En gennemgang af de finske erfaringer viser, at samlingen af ansvaret for finansieringen af både det primære og det sekundære sundhedsvæsen har ført til flere kommunale initiativer med henblik på at reducere kommunernes betalinger til hospitalsdistriktet. Initiativerne har dog ikke altid ført til omkostningseffektive løsninger. En strategi har således været at hjemtage

specialiserede behandlinger fra sygehusene – og hermed åbne for tilbud af de samme ydelser i begge sektorer. En anden mere omkostningseffektiv strategi har været at forbedre koordineringen imellem de to sektorer. Indsatsen for at påvirke forbruget i sygehusdistriktet varierer dog, bl.a. fordi kommunerne har forskellige holdninger til, hvor meget de reelt kan påvirke forbruget af sygehusydelse. På trods af den tætte organisatoriske tilknytning er samarbejdet mellem de to sektorer præget af mistillid. Konflikterne begrundes i forskelle i målsætninger og informationsniveau, f.eks. at kommunerne ikke har kendskab til sygehusenes omkostningsstruktur, og at kommunerne ikke har den fornødne kliniske indsigt. De finske erfaringer kan ikke umiddelbart overføres til danske forhold, da de finske kommuner betaler en betydelig større del af sygehusudgifterne end de danske, og dermed har mulighed for en større økonomisk gevinst ved at etablere primærkommunale tilbud.

I England har man i slutningen af 1990'erne oprettet Primary Care Trusts (PCT), der fik til opgave at udvikle den primære sundhedssektor, at planlægge, tilvejebringe og finansiere både primære og sekundære sundhedsydelser samt at fremme folkesundheden. PCT udbyder i vidt omfang selv primære sundhedsydelser, mens ydelser fra sekundærsektoren (sygehusene) og visse dele af primærsektoren (praksissektoren) tilvejebringes gennem indgåelse af kontrakter.

En gennemgang af de engelske erfaringer med PCT viser, at der er etableret en række nye tilbud i den primære sundhedssektor, dels med henblik på forbedret kvalitet i den primære sundhedssektor, dels for at erstatte sygehusydelser. Der er mange eksempler på, at PCT støtter forebyggelsesprogrammer både inden for sundhedsvæsenet og i andre sektorer, men PCT har ikke formået at få nogen større indflydelse på hvilke ydelser, sygehusene leverer til deres borgere. Årsagen hertil er manglende gennemslagskraft over for sygehusene. De praktiserende læger, der ligesom i Danmark er selvstændigt erhvervsdrivende, indtager en nøgleposition i opnåelse af PCT's målsætninger. Imidlertid er ikke alle praktiserende læger lige interesserede i at involvere sig i PCT's aktiviteter. I England finansierer PCT 75 % af sygehusudgifterne og har alment praktiserende læger tilknyttet.

## **Konklusion**

Vi har mere detaljeret sammenholdt erfaringer fra Finland og England med danske forhold, og det har givet anledning til følgende konklusioner.

### *Finske erfaringer med relevans for Danske forhold*

- ◆ Mange finske kommuner gør en stor indsats for at reducere deres udgifter til forbrug af ydelser i sygehusdistriktet. Indsatsen sker ved etablering af konkurrerende tilbud "dobbelt service strategi" eller i form af koordinering med sygehusdistriktet, så patientforløbet på tværs af de to sektorer optimeres "forbedret koordinerings strategi".

De danske kommuners medfinansiering af sygehusvæsenet er lavere end de finske kommuners. De finske kommuner har et veludbygget primært sundhedsvæsen med bl.a. kommunalt ansatte læger. Derfor vil de danske kommuners bestræbelser for øget indsats sikkert være mindre end de finske kommuners, ligesom deres mulighed for at etablere sundhedstilbud vil være mere begrænsede. For eksempel forudsætter lægelig medvirken i et kommunalt sundhedstilbud et samarbejde med praktiserende læger.

- ◆ Indsatsen for at evaluere de finske kommuners sundhedstilbud er begrænset. Tilsyneladende er kun få tilbud omkostningseffektive. Den manglende evaluering begrundes med manglende ekspertise og for få ressourcer. De økonomiske overvejelser er ofte præget af kortsigtede kasseøkonomiske betragtninger.

Også i Danmark må det forventes, at mangel på ressourcer vil medføre, at der i kun i begrænset omfang vil blive foretaget økonomisk og effektmæssig opfølgning på de nye kommunale sundhedstilbud. Kommunal medfinansiering kan også i Danmark medføre, at beslutninger træffes ud fra kasseøkonomiske frem for samfundsøkonomiske overvejelser.

- ◆ De finske kommuner oplever stigende udgifter til deres borgeres sygehusforbrug samt en betydelig budgetusikkerhed, bl.a. fordi de endelige udgifter først kendes sidst på året.

Den demografiske udvikling samt fremkomsten af nye og dyrere behandlingsmuligheder vil også i Danmark føre til et pres på kommunernes udgifter til sygehusvæsenet. På grund af forsinkelser i sygehusenes diagnoseregistrering kender de danske kommuner også først ved årsafslutningen de endelige udgifter.

- ◆ Forholdet mellem de finske kommuner og de finske sygehusdistrikter er præget af mistillid begrundet i forskelle i målsætninger og informationsniveau.

Også i Danmark har kommuner og regioner forskellige målsætninger. Regionerne har som mål at øge indtægterne fra kommunerne (og staten), mens kommunerne (og staten) skal prioritere mellem udgifter til sundhedsvæsenet og udgifterne til andre kommunale opgaver samt undgå skattestigninger. Der vil desuden være forskelle i den kliniske viden, som giver anledning til mistillid, f.eks. forskelle i forventningerne til hvornår en patient er parat til at blive udskrevet fra sygehus.

#### *Erfaringer fra England med relevans for danske forhold*

- ◆ Dannelse af Primart Care Trusts (PCT) i England har medført en udbygning af tilbudene i den primære sundhedssektor. Den har bl.a. omfattet lettere adgang til praktiserende sundhedspersonale, etablering af tværfaglige tilbud i almen lægepraksis, ændrede overenskomster for praktiserende læger og øget specialisering af både læger og sygeplejersker med arbejde i primærsektoren.

De danske kommuners medfinansiering af sygehusudgifterne er lavere end de engelske PCT's medfinansiering, og derfor vil den umiddelbare økonomiske gevinst ved en udbygning af den primære sundhedstjeneste i Danmark være mindre. Imidlertid er mange af de engelske initiativer også relevante i en dansk sammenhæng, når vi ønsker at styre sundhedsvæsenet efter LEON-princippet og frigøre kapacitet på sygehusene til de specialiserede behandlinger.

- ◆ En af PCT's opgaver har været at indgå kontrakter med sygehusene om køb af ydelser til sine borgere. PCT har dog ikke haft succes med at opnå indflydelse på sygehusenes tilbud til PCT's indbyggere, hvilket begrundes ned manglende gennemslagskraft over for sygehusenes klinikere.

I det omfang de danske kommuner - nu eller i fremtiden - ønsker at få indflydelse på de tilbud, deres borgere får på regionens sygehuse, må også de forvente problemer med at

opnå den ønskede gennemslagskraft, bl.a. på grund af en kompetencekløft imellem de to sektorer.

- ◆ PCT har iværksat mange initiativer inden for folkesundhedsområdet, enten inden for sundhedsvæsenets eget regi eller gennem støtte til programmer i andre sektorer. Medarbejderne savner dog national støtte på området og viden om, hvilke forebyggelsesprogrammer der er effektive.

Det må forventes, at danske kommuner også vil gøre en indsats på forebyggelsesområdet. Med udgangspunkt i de engelske erfaringer bør det sikres, at kommunerne støttes i opgaven, og at der fremskaffes evidens for, hvilke forebyggelsesindsatser der er omkostningseffektive.

- ◆ De praktiserende læger spiller en nøglerolle i relation til opnåelse af PCT's målsætninger, f.eks. i relation til udbygning af den primære sundhedssektor og i relation til kontraktforhandlinger med sygehusene. Manglende resultater begrundes ofte med manglende engagement hos de praktiserende læger.

Både i Danmark og i England er praktiserende læger selvstændige erhvervsdrivende. Også i Danmark vil det være en forudsætning for en udbygning af tilbudene i den primære sundhedssektor, at praksissektoren har et ønske om - samt tilstrækkelige ressourcer til - at medvirke.

- ◆ Der foreligger kun i begrænset omfang opfølgninger på, om de mange omlægninger i den engelske sundhedssektor har været omkostningseffektive. Et voksende antal PCT har i de senere år haft budgetoverskridelser, hvilket tyder på, at udvidelserne i den primære sundhedssektor ikke har resulteret i besparelser på udgifterne til sygehusvæsenet.

Også i Danmark kan resultatet af en kommunal udbygning af sundhedssektoren medføre pres på de kommunale budgetter. Der bør derfor følges op på omkostnings- og effektivitetsmæssige konsekvenser af nye sundhedstilbud i kommunalt regi.

### *Samlet konklusion*

Selv om forskelle i faglige, politiske og historiske forudsætninger indebærer, at erfaringer fra et land ikke umiddelbart kan overføres til et andet land, synes det muligt på grundlag af analysen af erfaringerne fra Finland og England at drage en række konklusioner.

Samlingen af ansvaret for finansiering af det primære og det sekundære sundhedsvæsen hos den part, der i forvejen har ansvaret for tilvejebringelse af primære sundhedsydelser, vil føre til en styrkelse af den primære sundhedssektor. Styrkelsen kan enten være i form af forbedring af den tværgående koordination mellem de to sektorer, egentlig substitution fra den sekundære til den primære sundhedssektor, eller etablering af tilbud i primærsektoren der konkurrerer med sygehusvæsenet.

De nye initiativer i den primære sundhedssektor er ikke altid omkostningseffektive, og indsatsen for at evaluere nye tiltag er begrænset. Dette kan føre til en stigning i de samlede sundhedsudgifter.

Samarbejdet imellem sygehusvæsenet og den part, der har finansieringsansvaret (i Finland kommunerne og i England PCT), er præget af manglende ligestilling. Dette skyldes forskelle i målsætninger og informationsniveau. Den manglende ligestilling giver sig udslag i, at finansieringspartens mulighed for at få indflydelse på de ydelser, sygehusene leverer til befolkningen er begrænset. Den manglende ligestilling giver sig desuden udslag i en generel mistillid imellem parterne.

De alment praktiserende læger indtager en nøgleposition i relation til udviklingen af den primære sundhedssektor. Dette gælder både i relation til samarbejdet med det specialiserede sygehusvæsen og i relation til mulighederne for at udvikle den primære sundhedssektor. De må derfor åbent og konstruktivt inddrages i samarbejdet mellem kommuner og regioner.



# 1. Indledning

## 1.1 Indledning

Den første januar 2007 trådte strukturreformen i kraft, og et af de væsentligste elementer i reformen er en ændret finansiering af det regionale sundhedsvæsen. Fra hovedsageligt at være finansieret gennem amternes skatteudskrivning, skal det regionale sundhedsvæsen fremover finansieres dels gennem et statsligt tilskud, dels gennem en kommunal medfinansiering, bestående af et beløb pr indbygger og en aktivitetsafhængig betaling.

Hvor de tidligere amter havde ansvaret for både at tilvejebringe og finansiere sundhedsydelser, får amterne fremover alene ansvaret for at tilvejebringe sundhedsydelser. Kommunerne får en styrket rolle på sundhedsområdet, idet de både får ansvaret for den kommunale sundhedssektor og et medansvar for finansieringen af de regionale sundhedsydelser. Herved muliggøres det, at nogle økonomiske barrierer, der har været for en optimal arbejdsfordeling imellem den kommunale og den amtslige sundhedssektor, forsvinder.

Regeringens formål med indførelsen af den kommunale medfinansiering har da også været gennem økonomiske incitamentter at understøtte forbedringer i samarbejdet på tværs af kommuner og regioner (1). Desuden har det været målet, at tilskynde kommunerne til vis en effektiv forebyggelses-, trænings-, og plejeindsats at nedsætte behovet for sygehusindlæggelse.

For kommunerne indebærer strukturreformen en ny rolle, nemlig som købere af sundhedsydelser for sine borgere<sup>1</sup>. Selv om der tidligere har været et samarbejde mellem kommunerne og amterne, er det regionale sundhedsområde – ikke mindst sygehusvæsenet – relativt ukendt for kommunerne, og spørgsmålet er, hvilke forestillinger/forventninger kommunerne har til hvordan den nye rolle kan udfyldes, og hvilke forudsætninger de har for at udfylde den. Samtidig medfører reformen en ny styringsparameter i form af afvejning mellem køb af ydelser i regionen og etablering af kommunale sundhedstilbud, f.eks. i form af akutstuer på plejehjem. Reformen vil medføre ny budgetusikkerhed i kommunerne, bl.a. fordi borgernes forbrug af sygehusydelser, kan variere, og fordi konsekvenserne af eventuelle nye kommunale sundhedstilbud vil være usikre.

Kommunal aktivitetsbaseret medfinansiering er baseret på den antagelse, at de økonomiske incitamentter skal drive en udbygning af den kommunale sundhedssektor. Andre motiver end økonomiske kan imidlertid påvirke kommunerne til at etablere sundhedstilbud. Sådanne motiver kan f.eks. være et ønske om at bevare lokale arbejdspladser i tilfælde af nedlæggelse af et lokalsygehus, eller et ønske om at have sundhedstilbud som en del af den lokale service overfor borgerne. Reformen, og de forventninger den har skabt til kommunerne, kan i sig selv indebære, at kommunerne, for at legitimere deres nye rolle på sundhedsområdet, vil opruste indsatsen på sundhedsområdet.

---

<sup>1</sup> Kommunerne betaler dog kun en begrænset del af udgiften

For regionerne indebærer den nye rolle, at sammenhængen mellem finansieringsansvar og ansvaret for tilvejebringelse af sundhedsydelser forsvinder. Regionerne kan i højere grad end de tidligere amter arbejde for at øge ressourcetilførslen til sundhedsvæsenet. Reformen indebærer øget budgetusikkerhed, idet en større del af finansieringen nu bliver baseret på den præsterede aktivitet. F.eks. kan kommunale hjemtagninger af behandlings og plejeopgaver, påvirke indtægterne fra kommunerne. Samtidig vil etablering af afregnings- og opfølgingsrutiner over for kommunerne potentielt kunne medføre et administrativt merarbejde for regionerne.

Realiseringen af strukturreformens intentioner om kommunal substitution af sygehusydelser, forudsætter at den kommunale medfinansiering er af en sådan størrelse, at det vil være økonomisk rationelt at etablere tilbud. Og nogle væsentlige kritikpunkter, der har været rejst mod reformen, har netop været at de økonomiske incitament er for små til at give kommunerne et reelt incitament til at etablere kommunale sundhedstilbud (2). Desuden er det en forudsætning, at det rent faktisk er muligt at etablere kommunale sundhedstilbud, som effektivt kan forebygge eller substituere sygehusydelser, hvilket der har været rejst tvivl om (3).

I det omfang kommunerne etablerer sundhedstilbud, selv om de ikke er økonomisk rationelle, vil dette formentlig medføre en serviceforbedring i sundhedsvæsenet, men også en stigning i de samlede udgifter til sundhedsvæsenet.

Danmark er ikke det eneste land, der har gennemført reformer, der indebærer at samme administrative organ har ansvar for finansieringen af både sygehusvæsen og primærsektor. Også i andre lande har formålet været at muliggøre en substitution fra sekundærsektoren til primærsektoren, samt at forbedre koordination imellem de to sektorer. Således overgik ansvaret for finansieringen af det finske sygehusvæsen i 1993 til de finske kommuner, og i forbindelse med labour regeringen sundhedsreformer i slutningen af 1990'erne etablerede man i England et nyt administrativt organ, nemlig Primary Care Trust, som har til opgave både at drive det primære sundhedsvæsen, og at finansiere borgernes brug af sygehusydelser.

Når man skal belyse udfordringer og muligheder af kommunal medfinansiering, er det derfor nærliggende at undersøge hvilke erfaringer man i disse lande har gjort sig med hensyn til konsekvenserne af den ændrede finansieringsmodel.

## 1.2 Rapportens formål

Formålet med denne rapport er med udgangspunkt i erfaringer fra hhv. England og Finland, at belyse nogle mulige konsekvenser af indførelse af kommunal medfinansiering af sundhedsydelser, herunder at af- eller bekræfte nogle af de modstridende danske forventninger. De to lande er udvalgt, fordi de begge ligesom Danmark har gennemført en helt eller delvist samling af ansvaret for finansieringen af hhv. det primære og sekundære sundhedsvæsen, med det formål at styrke den primære sundhedssektor.

Konsekvenserne af en hel eller delvis samling af ansvaret for den primære og det sekundære sundhedsvæsen, vil afhænge af en række forhold dels inden for sundhedsvæsenet selv f.eks. opbygningen af den primære sundhedssektor, dels forhold uden for sundhedsvæsenet, f.eks. de samlede bevillinger til sundhedsvæsenet. De ændringer, der kan observeres i de enkelte lande, bør derfor ses med baggrund i de konkrete vilkår i det pågældende land, hvorfor rapporten vil lægge vægt på at diskutere de fundne resultater fra de enkelte lande henblik på relevans for danske forhold.



### **1.3 Rapportens opbygning**

Rapportens *kapitel 2* indeholder en gennemgang af strukturreformen, dens baggrund og intentioner samt den kritik, der har været mod strukturreformen. Kapitlet indeholder desuden en gennemgang af udformningen af den kommunale medfinansiering, hvordan den beregnes, og hvor stor andel den udgør af de samlede kommunale driftsudgifter.

*Kapitel 3* indeholder en sammenligning af strukturreformen og andre reformer i det danske sundhedsvæsen inden for de seneste 20 år med internationale reformtrends.

*Kapitel 4* har en gennemgang af de finske erfaringer med kommunal finansiering af sygehusydelse og i *kapitel 5* en omtale af erfaringerne med dannelse af de engelske Primary Care Trust, hvis opgaver har en række lighedspunkter med de danske kommuners opgaver efter strukturreformen. I *kapitel 6* er der trukket nogle konklusioner ud fra erfaringerne fra de to lande sammenholdt med danske forhold.



## 2. Strukturreformen og finansiering på sundhedsområdet

### 2.1 Strukturreformen

#### 2.1.1 Reformens indhold

Ændringerne i sundhedsvæsenets finansiering kan ikke betragtes isoleret, men skal ses som en integreret del af det samlede reformkompleks der udgør strukturreform. I det følgende gennemgås derfor indholdet af den samlede strukturreformen, med hovedvægt på ændringerne inden for sundhedsområdet.

Reformens indhold kan inddeles i tre hovedområder, nemlig ændringer i den kommunale struktur, ændringer i opgavefordeling mellem de forskellige forvaltningsniveauer (stat, amter (regioner) og kommuner), samt ændringer i finansieringen af opgaverne.

De strukturelle ændringer omfatter en reduktion i antallet af kommuner fra de hidtidige 271 til 98, dvs. en ændring som indebærer at kommuners befolkningsgrundlag generelt er blevet forøget. Partierne bag strukturaftalen aftalte, at en kommunistørrelse på min. 30.000 indbyggere var et godt udgangspunkt for dannelsen af de nye kommuner<sup>2</sup> (1). Kommunesammenlægninger kunne dog i visse tilfælde erstattes af forpligtende samarbejdsaftaler (1). Også på det regionale område bliver befolkningsgrundlaget forøget, idet de 14 amter samt H:S erstattes af 5 regioner. Disse strukturændringer til formål, at *"skabe bæredygtige enheder med et klart ansvar for at levere velfærdsydelser af høj kvalitet til danskerne"* (1) p.5).

De væsentligste omlægninger i opgavefordelingen vedrører ændringer i arbejdsdelingen mellem regioner (amter) og kommunerne, hvor en lang række velfærdsopgaver overføres fra de tidligere amter til kommunerne. Kommunerne får en styrket rolle på sundhedsområdet. Således overtager kommunerne al genoptræning, der ikke finder sted under sygehusindlæggelse, ligesom kommunerne overtager hovedansvaret for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for borgerne<sup>3</sup>. Regionerne varetager (fortsat) ansvaret for sygehusvæsenet, herunder den behandlende psykiatri samt sygesikringsområdet. For at sikre en sammenhæng i sundhedsindsatsen på tværs af det kommunale og det regionale område, er det i Sundhedsloven (4) fastlagt, at der skal nedsættes regionale Sundhedskoordinationsudvalg (bestående af repræsentanter for regioner, kommuner og praksissektoren) samt at disse koordinationsudvalg skal udarbejde en sundhedsaftale, der beskriver samarbejdet mellem region og kommune (5). Som noget nyt får staten beføjelser til at koordinere specialeplanlægningen, en beføjelse der tidligere lå hos amterne.

På det finansielle område er den væsentligste ændring, at regionerne ikke får mulighed for at få indtægter gennem skatteudskrivning, i stedet finansieres regionernes opgaver gennem tilskud fra staten og gennem kommunale bidrag. Regionernes økonomi

---

<sup>2</sup> Blev senere ændret til 20.000 indbyggere.

<sup>3</sup> Desuden bliver behandling af alkohol og stofmisbrug kommunernes ansvar, ligesom kommunerne får ansvaret for de specialiserede tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl.

opdeles i to adskilte hovedopgaver nemlig sundhedsvæsenet og øvrige opgaver (regional udvikling, institutioner for udsatte grupper m.m.). Det er således ikke muligt for Regionsrådet at prioritere ressourcer imellem de to områder. På sundhedsområdet består regionernes indtægt af et bloktilskud og et aktivitetsafhængigt tilskud (en videreførelse af regeringens tidligere pulje til dokumenteret meraktivitet) fra staten. Som noget nyt modtager regionerne en indtægt fra kommunerne, dels i form af et grundbidrag per indbygger samt et bidrag, der er afhængigt af borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet. Sammenfattende udgør de forskellige indtægtskilder følgende andele af regionernes indtægter:

*Tabel 2.1 Regionernes indtægtskilder*

|                                      |     |      |
|--------------------------------------|-----|------|
| Statsligt bloktilskud                | ca. | 75 % |
| Statsligt aktivitetsbestemt bidrag   | ca. | 5 %  |
| Kommunalt grundbidrag                | ca. | 10 % |
| Kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag | ca. | 10 % |

Kommunernes indtægter vil fortsat bestå af skatter samt refusioner og bloktilskud fra staten. Kommunerne tilføres ressourcer svarende til de opgaver, der tilføres, herunder ressourcer til den nye medfinansiering af sundhedsvæsenet, dels gennem tilskud fra staten, dels gennem overtagelse af en del af amternes indkomstskatter.

Som noget nyt udskriver staten en øremærket skat, nemlig et "sundhedsbidrag" som skal anvendes til finansiering af de regionale og kommunale sundhedsudgifter. Sundhedsbidraget, der udgør 8 % af det kommunale udskrivningsgrundlag, indsamles af staten og fordeles til regioner og kommuner (1). Sundhedsbidraget afløser delvist den amtskommunale indkomstskat (6).

### **2.1.2 Baggrunden for reformen**

Strukturreformen bygger bl.a. på strukturkommissionens anbefalinger (7). Kommissionen peger på nogle svagheder i den dengang eksisterende struktur. For det første var en stor del af de eksisterende forvaltningsenheder uhensigtsmæssigt små i forhold til de opgaver de skulle løse. Således fandt kommissionen at de mindre kommuner havde svært ved at sikre en tilstrækkelig faglig bæredygtighed i opgaveløsningen, dels havde de højere udgifter per indbygger på en række områder, dels havde de mindre kommuner svært ved at sikre bredden i borgernes valgmuligheder. Tilsvarende fandt kommissionen at amterne var for små til at sikre en optimal planlægning på sygehusområdet, i forhold til at sikre et tilstrækkeligt patientunderlag for de enkelte specialer og akutte funktioner.

For det andet havde kommissionens arbejde vist, at den daværende struktur i visse tilfælde medførte en svaghed i forholdt til den horisontale koordinering på tværs af de forskellige forvaltningsled. Således medførte opsplitningen af visse patientforløb på hhv. amter og kommuner afgrænsningsproblemer i forhold til hvem der havde ansvaret for indsatsen (såkaldte "gråzoner"). Inden for genoptræningsområdet kunne opsplitningen af ansvaret f.eks. medføre uklarhed om hvorvidt en indsats hørte under den amtslige forpligtigelse til genoptræning i tilknytning til en indlæggelse, eller om indsatsen hører under den kommunale forpligtelse til vedligeholdelsestræning. Disse afgrænsningsproblemer kunne give anledning til kassetækning og ufinansieret opgaveglidning imellem

de to sektorer, f.eks. ved at sygehusene udskriver patienterne uden den fornødne genoptræning (8).

En anden svaghed ved den daværende opsplitning af sundhedsområdet, var at opgaveløsningen i hver af de tre sundhedssektorer, nemlig den kommunale, sygehusvæsenet og sygesikringen påvirkede de øvrige sektors udgifter (også kassetækning). Således kunne manglende plejetilbud i kommunerne påvirke sygehusvæsenets ressourceforbrug i form af antal indlæggelser og indlæggelsesvarigheder. Omvendt kunne ventetider i sygehusvæsenet og den praktiserende læges indsats påvirke kommunernes udgifter til sygedagpenge. Opsplitningen af det finansielle ansvar bevirkede, at investeringer i forbedringer af indsatsen f.eks. en oprustning af den kommunale pleje- og genoptræningsindsats i kommunalt regi ikke kom kommunerne men sygehusvæsenet til gode.

### 2.1.3 Reformens intentioner

Af regeringsudspillet (9) fremgår følgende formål med strukturreformen:

”at den enkelte borger skal have mere kvalitet for pengene i den offentlige service, navnlig i sundhedsvæsenet. Midlet er at styrke det lokale demokrati gennem stærke, bæredygtige kommuner”.

Dette overordnede mål dækker bl.a. over følgende delmål (10):

- ◆ Sikre sammenhængende patientforløb
- ◆ Forankre større ansvar for sundhedsområdet hos kommunerne
- ◆ Målrette regionernes indsats på høj kvalitet og service på sundhedsområdet
- ◆ Sikre regionerne økonomisk lige vilkår for at levere mest sundhed for pengene
- ◆ Sikre udgiftsansvarlighed i regionerne, herunder styrke incitamenterne til mere sundhed for pengene ved anvendelse af præstationsfremmende afregningsformer

Strukturreformens formål og indhold synes i vidt omfang at være en reaktion på de svagheder ved den gamle struktur, der blev påpeget i strukturkommissionens betænkning. Koordinationsproblemerne på sundhedsområdet søges løst gennem opgaveomlægningen, hvor kommunerne overtager ansvaret for genoptræning, folkesundhed og patientrettet forebyggelse fra de tidligere amter. Udover en løsning af koordinationsproblemerne, er det målet, at disse opgaver bliver integreret med de øvrige kommunale opgaver, f.eks. skoler og ældrecentre. Det påpeges i aftalen om strukturreformen, at kommunerne skal kunne etablere nye løsninger på især forebyggelses- og genoptræningsområdet, f.eks. i form af sundhedscentre (1). Samtidig søges koordinationsproblemer imellem de 3 sektorer løst gennem sundhedskoordinationsudvalg og obligatoriske sundhedsaftaler.

Opgaveomlægningen på sundhedsområdet understøttes af den kommunale medfinansiering, som betyder, at ændringer i den kommunale service, som reducerer sygehusforbruget, delvis kommer kommunerne til gode. Det er således målet, at den kommunale medfinansiering skal tilskynde kommunerne til at iværksætte en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats (1). Samtidig skal den kommunale medfinansiering medvirke til at effektivisere arbejdsdelingen imellem den primære kommunale sundhedssektor og det specialiserede sygehusvæsen, idet den skal tilskynde kommunerne til at aflaste sundhedsvæsenet, så de ”komplicerede sygehusbehandlinger samles

hos de mest kyndige og rutinerede" (9). Som mulige alternativer til sygehusindlæggelser peger regeringen på lokale plejetilbud til ældre dehydrerede borgere, eller kommunale akutstuer i tilknytning til et plejehjem (9).

De påpegede problemer med manglende bæredygtighed løses ved reduktion i antallet af kommuner. Samtidig sikrer den generelle forøgelse i kommunestørrelsen, at kommunerne bliver i stand til at løse de nye opgaver på sundhedsområdet. Etableringen af de 5 regioner giver grundlag for at samle flere behandlinger, at udnytte fordelene ved specialisering bedre og at sikre den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne (10). Men selv om de store regioner langt hen ad vejen giver mulighed for at sikre et passende patientunderlag for de forskellige specialer, har regeringen dog fundet det nødvendigt at afskaffe amternes hidtidige uindskrænkede ret til at planlægge sygehusstrukturen, og at indføre bindende centrale udmeldinger om placeringen af højt specialiserede behandlingstilbud.

De største omlægnings på finansieringsområdet vedrører regionernes indtægtsgrundlag. Regionerne har ikke som de tidligere amter mulighed for skatteudskrivning, i stedet vil hovedparten af regionernes indtægter være i form af et bloktilskud fra staten baseret på objektive kriterier, samt et grundbidrag fra kommunerne. Ændringen begrundes med at alle regionernes skal have samme økonomiske muligheder for at tilbyde borgerne behandling - serviceniveauet skal med andre ord således ikke afhænge af indbyggernes indkomst. Samtidig begrundes ændringen med, at det er en forenkling for borgeren, at der fremover kun bliver 2 skatteudskrivende led. Regionernes indtægtsgrundlag består derudover af aktivitetsbaserede tilskud fra kommunerne og staten. Den aktivitetsbaserede finansiering fra staten (som er en fortsættelse af regeringens pulje til dokumenteret meraktivitet<sup>4</sup>) har til formål at give sygehusene et incitament til at øge aktiviteten. Mens den kommunale aktivitetsbaserede finansiering har det modsatte formål, nemlig at tilskynde *kommunerne* til at *reducere* sygehusforbruget.

En anden nyskabelse er, at regionernes indtægter er inddelt i tre særskilte områder, nemlig sundhedsområdet (omfatter sygehus- og sygesikringsområdet), udviklingsopgaver og drift af institutioner på social- og undervisningsområdet. Baggrunden herfor er ifølge bemærkningerne til lovforslaget (12), at "*sikre en entydig og gennemskuelig finansiering af sundhedsvæsenet*". Det betyder ifølge bemærkningerne til lovforslaget, at indtægterne er øremærkede til de tre områder, og at der ikke kan overføres midler imellem de tre områder. Regionsrådet har således ikke som de tidligere amtsråd og de nuværende kommunalbestyrelser mulighed for at prioritere imellem forskellige serviceområder.

Endelig er det en nyskabelse på finansieringsområdet, at der indføres en øremærket sundhedsskat, kaldet sundhedsbidrag. Bidraget, som opkræves af staten, udgør 8 % af kommunernes udskrivningsgrundlag. Der er kun få eksempler på skatter øremærket til bestemte formål i Danmark (ex kirkeskat). Indførelsen af en øremærket skat til sundhedsvæsenet, kunne give anledning til spekulative overvejelser om, at et evt. pres på sundhedsudgifterne, i fremtiden ville kunne afhjælpes gennem en øgning af sundhedsbidraget. Den folkelige interesse for sundhedsområdet kunne give anledning til den antagelse at befolkningen er villige til at betale mere i skat, når pengene går til netop sundhedsområdet.

---

<sup>4</sup> For nærmere beskrivelse se f.eks. (11).

Den potentielle risiko for regionernes udgiftsstyring som følge af den manglende skatteudskrivning - og dermed manglende sammenhæng mellem finansierings- og opgaveansvar - imødegås i Loven om regionernes finansiering. Således fremgår det af de almindelige bemærkninger til lovforslaget (12), at *"Der vil administrativt blive fastsat bestemmelser om, at hvis der alligevel opstår risiko for underskud forpligtes regionerne til hurtigt at tage initiativer til imødegåelse heraf. Regionerne vil - som det gælder for kommuner og amter i dag, kunne sættes "under administration" af Indenrigs- og Sundhedsministeriet"... "Som led heri kan indenrigs- og sundhedsministeriet træffe afgørelse om en midlertidig fravigelse fra det fastsatte maksimum for de kommunale bidrag til regionen."* Med andre ord kan kommunerne blive pålagt at dække evt. budgetoverskridelser i regionen.

#### **2.1.4 Kritik af strukturreformen**

Debatten i kølvandet på først regeringsudspillet, og dernæst de efterfølgende lovforslag viser, at ikke alle deler regeringens positive forventninger til strukturreformen, og især den del der vedrører den ændrede finansiering af sundhedsvæsenet.

Generelt var Kommunernes Landsforening positiv over for reformen. I høringsvaret til udkast til sundhedsloven, skriver KL, at man finder det positivt at kommunerne får ansvaret for genoptræning efter udskrivning og forebyggelse. Desuden *"finder KL det positivt, at der indføres en aktivitetsbaseret betalingsordning, der vil give kommunerne et stærkere incitament til at udbygge de lokale sundhedstilbud, herunder f.eks. i form af kommunale sundhedscentre"* (13).

Amtsrådsforeningen var derimod stærkt negativ over for reformudspillet. I et notat, der kommenterer regeringsudspillet (14; 15) skriver ARF, at *"regeringens udspil på sundhedsområdet vil medføre et mere markedsgjort, centralistisk sundhedsvæsen, der vil være styret af incitamenter, der modvirker sammenhæng og skaber nye gråzoner for borgeren"* Videre anføres det at: *"den øgede statslige styring vil medføre at det regionale råderum for drift af sundhedsvæsenet bliver uhyre snævert"*.

Lægeforeningen udtaler i sit hørings svar til lovforslaget tilfredshed med, at der lægges op til en styrkelse af sundhedsstyrelsens rolle i forbindelse med specialeplanlægningen (16). Lægeforeningen udtrykker på den anden side bekymring for den stramme statslige styring, som næsten ikke giver regionerne noget råderum til selvstændigt at prioritere.

Et væsentligt kritikpunkt - specifikt mod finansieringsreformen - er, at den kommunale medfinansiering er for lav til, at den reelt indebærer et incitament for kommunerne til at iværksætte alternative sundhedstilbud (17). Den potentielle besparelse i betalingen til regionerne er for lille til at kunne finansiere kommunale tilbud (2; 3; 18; 19). I en artikel (2) refereres en amtslig repræsentant for at have beregnet, at en kommune skal nedbringe antallet af indlæggelser for lårbensbrud med 100, før der er sparet penge nok til at ansætte en fysioterapeut. Hertil anfører KL (20) at man til den egentlige indlæggelse skal tillægge besparelser som følge af færre genindlæggelser, ambulante kontroller, samt færre udgifter til hjemmepleje, hjemmesygepleje og sygedagpenge.

Et andet kritikpunkt mod den kommunale finansiering er, at den omfatter alle sundhedsydelser, også dem som kommunerne ingen indflydelse har på (14; 16; 21) *Det er o.k. at man vil give kommunerne incitamenter til at forebygge og lave sundhedsfremme. Men så bør de ikke betale for sygehusindlæggelser i forbindelse med brok og fødsler og*

*blindtarmsoperationer" (Leif Vestergaard, citeret i (2)). Som argument imod en begrænsning i hvilke behandlinger, der bør være omfattet af kommunal medfinansiering, anfører KL (20), at det kan være svært at afgrænse, hvad kommunerne kan forebygge, og hvad de ikke kan forebygge. Og at en finansieringsmodel ikke må tilskynde regionerne til at fokusere på hvilke ydelser, der kan opnås kommunal medfinansiering til.*

Vedrørende kommunale alternativer til sygehusindlæggelser, konkluderer Kjeld Møller Pedersen (3) på baggrund af en litteraturgennemgang, at der kun på få områder er oplagte kommunale muligheder for at erstatte regionale sundhedsydelser med kommunale ydelser. En gennemgang af en række eksempler på kommunale forsøge med foranstaltninger, der har til formål at forebygge sygehusindlæggelser (akutstuer, hospital at home, forebyggelse af faldulykker m.m.) giver ifølge forfatteren ikke overbevisende belæg for, at en kommunal indsats vil være effektiv. Desuden fremføres det i samme publikation (3), at mulighederne for at etablere kommunale sundhedstilbud begrænses af, at kommunerne ikke selv kan ansætte læger. Fra anden side fremføres det, at kommunerne allerede har overtaget mange af de relevante opgaver (18), og at det jo i sidste instans er de praktiserende læger, og ikke kommunerne, som beslutter om en borger skal indlægges (via henvisninger) (18).

Vedrørende de eventuelle kommende kommunale tilbud peger lægerne (16) på risikoen for at kommunerne, i stedet for at supplere sygehusvæsenet, vil opbygge parallelle sundhedstilbud i konkurrence med sygehusvæsenet. Dette vil betyde et forøget resourceforbrug samt øget konkurrence om de knappe lægeressourcer<sup>5</sup>. Desuden frygtes det, at kommunerne vil etablere "discountløsninger" (21), eller at der kommer flere kvalitetsniveauer i sundhedsvæsenet (22). I den forbindelse peger DADL (16) på, at det skal sikres, at de kommunale tilbud lever op til samme kvalitetsstandarder som det resterende sundhedsvæsen.

En anden mulig konsekvens af kommunal medfinansiering er, at de samlede udgifter til sundhedsvæsenet vil blive forøget. Dette vil være en konsekvens i det omfang at de sundhedstilbud, som kommunerne måtte etablere ikke resulterer i en tilsvarende reduktion i udgifterne til sygehusvæsenet. Der er store forventninger til kommunernes indsats på sundhedsområdet efter 1.1. 2007, og dette forventningspres kan føre til at der iværksættes foranstaltninger, som ikke er tilstrækkeligt gennemanalyseret, og som ikke efterfølgende evalueres. *"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" "og hvis vi skal fortsætte gætteierne, så vil det senere vise sig, at de fleste af regnestykkerne ikke holdt vand- hvis der ellers vil være nogen, der gider regne efter" (23) (Thomas Pallesen).*

En mulig grund til, at eventuelle nye kommunale tilbud ikke bliver rentable for kommunerne, kunne være, at den forventede reduktion i forbruget af sygehusydelser ikke realiseres, fordi den ledigblevne kapacitet optages af andre patienter. (18).

En artikel i Mandag Morgen beskæftiger sig ligeledes med de mulige konsekvenser for de samlede sundhedsudgifter af finansieringsreformen (22). En rundspørge blandt 129 kommunaldirektører viser, at knap 50 % forventer, at den nye finansieringsmodel vil få sygehusudgifternes andel af BNP til at stige. Samtidig forventer ca. 75 % af kommu-

---

<sup>5</sup> I det omfang de kommunale tilbud trækker på praktiserende læger eller sygehuslæger



naldirektørerne, at kommunerne vil gøre en ekstra indsats på sundhedsområdet. Artiklen konkluderer på den baggrund, at finansieringsreformen er et "risikabelt økonomisk eksperiment", der kan medføre, at udgifterne kommer ud af kontrol. I det hele taget vil den forventede vækst i sundhedsudgifterne generelt - kommunale sundhedstiltag eller ej - medføre et betydeligt økonomisk pres på kommunernes økonomi i de kommende år (18) (Lausten).

En anden utilsigtet konsekvens af kommunal medfinansiering, kunne være en ny form for kassetækning, hvor sygehusene på grund af mistede indtægter ikke vil være interesserede i at samarbejde med kommunerne om at reducere eller forebygge sygehusindlæggelser. Dette kunne gå ud over projekter i primærsektoren, som kræver hospitalernes medvirken, f.eks. pleje og behandling i patienternes eget hjem ("hospital at home") (3; 21).

En del debatindlæg beskæftiger sig med det betydelige forventede administrative merarbejde, der vil følge af, at regionerne skal udskrive regninger, og som følge af at kommunerne skal analysere udgifterne og kontrollere regninger fra regionerne (2; 24).

Figur 2.1 Sammenfatning af mulige konsekvenser af kommunal medfinansiering

|  |
|--|
| Muligheder   |
| Kommunal medfinansiering vil føre til etablering af nye kommunale sundhedstilbud                 |
| Patientforløbene på tværs af de 2 sektorer vil blive bedre (ingen gråzoner)                      |
| Der vil ske en substitution af sundhedsydelser fra sygehuset til primærsektoren                  |
| Der vil ske en forebyggelse af indlæggelser  |
| Udfordringer og utilsigtede konsekvenser   |
| Der findes ikke effektive kommunale alternativer til sygehusindlæggelse.                         |
| Praktiserende læger vil ikke samarbejde med kommunerne om etablering af kommunale sundhedstilbud |
| Kommunerne vil etablere parallelle sundhedstilbud i konkurrence med sygehusene                   |
| Der bliver ikke blive fulgt op på økonomi og kvalitet i de nye kommunale sundhedstilbud          |
| De nye kommunale tilbud er ikke omkostningseffektive   |
| Etablering af kommunale sundhedstilbud vil medføre en forøgelse af de samlede sundhedsudgifter   |
| Kommunernes kan ikke styre deres sundhedsudgifter  |
| Regionerne kan ikke styre deres sundhedsudgifter.  |

Endelig beskæftiger en del af debatten sig med de mulige konsekvenser af, at regionerne ikke længere får mulighed for at udskrive skatter. Dette er et brud med et mangeårigt princip om at der er sammenhæng mellem det økonomiske og politiske ansvar (25). "Regeringens udspil vil fjerne sammenhængen mellem skat og serviceniveau i den enkelte sygehusregion..." og med fjernelse af skat –serviceforholdet... mister de folkevalgte politikere også den tilskyndelse til økonomisk ansvarlighed, der i dag er en integreret del af sygehusvæsenet" (21).

Sammenfattende kan der således konstateres en modstrid imellem på den ene side de muligheder regeringen ser i indførelse af kommunal medfinansiering, og på den anden side de barrierer og utilsigtede konsekvenser, der påpeges fra kritikernes side. Denne modstrid er sammenfattet i nedenstående Figur 2.1.

## **2.2 Kommunal medfinansiering af sundhedsområdet**

Med strukturreformen er finansieringen af det regionale sundhedsvæsen ændret radikalt. Fra tidligere hovedsageligt at være finansieret gennem den amtslige skatteudskrivning, er sundhedsområdet nu finansieret af staten og kommunerne. Således modtager regionerne et generelt statsligt tilskud, som er øremærket til sundhedsområdet, samt fra kommunerne et grundbidrag der ligeledes er øremærket til sundhedsområdet. Derudover bliver det regionale sundhedsvæsen finansieret af aktivitetsafhængige bidrag fra staten og kommunerne (4).

Dette kapitel beskriver indholdet af den kommunale medfinansiering af sundhedsydelser, størrelsen af de kommunale betalinger, deres andel af de kommunale budgetter samt hvordan afregningen mellem kommunerne og regionerne rent praktisk er organiseret. Endelig indeholder kapitlet en gennemgang af de faktorer som påvirker størrelsen af de kommunale betalinger.

### **2.2.1 Beregning grundbidraget**

Den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet består af et grundbidrag per indbygger, samt et bidrag der er afhængigt af kommunernes forbrug af ydelser i det regionale sundhedsvæsen. Ifølge lov om regionernes finansiering fastlægges størrelsen af det kommunale grundbidrag af Regionsrådet, dog efter drøftelse i kontaktudvalget mellem regionen og kommunerne. For 2007 er grundbidraget generelt fastlagt til 1.102 kr. per indbygger - herefter reguleres det hvert år med udviklingen i priser og lønninger. Reguleringer af grundbidraget udover pris- og lønudviklingen kan kun gennemføres såfremt min. 2/3 af regionens kommuner accepterer det. Grundbidraget kan dog maksimalt udgøre 1.500 kr. per indbygger (2004 pris- og lønniveau).

For at styre udviklingen i udgifterne på dette område opfordrer KL (26) kommunerne i regionen til at finde sammen om en fælles holdning til regionernes forslag til grundbidrag. Helt konkret er man ved et møde KL's repræsentantskab blevet enige om, at opfordre kommunerne til at afvise eventuelle forhøjelser i grundbidraget i årene 2008 og 2009 udover pris- og lønreguleringen (26). Også fra statens side er det ønsket, at stigningen i kommunernes grundbidrag begrænses. Således fremgår det af lov om regionernes finansiering, at statens tilskud til kommunerne vil blive reduceret med 50 % af et evt. provenu fra stigninger ud over udviklingen i priser og lønninger.

### **2.2.2 Beregning af den aktivitetsbestemte finansiering**

#### *Hvilke ydelser?*

Udover grundbidraget skal kommunerne betale et vist beløb per ydelse deres indbygges forbruger i regionens sundhedsvæsen. Betalingen omfatter både forbrug af ydelser i sygesikringen og forbrug af ydelser i regionens sygehusvæsen.

Betalingen for sygehusydelser omfatter forbrug af indlæggelser og ambulante behandlinger på såvel somatiske som psykiatriske sygehuse. Kommunerne betaler specifikt for den genoptræning, der finder sted under indlæggelsen. Baggrunden for dette er,

at kommunerne efter strukturreformen har overtaget ansvaret for den ambulante genoptræning, og ved at kommunerne har det finansielle ansvar både for genoptræning under indlæggelse og efter indlæggelse, søger man sikre neutralitet (undgå kassetænkning) mellem de to træningsformer (1). Sygehusene kan fortsat opkræve et beløb per sengedag patienterne er indlagt efter at de er færdigbehandlede (Sundhedsloven § 238) (4), men som noget nyt kan der efter reformen også kræves betaling for færdigbehandlede psykiatriske patienter.

Betalingen for sygesikringsydelser omfatter besøg hos praktiserende sundhedspersonale: alment praktiserende læge, speciallæge, fysioterapeut, psykolog, fodterapeut, tandlæge m.v.

#### *Hvilke takster?*

Beregningen af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering er nærmere reguleret i et cirkulære udsendt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet (27).

Det fremgår af cirkulæret, at den kommunale medfinansiering opgøres på grundlag af de aktuelle takster i Sundhedsstyrelsens Takstsystem (28). Sundhedsstyrelsens Takstsystem anvendes bl.a. til mellemregionale betalinger (fritvalgspatienter) og til udbetalinger fra regeringens meraktivitetspulje. Desuden anvendes takssystemet i mange regioner til fastlæggelse af sygehusenes bevillinger (takststyring).

Takstsystemet for somatiske patienter tager udgangspunkt i Dansk Casemixsystem, der består af DRG-systemet, der inddeler indlæggelserne i et antal klinisk meningsfulde og ressourcehomogene grupper, samt af DAGS-systemet, der inddeler de ambulante besøg i grupper. Til hver af grupperne i både DRG-systemet og i DAGS-systemet er knyttet en takst (for en nærmere beskrivelse af DRG/DAGS henvises til (28)). Kommunernes betaling udgør 30 pct. af taksterne, dog op til et nærmere specificeret maksimum. Som nævnt afregnes der særskilt for genoptræningen, hvorfor der er udviklet særlige takster for genoptræningsydelser, der således kan betragtes som et tillæg til den almindelige DRG-takst. Kommunerne skal betale 70 % af genoptræningstaksten.

For psykiatriske patienter tager Sundhedsstyrelsens Takstsystem udgangspunkt i en fast takst per sengedag og en fast takst per ambulante besøg<sup>6</sup>. Kommunernes betaling udgør 60 % af sengedagstaksten, dog med et maksimalt beløb per indlæggelse og 30 % af den ambulante takst.

Betaling for færdigbehandlede patienter, er ikke omfattet af Sundhedsstyrelsens takstsystem, men af Sundhedsloven fremgår, at betalingen maksimalt udgør 1.522 kr. per sengedag (i 2004 prisniveau).

Taksterne for forbrug af ydelser i sygesikringen fastlægges på grundlag af de honorarer, der er aftalt i overenskomsterne mellem sygesikringen og de praktiserende sundhedspersoner. Betalingen udgør 10 % af honoraret.

De takster som kommunerne skal betale i 2007 for deres borgeres forbrug af ydelser i regionens sundhedsvæsen fremgår af nedenstående Tabel 2.2.

Taksterne for ydelser i sygehusregi reguleres årligt i forbindelse med reguleringer og opdateringer af Sundhedsstyrelsens Takstsystem. Ligeledes sker der årligt en pris- og lønregulering af maksimumsgrænserne for den kommunale medfinansiering. Taksterne for ydelser i praksissektoren reguleres i takt med honorarudviklingen.

---

<sup>6</sup> Et casemix-system for psykiatriske patienter er under udvikling.

Tabel 2.2 Aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering. (2007-pris- og lønniveau)

Beregning vedrørende somatisk aktivitet på private og offentlige sygehuse

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Stationær behandling           | 30 pct. af DRG-takst, dog maksimalt 4.476 kr. pr. indlæggelse.   |
| Ambulant behandling            | 30 pct. af DAGS-takst, dog maksimalt 298 kr. pr. besøg. Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 4.476 kr. |
| Genoptræning under indlæggelse | 70 pct. af genoptræningstakst  |

Beregning vedrørende psykiatrisk aktivitet på private og offentlige sygehuse

|                      |   |
|----------------------|---|
| Stationær behandling | 60 pct. af sengedagstakst, dog maks. 7159 kr. pr. indlæggelse |
| Ambulant behandling  | 30 pct. af besøgstakst  |

Beregning vedrørende praksissektoren

|   |   |
|---|---|
| Speciallægebehandling                       | 30 pct. af honorarer, dog maksimalt 298 kr. pr. ydelse. |
| Almen lægebehandling                        | 10 pct. af honorarer for grundydelse                    |
| Fysioterapeutisk behandling                 | 10 pct. af honorarer                                    |
| Kiropraktor behandling                      | 10 pct. af honorarer                                    |
| Psykologhjælp                               | 10 pct. af honorarer                                    |
| Fodterapeutisk behandling                   | 10 pct. af honorarer                                    |
| Tandlægebehandling                          | 10 pct. af honorarer                                    |
| Tilskud til anden behandling (Teddy Øfeldt) | 10 pct. af honorarer                                    |

Kilde: (27)

### 2.2.3 Størrelsen af de kommunale betalinger

For 2007 er det beregnet, at den kommunale medfinansiering i alt vil komme til at udgøre 9,4 mia. (29) og kommunerne er samlet set blevet kompenseret for disse udgifter (26). Tabel 2.3 viser eksempler på hvilken andel den kommunale medfinansiering kan forventes at udgøre af de kommunale driftsudgifter i 2007. I tabellen er det valgt at vise 2 kommuner i hver region, nemlig den største og den mindste kommuner (målt på indbyggertal). I hovedstadsregionen, hvor Københavns kommune indgår, er det dog valgt at vise 3 kommuner.

Det fremgår af Tabel 2.3, at den kommunale medfinansiering udgør en begrænset del kommunernes driftsudgifter. For de udvalgte kommuner udgør betalingen mellem 3,96 % og 5,55 % af budgettet, en variation på 40 % mellem højeste og laveste andel.

Tabel 2.3 Eksempler på den kommunale medfinansierings andel af de kommunale driftsbudgetter

| Region      | Kommune    | Indbyggere* | Grundbidrag i 1.000 kr. § | Aktivitetsbestemt finansiering (forventet) 2007 i 1.000 kr. § | I alt i 1.000 kr. | Pct. af driftsudgifterne § |
|-------------|------------|-------------|---------------------------|---|-------------------|----------------------------|
| Hovedstaden | København  | 502.362     | 553.603                   | 980.069   | 1.533.672         | 4,77 %                     |
|             | Ballerup   | 46.759      | 51.528                    | 87.972  | 139.500           | 3,98 %                     |
|             | Vallensbæk | 12.260      | 13.511                    | 21.890  | 35.401            | 5,49 %                     |
| Sjælland    | Roskilde   | 79.441      | 87.544                    | 144.648   | 232.192           | 4,65 %                     |
|             | Solrød     | 20.703      | 22.815                    | 34.986  | 57.801            | 5,55 %                     |
| Syddanmark  | Odense     | 185.871     | 204.830                   | 317.953   | 522.783           | 4,46 %                     |
|             | Langeland  | 14.223      | 15.674                    | 26.393  | 42.067            | 4,38 %                     |
| Midtjylland | Odder      | 21.133      | 23.289                    | 32.707  | 55.996            | 5,00 %                     |
|             | Århus      | 294.954     | 325.039                   | 502.534   | 827.573           | 3,96 %                     |
| Nordjylland | Aalborg    | 192.353     | 211.973                   | 290.962   | 502.935           | 4,01 %                     |
|             | Morsø      | 22.479      | 24.772                    | 38.874  | 63.646            | 4,81 %                     |

Kilder:

\* Udregnet på baggrund af tal fra Danmarks Statistik

§ Udregnet på baggrund af tal fra Kommunernes Landsforening

### 2.3 Den praktiske håndtering af den kommunale afregning

Det fremgik af kritikken i forbindelse med indførelse af kommunal medfinansiering, at der kunne forventes et betydeligt adm. merarbejde, som følge af regionernes regningsudskrivning og som følge af kommunernes kontrol af regninger. Ligeledes blev der efterlyst værktøjer til at analysere kommunernes forbrug af ydelser. Den praktiske håndtering af afregningen synes imidlertid at have imødekommet disse kritikpunkter.

Afregningen af det kommunale aktivitetsbestemte bidrag sker månedligt ved hjælp af et særligt betalingssystem kaldet eSundhed. Beregningen af kommunens betaling sker automatisk på grundlag af sygehusenes aktivitetsregistreringer. Kommunerne og regionerne har mulighed for inden betalingen at kontrollere med deres forventninger. Afregningen foregår således automatisk uden at kommunerne behøver at foretage konkrete handlinger (26).

For regionerne er beregningen af kommunernes bidrag som udgangspunkt baseret på allerede eksisterende aktivitetsregistreringer, dog indebærer betalingerne i forbindelse med f.eks. genoptræning nye registreringer, og dermed et ekstraarbejde for sygehuse.

Efter årets afslutning (pr. 15. marts det efterfølgende år) når sygehusenes endelige registreringer for ydelsesåret foreligger, kan kommunernes endelige betaling for året beregnes. Da sygehusenes aktivitetsregistrering kan være forsinket (11), kan kommunerne derfor forvente en efterbetaling.

Betalingsystemet eSundhed kan desuden bruges til analyser af regionens aktiviteter, f.eks. aldersfordelingen og diagnosefordelingen på patienter, der har været indlagt på regionens sygehuse. Kommunerne kan således ved hjælp af analyseværktøjerne se hvilke patienter der har været indlagt i sygehusvæsenet, og med udgangspunkt heri

vurdere om det evt. vil være relevant at etablere kommunale alternativer til sygehuse-  
ne.

## 2.4 Budgetusikkerhed for kommunerne

Overdragelse af et større ansvar for sundhedsområdet til kommunerne, medfører samti-  
dig overdragelse af en betydelig budgetusikkerhed. Sundhedsvæsenet har været under  
et betydeligt økonomisk pres i de seneste 20 år, (se f.eks. kapitel 3), og dette pres vil  
kommunerne nu også komme til at mærke.

For den del af den kommunale medfinansiering, der består af et grundbidrag per  
indbygger, vil budgetusikkerheden være begrænset, dels fordi antallet af indbyggere  
formentlig ikke udviser de store årlige udsving, og fordi der som tidligere nævnt er  
begrænsninger i muligheden for at øge bidraget per indbygger.

Budgetusikkerheden er derimod større i den aktivitetsbaserede medfinansiering.  
Størrelsen af den kommunale betaling påvirkes af ændringer i *efterspørgslen* efter  
sundhedsydelser, bl.a. som følge af ændringer i befolkningssammensætningen. Således  
kan en ændring i form af flere ældre forventes at medføre en stigning i aktivitetsbase-  
rede medfinansiering, idet ældre borgere generelt har et større forbrug af sundheds-  
ydelser end yngre.

Størrelsen af den kommunale medfinansiering hænger desuden sammen med æn-  
dringer på *udbudssiden*, idet befolkningens forbrug af sundhedsydelser hænger tæt  
sammen med udbudet. Udbudet kan ændres på flere måder: For det første kan æn-  
dringer i regionens sygehusstruktur påvirke forbruget. Således kan nedlæggelse af en  
sygehusafdelinger i en kommune, forventes at reducere sygehusforbruget i den pågæl-  
dende kommune, idet større afstande alt andet lige medfører et lavere sygehusforbrug  
(30). Tilsvarende kan ændringer i antallet af praktiserende sundhedspersoner (antal  
ydernumre i sygesikringen) påvirke forbruget af sygesikringsydelser. En rapport om  
genoptræningskapaciteten i de tidligere amter viste således, at antallet af ydelser hos  
praktiserende fysioterapeut var størst i amter med flest praktiserende fysioterapeuter  
(31).

For det andet vil den aktivitetsbaserede betaling blive påvirket af ændringer i den  
måde sygehuse vælger at tilrettelægge behandlingen af patienterne på: i hvilket  
omfang sygehuse vælger ambulant eller stationær behandling, samt i hvilket omfang  
patienterne genindlægges. Betalingen afhænger desuden af antallet af ambulante be-  
søg for den enkelte. Betalingen afhænger derimod ikke af indlæggelsestiden, idet der  
betales en fast takst for et samlet indlæggelsesforløb, uanset hvor mange dage patien-  
ten har været indlagt. En generel forkortelse af indlæggelsestiderne vil således som  
udgangspunkt ikke komme kommunerne til gode. Dette gælder dog ikke for psykiatriske  
patienter hvor der betales per sengedag (dog inden for en maksimumsgrænse).

Tabel 2.4 viser sammensætningen af den aktivitetsbestemte finansiering i hver af de  
5 regioner. Det ses, at betalingen for stationær somatisk behandling udgør langt stør-  
stedelen af betalingen, mens den stationære ambulante del udgør den næststørste  
andel af betalingen. Det ses desuden, at sammensætningen varierer fra region til regi-  
on. Således varierer den stationære aktivitet fra at udgøre 52 % af den samlede beta-  
ling i Nordjylland til at udgøre 45 % i Hovedstaden, mens f.eks. sygesikringen varierer  
fra at udgøre godt 12 % i Syddanmark til at udgøre godt 16 % i Hovedstaden. Variatio-  
nen i sammensætningen af den kommunale betaling til regionerne kan skyldes forskelle

i behov, men den kan formentlig også tilskrives forskelle i udbudet af regionale sundhedsydelse.

*Tabel 2.4 Den kommunale medfinansiering fordelt på sundhedsydelse. 2005 aktivitet og 2007 takster*

| Region      | Somatik stationær | Somatik ambulant | Psykiatri | Sygesikring | I alt    |
|-------------|-------------------|------------------|-----------|-------------|----------|
| Hovedstaden | 45,03 %           | 29,34 %          | 9,03 %    | 16,63 %     | 100,00 % |
| Sjælland    | 49,82 %           | 29,24 %          | 6,79 %    | 14,15 %     | 100,00 % |
| Syddanmark  | 48,84 %           | 31,34 %          | 7,21 %    | 12,62 %     | 100,00 % |
| Midtjylland | 49,46 %           | 29,93 %          | 7,61 %    | 13,00 %     | 100,00 % |
| Nordjylland | 52,01 %           | 28,52 %          | 5,61 %    | 13,86 %     | 100,00 % |

Kilde: (26)

For det tredje kan en vækst i sygehusaktiviteten og dermed kommunernes betaling skyldes en serviceudvidelse. Serviceudvidelsen kan f.eks. være i form af, at flere borgere behandles, fordi man ønsker at nedbringe ventelisterne, eller fordi man tilbyder behandling til nye grupper af patienter. Regeringen har siden 2002 afsat særlige puljer til finansiering af meraktivitet i sygehusvæsenet, og i det omfang disse bevillinger øges, vil den meraktivitet, dette medfører, have en afsmittende effekt på kommunernes medfinansiering. Tabel 2.5 viser væksten i den aktivitetsbestemte finansiering fra 2004 til 2005 forudsat at kommunal medfinansiering allerede var indført. Da betalingen i de to år er opgjort med samme takster (2006), viser tabellen således den mængdemæssige udvikling i aktiviteten fra 2004 til 2005. Det ses at aktiviteten på landsplan stiger med godt 3 %, men at stigningsprocenterne varierer fra region til region.

*Tabel 2.5 Væksten i aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering fra 2004 til 2005. Opgjort i 2006 takster*

| Region             | Vækst i aktivitetsbestemt medfinansiering fra 2004 til 2005 |
|--------------------|---|
| Region Hovedstaden | 2,66 %  |
| Region Sjælland    | 3,17 %  |
| Region Syddanmark  | 2,23 %  |
| Region Midtjylland | 4,27 %  |
| Region Nordjylland | 3,34 %  |
| Hele landet        | 3,04 %  |

Kilde: (26)

## 2.5 Kan kommunerne påvirke udgifterne?

Kommunernes mulighed for at påvirke sygehusforbruget og dermed reducere udgifter og budgetusikkerhed, er som udgangspunkt begrænset. Det er de praktiserende læger, der indlægger patienterne og sygehusene selv, der bestemmer behandlingsforløbet. Ikke desto mindre er kommunal medfinansiering netop indført med det formål, at give kommunerne et økonomisk incitament til at forsøge at påvirke udgifterne, enten ved at forebygge indlæggelser f.eks. gennem forbedringer i ældreplejen, eller ved at erstatte nogle af sygehusets tilbud med tilbud i kommunalt regi (f.eks. akutstuer på plejehjem som erstatning for visse medicinske indlæggelser). En mulighed for kommunerne til at

indkredse mulige områder, hvor de kunne sætte ind med alternativer eller forebyggende tiltag er, som nævnt ovenfor, at gennemføre analyser af kommunens sygehusforbrug i eSundhed.

Hvorvidt sådanne initiativer er faglige og økonomisk forsvarlige afhænger af de konkrete tiltag, og kan ikke besvares generelt. Som gennemgået i kapitel 1, er der i den danske debat rejst tvivl om hvorvidt der eksisterer reelle kommunale alternativer til sygehusindlæggelser, og hvorvidt det vil være økonomisk rationelt for kommunerne at etablere sådanne tilbud. Ikke desto mindre viser erfaringerne fra andre lande – jf. rapportens kapitel 4 og 5 – at indførelse af kommunal medfinansiering eller tilsvarende finansieringsform fører til udvikling af nye sundhedstilbud i den primære sundhedssektor – uanset om disse tilbud er økonomisk rationelle eller ej.

En medvirkende årsag til at det kan være økonomisk usikkert for en kommune at etablere tilbud, som skal erstatte eller forebygge sygehusydelse, er at det er tvivlsomt hvorvidt, der reelt vil ske en reduktion i sygehusforbruget og dermed i kommunens betalinger til regionen, eller om den ledige kapacitet blot vil blive optaget af andre patienter. En alternativ mulighed for at finansiere et kommunalt alternativ til en sygehusydelse, er at anvende muligheden for "delt finansiering" med regionen. I henhold til sundhedslovens (§ 242) kan et regionsråd således aftale med en kommunalbestyrelse, at der betales for personer, som henvises til et tilbud i kommunalt regi, som alternativ til sygehusindlæggelse. Med andre ord: indgå en aftale med regionen om den er med til at finansiere et kommunalt tilbud, som skal erstatte sygehusstilbud.

Som supplement til hjemtagning af sundhedstilbud, kan kommunerne gå i dialog med regionens sygehuse, f.eks. i spørgsmål om tilrettelæggelse af behandlingsforløb, udskrivningspolitik, omfanget af genindlæggelser, ambulante besøg m.v. Sådanne drøftelser kan f.eks. foregå i tilknytning til indgåelse af de årlige sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne. Men, som det vil fremgå af de udenlandske erfaringer, der er refereret i kapitel 4 og 5, forudsætter gennemførelse af de analyser, der skal ligge til grund for en sådan dialog samt selve dialogen, at kommunen er i besiddelse af gennemslagskraft over for sygehusene, f.eks. i form af den fornødne kliniske kompetence.

Sammenfattende medfører kommunal medfinansiering af sundhedsydelse, en betydelig budgetusikkerhed for kommunerne. I reformens første år (2007), har kommunerne og regeringen (32) aftalt at, budgetoverskridelser, der kan tilskrives udgifter til kommunal medfinansiering udover det forudsatte (9,4 mia. kr.), ikke vil blive betragtet som overskridelse af den kommunernes udgiftsramme. Hvordan stigningen i de kommunale sundhedsudgifter fremover vil blive finansieret, vil blive afgjort i forhandlinger mellem kommunerne og regeringen. En finansieringsmulighed vil være skattestigninger, en anden mulighed vil være besparelser på andre af kommunernes udgiftsområder.



## 3. Danske og udenlandske reformer

### 3.1 Indledning

Mange lande har i de seneste 20 år gennemført mere eller mindre indgribende omstruktureringer af deres sundhedssystemer (33-36). På trods af forskelle i udgangspunkt, har reformerne haft en række fælles træk, begrundet dels i fælles problemer indbygget i sundhedssystemerne og i det omgivende samfund, dels udefra kommende påvirkninger i form af internationale politiske og ideologiske strømninger (36).

Også i Danmark er der inden for seneste årtier gennemført ændringer på sundhedsområdet, og de ændringer, der er gennemført, har en lang række lighedspunkter med de internationale reformer. Senest har de ændringer på sundhedsområdet, der er gennemført som led i strukturreformen, vist sig at have mange fælles træk – men også enkelte forskelle – med de reformer, der er gennemført i de lande vi normalt sammenligner os med.

Dette kapitel indeholder en gennemgang af nogle forskelle og ligheder mellem de seneste 20 års internationale reformtrends og ændringer i danske sundhedsvæsen i samme periode – herunder strukturreformen. Kapitlet er baseret på en litteraturgennemgang. Der er ikke foretaget en systematisk litteratursøgning, og gennemgangen af de internationale reformtrends er vid udstrækning baseret på 4 rapporter (34-37).

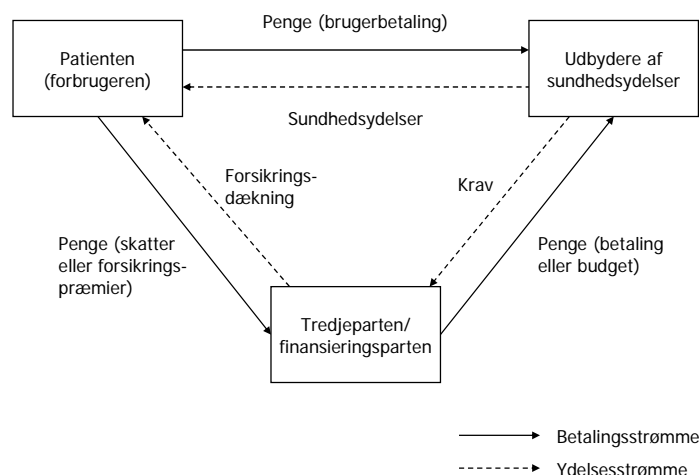
Indledningsvist præsenteres en model for organiseringen og finansieringen af et lands sundhedsvæsen. Med udgangspunkt i denne model gennemgås herefter nogle udfordringer, der har været fælles for landenes sundhedsvæsen, samt nogle væsentlige temaer for de senere 20 års reformer.

### 3.2 Referenceramme for analysen

Finansieringen og organiseringen af et sundhedsvæsen, kan analyseres med udgangspunkt i en model, der beskriver de tre vigtige parter i markedet for sundhedsvæsenet samt relationerne imellem dem (38; 39), se Figur 3.1.

De tre parter i markedet er hhv. patienten (forbrugeren), udbyderen af sundhedsydelser og finansieringsparten (tredjeparten). At man har indskudt en tredjepart, mellem producent og forbruger, afspejler at varen "sundhedsydelser" adskiller sig fra mange andre varer, se f.eks. (40). Således har ikke blot den enkelte men også det omgivende samfund glæde af forbruget af sundhedsydelser (f.eks. behandling af smitsomme sygdomme), ligesom der i de fleste samfund er et ønske om, at der skal være lighed i adgangen til sundhedsydelser. Hertil kommer, at sundhedsydelser er dyre og at timingen og omfanget i behovet er usikker. For at fjerne usikkerheden og for at sikre ligheden, er der opstået en tredjepart, som på forsikringsbasis står for finansieringen af sundhedsydelserne. Denne tredjepart kan enten være en offentlig myndighed eller en sygeforsikring.

Figur 3.1 Markedet for sundhedsydelse



Kilde: Udarbejdet med udgangspunkt i (39)

Modellens *Udbydere* er de mange forskellige producenter af sundhedsydelse, f.eks. praktiserende læger, speciallæger, tandlæger sygehuse og hjemmesygeplejersker. Udbydere kan være private (profit eller non-profit) eller offentlige, som f.eks. de danske sygehuse. I de fleste lande består udbydere af en kombination af offentlige og private.

*Finansieringsparten/tredjeparten* bærer den finansielle risiko for patienten. Finansieringsparten kan være en sygeforsikring - offentlig eller privat - eller en offentlig myndighed, f.eks. staten eller en regional myndighed. De forskellige finansieringsformer kan groft inddeles i 4 hovedtyper (39; 41): Private sygeforsikringer (eks. Tyskland), nationale sygeforsikringer (eks. Canada og Frankrig), offentligt finansierede sundhedssystemer (eks. Storbritannien, de nordiske lande) eller blandinger af de 3 former. Ofte vil det være forskellige finansieringsparten der dækker forskellige typer af sundhedsydelse. F.eks. en part, der er ansvarlig for finansiering af sygehusvæsenet og en anden part, der er ansvarlig for det primære sundhedsvæsen.

Modellens *patienter* er det pågældende lands borgere og dermed de potentielle brugere af sundhedsvæsenet. Alle borgere er som udgangspunkt dækket af en finansieringspart. I visse forsikringsfinansierede lande (f.eks. USA) vil der dog være borgere, som (selvvalgt eller ikke selvvalgt) ikke er omfattet af en forsikringsordning, og som derfor selv må betale for deres sundhedsydelse på det tidspunkt hvor de opstår. I lande med offentlige sundhedssystemer (f.eks. Danmark) kan der være visse grupper, f.eks. udlændinge, der midlertidigt opholder sig i landet, hvis forbrug af sundhedsydelse ikke er dækket af finansieringsparten.

*Relationerne imellem patient og udbyder* består i, at patienten modtager ydelse fra udbyderen, ydelse der i større eller mindre omfang – eller slet ikke – modsvares af en

betaling fra patienten (brugerbetaling). Omfanget og sammensætningen af brugerbetalingen varierer mellem forskellige lande (35) kap. 3).

*Relationerne mellem borger og tredjeparten* består i, at borgeren (eller evt. arbejdsgiveren på borgerens vegne) indbetaler en forsikringspræmie, eller at borgeren betaler skat til finansieringsparten. Til gengæld for forsikringspræmien/skatten opnår borgeren en forsikringsdækning og dermed adgang til mere eller mindre fri benyttelse af sundhedsydelser (afhængigt af regler om visitation og brugerbetaling).

*Relationerne mellem finansieringsparten og udbyderen* består i, at udbyderen stiller krav om betaling for de sundhedsydelser, der leveres til patienterne, og at finansieringsparten betaler i henhold til nærmere aftalte finansieringsformer. Der findes en række forskellige finansieringsformer, der bl.a. adskiller sig med hensyn til om de giver budgetsikkerhed for finansieringsparten eller for udbyderen. I den ene ende af et kontinuum findes finansiering i form af et budget, der fastlægges årligt, mere eller mindre uafhængigt af antallet og arten af ydelser der leveres. Denne finansieringsform indebærer fuld budgetsikkerhed for finansieringsparten, men ikke for udbyderen. I den anden ende af kontinuet findes den aktivitetsbaserede finansieringsform, hvor udbyderen afregnes efter arten og omfanget af ydelser, der er givet til patienterne. Denne finansieringsform indebærer budgetsikkerhed for udbyderen men ikke for finansieringsparten(42).

Relationerne mellem finansieringspart og udbyder kan yderligere beskrives ved ejerforholdet. Der kan således enten være tale om 2 selvstændige parter, hvor udbyderen er en privat virksomhed (f.eks. praktiserende læge, privathospital) og finansieringsparten en privat sygeforsikring. Eller der kan være tale om at udbyder og finansieringspart er én og samme myndighed, f.eks. de offentlige sygehuse i Danmark, der drives og ejes af amterne, eller hjemmesygeplejersker, der er ansat af kommunerne.

Relationerne mellem finansieringsparten og udbyderne kan groft inddeles i tre hovedkategorier (33):

- ◆ Offentligt integrerede systemer hvor både finansieringspart og udbyder er offentlige og hvor finansieringsparten ejer udbyderne (f.eks. sygehusvæsenet i de nordiske lande, UK, Australien).
- ◆ Offentligt kontraktssystem, hvor offentlige betalere (staten eller en offentlig forsikringsordning) indgår kontrakter med private udbydere (f.eks. Tyskland, Frankrig, Holland)
- ◆ Privat forsikring/privat udbyder hvor både forsikrings-selskab og udbyder er privat.

De reformer, der er gennemført i en række europæiske lande, vedrører f.eks. ændringer med hensyn til *hvem*, der varetager finansieringsforpligtelsen for hvilke sundhedsydelser, eller ændringer i *relationerne* imellem parterne, f.eks. ændringer i forholdet mellem udbyder og finansieringspart i form af indførelse af nye finansieringsformer eller indførelse af konkurrence mellem udbydere af sundhedsydelser.

### 3.3 Udfordringer for sundhedsvæsenet

Uanset at de vestlige landes sundhedssystemer er opbygget forskelligt, har de i de sidste 20 år stået over for en række udfordringer, som har været fælles. Sundhedsvæsenet har således stået overfor en *øget efterspørgsel* betinget af den demografiske udvikling, et ændret sygdomsbillede f.eks. som følge af nye infektionssygdomme som

AIDS, og som følge af uhensigtsmæssig livsstil (rygning og alkoholmisbrug) (30; 30; 34; 35; 35; 36; 36; 37). Med til det ændrede sygdomsbillede hører også en stigning i antallet af patienter med kroniske sygdomme. Efterspørgslen er desuden påvirket af den medicinske teknologiske udvikling, som på den ene side har medført effektiviseringer af behandlingsforløb (kortere indlæggelser), men på den anden side øget efterspørgsel, da den nye teknologi indebærer behandlingsmulighed for nye patientgrupper.

Dette pres på sundhedsudgifterne er opstået samtidig med, at der har været *begrænsninger i den offentlige sektors vækstmuligheder*, og mange lande i EU - herunder Danmark - har stået overfor krav om en reduktion eller et stop for væksten i de offentlige udgifter (36; 43). Den øgede efterspørgsel og den begrænsede vækst gav sig i flere lande udslag i betydelige ventelister til sygehusbehandling (f.eks. i de nordiske lande og i Storbritannien) (44).

En måde at løse presset på sundhedsudgifterne på, har været at stille *krav om øget produktivitet*, enten i form af krav om øget produktion inden for de fastsatte økonomiske rammer, eller form af krav om samme produktion inden for et reduceret beløb. I Danmark har dette f.eks. udmøntet sig i krav om produktivetsforbedringer i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og amterne (45), og i regeringens oplæg til strukturreformen fremgik det, at målet med reformen var, at den enkelte borger skulle have mere kvalitet for pengene (9).

Udover det økonomiske pres stod sundhedsvæsenerne overfor krav om øget *kvalitet*. Behandlingskvaliteten var ikke længere et internt anliggende for den medicinske profession (33), men et område, der var genstand for politisk interesse. Der blev i stigende grad stillet krav om, at de behandlinger man anvendte i sundhedsvæsenet, var effektive og i overensstemmelse med foreliggende evidens. Samtidig voksede *patienternes forventninger* til sundhedsvæsenet, og der opstod krav om større valgfrihed og der blev lagt vægt på sikring af patientrettigheder.

De reformer, der er blevet gennemført i mange vestlige lande, skal ses som en reaktion på ovenfor nævnte udfordringer. Men samtidig kan reformerne også ses som et udtryk for en fælles *ledelsesmæssig reformtrend*, som har berørt den offentlige sektor i mange vestlige i de sidste to årtier af det 20. århundrede (34; 46)(Klausen). Denne trend har haft flere betegnelser: "Modernisering af den offentlige sektor" eller "New Public Management" (NPM). NPM tager sit udgangspunkt i en kritik af den offentlige sektor som værende for stor og ineffektiv. Derfor bør den offentlige sektor moderniseres og organiseres som den private (som forventes at være mere effektiv end den offentlige). Der bør ske en adskillelse af dem, der træffer de politiske beslutninger, og dem der udfører detailstyringen, hvilket kan ske ved decentralisering, udlicitering eller egentlige privatiseringer. Sammen med decentraliseringen kan der evt. indføres konkurrence imellem de forskellige udbydere. Styringskonceptet er således baseret på markedsrelationer i stedet for det tidligere hierarkiske underordnet/overordnet styringsprincip.

NPM reformer kan ses både som en reaktion på en politisk ideologisk trend, og dermed som et mål i sig selv, og som et muligt middel til at løse de problemer som opstod som følge af det øgede økonomiske pres, og den øgede fokus på kvalitet og patientrettigheder.

### 3.4 Reformtemaer

Dette kapitel indeholder en gennemgang af nogle overordnede fælles temaer for de sundhedsreformer, der i de seneste 20 år er blevet gennemført som reaktion på de ovenfor gennemgåede udfordringer. For hvert tema gennemgås først de internationale trends, dernæst eventuelle danske tiltag - herunder tiltag i forbindelse med struktureformen.

#### 3.4.1 Ændringer med hensyn til hvem der finansierer hvilke ydelser

I lande med offentligt integrerede sundhedsvæsen (f.eks. de nordiske lande og UK) er sundhedsvæsenet ofte organiseret således, at det er forskellige myndigheder der har ansvaret for de forskellige dele af sundhedssektoren. Der er således typisk en opdeling hvor ét administrativt led dækker sygehusvæsenet, mens et andet administrativt led dækker den primære sundhedssektor. I lande med forsikringsbaserede sundhedssystemer vil en forsikringsordning derimod typisk dække et bredt spekter af ydelser. I USA, hvor mange indbyggere er medlem af en såkaldte Health Maintenance Organisations (HMO), dækker forsikringen typisk både det primære og det sekundære sundhedsvæsen (f.eks. Kaiser Permanente (47)).

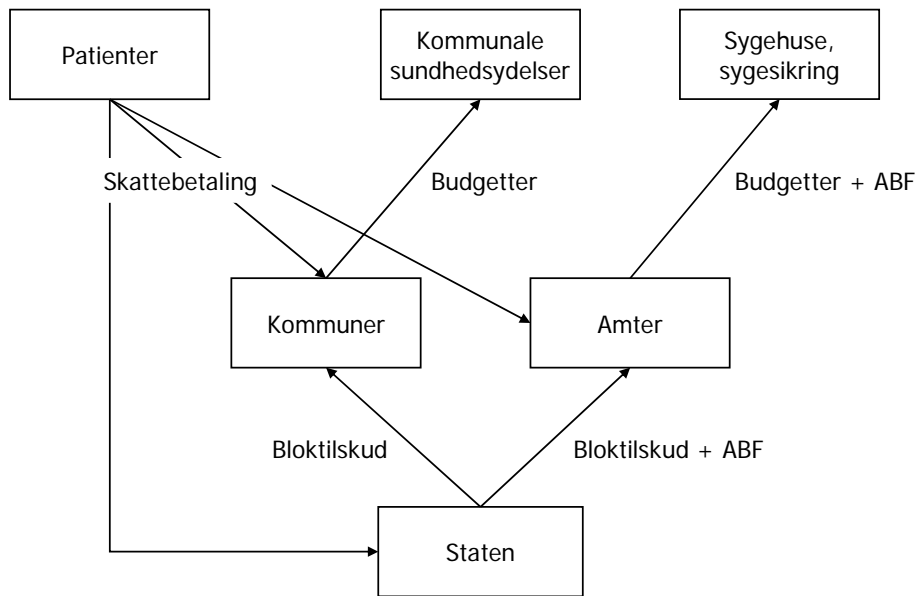
Opsplitningen af sundhedsvæsenet i flere forskellige kasser kan medføre utilsigtede konsekvenser i form af "kassetænkning" og manglende koordination på tværs af de forskellige kasser (gråzoner). Hertil kommer at snitfladen imellem f.eks. sygehussektor, primærsektor og socialektor kan være uklar. Et reformtema i mange lande, har derfor været ændringer i ansvarsfordelingen inden for sundhedssektoren. F.eks. at ansvaret for finansieringen af det primære og det sekundære sundhedsvæsen er blevet samlet under en administrativ enhed. Det gælder f.eks. i Finland hvor kommunerne i 1993 overtog det fulde ansvar for at finansiere sygehussektoren (nærmere herom i kapitel 4), og i England hvor Primary Care Trust har ansvaret for både drift af primære sundhedsydelser og køb af sygehusydelser (se nærmere herom i kapitel 5).

#### *Ændringer i Danmark*

En af de væsentligste ændringer i forbindelse med struktureformen i Danmark har netop været en ændret finansiering af sundhedsvæsen. Kommunerne, havde hidtil ansvaret for nogle primære sundhedsopgaver som f.eks. hjemmesygepleje, mens amterne havde ansvaret for sygehusvæsenet og sygesikringen. Efter struktureformen får kommunerne yderligere et medansvar for finansieringen af sygehusene og sygesikringen. Med andre ord en delvis samling af ansvaret for finansieringen af det primære og det sekundære sundhedsvæsenet, svarende til reformerne i Finland og England. Men mens der i de to øvrige lande, har været tale om næsten fuld sammenlægning af finansieringsansvaret for de to sektorer, er der i Danmark kun tale om at kommunerne har overtaget 20 % af finansieringsansvaret.

Indførelsen af kommunal medfinansiering har – i lighed med tilsvarende reformer i andre lande – haft til formål at fjerne nogle økonomiske barrierer for samarbejdet mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet, samt at tilskynde til en effektiv arbejdsfordeling mellem den primære og den sekundære sundhedssektor. Ændringerne er illustreret i Figur 3.3 og Figur 3.2, der med udgangspunkt i den model der blev præsenteret i Figur 3.1, viser finansieringen hhv. før - og efter - struktureformen.

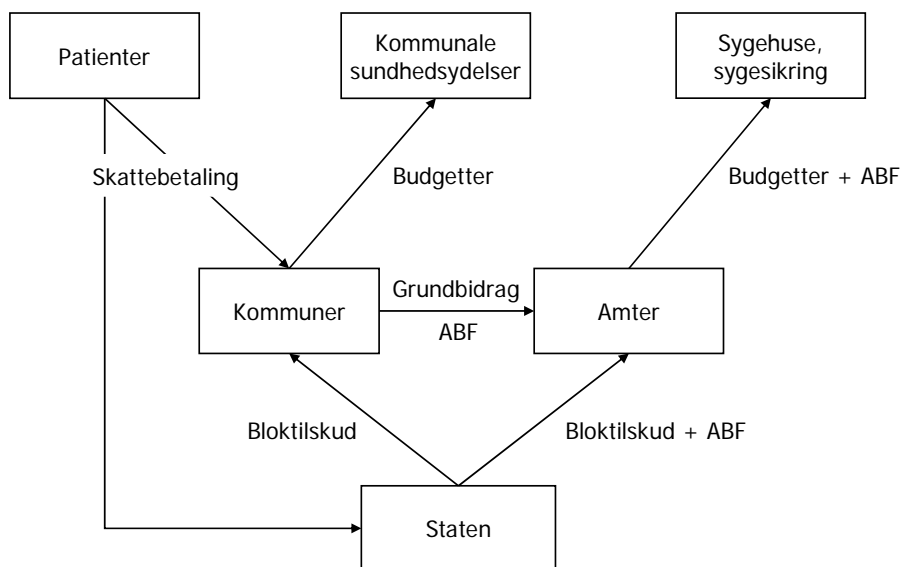
Figur 3.2 Finansieringen af det danske sundhedsvæsen før strukturreformen



ABF: Aktivitetsbaseret finansiering

→ Betalingsstrømme

Figur 3.3 Finansieringen af det danske sundhedsvæsen efter strukturreformen



ABF: Aktivitetsbaseret finansiering

→ Betalingsstrømme

Figurene viser, hvorledes amternes skatteindtægt forsvinder og erstattes af bidrag fra kommunerne og staten.

### 3.4.2 Etablering af køber/sælger relationer

Et andet hovedtema i reformerne har været at forsøge at løse sundhedsvæsenets problemer gennem ændringer i relationerne mellem finansieringspart og udbyder. Mange lande, der som Danmark har et offentligt integreret sundhedssystem, har således gennemført større eller mindre grader af adskillelse af finansieringsparten og producenterne af sundhedsydelse ("arms længde princip"). Adskillelsen indebærer en decentralisering af beslutningskompetencen f.eks. gennem indførelse af mål- og rammestyring eller kontraktstyring.

Oftest benævnes disse ændringer som "køber/sælger" modeller (48) hvor finansieringsparten – køberen - betragtes som den part, der på vegne af borgerne er ansvarlig for, at de nødvendige sundhedsydelser er til rådighed, men i øvrigt ikke blander sig i driften af de institutioner, der skal producere sundhedsydelserne. Sælgeren er producenten, der skal levere de aftalte sundhedsydelser, og i øvrigt har den fornødne autonomi til at tilrettelægge sin produktion så effektivt som muligt.

At køberen ikke blander sig i den løbende drift er dog ikke ensbetydende med, at køberen blot passivt udbetaler det aftalte budget, eller passivt betaler de udstedte regninger. Udviklingen går i stedet i retning af at køberfunktionen - hvad enten der er tale om et amt/region eller en forsikring – proaktivt træffer beslutninger med hensyn til hvilke former for service, der skal købes, med hvilken kvalitet og fra hvem (37). På engelsk betegnes denne rolle som "Purchasing", eller "Commissioning".

Adskillelsen mellem producent og finansieringspart kan føre til, at der dannes egentlige markeder, hvor der opstår konkurrence mellem de forskellige udbydere af sundhedsydelser. Da der ikke er tale om et marked i traditionel økonomisk forstand<sup>7</sup>, benævnes disse markeder "Interne markeder" eller "Quasi markeder". Det er forventningen, at markedsmekanismen vil forøge effektiviteten, idet udbyderne vil konkurrere på pris og kvalitet for at opnå kontrakter med køber.

Eksempler på lande, der har adskilt køber- og sælgerfunktionen, er Storbritannien, hvor man under den konservative regering i 1990'erne organisatorisk adskilte købere og sælgere af sygehusydelser. Et andet eksempel er Stockholms Län, der fra 1992 ligeledes organisatorisk adskilte køber- og sælgerrollen (48).

#### *Ændringer i Danmark*

Også i Danmark er der sket en decentralisering, som har medført at udbyderne har fået større autonomi. Foranlediget af produktivitetsudvalgets betænkning (49) påbegyndte man i 1980'erne at decentralisere budgetansvaret til de nyetablerede sygehusledelser (trojkaledelser) samt senere yderligere at decentralisere budgetansvaret til afdelingsledelser. Den stramme regel- og kapacitetsstyring (budgetrammer, sengenormering, personalenormering m.m.) afløstes af forskellige former for kontraktstyring, hvor man i stedet for styring af input fokuserede på styring af output (antal behandlede patienter, ventetider m.m.) (50; 51). Den overordnede politiske styring af sygehusene, f.eks. beslutninger om hvilke specialer, der skal være repræsenteret på hvilke sygehuse, er dog bevaret, og egentlige køber/sælger relationer, hvor f.eks. amterne hver år traf beslut-

---

<sup>7</sup> Ikke direkte transaktion mellem bruger og sælger

ning om hvilke behandlinger de skulle købe på hvilke sygehuse, er hidtil ikke blevet indført i Danmark.

Strukturreformen og dermed indførelse af kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen kan på længere sigt føre til, at kommunerne kommer til at indtage en mere aktiv rolle i beslutningen om hvilke ydelser, sygehusene skal stille til rådighed for kommunens borgere. En sådan dialog kan opstå i forbindelse med den årlige indgåelse af sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne, hvor kommunerne kan stille krav/forslag til indhold/kvalitet i de ydelser, sygehusene leverer til kommunens borgere. Alternativt kunne man forestille sig, at kommunen stillede krav som betingelse for en stigning i det grundbidrag, som kommunen skal betale til regionen, med andre ord at der etableres et køber/sælger forhold mellem kommuner og regioner.

Der vil dog i givet fald blive tale om et køber/sælger forhold mellem region og kommune, og ikke mellem kommune og sygehus. Dette skyldes, at sygehusene er underlagt regionernes styring, og at det aktivitetsbestemte bidrag fra kommunerne i første omgang går til regionerne, og ikke til det enkelte sygehus. Kommunerne har derfor som udgangspunkt ingen mulighed for direkte at gå i dialog med det enkelte sygehus, for at påvirke omfang og arten af ydelser der leveres til borgerne.

Der er ikke lagt op til at kommunerne kan vælge at købe sygehusydelser til deres borgere i andre regioner end den region kommunen er beliggende i, eller for den sags skyld på private sygehuse. Der er dermed ikke tale om etablering af et internt marked for sygehusydelser. Dog indebærer patienternes frie sygehusvalg, som senere omtales, en vis konkurrenceudsætning af sygehusvæsenet.

### 3.4.3 Ændrede finansieringsformer

Et andet udbredt reformtema i relation til forholdet mellem udbyder og finansieringspart er ændringer i den måde, finansieringsparten afregner producenterne på. Baggrunden for disse ændringer er, at forskellige måder at finansiere f.eks. sygehuse på antages, at medføre forskellige incitamenter i relation til fremme af produktivitet, udgiftskontrol og kvalitet (42; 52). Generelt antages det, at fast afregning i form af rammebudgetter først og fremmest medfører budgetsikkerhed, hvorimod incitamentet til produktivitet- og kvalitetsforbedringer er begrænset. Lande med rammestyring er derfor ofte karakteriserede ved relativt lave, stabile sundhedsudgifter, men til gengæld ventelister til sygehusbehandling (F.eks. Danmark og England (44)). Omvendt antages variabel finansiering i form af regning efter antallet af leverede ydelser, at medføre et incitament til at øge aktiviteten, men derimod begrænset budgetkontrol. Lande med variabel finansieringsform er derfor sjældent karakteriserede af ventelister, men til gengæld af relativt høje – og stigende – sundhedsudgifter (eks. Tyskland og USA), se f.eks. (42; 53).

Med henblik på at imødekomme behovet for et finansieringssystem, der på den ene side indebærer et incitament til at øge produktiviteten og aktiviteten, og på den anden side sikrer budgetkontrol, har man i mange europæiske lande erstattet rammestyring med aktivitetsbaseret finansiering. Afregningen sker ved anvendelse af forudbestemte takster pr leveret ydelse, f.eks. det såkaldte DRG-system<sup>8</sup>, der indebærer en fast afregning per sygehusindlæggelse. Budgetkontrollen sikres ved maksimale grænser for hvor

---

<sup>8</sup> DRG-systemet er et klassifikationssystem for sygehuspatienter. Systemet fastlægger takster for forskellige typer af indlæggelser og ambulante behandlinger.



meget der kan udbetales til den enkelte udbyder, eller knæktaktser, dvs. en reduktion i afregningen når aktiviteten overstiger et vist niveau.

#### *Ændringer i Danmark*

Også i Danmark er der sket ændringer i finansieringen af sygehusene. Rammestyringen er delvis blevet afløst af mere incitamentskabende finansieringsformer. Først gennem regeringens meraktivitetspulje<sup>9</sup>, hvor det er en forudsætning, at en del af amternes indtægter skal videreføres til sygehusene (52). Senere gennem indførelse af takststyringen af sygehusene<sup>10</sup>. Også i Danmark spiller DRG-systemet en vigtig rolle i de nye aktivitetsbaserede finansieringsformer.

Strukturreformen medfører ikke umiddelbart ændringer i den måde sygehusene finansieres på. Regeringens meraktivitetspulje fortsætter uændret, men den aktivitetsbaserede finansiering af sygehusvæsenet øges i forbindelse med, at en del af kommunernes medfinansiering er baseret på den præsterede aktivitet. Betalingen går dog i første omgang til regionen og ikke til sygehusene. Det er derfor spørgsmålet hvor store incitamenter den beskedne kommunale medfinansiering giver sygehusene til at øge aktiviteten. Formålet med den aktivitetsbaserede kommunale medfinansiering, har da heller ikke været at få sygehusene til at øge aktiviteten, men i stedet af få kommunerne til at reducere forbruget af sygehusydelse.

#### **3.4.4 Decentralisering**

Adskillelsen af finansieringspart og udbyder, kan som nævnt karakteriseres som en decentralisering, men også i andre relationer er der sket ændringer, der kan karakteriseres som decentralisering. Et reformtema i nogle lande, har således været decentralisering fra det statslige til det regionale/lokale niveau. Baggrunden for decentraliseringen har været en erkendelse af, at de centrale myndigheder har haft vanskeligt ved at forfølge lokale behov. Hertil kommer, at store statslige bureaukratier ofte er uflexible, og har problemer med at tilpasse udbudet af sundhedsydelser i takt med ændringer i behovet (35) p. 213). I England, hvor man har et statsligt sundhedsvæsen (National Health Service), har de i de senere år gennemført ændringer, der i vidt omfang har haft til formål at decentralisere beslutninger fra det statslige til det lokale niveau (se mere herom i kapitel 5). Reformen af det finske sundhedsvæsen i 1993 havde ligeledes til formål at reducere den statslige styring af sygehusområdet, og i stedet fremme den lokale ansvarlighed.

#### *Ændringer i Danmark*

Danmark og de øvrige nordiske lande har traditionelt haft et decentralt sundhedsvæsen, hvor statens rolle alene har været at fastlægge de overordnede rammer, mens det har været op til de lokale myndigheder at udforme og drive sundhedstilbudene. Det har således suverænt været amternes ansvar til tilrettelægge det amtslige sundhedsvæsen, herunder at beslutte hvilke lægelige specialer, der skulle være repræsenteret på amtets sygehuse, ligesom amterne gennem skatteudskrivningen fastlagde serviceniveauet. I

---

<sup>9</sup> Regeringen har siden 2002 afsat en særlig pulje til finansiering af meraktivitet i sygehusvæsenet. Tilskuddet udbetales til amter, der har en dokumenteret meraktivitet. Det er forudsat at en del af tilskuddet formidles videre til de producerende sygehuse.

<sup>10</sup> Fra 2004 blev det som led i økonomiaftalen mellem amterne og regeringen aftalt at mindst 20 % af sygehusenes bevillinger skulle være baseret på den præsterede aktivitet, se (11).

forbindelse med strukturreformen sker der imidlertid en ændring i relationerne mellem det statslige og det regionale niveau. Staten får mulighed for at koordinere specialeplanlægningen på tværs af regionerne, ligesom staten overtager hovedansvaret for finansieringen af sygehusvæsenet, og dermed kontrollen med serviceniveauet. Altså sker der i Danmark - i modsætningen til reformtrenden i visse andre lande - en øget centralisering af sundhedsområdet.

De internationale trends, som beskrives i det følgende, kan være et resultat af de ændringer i finansieringen og organiseringen af sundhedsvæsenet – og dermed i incitamentsstrukturen - som er beskrevet ovenfor. De kan dog også være et resultat af en regulering i form af lovgivnings- eller planlægnings tiltag fra de ansvarlige myndigheders side.

### **3.4.5 Omstruktureringer af sygehusvæsenet**

Antallet af sygehussenge er reduceret i de seneste 20 år i alle europæiske lande (35), dels som følge af ændringer i behandlingsmønstret dels som følge af ændrede indikationer for sygehusindlæggelse. En af de væsentligste årsager til det faldende antal indlæggelsesdage er øget anvendelse af ambulant behandling og dagbehandling, samt en generelt kortere indlæggelsestid. Denne udvikling er igen begrundet i den medicinske teknologiske udvikling, f.eks. fremkomsten af mindre invasive kirurgiske teknikker.

Et andet træk ved udviklingen i sygehusstrukturen er en centralisering af sygehuskapaciteten på færre men større sygehuse. En centralisering, der ligeledes er begrundet med den medicinske teknologiske udvikling som forudsætter anskaffelse af dyrt avanceret apparatur (f.eks. inden for det billeddiagnostiske område). Hertil kommer den øgede lægelige specialisering, som nødvendiggør, at mange forskellige speciallæger skal være repræsenteret på et sygehus. Samlet set indebærer udviklingen således, at den økonomisk og klinisk mest optimale sygehusstørrelse er større (54).

#### *Ændringer i Danmark*

Også i Danmark er sygehusvæsenet blevet decentraliseret i de seneste 20 år. Antallet af sygehuse og sygehussenge er reduceret, og de tilbageblevne sygehuse er blevet større, se f.eks. (30). Men denne udvikling er langt fra tilendebragt. De strukturelle ændringer i tilknytning til strukturreformen, hvor de 14 amter og H:S erstattes med 5 regioner, er bl.a. begrundet i et ønske om, at muliggøre en bedre sygehusplanlægning med mere bæredygtige sygehuse (dvs. en yderligere centralisering). Der er således også på dette punkt en overensstemmelse mellem danske og internationale reformtrends

### **3.4.6 Substitution på tværs af sektorer**

Et fælles udviklingstræk i de europæiske sundhedsvæsener har været substitution mellem forskellige sundhedssektorer, typisk fra den mere specialiseret sundhedssektor til den mindre specialiseret sundhedssektor. Substitution kan således foregå fra den tertiære sundhedssektor (f.eks. universitetshospitaler) til den sekundære sundhedssektor (f.eks. lokalsygehuse), og fra sekundær sektor til primær sektor til f.eks. praktiserende læger, hjemmesygepleje eller til patienten selv. Substitution kan også omfatte substitution fra sundhedsvæsen til socialvæsen. Ifølge Saltman (35) kan substitution inddeles i tre typer, nemlig substitution af lokalitet (fra sygehus til patientens hjem), substitution

af personalegruppe (fra læge til sygeplejerske), substitution af teknologi (hjemmemonitorering af patienter), eller en kombination af de 3 typer.

Substitution er ofte betinget af fremkomst af ny medicinsk teknologi, som gør det muligt at udføre behandlinger og undersøgelser på et lavere specialiseret niveau. Desuden er substitution muliggjort af, at der i mange lande er sket en faglig oprustning af den primære sundhedssektor, f.eks. i form af ansættelse af speciallæger og specialiserede sygeplejersker. Endelig kan substitution ske i form af, at hospitalsspecialister har fået udefunktioner (sattelit-ambulatorier) i den primære sundhedstjeneste (35) (se kapitel 5 om de engelske erfaringer).

De potentielle fordele ved substitution omfatter ifølge Saltman ((35) p. 217) forøget patienttilfredshed, forbedret klinisk outcome, større effektivitet og mere optimal behandling af visse sygdomme. Den øgede vægt på den primære sundhedstjeneste skal desuden ses i lyset af ønsket om at skabe bedre sammenhæng i patientforløbene. En styrket primærsektor evt. i skikkelse af den praktiserende læge, kan være den, der varetager tovholderfunktionen i forhold til patientforløbet på tværs af de forskellige sektorer, f.eks. koordinerer indsatsen for patienter med en kronisk sygdom. Den primære sundhedstjeneste kan bringe forskellige fagligheder sammen, og sikre at patientens forskellige problemer, såvel sundhedsmæssige som sociale, løses samlet, ikke blot i form af en fysisk samling af behandlere, men i relation til en koordineret indsats over for den enkelte patient.

Bestræbelserne på at øge vægten på den primære sundhedssektor er ofte understøttet af reformer i finansieringen af sundhedsvæsenet (jf. afsnit 3.4.1), hvor samme administrative enhed får ansvaret for at finansiere både det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

#### *Ændringer i Danmark*

De internationale reformtendenser kan genfindes i strukturreformen. En af de væsentligste målsætninger med reformen har således været at give kommunerne et større ansvar på sundhedsområdet, for dermed at styrke den primære sundhedssektor. Midlet er dels den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen (omtalt i afsnit 4.1), som indebærer at kommunerne får et økonomisk incitament til at substituere sygehusydelse med kommunale sundhedsydelse, dels opgaveomlægninger hvor kommunerne får ansvaret for nye sundhedsopgaver, herunder ansvaret for forebyggelse og genoptræning efter sygehusbehandling.

#### **3.4.7 Øget vægt på forebyggelse**

I de fleste lande har man erkendt, at vejen frem til en reduktion i sundhedsomkostninger er et øget fokus på forebyggelse (35). Som eksempler på en styrket forebyggende indsats kan nævnes sundhedsoplysende programmer der skal reducere risikofaktorer som rygning, alkohol eller HIV, samt tiltag, som skal begrænse overvægt (33). Imidlertid har problemer med at måle effekten af forebyggelse bevirket at forebyggelsesprogrammer, indtil nu ikke har spillet nogen væsentlig rolle i sundhedsreformerne (35).

“Until there are convincing ways of evaluating promotion interventions that satisfy the needs of managers, clinicians and health promoters, the full potential of health promotion will not be recognized” (35) p 74.

Hertil kommer, at effekterne af forebyggelse – både de økonomiske og de sundhedsmæssige - først viser sig på længere sigt.

#### *Ændringer i Danmark*

Strukturreformen indeholder flere tiltag, der skal styrke den forebyggende indsats i Danmark. Som noget nyt er der således i Sundhedslovens § 120 indføjet bestemmelser vedrørende ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme (4). Ansvaret for forebyggelse er forankret i kommunerne, der får ansvaret for at skabe rammerne for en sund levevis for borgerne, der afspejler de lokale sundhedsmæssige udfordringer (borgerrettet forebyggelse), mens den patientrettede forebyggelse skal tilrettelægges i et samarbejde mellem kommunerne og regionerne.

#### **3.4.8 Fokus på behandlingskvaliteten**

Mens beslutninger om valg af behandling tidligere var overladt til lægernes vurdering alene, er de ansvarlige for sundhedsvæsenet, hvad enten det er politikerne eller en sygeforsikring, i højere grad begyndt at interessere sig for behandlingskvaliteten. Således udvikles der i stigende omfang protokoller for behandlingsforløb, eller kliniske "guidelines". Og gennem såkaldte "utilization review" kan der løbende foretages monitorering af, hvorvidt de udarbejdede protokoller og guidelines følges (37).

Desuden arbejdes der med udvikling af kvalitetsstandarder, der både kan omfatte mål for kvaliteten af behandlingsforløbet og mål for kvaliteten af det endelige behandlingsresultat. Der er stigende krav om, at behandlinger skal være "evidensbaserede", altså baserede på foreliggende medicinsk dokumentation. Ligeledes er der fokus på opnåelse af en bedre patientsikkerhed gennem undgåelse af medicinske fejl ("utilisgitte hændelser"). Endelig indføres der i stigende grad krav om, at udbydere skal kvalitetssikres, f.eks. gennem akkrediteringsprocesser (33).

Samtidig med den øgede interesse for behandlingskvaliteten er der fra beslutningstagerens side et voksende ønske om, at indikatorer for sundhedsproducenternes kvalitet offentliggøres. Udover at en offentliggørelse af kvalitetsdata er tænkt som en service for patienterne, kan udviklingen ses som et led i markedsorienteringen af sundhedsvæsenet, idet det tilgængelige kvalitetsdata vil forbedre patienternes mulighed for at vælge producenter med den højeste kvalitet. Sådanne initiativer støder dog ind i modstand fra klinikerne (33), som peger på, at de data der offentliggøres, skal være valide, samt at de skal være relevante og tilstrækkelige til at belyse udbydernes kvalitet. I modsat fald kan sådanne systemer føre, til at udbydere (sygehusene, lægerne) undgår patienter med stor risiko for komplikationer.

En alternativ måde til at fremme behandlingskvaliteten på er at indarbejde en kvalitetsdimension i afregning af producenten. Et eksempel herpå er f.eks. indarbejdelse af kvalitetsstandarder knyttet til afregningen af praktiserende læger i UK (55) eller "Pay for Performance" systemer i det amerikanske sundhedsvæsen (56).

#### *Ændringer i Danmark*

Også i Danmark er det kommet øget fokus på behandlingskvaliteten. Et eksempel herpå er arbejdet omkring den danske kvalitetsmodel. Den danske kvalitetsmodel er et program, som med tiden vil komme til at gælde for alle offentlige sundhedsydelse. Formålet er at fremme kvaliteten af patientforløb gennem måling og vurdering af sundhedsydelseernes kvalitet og udmunde i akkreditering. Modellen er baseret på et værdisæt af

standarder og indikatorer og en efterfølgende struktureret evaluering og afrapporteringsproces. Standarderne er sat på grundlag af eksisterende materiale i nationale kvalitetsprojekter, samarbejde med faggrupper, interessenter og international rådgivning (57). Den danske kvalitetsmodel er et resultat af økonomaftalerne mellem regeringen og amterne i 2002 og 2003.

Som noget nyt er det i forbindelse med strukturreformen lovmæssigt blevet fastlagt (§ 193 i sundhedsloven) at Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal sikre kvalitetsudvikling af sundhedsydelse. Udviklingen skal foregå i et samarbejde mellem de centrale myndigheder (Sundhedsstyrelsen) og regionerne inden for rammerne af den danske kvalitetsmodel (10).

Ligeledes har den danske regering taget initiativer til offentliggørelse af kvalitetsdata. I efteråret 2006 (30/10/06; pressekonference) lancerede Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen således en hjemmeside (www.sundhedskvalitet.dk) hvor kvalitet og service på sygehuse og klinikker bliver offentliggjort. Hjemmesiden har til formål at støtte patienten i det frie sygehusvalg, således at der er nem adgang til data, der sammenligner de forskellige sygehuse i forhold til hinanden og til landsgennemsnittet. På hjemmesiden offentliggøres oplysninger om indlæggelsesvarighed, hygiejne, genindlæggelser, ventetider og lignende.

### **3.4.9 Styrkelse af patientrettigheder**

Et sidste fælles træk ved de europæiske sundhedsreformer, der her skal omtales, er styrkelse af patienternes indflydelse på sundhedsvæsenet (patient empowerment) (36). Mange lande har således udarbejdet egentlige regler om beskyttelse af patienters rettigheder ((36) kap. 14). Patienter har desuden fået øgede klagemuligheder, og er i stigende omfang repræsenterede i råd og nævn, f.eks. er patienterne repræsenteret i bestyrelserne for Primary Care Trust i UK (se nærmere herom i kapitel 5). Samtidig har patienter fået større valgfrihed med hensyn til f.eks. sygehus eller praktiserende læge, en valgfrihed der styrkes i det omfang den følges op af et princip om at "pengene følger patienten". Endelig kan den øgede interesse for patienternes synspunkt ses af den udbredte anvendelse af patienttilfredshedsundersøgelser ((37) p. 122.).

#### *Ændringer i Danmark*

Den øgede interesse for patientperspektivet kan også genkendes i en række initiativer der er gennemført i det danske sundhedsvæsen. Med hensyn til sikring af patientrettigheder eksisterede der i Danmark, allerede før strukturreformen en Lov om patientrettigheder, og i 2001 indførtes regler om maksimale ventetider for patienter med visse livstruende sygdomme. Borgernes rettigheder er i de senere år især blevet styrket gennem mulighed for valg af leverandør både af sociale og sundhedsydelser. Patienterne har traditionelt haft mulighed for frit at vælge egen læge, og fra 1993 fik patienterne mulighed for (inden for visse rammer) selv at vælge hvilket sygehus de ville behandles på. Det frie sygehusvalg blev fra 2002 udvidet til i visse tilfælde også at omfatte private sygehuse, nemlig hvis amtets egne sygehuse ikke kunne tilbyde patienten behandling inden for 2 måneder.

Siden 2000 har der hver andet år på foranledning af regionerne (tidligere amterne/HS) været gennemført landsdækkende patient tilfredshedsundersøgelser. Den nyeste rapport "Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006" (58) viser i øvrigt at 90 % af alle patienter er tilfredse med deres ophold på sygehus.

### 3.5 Konklusion

Formålet med dette kapitel har været at gennemgå forskelle og ligheder mellem de seneste 20 års ændringer på sundhedsområdet – herunder ændringerne i forbindelse med strukturreformen, og de internationale reformtrends i samme periode. Gennemgangen har vist, at ændringerne i Danmark med enkelte undtagelser følger de internationale reformtrends.

Strukturreformens ændringer på sundhedsområdet er på mange områder en afspejling af internationale reformtrends. En af det væsentligste ændringer i forbindelse med strukturreformen, nemlig styrkelse af kommunernes rolle på sundhedsområdet og indførelse af kommunal medfinansiering, svarer i princippet til ændringer der er gennemført i hhv. England og Finland. Begge lande har ligesom Danmark samlet finansieringen af det primære og det sekundære sundhedsvæsen, med det formål at styrke den primære sundhedssektor og fremme en effektiv arbejdsdeling imellem de to sektorer. Mens de to øvrige lande har gennemført en fuld sammenlægning af finansieringsansvaret, udgør den kommunale medfinansiering i Danmark dog (endnu?) en begrænset del af udgifterne til drift af det sekundære sundhedsvæsen. (En nærmere analyse af erfaringerne med samling af finansieringsansvaret i Finland og England findes i kapitel 4 og kapitel 5). Indførelse af lovmæssige bestemmelser vedrørende forebyggelse og folkesundhed samt lovmæssig sikring af indsatsen for kvalitetssikring er ligeledes i overensstemmelse med de internationale reformtrends kvalitetsområdet er ligeledes i overensstemmelse med de internationale reformtrends.

Et punkt, hvor strukturreformen adskiller sig fra andre lande, er den øgede statslig styring af sygehusområdet. I andre lande har man derimod set en udvikling i retning af mindre statslig styring af området.

Med hensyn til øvrige ændringer på sundhedsområdet inden for de seneste 20, har Danmark såvel som andre lande med offentligt finansierede sundhedssystemer gennemført en decentralisering af ledelsesansvaret i de institutioner, der producerer sundhedsydelserne. Der er desuden indført ændrede finansieringsformer, hvor faste budgetrammer er afløst af mere incitamentskabende afregningsformer, hvor betalingen hænger sammen med hvilke ydelser der er produceret. Vedrørende organiseringen af sundhedsvæsenet har vi Danmark, som i andre vestlige lande, oplevet en centralisering af sygehusudbudet, ligesom der er kommet øget fokus på den primære sundhedssektors muligheder for at skabe et mere effektivt og mere sammenhængende sundhedsvæsen. Endelig er der i Danmark i lighed med andre vestlige lande kommet øget interesse for at sikre behandlingskvalitet og at styrke patientrettigheder.

De væsentligste afvigelser imellem de danske og en række udenlandske reformer er, at der i Danmark i mindre grad er lagt vægt på etablering af køber/sælger markeder. Den konkurrence, der i Danmark findes på sundhedsområdet, er ikke initieret af køberorganisationer (f.eks. regioner eller kommuner), men af patienterne gennem deres frie valg af udbyder.

## 4. Erfaringer fra Finland

### 4.1 Indledning og formål

Ved en reform i 1993 blev finansieringen af det finske sundhedsvæsen ændret radikalt. Fra at være finansieret gennem statslige refusioner, blev sygehusene nu finansieret via bloktilskud til kommunerne, som så skulle betale for deres borgeres forbrug af specialiserede sundhedsydelser. Kommunerne, som i forvejen havde ansvaret for den primære sundhedssektor og en lang række sociale ydelser, blev frit stillet med hensyn til hvor og hvordan de ville tilvejebringe ydelserne, herunder om de ville købe i den private sektor. Formålet med reformen var at reducere den statslige styring af sundhedsvæsenet, og at give de lokale myndigheder frihed til at udforme sundhedsvæsenet efter lokale behov. Samtidig var det forventningen at reformen ville give kommunerne et incitament til at vælge den mest effektive måde at tilrettelægge sundhedstilbudene til deres borgere på (59; 60).

Dette kapitel belyser nogle mulige konsekvenser af indførelse af kommunal medfinansiering i Danmark set i lyset af de finske erfaringer med kommunal finansiering. Kapitlet vil bl.a. belyse om kommunal finansiering vil ændre arbejdsdelingen mellem den primære og den sekundære sundhedssektor, og om ændringerne vil være omkostningseffektive. Derudover vil publikationen belyse hvilke udfordringer kommunal medfinansiering medfører for samarbejdet mellem kommunerne og regionerne.

Grundlaget for analysen er dels eksisterende (engelsksproglig) litteratur om det finske sundhedsvæsen og konsekvenserne af de finske reformer, dels en interviewundersøgelse gennemført i Helsinki sygehusdistrikt i januar 2006.

### 4.2 Det finske sundhedsvæsen

Det finske sundhedsvæsen kan beskrives som et af de mest decentraliserede i verden. De 432 kommuner har ansvaret for at tilvejebringe og finansiere såvel primære som sekundære sundhedsydelser (59). Dertil kommer at de finske kommuner ligesom de danske kommuner har ansvaret for en række andre områder som f.eks. det sociale område og skolevæsenet.

Det primære sundhedsvæsen udgøres for størstedelen af sundhedscentre, der er bemandet med alment praktiserende læger - i enkelte tilfælde speciallæger – sygeplejersker, sundhedsplejersker, jordmødre, socialrådgivere, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer etc. Alle personalegrupper er ansat i kommunerne (61). Det kommunale sundhedsvæsen er finansieret af kommunale skatter, statstilskud og brugerbetaling.

Sundhedscentrene tilbyder en lang række ydelser: lægekonsultationer, forebyggelse, tandpleje, graviditetspleje, børnepleje, ældrepleje, familieplanlægning og fysioterapi (61). På sundhedscentrene findes der ofte sengeafdelinger hvor ældre eller kronisk syge patienter kan være indlagt, men nogle kommuners sundhedscentre varetager også visse former for akutte indlæggelser (59; 61).

Den specialiserede behandling varetages af hospitalsdistrikterne. Der findes i alt 21 hospitalsdistrikter og hver kommune skal være medlem af et hospitalsdistrikt, men kan

frit vælge hvilket. Kommunerne betaler hospitalsdistriktet for deres borgeres forbrug af ydelse (59; 61). Afregningen sker til lokalt bestemte takster og takstsystemer, og som en konsekvens heraf varierer afregningsmetoder og priser mellem sygehusdistrikter og hospitaler.

Efter en reform i 1993 blev ansvaret for finansieringen af den specialiserede behandling lagt over til kommunerne. Den tidligere statslige refusion af sygehusenes faktiske omkostninger blev erstattet af bloktilskud til kommunerne (59; 60). Kommunerne var herefter ansvarlige for finansieringen af både den primære og den sekundære sundhedssektor. Formålene med reformen var at reducere den statslige styring af sundhedsvæsenet og i stedet at øge ansvarligheden på det lokale niveau. Samtidig var det forventningen at reformen ville forbedre koordineringen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, samt at den ville give kommunerne et incitament til at effektivisere tilrettelæggelsen af hele sundhedsvæsenet, bl.a. gennem en udbygning af den primære sundhedstjeneste (59; 60). For en mere uddybende beskrivelse af det finske sundhedssystem se (59; 61; 62).

To artikler (59; 60) analyserer udviklingen i det finske sundhedsvæsen fra gennemførelsen af reformerne frem til 2001. I den pågældende periode skete der en betydelig forbedring i produktiviteten både i de kommunale sundhedscentre og i det specialiserede sundhedsvæsen. Med hensyn til målet om en ændret balance mellem den primære og den sekundære sundhedssektor, synes resultaterne ikke at være positive. Udgifterne til specialiseret behandling er steget i perioden, mens udgifterne til primærsektoren er faldet. Så de kommunale myndigheder har ikke som forventet været i stand til at erstatte behandlinger i det specialiserede sundhedsvæsen med kommunale tilbud.

Artiklerne viser desuden, at finansieringen af det finske sundhedsvæsen over perioden i højere grad er blevet et kommunalt ansvar, idet den andel, der er finansieret af den kommunale skatteudskrivning er steget fra 32 % i 1994 til 43 % i 2001, mens den andel, der er finansieret af statslig skatteudskrivning i samme periode er faldet fra 30 % til 17 %.

Ifølge forfatterne er det vanskeligt at afgøre om udviklingen i det finske sundhedsvæsen skyldes reformerne, eller om den skyldes andre ændringer i samfundet. Det finske samfund var i starten af 1990'erne præget af en økonomisk lavkonjunktur, der bl.a. medførte et fald i både sundhedsudgifter og bruttonationalprodukt. Målt i faste priser nåede sundhedsudgifterne per indbygger således først i 2001 samme niveau som i starten af 1990'erne. Produktivitetsstigningen og de faldende udgifter synes således næppe at kunne tilskrives reformerne, men snarere begrænsninger i de offentlige budgetter, som følge af den økonomiske lavkonjunktur. Samtidig peger forfatterne på, at udviklingen kan tilskrives den medicinske teknologiske udvikling, samt den demografiske udvikling der fandt sted i samme periode.

### **4.3 Interviewundersøgelsen**

#### **4.3.1 Metode**

På grund af begrænsede resurser blev interviewstudiet begrænset til Helsinki og Uusima hospitalsdistrikt (HUS) og det antal interview, der kunne udføres på et to-dages besøg. I alt blev der gennemført seks interview omfattende to repræsentanter fra Helsinki hospitalsdistrikt, tre repræsentanter fra kommunerne i Helsinkis hospitalsdistrikt samt en



sundhedsøkonom fra STAKES<sup>11</sup>. De interviewede personer er udvalgt med hjælp fra en forsker fra Stakes, som blev bedt om at anbefale personer fra Helsinki området, som kunne ville være relevante at interviewe om de emner, vi ville analysere. Interviewene blev udført i januar 2006.

Studiet er baseret på semistruktureret interviews ved brug af en spørgeramme med delvist åbne spørgsmål. Interviewene blev optaget på bånd og blev efterfølgende transkriberet.

Skema 4.1 viser nogle nøgletal for Helsinki og Uusimaa sygehusdistrikt, og Skema 4.2 viser nogle nøgletal for Helsinki kommune, som er medlem af HUS sygehusdistrikt, og som er en af de kommuner der er repræsenteret i undersøgelsen.

#### 4.3.2 Kontrakter mellem kommuner og hospitalsdistrikter

##### *Forhandlinger*

Forholdet mellem kommunerne og hospitalsdistrikterne er reguleret gennem årligt forhandlede kontrakter. Kontrakten indeholder en beskrivelse af det antal af ydelser, som kommunerne forventer at købe fra hospitalsdistrikterne i det kommende år, samt de priser kommunen skal betale. Kontrakterne underskrives af politikerne fra kommunalbestyrelsen og hospitalsdistriktets bestyrelse.

*Skema 4.1 Fakta om Helsinki og Uusimaa hospitalsdistrikt (HUS)*

|  |  |
|--|--|
| Nøgletal   |  |
| Antal medlemskommuner  | 32 kommuner  |
| Befolkningsgrundlag (2004)                                       | 1.434.513 indbyggere   |
| Budget (2004)  | 1.205,5 mill. €, (8.989,3 mill. DKK)   |
| Antal senge  | 3.674 senge  |
| Administrative organer   |  |
| Repræsentanter for medlemskommunerne, udpeges for 4 år ad gangen |  |
|  | Council (rådet) med 71 mdl.  |
|  | Executive board (bestyrelsen) med 17 medl.                                   |
|  | Område bestyrelser (5 områder)   |
| Administrativ ledelse  |  |
|  | Direktør der både er øverste klinisk ansvarlige og leder af administrationen |

Kilde: materiale udleveret ved interview.

Forhandlingerne forud for en aftale kan være hårde, og omfatter både det forventede aktivitetsniveau og det kommende års priser. Således klager kommunerne over stigende priser, og over at hospitalsdistrikterne ikke gør nok for at fremme effektiviteten. Ved forhandlingerne drøftes forventet aktivitet, samt til en vis grad behandlingsprincipper (liggetider osv.) og introduktion af ny teknologi.

Imidlertid synes forhandlingerne at være forskellige fra kommune til kommune. Ifølge hospitalsdistrikternes repræsentanter er forhandlingerne sværere med de store kommuner end med de små kommuner. Mens de små kommuner ser ud til at acceptere det kontraktforslag hospitalsdistrikterne har fremlagt, går de store kommuner mere ind i diskussionerne, for at prøve at reducere udgiften. Ifølge hospitalsdistriktet vil dette ofte resultere i urealistiske kontrakter hvilket igen fører til, at kommunerne efterfølgende anklager hospitalsdistrikterne for ikke at overholde den indgåede kontrakt.

<sup>11</sup> National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi))

Denne forskel i forhandlingsbestræbelser kan skyldes, at ikke alle kommuner har de nødvendige forudsætninger for at gå nærmere ind i en diskussion med sygehusdistriktet. Sådanne forudsætninger kan være den nødvendige administrative støtte; eller en tilstrækkelig klinisk indsigt. Sandsynligheden for at disse forudsætninger er til stede stiger med størrelsen af kommunen. En anden grund til forskellene i forhandlingsbestræbelserne kan være forskel i holdningen til, om kommunernes har mulighed for at kontrollere hospitalsaktiviteten. Mens nogle kommuner, som beskrevet ovenstående, går aktivt ind i diskussionerne med hospitalsdistrikterne, gør andre ikke så meget ud af forhandlingerne: *“That is only a gently, challenging negotiation. Because things just happens, and community has to pay according to the law at the end of the day”* (repræsentant fra en kommune). Denne interviewperson mener, at kommuner ikke har nogen kontrol over patientflowet. Hospitalerne gør blot hvad de vil, og kommunerne er nødt til at betale regningen.

Kommunerne kan i princippet vælge at købe ydelser uden for deres sygehusdistrikt, eller i den private sektor, men da de som det fremgår nedenfor, skal være med til dække eventuelle underskud i sygehusdistriktet, vil de som regel købe de specialiserede ydelser i deres eget hospitalsdistrikt. Derfor er konkurrencen imellem sygehusene begrænset.

#### *Opfølgning på kontrakterne*

I løbet af året sender hospitalsdistrikterne rapporter ud med information om kommunernes forbrug af ydelser på hospitalerne. Kommunernes repræsentanter har forskellige holdninger til værdien af disse rapporter. En repræsentant er tilfreds med den opfølgende støtte fra hospitalsdistrikterne. Den pågældende, som også gør meget ud af kontraktforhandlingerne med hospitalsdistrikterne, bruger forbrugsrapporterne til månedlige opfølgninger på den aftalte aktivitet. Dog erkender han, at detaljeret opfølgning forudsætter mange års klinisk erfaring. En anden kommunal repræsentant, som ikke gør meget ud af kontraktforhandlingerne, er ikke tilfreds med støtten fra hospitalsdistrikterne, og siger, at der er brug for mere gennemsækelighed i kommunernes brug af ydelser.

Forskellene i holdningerne til kvaliteten af støtten fra hospitalsdistrikterne, afspejler muligvis forskelle i holdningerne til hvorvidt kommunerne reelt kan påvirke brugen af ydelser i hospitalerne - og dermed hvorvidt det er meningsfuldt at følge op på sygehusforbruget.

#### *Bløde kontrakter*

Kontrakterne mellem de to parter kan karakteriseres som ”bløde kontrakter” der kan ændres i løbet af året. Afvigelser i det beløb, som kommunen skal betale til hospitalsdistriktet – både positive og negative – bliver accepteret med lidt - eller ingen - diskussion. Hvis der er overskud eller underskud på hospitalsdistriktets årsregnskab vil dette blive dækket af kommunerne.

Derfor er forholdet mellem kommunerne og hospitalet ikke fuldstændig ”købersælger” split. Hospitalsdistrikterne er ikke profitcentre, som kan akkumulere kapital eller som skal dække et underskud. Dette, sammen med det faktum at sygehusene i realiteten har monopol på at levere specialiserede sygehusydelser til borgerne i deres distrikt, har en negativ effekt på hospitalsdistrikternes incitament til at forbedre effektiviteten.

Skema 4.2 Fakta om Helsinki kommunes sundhedsvæsen, medlem af HUS

|   |  |
|---|--|
| Antal indbyggere (2005)                     | 559.046  |
| Organisering                                |  |
| Institutioner:                              |  |
| 31  | sundhedscentre   |
| 5   | hjemmepleje centre   |
| 47  | tandklinikker  |
| 3   | akutte hospitaler  |
| 4   | langtidsmedicinske hospitaler (1218 senge)   |
|   | diverse psykiatriske tilbud, dagtilbud, sengeafdelinger, skadestuer, rehabiliteringsenheder m.v. |
| Personale                                   |  |
| Antal ansatte                               |  |
| 2005  | 8.000  |
| 2004  | 7.000  |
| 1998  | 9.289  |
| Faglig baggrund (2005)                      |  |
| 62 %  | plejepersonale   |
| 7 %   | Læger  |
| 2 %   | Tandlæger  |
| 29 %  | Andre personalegrupper   |
| Økonomi                                     |  |
| Samlede udgifter til sundhedsområdet (2004) | 792,9 mill. € (5.907 mill. DKK) - svarende til 27,6 % af kommunens samlede udgifter              |
| Udgifter pr. indbygger                      |  |
| € (faste priser)                            |  |
| 2004  | 1.386  |
| 2002  | 1.442  |
| 1998  | 1.268  |
| Fordeling                                   |  |
| Sygehusdistriktet                           | 47 % i 2004 (45 % i 2003)  |
| Egne sundhedstilbud                         | 53 % i 2004 (55 % i 2003)  |

Kilde: Materiale udleveret ved interview

#### *Finansiering af hospitalerne*

Betaling mellem hospitaler og kommuner er i Helsinki hospitalsdistrikt baseret på DRG-systemet, idet der bruges lokalt beregnede takster. Kommunerne og hospitalsdistriktet ser ud til at være uenige om beregningsmetoden; mens hospitalsdistriktets repræsentanter selv synes, at beregningerne er meget nøjagtige, efterlyser en kommunal repræsentant mere gennemsigtighed i beregningerne. Vedkommende efterspørger desuden sammenligninger af priserne med andre udbydere, blandt andet sammenligninger med private udbydere.

Endvidere kritiserer en kommunal repræsentant betalingssystemet (aktivitetsrelateret betaling) for at give hospitalerne et incitament til at øge antallet af behandlinger. I stedet for aktivitetsbaseret finansiering ønsker han en betaling baseret på størrelsen af befolkningen (per capita). Herved får hospitalet et incitament til at forbedre befolkningens sundhed ved hjælp af så få behandlinger som muligt. Hvis hospitalerne endvidere havde lov til at beholde et eventuelt overskud ville dette give hospitalet et incitament til at forbedre effektiviteten.

#### *Finansiel risiko for kommunerne*

Ved at have det fulde ansvar for finansieringen af borgernes forbrug af hospitalsydelser, pålægges kommunerne en finansiel risiko. Ikke mindst de små kommuner, hvor tilfældig variation i borgernes sygdom, kan betyde store variationer i behandlingsudgifter<sup>12</sup> vil opleve en stor budgetusikkerhed.

På grund af den demografiske udvikling oplever de kommunale repræsentanter at udgifterne stiger. Endvidere er udgifterne meget uforudsigelige, idet de totale udgifter ikke er kendt før i slutningen af året. Typisk vil udgifterne være højere end forventet i kontrakten, selvom et eksempel på den modsatte erfaring bliver nævnt i et interview.

#### **4.3.3 Arbejdsdeling mellem kommuner og hospitalsdistrikt**

Formålet med at ændre finansiering af det finske sygehusvæsen var at give kommunerne et økonomisk incitament til at forbedre arbejdsdelingen og at erstatte ydelser i det specialiserede sundhedsvæsen med ydelser i det kommunale sundhedsvæsen. I dette kapitel undersøges det hvad de finske kommuner gør for at reducere forbruget af ydelser i det specialiserede sundhedsvæsen.

Interviewene bekræftede, at kommuner er opmærksomme på muligheden for at erstatte ydelser i hospitalsdistriktet med lokalt producerede sundhedsydelser, og at de undersøger hvordan arbejdsdelingen imellem de to sektorer kan optimeres. Interviewene afslørede to strategier for arbejdsdeling: "dobbelt servicestrategi" eller "forbedret koordineringsstrategi".

#### *"Dobbelt servicestrategi"*

En måde at reducere betalingen til hospitalsdistrikterne på har været at udvide de kommunale sundhedsydelser med specialiserede behandlinger<sup>13</sup>. Dette har i visse tilfælde resulteret i dannelse af to parallelle sundhedssystemer, hvor de samme ydelser findes både i hospitalsdistriktet og i kommunen. Ifølge flere interviewpersoner var denne strategi almindelig i mange af de store kommuner lige efter reformen i 1993. Dog synes denne dobbelte servicestrategi at være ved at forsvinde, fordi man har erkendt, at den er for dyr. Eksempelvis havde en kommune og sygehusdistriktet etableret en fælles akut modtagelsesafdeling, der var placeret på et af hospitalerne. Afdelingen var bemanded med læger fra primærsektoren og sygeplejersker fra hospitalet.

Alligevel eksisterer der stadig dobbeltsystemer. En repræsentant fra et hospitalsdistrikt nævner således, at ekkokardiografi og endoskopi udføres både i hospitalsdistriktet og i et kommunalt sundhedscenter, og at kapaciteten ikke udnyttes fuldt ud. Samtidig finder interviewpersonen det uheldigt, at klinikerne i de to sektorer, ikke har samme uddannelse. Interviewpersonen er med andre ord bekymret for konsekvenserne både med hensyn til økonomi og kvalitet af denne dobbelte servicestrategi.

Som en konsekvens af, at kommunernes betaling for ydelser på hospitalsdistriktets sygehuse er baseret på DRG-takster, dvs. at der betales en fast takst for en given patientkategori, vælger nogle kommuner dog kun at behandle de lette patienter inden for en patientkategori, mens de overlader de tungere (og dermed dyrere) patienter til ho-

---

<sup>12</sup> Dog skal hospitalsdistrikterne have udligningsmekanismer for at sprede risikoen for de meget dyre patienter (61).

<sup>13</sup> Ifølge finsk terminologi er den behandling, der udføres i sygehusdistriktet, som udgangs specialiseret, mens den behandling, der udføres i kommunernes sundhedsvæsen er almen.

spitalsdistriktet (kaldes også cream skimming)<sup>14</sup>. Denne praksis er økonomisk uensigtsmæssig for sygehusdistriktet, hvis takster er beregnet som et gennemsnit af de dyre og billige patienter inden for en gruppe.

Dog er ikke alle kommuner lige ivrige efter at etablere specialiseret behandling i den kommunale sundhedssektor. En af de kommunale repræsentanter oplyser, at hans kommune ikke har etableret specialiserede behandlinger og heller ikke har tænkt sig at gøre det, da kommunerne alligevel ikke kan forhindre lægerne i at indlægge patienterne på hospitalerne.

Sammenfattende synes der at være variation mellem kommunerne, med hensyn til hvor ivrigt de forsøger at erstatte hospitalsydelser med specialiserede ydelser i det kommunale sundhedssystem. Ifølge sundhedsøkonomen bekræftes dette af variationer i kommunernes brug af tjenester fra hospitalsdistrikterne – variationer som ikke kan forklares ved forskellen i demografiske karakteristika.

#### *”Forbedret koordineringsstrategi”*

En anden måde at kontrollere betalingen til hospitalsdistrikterne på er at forbedre koordineringen af patientforløb på tværs af den primære og sekundære sundhedssektor. I stedet for at konkurrere med hospitalsdistrikterne, går strategien ud på at koordinere kommunens sundhedstilbud med sygehusene. Midlet er at styrke primærsektoren til at kunne overtage alle de patientaktiviteter, der naturligt hører til der, og at sikre, at patienterne kun bliver behandlet i hospitalsregi, når det er nødvendigt. Som eksempler nævnes etablering af koordinerede behandlingsforløb for patienter med kroniske lidelser/sygdom (Shared Care). Sådanne initiativer understøttes af kliniske retningslinjer (guidelines) udviklet ved nationalt eller lokalt niveau. Som eksempel nævnes det at der er blevet udviklet kliniske retningslinjer for patienter med for højt kolesteroltal, forhøjet blodtryk og astma.

#### *Forebyggelse*

Forebyggelse er en anden måde at reducere sundhedsudgifter på. Etablering af retningslinjer for behandling af patienter med kroniske lidelser - f.eks. shared care programmer - er et eksempel på tiltag, som har til formål at forebygge unødvendig brug af specialiseret behandling. Men de er også et eksempel på tiltag, som skal forebygge komplikationer og/eller udsætte forværringen af patientens tilstand (sekundær og tertiær forebyggelse).

Initiativer til fremme af folkesundheden (eller primær forebyggelse) er en anden type forebyggelse, som har hele befolkningen som målgruppe. Primær forebyggelse kan reducere behovet for hospitalsbehandling, dog kun på længere sigt. Primær forebyggelse blev ikke umiddelbart nævnt af interviewpersonerne, som en af de måder hvorpå de prøvede at reducere hospitalsudgifter. Men direkte adspurgt var alle dog enige i, at primær forebyggelse var vigtig, og flere eksempler på præventive aktiviteter i kommunerne blev nævnt.

---

<sup>14</sup> DRG-systemet fastlægger en pris for en gruppe af patienter. Dog er der variation i behandlingsudgifter mellem patienter indenfor samme gruppe. At forsøge at udvælge de patienter indenfor en bestemt DRG der er billigst at behandle kaldes ”cream skimming”.

#### *Koordinering forudsætter samarbejde på klinisk niveau*

Den forbedrede koordineringsstrategi, der blev beskrevet tidligere, forudsætter et vel-fungerende samarbejde mellem klinikerne i den primære og sekundære sektor. Dog kan finansielle incitamenter som følge af betalingen imellem de to sektorer, komme til at udgøre en barriere for dette samarbejde. I sin rapport (3), forudser Pedersen således, at kommunal finansiering i Danmark vil medføre, at hospitalslæger ikke vil være interesserede i at deltage i initiativer, som skal forebygge indlæggelser, fordi det vil betyde et indtægtstab for sygehusene. Spørgsmålet er om dette er tilfældet i det finske hospitalsvæsen.

Lægerne i hospitalsdistrikterne synes ikke at være påvirket af økonomiske overvejelser i deres samarbejde med primærsektoren. Tværtimod støttes koordineringsstrategien af lægerne i hospitalsdistriktet, idet de er interesserede i, at kommunerne overtager de ikke-specialiserede opgaver. For at støtte udviklingen, udarbejder hospitalsdistrikterne statistikker, som viser områder hvor de enkelte kommuner har mulighed for at erstatte hospitalsaktivitet med ydelser i den kommunale sundhedssektor. Klinikerne i hospitalsdistrikterne synes desuden at være interesserede i at understøtte videreuddannelsen af deres kolleger i primærsektoren. Således nævner en af interviewpersonerne fra hospitalsdistriktet, at de ledende læger i hospitalerne opfordrer deres ansatte til at øge konsulentfunktionen overfor primærsektorens læger. Endvidere foreslår en anden interviewperson, at der etableres en rotationsordning for lægerne i de to sektorer, for at sikre det samme uddannelsesniveau i begge sektorer.

Interviewene viste, at kommunerne betaler for de konsulenttydelser, de modtager fra hospitalsdistrikterne, dette krav kunne føre til at primærsektorens læger ville afholder sig fra at søge råd hos hospitalslægerne, og dermed ligeledes være en hindring for samarbejdet mellem de to sektorer. Imidlertid ser det ikke ud til betaling for konsulenttydelser forhindrer kommunens læger i fra at søge råd og vejledning fra hospitalslægerne.

Praksissektorens samarbejde med sygehussektoren synes dog at være påvirkeligt af økonomiske incitamenter. En læge fra primærsektoren udtaler således, at han nok overvejer lidt nøjere hvilke prøver han indsender til hospitalsdistriktets laboratorium ved slutningen af året, idet hans klinik er ansvarlig for denne udgift. De praktiserende lægers brug af ydelser i hospitalsdistriktet (herunder formentlig konsulenttydelser) kunne således tænkes at blive påvirket såfremt de blev økonomisk ansvarlige for forbruget<sup>15</sup>.

#### **4.3.4 Er arbejdsdelingen omkostningseffektiv?**

Dette afsnit indeholder en diskussion af, om ændringerne i arbejdsdelingen mellem kommunerne og hospitalsdistrikterne understøtter målsætningen om at den finske reform skulle føre til en effektivisering af hele det finske sundhedsvæsen. Det teoretiske grundlag for diskussionen er omkostningsminimering (63), idet det dog antages, at det grundlæggende formål for kommunerne er at ændringer i arbejdsdeling ikke medfører forringelser i behandlingskvaliteten.

En økonomisk evaluering af en ændret arbejdsdeling mellem primær og sekundær sundhedstjenester kan gennemføres ud fra to perspektiver: hver sektor individuelt eller i

---

<sup>15</sup> I England udnytter man dette, ved at give de praktiserende læger et budget til indkøb af sygehusydelser til deres patienter (se kap 5)

et bredere perspektiv omfattende begge sektorer<sup>16</sup>. Fra et kommunalt perspektiv vil en ændring i arbejdsdelingen – f.eks. etablering af et nyt kommunalt sundhedstilbud, som skal erstatte et tilbud i sygehusdistriktet - være fordelagtig, hvis omkostninger til etablering og drift af det nyetablerede sundhedstilbud, er mindre end det beløb, kommunen ellers skulle have betalt for de samme ydelser i hospitalsdistriktet. Fra hospitalets perspektiv vil den pågældende ændring i arbejdsdelingen kun være fordelagtig, hvis den reducerede betaling fra kommunen modsvares af en lignende eller større reduktion i driftsudgifterne<sup>17</sup>. Set for de to sektorer under ét, vil ændringen i arbejdsdelingen kun være fordelagtig hvis det øgede resurseforbrug i kommunen, modsvares af en ligeså stor eller større reduktion i hospitalsdistriktets ressourceforbrug<sup>18</sup>

Kommunernes indsats for at følge op på de økonomiske konsekvenser af ændringer i arbejdsdeling mellem de to sektorer er tilsyneladende begrænset, kun de meget store kommuner ser ud til at have de nødvendige kvalifikationer og resurser. Hvis kommunerne gennemfører beregninger, medregner de ifølge en repræsentant fra hospitalsdistriktet ikke alle økonomiske konsekvenser, f.eks. medregnes ikke alle konsekvenser i både primær og sekundær sektoren.

Hvorvidt de strategier for ændringer i arbejdsdelingen, som blev beskrevet i det foregående afsnit, er omkostningseffektive kan ikke vurderes generelt, idet det vil afhænge af konkrete forhold i hvert enkelt tilfælde. Om etablering af et parallelt sundhedstilbud i en kommune (dobbeltstrategien) er fordelagtig set fra kommunernes synspunkt, afhænger af hvorvidt det nye behandlingstilbud kan integreres i den eksisterende kapacitet, herunder om det forudsætter kapacitetsudgifter i form af f.eks. apparatur, administration, ejendomsudgifter (varme, rengøring, etc.). "Cream Skimming", som indebærer, at kommunerne beholder de mindst omkostningskrævende patienter og efterlader de dyre patienter til hospitalsdistriktet, kan på kort sigt være fordelagtig for kommunerne, men vil sikkert være ufordelagtigt for hospitalsdistrikterne, og dermed også for kommunerne, der jo skal dække et evt. underskud.

Ændringer, som medfører en forbedret koordinering imellem de to sektorer, således at patienterne kun behandles i det specialiserede sundhedsvæsen, når det er nødvendigt, anses generelt for at være omkostningseffektive, idet behandling i primærsektoren generelt betragtes som mindre ressourcekrævende end behandling i sekundærsektoren. Dog er dette, ifølge en repræsentant fra hospitalsdistriktet, ikke altid tilfældet. Ifølge den pågældende interviewperson, kan behandlingsforløb for patienter med en kronisk lidelse være mere effektive på universitetshospitaler end i primærsektoren, fordi universitetshospitalet udfører en række tests og undersøgelser i forbindelse med et enkelt besøg, mens det i primærsektoren ville kræve flere besøg. Endvidere kan forløb i sygehusregi forhindre, at de samme test bliver udført i begge sektorer.

---

<sup>16</sup> Et andet perspektiv kunne være et samfundsmæssigt perspektiv der blandt andet også inddrager konsekvenserne for patienten.

<sup>17</sup> En ændring i arbejdsdelingen, som ikke er fordelagtig for hospitalsdistriktet vil muligvis heller ikke være det for kommunen, idet kommunerne jo dækker et evt. underskud i hospitalsdistrikterne

<sup>18</sup> I en situation med stigende efterspørgsel efter hospitalsservicer, kan det dog i det lange løb, vise sig at være favorabelt hvis man herved undgår investeringer i ny hospitalskapacitet.

#### 4.3.5 Konflikter mellem kommuner og hospitalsdistrikt

De foregående afsnit har vist, at samarbejdet mellem kommunerne og hospitalsdistriktet ikke er uproblematisk, og under interviewene fremkommer flere eksempler på konflikter imellem de to parter.

##### *Konflikter på politisk niveau*

Det politiske niveau består af hospitalsdistriktets bestyrelse, og af kommunernes kommunalbestyrelse. Hospitalsdistrikternes bestyrelser består af politikere og embedsmænd udvalgt af de enkelte kommuner. Bestyrelsesmedlemmerne skal på den ene side repræsentere deres kommunes interesser og på den anden side hospitalsdistriktets interesser, hvilket bringer dem i en situation, hvor de skal afveje de to parter ofte divergerende interesser, men hvorvidt beslutningerne bliver til fordel for kommunerne eller hospitalsdistrikterne er dog ikke klart. En repræsentant fra hospitalsdistrikterne mener, at bestyrelsen hovedsageligt er på sygehusdistriktets side: *"The board doesn't always know their role, if they should be for the municipalities or for the hospital. Quite often... (they)...look for the benefit of the hospital and that creates conflicts with the municipalities"*. Dog mener interviewpersonen, at bestyrelsen gør det rigtige: *"and that is the way the board should be!" (repræsentant fra hospitalsdistriktet)*. En anden repræsentant fra hospitalet mener derimod at, sygehusdistriktets bestyrelse har mest fokus på kommunernes interesser. I øvrigt er bestyrelsen efter vedkommendes opfattelse ikke særlig fremsynet, og er ikke villig til at gennemføre de nødvendige investeringer, som kan være gunstige i det lange løb.

##### *Konflikter på det administrative niveau*

En kommunal repræsentant mener at hospitalsdistriktet dominerer kommunerne: *"- like the tail wagging the dog"*. Ifølge interviewpersonen respekterer hospitalsdistrikterne ikke, at det er kommunerne der ejer hospitalsdistrikterne. Hospitalsdistrikterne burde servicere kommunerne noget mere, og assistere dem med at planlægge et relevant kommunalt sundhedsvæsen. I stedet viser hospitalsdistrikterne en overlegen *'know-all'* attitude.

Repræsentanterne fra hospitalsdistriktet er godt klar over at forholdet til kommunerne kunne være bedre: at kommunerne er utilfredse med administrationen af hospitalsdistriktet, og at kommunerne mener at hospitalernes priser er for høje. Ifølge en repræsentant fra hospitalsdistriktet prøver sygehusdistriktet dog ihærdigt på at fjerne mistilliden bl.a. ved at forbedre informationsniveauet. I et forsøg på at forbedre forholdet til kommunerne, er administrationen af hospitalsdistriktet i øvrigt i gang med en reorganisering. Interviewpersonen er dog ikke særlig optimistisk med hensyn til hvorvidt dette vil forbedre forholdet: *"But after few years in this new situation it may be the same" (repræsentant fra hospitalsdistriktet)*.

##### *Konflikt på klinisk niveau*

De fleste af de interviewede læger, synes at samarbejdet mellem lægerne i hospitalsdistriktet og i kommunerne fungerer godt, og at eventuelle konflikter imellem de to parter findes på det politiske eller på det administrative niveau. Dog afslører interviewene, at der også på det kliniske niveau er mistillid mellem de to parter.



Konflikterne ser ud til at være grundet i mangel på respekt for klinikere i primærsektoren. En praktiserende læge oplever, at lægerne i primærsektoren betragtes som mindreværdige sammenlignet med lægerne i hospitalssektoren. Denne opfattelse bliver bekræftet af en repræsentant fra hospitalsdistriktet, som indrømmer at mange læger fra de specialiserede hospitaler synes, at de er bedre end lægerne i primærsektoren. Respekten er dog større hvis den kommunalt ansatte læge er specialist, eller f.eks. hvis en læge udfører kirurgi. Som et eksempel på en speciallæges attitude overfor primærsektoren, kan nævnes, at en læge fra hospitalsdistrikterne mener, at primærsektoren burde fusioneres med sekundærsektoren, under hospitalsdistriktets ledelse.

#### **4.3.6 Sammenfatning af resultater fra interviewundersøgelsen.**

Formålet med dette kapitel har været at belyse de mulige konsekvenser af kommunal medfinansiering af sygehusydelse i Danmark set i lyset af erfaringerne i Finland, hvor kommunerne siden 1993 har haft ansvaret for at finansiere både primære og sekundære sundhedsydelser. Det finske sygehusvæsen drives af 21 hospitalsdistrikter, som er ejet af kommunerne.

Forholdet mellem hospitalsdistriktet og de tilknyttede kommuner, reguleres gennem årligt indgåede kontrakter. Før kontraktindgåelse finder der en forhandling sted mellem sygehusdistriktets repræsentanter og kommunerne. Forhandlingerne vedrører kommunens forventede forbrug af sygehusydelser og ikke mindst priserne på de ydelser sygehuset skal levere. Intensiteten af disse forhandlinger varierer; mens nogle kommuner aktivt går ind i en diskussion med sygehusdistriktet og forsøger at påvirke kontraktindholdet, er andre kommuner mere passive, idet de ikke mener at kommunen, når det kommer til stykket, har nogen indflydelse på borgernes forbrug af ydelser. I sidste ende kommer kommunerne da også til at betale for det faktiske forbrug, som først kendes ved årets slutning, ligesom kommunerne skal dække eventuelle budgetoverskridelser i sygehusdistriktet. Kommunerne oplever derfor at der er stor budgetusikkerhed knyttet til området, at udgifterne i øvrigt er stigende på grund af stigende priser og den demografiske udvikling.

Samlingen af ansvaret for finansieringen af både det primære og det sekundære sundhedsvæsen hos kommunerne har medført, at kommunerne overvejer hvordan arbejdsdelingen imellem de to sektorer skal udformes. Imidlertid har de ændringer i arbejdsdelingen, som disse overvejelser har givet sig udslag i, ikke i alle tilfælde været omkostningseffektive. En strategi har således været at hjemtage specialiserede behandlinger fra sygehusdistrikterne til det kommunale sundhedsvæsen, med det resultat at samme sundhedstilbud findes både i sygehusregi og i kommunalt regi ("dobbelt servicestrategi"). Denne strategi var især fremherskende umiddelbart efter reformens gennemførelse, men da det viste sig at denne strategi var for dyr, er den i et vist omfang blevet afløst af en strategi, der går ud på at forbedre koordineringen på tværs af de to sektorer ("forbedret koordinerings strategi").

Hvorvidt ændringerne i arbejdsdelingen har forbedret effektiviteten kan dog ikke afgøres generelt, og kommunerne følger kun i begrænset omfang op på, om de nye sundhedstilbud, de etablerer, er omkostningseffektive.

Fra sygehusenes side udgør de økonomiske incitament (f.eks. risikoen for tab af indtægter fra kommunerne) ikke en hindring for at indgå samarbejde med kommunerne om at hjemtage de ikke specialiserede behandlinger. Fra de kommunalt ansatte lægers

side udgør betalingen heller ikke en barriere for at samarbejde, bl.a. fordi de enkelte klinikker ikke er økonomisk ansvarlige for de ydelser de rekvirerer i hospitalsdistriktet.

Der opleves konflikter imellem sygehusdistriktet og kommunerne på flere niveauer. På det politiske niveau har bestyrelsen for sygehusdistriktet, der består af repræsentanter fra kommunerne, en dobbeltrolle, idet de både skal repræsentere kommunale interesser og sygehusenes interesser. På det administrative niveau er der mistillid mellem de kommunale embedsmænd og sygehusdistriktets embedsmænd, hvor kommunerne oplever at sygehusdistriktet udviser en bedrevidende holdning. Og på det kliniske niveau oplever klinikerne i den kommunale sektor en manglende respekt fra specialisterne i sygehusdistriktet.

## 4.4 Diskussion

### 4.4.1 Forholdet mellem kommunerne og hospitalsdistriktet

På trods af det tætte forhold mellem kommunen og hospitalsdistriktet eksisterer der flere modstridende interesser mellem de to parter. Derfor synes den økonomiske principal-agent model, at være en relevant referenceramme for analyser af forholdet mellem de to parter (64-66). Kommunen er som principal ansvarlig for at tilvejebringe sygehusedelser til sine borgere, mens hospitalsdistrikterne som agenter er ansvarlige for at drive hospitalerne. Som i andre principal-agent forhold har kommunen og hospitalsdistriktet forskellige mål. Mens hospitalsdistriktet har som mål at maksimere indkomsten for at kunne forbedre behandlingskvaliteten, introducere nye behandlingsteknologier etc., har kommunen som mål, både at forbedre sundheden for borgerne og at forbedre servicen på andre kommunale ansvarsområder. Ydermere, ønsker kommunerne at forbedre effektiviteten i hospitalssektoren med henblik på at minimere udgifter og dermed skatteudskrivningen. Forskellen i målene kommer til udtryk ved kontraktforhandlingerne, hvor kommunerne ønsker at minimere udgifterne mens sygehusdistriktet ønsker at indføre nye medicinske teknologier og at få realistiske aftaler om det forventede antal ydelser. Forskellene kommer også til udtryk ved at kommunerne føler at hospitalsdistriktet viser en 'know-all' attitude, i stedet for at støtte dem i deres bestræbelser for at planlægge et passende sundhedstilbud til deres borgere.

Konflikterne mellem kommunerne og distrikterne kan også skyldes, at der, som i andre principal agent relationer, eksisterer et asymmetrisk informationsniveau mellem de to parter. Utilfredshed med stigningen i priserne og kommunernes ønske om en mere gennemsigtig prispolitik, kan forklares ved det faktum, at kommunerne, i modsætning til hospitalsdistrikterne, har begrænset information om hospitalernes omkostninger. Endvidere, kan utilfredsheden forklares ved, at kommunerne ikke har kendskab til i hvilket omfang distriktet gør en indsats for at forbedre omkostningseffektiviteten.

Asymmetrisk information eksisterer ikke kun i relation til økonomiske forhold men også til kliniske forhold. Kommunerne har ikke den nødvendige kliniske kompetence til at bedømme hospitalsdistriktets behandling af deres patienter: Er den behandling, der gives til patienterne, relevant? Er antallet af ambulante besøg passende? Kan antallet af genindlæggelser reduceres? etc. Så når nogle kommuner finder det meningsløst, at engagere sig i kontraktforhandlingerne med distriktet, og når de finder at hospitalsdistriktet udviser en overlegen holdning, er det måske på grund af dette asymmetriske informationsniveau. Nogle kommuner prøver dog på, at reducere informationsforskellene ved at ansætte læger i deres administration.

Hospitalsdistriktets bestyrelse er på den ene side repræsentanter for kommunerne og skal derfor varetage deres målsætninger, men på den anden side skal de også varetage hospitalets interesser. Denne dobbeltrolle som både principal og agent ser ud til at medføre konflikter, som resulterer i at både kommunerne og hospitalerne føler sig svigtede.

Ifølge principal-agent teorien er finansielle incitamenter en måde at få agenten til at handle efter principalens mål. Dog ser den måde, hospitalerne er finansieret på, ikke ud til at støtte kommunernes overordnede mål om f.eks. effektivitet og udgiftsminimering. For det første har distrikterne ikke noget incitament til at forbedre effektiviteten, fordi de ikke kan beholde et evt. overskud eller skal dække et evt. underskud. For det andet, medfører den aktivitetsbaserede finansiering af hospitaler et incitament til at øge aktiviteten og dermed øge kommunernes udgift. Endeligt er taksterne udregnet af hospitalerne selv, hvilket - da der ikke synes at være meget konkurrence mellem hospitalerne - indebærer at deres incitament til at forbedre effektiviteten er begrænset.

#### **4.4.2 Fører kommunal finansiering til en styrket primær sundhedssektor?**

Som i tilfældet med indførelse af kommunal medfinansiering i Danmark, var hovedformålet med at lade kommunerne overtage finansieringen af hospitalerne i Finland, at give kommunerne et incitament til at reducere forbruget af specialiseret behandling, f.eks. gennem en styrket indsatsen i den primære sundhedssektor.

Denne målsætning ser til en vis grad ud til at være nået, idet kommunerne er meget fokuserede på forbruget af ydelser i hospitalsdistrikterne. Fokuseringen har givet sig udslag i forskellige strategier for ændringer i arbejdsdelingen, enten et forsøg på at hjemtage behandlinger fra sygehusene, eller et forsøg på at forbedre koordineringen. Imidlertid har kommunernes repræsentanter forskellige holdninger til, hvor meget de reelt kan påvirke forbruget af sygehusydelser. En holdning er baseret på den opfattelse, at kun en meget begrænset del af aktiviteten i hospitalsdistriktet er indenfor kommunens kontrol, og at det derfor er meningsløst at prøve at kontrollere udgifterne. En anden holdning er baseret på den opfattelse, at i det mindste en del af hospitalets aktivitet er indenfor kommunens kontrol. Begge holdninger er i princippet rigtige; de fleste patienter, der bliver behandlet i det specialiserede sygehusvæsen har utvivlsomt brug for denne behandling; men det er formentlig også rigtigt, at mange af de ydelser der gives til visse patientgrupper på sygehusene, under de rigtige omstændigheder, kan finde sted i primærsektoren.

#### **4.4.3 Kan de finske erfaringer overføres til Danmark?**

Efter strukturreformen har de danske kommuner ligesom de finske fået et medansvar for finansieringen af hospitalssektoren. Dog er det i Danmark regionerne, og ikke hospitalsdistrikter ejet af kommuner, der er ansvarlige for at tilvejebringe hospitalsydelser. Spørgsmålet er om denne forskel vil betyde en forskel i relationerne mellem parterne.

Som udgangspunkt kan forholdet mellem regionerne og kommunerne i Danmark også karakteriseres som en principal-agent relation. Kommunerne vil som principal have et overordnet mål om at forbedre sundheden for sine borgere, men også at forbedre plejen for ældre, uddannelse, etc. Endvidere vil de danske kommuner have som mål at forbedre effektivitet hos sine agenter for at undgå stigning i de kommunale skatter<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> På grund af skattestoppet, har kommunerne dog ikke umiddelbart mulighed for at lade skatterne stige.

Regionerne som agenter vil have som mål at øge indtægter de får fra kommunerne (og fra staten) med henblik på at forbedre kvaliteten; implementere nye behandlinger og ny teknologi etc. Og da, regionerne ikke er skattefinansierede behøver de ikke bekymre sig om skattetrykket <sup>20</sup>.

Forholdet mellem kommunerne og regionerne vil ligeledes være karakteriseret af forskelle i information. Men da kommunernes afregninger til regionerne vil være baseret på nationale tariffer, vil asymmetrisk information vedr. hospitalsomkostninger være et mindre problem i Danmark end i Finland. Hvorimod forskellen i information omkring kliniske forhold, som i Finland, kunne forventes at blive en kilde til mistillid mellem de to parter. Eksempelvist forskellige forventninger til hvornår en patient er parat til at blive udskrevet fra hospitalet <sup>21</sup>.

Med hensyn til hvorvidt kommunernes medfinansiering af sygehusvæsenet understøtter kommunernes målsætninger, indebærer flere forhold i danske kommunale medfinansiering, at den i højere grad end den finske vil understøtte kommunernes målsætninger. For det *første* er den aktivitetsbaserede del af den kommunale medfinansiering, også i Danmark baseret på DRG-systemet, og vil dermed som udgangspunkt give regionerne et incitament til at øge aktiviteten. Dette vil på den ene side (muligvis) støtte målet om forbedring af borgernes sundhedstilstand (f.eks. gennem reducerede ventelister). Men på den anden side, medføre øgede udgifter, hvilket er i modstrid med målet om omkostningsminimering. Da den kommunale medfinansiering imidlertid maksimalt kan udgøre 30 % af DRG taktsten (dog maksimalt 4.500 kr. per indlæggelse) <sup>22</sup>, mens den i Finland udgør 100 %, er regionernes incitament til at øge aktiviteten formentlig noget begrænset. For det *andet* er en del af kommunernes medfinansiering er baseret på et fast bidrag per borger, og denne finansieringsform giver som udgangspunkt regionerne et incitament til at minimere aktiviteten, f.eks. ved at forbedre forebyggelsen.

Endelig vil regionerne, i modsætning til hospitalsdistrikterne i Finland, være fuldt budgetansvarlige, hvilket vil sige, at de som udgangspunkt ikke kan få dækket evt. budgetoverskridelser <sup>23</sup>. Dette indebærer, at de danske regioner i højere grad end de finske sygehusdistrikter, har et incitament til at øge effektiviteten. Endelig indebærer det faktum at betalinger i Danmark ikke er baseret på lokale omkostningsbaserede takster, men på national DRG-takster, at der i Danmark i højere grad end i det finske sygehusvæsen er et incitament for det enkelte sygehus til at øge effektiviteten.

Vedrørende kommunale initiativer med henblik på at ændre arbejdsdelingen, kan der forventes flere forskelle mellem de to lande. For det *første* er de økonomiske incitamenter mindre i Danmark end i Finland. Således udgør den aktivitetsrelaterede kommunale finansiering i Danmark som nævnt kun op til af 30 % af DRG-taksten, mens den i Finland udgør 100 % af DRG-taksten. De potentielle besparelser ved at etablere kommunale alternativer til hospitalsydelser vil således være langt mindre i Danmark end i Finland. For det *andet*, har de danske kommuner i udgangspunktet en langt mindre

---

<sup>20</sup> Forskellene i formålene mellem de tidligere amter og regionerne var allerede tydelig ved forhandlingerne forud for den finansaftale mellem regeringen og regionerne for nylig.

<sup>21</sup> DRG-systemet, som indebærer at sygehuset får en fast betaling per indlæggelse, uanset hvor længe patienten har været indlagt, giver sygehusene et incitament til at forkorte indlæggelsestiderne mest muligt.

<sup>22</sup> Hertil kommer den aktivitetsbaserede del af finansieringen fra staten.

<sup>23</sup> Se dog kap. 1 afsnit 4 om bemærkninger til lovforslag om regionernes finansiering vedr. imødegåelse af underskud i regionerne

udbygget sundhedssektor end de Finske kommuner. Således har de danske kommuner som udgangspunkt ikke mulighed for at ansætte læger, så hvis kommunerne skal etablere sundhedsaktiviteter, som inkluderer lægelig involvering, er de nødt til at samarbejde med de praktiserende læger. Derfor vil en "dobbelt servicestrategi" som den der eksisterer i Finland nok ikke være forventelig i Danmark. Til gengæld kan en "forbedret koordineringsstrategi", hvor kommunerne hjemtager visse pleje- og kontrolopgaver, forventes.

Den begrænsede kommunale finansiering af hospitalerne indebærer, at det vil være begrænset hvilke kommunale initiativer der vil være rentable for kommunerne. De finske erfaringer viser imidlertid, at manglende økonomisk rentabilitet ikke nødvendigvis forhindrer kommunerne i at etablere nye primære sundhedstilbud. Undersøgelsen viser således, at de finske kommuner etablerer sundhedstjenester alene på basis af forventede besparelser, og at der sjældent sker en opfølgning på de faktiske økonomiske konsekvenser. Dette kan forventes at ske også i Danmark, med stigende totale sundhedskostninger for kommunerne som resultat.

#### **4.4.4 Diskussion af metoden**

Idet den tilgængelige litteratur på engelsk om erfaringerne med kommunal finansiering af hospitalsvæsenet i Finland er begrænset, blev det valgt hovedsageligt at basere dette projekt på interviews med repræsentanter fra den Finske sundhedssektor. Udover at være i stand til at besvare spørgsmål i form af "hvad", har denne metode også gjort det muligt at besvare spørgsmål som "hvorfor" og "hvordan" (67), og dermed analysere nogle underliggende årsager til de mulige konsekvenser af denne finansieringsmodel.

Det har ikke været formålet med denne undersøgelse at drage statistiske funderede konklusioner; i stedet har formålet været at belyse nogle muligheder og udfordringer ved kommunal finansiering af hospitaler samt at forsøge at finde nogle underliggende forklaringer på disse konsekvenser.

Resultatet af denne analyse er sikkert farvet af det faktum, at studiet blev udført i Helsinki-området. Resultaterne kan sikker ikke overføres til de tyndt befolkede områder i Finland, hvor problemer i form af store distancer til sundhedsfaciliteter etc. medfører særlige problemer for sundhedsvæsenet. Til gengæld er de områder, der er omfattet i dette studie formentlig repræsentative for store dele af Danmark når det gælder sociale forhold, urbanisering og geografi.

#### **4.5 Konklusion**

Set i lyset af de finske erfaringer, kan det forventes, at kommunal medfinansiering i Danmark vil medføre en kommunernes indsats for at styrke den primære sundhedssektor. Bestræbelserne vil dog formentlig variere fra kommune til kommune, bl.a. afhængigt af kommunens størrelse herunder muligheden for at trække på administrative ressourcer og klinisk ekspertise.

Imidlertid er den kommunale medfinansiering i Danmark af en sådan størrelsesorden, at de forventede økonomiske gevinster ved at etablere alternativer til sygehusydelse er væsentligt mindre end i Finland. Hertil kommer, at de danske kommuners muligheder for at drive sundhedstilbud, er væsentligt mere begrænsede, fordi de danske kommuner ikke har læger ansat. Samlet betyder dette, at de kommunale bestræbelser kan forventes at blive mindre end de bestræbelser, der er observeret i Finland. Den kommunale indsats kan næppe forventes at blive i form af konkurrerende, parallelle

sundhedstilbud, men snarere etablering af mindre ressourcekrævende kommunale sundhedstilbud, som fremmer koordinering og samarbejde om patientforløb på tværs af sektorerne, og som sikrer, at de patienter, der naturligt hører til i primærsektoren, bliver behandlet og plejet på dette niveau.

På baggrund af de finske erfaringer kan det forudsiges, at ændringer i arbejdsdeling mellem primær og sekundær sektoren ikke altid behøver at være omkostningseffektive. Ændringerne gennemføres på basis af forventninger om økonomiske gevinster, men kommunerne synes ikke at følge op på om bliver realiseret.

Udfordringerne for kommuner og regionerne bliver at prøve at finde en balance mellem de modstridende målsætninger, og at forsøge at overvinde forskellene i viden, specielt forskellene i den kliniske indsigt. Hvis dette ikke lykkes kan det resultere i mistillid mellem de to parter, som igen kan blive en barriere for koordineringen af det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

Både for kommunerne og for regionerne indebærer kommunal finansiering en finansiel risiko. Set fra kommunal side kan de årlige udgifter ændre sig alt efter variationen i borgernes behov for hospitalsbehandling, ligesom udgifter kan forventes at stige de kommende år, som følge af den demografiske udvikling i retning af flere ældre. Set fra en regional synsvinkel kan en udbygning af primærsektoren reducere betalingen fra kommunerne og dermed indebære en finansiel usikkerhed.

## 5. Erfaringer fra England

### 5.1 Indledning

Med strukturreformen er der fra 2007 gennemført væsentlige ændringer i finansieringen og opgavevaretagelsen inden for sundhedsvæsenet i Danmark. Reformen indebærer, at kommunerne får en ny og udvidet rolle på sundhedsområdet, idet de får ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme samt overtager ansvaret for genoptræning efter sygehusophold. Yderligere får kommunerne et medansvar for finansieringen af sygehusvæsenet.

Formålet med ændringerne er bl.a. at fjerne den tidligere kassetænkning, der udsprang af at ansvaret for en række sundhedsopgaver var splittet mellem amterne (sygehuse og sygesikringen) og kommunerne (f.eks. hjemmesygepleje, ældrepleje). Med omlægningerne var det regeringens målsætning at understøtte en substitution af opgaver fra den sekundære (sygehusvæsen) til den primære sundhedstjeneste (almen praksis og kommuner), at forbedre koordineringen af patientforløb på tværs af de to sektorer f.eks. for patienter med kroniske sygdomme samt at øge forebyggelsesindsatsen (1; 9; 10). Midlet til opnåelse af regeringens målsætninger er således dels økonomiske incitament (kommunal medfinansiering) dels regelændring (ændret opgavefordeling). En nærmere gennemgang af strukturreformens ændringer på sundhedsområdet findes i kapitel 1.

Danmark er ikke det eneste land, der har gennemført tiltag der har til formål, at forbedre koordineringen mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet. Typisk har ændringerne bestået i at give den primære sundhedssektor en større rolle i koordineringen af patientforløbene (se kapitel 3). Begrundelserne for at øge den primære sektors betydning er mange. Således har det primære sundhedsvæsen via sit lokalkendskab bedre mulighed for at matche den enkelte patients behov, og hermed reducere den geografiske og sociale ulighed i befolkningens sundhedstilstand (68). Samtidig ses det primære sundhedsvæsen som den aktør, der kan integrere et ofte meget fragmenteret sygdomsforløb i et opdelt sundhedsvæsen. Endelig kan et veludviklet primært sundhedsvæsen fungere som et filter over for det dyre specialiserede sundhedsvæsen, og dermed fremme det samlede sundhedsvæsens omkostningseffektivitet.

Et eksempel på en reform med det formål at styrke den primære sundhedssektor, er dannelsen af Primary Care Trusts i England. Da Labour regeringen i 1998 afløste den konservative regering, var det ønsket at etablere et "primary care lead" (primær sektor styret) sundhedsvæsen, og en af hjørnestene i de reformer som blev gennemført efter Labour regeringens tiltrædelse, var dannelsen af Primary Care Trusts (PCT).

PCT er et nyt administrativt organ under National Health Service (NHS) placeret i lokalområdet. PCT har ansvaret for at planlægge, tilvejebringe og finansiere både primære og sekundære sundhedsydelser samt ansvaret for at fremme folkesundheden (community health). PCT udbyder i vidt omfang selv primære sundhedsydelser, mens ydelser fra sekundærsektoren (sygehuse) og visse dele af primærsektoren (praksissektoren) sikres gennem kontraktindgåelse. Fremme af folkesundheden sker dels gennem egne initiativer dels gennem samarbejde med andre instanser i lokalområdet.

PCT's opgaver har således en række lighedspunkter med de danske kommuners opgaver på sundhedsområdet efter strukturreformen. Begge udbyder primære sundhedsydelser, og begge er pålagt et ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme. Begge har ydermere et økonomisk medansvar for sygehusvæsenet og almen praksis og dermed et økonomisk incitament til at reducere udgifterne til sygehusbehandling, netop gennem udvikling af det primære sundhedsvæsen, eller gennem forebyggelse og fremme af folkesundheden. Den økonomiske medfinansiering er dog væsentlig større for PCT (75 %) end for kommunerne i Danmark (20 %).

Dette kapitel indeholder en gennemgang af erfaringerne med PCT i England. Gennemgangen er baseret på artikler og rapporter fremfundet gennem en litteratursøgning, der nærmere er beskrevet i bilag 1. De engelske reformer blev gennemført for snart 10 år siden, og det engelske sundhedsvæsen har derfor haft mulighed for at indhente en række erfaringer med den nye struktur. Det er målet med publikationen at perspektivere de engelske erfaringer i relation til det danske sundhedsvæsen, med henblik på at fremkomme med ideer og forslag til hvordan vi kan - eller ikke kan - videreudvikle den primære sundhedssektor i Danmark.

Gennemgangen fokuserer på det engelske sundhedsvæsen, idet sundhedsvæsenet har forskellige udformninger i forskellige dele af Storbritannien.

## **5.2 Reforme r i det engelske sundhedsvæsen.**

Et af de lande, der har gennemført de fleste og mest gennemgribende reformer af sundhedsvæsenet i de seneste 20 år er Storbritannien (69). Den første reformbølge fandt sted i perioden under den konservative regering 1987 – 1997, men reformerne er fortsat efter tiltrædelsen af labour-regeringen i 1998.

Det britiske sundhedsvæsen er i lighed med sundhedsvæsenene i de nordiske lande offentligt finansieret (se f.eks. notat om reformer). Men i modsætning til de nordiske lande, hvor ansvaret for organiseringen af sundhedsvæsenet er overladt til regionale myndigheder, er ansvaret for det britiske sundhedsvæsen – National Health Service (NHS) - direkte underlagt staten. De mange regeringsindgreb inden for det britiske sundhedsvæsen, skal da også ses i lyset af at det er regeringens ansvar at organisere sundhedsvæsenet.

### **5.2.1 De konservatives reformer**

Reformerne under den konservative regering var i høj grad præget af New Public Managements (70) ideer om mindre statslig styring og større markedsregulering. Reformerne havde som sit væsentligste indhold i etablering af et såkaldt internt marked, hvor købere og udbydere af sundhedsydelser blev adskilt (48; 71). Således fik Health Authorities (HA) (de lokale repræsentanter for (NHS)) til opgave at købe ydelser fra producenter af sundhedsydelser (dels sygehuse dels lokale primære sundhedsydelser), mens udbydere var sygehusene, som blev opfordret til at slå sig sammen i grupper (NHS Trusts). NHS Trust fik en delvist uafhængig status i forhold til NHS.

De praktiserende læger havde mulighed for på frivillig basis at blive købere af visse sundhedsydelser (ikke-akutte behandlinger på sygehuse samt medicin) på vegne af deres patienter (GP-fundholding). Det budget, som fundholders fik tildelt blev fratrukket den lokal HA's budget til køb af sygehusydelser. For at give fundholders et incitament til at effektivisere brugen af sygehusydelser, herunder f.eks. at erstatte ydelser i sygehusvæsenet med ydelser i primærsektoren, fik fundholders lov til at beholde et evt. over-



skud. Overskuddet skulle dog anvendes til fordel for patienterne, f.eks. investeringer i lægens konsultation.

Udviklingen gik i retning af, at flere og flere praktiserende læger blev fundholders, og i 1996 var over halvdelen af de praktiserende læger fundholders (72). Derudover gik udviklingen i retning af, at fundholders kunne få budget til ydelser udover standardydelse. Desuden introduceredes de såkaldte Total Purchasing Pilots, hvor grupper af læger slog sig sammen om at købe alle hospitals- og primær sektor ydelser.

Erfaringerne med "fund holding" var både positive og negative (48; 71; 72). Hvad angår de positive erfaringer, viste undersøgelser, at patienter tilknyttet fundholders havde kortere ventetider på indlæggelser end patienter, der var tilknyttet ikke-fundholders (72). Fundholders syntes at reducere antallet elektive (planlagte) indlæggelser sammenlignet med ikke fundholders (72), hvortil kom at fundholders i vidt omfang etablerede satellitfunktioner, hvor speciallæger fra sygehusene tilså patienterne i de praktiserende lægers praksis. Endelig havde fundholders en mindre stigning i udgifter til medicin end ikke fundholders (71; 72).

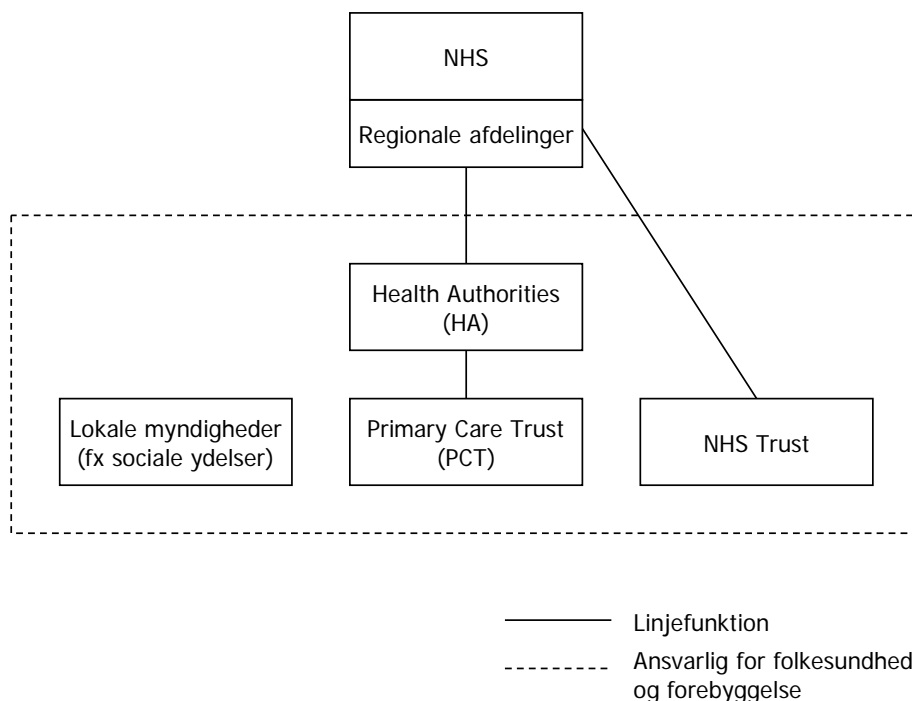
Til gengæld havde fundholders høje administrationsomkostninger (71; 72), og der blev derfor rejst spørgsmål ved, om ændringerne i sidste ende var omkostnings-effektive. I nogle områder fik fundholders tilsyneladende tildelt et forholdsmæssigt højere budget per indbygger end ikke fundholders (72). Dette, sammen med at fundholders havde mulighed for at oparbejde et overskud, og dermed mulighed for investeringer (73), bidrog til ulighed i den service, der blev ydet patienter tilmeldt hhv. "fund holding" og "ikke-fund holding" læger.

### **5.2.2 Labours reformer - etablering af Primary Care Trust**

Ved labour regeringens tiltrædelse gennemførtes nye reformer af sundhedsvæsenet "The New NHS" (74). Adskillelse mellem køber og sælger blev bibeholdt (omtales nu Commissioning), men i stedet for konkurrence var vægten nu lagt på samarbejde mellem køber og sælger. Den frivillige fund holding blev erstattet af et nyt administrativt organ, nemlig Primary Care Trust (PCT), som omfatter alle praktiserende læger i området, og som får til opgave at købe sundhedsydelser til befolkningen i det geografiske område PCT dækker.

I en senere statslig plan ("Shifting the Balance") styrkes PCT rolle (75). Fra, først og fremmest at omfatte "commissioning" udvides ansvaret til også at omfatte folkesundhed og forebyggelse. Gennem etablering af PCT sigter regeringen på at få et "primary care lead" sundhedsvæsen, der er styret af "frontline" klinikere i samarbejde med repræsentanter for lokalbefolkningen (75). PCT har til opgave at forbedre folkesundheden, at sikre tilvejebringelse og finansiering af såvel primære som sekundære sundhedstilbud og endelig, at sikre koordinering med øvrige sektorer i lokalsamfundet herunder det sociale område. Figur 5.1 viser organiseringen af det Engelske sundhedsvæsen efter etableringen af PCT.

Figur 5.1 Organiseringen af det engelske sundhedsvæsen efter etableringen af Primary Care Trusts



*Note:*

Figuren viser organiseringen af det engelske sundhedsvæsen (NHS). Figuren viser desuden at ansvaret i relation til folkesundheden er delt mellem sundhedsvæsenet og de lokale myndigheder. *NHS*: National Health Service, det statslige engelske sundhedsvæsen.

*Local authorities*: Svarer i store træk til det kommunale socialvæsen i DK. Er ikke underlagt NHS, men de lokale myndigheder.

*HA*: Lokale afdelinger af det nationale sundhedsvæsen NHS.

*NHS Trusts*: Udbydere af sygehusydelse (sammenslutninger af sygehuse)

*Primary Care Trusts (PCT)*: ansvarlige for primære sundhedsydelse, køb af sygehusydelse, forebyggelse og folkesundhed

Mindre end tre år efter "Shifting the Balance" annonceredes nye reformer: "The NHS Plan". Denne reform indebar en plan for omfattende investeringer i bygninger og personale (76). Yderligere to år efter vedtoges en plan for yderligere investeringer "Delivering the NHS Plan" (77), som vil indebære, at Storbritanniens udgifter til sundhedsvæsen i 2008 vil komme til at udgøre 9,4 % af BNP. Der indføres endvidere mulighed for at PCT kan købe ydelser fra private udbydere, og betaling for sygehusydelse skal ændres fra blokkontrakter til aktivitetsbaseret finansiering ("Payment by Result"). Endelig får patienter ret til frit sygehusvalg.

Disse senere reformer, som i vidt omfang indikerer en tilbagevenden til den markeds-lignende situation, som herskede under den konservative regering, skal ses på baggrund af, at det engelske sundhedsvæsen fortsat havde problemer med bl.a. lange ventelister. Problemer, som angiveligt skyldtes manglende kapacitet, manglende eller utilsigtede incitamenter, begrænset valgfrihed for patienterne, manglende samarbejde

mellem det private og det offentlige sundhedssystem samt for høj grad af topstyring (78).

En oversigt over centrale sundhedsreformer under labour regeringen er vist i Skema 5.1.

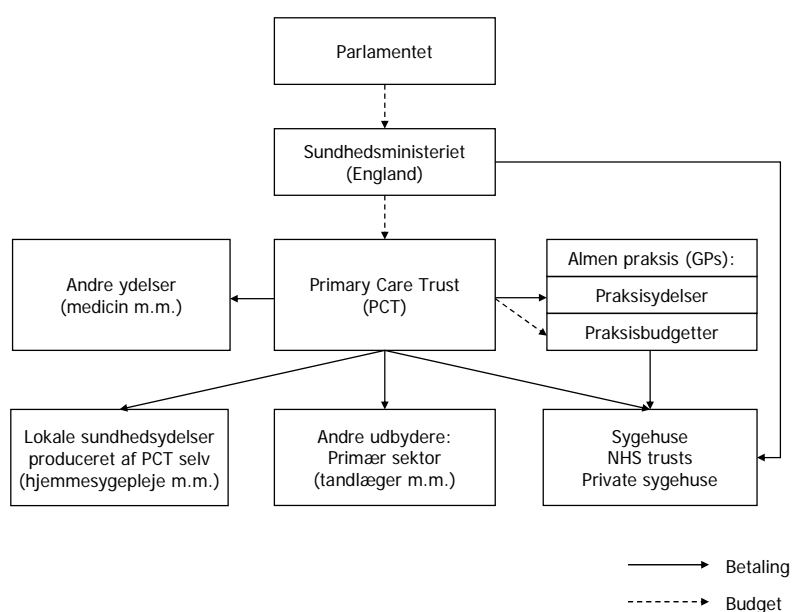
*Skema 5.1 Oversigt over centrale sundhedsreformer under labour regeringen (1997-)*

|   |   |
|---|---|
| <p>1997 The New NHS:<br/>Modern, Dependable</p>   | <p>Det interne marked afskaffes og erstattes af et integreret sundhedsvæsen. Køber-sælger split bevares, men der lægges vægt på samarbejde frem for konkurrence. GP-fundholding erstattes af Primary Care Groups (som senere kan udvikle sig til at blive Primary Care Trusts), der får ansvaret for tilvejebringelse og køb af sundhedsydelser til den befolkning, der er bosiddende i det geografiske område som PCT dækker.</p>  |
| <p>2000 The NHS plan:<br/>A plan for investment<br/>A plan for reform</p>                 | <p>Ud fra den antagelse, at NHS har været underfinansieret og at problemerne i sundhedsvæsenet i vidt omfang skyldes manglende kapacitet, introduceres en investeringsplan omfattende udbygning af den fysiske kapacitet med bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>100 nye hospitaler</li> <li>7.000 ekstra hospitalssenge</li> <li>Modernisering af 3000 lægepraksis</li> <li>Indkøb af 250 skannere (MRI og CT)</li> <li>Investering i IT</li> </ul> <p>Udbygning af personalekapaciteten med bl.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>7.500 speciallæger</li> <li>2.000 alment praktiserende læger</li> <li>20.000 sygeplejersker</li> <li>6.500 terapeuter</li> <li>Øget uddannelseskapacitet</li> </ul> <p>Desuden lægger planen op til nedbrydelse af faggrænser og øgede beføjelser til sygeplejersker. Der åbnes op for at NHS kan indgå kontrakter med private sygehuse.</p> |
| <p>2001 Shifting the Balance of power within the NHS:<br/>Securing delivery</p>           | <p>PCT's får et øget ansvar for lokalbefolkningens sundhedstilstand. PCT bliver ansvarlig ikke alene for tilvejebringelse af primære og sekundære sundhedsydelser, men også for forebyggelse. Herunder at sikre et samarbejde mellem alle parter, herunder de sociale myndigheder, som er ansvarlige for befolkningens sundhedstilstand.</p> <p>PCT overtager opgaver fra NHS's lokale repræsentanter Local Health Authorities, som reduceres i antal og bliver til Strategic Health Authorities. Deres opgave bliver alene at sikre den overordnede planlægning samt understøttelse af kvalitets- og effektivitetsforbedringer.</p>  |
| <p>2002 Delivering the NHS plan:<br/>Next step on investments<br/>Next step on reform</p> | <p>NHS's budget skal i de kommende 3 år, have en årlig realvækst på 7,5 %. I 2008 forventes sundhedsudgifterne at komme op på 9,4 % af BNP.</p> <p>For at sikre valgfrihed og mangfoldighed i udbuddet af sundhedsydelser, samt for at sikre stærke incitamentet, kan PCT vælge at købe ydelser fra offentlige, private eller frivillige producenter. Finansiering af sygehusydelser vil overgå fra blokkontrakter til aktivitetsbaseret finansiering. Over en 5-årig periode vil der blive indført frit sygehusvalg efter dansk model.</p>   |

### 5.2.3 Organisering af PCT

Status som PCT blev opnået ved en gradvis udvikling gennem 4 niveauer af ansvar (73), idet grupperne i de første 3 niveauer blev betegnet Primary Care Groups (PCG). Ved niveau 1 fungerede grupperne alene som rådgivningsorgan for lokale Health Authorities (HA) i forbindelse med køb af ydelser fra sygehuse og primærsektoren. I niveau 2 sker der en begrænset delegation af budget fra HA til PCG til køb af sygehus- og primære sundhedsydelser. På niveau 3 bliver PCG mere autonome i forhold til HA, og på niveau 4, hvor PCG omdannes til Primary Care Trusts (PCT), får grupperne mulighed for udover at købe ydelser, også selv at producere sundhedsydelser ved at ansætte forskellige former for sundhedspersonale, f.eks. egne læger og sygeplejersker. Figur 5.2 viser finansieringsstrømmene i NHS efter etableringen af PCT.

Figur 5.2 Finansieringsstrømme i NHS efter etablering af PCT



Note: Primary Care Trust er ansvarlige for finansieringen af både primære og sekundære sundhedsydelser. Den lokale repræsentant for ministeriet (HA) finansierer de meget specialiserede behandlinger (ca. 25 % af de samlede sygehusudgifter).

PCT dækkede oprindeligt en befolkning på ca. 100.000 indbyggere (73), men ved sammenlægninger dækker de nu i gennemsnit ca. 170.000 indbyggere (69).

De praktiserende læger og andre praktiserende sundhedspersoner, der er beliggende i det geografiske område som PCT dækker, er obligatoriske medlemmer af trusten. De praktiserende læger er dog fortsat selvstændige, og kan i vidt omfang selv bestemme i hvilket omfang de ønsker at blive involveret i den PCT, de er tilknyttet. Derudover har PCT overtaget det personale (hjemmesygeplejersker m.v.), der var ansat i de lokale sundhedstilbud.

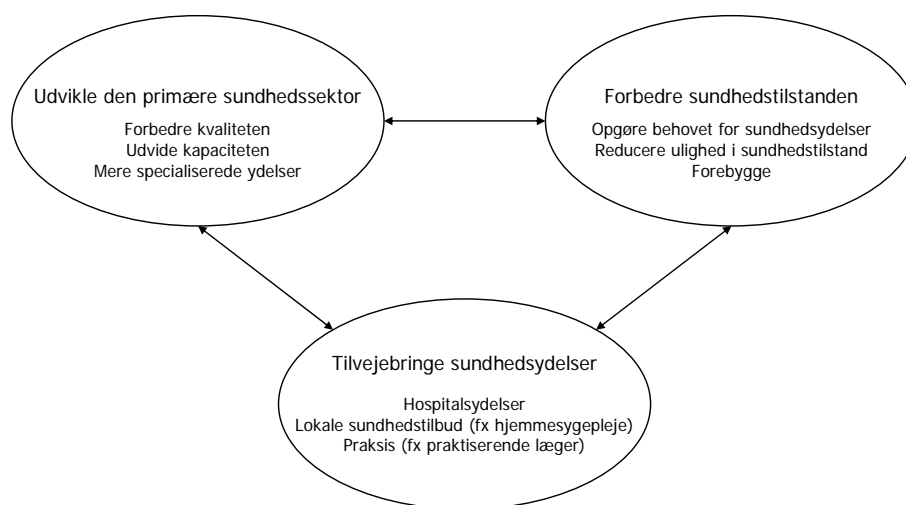
PCT ledes af en bestyrelse bestående af repræsentanter for lokalbefolkningen samt for de Sundhedsprofessionelle. De sundhedsprofessionelle repræsentanter i bestyrelsen udvælges fra en faglig komité, bestående af repræsentanter fra praksissektoren samt øvrige repræsentanter fra den primære sundhedssektor.

Til at gennemføre de pålagte opgaver får PCT tildelt et budget fra (NHS), beregnet på grundlag af et vægtet indbyggertal, og kan disponere over eventuelle budgetoverskud. PCT står for køb af ca. 75 % af samtlige sundhedsydelser, kun de meget specialiserede behandlinger købes af den lokale HA.

### 5.3 Hvilke resultater har PCT opnået?

Primary Care Trust's opgaver kan inddeles i tre hovedgrupper, nemlig at forbedre lokalbefolkningens sundhedstilstand, at udvikle den primære sundhedssektor og at sikre tilvejebringelse af sundhedsydelser til dens indbyggere. De 3 opgaver har, som det fremgår af Figur 5.3, en indbyrdes sammenhæng. Dette afsnit vil indeholde en vurdering af i hvilket omfang PCT har formået at leve op til de tre hovedformål.

Figur 5.3 PCT-funktioner



Kilde: (79)

#### 5.3.1 Udvikling af primærsektoren

Udvikling af den primære sundhedssektor indtager en nøgleposition i moderniseringen af det engelske sundhedsvæsen. Understøttet af massive investeringer, søger regeringen at lette adgangen for patienterne til praksissektoren. F.eks. skal det være muligt at få en konsultation hos en praktiserende læge inden for 48 timer (76). Endvidere er det regeringens mål, gennem øget fleksibilitet, f.eks. i form af lokalt tilpassede kontrakter med praktiserende læger og nedbrydning af faggrænser, at udvide bredden og kvaliteten af de ydelser, der leveres i primærsektoren. Endelig forventes det, at de økonomiske incitamenter knyttet til PCT's rolle som køber af sygehuseydelser, i sig selv vil understøtte udviklingen af den primære sundhedssektor.

En undersøgelse gennemført i 2002 (80) viser, at mange PCT har iværksat forskellige former for initiativer, der skal lette adgangen til den primære sektor. Disse initiativer omfatter - udover en udvidelse af kapaciteten med flere praktiserende læger og syge-

plejersker - en udvidelse af konsultationernes åbningstider, åben konsultation samt mulighed for e-mail- og telefonkonsultation. Desuden har en række initiativer været rettet specifikt mod patientgrupper, hvor geografiske eller sociale forhold har været en barriere for adgangen til sundhedsvæsenet, f.eks. initiativer rettet mod indvandrere, hjemløse, visse grupper af ældre og beboere i landområder.

Undersøgelsen nævner desuden eksempler på PCT, som gennem mere fleksibel udnyttelse af forskellige faggrupper i den primære sundhedssektor har implementeret en række nye serviceydelser. Således inddrages farmaceuter til forskellige opgaver, som f.eks. rådgivning overfor praktiserende læger om receptudskrivning, opgaver i forbindelse med receptfornyelse, eller undervisere på rygeophørsklinikker. Ligeledes er der eksempler på etablering af sygeplejebemandede sundhedstilbud, f.eks. inden for det kardiologiske område (hjerterehabilitering) og rygestopklinikker.

Andre eksempler på udvikling i den primære sektor, er etablering af bredere og mere specialiserede sundhedstilbud i lægepraksis. Der kan være tale om tilbud i form af fysioterapi, specialsygepleje (f.eks. inden for kroniske lidelser eller psykiatri), speciallægekompentence (f.eks. dermatolog eller reumatolog) eller der kan være tale om en satellitfunktion udgående fra et nærliggende sygehus. Der vil typisk være tale om at flere praksis deles om det pågældende tilbud, fordi kapaciteten ikke kan udnyttes fuldt ud af den enkelte praksis. Der kan også være tale om at flere praksis er fælles om apparatur (f.eks. ultralydsscanner). Eller der kan være tale om, at en alment praktiserende læge, der har en speciel kompetence, stiller sine kvalifikationer til rådighed for andre praksis (80; 81).

Et af formålene med at udvikle tilbudene i den primære sundhedssektor, er at muliggøre ændringer i arbejdsdelingen mellem den primære og den sekundære sundhedssektor. I en rapport (82) gennemgås en række eksempler på PCT, som har indført retningslinier (care pathways) for håndtering af henvisninger fra praktiserende læge, med det formål at reducere antallet af henvisninger til sygehusene. Målet med omlægningerne er ifølge rapporten, at sikre at patienter behandles på det relevante niveau i sundhedsvæsenet, at forbedre den patientoplevede kvalitet (f.eks. gennem reduceret ventetid) samt at det muliggør en relevant substitution af ydelser fra sekundær til primærsektor (82). De undersøgte ændringen bestod typisk i

- ♦ etablering af vurderings- og behandlingsmuligheder i primærsektoren og
- ♦ udarbejdelse af guideline til praktiserende læger for hvornår patienter skulle henvises til vurdering i primær regi, og hvornår patienter skulle henvises direkte til sygehusregi.

Vurderings- og behandlingsmulighederne i primærsektoren kan inkludere andre faggrupper end læger. Således er der eksempler på at sygeplejersker, fysioterapeuter og praktiserende læger danner tværfaglige vurderingsteams ("multidisciplinary teams") omkring visse patientkategorier (82).

Omlægningerne har medført, at en stor del af de patienter, der henvises til vurdering i primærsektor regi rent faktisk håndteres i praksissektoren (82). Det er imidlertid ikke givet, at forbruget af sygehusydelser reduceres, da man ikke ved om alle de patienter, der henvises til vurdering i praksis regi, ville være blevet henvist til sygehusbehandling, hvis tilbuddet om vurdering i primært regi ikke havde eksisteret. Ordningen kan med andre ord have skabt et øget antal henvisninger.

Andre undersøgelser nævner andre eksempler på ændringer i organiseringen af sundhedsydelserne, f.eks. substitution fra sygehusbehandling til behandling i primær regi (mindre kirurgi) eller til ydelser i patientens eget hjem (f.eks. palliativ pleje) (83).

Kun få af eksemplerne på substitution mellem primær- og sekundærsektoren er blevet evalueret m.h.t. outcome for patienterne og omkostningseffektivitet (80). En evaluering kunne f.eks. omfatte opgørelse af ændringer i antal henvisninger fra praktiserende læge, ændringer i ventetid på behandling eller patienternes opfattelse af det ny behandlingsforløb. Omlægningerne vil kun være omkostningseffektive såfremt tilbuddet i primærsektoren er billigere end det tilsvarende tilbud i sygehusregi, hvilket ikke altid er tilfældet, da etablering af et sådan tilbud ofte vil medføre overheadomkostninger, der ikke tilsvarende forsvinder i sygehusregi (80).

Den øgede vægt på primærsektoren, ses desuden af, at flertallet af PCT har planlagt at flytte beløb fra budgettet til køb af sygehusydelser til budgettet til finansiering af primærsektorydelser (84).

#### *Praktiserende lægers rolle*

Flere af de ovenfor nævnte initiativer med henblik på oprustning af den primære sundhedssektor, forudsætter en øget specialisering af det kliniske personale, der er tilknyttet PCT. Ligeledes forudsætter initiativerne i visse tilfælde en øget fleksibilitet med hensyn til hvilke opgaver en given faggruppe kan varetage. Begge forudsætninger er søgt tilvejebragt af den engelske regering gennem reformer af sundhedsvæsenet.

Som udgangspunkt er praktiserende læger i England selvstændige erhvervsdrivende, der indgår kontrakt med NHS om afregning af de ydelser de leverer til patienterne (85). Imidlertid er det i de senere år blevet mere almindeligt, at PCT ansætter sine egne læger, således er ca. 1/3 af de alment praktiserende læger ansat og aflønnede af PCT (69), mens de resterende 2/3 fortsat er selvstændige.

For at muliggøre så stor fleksibilitet i tilrettelæggelsen af den primære sundhedssektor som muligt, har PCT mulighed for, som et alternativ til den nationale standardkontrakt, at forhandle lokale kontrakter med praktiserende læger. Kontrakterne indeholder en lokal specifikation af hvilke ydelser, der afregnes og til hvilket honorar. Sådanne kontrakter kaldes Personal Medical Service (PMS) (81; 85). Alternativt har PCT har som nævnt også mulighed for selv at ansætte læger.

Med henblik på at opruste den primære sundhedssektor har en af regeringens planer (76) indeholdt en målsætning om efteruddannelse af alment praktiserende læger (86) (General Practitioner with Special Interests (GPwSI)). Hvilke områder en praktiserende læge i givet fald vælger at videreudanne sig inden for vil være betinget af lokale behov og vedkommendes egne interesser (specialkompetence). De områder, der kan være tale om, kan f.eks. være inden for ældreområdet, kardiologi, diabetes, palliativ pleje, psykiatri, hudsygdomme, kvindesygdomme, øre, næse, hals (86). Det understreges dog i regeringens vejledning til ordningen, at der skal være tale om et intermedieært behandlingstilbud. De pågældende læger skal fortsat være generalister og skal ikke erstatte egentlige specialister inden for de pågældende områder (87).

#### *Sygeplejerskernes rolle*

En række initiativer med henblik på at udvide den primære sektor, har været baseret på en mere betydende rolle for sygeplejen i det engelske sundhedsvæsen. Sygeplejegrup-

pen har fået større autonomi og udvidede ansvarsopgaver, f.eks. mulighed for at udskrive recepter (87).

En række tilbud, som har til formål, at forbedre patienternes adgang til sundhedsvesenet, er således baseret på bemanning med sygeplejersker alene. Det gælder således de Walk-in centre hvor patienter kan komme direkte fra gaden og blive set af en sygeplejerske, samt sygeplejebemandede telefonrådgivninger, der er åben 24 timer i døgnet (NHS-direct). En evaluering af disse tilbud findes i DSI rapport (88). Begge de nævnte tilbud er oprettet direkte under NHS, og altså ikke PCT initiativer, men også mange af de nye servicetilbud i PCT regi er baseret på sygeplejebemanning.

Ligesom de praktiserende læger har sygeplejerskerne en mulighed for at erhverve sig en specialkompetence inden for særlige områder (89). De specialiserede sygeplejersker kan f.eks. varetage opgaver for områder som: respiratorpatienter, intravenøs ernæring, epilepsi, psykiatri, ældreområdet og smertebehandling. Opgaverne kan enten være rettet mod overgangen mellem primær og sekundærsektoren eller mod primærsektoren alene f.eks. i patientens eget hjem. Et resultat af sygeplejerskernes styrkede rolle i primærsektoren, er at der er sket en markant stigning i antallet af sygeplejersker, der er ansat i primærsektoren (90).

Primærsektorens sygeplejersker har repræsentanter i bestyrelserne for PCT. Efter faggruppens egen opfattelse sikrer dette, at lokale behov indarbejdes i PCT's prioriteringer, idet sygeplejerskerne kan bidrage med en lokal "græsrodsviden" (91). Sygeplejerskerne frygter dog for at deres repræsentanters indflydelse i bestyrelserne overskygges af de praktiserende lægers indflydelse.

### 5.3.2 Commissioning

En anden nøgelfunktion for PCT er at varetage køberfunktion til både primære og sekundære sundhedsydelser for befolkningen i det geografiske område, den dækker. Funktionen indebærer ikke blot betaling for ydelserne, men også planlægning af hvilke ydelser, der skal købes, fra hvilke leverandører, samt sikring af, at ydelserne har den tilstrækkelige kvalitet. Funktionen benævnes "commissioning" (83).

En undersøgelse af hvilke initiativer PCT har gennemført for at leve op til sin rolle som "commissioner" (80) viser, at de fleste PCT har ansat personer med dette som specielt ansvarsområde, ligesom man har nedsat arbejdsgrupper til at varetage opgaven. Medlemmer af disse arbejdsgrupper er i næsten alle tilfælde praktiserende læger, repræsentanter for hjemmeplejen og det sociale område samt repræsentanter fra forebyggelsesområdet. Meget få har repræsentanter for sygehusene med i arbejdsgruppen.

Undersøgelsen viser, at en stor del af PCT (89 %) har opsat kvalitets- og servicemål for de sygehuse de indgår kontrakt med, f.eks. i form af ventetidsmålsætninger eller planlægning af udskrivningsforløb. Sygehusene lever imidlertid ofte ikke op til de opstillede mål, og opfølgning på kontrakterne består ofte blot af opgørelser af den præsterede aktivitet, ventetid på behandling samt opfølgning på økonomien (83). Kun i meget få tilfælde følges der op på kvalitetsmål. En ganske lille procentdel af PCT anvender finansielle incitamentter for at opfylde de opstillede målsætning, f.eks. i form af bonusordninger ved opfyldelse af visse kvalitets- og servicemål (80).

Kun få PCT (ca. 10 %) har skiftet sygehusleverandør, og dette kan tilsyneladende ikke begrundes i manglende valgmuligheder (80). En årsag til, ikke at skifte sygehusleve-



randør kan være, at lokale, kollegiale relationer (f.eks. mellem praktiserende læger og sygehuslæger) har større betydning end de økonomiske incitamenter (69).

Et område, hvor PCT synes at have sat større aktiviteter i gang, er etableringen af samarbejde med sygehusene om udvikling af integrerede patientforløb på tværs af de to sektorer. Næsten samtlige PCT har udviklet patientforløb inden for en række forskellige sygdomskategorier, f.eks. hjertesygdomme, kræft, stroke, psykiatri, diabetes og dermatologi (80).

De ansvarlige for commissioning i PCT opfatter ikke selv, at de har den store indflydelse på sygehusudbydere (80). Kun 25 % er af den opfattelse, at de har væsentlig indflydelse, mens 44 % er af den opfattelse, at de har lille indflydelse. Dette billede svarer meget godt til et andet resultat (80) fra undersøgelsen, der viser, at ca. halvdelen af PCT mener at sygehuslægerne har stor indflydelse på PCT's beslutninger i forbindelse med kontraktindgåelse.

En anden undersøgelse (83) konkluderer, at klinikerne (såvel fra sygehusene som fra primærsektoren) har for lille indflydelse på kontraktforhandlingerne mellem PCT og sygehusene, samt at forbrugerne og lokalsamfundet ligeledes har for lille indflydelse. Den manglende lægelige og folkelige involvering indebærer ifølge rapporten, at forhandlingsprocessen er adskilt fra lokalbefolkningens behov og fra evidensbaseret praksis. Endvidere konkluderer undersøgelsen, at nogle PCT ikke har den tilstrækkelige gennemslagskraft og ikke tilstrækkelig evner til at tvinge forbedringer i gennem over for sygehusene.

Overdragelse af køberfunktionen til PCT, er et led i NHS's forsøg på gennem markedsmekanismen, at effektivisere sundhedsvæsenet. Adskillelse af køber og sælgerfunktionen åbner mulighed for at forskellige udbydere konkurrerer med hinanden om at indgå kontrakter om levering af sundhedsydelser til PCT. For elektive behandlinger er mulighederne for konkurrence da også store; men konkurrence er imidlertid ikke i alle tilfælde vejen til bedre kvalitet og større effektivitet. Inden for akut sygehusbehandling og behandling af patienter med kroniske sygdomme drejer det sig således ifølge Lewis (92) i stedet om, at skabe sammenhængende ("seamless") behandlingstilbud på tværs af organisatoriske skel. Der kan være tale om integration både horisontalt (f.eks. mellem praktiserende læger, kommunale specialister og det sociale område) eller vertikalt mellem den kommunale sundhedssektor, praktiserende læger og sygehuset). En opfyldelse af PCT's rolle som god commissioner, forudsætter derfor forskellige strategier for forskellige typer af behandling (92).

#### *Practice based commissioning - Genindførelse af GP-fundholding*

Som det fremgik af gennemgangen ovenfor har PCT tilsyneladende ikke haft den store gennemslagskraft i rollen som commissioner. I et forsøg på at styrke "køberfunktionen" og give sygehusene et modspil, er der fra 2005 indført mulighed for at praktiserende læger (enkeltvist eller i grupper) kan få tildelt et budget fra PCT til indkøb af visse sundhedsydelser til de patienter, der er tilknyttet de(n) pågældende praksis Practice Based Commissioning (PBC).

Som udgangspunkt skal alle praksis have udsendt statistik over deres patienters forbrug af sundhedsydelser. Yderligere kan praktiserende læger, få tildelt et "indikativt" budget til køb af en række nærmere specificerede ydelser f.eks. hyppigt forekomne elektive procedurer (93; 94). Praksis kan dog også vælge at få et budget, der dækker alle ydelser, bortset fra de meget specialiserede behandlinger, der fortsat indkøbes af

PCT (evt. flere PCT i forening eller af HA). Evt. overskud/underskud overføres mellem budgetårene, idet der skal være balance over en treårig periode. Eventuelle overskud herudover må anvendes til patientformål (93; 94).

Baggrunden for (gen)indførelsen af praksisbudgetter er en udbredt opfattelse af, at den manglende gennemslagskraft, ved forhandlinger med sygehusene, skyldes manglende lægelig involvering. Ved at indføre praksisbudgetter håber man, at kunne øge "frontlinie" klinikernes engagement i udviklingen af PCT, og at genvinde det engagement, som mange praktiserende læger udviste under fund holding. Når praktiserende læger tilsyneladende ikke udviser det store engagement skyldes det, at mange af dem ikke finder, at de har haft den fornødne indflydelse på PCT beslutninger (83; 95).

Indførelse af PBC kan med andre ord ses som et forsøg på at skabe større ligevægt mellem sygehussektoren og køberne af sygehusedydelser, et behov der forstærkes, i takt med at sygehusene omdannes til mere autonome Foundation Trusts<sup>24</sup>. Samtidig ønskes en modvægt til indførelse af aktivitetsbaseret finansiering fra 2006. Aktivitetsbaseret finansiering vil således give sygehusene et incitament til at øge aktiviteten; mens PBC omvendt vil give praksis et incitament til at *reducere* antallet af henvisninger (72; 96).

Endelig skal indførelse af PBC, i lighed med den generelle oprustning af det primære sundhedsvæsen, som nævnt i afsnit 5.1 om udvikling af primærsektoren, ses i lyset af et ønske om at forbedre styringen af efterspørgslen efter sygehusedydelser, bl.a. for at kunne leve op til regeringens målsætning om at reducere ventetiden på sygehusbehandling (95).

En af de udfordringer, der opstår i forbindelse med introduktion af PBC, vil være at fastlægge det budget, som skal tildeles den enkelte praksis. Som udgangspunkt vil et budget typisk afspejle tidligere års forbrug, og dermed indebære en risiko for at belønne praksis med en høj henvisningsratio (96), på bekostning af praksis, som har reduceret antallet af henvisninger.

Det er ikke alle, der har lige store forventning er til resultaterne af indførelsen af PBC. En interviewundersøgelse omfattende 140 beslutningstagere repræsenterende hhv. ledelsen i PCT og praksissektoren, gennemført umiddelbart efter PBC ikrafttræden, har undersøgt forventningerne til resultaterne (97). Undersøgelsen viser, at der er forskelle i forventningerne til PBC mellem klinikere og administratorer. Mens flertallet af repræsentanterne fra administratorerne er af den opfattelse af praksissektoren ikke er rustet til at håndtere PBC, er repræsentanterne for praksissektoren langt mere optimistiske. 82 % af administratorerne mener desuden, at PBC indebærer en urimelig høj budgetusikkerhed for PCT (som skal dække evt. merforbrug), og 80 % af de adspurgte repræsentanter oplyser, at de har afsat en reserve til imødegåelse af merforbrug. Kun 47 % af klinikerne mener at PBC medfører urimelig høj budgetusikkerhed for PCT.

### 5.3.3 Folkesundhed

En tredje nøglefunktion for PCT er at sikre forbedringer i befolkningens sundhedstilstand, samt at reducere uligheden i sundhedstilstanden. De to øvrige hovedopgaver - nemlig udvikling af primærsektoren og varetagelse af køberfunktionen over sundhusedydelser - vedrører behandling af *sygdomme* og omfatter således sundhedsvæsenet. Denne opgaver vedrører fremme af *sundhed* og omfatter aktører, der har indflydelse på

---

<sup>24</sup> Engelske sygehuse (NHS Trusts) kan, hvis de opfylder visse styringsmæssige krav, opnå en mere uafhængighed status i forhold til NHS. Benævnes i givet fald for Foundation Trusts.

sundhedstilstanden både i og udenfor sundhedsvæsenet f.eks. på skoler og arbejdspladser. Opgaven forudsætter, at PCT iværksætter initiativer i forhold til de sociale, økonomiske og miljømæssige forhold, der påvirker helbredet (f.eks. boligforhold, transport og arbejdsmiljø). Folkesundhedsopgaven forudsætter, at PCT kan sikre det nødvendige samarbejde imellem en række forskellige interessenter (98) både indenfor og udenfor PCT.

Organisatorisk har nogle PCT (63 %) implementeret opgaven ved at nedsætte undergrupper, der skal tilrettelægge forebyggelsesområdet, og næsten alle (93 %) har udpeget en ansvarlig leder for området, ofte en ekspert i folkesundhed. Dog havde flertallet af PCT kun dedikeret en halv fuldtidsstilling til området (80).

Undersøgelser tyder på, at mange PCT har igangsat initiativer inden for folkesundhedsområdet, f.eks. behovsundersøgelser vedr. ulykker, ældrebefolkning og psykiatri. Mange projekter er rettet mod minoritetsgrupper som f.eks. meget mobile grupper, etniske minoriteter samt beboere i socialt belastede områder (80; 83). Desuden har mange PCT iværksat lokale forebyggelsesprogrammer så som rygeophør, øget motion, forbedret kost og vægttab (83). Mange har opstillet mere eller mindre konkrete udformede målsætninger inden for områder som rygeophør, reduktion i antallet af teenagegraviditeter og reduktion i forskelle i levealder. Derudover har nogle PCT allokeret en del af sit budget til folkesundhedsprojekter i sektorer uden for sundhedsvæsenet (f.eks. ulykkesforebyggelse, fritids- og rekreativeprojekter), hvilket viser at PCT lever op til behovet om samarbejde med andre lokale myndigheder inden for forebyggelsesområdet (80).

En interviewundersøgelse af hvorledes forskellige medarbejdergrupper opfatter deres rolle i relation til forbedring af folkesundheden (99), viser, at medarbejdere i praksissektoren (læger og praksissygeplejersker) ikke lægger stor vægt på forebyggelse i deres daglige arbejde med patienterne. Dette begrundes med, at de løbende behandlings- og plejeopgaver ikke levner tid hertil. Ansatte i den øvrige primære sundhedssektor (sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker m.m.) ser derimod forebyggelse som en kerneopgave og er interesserede i at udvikle denne opgave yderligere. Undersøgelsen viste dog, at der er en stor interesse for at øge den forebyggende indsats blandt begge grupper, men at en barriere for en opprioritering af området - udover manglende ressourcer - er manglende generel viden på området, samt manglende viden om hvilke forebyggelsesprogrammer, der er effektive (evidensbaseret forebyggelse). Desuden efterlyses der støtte fra nationale myndigheder.

Med hensyn til den foreløbige effekt af den forebyggende indsats, mener kun et fåtal af PCT, at de initiativer, der indtil nu er iværksat, har medført nogen forbedring af lokalbefolkningens sundhedstilstand. Men det pointeres samtidig, at effekten først vil vise sig på længere sigt, og det er forventningen at der på længere sigt vil vise sig en signifikant forbedring (80).

#### **5.4 Effekter af PCT**

Den gennemgåede litteratur vedrørende erfaringerne med PCT har hovedsageligt fokuseret på hvilke initiativer PCT har taget for at leve op til de pålagte opgaver. Evalueringerne har derimod i mindre grad fokuseret på effekten af de gennemførte reformer, dvs. i hvilket omfang PCT har bidraget til de overordnede målsætninger for det engelske sundhedsvæsen. Enkelte undersøgelser har dog forsøgt at belyse effekten af Labour

regeringens reformer set i relation til overordnede mål som produktivetsforbedring, reduktion af ventelister og udgiftsstyring.

#### *Produktivitet*

I en artikel fra 2002 sammenligner Julian Le Grand (100) de meget tidlige resultater af Labours reformer med resultaterne af reformerne under den konservative regering. Det fremgår at aktivitetsstigningen i de første år under Labour regeringen var lavere end aktivitetsstigningen i perioden under den konservative regering. Således steg aktiviteten i sygehusvæsenet (opgjort som antal afsluttede behandlingsforløb) i perioden 1997 - 2000 i gennemsnit med 2,7 % per år, mens aktivitetsstigningen i perioden 1989-1996 (dvs. under den konservative regering) gennemsnitligt var på 4,4 % om året. Også inden for primærsektoren har aktiviteten været lavere, idet antallet af konsultationer i almen praksis i det første år efter Labours reformer faldt med 8 %.

Med hensyn til produktiviteten er de første resultater af reformerne heller ikke positive. Mens produktiviteten inden for NHS i perioden 1990-1997 steg med gennemsnitligt 1,7 % årligt, er den i perioden 1997- 2001 faldet med gennemsnitligt 2 % om året (69).

#### *Ventelister*

Mens reformerne tilsyneladende ikke i de første år havde den store effekt på produktiviteten, synes effekten på ventelisterne at have været større. Antallet af patienter på venteliste til sygehusbehandling var således i 1999 på 1.072.860, mens antallet i 2004 var faldet til 992.604, svarende til et fald på knap 8 %. Endvidere steg andelen af patienter, der blev behandlet inden for 3 mdr., fra 51 % i 1999 til 54 % i 2004, ligesom antallet af patienter, der var behandlet inden for 12 måneder steg fra 96 % til 99,9 % (69). Med til billedet hører, at antallet af henvisninger fra praktiserende læge i samme periode steg med 25 %.

#### *Økonomi*

I en redegørelse for regnskabsresultatet for NHS (101) fremgår det, at samtlige PCT set under et i 2003-2004 havde en budgetafvigelse på 4 millioner £. Dette samlede resultat dækker over at 27 (9 %) af PCT havde et merforbrug, en stigning i forhold til regnskabsåret 2002-2003 hvor 4 % af PCT havde et merforbrug. Til gengæld havde 35 (12 %) af PCT et mindre forbrug.

Set under ét har PCT således i regnskabsåret 2003-2004 formået nogenlunde at overholde det tildelte budget fra NHS, men analysen peger på, at der er betydelige variationer imellem de enkelte PCT, og at de økonomiske problemer er vokset fra foregående regnskabsår.

De økonomiske problemer er vokset yderligere i de efterfølgende år. Mens NHS samlet set (dvs. PCT plus NHS trusts (sygehusene) plus HA) havde et overskud på 72 millioner £ i 2003-2004, havde NHS i 2004-2005 en samlet budgetoverskridelse på 250 millioner £, og i regnskabsåret (2005-2006) forventes en budgetoverskridelse på 650 millioner £ (102). I debatten foranlediget af dette forventede underskud argumenteres der for, at PCT, i et forsøg på at reducere deres del af overskridelserne, bør udskyde henvisninger til sygehusbehandling (103). Andre peger på, at PCT kun har begrænsede muligheder for at styre udgifterne, idet sygehusenes forsøg på at forbedre produktiviteten, f.eks. gennem forkortelse af indlæggelserne, meget vel kan påføre PCT merudgif-

ter. Forkortede liggetider vil således medfører en øget patientomsætning, og dermed øgede udgifter for PCT, med mindre sygehusene lukker senge (104).

## 5.5 Barrierer for PCT

Den foregående gennemgang af de initiativer PCT har iværksat for at leve op til det ansvar, regeringen har givet dem, har vist, at PCT succes, har været begrænset, og at resultaterne variere fra PCT til PCT. De største resultater findes tilsyneladende indenfor udviklingen af det primære sundhedsvæsen, mens de dårligste resultater er opnået med hensyn til indflydelse på, hvilke ydelser sygehusene leverer til deres indbyggere.

Den gennemgåede litteratur peger på flere forskellige årsager til PCT's (indtil videre) begrænsede succes. En række årsager er således knyttet til at selve processen i forbindelse med dannelsen af de nye PCT. Etablering og udvikling af de nye institutioner har i sig selv lagt beslag på mange ressourcer, og derfor er der ikke levnet tid og kræfter til PCT's kerneopgaver. Ved dannelsen af PCT blev to forskellige sundhedsorganisationer lagt sammen, nemlig praksissektoren og den lokale primære sundhedstjeneste, og det har været en udfordring for de nye PCT at skabe en sammenhængende organisation af disse to ret forskellige organisationer (83). Praksissektoren består af selvstændige klinikere, alment praktiserende læger, tandlæger, farmaceuter og optikere (optometrists), mens den kommunale sundhedssektor består af personale ansat i PCT (hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker og fysioterapeuter). Disse forskellige faggrupper medbringer forskellige kulturer og kan have et forskelligt engagement i forhold til PCT. Samtidig er der tale om en organisation, som er geografisk spredt over mange forskellige ansættelsessteder. Undersøgelser har vist, at såvel praksissektoren som den øvrige del af den primære sundhedssektor opfatter PCT som fjern og uvedkommende (83).

De praktiserende sundhedspersoner er tvungne medlemmer af den PCT, de er beliggende i, men de er ikke ansat i PCT og de leverer ydelser til befolkningen på kontraktbasis. En del har ikke ønsket at deltage i aktiviteter og initiativer udover at levere de ydelser, de er kontraktligt forpligtede til. Dette har været en barriere for opnåelse af resultater, da mange initiativer f.eks. oprustning af den primære sundhedssektor og køberfunktionen i relation til sygehusydelser, forudsætter høj grad af involvering fra klinisk side (jf. afsnittet om commissioning).

En anden barriere knyttet til de organisatoriske forhold er manglende administrative ressourcer. Ved dannelsen fik hver PCT tildelt et beløb på 3£ (33 kr.) per indbygger, til administrative opgaver. En PCT på 100.000 indbyggere fik således et budget på 300.000£ (svarende til 1.113.000 kr.) til at dække ledelses- og administrationsomkostninger. Til sammenligning udgør administrationsomkostningerne per medlem i en amerikansk managed care<sup>25</sup> organisation 350£ (3.898 kr.). En undersøgelse af det gennemsnitlige antal ansatte (ledere og administrative medarbejdere) i PCT 2000, viste at der i gennemsnit var i alt 15,8 fuldtidsansatte (105). I flere undersøgelser konkluderes det, at en af væsentligste barrierer for opnåelse af PCT's mål er manglende administrative ressourcer (80; 92). Samtidig er det et problem at rekruttere personale med de nødvendige kvalifikationer. Et andet administrativt problem er manglende data og informationssystemer til at understøtte PCT's opgaver. (80; 106).

---

<sup>25</sup> Forsikringsordning der dække en lang række både primære og sekundære sundhedsydelser .

Som en årsag til, at PCT ikke har opnået de forventede resultater, har det været anført, at PCT har været for små (92). Oprindeligt skulle en PCT betjene en befolkning på ca. 100.000, men hurtigt blev der argumenteret for, at dette befolkningsgrundlag var for spinkelt, og at det optimale befolkningsunderlag snarere var 200.000. Så allerede i de første år efter dannelsen blev mange PCT fusioneret (107). Gennem fusion, og de der- ved opnåede stordriftsfordele, forventes det, at bl.a. problemer med manglende ledel- ses- og administrationskapacitet vil blive løst.

Der er imidlertid ikke enighed om fordelene ved at fusionere PCT. Blandt argumen- terne imod er, at PCT mister fordelene ved den lokale tilknytning og dermed muligheden for at tilpasse ydelserne til lokale behov. Ved at centralisere, er der desuden en fare for at tilknytningen til de lokale praktiserende læger bliver løsere, og at disse dermed mi- ster deres engagement i udviklingen af PCT. Det fremføres, at PCT endnu kun har haft en begrænset tid til at udvikle sig og få erfaringer i, og at det derfor er for tidligt, at opgive dem (108). Samtidig fremføres det, at der ikke er evidens for at et større befolk- ningsunderlag vil medføre stordriftsfordele og produktivitetsforbedringer (107). I stedet for sammenlægninger bør der således satses på samarbejde inden for de områder, hvor der er behov for større ekspertise end der kan rummes i den enkelte PCT, f.eks. ved commissioning af meget specialiserede behandlinger. En anden måde at opnå stordrifts- fordele på - uden at miste den lokale tilknytning - er at samle PCT'erne i klynger, med fælles ledelse (109).

På trods af, at dannelsen af PCT var et forsøg på at overlade udviklingen af sund- hedsvæsenet til lokale interesser og behov, har der dog reelt været bevaret en stærk statslig styring i form af en stadig strøm af statslige udmeldinger og opstilling af mål (80; 84; 100). Dette betyder, at mange ressourcer anvendes til at opfylde centralt opstil- lede målsætninger (ventetidsmålsætninger, hjertepaner, mål for ældre- og psykiatriom- rådet m.m.) frem for at opfylde lokale målsætninger og behov (92). Dette kan frustrere lokale interessenter, som dermed mister engagement i udviklingen af det lokale sund- hedsvæsen. I en vurdering af de foreløbige erfaringer (84) fremhæves det, at netop landspolitisk indblanding er en af de største trusler for de nye organer. Sundhedsvæse- net er imidlertid genstand for voksende politisk interesse, og det kan indebære en risiko for, at PCT ikke får den fornødne tid og de fornødne ressourcer til at realisere deres potentiale.

## 5.6 Sammenfatning af de engelske erfaringer

### *Indsatsen*

Litteraturgennemgangen viser, at mange PCT'er har gjort en stor indsats for at udvikle den primære sundhedssektor. Adgangen til den primære sundhedssektor er blevet lette- re dels gennem øget kapacitet, dels gennem udvidede åbningstider. Samtidig har mange PCT indført bredere og mere specialiserede primære sundhedstilbud. De nye tilbud er tilvejebragt gennem mere fleksibel udnyttelse af det eksisterende sundhedsprofessionel- le personale, gennem øget specialisering af personalet, der arbejder i primærsektoren og gennem etablering af tværfaglige sundhedstilbud. Ofte findes de nye tilbud i læge- praksis, hvor flere lægepraksis deles om en særlig kapacitet, som enten kan være et apparatur eller en særlig faglig ekspertise. De nye tilbud har muliggjort en substitution af ydelser fra sygehussektoren til den primære sektor. Men det er et åbent spørgsmål, i hvilket omfang der rent faktisk er foregået en substitution, og i hvilket omfang, der blot

er tale om et serviceløft i primærsektoren. I det omfang, der er sket en substitution, er det ligeledes uvist om denne substitution har været omkostningseffektiv.

Erfaringerne med hensyn til PCT's indflydelse på hvilke sygehuseydelse, der skal leveres til deres borgere (commissioning), synes at være mindre positive. De kontrakter PCT indgår med sygehuse, synes ikke at afspejle lokalbefolkningens behov. I kontraktopfølgningen fokuseres der hovedsageligt på økonomi og aktivitet, og der stilles ikke reelt krav til kvalitet og service. PCT benytter ikke muligheden for at vælge mellem forskellige sygehuse, men samarbejder med de sædvanlige sygehuse. Så i stedet for, at være en proaktiv forhandler, lader PCT tilsyneladende sygehuse selv bestemme indholdet af de ydelser, de leverer til borgerne. Årsagen til den begrænsede succes synes at være manglende gennemslagskraft fra PCT's side, samt manglende involvering både af repræsentanter for lokalbefolkningen og af lokale klinikere. I et forsøg på at inddrage de praktiserende læger mere, har man genindført praksisbudgetter, som indebærer at praktiserende læger kan få tildelt et budget til indkøb af sygehuseydelse til sine patienter.

Med hensyn til forebyggelse og fremme af folkesundhed synes der at være en stor vilje i PCT til at gøre en indsats. Der er mange eksempler på forebyggelsesprogrammer og tilbud målrettet forskellige udsatte grupper, ligesom der er eksempler på at PCT støtter forebyggelsesinitiativer i sektorer uden for sundhedsvæsenet. Blandt de sundhedsprofessionelle synes motivationen at være størst i den del af sektoren, der omfatter den lokale primære sundhedssektor - sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker, hvorimod praksissektoren viser mindre engagement i det forebyggende arbejde. Der efterlyses støtte i form af viden om, hvilke programmer der er omkostningseffektive.

#### *Effekten*

Effekten af de gennemførte reformer er kun sparsomt belyst. Meget tidlige undersøgelser tyder ikke på at reformerne har medført en produktivitetsovergang, men da de er gennemført efter kun få år, og da de metodisk kan kritiseres (69), kan undersøgelserne næppe anvendes som en indikator for reformernes effekt på produktiviteten på længere sigt. En opgørelse af udviklingen i ventelisterne og ventetiderne tyder på et fald, hvilket kunne indikere en effektivisering af sundhedsvæsenet.

#### *Barrierer*

Litteraturgennemgangen peger på to hovedårsager til PCT's begrænsede succes. Den første årsag er manglende administrative ressourcer, dels fordi de tildelte bevillinger har været for små, dels fordi PCT ikke har kunnet tiltrække den fornødne ekspertise f.eks. inden for forebyggelse og folkesundhed. Hertil kommer at PCT har manglet de fornødne informationssystemer.

En anden hovedårsag til den begrænsede succes er manglende engagement blandt de sundhedsprofessionelle, der er tilknyttet PCT. Engagementet mangler både hos de privatpraktiserende sundhedsprofessionelle og hos de ansatte i PCT. Begge grupper, er tvunget ind i PCT, som tilsyneladende ikke har været lige succesfulde med at engagere dem i projektet.

Ikke mindst de praktiserende læger er nøglepersoner for opnåelse af PCT's målsætninger. For det første er en udvikling af primærsektoren for en stor dels vedkommende baseret på ydelser med udgangspunkt i lægepraksis, hvad enten det er tale om specialisering af praktiserende læger, eller etablering af nye tilbud i praksisregi. For det

andet forudsætter en styrkelse af PCT's gennemslagskraft i forbindelse med kontraktforhandlinger med sygehusene en større lægelig involvering.

Disse mangler i forhold til lægeligt engagement i PCT har man søgt at råde bod på, gennem indførelse af Practice Based Commissioning (PBC), altså gennem tildeling af budgetter til lægepraksis.

#### *Diskussion af metoden*

Den gennemgåede litteratur består af undersøgelser af både nyere og af ældre dato. Flere af de refererede resultater er derfor baseret på erfaringer blot få år efter dannelsen af PCT og derfor gennemført på et tidspunkt, hvor de nye organer kun har haft få år til at organisere sig i. Hertil kommer, at opgaverne og vilkårene for PCT løbende er blevet revideret gennem nye planer fra regeringen (se Skema 5.1). Når man læser en evalueringsrapport kan det derfor være vanskeligt at vurdere hvilken udformning af PCT evalueringen dækker. Hovedresultaterne synes dog at være nogenlunde konstante over det tidsmæssige forløb som de gennemgåede evalueringer dækker, nemlig at PCT's succes har været størst hvad angår udviklingen af den primære sundhedssektor, og udvikling af folkesundhedsprogrammer, mens de i forbindelse med kontraktforhandlinger med sygehusene ikke har formået at opnå strategiske ændringer.

### **5.7 Hvad kan Danmark lære af de engelske erfaringer?**

De intentioner, der har ligget bag Labour regeringens reformer i England, har mange lighedspunkter med de intentioner, der lå bag strukturreformens ændringer på sundhedsområdet i Danmark. Begge reformer har haft som formål at styrke den primære sundhedssektors rolle, bl.a. for at sikre mere sammenhængende patientforløb, og for at sikre at det sekundære sundhedsvæsen reserveres til de patienter, som har behov for den specialiserede behandling.

I begge lande har midlet været en blanding af organisatoriske ændringer og økonomiske incitament. De organisatoriske ændringer i England bestod i dannelsen af PCT, og i Danmark i at give kommunerne et større ansvar på sundhedsområdet. De engelske reformer blev indført i tilbage i 1998, og det er derfor nærliggende at undersøge om intentionerne med reformen er lykkedes, samt at undersøge hvilke erfaringer man har gjort i England. Spørgsmålet er, om vi i Danmark kan lære noget af de engelske erfaringer, eller om forskellene imellem det Engelske sundhedsvæsen og det danske er så store, at erfaringerne ikke kan overføres til danske forhold.

#### *Forskelle og ligheder mellem det danske og det engelske sundhedssystem*

Strukturreformens ændringer på sundhedsområdet har mange lighedspunkter med Labours reformer af det engelske sundhedsvæsen, men der er også områder, hvor indholdet af reformerne er forskellige, hertil kommer at organiseringen af de to landes sundhedsvæsener på flere punkter afviger fra hinanden.

I begge lande har de organisatoriske ændringer bestået i, at man har udrustet et administrativt organ til at have ansvaret for udbygningen af den primære sektor; I England ved dannelsen af PCT, og i Danmark ved at overføre nogle opgaver fra det regionale/amtslige niveau til kommunerne. Begge administrative organer er ansvarlige for at udbyde og finansiere primære sundhedsydelse som genoptræning, hjemmepleje og sundhedspleje. Begge er desuden ansvarlige for forebyggelse og sundhedsfremme. I begge lande er opgaveomlægningen understøttet af økonomiske incitament, frem-



kommet ved at både PCT og kommunerne er medansvarlige for finansieringen af sygehuse, og dermed har en tilskyndelse til gennem en veludbygget primær sundhedssektor at reducere behovet for sygehusbehandlinger. Der er imidlertid en væsentlig forskel imellem de to reformer; mens PCT i England finansierer 75 % af befolkningens sygehusforbrug, finansierer kommunerne i Danmark kun omkring 20 % af indbyggernes sygehusforbrug. De økonomiske incitament er må således forventes at veje tungere i England end i Danmark.

En række forhold vedrørende bl.a. organiseringen af de to landes sundhedssystemer gør, at vilkårene for PCT og de danske kommuner er forskellige. *For det første* er organiseringen af praksissektoren i Danmark forskellig fra organiseringen i England. I begge lande er praktiserende læger – og andre praktiserende sundhedsprofessionelle - selvstændige erhvervsdrivende. Men i England hører praksissektoren under PCT, som betaler deres honorar. Praksissektoren er desuden repræsenteret i PCT's bestyrelse samt i forskellige udvalg under PCT, og har dermed en vis tilknytning til PCT. I Danmark hører praksissektoren under regionen, som betaler hovedparten af deres honorarer, selv om der er indført en vis kommunal medfinansiering af sygesikringsydelse (10 % af honoraret). De praktiserende læger i Danmark har således - som udgangspunkt - ingen tilknytning til kommunerne. *For det andet* er gennemsnitsstørrelsen for PCT 170.000 indbyggere, mens den gennemsnitlige kommunestørrelse i Danmark efter strukturreformen er på 55.000 indbyggere (6). Forskelle i størrelse kan medføre forskelle med hensyn til, hvilke sundhedstilbud der er befolkningsgrundlag for at etablere. *For det tredje* skal de engelske reformer ses med baggrund i betydelige ventetider i mange dele af det engelske sundhedssystem. En sammenligning af gennemsnitlig ventetid mellem forskellige europæiske lande (44) i 2000 viser, at England for næsten alle behandlinger, omfattet af undersøgelsen, har de længste ventetider. Udgangspunktet for de engelske reformer har derfor været væsentlige behov for at minimere presset på de engelske sygehuse, f.eks. ved at substituere undersøgelser og behandlinger fra sygehussektoren til primærsektoren. Udviklingen af de mange nye tilbud i primærsektoren skal bl.a. ses i dette lys.

#### *Udvikling af primærsektoren*

PCT's initiativer med henblik på at udvikle den primære sundhedssektor er sammenfattet i Figur 5.4. Spørgsmålet er i hvilket omfang sådanne initiativer er relevante i set i en dansk sammenhæng.

Praksissektoren har haft en nøgleposition i udviklingen af den primære sundhedssektor i England, og etableringen af mange tilbud i primærsektoren er alene muliggjort af praktiserende lægers tætte tilknytning til PCT. Da de danske kommuner ikke har mulighed for uden videre at trække på lægelig bistand, har de eksempler, der nævnes, når man diskuterer udvikling af den primære sundhedssektor, især været udvikling af den *kommunale sundhedssektor*, dvs. hjemmeplejen, plejehjem og rehabilitering, bl.a. fordi disse tilbud er baseret på personale, som man i forvejen har ansat i kommunerne, og fordi sådanne tilbud ikke indebærer lægelig involvering.

Figur 5.4 Eksempler på initiativer med henblik på udvikling af den primære sundhedssektor i England

|   |
|---|
| Ideer til efterfølgelse i Danmark?  |
| Udvidet adgang til praksis /serviceforbedring<br>Åbningstider<br>e-mail konsultation<br>Telefonkonsultation<br>særlige tilbud til udsatte grupper                                 |
| Bredere (tværfaglige) tilbud i almen praksis<br>Fysioterapi<br>Specialsygepleje<br>tilknytte speciallæger<br>udfunktion fra sygehus<br>deling af faciliteter mellem flere praksis |
| Ændret arbejdsdeling<br>forhåndssortering af henvisninger ved vurdering i praksis<br>substitution fra sygehus til primærsektor  |
| Ændret rolle for praktiserende læger<br>evt. kommunalt ansatte<br>nye overenskomster<br>øget specialisering   |
| Øget rolle for sygeplejersker<br>øget kompetence<br>Specialisering<br>sygeplejebetjente tilbud  |

Note: en nærmere beskrivelse af de enkelte initiativer findes i afsnit 5.3.1

En række af de nye primære sundhedstilbud, der er etableret i England er dog ikke ukendte i Danmark. Således har etablering af tværfaglige sundhedstilbud i primærsektoren i form af sundhedscenter været stærkt debatteret i de seneste år (110-112). Dog, er definitionen af et sundhedscenter ikke entydig. Definitionerne varierer således med hensyn til om der er tale om fysiske centre eller virtuelle centre, samt med hensyn til hvilke kompetencer (fagligheder), der skal være repræsenteret, f.eks. om læger skal være repræsenteret.

En række af de engelske initiativer vedrører ændringer i de tilbud, der findes i praksissektoren, og i Danmark har der været fremsat forslag om etablering af tværfaglige praksisklinikker, svarende til de tilbud, der findes i engelske lægepraksis (113). En forudsætning for at kunne udvikle primærsektoren med de tilbud, der er etableret i PCT i England, er imidlertid at de praktiserende læger ønsker at medvirke.

Også i Danmark er man bevidst om mulighederne for en øget anvendelse af sygeplejegruppen i den primære sundhedssektor. Et eksempel herpå er forslag om anvendelse af sygeplejersker med specialkompetence til patienter med kroniske lidelser. F.eks. foreslås det, at sygeplejersker kan have selvstændige konsultationer med patientgrupper. Sygeplejerskernes konsultation kan enten være i tilknytning til lægepraksis, evt. kunne flere praksis deles om en sygeplejerske (114). Ligesom sygeplejersken kunne have konsultation i et sundhedscenter.

Spørgsmålet er imidlertid, hvor langt vi i Danmark skal gå med hensyn til substitution fra sygehusvæsenet til den primære sundhedssektor. Skal substitutionen alene omfatte kontrol af kronikere i sundhedscentre og etablering af akutstuer på plejehjemmene som erstatning for visse indlæggelser? Eller skal vi gå så langt, at vi som i England

supplerer den praktiserende læges visitationsfunktion med en egentlig "for-visitiation" i primærsektoren med henblik på at sortere unødvendige indlæggelser fra? Og skal der sættes imod at flere behandlinger og undersøgelser foregår i primærsektoren?

Efterhånden som sygehusvæsenet centraliseres, er der behov for tilbud i nærområdet. Et yderligere spørgsmål er om disse tilbud skal være i sygehusregi (f.eks. i form af satellitfunktioner), som konsulentfunktioner, eller om de skal være i kommunalt/praksis regi?

Svarene på disse spørgsmål afhænger af, hvad der er klinisk forsvarligt og hvad der er omkostningseffektivt, og kan ikke gives entydigt, men vil afhænge af de konkrete situationer. Undersøgelser og behandlinger er dog ikke nødvendigvis mindre ressourcekrævende i primærsektoren, end i sygehusregi, hvortil kommer, at de knappe lægelige ressourcer, skal udnyttes mest optimalt. Endelig bør det i de konkrete situationer sikres, at udbygningen af ydelser i primærsektoren ikke fører til, at der blot opbygges dobbelte funktioner, ligesom det skal sikres at der sker en reel substitution og ikke blot en serviceudvidelse (med mindre dette er hensigten).

### *Commissioning*

I England er der etableret køber/sælger forhold imellem sygehusvæsenet (NHS-trust) og PCT. PCT skal indgå kontrakter med sygehuse om levering af sygehusedydelser til indbyggerne i den pågældende PCT (kaldet commissioning). Der er dog gradvist indført frit sygehusvalg og blokkontrakter er afløst af betaling i forhold til den præsterede aktivitet.

Der er ikke på samme måde lagt op til et køber/sælger forhold mellem kommunerne og sygehusvæsenet i Danmark. Nok skal kommunerne være med til at finansiere sygehuse, men det er regionerne, der har ansvaret for driften af sygehuse, samt sikring af at der tilvejebringes sygehusedydelser til regionens borgere. Kommunerne har mulighed for at påvirke de ydelser, deres borgere tilbydes igennem de obligatoriske sundhedsaftaler. Spørgsmålet er imidlertid, om kommunerne i fremtiden vil få mulighed for at få større indflydelse på indholdet og kvaliteten af sygehusedydelserne, f.eks. ved at den kommunale medfinansiering øges, eller i forbindelse med forhandlinger om størrelsen af det kommunale sundhedsbidrag (14).

Commissioning indebærer imidlertid ikke blot passiv betaling for de ydelser sygehuse leverer, men også en proaktiv forhandling med sygehuse om hvilke ydelser, der skal leveres, til hvilke patienter og med hvilken kvalitet. F.eks. hvornår og hvordan patienter udskrives (37). En aktiv commissioner kan f.eks. vælge at skifte til et andet sygehus, hvis det nuværende ikke lever op til forventningerne. Erfaringerne med PCT som commissioner har imidlertid ikke været positive. PCT har således ikke haft den fornødne gennemslagskraft over for sygehuse, bl.a. fordi de lokale klinikere ikke har været tilstrækkeligt involverede i forhandlingerne. Tilsvarende kunne man frygte at en evt. mere aktiv rolle fra kommunernes side i forhold til at påvirke sygehuses tilbud, ville blive vanskeliggjort af en kompetencekløft mellem sygehuse og kommunerne, bl.a. fordi kommunernes kun har begrænset adgang til klinisk kapacitet.

### *Folkesundhed*

De danske kommuner har i lighed med PCT fået pålagt ansvaret for fremme folkesundheden. Erfaringerne fra England viser, at denne opgave tages alvorligt, også selv om eventuelle effekter først viser sig på længere sigt. De danske kommuner har den fordel frem for PCT, at de udover det kommunale sundhedsvæsen, har ansvaret for en lang

række andre forvaltningsopgaver f.eks. skoler og socialvæsen, som det er relevant at inddrage i forebyggelsen. PCT omfatter kun sundhedsvæsenet, mens f.eks. det sociale område og skolerne hører under de lokale myndigheder.

#### *Praktiserende lægers rolle*

Det er et gennemgående træk ved de engelske erfaringer, at de praktiserende læger spiller en stor rolle for realiseringen af PCT's planer. Ikke blot i relation til udviklingen af nye sundhedstilbud i det primære sundhedsvæsen, men også i relation til at påvirke, hvilke ydelser sygehusene leverer til borgerne, og til sikring af at der er sammenhæng mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Kun i det omfang de praktiserende læger involverer sig i udviklingen lykkes intensionerne. Evalueringerne af de engelske erfaringer viser, at det ikke i alle tilfælde har været muligt at engagere de praktiserende læger i tilstrækkeligt omfang, og at det er en af årsagerne til den begrænsede succes.

Hvis vi i Danmark ønsker at udvikle det primære sundhedsvæsen under kommunernes ledelse, synes det at være en forudsætning, at det lykkes at etablere et samarbejde med de praktiserende læger. Repræsentanter for de praktiserende læger, er da også opmærksomme på, at der skal etableres et samarbejde med kommunerne, såfremt intensionerne bag strukturreformen skal blive opfyldt (115; 116).

Spørgsmålet er dog om de praktiserende lægers selvstændighed i egen virksomhed er en hindring for dette samarbejde. Som tilfældet har været i England, vil der sikkert være læger, som ikke ønsker at involvere sig udover det, de er forpligtede til ifølge sygesikringsoverenskomsten. En årsag til manglende ønske om at involvere sig, kan være at de praktiserende læger som i de senere år har fået pålagt flere og flere opgaver, ikke er i stand til at involvere sig yderligere. En anden barriere for yderligere involvering af praksissektoren er en stigende mangel på praktiserende læger.

Det ser også ud til at man skal sikre, at overenskomsten mellem praktiserende læger og sygesikringen ikke bliver en barriere for lægelig involvering i det kommunale sundhedsvæsen. I den forbindelse skal det erindres at det i England var PCT, der stod for honoreringen af praktiserende læger. En alternativ mulighed for at sikre den fornødne kliniske kompetence i kommunerne, vil være at ansætte egne læger, ligesom man har gjort i PCT. I dag har de fleste kommuner mindst en kommunalt ansat læge. En anden mulighed er at søge samarbejdet mellem almen praksis og kommuner styrket gennem strukturer, incitamenter og økonomi så som kommunale praksiskonsulenter, samarbejdsudvalg og fællesskab omkring f.eks. sundhedscentre, hjemmesygepleje og sundhedsplejersker.

#### *Afsluttende bemærkninger*

Litteraturgennemgangen viser, at mange PCT har udvist stor entusiasme for at leve op til det ansvar, de er blevet pålagt. Spørgsmålet er, om entusiasmen har været drevet af de økonomiske incitamenter, eller af de forventninger der har været stillet til dem. Da flere referencer peger på, at der kun i begrænset omfang er fulgt op på om omlægningerne har været omkostningseffektive, kunne det tyde på, at de ikke alene er styret af økonomisk rationalitet.

Det er således usikkert om omlægningerne er udtryk for en serviceudvidelse eller om der rent faktisk er sket en effektivisering, og en substitution fra sekundær til primær sektoren. Det faktum at et voksende antal PCT i de senere år har haft budgetoverskri-

dels kunne dog være en indikator for, at de nye tilbud i PCT ikke er blevet modsvaret af tilsvarende besparelser i udgifterne til køb af sygehusydelse.

Hvis vi skal drage paralleller til danske forhold, må det derfor forventes, at også kommunerne med stor entusiasme vil leve op til deres nye ansvar. Tilsvarende vil der dog være en fare for, at kommunerne iværksætter sundhedstilbud, som ikke kan finansieres af de midler de fik tilført i forbindelse med opgaveomlægningerne eller af de besparelser de måtte opnå på deres medfinansiering af sygehusydelse. Det kan der for anbefales, at de danske kommuner, modsat PCT følger op på de økonomiske konsekvenser af de nye sundhedstilbud de etablerer.

## 5.8 Konklusion

For at styrke den primære sundhedssektor dannede Labourregeringen ved sin tiltræden i 1998 Primary Care Trust (PCT). PCT's opgaver kan inddrages i tre hovedgrupper, nemlig udvikling af den primære sundhedssektor, tilvejebringelse af både primære og sekundære sundhedsydelse til borgerne (gennem kontrakter med sygehusene og gennem drift af egne sundhedstilbud), samt forbedring af befolkningens sundhedstilstand.

Dannelsen af PCT har ført til etablering af en række nye tilbud i den primære sundhedssektor. Tilbudene har dels haft til formål at forbedre kvaliteten i den primære sundhedssektor dels at erstatte sygehusydelse med ydelse i den primære sektor. De nye tilbud er tilvejebragt gennem mere fleksibel udnyttelse af det sundhedsprofessionelle personale, gennem øget specialisering, og gennem etablering af tværfaglige tilbud.

PCT har derimod ikke formået at få nogen større indflydelse på de ydelse sygehuse leverer til deres borgere. Det er i høj grad sygehusene selv, der fastlægger udformning og kvaliteten af behandlingstilbudene til borgerne. Årsagen til den manglende gennemslagskraft, og en kompetencekløft mellem de repræsentanter fra PCT og de repræsentanter for sygehusene der fører forhandlingerne.

Til gengæld er der stor velvilje i PCT til at gøre en indsats for at forbedre befolkningens sundhedstilstand. Der er mange eksempler på at PCT støtter forebyggelsesprogrammer målrettet udsatte grupper, både inden for sundhedsvæsenet og i andre sektorer. Dog mangler de ansatte viden om hvilke forebyggelsesprogrammer, der er omkostningseffektive.

Praktiserende læger indtager en nøgleposition i opnåelse af PCT's målsætninger. Udviklingen af nye tilbud i primærsektoren forudsætter en høj grad af involvering af praksissektoren, og årsagen til den manglende succes i forhandlingerne med sygehusene er bl.a. at praktiserende læger ikke er tilstrækkeligt inddraget i forhandlingerne. De praktiserende læger i England er ligesom de praktiserende læger i Danmark selvstændige erhvervsdrivende, og ikke alle læger ønsker at involvere sig i PCT's aktiviteter.

Set i et dansk perspektiv er de engelske erfaringer relevante idet de danske kommuners opgaver efter strukturreformen på mange områder ligner på mange måder de opgaver, som PCT varetager.

De danske kommuner medfinansiering af sygehusvæsenet er lavere end PCT's medfinansiering, hvorfor de danske kommuners økonomiske incitament til at forebygge/substituere indlæggelse er mindre end PCT's. Ikke desto mindre vil en række af de nye tilbud i engelske sundhedsvæsen dog også være relevante i en dansk sammenhæng, og mange af de forslag til ændringer og nyskabelser i det danske sundhedsvæ-

sen, der er fremsat på det seneste, synes da også at være inspireret af de Engelske initiativer.

En forudsætning for udvikling af mange nye tilbud i primærsektoren er - i Danmark såvel som i England – involvering af praksissektoren, samt etablering af et formaliseret samarbejde mellem de praktiserende læger og kommunerne.

Der er ikke i Danmark lagt op til at kommunerne skal indtage en rolle som forhandler af sygehusydelse på vegne af borgerne. Imidlertid vil et eventuelt fremtidigt kommunalt ønske om at få større indflydelse på sygehusenes tilbud til borgerne, som i England kunne blive forhindret af en kompetencekløft imellem kommunerne og sygehusene, med mindre det sikres at kommunerne får tilført den fornødne kliniske indsigt, f.eks. gennem lægelig ekspertise.

Det engelske sundhedsvæsen har fået tilført mange ressourcer i de seneste år, ændringerne i sundhedsvæsenet har derfor uden tvivl betydet en serviceudvidelse. Hvorvidt ændringerne er omkostningseffektive er usikker, da der ikke systematisk følges op på økonomien og effekten af nye tiltag. Der er ikke tilsvarende er lagt op til massive ressourcetilførsler i det danske sundhedsvæsen, og det bør det dog sikres at etablering af nye tilbud i primærsektoren evalueres med hensyn til omkostninger og effekt.

## 6. Konklusioner

En sammenligning af erfaringer fra Finland og England med danske forhold giver anledning til følgende konklusioner:

### *Finske erfaringer med relevans for Danske forhold*

- ◆ Mange finske kommuner gør en stor indsats for at reducere deres udgifter til forbrug af ydelser i sygehusdistriktet. Indsatsen sker ved etablering af konkurrerende tilbud "dobbel service strategi" eller i form af koordinering med sygehusdistriktet, så patientforløbet på tværs af de to sektorer optimeres "forbedret koordinerings strategi".

De danske kommuners medfinansiering af sygehusvæsenet er lavere end de finske kommuners. De finske kommuner har et veludbygget primært sundhedsvæsen med bl.a. kommunalt ansatte læger. Derfor vil de danske kommuners bestræbelser for øget indsats sikkert være mindre end de finske kommuners, ligesom deres mulighed for at etablere sundhedstilbud vil være mere begrænsede. For eksempel forudsætter lægelig medvirken i et kommunalt sundhedstilbud et samarbejde med praktiserende læger.

- ◆ Indsatsen for at evaluere de finske kommuners sundhedstilbud er begrænset. Tilsyneladende er kun få tilbud omkostningseffektive. Den manglende evaluering begrundes med manglende ekspertise og for få ressourcer. De økonomiske overvejelser er ofte præget af kortsigtede kasseøkonomiske betragtninger.

Også i Danmark må det forventes, at mangel på ressourcer vil medføre, at der i kun i begrænset omfang vil blive foretaget økonomisk og effektmæssig opfølgning på de nye kommunale sundhedstilbud. Kommunal medfinansiering kan også i Danmark medføre, at beslutninger træffes ud fra kasseøkonomiske frem for samfundsøkonomiske overvejelser.

- ◆ De finske kommuner oplever stigende udgifter til deres borgeres sygehusforbrug samt en betydelig budgetusikkerhed, bl.a. fordi de endelige udgifter først kendes sidst på året.

Den demografiske udvikling samt fremkomsten af nye og dyrere behandlingsmuligheder vil også i Danmark føre til et pres på kommunernes udgifter til sygehusvæsenet. På grund af forsinkelser i sygehusenes diagnoseregistrering kender de danske kommuner også først ved årsafslutningen de endelige udgifter.

- ◆ Forholdet mellem de finske kommuner og de finske sygehusdistrikter er præget af mistillid begrundet i forskelle i målsætninger og informationsniveau.

Også i Danmark har kommuner og regioner forskellige målsætninger. Regionerne har som mål at øge indtægterne fra kommunerne (og staten), mens kommunerne (og staten) skal prioritere mellem udgifter til sundhedsvæsenet og udgifterne til andre kommunale opgaver samt undgå skattestigninger. Der vil desuden være forskelle i den kliniske viden, som giver anledning til mistillid, f.eks. forskelle i forventningerne til hvornår en patient er parat til at blive udskrevet fra sygehus.

### *Erfaringer fra England med relevans for danske forhold*

- ◆ Dannelse af Primart Care Trusts (PCT) i England har medført en udbygning af tilbudene i den primære sundhedssektor. Den har bl.a. omfattet lettere adgang til praktiserende sundhedspersonale, etablering af tværfaglige tilbud i almen lægepraksis, ændrede overenskomster for praktiserende læger og øget specialisering af både læger og sygeplejersker med arbejde i primærsektoren.

De danske kommuners medfinansiering af sygehusudgifterne er lavere end de engelske PCT's medfinansiering, og derfor vil den umiddelbare økonomiske gevinst ved en udbygning af den primære sundhedstjeneste i Danmark være mindre. Imidlertid er mange af de engelske initiativer også relevante i en dansk sammenhæng, når vi ønsker at styre sundhedsvæsenet efter LEON-princippet og frigøre kapacitet på sygehuse til de specialiserede behandlinger.

- ◆ En af PCT's opgaver har været at indgå kontrakter med sygehuse om køb af ydelser til sine borgere. PCT har dog ikke haft succes med at opnå indflydelse på sygehuses tilbud til PCT's indbyggere, hvilket begrundes med manglende gennemslagskraft over for sygehuses klinikere.

I det omfang de danske kommuner - nu eller i fremtiden - ønsker at få indflydelse på de tilbud, deres borgere får på regionens sygehuse, må også de forvente problemer med at opnå den ønskede gennemslagskraft, bl.a. på grund af en kompetencekløft imellem de to sektorer.

- ◆ PCT har iværksat mange initiativer inden for folkesundhedsområdet, enten inden for sundhedsvæsenets eget regi eller gennem støtte til programmer i andre sektorer. Medarbejderne savner dog national støtte på området og viden om, hvilke forebyggelsesprogrammer der er effektive.

Det må forventes, at danske kommuner også vil gøre en indsats på forebyggelsesområdet. Med udgangspunkt i de engelske erfaringer bør det sikres, at kommunerne støttes i opgaven, og at der fremskaffes evidens for, hvilke forebyggelsesindsatser der er omkostningseffektive.

- ◆ De praktiserende læger spiller en nøglerolle i relation til opnåelse af PCT's målsætninger, f.eks. i relation til udbygning af den primære sundhedssektor og i relation til kontraktforhandlinger med sygehuse. Manglende resultater begrundes ofte med manglende engagement hos de praktiserende læger.

Både i Danmark og i England er praktiserende læger selvstændige erhvervsdrivende. Også i Danmark vil det være en forudsætning for en udbygning af tilbudene i den primære sundhedssektor, at praksissektoren har et ønske om - samt tilstrækkelige ressourcer til - at medvirke.

- ◆ Der foreligger kun i begrænset omfang opfølgninger på, om de mange omlægninger i den engelske sundhedssektor har været omkostningseffektive. Et voksende antal PCT har i de senere år haft budgetoverskridelser, hvilket tyder på, at udvidelserne i den primære sundhedssektor ikke har resulteret i besparelser på udgifterne til sygehusvæsenet.



Også i Danmark kan resultatet af en kommunal udbygning af sundhedssektoren medføre pres på de kommunale budgetter. Der bør derfor følges op på omkostnings- og effektivitetsmæssige konsekvenser af nye sundhedstilbud i kommunalt regi.

#### *Samlet konklusion*

Selv om forskelle i faglige, politiske og historiske forudsætninger indebærer, at erfaringer fra et land ikke umiddelbart kan overføres til et andet land, synes det muligt på grundlag af analysen af erfaringerne fra Finland og England at drage en række konklusioner.

Samlingen af ansvaret for finansiering af det primære og det sekundære sundhedsvæsen hos den part, der i forvejen har ansvaret for tilvejebringelse af primære sundhedsydelser, vil føre til en styrkelse af den primære sundhedssektor. Styrkelsen kan enten være i form af forbedring af den tværgående koordination mellem de to sektorer, egentlig substitution fra den sekundære til de primære sundhedssektor, eller etablering af tilbud i primærsektoren der konkurrerer med sygehusvæsenet.

De nye initiativer i den primære sundhedssektor er ikke altid omkostningseffektive, og indsatsen for at evaluere nye tiltag er begrænset. Dette kan føre til en stigning i de samlede sundhedsudgifter.

Samarbejdet imellem sygehusvæsenet og den part, der har finansieringsansvaret (i Finland kommunerne og i England PCT), er præget af manglende ligestilling. Dette skyldes forskelle i målsætninger og informationsniveau. Den manglende ligestilling giver sig udslag i, at finansieringspartens mulighed for at få indflydelse på de ydelser, sygehusene leverer til befolkningen er begrænset. Den manglende ligestilling giver sig desuden udslag i en generel mistillid imellem parterne.

De alment praktiserende læger indtager en nøgleposition i relation til udviklingen af den primære sundhedssektor. Dette gælder både i relation til samarbejdet med det specialiserede sygehusvæsen og i relation til mulighederne for at udvikle den primære sundhedssektor.



# Bilag: Søgestrategi

## Litteratur der beskriver incitamentene og markedsstrukturen i England

Periode: 2000- 2005- søgning fortaget i september 2005

### Citationssøgning

#### PubMed

"related articles" ud fra artiklerne:

- ◆ Joensson,B. What can Americans learn from Europeans? Health Care Financing review 1989; (Dec. Spec.no.):. 79-93
- ◆ Reinhardt, Uwe E. Health Care Financing Review. Ann Suppl. 1989

### Emnesøgning

#### DSI-Bib

- ◆ Almen-praksis AND (køb OR sundhedsreform OR nyordning) AND Storbritannien

#### Medline

- ◆ Great-Britain AND Health-Care-Reform
- ◆ (Primary care trusts OR practice based commissioning) AND Great-Britain/ all
- ◆ (Physician-Family/organization-and-administration, trends) AND explode Great-Britain/all
- ◆ ((Physician-Family OR Family-Practice OR Primary-Health-Care) AND Great-Britain)) AND Delivery-of-Health-Care/organization-and administration trends

#### CRD, York

DARE, NHS EED, HTA

- ◆ primary care trust/All
- ◆ primary care group/All fields OR primary care trust/All fields AND hospital/All
- ◆ health/All AND reform/All AND primary care/All

#### WHOLIS

- ◆ "europe" AND "health care reform" (Mesh)

#### NPCRDC literature database

Publiceret litteratur i The NPCRDC literature database under University of Manchester  
<http://www.npcrdc.man.ac.uk/publication.cfm>

Fritekstsøgning i publikationsdatabasen på:

- ◆ Health Care Reform AND primary care
- ◆ Primary care and hospital

## **Fritekstsøgning på hjemmesider**

### **King's fund**

<http://www.kingsfund.org.uk/>

Søgeord på alle hjemmesider :

1)

- ◆ Filter: Primary care
- ◆ Keyword: Report

2)

- ◆ Filter: Primary care
- ◆ Keyword: primary care trusts
- ◆ Can primary care groups and trusts improve health?

3)

- ◆ Filter: Financing
- ◆ Keyword: primary care trusts

4)

- ◆ Filter: Quality
- ◆ Keyword: primary care trusts

5)

- ◆ Filter: Commissioning
- ◆ Keyword: practice

6)

- ◆ Filter: (all topics)
- ◆ Keyword: EURO observer / EURO Observatory

### **Center for health economics (York University)**

Publikationslister inden for emnerne:

- ◆ Health Policy Team
- ◆ Primary Care Team
- ◆ Resource Allocation, Deployment and Substitution
- ◆ Team for Economic Evaluation and Health Technology Assessment (TEETHA)

### **NHS search**

Søgeord på alle hjemmesider:

- ◆ primary care trust
- ◆ National NHS patient survey program 2004

Healthcare Commission

<http://www.healthcarecommission.org.uk/NationalFindings/NationalThemedReports/PrimaryCare/fs/en>

Søgeord på alle hjemmesider:

- ◆ Primary care and Transforming

## Referencer

1. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om strukturreform. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004.
2. Ib H. Ny kritik af sundhedsreform. Ugeskrift for Læger 2005; 167(3):314-7.
3. Møller Pedersen K. Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet - en ide på sandgrund? Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2005.
4. Sundhedsloven. LOV nr. 546 af 24/06/2005 (Gældende). 2005.
5. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
6. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Kommunalreformen - kort fortalt. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
7. Strukturkommissionen. Strukturkommissionens betænkning. Sammenfatning. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004. (Betænkning nr. 1434).
8. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Strukturkommissionens betænkning - Bind III. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004. (Betænkning nr. 1434).
9. Regeringen. Det nye Danmark - en enkel offentlig sektor tæt på borgeren. København: Regeringen; 2004.
10. Sundhedsafdelingen. Udkast til forslag til sundhedsloven. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004.
11. Ankjær-Jensen A, Rath MB. Takststyring af sygehuse. 2. delrapport: Erfaringer efter et år med takststyring. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2005. (DSI rapport 2005.03).
12. Løkke Rasmussen L. L 71 (som fremsat): Forslag til Lov om regionernes finansiering. Fremsat den 24. februar. 2005.
13. Olesen JL. Høring over forslag til Lov om offentlig sundhed. J.nr. 100-457 533 [Notat]. [København]: [Amtsrådsforeningen]; 2005.
14. Amtsrådsforeningen. Amtsrådsforeningens holdning til regeringens udspil til strukturreform. Notat. J.nr. 001-361954. København: Amtsrådsforeningen; 2004.
15. Amtsrådsforeningen. Amtsrådsforeningens holdninger til en strukturreform. Notat. J.nr. 001-216250-003. København: Amtsrådsforeningen; 2004.
16. Poulsen J. Høringssvar. Link til PDF: <http://www.dadlnet.dk/2nyheder/horingssvar/horingssvar.htm>. [Udskrevet den: 26-1-2005]
17. Steenberger A. Kommunerne mangler en gulerod. Mandat 2004; (9):23-4.
18. Lausten D. Sundhedsudgifter bliver en ustyrlig gøgeunge. Danske Kommuner 2006; 37(16):24-6.

19. Møller Pedersen K. Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet - en kritisk analyse af det økonomiske incitament. I: Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. København: FOKUS; 2005: 4-12. (FOKUS-Nyt nr. 29).
20. Kommunernes Landsforening. 11 spørgsmål om kommunernes medfinansiering af sundhedsydelse. Jnr. 09.06.00 P22 [Notat]. København: Kommunernes Landsforening KL; 2005.
21. Olesen JL. Regeringsoplægget "Det nye Danmark" og sundhedsområdet. Notat. J.nr. 100-398889. København: Amdsrådsforeningen; 2004.
22. Albret P. Sundhedsreform er et risikabelt eksperiment. Mandag Morgen 2005; (21):12-7.
23. Pallesen T. Økonomiske incitamenter - en væsentlig faktor eller ej? I: Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. København: FOKUS; 2005: 20-2. (FOKUS-Nyt nr. 29).
24. Hede SH. Medfinansiering af sundhedsområdet - behov for nye værktøjer. Danske Kommuner 2005; (34):12-3.
25. Kristiansen T. Tørre tæsk til regeringens kommunalreform. Berlingske Tidende 2005; 1. sektion(7. april):6.
26. Kommunernes Landsforening. Kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen - vejledning i økonomistyring. Notat. København: Kommunernes Landsforening KL; 2007.
27. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. Høringsudkast. J.nr. 2006-12100-160. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedspolitisk kontor; 2006.
28. Sundhedsstyrelsen. Takstsystem 2006: Vejledning. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
29. Regeringen, Danske Regioner. Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2007. [København]: [Regeringen og Danske Regioner]; 2006.
30. Ankjær-Jensen A. Sygehusstruktur i Danmark: En antologi om konsekvenserne af centralisering i sygehusvæsenet. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2005. (DSI rapport 2005.02).
31. Ankjær-Jensen A, Vinge S, Reindahl Rasmussen S, Christensen M. Genoptræning under forandring. En kortlægning af træningskapaciteten i amter, kommuner og privat fysioterapi før strukturreformen. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007.
32. Regeringen. Aftale om kommunernes økonomi for 2007. Den 12. juni 2006. [København]: [Regeringen]; 2006.
33. Docteur E, Oxley H. Health-care systems: Lessons from the reform experience. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development OECD; 2003. (OECD Health Working Papers).
34. Powell FD, Wessen AF. Health care systems in transition: An international perspective. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
35. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO World Health Organization Regional Office for Europe; 1997. (WHO Regional Publications, European Series, No. 72).

36. Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
37. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance. Berkshire: Open University Press; 2005. (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
38. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001; 56(3):171-204.
39. Reinhardt UE. Respondents: Uwe E. Reinhardt. *Health Care Financing Review* 1989; (Supplement):97-104.
40. Alban A, Danneskiold-Samsøe B, Christensen JK, Knudsen MS, Sørensen J. Sundhedsøkonomi. Principper og perspektiver. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 1999. (DSI-rapport 99.01).
41. Chen GJ, Feldman SR. Economic aspect of health care systems. Advantage and disadvantage incentives in different systems. *Dermatol.Clin.* 2000; 18(2):211-4.
42. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy* 2002; 60(3):255-73.
43. Strukturkommissionen. Strukturkommissionens betænkning. Bind II: Bilag - Baggrundskapitler. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004. (Betænkning nr. 1434).
44. Kjellberg J, Sørensen J, Herbild L. Ventelister til elektiv behandling: Hvorfor er de et problem, hvorfor opstår de og hvad kan der gøres ved dem? København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004. (DSI rapport 2004.07).
45. Amdtsrådsforeningen, Regeringen. Amternes Økonomi 2006, 11. Juni 2005. Tilgængelig via: URL: <http://www.arf.dk/NR/rdonlyres/e3rzp5h6sixeq4k7o4johcenkpponfe3d2y4geh3tkrlifcatwb3dxc7iupk257hdtutgnikdi7vqofyecjovy33veg/AftaleOmAmternesOekonomi12006.pdf>.
46. Freeman R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *Int.J Qual.Health Care* 1998; 10(5):395-401.
47. Bundgaard B. Europæiske forskere valfarter til amerikansk sundhedssystem. *Ugeskrift for Læger* 2005; 167(1):92-4.
48. Lund Pedersen L, Tang K. Fordele og ulemper ved køber/sælger modellen: Teori og praktiske erfaringer i England, Sverige og New Zealand. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2000. (DSI rapport 2000.01).
49. Indenrigsministeriet. Sygehusenes organisation og økonomi [Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg]. København: Direktoratet for Statens Indkøb; 1984.
50. Ankjær-Jensen A. DRG - afregning af frit valgs-patienter - konsekvenser for udbydelse af sygehusydelse. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2002. (DSI rapport; 2002.04).
51. Engberg L, Danneskiold-Samsøe B, Lipczak H. Det finske sundhedsvæsen. Nogle karakteristika og udviklingstendenser med udgangspunkt i nuværende administration, organisation og finansiering. 18. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2003.

52. Ankjær-Jensen A, Bue Rath M. Takststyring af sygehuse. 1. delrapport: Implementering af taksstyringsmodeller i 4 amter. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004. (DSI rapport 2004.08).
53. Anderson G, Hussey PS. Comparing health system performance in OECD countries. Organization for Economic Cooperation and Development. Health Aff. (Millwood.) 2001; 20(3):219-32.
54. Strukturkommissionen. Strukturkommissionens betænkning. Bind III: Bilag - Sektor kapitler. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004. (Betænkning nr.1434).
55. Corrigan K, Ryan RH. New reimbursement models reward clinical excellence. Healthc. Financ. Manage. 2004; 58(11):88-92.
56. Miller ME. Pay for performance in Medicare. Before the Committee on Finance, July 27, 2005. Medpac; 2005. (Testimony).
57. Sundhedsstyrelsen. Den Danske KvalitetsModel for Sundhedsvæsenet - Modelbeskrivelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
58. Enheden for Brugerundersøgelser. Patienters Oplevelser på Landets Sygehuse 2006. København: 2006.
59. Häkkinen U. The impact of changes in Finland's health care system. Health Economics 2005; 14(2):101-18.
60. Häkkinen U, Lehto J. Reform, change, and continuity in Finnish health care. Journal of Health Politics, Policy and Law 2005; 30(1-2):79-96.
61. Järvelin J. Health Care Systems in Transition. Finland. Rico A and Cetani T (red.). Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 2002. (European Observatory on Health Care Systems Vol. 4 No. 1 2002).
62. Engberg L, Danneskiold-Samsøe B, Lipczak H. Det finske sundhedsvæsen. Nogle karakteristika og udviklingstendenser med udgangspunkt i nuværende administration, organisation og finansiering. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2003.
63. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 2. udg. Oxford: Oxford University Press; 1997.
64. Forgiione DA, Vermeer TE, Surysekar K, Wrieden JA, Plante CC. DRGs, cost and quality of care: an agency theory perspective. Financial Accountability & Management 2005; 21(3):291-308.
65. Møller Pedersen K, Bech M, Bork Hansen M. Incitamentsstyring i sygehusvæsenet, virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamentter. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2006.
66. Vrangbæk K. Akkreditering i dansk sundhedsvæsen, fordele og ulemper set i principal-agent perspektiv 6. Nordisk Administrativt Tidsskrift 2002; 83(3):247-60.
67. Yin RK. Case study research, Design and Methods. 3. udg. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003. (Applied Social Research Methods Series, vol. 5.).
68. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. Ann. Intern. Med. 2005; 142(8):691-9.



69. Oliver A. The English National Health Service: 1979--2005. *Health Econ.* 2005; 14(Suppl 1):S75-S99.
70. Klausen KK, Ståhlberg K. *New public management i Norden: Nye organisations- og ledelsesformer i den decentrale velfærdsstat.* Odense: Odense Universitetsforlag; 1998.
71. Le Grand J, Mays N, Mulligan J-A. *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence.* London: King's Fund; 1998.
72. Lewis R. *Practice-led commissioning: Harnessing the power of the primary care frontline.* London: King's Fund; 2004.
73. Roland M. Primary care groups and primary care trusts. *J R Coll.Physicians Lond* 1999; 33(4):337-40.
74. Department of Health. *The new NHS: modern, dependable.* London: Department of Health; 1997.
75. Department of Health. *Shifting the balance of power within the NHS: Securing delivery.* London: Department of Health; 2001.
76. *The NHS plan: A plan for investment: A plan for reform.* London: The Stationary Office; 2000.
77. *Delivering the NHS Plan: Next steps on investment: Next steps on reform.* London: The Stationary Office; 2002.
78. Lewis R, Gillam S. Back to the market: yet more reform of the National Health Service. *Int.J Health Serv.* 2003; 33(1):77-84.
79. Audit Commission. *Transforming primary care: The role of primary care trusts in shaping and supporting general practice.* London: Audit Commission; 2004.
80. Wilkin D, Coleman A, Dowling B, Smith K. *The National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts 2001/2002: Taking responsibility?* Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester; 2002.
81. Dix A. Contracting job. *Health Serv.J* 2005; 115(5942):29-31.
82. Audit Commission. *Quicker treatment closer to home: Primary care trusts' success in redesigning care pathways.* London: Audit Commission; 2004.
83. Commission for Health Improvement. *What CHI has found in: primary care trusts. Sector report.* London: Commission for Health Improvement; 2004.
84. Wilkin D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service: learning from a decade of health service reform. *Med.J Aust.* 2002; 176(11):539-42.
85. European Observatory on Health Care Systems. *Health care systems in transition: United Kingdom.* Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 1999.
86. Department of Health, Royal College of General Practitioners. *Implementing a scheme for general practitioners with special interests.* [London]: [Department of Health]; 2002.
87. Nocon A, Leese B. The role of UK general practitioners with special clinical interests: implications for policy and service delivery. *Br.J Gen.Pract.* 2004; 54(498):50-6.

88. Willemann M, Vested SH, Tang K. Den behandlende sygeplejerske - erfaringer med behandlersygeplejersker i akut- og skadestuefunktioner i England og Danmark. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2003. (DSI rapport 2003.02).
89. Department of Health. Liberating the talents: Implementing a scheme for nurses with special interests in primary care: Practitioners with special interests in primary care. London: Department of Health; 2003.
90. O'Dowd A. The primary care revolution. *Nurs.Times* 2003; 99(22):22-5.
91. Doran T. Providing seamless community health and social services. *Br.J Community Nurs.* 2001; 6(8):387-93.
92. Lewis R, Dixon J, Gillam S. Future directions for primary care trusts. Shaping the new NHS. London: King's Fund; 2003.
93. Department of Health. Practice based commissioning: Promoting clinical engagement. London: Department of Health; 2005.
94. Department of Health. Practice based commissioning: early wins and top tips. London: Department of Health; 2006.
95. Lewis RQ. Back to the future? *BMJ* 2004; 329(7472):932.
96. Nolan A. A new show in town. *Health Serv.J* 2005; 115(5942):27-8.
97. Nolan A. Practice-based commissioning. Ready or not? *Health Serv.J* 2005; 115(5950):30-2, 1.
98. Gillam S, Abbott S, Banks-Smith J. Can primary care groups and trusts improve health? *BMJ* 2001; 323(7304):89-92.
99. Heller RF, Edwards R, Patterson L, Elhassan M. Public health in Primary Care Trusts: a resource needs assessment. *Public Health* 2003; 117(3):157-64.
100. Le Grand J. Further tales from the British National Health Service. *Health Aff.(Millwood.)* 2002; 21(3):116-28.
101. National Audit Office, The Audit Commission. Financial management in the NHS: NHS (England) summarised accounts 2003-04. London: The Stationary Office; 2005.
102. Ham C. Turning around NHS deficits. *BMJ* 2006; 332(7534):131-2.
103. Coombes R. Primary care trusts should delay treatment to cut deficits. *BMJ* 2005; 331(7530):1426.
104. Pickles HG. Turning round NHS deficits: ...is more difficult for PCTs. *BMJ* 2006; 332(7537):363.
105. Dowling B, Wilkin D, Coleman A. Management in primary care groups and trusts. *British Journal of Health Care Management* 2002; 8(1):12-5.
106. Jones D, Wilkin D. Information management and technology (IM&T) in primary care and trusts: the gap between national strategy and local implementation. *Primary Health Care Research and Development* 2003; 4:163-8.
107. Bojke C, Gravelle H, Wilkin D. Is bigger better for primary care groups and trusts? *BMJ* 2001; 322(7286):599-602.
108. Walshe K, Smith J, Dixon J, Edwards N, Hunter DJ, Mays N et al. Primary care trusts. *BMJ* 2004; 329(7471):871-2.

109. Gould M. Merger pressures on PCTs threaten to blur local focus. *Health Serv.J* 2004; 114(5913):10-4.
110. Albret P. Alle taler om sundhedscentre - ingen ved hvad de skal lave. *Mandag Morgen* 2005; (22):5-9.
111. Møller Pedersen K. Kommunale sundhedscentre. *Mandat* 2005; 2(9):44-7.
112. Steenberger A. Nyt liv i nedlagte sygehuse. *Mandat* 2004; 2(9):20-3.
113. Pedersen FS. Nye og nære praksis-klinikker skal sikre patienter hurtig hjælp. Tilgængelig via: URL: <http://www.sundhedsdebatten.dk/artikler/25212.html>. [Udskrevet den: 8-2-2007]
114. Charles M. Nurse practitioners - noget for os? *Ugeskrift for Læger* 2005; 167(47):4484.
115. Bundgaard B. Fra anarkistisk Klodshans til makker med kommunerne. *Ugeskrift for Læger* 2006; 168(42):3594-7.
116. Foged L. Spil med eller bliv spillet af banen. Om resultater i kommunalt-lægeligt samarbejde. *Ugeskrift for Læger* 2005; 167(37):3519.





## Kommunal medfinansiering af sundhedsydelser

Vil indførelse af kommunal medfinansiering føre til etablering af nye kommunale sundhedstilbud? Vil de nuværende gråzoner imellem den kommunale og den regionale sundhedssektor forsvinde? Er der reelt set ingen kommunale alternativer til sygehusbehandling? Vil kommunal medfinansiering føre til større samlede udgifter til sundhedsvæsenet? Disse og lignende spørgsmål søger vi besvaret i denne rapport. Udgangspunktet er erfaringer fra Finland og England, hvor man også har samlet ansvaret for finansieringen af det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

Den øgede kommunale medfinansiering har ført til en styrkelse af primærsektoren. I Finland, hvor man allerede havde en veludviklet primærsektor, har man observeret en forbedret koordinering mellem sektorerne. I England ser man flere tværfaglige tilbud i almen praksis samt en øget specialisering af læger og sygeplejersker i sektoren. Rapporten konkluderer blandt andet, at vi også i Danmark vil se en styrkelse af primærsektoren, selv om vi har en lavere kommunal medfinansiering.

Vi ved meget lidt om omkostninger og effektivitet af de nye sundhedstilbud, da man ikke har nogen systematisk opfølgning på konsekvenserne af tiltagene. De samlede udgifter til sundhedsvæsenet kan derfor være steget. De udenlandske erfaringer fortæller os, at en succesfuld kommunal medfinansiering kræver, at man systematisk følger op på nye kommunale initiativer.

Praktiserende læger indtager i begge lande en nøgleposition, både i relation til udvikling af nye tilbud og i relation til dialog med sygehusene. Man må derfor fra starten inddrage de praktiserende læger i udviklingen af den kommunale sektor.

Samarbejdet imellem sygehusvæsenet og den finansieringsansvarlige i primærsektoren – i England Primary Care Trusts og i Finland kommunerne – er generelt præget af mistillid og manglende ligeværdighed. Ingen af de finansieringsansvarlige har den fornødne gennemslagskraft over for det specialiserede sygehusvæsen, bl.a. på grund af forskelle kompetenceniveau. Man må derfor fremover sikre et åbent og konstruktivt samarbejde mellem kommuner og regioner.