

Regionsdannelsens betydning for sundhedsområdet i Danmark – med specielt fokus på sygehusenes finansiering

Bente Ege

Master of Public Health

MPH 2007:20



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Regionsdannelsens betydning for sundhedsområdet i Danmark – med specielt fokus på sygehusenes finansiering.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-85721-28-3



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Regionsdannelsens betydning for sundhedsområdet i Danmark - med specielt fokus på sygehusenes finansiering				
Författare Bente Ege				
Författarens befattning och adress Centerøkonom HovedOrtoCentret, afsnit 2101 Rigshospitalet Blegdamsvej 9 2100 København Ø				
Datum då uppsatsen godkändes 9 november 2007			Handledare NHV/extern Professor Runo Axelsson, NHV	
Antal sidor 76	Språk – uppsats dansk	Språk – sammanfattning dansk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-28-3

Sammanfattning

Baggrund: D. 1. januar 2007 trådte kommunalreformen i kraft i Danmark. Regionsdannelsen er den største ændring af den offentlige sektor siden kommunalreformen i 1970. Ansvar for sundhedsvæsenet bliver regionernes hovedopgave.

Formål: At beskrive, analysere og diskutere de strukturændringer, der finder sted i sundhedsvæsenet, med hovedvægt på sygehusvæsenet i Danmark.

Metode: Opgaven tager afsæt i et litteraturstudie, hvor udgangspunktet er officielle kilder og udredninger samt videnskabelig litteratur.

Resultater: Strukturreformen, der er en centralisering, er inspireret af New Public Management-filosofien. Finansieringssystemet på sundhedsområdet er blevet væsentligt forandret med kommunalreformen. Det er en tvivlsom antagelse, at kommunale foranstaltninger er billigere end de regionale sundhedsydelser, og at nettobesparelsen er tilstrækkelig til at drive substitutionsprocessen. En nedsættelse af behandlingsgarantien fra to til en måned må forventes at stimulere markedet for private sundhedsydelser, med en underminering af den integrerede model med offentligt ejerskab og drift af sygehusvæsenet til følge.

Konklusion: Den nye finansieringsmodel påvirker aktørernes økonomiske incitamenter, idet de enkelte aktører kun belønnes for de ydelser, de selv leverer til patienten, uden sammenhæng med resten af behandlingsforløbet. Den stigende aktivitetsafhængige finansiering udgør en væsentlig styringsmæssig udfordring. Ventetidsgarantien får med nedsættelsen fra to til en måned karakter af at være et servicemål, frem for at være en garanti for behandling af høj faglig kvalitet.

Nyckelord

strukturreform, kommunal medfinansiering, sygehusenes finansiering, takststyring, new public management



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
The influence of the creation of regions on the health care in Denmark - with particular emphasis on financing of the hospitals				
Author Bente Ege				
Author's position and address Economist Centre of Head and Orthopaedics Rigshospitalet Blegdamsvej 9 DK-2100 København Ø Denmark				
Date of approval November 9, 2007			Supervisor NHV/External Professor Runo Axelsson, NHV	
No of pages 76	Language – essay Danish	Language – abstract Danish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-28-3

Abstract

Background: On 1 January 2007 the Local Government Reform came into force. The formation of regions is the biggest change of the public sector since the Local Government Reform in 1970. The regions' main task will be the responsibility for health service.

Purpose: To describe, analyse and discuss the structural changes taking place in the Danish health service, with emphasis on hospitals.

Method: The starting point of the essay is official sources and explanations as well as scientific literature.

Results: The structural reform is a centralisation inspired by the New Public Management philosophy. The financial system in the health care area has been changed significantly through the Local Government Reform. It is dubious to assume that local government measures are cheaper than the regional health services, and that the net saving is sufficient to drive the substitution process. A reduction of the treatment guarantee from two to one month must be expected to stimulate the private health service market, thereby causing undermining of the integrated model with public ownership and operation of health service.

Conclusion: The new financing model will affect the financial incentives in the system as the individual players are only rewarded for the services they deliver to the patient with no relation to the remaining treatment. The increasing activity depending financing presents a significant management challenge. With the reduction from two months to one the waiting time guarantee will assume the character of being a service goal instead of a guarantee of treatment of high professional quality.

Key words

structural reform, local co-financing, financing of the hospitals, charge control, new public management

Indholdsfortegnelse

INTRODUKTION	5
DEN DANSKE STRUKTURREFORM	5
STRUKTURREFORMEN I ET NORDISK PERSPEKTIV	8
NORGE	8
SVERIGE	9
TEORIER OG FORSKNING PÅ OMRÅDET	10
FORMÅL	11
METODE	12
RESULTATER	14
REGIONERNES BASISFINANSIERING	14
DE ØKONOMISKE FORUDSÆTNINGER PÅ SUNDHEDSOMRÅDET	14
FINANSIERINGSMODELLEN PÅ SYGEHUSOMRÅDET FREM TIL 31/12-06	16
Elementer i den hidtidige finansieringsmodel	16
Analyse af den hidtidige finansieringsmodel	18
DEN FREMTIDIGE FINANSIERINGSMODEL PÅ SYGEHUSOMRÅDET	20
Elementer i den fremtidige finansieringsmodel	20
Analyse af den fremtidige finansieringsmodel	23
KOMMUNAL MEDFINANSIERING	26
Beskrivelse af den kommunale medfinansiering	26
Analyse af den kommunale medfinansiering	27
DEN FREMTIDIGE FINANSIERINGSMODELS PÅVIRKNING AF ØKONOMIEN I REGION HOVEDSTADEN	33
TAKSTSTYRING/PRÆSTATIONSFINANSIERING	36
TAKSTSTYRINGSMODELLEN PÅ SYGEHUSOMRÅDET FREM TIL 31/12-06	36
Beskrivelse af den hidtidige takststyringsmodel	37
Analyse af den hidtidige takststyringsmodel	40
DEN FREMTIDIGE TAKSTSTYRINGSMODEL PÅ SYGEHUSOMRÅDET	42
Beskrivelse af den fremtidige takststyringsmodel	42
Analyse af den fremtidige takststyringsmodel	43
FORDELE OG ULEMPER VED TAKSTSTYRING	44
UDVIDET FRIT SYGEHUSVALG	47
DISKUSSION	51
VURDERING AF STRUKTURREFORMEN	51
VURDERING AF DEN KOMMUNALE MEDFINANSIERING	54
STRUKTURREFORMEN I LYSET AF NEW PUBLIC MANAGEMENT	58
METODEDISKUSSION	60
AFSLUTNING	62
TAK	65
REFERENCER	66
BILAG	73

INTRODUKTION

Den danske strukturreform

På baggrund af den tiltagende debat om den offentlige sektors indretning nedsatte den danske regering i oktober 2002 en strukturkommission. Denne bestod af repræsentanter for den kommunale verden, ministerier og personer med særlig ekspertise på området. Strukturkommissionen fik til opgave at vurdere "fordele og ulemper ved alternative modeller for indretninger af den offentlige sektor og på denne baggrund komme med anbefalinger til ændringer, som er holdbare over en længere årrække" (Strukturkommissionen 2004).

Strukturkommissionen konkluderede i januar 2004, at der var behov for en reform af den offentlige sektors struktur, jævnfør nedenstående tekstboks. Denne konklusion blev dels begrundet med, at amter og kommuner ikke var store nok til at varetage deres opgaver. Dels var begrundelsen, at opgavefordelingen i den offentlige sektor på flere områder var uhensigtsmæssig.

Strukturkommissionens overvejelser og anbefalinger

Samlet set er det kommissionens vurdering at der er behov for en reform af den offentlige sektors struktur.

Svaghederne i den nuværende struktur knytter sig dels til størrelsen af kommuner og amter, dels til opgavefordelingen mellem stat, amter og kommuner.

- *En stor del af de nuværende forvaltningsenheder er uhensigtsmæssigt små i forhold til den opgaveløsning, som lovgiverne i dag kræver.*
- *Det er på en række områder svært at sikre en sammenhængende og koordineret indsats. Problemet bunder i vidt omfang i, at ansvaret for nogle opgaver er delt mellem flere forskellige decentrale forvaltningsled. Det giver risiko for "gråzoner".*
- *På enkelte områder kan identificeres problemer som følge af parallelle funktioner/opgaver fordelt på flere forvaltningsled. Mellem forvaltningsleddene kan det vanskeliggøre en koordinering og prioritering i opgavevaretagelsen, ligesom det kan vanskeliggøre effektiviseringer og kvalitet i opgavevaretagelsen.*

Kommissionen anbefaler, at der gennemføres en samlet reform af den offentlige sektor, som omfatter såvel inddelingsændringer som opgaveflytninger mellem stat, amter og kommuner.

(Strukturkommissionen 2004)

Med afsæt i Strukturkommissionens analyser og høringen af betænkningen fremlagde regeringen i april 2004 sit udspil til en reform af den offentlige sektors struktur: *Det Nye Danmark – En enkel offentlig sektor tæt på borgeren* (Regeringen 2004). På sundhedsområdet ønskede regeringen ifølge oplægget:

- Et sundhedsvæsen, der entydigt indrettes efter borgernes behov.
- Et sundhedsvæsen, hvor patienterne oplever høj kvalitet, korte ventetider og sammenhængende behandlingsforløb.
- Et sundhedsvæsen, hvor patienterne har adgang til behandling af samme høje kvalitet, uanset hvor i landet de bor.
- Et sundhedsvæsen, hvor ekspertisen samles i enheder, der er store nok til at sikre en effektiv arbejdsdeling med bedre kvalitet for patienterne og med en mere hensigtsmæssig udnyttelse af de lægefaglige ressourcer.
- Et sundhedsvæsen, hvor patienterne ikke oplever gråzoner, og hvor der er sammenhængende forebyggelses-, pleje- og træningstilbud tæt på borgernes eget hjem.

Efter regeringens opfattelse var amterne for små til at varetage en optimal sygehusplanlægning og til at sikre et tilstrækkeligt patientunderlag og dermed kvalitet for en række behandlinger. Ansvar for en række patientbehandlinger var delt mellem amter og kommuner. Kommunerne havde ikke et medansvar for udgifterne i sundhedsvæsenet, og sygehusindlæggelse kunne derfor være et gratis alternativ til en effektiv pleje- eller forebyggelsesindsats. På den baggrund foreslog regeringen en grundlæggende reform af sundhedsvæsenets organisering. Ved den politiske markedsføring er der ydermere blevet lovet et sundhedsvæsen i verdensklasse.

Regeringens udspil dannede efterfølgende grundlag for forhandlinger mellem regeringen og Folketingets øvrige partier. Forhandlingerne resulterede i juni 2004 i en aftale om en reform mellem regeringen og Dansk Folkeparti, hvis formål fremgår af nedenstående tekstboks.

Kommunalreformens formål

Målet med reformen er at fastholde og videreudvikle en demokratisk styret offentlig sektor, hvor der er etableret et solidt fundament for en fortsat udvikling af det danske velfærdssamfund.

Vi skal derfor fremtidssikre den decentrale offentlige sektor, som er et særkende for Danmark, ved at skabe bæredygtige enheder med et klart ansvar for at levere velfærdsydelser af høj kvalitet til danskerne.

Fremtidens større kommuner giver muligheder for en bedre opgaveløsning, hvor flere velfærdsopgaver kan løses i kommunerne. Med flere opgaver placeret lokalt skal demokratiet styrkes, idet flere politiske beslutninger træffes lokalt.

(Regeringen og Dansk Folkeparti 2004)

Aftalen om strukturreformen indeholdt dels kriterier for en ny inddeling af kommuner og regioner, dels en ny fordeling af opgaverne mellem kommuner, regioner og staten. Endelig blev det med aftalen besluttet, at der skulle gennemføres en finansierings- og udligningsreform.

Strukturreformen indebærer en overgang fra et system med 14 amter, der har skatteudskrivningsret, til fem regioner uden skatteudskrivningsret. Samtidig reduceres antallet af kommuner fra 271 til 98 kommuner.

Ansvar for sundhedsvæsenet bliver regionernes hovedopgave. Opgaven indebærer, at regionerne har ansvaret for sygehusvæsenet, herunder den behandlende psykiatri, samt sygesikringsområdet, herunder privatpraktiserende læger og speciallæger med flere. Regionerne overtager ansvaret på sundhedsområdet fra amterne, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Bornholms Regionskommune.

Målet med dannelsen af fem regioner på sundhedsområdet er at understøtte kvaliteten i patientbehandlingen ved at skabe grundlag for at samle flere behandlinger, udnytte fordelene ved specialisering bedre, og sikre den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006a).

Regionerne er, ifølge Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, skabt med sundheden for øje. De nye stærke regioner skaber et godt grundlag for at opnå et sundhedsvæsen i verdensklasse. Tiden – teknologien og patienternes krav – er løbet fra amterne på sundhedsområdet. Og uden sundheden giver amterne ikke mening. Derfor forsvinder de nu, og regioner tegnet efter sundhedsopgaven opstår i stedet for (Rasmussen 2006).

Samtidig med dannelsen af regionerne styrkes de centrale sundhedsmyndigheders beføjelser med hensyn til specialeplanlægning med videre. Det sker blandt

andet for at sikre, at der sker en koordineret anvendelse af højt specialiserede ressourcer i sundhedsvæsenet, og at der tilbydes behandling af ensartet høj kvalitet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006a).

Finansieringsmodellen på sundhedsområdet undergår markante forandringer med regionsdannelsen. Regionerne har som udgangspunkt ikke en selvstændig skatteudskrivningsret. Finansieringen er derfor beroende på en række eksterne finansieringskilder, hvor et statsligt bloktilskud vil være den dominerende. Samtidig skal kommunerne fremover betale et fast bidrag i forhold til antal indbyggere, samt en sengedagstakst, når indbyggerne er indlagt på regionens sygehuse.

I forbindelse med den nye lov om regionernes finansiering opdeles regionernes økonomi i tre adskilte dele: sundhedsområdet, regionale udviklingsopgaver, samt drift af institutioner på social- og specialundervisningsområdet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005c). De tre aktivitetsområder er helt adskilte, således at udgifterne på sundhedsområdet finansieres af indtægter øremærket til dette område, og tilsvarende for de to andre områder. Dette er nyt i forhold til amternes råderet, hvor der kunne overføres penge fra ét område til et andet.

Region Hovedstaden er i forbindelse med strukturreformen blevet Danmarks største arbejdsplads med ca. 36.000 ansatte. Langt hovedparten af disse er ansatte på de 12 sygehuse i regionen. Direktionen i Region Hovedstaden har, i tråd med Sundhedsministerens vision, en ambition om at Region Hovedstaden skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse, og hovedstaden skal være lokomotiv for resten af Danmark inden for forskning (Region Hovedstaden, Direktionen 2006).

Strukturreformen i et nordisk perspektiv

Danmark, Norge og Sverige har flere fællestræk på sygehusområdet, blandt andet en politisk målsætning om fri og lige sygehusbehandling. Reformen af det norske sygehusvæsen har indgået i debatten om den fremtidige struktur på sundhedsområdet i Danmark. Herunder tendensen mod centralisering og øget statslig styring af sygehusopgaven (Amtsrådsforeningen 2004a). Ligeledes indgår den danske og den norske reform i debatten om den fremtidige struktur på sundhedsområdet i Sverige (Regeringskansliet 2007).

Norge

I 2002 overtog den norske stat ejerskabet af sygehuse og øvrige ydelser inden for specialistbehandlingen og gjorde virksomhedsmodellen til den overordnede organisationsform (Lægreid et al. 2003). Mens ejerskabet tidligere blev varetaget af de 19 fylkekommuner (svarende til de danske amter), er det nu centraliseret hos én ejer – staten. Driften af sygehusvæsenet varetages nu af fem regionale "helseforetak", der har ansvaret for sygehuse og institutioner. Reformen er baseret på nye ledelsesprincipper, idet sygehuse er fritstillede og gjort til selvstændige juridiske enheder.

Hovedbegrundelsen for reformen var, at de 19 fylkekommuner blev anset for at være for små til en effektiv organisering og drift af sygehusene. Det lovmæssige fundament var en ny lov om sundhedsvæsenet: Lov om helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet 2001). Loven omfatter somatiske sygehuse, ambulance og nødmeldetjeneste, luftambulance, psykiatri, misbrugeromsorg, rehabilitering og genoptræning, sygehusapoteker samt aftaler med praktiserende speciallæger og psykologer. Staten ejer via Helsedepartementet de fem regionale helseforetak. Sundhedsministeren er bestyrelsesformand for de regionale sundhedsvæsener, og udpeger medlemmerne af de regionale helseforetak (Bryne 2005).

Et problem med den norske reform er, ifølge Bryne (2005), at man har oplevet det han kalder for "demokratisk underskud" ved overgangen fra regional politisk styring til sundhedsministeren som eneste politiske niveau under Stortinget. Det skal forstås på den måde, at hvis man troede, at nationalforsamlingen ville drive overordnet sundhedspolitik, så må man tro om igen. Den er, ifølge Bryne, blevet en arena for detaljerede spørgsmål om enkeltsager og enkeltpatienter i det ganske land. De spørgsmål, der tages op i spørgetimen i Stortinget, er næsten alle spørgsmål, som tidligere blev løst på regionalt niveau. Et opslag på Stortingets hjemmeside viser, at dette fortsat er tilfældet (Stortinget 2007).

En anden problemstilling er, at man i Norge har været stillet over for store udfordringer, blandt andet omkring legitimiteten ved visse omstillingstiltag, specielt ved afviklingen af akutfunktioner og fødetilbud ved de mindste lokalsygehuse (Bryne, 2005). Dette vil ganske givet også blive tilfældet i Danmark med den nye struktur på sundhedsområdet. Således arbejder man i Region Hovedstaden med en større plan for den fremtidige organisering af hospitaler og specialer. En plan der vil indebære større eller mindre ændringer for samtlige specialer (Region Hovedstaden 2007).

Sverige

I januar 2003 blev der i Sverige nedsat en parlamentarisk komité, kaldet Ansvarskommittén. Denne har haft til opgave at se på strukturen og opgavefordelingen i samfundet. Et af hovedområderne for komitéens arbejde er "hälso- och sjukvårdens struktur och uppgiftsfördelning mellan staten, landstingen och kommunerna" (Finansdepartementet 2004). Komitéen skal analysere og, ved behov, foreslå forandringer af hälso- och sjukvårdens struktur og nuværende opgavefordeling mellem stat, landsting og kommuner.

Ansvarskommittén fremkom i december 2003 med en delbetænkning og i februar 2007 med sin udredning, heraf en særskilt rapport om hälso- och sjukvården (Regeringskansliet 2007). Der er derefter en forventning om, at den svenske regering fremkommer med et udspil i løbet af 2008 eller 2009 (Åhgren 2006).

Et forslag om at oprette seks til ni regionkommuner i Sverige er centralt i Ansvarskommitténs udredning. Regionerne skal erstatte de nuværende 21 lands-

ting. Foruden overtagelse af ansvaret for sundheds- og sygehusvæsenet får regionskommunerne også ansvaret for den regionale udvikling og vækst (Regeringskansliet 2007).

Forslaget har således store lighedspunkter med den regionsopdeling der er blevet gennemført i Danmark. På et væsentligt punkt adskiller den svenske model sig dog fra den danske, idet Ansvarskommittén lægger op til, at regionsdannelsen skal foregå frivilligt, således at landstingene skal indgå aftaler med hinanden om sammenlægninger til fremtidige regioner. Denne model blev benyttet i Danmark i forhold til kommunesammenlægningerne, mens landkortet med opdelingen i fem regioner blev bestemt af staten.

At man i Sverige således lægger op til, at regionsdannelsen skal foregå af frivillighedens vej, har allerede resulteret i, at det velstående og innovative Halland har meddelt, at man ikke ønsker at blive lagt sammen med andre områder i en fremtidig region.

Teorier og forskning på området

I både Danmark, Norge og Sverige er man på vej til, eller har allerede ændret grundlæggende på samfundets og dermed også på sundhedsvæsenets struktur, herunder finansieringsmodeller. Spørgsmålet er hvordan en sådan omfattende strukturforandring indvirker på sundhedsvæsenet. Denne opgave skal forsøge at beskrive, analysere og diskutere regiondannelsens konsekvenser for det danske sundhedsvæsen.

Emnevalget er foretaget idet der savnes kundskab om regionsdannelsens betydning for sundhedsvæsenet. Det har ikke været muligt at finde international forskning af betydning om en lignende regionsdannelses betydning for sundhedsområdet. Den valgte finansieringsmodel er samtidig unik for Danmark, og har således ikke været afprøvet andre steder i verden før. Det er derfor vigtigt, at der tilvejebringes kundskab inden for området.

Det teoretiske fundament for strukturreformen udgøres af New Public Management (Hood 1991), idet styringsmodeller inspireret heraf i stigende grad har vundet indpas i den offentlige sektor i Danmark. Det kan derfor være formålstjenligt at benytte disse styringsmodeller som udgangspunkt for dette studie.

Betegnelsen New Public Management (NPM) opstod i de angelsaksiske lande i slutningen af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne. Betegnelsen dækker over en række reformer i den offentlige sektor verden over. Det er ikke korrekt at kalde NPM for en teori. Det er snarere en samlebetegnelse for en række initiativer og reformer. I de nordiske lande er det blevet mere almindeligt at bruge New Public Management-betegnelsen (Greve 2002). I 1980'erne talte man i de nordiske lande om "modernisering" af den offentlige sektor. Indholdet var stort set det samme som NPM-forskerne talte om.

Hood (1991) har sammenfattet New Public Management begrebets mere konkrete indhold på følgende måde:

- Fokus på output, det vil sige mål og resultatorientering.
- Synlig, professionel og visionær ledelse.
- Ledelsesprincipper med inspiration fra den private sektor.
- Effektiv ressourceudnyttelse.
- En større konkurrence og markedsgørelse, blandt andet via mulighed for at etablere selvstændige enheder i den offentlige sektor.
- At ændre centraliserede planlægningsfunktioner, blandt andet ved inddragelse af den private sektor gennem udlicitering med videre.

Fællesnævneren for de ledelses- og styringsreformer, der indskrives sig i New Public Management-strategien, er en økonomisk orienteret rational choice-tankegang, der hviler på antagelsen om, at alle aktører nyttemaksimerer, og at styring sker gennem institutionel regulering af rationelle aktørers adfærd (Sørensen 2004).

Nogle af nøgleordene inden for NPM-terminologi er etablering af markedslignende konkurrencerelationer og incitamentstyring (takststyring), kontraktstyring, frit valg og udlicitering. Det er naturligvis ikke ensbetydende med, at disse styringsformer ikke eksisterede før New Public Management blev defineret som begreb. For eksempel var ambulancetjenesten i Danmark udliciteret til private selskaber lang tid inden man kendte til NPM-begrebet. Derfor kan det i praksis være vanskeligt at afgøre, hvad der er New Public Management, og hvad der udgør mere traditionelle styringsmekanismer.

Kurt Klaudi Klausen har givet udtryk for det samme på følgende måde: "Ser man kritisk på konceptet, må man konstatere, at der hverken er tale om new, om public eller om management. Der er tale om gammel vin på nye flasker forstået på den måde, at man blot har overtaget gammelkendte forestillinger om, at alt, hvad der er privat og markedsbaseret, er godt (og ureflekteret overtaget kritikken af, at det offentlige i alle forhold skulle fungere dårligt – underforstået dårligere end i det private)" (Jespersen et al. 2000).

FORMÅL

Formålet med denne MPH-opgave er, som tidligere nævnt, at forsøge at beskrive, analysere og diskutere de strukturændringer, der finder sted i det danske sundhedsvæsen, med hovedvægt på sygehusvæsenet. I den forbindelse benyttes den kommende Region Hovedstaden som case.

Beskrivelsen og analysen bliver nærmere bestemt fokuseret på nedenstående forskningsspørgsmål:

- Hvilke konsekvenser kan regionsdannelsen i Danmark medføre i forhold til sundhedsvæsenets finansiering og økonomi?
- Hvad kan konsekvenserne blive af den basisfinansiering og den takststyring med præstationsbaseret finansiering som indføres?
- Hvordan kan den nye finansieringsmodel påvirke aktørernes økonomiske incitamenter?

Disse spørgsmål er ikke bare af økonomisk og organisatorisk interesse, men har også folkesundhedsvidenskabelig relevans. Sundhedsvæsenet har vigtige opgaver i forhold til folkesundheden og finansieringsspørgsmålene er vigtige for at kunne varetage disse opgaver. Desuden kan de organisationsmæssige ændringer få betydning for den enkelte borgers sundhed, idet sundhed skabes i et samspil mellem det enkelte individ og samfundet. Såfremt strukturreformen viser sig at påvirke aktørernes adfærd kan det føre til en ændring i den oplevede kvalitet for borgere og patienter.

METODE

Opgaven tager afsæt i et litteraturstudie, hvor udgangspunktet er officielle kilder og udredninger samt videnskabelig litteratur. Litteratursøgningen er foregået i perioden foråret 2006 - foråret 2007 med det formål at indsamle alt relevant materiale vedrørende emnet.

På grundlag af et omfattende kildemateriale gives en historisk belysning og analyse af sundhedsvæsenets struktur før og efter regionsdannelsen. Arbejdet bygger frem for alt på en analyse af officielt materiale. Dette er blevet suppleret med indslag fra den igangværende offentlige debat i Danmark på området og der findes derfor også referencer til forskellige massemedier igennem opgaven. Afslutningsvis diskuteres strukturreformen blandt andet med udgangspunkt i filosofierne bag New Public Management.

Litteratursøgningen er blevet foretaget i nedenstående databaser, biblioteker og hjemmesider:

Tabel 1. Oversigt over litteratursøgningen.

Kilde: database/bibliotek/hjemmeside	Litteraturtype
Amtsrådsforeningen	Rapporter, notater
Det kongelige bibliotek	Forskningsmateriale af professor Kjeld Møller Pedersen
Danmarks Statistik	Statistisk materiale
DSI Institut for Sundhedsvæsen	Rapporter
Danske Regioner	Rapporter, notater
Hovedstadens Sygehusfællesskab	Rapporter, evalueringer

Finansdepartementet (Sverige)	Sekretariatsrapport, direktiv
Finansministeriet	Lovmateriale, bekendtgørelser, rapporter, vejledninger
Helse- og omsorgsdepartementet (Norge)	Lovmateriale
Indenrigs- og Sundhedsministeriet	Lovmateriale, bekendtgørelser, rapporter, redegørelser, vejledninger
Kommunernes Landsforening	Rapporter
Regeringen	Politiske aftaler, debatoplæg, rapporter
PubMed	Rapporter
Region Hovedstaden	Budgetforslag, hospitalsplan, sundhedsaftaler
Syddansk Universitet	Forskningsmateriale af professor Kjeld Møller Pedersen
Sundhedsstyrelsen	Vejledninger, rapporter

De søgeord, der blev anvendt ved litteratursøgningen, var: *strukturereform, strukturreformkommission, regioner, kommunalreform, kommunal medfinansiering, sygehusenes finansiering, takststyring, New Public Management, Region Hovedstaden*. Derudover er der blevet søgt på eksempelvis *ansvarsutredning* (Sverige) og *helseforetak* (Norge) i forhold til specifikke områder af opgaven. Hvor det er relevant, er der blevet søgt på substantiverne i bestemt og ubestemt form samt i singularis og pluralis.

Endelig er der blevet håndsøgt specielt efter den forskning som er gennemført i forbindelse med struktureformen af professor i sundhedsøkonomi Kjeld Møller Pedersen, idet han som højt estimeret forsker, ikke bare i Danmark, men også i international sammenhæng, udgør en vigtig videnskabelig reference i relation til nærværende studie.

Tidsrammen for litteraturen blev afgrænset til perioden 1990-2007 og blev geografisk afgrænset til vestlige lande med henblik på at opnå relevans i forhold til Danmark og de øvrige nordiske lande. Den finansieringsmodel, der er valgt i Danmark, er imidlertid unik og har således ikke været taget i anvendelse andre steder i verden før. I forhold til opgaven er det derfor evident, at litteratursøgningen har taget sit udspring i danske databaser og kilder.

Inklusionskriterier:

- Litteratur som omhandler en regionsdannelse betydning for sundhedsvæsenet.
- Litteratur vedrørende den danske strukturereform.
- Litteratur vedrørende New Public Management i relation til sundhedsvæsenet.
- Litteratur vedrørende takststyring.
- Litteratur vedrørende sygehusenes finansiering.
- Litteratur vedrørende udvidet frit sygehusvalg.
- Litteratur fra 1990 til 2007.

- Litteratur på engelsk eller et af de nordiske sprog.
- Geografisk afgrænsning: vestlige lande (Europa, USA, Canada).

Eksklusionskriterier:

- Litteratur ældre end 1990.
- Litteratur hvor forfatterens motiver, objektivitet eller upartiskhed kan anfægtes.
- Litteratur af tvivlsom kvalitet eller hvor lødigheden kan anfægtes.

I forhold til studiets validitet skal det vurderes, hvorvidt der er begået systematiske fejl, for eksempel at det benyttede kildemateriale ikke i tilstrækkelig grad belyser forskningsspørgsmålene. Risikoen for dette er i nærværende opgave imødegået gennem anvendelse af et omfattende kildemateriale, afdækket og indsamlet gennem en lang række offentligt tilgængelige databaser.

I forhold til studiets reliabilitet skal det vurderes, i hvilken grad forfatteren har undgået at lave usystematiske fejl. Især inden for de kvantitative metoder opfattes begrebet reliabilitet ofte synonymt med reproducerbarhed (Koch og Vallgård 2004). Altså om en anden undersøger ville kunne gentage undersøgelsen og få de samme resultater. Det er på grundlag af det beskrevet i forhold til metodevalg, søgeord og tidsafgrænsning muligt at gentage litteratursøgningen og finde de samme kildematerialer. Det kan imidlertid diskuteres, hvor relevant begrebet reliabilitet er i forhold til et litteraturstudie. En anden forsker kan ikke gentage et litteraturstudie og nå til fuldstændigt identiske konklusioner, idet vedkommende er en del af forskningsprocessen og derved gør en forskel som følge af dennes for forståelse og forståelseshorisont.

Nærværende opgave er baseret på et litteraturstudie og indeholder således ikke følsomme oplysninger om personhenførbare data, eksempelvis helbredsforhold. Studiet har derfor ikke skullet anmeldes til datatilsynet eller Den Videnskabetiske Komité.

RESULTATER

REGIONERNES BASISFINANSIERING

De økonomiske forudsætninger på sundhedsområdet

Med strukturreformen ændres der grundlæggende ved vilkårene i forhold til prioriteringer og økonomi i regionerne. I hvert fald i forhold til den måde, man har haft mulighed for at prioritere i de gamle amter og kommuner. § 1 i Lov om regionernes finansiering (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005c) indebærer, at regionernes økonomi opdeles i tre adskilte dele:

- Sundhedsområdet
- Regionale udviklingsopgaver

- Drift af institutioner på social- og specialundervisningsområdet

De tre aktivitetsområder er helt adskilte, således at udgifterne på sundhedsområdet finansieres af indtægter øremærket til dette område, og tilsvarende for de to andre områder. Regionen kan således alene prioritere inden for de enkelte kasser og under forudsætning af, at der kan skabes finansiering i den selv samme kasse.

Regeringen og Danske Regioner indgik i juni 2006 *Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2007* (Regeringen og Danske Regioner 2006). Det fremgår af aftalen, at parterne er enige om at tillægge det afgørende betydning, at den indgåede aftale realiseres således, at regionernes udgifter og aktivitet i 2007 både i budgetterne og i regnskaberne ligger inden for rammerne af aftalen.

Af Bilag 1 fremgår de økonomiske forudsætninger vedrørende sundhedsområdet.

Fremadrettet er man enige om, at der i forbindelse med forhandlingerne om regionernes økonomi for 2008 skal ske en drøftelse af mulige ændringer af vilkårene for udbetaling af de statslige aktivitetsmidler, som kan understøtte sammenhængen mellem aktivitets- og udgiftsforudsætninger samt bidrage til en mere hensigtsmæssig incitamentsstruktur.

Aktiviteten i sygehusvæsenet er i de senere år øget markant. Det har blandt andet givet sig udslag i kortere ventetider. Aktiviteten i 2005 var 4,9 % større end i 2004. Aktivitetsstigningen er kommet til udtryk i stigninger for såvel ambulante som indlagte patienter. De seneste tal viser, at aktivitetsstigningen er fortsat i 1. kvartal 2006 (Regeringen og Danske Regioner 2006).

Lidt forenklet sagt så viser Bilag 2, at staten betaler ca. 75 % og kommunerne ca. 25 % af regionernes udgifter. Serviceniveauet på sundhedsområdet har hidtil været afhængig af de amtskommunale beskatningsgrundlag og amtsrådets beslutninger om valg af serviceniveau og tilhørende beskatningsniveau. Med den nye finansiering af regionerne sigtes der imod at give regionerne lige finansieringsmuligheder. Der er fastlagt en overgangsordning for sundhedsbloktilskuddet, sådan at regionerne får en seksårig periode til at tilpasse sig til de nye finansieringsvilkår. Overgangstilskuddene udbetales sammen med bloktilskuddene.

Regioner med tab på de nye finansieringsordninger på sundhedsområdet vil derfor i perioden 2007-2011 modtage et overgangstilskud, der det første år udgør 5/6-del af det beregnede tab og derefter gradvis aftrappes med 1/6-del af tabet hvert år. Tilskuddet finansieres ved bidrag fra de regioner, som har vundet på omlægningerne. Disse bidrag aftrappes på samme måde som tilskuddene. Som det fremgår af Bilag 3 ses langt de største afvigelser for Region Hovedstaden og Region Midtjylland, der i 2007 henholdsvis kompenseres med 349 milli-

oner kroner og skal bidrage med 318 millioner kroner. De tre øvrige regioner har, ifølge beregningerne i udgangssituationen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006d), betydeligt mindre tab eller gevinst som følge af de nye finansieringsvilkår.

Det statslige bloktilskud kommer til at udgøre ca. 75 % af regionernes indtægter. Med henblik på at give regionerne lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet, fordeles tilskuddet dels som et basisbeløb og dels efter en række objektive fordelingskriterier, der skal afspejle udgiftsbehovet. Disse udgiftsbehovskriterier skal, ud over forudsatte basisomkostninger, dels tage højde for den aldersmæssige sammensætning af befolkningen i de enkelte regioner og dels for den socioøkonomiske struktur i regionerne, som kan have betydning for forbruget af sundhedsydelser.

Hver af de fem regioner får tildelt et basisbeløb på 100 millioner kr. i 2007. Derudover beregnes sundhedsbloktilskuddet således, at de aldersbestemte forhold vægter 77,5 % og de socioøkonomiske forhold 22,5 % (Juul 2006).

Den del af bloktilskuddet, der afhænger af regionens aldersbestemte forhold, er beregnet således, at der udløses et kronebeløb for hver indbygger. Størrelsen på beløbet afhænger af fordelingen af indbyggerne på femårs aldersklasser. Således udløser en 5-9-årig 3.185 kroner, mens en 80-84-årig udløser 30.587 kroner i 2007 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006d).

Den socioøkonomiske struktur opgøres ud fra en række kriterier om befolkningens sociale, helbredsmæssige og økonomiske forhold, jævnfør Bilag 4. Dermed tilstræbes det, at regionerne tildeles ensartede økonomiske vilkår for at løse deres sundhedsopgaver.

Finansieringsmodellen på sygehusområdet frem til 31/12-06

Elementer i den hidtidige finansieringsmodel

Finansieringsmodellen frem til 31/12-06 var kendetegnet ved, at amterne varetog ansvaret for finansieringen af sygehusenes drift. Finansieringsgrundlaget i sygehusvæsenet blev tilvejebragt dels gennem amtslige skatteindtægter, et statsligt bloktilskud samt midler udmøntet fra den statslige aktivitetsafhængige pulje. I strukturen på sundhedsområdet før 1/1-07, varetog amterne både drifts- og finansieringsansvaret i forhold til sygehusene. Amterne var således ansvarlige for den løbende planlægning og produktion af ydelser i sygehusvæsenet og oppebar samtidig de udgifter, der er forbundet hermed. Sygehusopgaven var langt den største og mest udgiftstunge opgave, amterne varetog.

Finansieringsgrundlaget på sundhedsområdet blev tilvejebragt dels via amternes generelle skatteindtægter og det bloktilskud fra staten, som blev udmøntet til amterne efter på forhånd fastlagte, objektive kriterier. Amternes egne skatteindtægter udgjorde over 80 % af deres samlede nettoindtægter og bidrog derfor

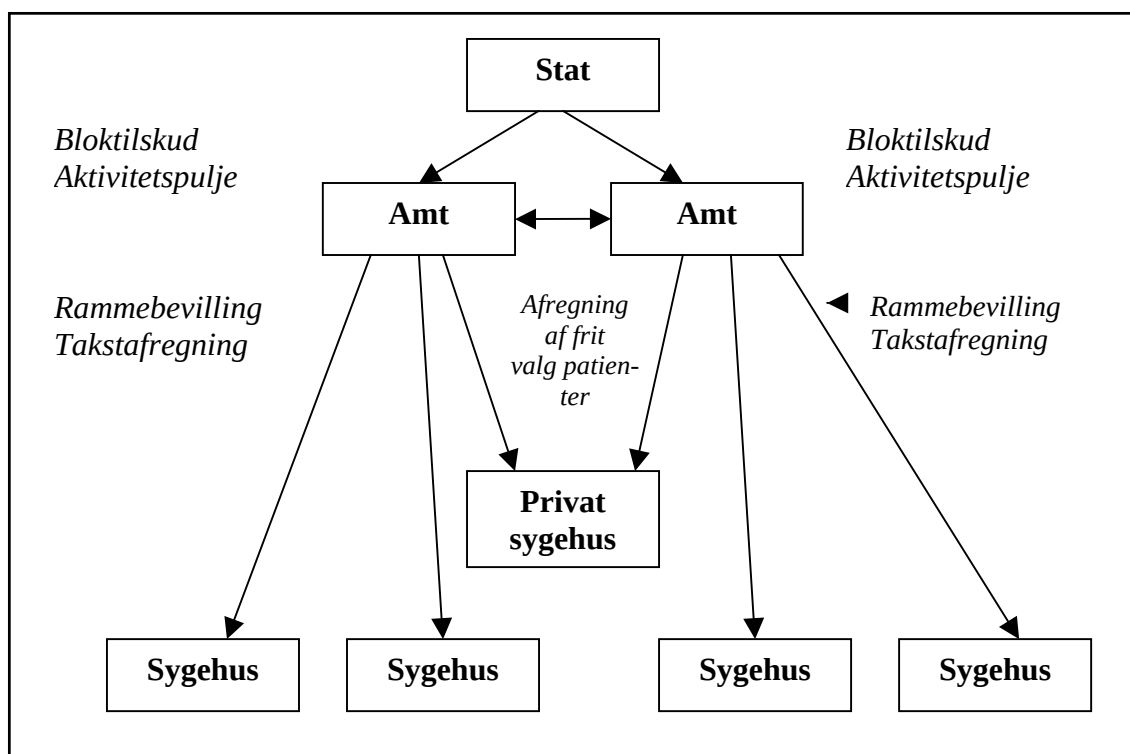
til langt hovedparten af finansieringen på sundhedsområdet. Omkring 75 % af amternes samlede sundhedsudgifter knyttede sig til driften af sygehuse, jævnfør Bilag 5.

Den statslige aktivitetspulje (den såkaldte Løkkepose, opkaldt efter Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen) blev indført med Finansloven for 2002, hvor der blev afsat 1,5 milliarder kr. til meraktivitet på sygehusområdet. På finanslovene for 2003, 2004, 2005, 2006 og 2007 er der blevet afsat en tilsvarende aktivitetspulje på henholdsvis 1,0 milliard kr., 1,1 milliard kr., 1,2 milliard kr., 1,4 milliard kr. og 1,6 milliard kr. (Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006, Finansministeriet 2006). Aktivitetspuljen honorerer amternes produktion af sygehusydelser ud over et på forhånd aftalt aktivitetsniveau, der betegnes baseline.

Hvert amt tildeles på forhånd en andel af den statslige aktivitetspulje a conto, med udgangspunkt i amtets forventede forbrug og den dertil hørende produktion af sygehusydelser, der opgøres på baggrund af køn og alderssammensætningen i amtet. Udgangspunktet for fastsættelsen af amtets baseline er det foregående års samlede aktivitetsniveau, hvori der indbygges et produktivitetskrav på 1,5 %. Der kan herefter foretages justeringer i årets baseline som følge af tilpasninger til strukturelle ændringer i amternes sygehusstruktur. Al somatisk aktivitet, bortset fra sterilisation og alkoholafvænning, er omfattet af den statslige aktivitetspulje.

Indførelsen af frit sygehusvalg i 1993 (Sundhedsstyrelsen 2004) har derudover betydet, at amternes indtægter og udgifter til sygehusvæsenet er blevet gjort afhængige af patientvandring hen over amtsgrænser, idet patienternes bopælsamt skal kompensere det behandlende amt for den ydelse, det producerer.

Den gældende finansieringsmodel frem til 31/12-06 på sygehusområdet er illustreret i Figur 1.



Figur 1. Finansieringsmodellen frem til 31/12-06 på sygehusområdet (Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006).

Analyse af den hidtidige finansieringsmodel

De samlede økonomiske rammer for amterne i det efterfølgende år aftales i de årlige økonomiforhandlinger, der afsluttes hvert år i juni måned. Disse rammer har været håndhævet med varierende stringens. Amternes autonomi har dermed kunnet variere over tid.

Den i perioder stramme styring af de samlede danske sundhedsudgifter kan i betydelig grad tilskrives disse aftaler, hvor man sammenholder de samfundsøkonomiske muligheder og prioriteringer med udviklingen i krav og ønsker i sundhedsvæsenet.

Der har været store forskelle i de amtslige sundhedsudgifter pr. indbygger. Således blev der i Hovedstadens Sygehusfællesskab i 2002 anvendt 12.350 kr. pr. indbygger pr. år. I bunden lå Ringkøbing Amt med 7.300 kr. (Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg 2003). Variationerne dækker dog over, at Hovedstadens Sygehusfællesskab må betragtes som en såkaldt outlier, idet de øvrige amters sundhedsudgifter i 2002 alle lå i intervallet mellem 8.800 kr. og 7.300 kr.

At betragte Hovedstadens Sygehusfællesskab som en outlier har rod i den storbyproblematik, der knytter sig til områdets optageområde. Således er der eksempelvis en klar overrepræsentation af personer med en skizofreni eller

skizofreni-lignende diagnose i forhold til resten af landet (Amtsrådsforeningen 2005).

Samtidig viser historien, at på sundhedsområdet, som har været amternes vigtigste opgavefelt, synes Folketingets accept af variation mellem de ydelser, borgerne kan benytte, at være yderst begrænset. Hvis der fra centralt hold ikke er accept af forskelle i prioriteringer mellem behandlinger eller i serviceniveau, forsvinder et vægtigt argument for en amtslig organisering og finansiering af sundhedsområdet.

Op gennem 1990'erne udviklede økonomiaftalerne sig i retning af at blive egentlig sundhedspolitiske aftaler mellem regering og amterne. De første aftaler om ventetidsgarantier var således en del af en økonomiaftale. Hjerter- og kræftplan er to andre eksempler på aftaler, der strækker sig over flere år. På denne måde er der gradvist sket en stigende national koordinering og prioritering af den sundhedspolitiske udvikling (Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg 2003).

Udviklingen har siden kommunalreformen i 1970 været præget af to modsatrettede tendenser. På planlægningsområdet har amterne i realiteten fået friere hænder, mens styringen på det økonomiske område blev strammet op gennem 1980'erne. Selvom den blev lettet igennem 1990'erne, var der hele tiden en klar tendens til, at staten havde dirigentstokken (Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg 2003).

Amternes finansieringsgrundlag på sygehusområdet er, ud over skatteindtægterne og det statslige bloktilskud, de seneste år også blevet gjort afhængigt af deres præsterede aktivitet i sygehusvæsenet. Med indførelsen af den statslige aktivitetspulje i 2002 (Løkkeposen) er 1-2 % af amternes indtægter på sygehusområdet således blevet tildelt afhængigt af, om de har realiseret en aktivitet, der har ligget ud over en på forhånd defineret baseline.

Amterne fungerede frem til 31/12-06, hvor de blev nedlagt, som bevillingsgivere i forhold til sygehusene. Amterne har i en årrække finansieret sygehusenes drift gennem rammebevillinger, hvor sygehusene i hver budgetperiode tildeles en bevilling, inden for hvilken de skal tilvejebringe en nærmere defineret produktion af ydelser. De seneste år er der dog blevet indført en stigende grad af takststyring på sygehusområdet der betyder, at sygehusenes bevillinger er blevet gjort afhængige af deres præsterede aktivitet. Takststyring indebærer som udgangspunkt en automatisk tilpasning mellem ændringer i aktiviteten og bevillingernes størrelse. Fra 2004 har minimum 20 % af amternes bevillinger til sygehusene skullet udmøntes aktivitetsafhængigt.

Kommunerne har peget på nogle problematikker, der knytter sig til, hvad de kalder "ufinansieret" opgaveglidning inden for sundhedsområdet. Dels i relation til genoptræning og dels i forhold til, at patienter efter deres mening udskrives uden egentlig at være færdigbehandlede. Omvendt kan sygehusene have pro-

blemer med at færdigbehandlede patienter optager dyre sygehussenge, fordi de ikke kan udskrives grundet manglende kommunale tilbud. Den hidtidige finansieringsmodel kan således i visse tilfælde have været katalysator til kassetænkning fra såvel amternes som kommunernes side.

I tilfældet med færdigbehandlede patienter har amterne dog siden 1995 haft mulighed for at opkræve en sengedagstakst fra kommunerne for patienter, der fortsat er indlagt efter endt behandling som følge af manglende kommunalt tilbud. Sengedagstaksten er i 2007 fastsat til maksimalt at udgøre 1.650 kr. (Sundhedsstyrelsen 2007).

I forhold til genoptræningsområdet har ansvarsfordelingen været klar nok rent lovgivningsmæssigt. Amterne havde ansvaret for den genoptræning, der er et led i sygehusbehandling, og skulle tilbyde genoptræning til patienten var færdigbehandlet. Kommunerne var ansvarlige for genoptræning i forbindelse med sygdom uden forudgående sygehusindlæggelse, samt vedligeholdelsestræning.

Den fremtidige finansieringsmodel på sygehusområdet

Elementer i den fremtidige finansieringsmodel

Med kommunalreformen placeres ansvaret for løsningen af sygehusopgaven i de fem nye regioner. Samtidig bliver finansieringssystemet på sundhedsområdet væsentligt forandret. Formålet er at understøtte kvalitet, effektivitet og sammenhæng på sundhedsområdet og give kommunerne et incitament til at påtage sig et ansvar for deres borgeres sundhed.

I stedet for amtsskatten skal staten fremover opkræve et sundhedsbidrag, der fordeles til regioner og kommuner som bloktilskud. Bloktilskud, også kaldet "tilskud efter objektive kriterier", blev indført i forbindelse med kommunalreformen i 1970, og betragtes som en del af fundamentet i det danske kommunestyre. Begrebet dækker over, at kommunerne får tilskud fra staten på grundlag af objektive konstaterbare kriterier.

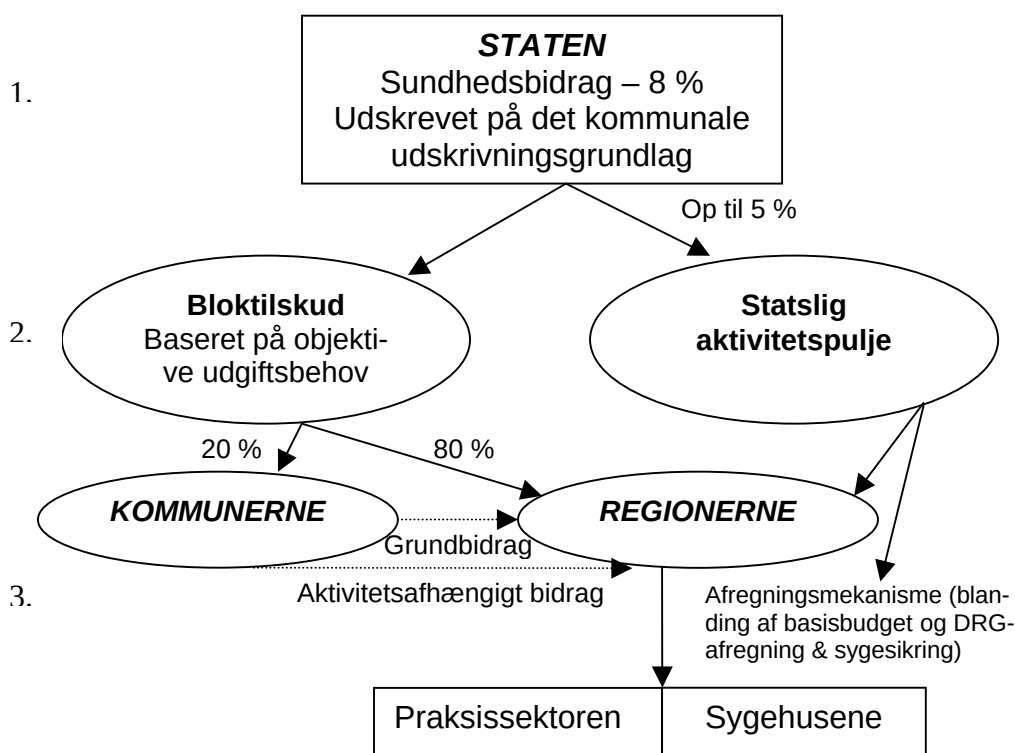
Sundhedsbidraget bliver i sagens natur ens i hele landet, i modsætning til amtskatterne, der varierede noget. Forskellen i amtsskatten har i mindre omfang afspejlet forskelle i sundhedsvæsenets tilbud.

De regionale finansieringskilder består af nedenstående fire hovedindtægter (Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006):

- Bloktilskud fra staten (75 %).
- Aktivitetstilskud fra staten til sundhedsområdet (5 %).
- Grundbidrag fra kommunerne til sundhedsudgifter (10 %).
- Aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne på sundhedsområdet (10 %).

Set ud fra sundhedsvæsenets perspektiv har ændringen af finansieringen tre hovedkomponenter, jævnfør Figur 2.

- 1: Indførelse af en øremærket national skat (sundhedsbidrag), til afløsning af amtsskatten.
- 2: Som konsekvens af det foregående: finansiering af regionernes sundhedsvæsen med bloktilskud.
- 3: Kommunal medfinansiering svarende til omkring 20 % af de samlede sundhedsudgifter.



Figur 2. Det nye finansieringssystem for sundhedsvæsenet (Møller Pedersen 2005c)

For at sikre en gradvis og smidig udjævning af de nuværende forskelle i de regionaløkonomiske vilkår, har man valgt at indfase den nye tilskudsmodel på basis af objektive kriterier over en periode på fem år (Regeringen og Dansk Folkeparti 2004).

Det nye finansieringssystem betyder, at kommunerne fremover får et medansvar for finansieringen af regionernes sundhedsopgaver. Samlet set vil kommunerne skulle finansiere ca. 20 % af regionernes sundhedsudgifter. Den kommunale medfinansiering består af to komponenter, et grundbidrag pr. indbygger og et aktivitetsbestemt bidrag. Grundbidraget fastsættes af regionerne. Den mak-

simale grænse for grundbidragets størrelse er fastsat ved lov til 1.500 kr. pr. indbygger i 2003-pris- og lønniveau. Størrelsen af det årlige bidrag fastsættes af regionsrådet efter drøftelse med regionen og kommunerne i regionen. To tredjedele af regionens kommuner kan blokere for stigninger i bidraget, der ligger ud over pris- og lønudviklingen. Grundbidraget skal fastlægges tilstrækkeligt tidligt til, at kommunerne kan indarbejde det i budgettet for det kommende år. Grundbidraget for det første år, det vil sige 2007, er dog allerede fastsat i lovgivningen. Bidraget kommer i alle regioner i 2007 til at udgøre 1.102 kr. pr. indbygger i 2007-pris- og lønniveau.

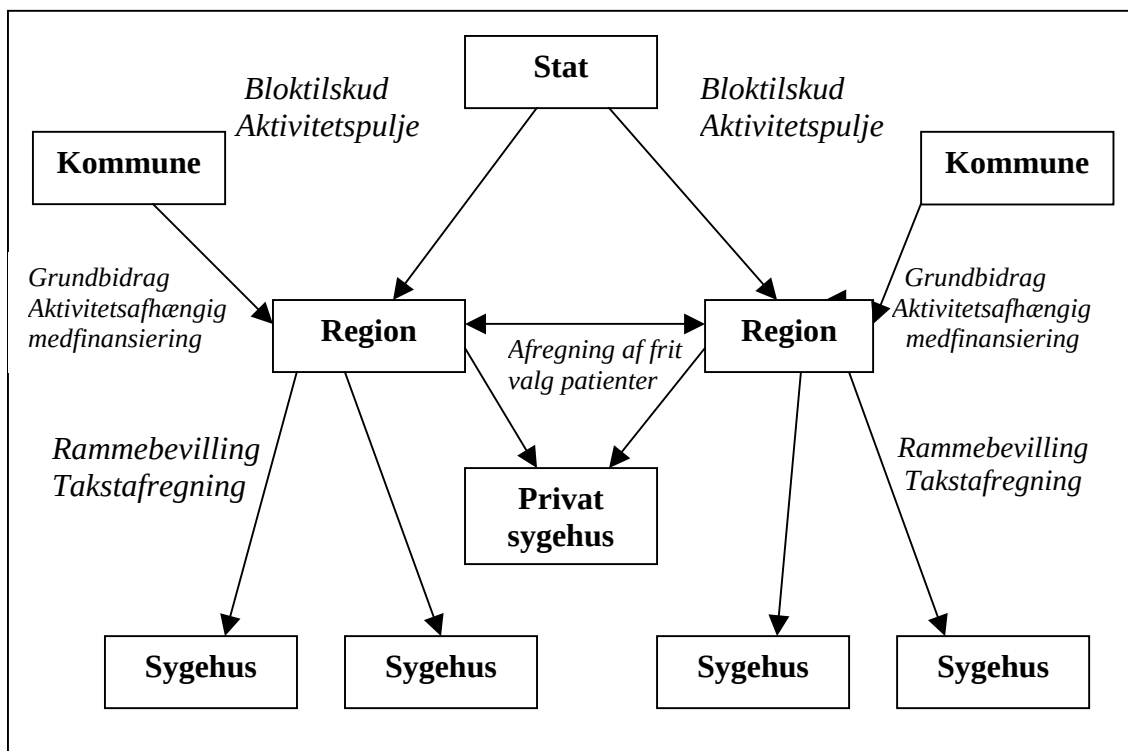
Da grundbidraget afhænger af indbyggertallet, er det styringsmæssigt knap så interessant, hvorfor kommunernes interesse naturligt vil samle sig om det aktivitetsafhængige bidrag og mulighederne for at påvirke disse udgiftsområder.

Det aktivitetsafhængige bidrag afhænger af, hvor meget kommunens borgere anvender sundhedsvæsenet. Kommunen skal betale 30 % af, hvad en indlæggelse koster (den såkaldte DRG-takst), dog maksimalt 4.476 kr. i 2007-pris- og lønniveau (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006c).

Den aktivitetsbestemte kommunale medfinansieringsmodel omfatter følgende sygehustakster, anført i 2007-pris- og lønniveau:

- Sygehuse (somatik, stationær behandling): 30 % af DRG-takst (Diagnose Relaterede Grupper), dog maksimalt 4.476 kr. pr. indlæggelse.
- Sygehuse (somatik, ambulant behandling): 30 % af DAGS-takst (Dansk Ambulant GrupperingsSystem), dog maksimalt 298 kr. pr. besøg.
- Sygehuse (genoptræning under indlæggelse): 70 % af genoptræningsandelen af den samlede DRG-takst.
- Plejetakst for færdigbehandlede patienter: 1.477 kr.

Den fremtidige finansieringsmodel på sygehusområdet er illustreret i Figur 3.



Figur 3. Fremtidig finansieringsmodel på sygehusområdet (Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006).

Ud over de ændringer, der sker i forhold til regionernes finansiering, vil sygehuse fremover i stigende grad skulle finansieres aktivitetsbestemt, idet takstandelen over en årrække skal øges fra de nuværende 20 % til 50 % i de nye regioner.

Analyse af den fremtidige finansieringsmodel

Med kommunalreformen placeres ansvaret for løsningen af sygehusopgaven pr. 1/1-07 i de fem nye regioner. Næst efter dannelsen af de fem regioner er den største ændring de nye økonomiske mekanismer, idet finansieringsmodellen undergår markante forandringer med regionsdannelsen. Den amtskommunale skat afskaffes og de nye regioner får som udgangspunkt ikke en selvstændig skatteudskrivningsret.

Det er i den forbindelse naturligt at spørge, hvorfor regionerne ikke har fået selvstændig skatteudskrivning. Kjeld Møller Pedersen (2005a) peger på, at det kan være en kombination af to nedenstående forhold:

Det første forhold handler om, at såvel det ene regeringsparti Det konservative Folkeparti og Dansk Folkeparti, som er regeringens støtteparti, har haft afskaffelse af amterne på programmet i flere år, og især Det konservative Folkeparti har ment, at tre skatteudskrivende niveauer var for meget, blandt andet fordi det var svært at styre den samlede skatteudskrivning. Derfor er det endelige forlig

et klart internt regeringskompromis, som samtidig var acceptabelt for støttepartiet: Formel nedlæggelse af amterne, oprettelse af regioner med få opgaver (oprindeligt kun sundhedsopgaven), men uden skatteudskrivning.

Den anden begrundelse, kan være et generelt ønske om at få større indflydelse på sundhedspolitikken i de nye regioner. Med andre ord: en centralisering af beslutningerne. Det forhold at 80 % af den fremtidige finansiering reelt styres af staten i form af bloktilskud og en aktivitetspulje, giver mulighed for øget central styring. Den succes, som regeringens aktivitetspulje til nedbringelse af ventelisterne (Løkkeposen) har været, har utvivlsomt været inspiration til aktivitetspuljen i forliget.

Idéen med at indføre en aktivitetsbaseret betalingsordning er fra forligspartierne bag strukturreformen at tilskynde kommunerne til at igangsætte en glidende udvikling med etablering af flere lokale sundhedstilbud. Princippet er, at en udbygning af det lokale sundhedstilbud vil kunne aflaste det specialiserede sygehusvæsen ved at forebygge indlæggelsesforløb og understøtte efterfølgende pleje- og rehabiliteringsindsatser i eget hjem (Kommunernes Landsforening 2005).

Samtidig understøtter den aktivitetsbaserede betaling princippet om lavest effektive omsorgs-/behandlingsniveau, som er centralt i sundhedsvæsenet, da det er forudsætningen for en effektiv ressourceudnyttelse og dermed mest mulig behandling for pengene.

Amtsrådsforeningen peger i et notat om bloktilskud og behovskriterier på, at hvad der ligger i ordene "lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet" ikke er uddybet og således står uklart (Amtsrådsforeningen 2004b). Amterne har forskellige udgifts-/serviceniveauer. Baggrunden herfor kan overordnet anskues ud fra tre faktorer: forskelle i udgiftsbehov, forskelle i serviceniveau og forskelle i effektivitet.

- Forskelle i udgiftsbehov hænger sammen med, at befolkningssammensætningen og dermed behovene for sundhedsydelser varierer fra amt til amt.
- Serviceniveauet varierer ligeledes, idet de enkelte amtsråd i dag (frem til 31/12-06) selv sætter amtets serviceniveau på alle områder. Som nævnt ovenfor ønsker staten "lige muligheder", og dermed må det formodes, at serviceforskellene i større grad vil blive udjævnet mellem de kommende regioner.
- Forskelle i effektivitet kan delvist begrundes med forskelle i produktionsbetingelser. Geografiske og strukturelle forhold påvirker det enkelte amts mulighed for at optimere produktionen af sundhedsydelser.

Der har blandt andet fra Amtsrådsforeningens side været peget på, at hovedstadsområdet og især Hovedstadens Sygehusfællesskab har flere udgifter og sengedage inden for psykiatri end de øvrige amter. Således er andelen af psy-

kisk syge i befolkningen større i hovedstadsområdet end i resten af landet, hvilket kan illustreres ved, at befolkningen i København og Frederiksberg kommuner, som udgør Hovedstadens Sygehusfællesskab, i 2004 stod for 28 % af samtlige sengedage på voksenpsykiatriske afdelinger. Endvidere er tyngden større i hovedstaden, idet der er en overvægt af skizofrene i dette område. 25 % af samtlige personer med en skizofreni eller skizofreni-lignende diagnose behandles i Hovedstadens Sygehusfællesskab, og knap 30 % af samtlige indlæggelser af patienter med retslige foranstaltninger sker i Hovedstadens Sygehusfællesskab. (Amtsrådsforeningen 2005).

Til sammenligning bor der i Hovedstadens Sygehusfællesskabs optageområde knap 600.000 personer, svarende til 10,9 % af landets samlede befolkning (Danmarks Statistik 2007a). Der er således tale om en klar overrepræsentation af psykisk syge i hovedstadsområdet i forhold til resten af Danmark.

Som det fremgår af Bilag 4 vejer kriterierne psykiatriske patienter og diagnosticerede skizofrene patienter med hver 5 % og rangerer således på linje med kriteriet gennemsnitlig rejsetid til 18.000 indbyggere ganget med antallet af indbyggere. I forbindelse med Sundhedsministeriets analyser af hovedstadens sygehusforbrug i forhold til resten af landet, har man undersøgt forskellige sociale faktorer sammenhæng med indlæggelseshyppigheder (Sundhedsministeriet 1999). Der er påvist en sammenhæng for følgende sociale faktorer:

- Civilstand
- Fødeland
- Bruttoindkomst
- Socioøkonomisk gruppe
- Uddannelse
- Boligtype
- Branche
- Efterløn
- Kontanthjælp
- Ledighed

Der er således ikke påvist nogen sammenhæng mellem henholdsvis antal indbyggere på øer uden fast forbindelse og gennemsnitlig rejsetid og sygehusforbrug. Uagtet dette, vejer de to kriterier tilsammen 7,5 % af den andel af regionernes bloktilskud, der beregnes på baggrund af de socioøkonomiske forhold. Det fremgår ikke af grundlaget (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006b) for fordelingen, hvilken begrundelse der ligger bag valget af disse kriterier. Der kan muligvis være tale om forventede større udgifter i forbindelse med for eksempel opretholdelse af vagtberedskab i de tyndere befolkede regioner.

Et andet centralt spørgsmål er, om sundhedsbidraget kommer til at gøre en forskel for de økonomiske ressourcer, der tilføres sundhedsvæsenet. Bliver en øremærket skat bedre set fra sundhedsvæsenets synspunkt, det vil sige stabil finansiering og eventuelt lettere at få tilført flere midler, end finansiering fra fæl-

les skattemidler? Kjeld Møller Pedersen (2005a) henleder opmærksomheden på, at amtsskatten i betydeligt omfang, svarende til omkring 70 %, i realiteten var en sundhedsskat, uagtet at den måske ikke blev forstået på denne måde.

Kommunal medfinansiering

Beskrivelse af den kommunale medfinansiering

Strukturreformen er karakteriseret ved, at der samlet set ikke bliver tilført flere ressourcer end før 1/1-07 – dette gælder også på sundhedsområdet. Omvendt er intentionerne med reformen på sundhedsområdet, at kommunerne ikke blot skal overtage en række af amtets sundhedsopgaver, men også udvikle og forny disse med henblik på at forbedre den service, der leveres på området.

Kommunerne får fremover et medansvar for finansieringen af regionernes sundhedsopgaver. Kommunernes andel vil udgøre cirka 20 % af regionernes sundhedsudgifter. Som tidligere skitseret består den kommunale medfinansiering af to komponenter, et grundbidrag pr. indbygger og et aktivitetsbestemt bidrag. Grundbidraget fastsættes af regionerne og kan maksimalt udgøre 1.500 kr. pr. indbygger i 2003-pris- og lønniveau. Størrelsen af det årlige bidrag fastsættes af regionsrådet efter drøftelse med regionen og kommunerne i regionen. To tredjedele af regionens kommuner kan blokere for stigninger i bidraget, der ligger ud over pris- og lønudviklingen. Grundbidraget for det første år, det vil sige 2007, er dog allerede fastsat i lovgivningen. Bidraget kommer i alle regioner i 2007 til at udgøre 1.102 kr. pr. indbygger i 2007-pris- og lønniveau.

Det ligger i ordet aktivitetsafhængig, at denne del af den kommunale medfinansiering afhænger af, hvor meget kommunens borgere anvender sundhedsvæsenet. Det er fastsat, at kommunen skal betale 30 % af, hvad en indlæggelse koster (den såkaldte DRG-takst), dog maksimalt 4.476 kr. i 2007-pris- og lønniveau (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006c).

I forligsteksten (Regeringen og Dansk Folkeparti 2004) er begrundelsen for kommunal medfinansiering klar. Her hedder det, at med et delvist betalingsansvar for egne borgeres behandling i sundhedsvæsenet får kommunerne en tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats.

Regeringen og Dansk Folkeparti har i forbindelse med den økonomiske model lagt vægt på følgende argumenter til fordel for en medfinansiering af alle sundhedsydelser (Regeringen og Dansk Folkeparti 2004):

1. For det første må en medfinansieringsmodel ikke tilskynde regionerne til at fokusere på, hvilke typer ydelser, der kan opnås kommunal medfinansiering til, og hvilke, der ikke kan. Denne form for kassetænkning skal undgås. Det er derfor vigtigt, at regionernes adfærd og beslutninger ikke påvirkes af den kommunale medfinansiering.

2. For det andet ville det være svært præcist at afgrænse, hvad kommunerne kan forebygge, og hvad de ikke kan.

3. For det tredje ville udvælgelsen af nogle bestemte ydelser betyde, at kommunernes interesse for at støtte udviklingen af nye pleje- og behandlingstilbud, der kunne reducere behovet for sygehusindlæggelser, kun rettes mod indlæggelsesforløb, hvor der er kommunal medfinansiering. Sygehusene flytter dog også deres behandling tættere på borgerne. Dette indebærer, at kommunerne også bør støtte den generelle udvikling af nye pleje- og behandlingsopgaver i kommunerne – og ikke kun begrænse deres interesse i forhold til de pleje- og behandlingsopgaver, hvor der er kommunal medfinansiering. En medfinansiering af bestemte ydelser ville altså kunne fastfryse en udvikling, som er i fuld gang, mens en bredere medfinansiering vil kunne styrke udviklingen.

4. For det fjerde ville en kommunal medfinansiering af nogle typer ydelser og ikke andre give mere bureaukrati, fordi kommunernes behov for at sikre, at betaling kun finder sted for de udvalgte ydelser, ville stige betydeligt.

Det fremgår af bemærkningerne til loven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005b), at medfinansieringsmodellen skal følges nøje i de kommende år med henblik på justeringer.

Analyse af den kommunale medfinansiering

Grundtanken bag den kommunale medfinansiering af sygehusudgifterne er at tilskynde hver enkelt kommune til at se nærmere på, hvad der er dens største udfordringer på sundhedsområdet, og om den har nogen muligheder for at gøre noget ved det på en bedre og billigere måde end sygehusene kan. Den kommunale medfinansiering betyder ifølge Kommunernes Landsforening (2005), at kommunerne får en tydeligere økonomisk tilskyndelse til at styrke forebyggelse og sundhedsfremme.

I den aktivitetsbestemte betalingsordning lægges der op til, at kommunerne skal udbygge sundhedstilbud i langsom takt med, at effekten af tiltagene indhøstes, og der frigøres ressourcer fra medfinansieringen. Der er tale om en gradvis, kontinuerlig udvikling over de næste 20-30 år. Denne fremgangsmåde skal sikre, at kommunerne vokser til at udgøre en velintegreret og bæredygtig del af det sammenhængende sundhedsvæsen.

Kommunernes Landsforening forventer, at kommunerne vil have betydelige muligheder for at påvirke og reducere de korte medicinske indlæggelser i tilknytning til for eksempel kroniske lidelser som diabetes 2 eller lungesygdomme

samt akutte indlæggelser af svækkede ældre (Kommunernes Landsforening 2005).

Kommunerne skal ifølge loven medfinansiere 10 % af de alment praktiserende lægers grundydelse, som primært omfatter betaling for forskellige konsultationstyper. Dette giver ikke kommunerne betydelige økonomiske incitamenter, idet de ikke kan påvirke en borgers selvvisiterede besøg hos lægen. Formålet med medfinansiering af sygesikringsudgiften handler dog ikke kun om at tilskynde kommunerne til at erstatte de praktiserende lægers ydelser, men også om at skabe grundlag for at øge det kommunale samarbejde med både de praktiserende læger og andre vigtige sygesikringsaktører. Dermed lægges de første grundsten til en påkrævet udbygning af samarbejdet mellem kommunerne og de praktiserende læger for eksempel omkring forebyggelse, sygedagpenge, fastholdelse på arbejdsmarkedet, medvirken i etablering af kommunale sundhedstilbud med videre (Kommunernes Landsforening 2005).

Opbygningen af de kommunale sundhedstilbud bør ske gradvist og i takt med, at de substituerende ydelser virker, det vil sige aflaster andre dele af sundhedsvæsenet. Der skal heller ikke opbygges parallelservice til regionerne eller etableres eller genskabes ydelser, funktioner eller enheder, som andre dele af sundhedsvæsenet klogt har effektiviseret bort.

Kommunernes Landsforening påpeger over for kommunerne, at "kommunerne ikke med sundhedsloven er blevet pålagt fastlagte og definerede forebyggelsesindsatser, hverken på den borgerrettede eller på den patientrettede forebyggelse. Kommunerne har med reformen fået et større ansvar på forebyggelsesområdet, men det er op til kommunerne selv at udmønte dette i konkrete forebyggelses- og sundhedsfremmende tiltag. Der kan derfor ikke stilles krav om at kommunerne opretter bestemte tilbud for bestemte grupper, ligesom kommunerne ikke er forpligtede til at overtage konkrete forebyggelsestilbud (for eksempel patientskoler og motion på recept), som nogle amter hidtil har drevet" (Kommunernes Landsforening 2007).

Særligt skal kommunerne holde sig for øje, at de ikke blot etablerer alternative tilbud til sygehusindlæggelser, som frigør ressourcer i sygehusene til at behandle andre patienter. Sker det, vil det kunne blive meget vanskeligt for kommunerne at styre økonomien. Hvis økonomien skal hænge sammen i den enkelte kommune, er det vigtigt, at de kommunale sundhedstilbud reelt aflaster sygehusene og dermed også reducerer kommunernes medfinansieringsudgifter (Kommunernes Landsforening 2005).

Det må forventes, at sundhedsaftalerne og drøftelserne i sundhedskoordinationsudvalget vil udgøre væsentlige rammer for samarbejdet mellem region og kommuner, således at de kommunale sundhedstilbud reelt aflaster sygehusene

og der opnås et fald i kommunernes medfinansieringsudgifter. Disse drøftelser og sundhedsaftaler vil dermed også kunne få betydning for fastsættelsen af det regionale grundbidrag. Regionen vil ikke kunne gennemføre forhøjelser af dette bidrag, såfremt to tredjedele af kommunerne i regionen blokerer for det (Kommunernes Landsforening 2005).

Regeringen lægger som nævnt, ikke op til at ledsage loven af flere penge til sundhedsvæsenet, men kun en omfordeling inden for den eksisterende ramme. Kommunerne skal derfor tænke sig godt om, før de etablerer nye forebyggende og opfølgende sundhedstilbud. Risikoen er, at tilbuddene ikke får den ønskede forebyggende virkning og frigør penge, der var afsat til medfinansiering, men i stedet fører til stigende sundhedsudgifter, som kan blive meget vanskelige at styre. Derfor anbefaler Kommunernes Landsforening, at den enkelte kommune ikke går hurtigere frem, end at det sikres, at kommunale sundhedstilbud kan finansieres af besparelser til medfinansiering.

Samtidig råder Kommunernes Landsforening kommunerne til at satse på tiltag, hvor der er en dokumenteret effekt. Der ligger en opgave for både Kommunernes Landsforening og Sundhedsstyrelsen i at rådgive kommunerne om, hvad de med fordel kan kaste sig ud i, og hvad de skal holde sig fra (Olsen 2005).

I Region Hovedstaden er man med kommunernes tættere involvering og medfinansiering af sundhedsydelser enige om, at der er et fælles behov for viden om aktivitet og økonomi. Det er derfor aftalt at man skal drøfte, hvilke patientregistreringer inden for lovgivningens rammer der kan stilles til rådighed for samarbejdet mellem regionen og kommunerne (Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden 2006).

Jan Olsen fra Kommunernes Landsforening anfører (Olsen 2005), at udgifterne til den kommunale medfinansiering er relativt forudsigelige fra år til år, og at kommunale variationer for en stor dels vedkommende kan udjævnes via udligningsordningerne. Går kommunerne derfor gradvist frem i udbygningen af sundhedstilbud, er den økonomiske risiko, ifølge Jan Olsen, begrænset.

Der er delte meninger om, hvorvidt den nye finansieringsmodel påvirker aktørernes økonomiske incitamenter. Den nye sundhedslov er således blevet kritiseret for, at den ikke giver kommunerne et tilstrækkeligt stort økonomisk incitament til at lave lokale sundhedstilbud.

Kommunernes Landsforening anfører, at den maksimale kommunale medfinansieringsudgift til en almindelig indlæggelse på 4.476 kr. er fastlagt for at sikre hensynet til kommunernes samlede økonomi og tilskynde kommunerne til at fokusere på at aflaste de kortvarige sygehusindlæggelser. Når beløbet ikke er højere, skyldes det blandt andet nervøsiteten for, at sundhedsudgifterne kommer til at blive en alt for tung post på de kommunale budgetter (Kommunernes Landsforening 2005).

Men de økonomiske incitament er, ifølge Kjeld Møller Pedersen (2005b), tveæggede. Han har, for at illustrere dette, opstillet et tænkt eksempel: En sygehusafdeling, der ønsker at indføre *hospital at home* (udgående behandling) for eksempel for KOL-patienter (kronisk obstruktiv lungesyndrom, "rygerlunger"). Formålet med dette er blandt andet at reducere antallet af indlæggelser. Men hvordan vil dette blive vurderet af sygehusledelsen? Sygehuset skal inden for eget budget finansiere den udgående aktivitet. Hvis dette tilbud til patienterne har den tilsigtede effekt at antallet af indlæggelser falder, mister sygehuset 4.476 kr. pr. indlæggelse og sygehuset mister yderligere en del af DRG-betalingen. Sygehusledelsen vil formentlig meddele afdelingsledelsen, at man ikke kan iværksætte dette tilbud, idet det ikke kan betale sig økonomisk for sygehuset. Den nye incitamentsstruktur vil således i dette tilfælde generere kassetænkning. Under den tidligere ordning kunne en udgående aktivitet være en økonomisk nettofordel for sygehuset. Dette er, som eksemplet viser, mere tvivlsomt med den nye ordning.

I sundhedssektoren belønnes de enkelte aktører kun for de ydelser, de selv leverer til patienten uden sammenhæng med resten af behandlingsforløbet. Belønningen sker for at behandle, og ikke for at understøtte andre i at behandle patienten eller for at undgå behandling. Når økonomiske incitament tilskynder til produktion af ydelser, er det naturligt, at sundhedsvæsenet først og fremmest vil producere de ydelser, der er økonomisk rentable.

For en kommune, der skal til at medfinansiere det regionale sundhedsvæsen, ligger der et økonomisk incitament i at forebygge en borgers sygehusindlæggelse. Hvis en kommune for eksempel kan forebygge en sygehusindlæggelse ved hjælp af et sundhedsmæssigt ligeværdigt kommunalt alternativ, kan kommunen spare 4.476 kr. i betaling til regionen. Dette beløb kan så bruges til at finansiere det kommunale alternativ med.

Alternativet skal imidlertid være mindst 70 % billigere, end hvad en almindelig sygehusindlæggelse koster, fordi kommunen skal betale 30 % af, hvad en indlæggelse koster (den såkaldte DRG-takst), dog maksimalt 4.476 kr. De fleste indlæggelser koster mere end 14.920 kr, som 4.476 kr. udgør 30 % af. En gennemsnitlig indlæggelse er beregnet til at koste 25.914 kr. i 2007, den såkaldte kroneværdi. Kroneværdien er et udtryk for omkostningen ved det landsgennemsnitlige sygehusforløb for en stationær heldøgnspatient (Sundhedsstyrelsen 2007). Derfor skal kommunerne udvikle alternativer, som ligger væsentligt under 30 % af omkostningerne ved en almindelig sygehusindlæggelse. Alene denne observation maner til eftertanke.

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

ordning kun burde omfatte ydelser, som kommunen reelt set har mulighed for at påvirke.

Formuleringerne er senere neddæmpet, for eksempel i kommentarerne til loven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005b). Nu tales der om, at det også skal fremme samarbejde og i almindelighed skabe interesse for sundhedsområdet i kommunerne, blandt andet ved at studere regningerne fra regionen. Spørgsmålet er blot, hvad kommunerne skal forholde sig til. Der tænkes vel næppe på relevansen af en indlæggelse, et besøg i ambulatoriet eller en borgers selvvisiterede konsultation hos en praktiserende læge?

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

Det anføres fra for eksempel Kommunernes Landsforening (2005), at man skal se substitutionstanken i et langsigtet perspektiv – op til 10-15 år. På kort sigt er det ikke sandsynligt, at substitutionseffekten slår igennem – "der skal sås, før der kan høstes". Derfor vil der i de første år ganske givet være tale om en nettoforøgelse af sundhedsudgifterne. Der kan ske en substitution på mellemlangt sigt, ligesom det naturligvis ikke kan afvises, at det sker på langt sigt. Jo længere ude i fremtiden en effekt muligvis indfinder sig, jo lettere bliver betingelserne for ønsketænkning. Udfordringen bliver at sikre, at øget kommunal sundhedsaktivitet fører til substitution, forstået som et mindre forbrug af regionale sundhedsydelser, og at det dokumenteres. Her bliver kommunernes nye forpligtelse til at kvalitetssikre deres sundhedsydelser ved hjælp af forskning selvsagt helt afgørende.

Kjeld Møller Pedersen (2005b) rejser tre vigtige hovedspørgsmål om den aktivitetsbaserede kommunale medfinansiering:

1. Findes der, eller kan der udvikles kommunale alternativer til regionale sundhedsydelser af mindst samme sundhedsmæssige standard? Dette er det sundhedsfaglige spørgsmål om substitution. Det er den logiske forudsætning for, at det er interessant at beskæftige sig med de to følgende spørgsmål.
2. Kan det gøres billigere end på sygehusene og i praksissektoren?
3. I givet fald kan det så gøres til mindre end 30 % af, hvad det koster regionen, og reelt set meget mindre?

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

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

Findes der substitutionsmuligheder? Det er i den videnskabelige litteratur, man finder svar på, om der findes faglige substitutionsmuligheder. Kjeld Møller Pedersen (2005b) angiver, at hovedresultatet af en litteraturgennemgang viser, at der ikke er mange overbevisende eksempler, men at de dog findes. En del af forklaringen er utvivlsomt, at der ikke findes megen forskning på området.

Virker økonomiske incitamenter? Det har været fremhævet i debatten, at betalingsordningerne for færdigbehandlede patienter på sygehusene dokumenterer effektiviteten af økonomiske incitamenter. Det, der her henvises til, er § 12 i Lov om sygehusvæsenet (Sundhedsministeriet 1995). Af omtalte paragraf fremgår det, at et amt af en kommune kan opkræve betaling pr. sengedag for færdigbehandlede patienter, der er indlagt på amtets sygehuse og som har bopæl i den pågældende kommune. Sengedagstaksten er i 2007 fastsat til maksimalt at udgøre 1.650 kr. (Sundhedsstyrelsen 2007).

I forhold til denne argumentation skal man dog holde sig for øje, at det i dette tilfælde ikke drejer sig om at forebygge indlæggelse. Indlæggelsen har allerede fundet sted, og det er alene et spørgsmål om at nedbringe liggetiden for den pågældende indlæggelse. For det andet har indførelsen af en sengedagstakst ikke fjernet problemet med færdigbehandlede patienter på sygehusene totalt. For det tredje kan der, ifølge Kjeld Møller Pedersen (2005b), ikke påvises en markant forskel på resultaterne i de amter, der systematisk har opkrævet en takst for færdigbehandlede patienter, i forhold til de amter, der i stedet har benyttet aftale- og samarbejdsmodeller.

Hertil kommer, at man tilsyneladende ikke har overvejet alternativer til betalingsordningen, for eksempel samarbejdsmodeller kombineret med forpligtende aftaler om økonomi, sådan som der allerede findes mulighed for omkring akutstuer. Inden for disse aftalers rammer findes eksempler på, at det økonomiske incitament for kommunen er større end under forslaget om kommunal medfinansiering. Akutstuerne kan blandt andet tjene som erstatning for nogle af de såkaldte *causa socialis*-indlæggelser på sygehusene.

Som eksempel på et samarbejde omkring etablering af akutstuer kan nævnes Frederiksborg Amts samarbejde med Hillerød, Skævinge og Stenløse kommuner. Der er etableret akutstuer i de tre kommuner. Akutstuerne blev oprettet som følge af lokal efterspørgsel og som en del af amtets sundhedsplan. Akutstuen er fortrinsvis et tilbud til de tre kommuners ældre borgere. Opgaverne på en akutstue varetages af kommunalt personale i samarbejde med sygehuset eller den praktiserende læge. Finansieringen af akutstuerne varetages af Frederiksborg Amt og kommunerne i fællesskab. Amtet står således for 50 % af finansieringen, mens de tre kommuner finansierer de resterende 50 % i hver deres kommune. Det samlede budget for de tre akutstuer udgjorde i 2002 i alt 6,8 millioner kr. (Amtsrådsforeningen 2004c).

Der er ingen tvivl om, at kommunerne i fremtiden vil have et stærkere incitament til at investere i forebyggelse og sundhedsfremme, da det forventes at føre til færre indlæggelser og ambulante behandlinger. Men hvordan vil det påvirke den enkelte kommunes økonomi? Bliver der tale om tab eller gevinst.

Kommuner med høj indlæggelsesfrekvens vil alt andet lige tabe på ordningen, hvilket kan give et gevaldigt økonomisk problem. Hovedproblemet er, at der kan være tale om indlæggelser, som man måske ikke kan påvirke.

De lokale sundhedscentre kan blive dyre for kommunerne, hvis man ikke passer på. Et lokalt sundhedscenter og en stærk lokalpolitisk interesse for øgede lokale sundhedstilbud kan risikere at have en selvstændig opdrivende effekt. Det kan blive svært for et byråd at sige nej til en ny aktivitet, nye sundhedstiltag, som isoleret set er gode hver især, men som samlet set bliver dyre.

Den fremtidige finansieringsmodels påvirkning af økonomien i Region Hovedstaden

Lovgivningen om regionernes finansiering indebærer en ændret byrdefordeling mellem regionerne, hvilket ifølge Region Hovedstaden medfører et underskud for regionen på cirka 4-500 millioner kr. i 2007 (Region Hovedstaden 2006).

Regeringen angiver i en redegørelse om status for kommunalreformen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006b), at reformen af tilskuds- og udligningssystemet indebærer, at bloktilskuddet fremover som hovedregel fordeles efter indbyggertal i stedet for beskatningsgrundlag, og at dette betyder en mere ligelig fordeling af kompensation for meropgaver. Der indføres en ny opgørelse af udgiftsbehovet i lands- og hovedstadsudligningen, som ifølge regeringen indebærer en bedre udligning af forskelle i udgiftsbehov.

Underfinansieringen i Region Hovedstaden skyldes, som tidligere beskrevet, blandt andet, at bloktilskudskriterierne ikke i tilstrækkelig grad afspejler de udgifter, Region Hovedstaden har som følge af en overrepræsentation af patienter med svære psykiatriske lidelser. Andelen af psykisk syge i befolkningen er således, i lighed med andre lande, større i hovedstadsområdet end i resten af

Danmark, hvilket kan illustreres ved, at befolkningen i København og Frederiksberg kommuner, som udgjorde Hovedstadens Sygehusfællesskab, i 2004 stod for 28 % af samtlige sengedage på voksenpsykiatriske afdelinger. Samtidig er tyngden større i hovedstaden, idet der er en overvægt af skizofrene i dette område. 25 % af samtlige personer med en skizofreni eller skizofreni-lignende diagnose blev behandlet i Hovedstadens Sygehusfællesskab, og knap 30 % af samtlige indlæggelser af patienter med retslige foranstaltninger skete i Hovedstadens Sygehusfællesskab. (Amtsrådsforeningen 2005).

Til sammenligning boede der i Hovedstadens Sygehusfællesskabs optageområde knap 600.000 personer, svarende til 10,9 % af landets samlede befolkning (Danmarks Statistik 2007a). Der er således tale om en klar overrepræsentation af psykisk syge i hovedstadsområdet i forhold til resten af Danmark.

En del af det statslige bloktilskud skal som tidligere omtalt fordeles til de nye regioner ud fra socioøkonomiske forhold. Heri indgår et kriterium "gennemsnitlig rejsetid til 18.000 indbyggere ganget med antallet af indbyggere". Dette kriterium indgår med en vægt på 5 %.

Da befolkningstætheden i Region Hovedstaden er markant større end i de øvrige regioner (Danmarks Statistik 2007a og 2007b, Danske Regioner 2006b), medfører dette en negativ indflydelse på Region Hovedstadens andel af det statslige bloktilskud.

Således har Region Hovedstaden en befolkningstæthed på 638 indbyggere pr. km² i forhold til de øvrige fire regioners 112 pr. km², 97 pr. km², 93 pr. km² og 73 pr. km² (Danske Regioner 2006b). Kriteriet vejer som nævnt 5 % af den andel af det statslige bloktilskud, der beregnes på baggrund af de socioøkonomiske forhold. Region Hovedstadens andel af de 5 % udgør kun 15,8 % som følge af den markant højere befolkningstæthed (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006a). Til sammenligning udgør Region Hovedstadens indbyggere 30,1 % af Danmarks befolkning (Danske Regioner 2006b).

Endvidere skyldes det underskud på i omegnen af 500 millioner kr., som Region Hovedstaden fødes med, en omlægning af finansieringen af den hidtidige særlige forskningsforpligtelse i Hovedstadens Sygehusfællesskab. (Region Hovedstaden 2006).

På dette grundlag besluttede direktionen for den kommende Region Hovedstaden i sommeren 2006 at indkalde besparelsesforslag fra hospitalerne, idet vurderingen var, at det ikke ville være muligt at imødegå en ubalance på budgettet på 4-500 millioner kr. uden at gennemføre besparelser på virksomhedsniveau. Endvidere var det vurderingen, at besparelsesforslagene var nødvendige i lyset af den finansieringsmodel, der er besluttet for regionerne, som gør, at der over fem år efter 2007 skal findes yderligere besparelser og effektiviseringer.

For at nedbringe ubalancen er der i budgetforslaget for Region Hovedstaden indarbejdet besparelser på i alt knap 300 millioner kr. Der er indarbejdet besparelser på følgende hovedområder:

- Hospitaler (inkl. psykiatri): 208,7 millioner kr.
- Indkøb: 43,6 millioner kr.
- Administration: 44,1 millioner kr.
- Sygehusapoteket: 2,1 millioner kr.

Besparelsesforslagene fra sygehusene svarer til cirka 1,25 % af de samlede driftsudgifter. Fordelingen af besparelseskra­vet på de 12 hospitaler i regionen er sket ud fra en samlet vurdering, hvori primært indgår virksomhedernes andel af de samlede driftsudgifter og i mindre omfang en vurdering af produktiviteten med udgangspunkt i en gennemført produktiv­hedsundersøgelse for de somatiske afdelinger (Region Hovedstaden 2006).

Produktiviteten er i undersøgelsen opgjort ved den såkaldte omkostningsbrøkmethode, hvor produktiviteten måles som forholdet mellem værdien af sygehusbehandlingerne og ressourceforbruget ved at foretage behandlingerne. At der i ringe grad er taget hensyn til hospitalernes produktivitet ved fordeling af besparelseskra­vet har været genstand for kritik. Undersøgelsen viste, at Amtssygehuset i Gentofte var det mest produktive hospital i regionen med en produktivitet på 1,08, hvor regionsgennemsnittet var 1,00. I bunden lå Bispebjerg Hospital med en produktivitet på 0,91 (Petersen og Arpi 2006).

Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen udtalte i den anledning, at "tallene er så signifikante, at man skal tage politisk pejling af dem. Produktiv­hedsmålinger er styringsværktøj nummer ét. De skal bruges til at kunne sammenligne sygehusene imellem og regionerne imellem" (Petersen og Arpi 2006). Sygehusdirektør Henning Dugaard fra Amtssygehuset i Gentofte var ikke overraskende på linje med ministeren, da han i samme artikel udtalte, at "regionspolitikkerne i jagten på besparelser bør skele til, at Amtssygehuset i Gentofte har vist sig at være det mest produktive".

I december 2006 blev der offentliggjort en rapport om produktiviteten i sygehussektoren (Danske Regioner, H:S, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006). I rapporten har man sammenlignet produktiviteten på 43 ud af de ca. 60 sygehuse i Danmark. Målingerne i denne rapport er udarbejdet efter samme metode, som blev anvendt i Region Hovedstadens produktiv­hedsundersøgelse, nemlig omkostningsbrøkmethode.

Resultaterne for sygehusene i Region Hovedstaden viser samme tendens, som man kom frem til i den gennemførte produktiv­hedsundersøgelse i Region Hovedstaden (Region Hovedstaden 2006). Således fremgår det af rapporten om produktiviteten i sygehussektoren, at Amtssygehuset i Gentofte er det mest produktive hospital i Region Hovedstaden med en produktivitet på 1,04, hvor

landsgennemsnittet er sat til 1,00. I bunden ligger Bispebjerg Hospital med en produktivitet på 0,89.

Region Hovedstaden fødes med et budgetunderskud på ca. 500 millioner kroner i 2007, og der tegner sig endnu større problemer de kommende år. I budgetoverslagsårene 2008-2010 har man således, for at skabe teknisk balance i budgettet, indarbejdet en uspecificeret udgiftsreduktion under udgiftsområdet "Sundhed, fælles" på 468 millioner kroner i 2008, 576 millioner kr. i 2009 og 684 millioner kroner i 2010. Samtidig reduceres anlægsbudgettet på sundhedsområdet med 163 millioner kroner i 2008-2010 i forhold til niveauet i 2007 (Region Hovedstaden 2006).

Med øje for, at sundhedsministeren har en målsætning om, at Danmark skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse kan det umiddelbart være svært at se sammenhængen mellem dette og de besparelser, Region Hovedstaden står over for de kommende år. Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen udtrykte det således i sin tale til førstebehandlingen af budget 2007-2010 (Storm Rasmussen 2006): "Vi har som regionspolitikere en stor opgave i, hver især på rette tid og sted, at overbevise en del andre politikere om, at vi i Danmark er et af de lande i vesten, der bruger færrest penge på sundhedsområdet. Og at det kommer til at kræve store investeringer i årene fremover, hvis vi skal nå ambitionerne om at skabe et sundhedsvæsen i verdensklasse. Vi kan ikke spare os frem til den målsætning, hvis målsætningen skal gælde for alle borgere i regionen".

TAKSTSTYRING/PRAESTATIONSFINANSIERING

Takststyringsmodellen på sygehusområdet frem til 31/12-06

Udviklingen inden for økonomisk styring af det danske sygehusvæsen går i retning mod større anvendelse af takststyring. Dette indebærer i bund og grund, at der fastsættes en pris på de behandlinger, der udføres på sygehusene. Ud fra priserne og det antal behandlinger, et sygehus udfører, beregnes det, hvor mange penge sygehuset skal tildeles.

Takststyringen sker i Danmark i praksis ved, at bevillingerne til de enkelte sygehuse beregnes ud fra principperne i det såkaldte DRG-system (Diagnose Relaterede Grupper) for indlagte patienter og DAGS-system (Dansk Ambulant Grupperingssystem) for ambulant behandlede patienter.

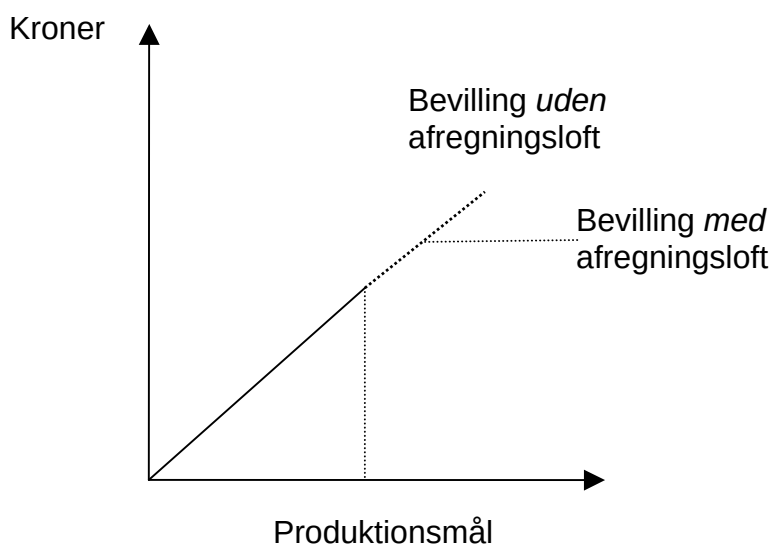
I det danske sygehusvæsen finder takststyring foreløbig sted på tre områder:

- Mellem amt (nu region) og sygehus
- Mellem amter (nu regioner) indbyrdes
- Via en statslig aktivitetsafhængig pulje

Beskrivelse af den hidtidige takststyringsmodel

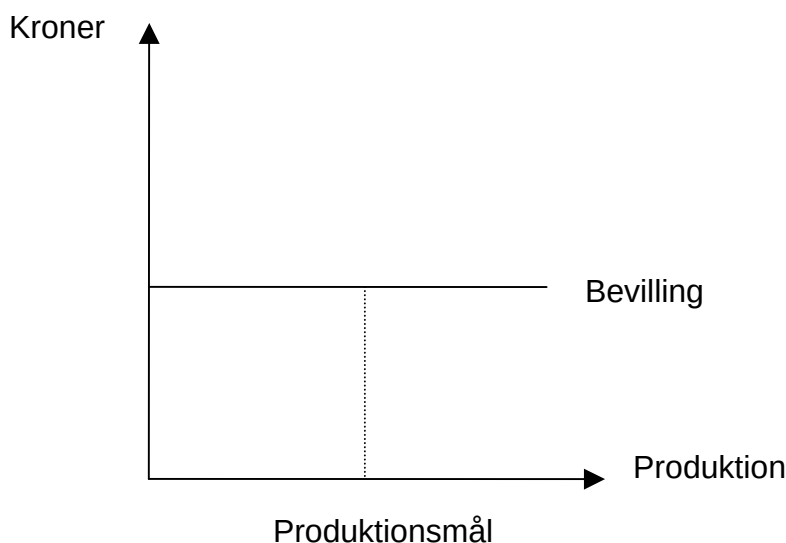
Takstafregningen mellem amt og sygehus har siden 2004 omfattet minimum 20 % af den samlede aktivitet, mens den resterende del af afregningen foregår ved rammebevillinger. Mellem amterne (nu regionerne) er der fuld takstafregning i forbindelse med ventelistepatienters benyttelse af ret til frit sygehusvalg. Der er derfor stærke incitamenter for sygehusene til at tiltrække patienter fra andre amter (nu regioner). Den særlige statslige aktivitetspulje (Løkkeposen) udbetales med 70 % af DRG-taksten.

Takststyring indebærer, at bevillingernes størrelse automatisk tilpasses i forhold til den præsterede aktivitet. Takststyring er således en aktivitetsbaseret finansieringsform, der i sin mest simple form betyder, at sygehusets/sygehusafdelingens samlede indtægter stiger proportionalt med den samlede aktivitet, jævnfør Figur 4.



Figur 4. Takststyring (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, Finansministeriet 2003).

Den automatiske bevillingstilpasning er det, der grundlæggende adskiller takststyring fra mål- og rammestyring, der har været det dominerende styringsprincip i sygehusvæsenet. Under rammestyring er der ikke denne sammenhæng, da sygehusene får en sum penge, der fastsættes på forhånd og derfor ikke påvirkes af, hvor mange patienter der i praksis behandles, hvilket illustreres i Figur 5.



Figur 5. Rammestyring (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, Finansministeriet 2003).

Rammestyring sikrer budgetsikkerhed for sygehuset, fordi manglende indfrielse af eksempelvis produktionsmål ikke umiddelbart fører til reducerede bevillinger. Eventuelle konsekvenser vil først komme til udtryk ved regulering af senere bevillinger. Manglende sammenhæng mellem aktivitet og indtægter betyder desuden, at der ikke er økonomisk incitament til at udvide aktiviteten ud over det på forhånd fastlagte produktionsmål, fordi det ikke umiddelbart øger bevillingerne.

Ved takststyring er sammenhængen mellem produktion og indtægter mere direkte. Øget aktivitet belønnes med større bevillinger samme år, som produktionen finder sted.

Det fremgår af Figur 4, hvordan takstafregning giver incitament til at øge produktionen ud over det fastlagte produktionsmål, antaget at taksten overstiger marginalomkostningerne. Marginalomkostningerne anvendes i den økonomiske teori som et udtryk for omkostningen ved at øge produktionen med en ekstra enhed. I sygehusvæsenet angiver marginalomkostningerne således, hvad det koster at stille en ekstra behandling til rådighed. Hvis taksten omvendt er lavere end marginalomkostningerne, vil sygehuset miste penge på at øge aktiviteten, hvorfor der, ifølge den økonomiske teori, vil ske en reduktion af udbudet.

Det er, hvad den økonomiske teori tilsiger, men i *Takststyring af sygehuse* (Ankjær-Jensen og Rath 2005) skriver forfatterne, at "Taksternes størrelse har mod forventning tilsyneladende ikke betydning for, hvor mange patienter sygehuse behandler. Det er princippet mellem aktivitet og afregning, der er af betydning, og ikke hvor stor afregningen er. Afdelingerne holder heller ikke op med at behandle patienter, når og hvis de støder ind i betalingsloftet. Det er således ikke blot økonomiske, men også lægefaglige hensyn, der har betydning for aktivitetsniveauet". Og heldigvis for det, fristes man til at tilføje.

Ved at kombinere ramme- og takststyring kan der sikres en vis budgetsikkerhed for sygehusene såvel som incitament til øget aktivitet. En sådan model kan udformes ved, at sygehusene tildeles en fast rammebevilling, der ikke afhænger af den realiserede aktivitet. Til denne rammebevilling vil der være knyttet et mål for basisaktiviteten, den såkaldte baseline. Takstafregningen vil træde i kraft, hvis sygehusene tilbyder flere behandlinger end fastlagt i basisaktivitetsmålet. Rammebevillingen sikrer dermed en minimumsbevilling for sygehusene, som er uafhængig af aktiviteten. Også i en model som denne kan der indføres afregningsloft for at bevare muligheden for udgiftsstyring.

Regeringen afsatte første gang på Finansloven for 2002 (Finansministeriet 2001) en statslig aktivitetspulje. Puljen, der var på 1,5 milliarder kr., blev udmøntet til amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab, afhængigt af deres præsterede aktivitet og indebar en takststyring af sygehusene, da de udførende led skulle tilgodeses i forhold til fordelingen af de opnåede puljemidler. Regeringen har i de efterfølgende år ligeledes afsat en statslig aktivitetspulje på Finansloven. Afregningsprocenten er her 70 % af DRG-taksten.

I økonomiaftalerne for 2004 mellem regeringen og amterne samt Københavns og Frederiksberg kommuner blev det endvidere aftalt, at amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab fra 2004 som minimum skulle takstafregne 20 % af deres bevillinger til egne sygehuse (Finansministeriet 2003b). Det betyder, at det enkelte hospitals samlede budget dels består af et fast beløb, der ikke varierer med aktiviteten, og dels af et beløb, der beregnes ud fra den aktivitet, det pågældende sygehus præsterer.

I økonomiaftalerne blev der derudover fastsat en række principper for takststyring som amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab skulle lægge til grund ved udarbejdelsen af deres takststyringsmodeller med henblik på at afveje dem i forhold til understøtning af følgende hensyn: en høj aktivitet og korte ventetider, en høj grad af udgiftskontrol, en høj omkostningsproduktivitet og en høj kvalitet i behandlingen.

De konkrete takststyringsmodeller skulle derfor følge nedenstående principper (Finansministeriet 2003b):

- Somatiske behandlingsområder bør være omfattet.
- Taksterne bør fastlægges diskretionært med udgangspunkt i en konkret vurdering af de underliggende omkostningsstrukturer og overordnede prioriteringer i forhold til aktiviteten med videre (Diskretionære takster er ensbetydende med, at amtet differentierer taksterne til de enkelte sygehuse som følge af forskellige omkostningsstrukturer på sygehusene).
- Taksten bør som minimum dække de direkte patientrelaterede omkostninger (for eksempel implantater, medicin, utensilier).

- Modellerne skal være gennemskuelige, robuste og fair, for eksempel i form af synlige konsekvenser for sygehuse, hvis produktivitet eller aktivitet afviger fra de fastlagte krav.
- Mellemamtslig betaling afregnes mellem de enkelte amter, således at afregningen til de enkelte sygehuse er uafhængig af patienternes bopæl.
- Takststyring skal understøttes af øgede frihedsgrader til sygehus- og afdelingsledelsen.
- Sygehusene bør i hensigtsmæssigt omfang føre "takstmidlerne" og incitamenterne ud på de udførende afdelinger for at understøtte en effektiv arbejdstilrettelæggelse.

Amterne og Hovedstadens sygehusfællesskab har typisk indbygget ét eller flere af følgende elementer i deres konkrete takststyringsmodel:

- Afregningslofter, der medfører at takstafregningen til sygehusene ikke må overskride et vist niveau.
- Variable afregningstakster, der medfører, at taksten reduceres ved produktion ud over et eller flere bestemte produktionsniveauer (såkaldte knæktakster).
- Grundbevillinger, der medfører, at sygehusene tildeles en rammebevilling, der skal finansiere en del af den samlede produktion, således at der kun sker takstafregning ud over et nærmere fastsat produktionsmål. Grundbevillinger finansierer endvidere typisk ikke-aktivitetsafhængige opgaver på sygehusene.

Analyse af den hidtidige takststyringsmodel

Rapporten *Evaluering af takststyring på sygehusområdet* udkom i 2005 (Hovedstadens Sygehusfællesskab, Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005). Evalueringen viste, at indførelsen af takststyring har bidraget til øget aktivitet og faldende ventetider. Takststyring har derudover medvirket til at skabe større fokus på omkostningsproduktivitet i sygehusvæsenet. Endelig har indførelsen af den aktivitetsafhængige finansiering ikke medført en ændret behandlingssammensætning på sygehusene.

På Institut for Sundhedsvæsen er man ikke enige i den udlægning. I *Takststyring af sygehuse* (Ankjær-Jensen og Rath 2005) skriver man således, at "aktiviteten er på landsplan steget med 3,5 % i takststyringens første år, men denne stigning afviger ikke fra aktivitetsstigninger i tidligere år, bortset fra det år, hvor regeringens meraktivetsspulje blev indført. Så takststyring har næppe medført nogen nævneværdig forøgelse i sygehusets aktivitet".

Fra Det Kommunale Kartel (Nielsen 2005) peger man på, at den aktivitetsstigning, som sygehusene har opnået, synes at være sket som følge af de øgede midler, der er fulgt med takstafregning. Det er således ikke takstafregningen i sig selv, der har skabt den øgede aktivitet, men snarere de ekstra bevillinger,

som sygehusene er blevet garanteret og har fået udbetalt i forbindelse med meraktivitet. Da der ikke er tegn på øget produktivitet som følge af takstafregning, er der meget der tyder på, at rammebevillinger suppleret af aktivitetsmål er mindst lige så velegnet til at påvirke ventelisterne gennem øget aktivitet.

Alle amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab opfyldte i 2004 kravet om, at minimum 20 % af egne bevillinger til sygehusene skal takstafregnes. I evalueringsrapporten (Hovedstadens Sygehusfællesskab, Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005), er amternes og Hovedstadens Sygehusfællesskabs takststyringsandele opgjort. Opgørelsen viser, at der er stor forskel på, hvor stor en andel af bevillingerne, de enkelte amter principielt har takstafregnet, jævnfør Bilag 6.

Den store forskel på størrelsen af den andel af bevillingerne, de enkelte amter takstafregner, kan blandt andet henføres til de valgte takststyringsmodeller og dermed størrelsen af den grundbevilling, sygehusene tildeles. Takstandelen siger dog, ifølge (Hovedstadens Sygehusfællesskab, Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005) ikke i sig selv noget om, hvor stor en tilskyndelse til henholdsvis øget aktivitet og forbedret omkostningsproduktivitet, der er indbygget i modellen. Dette synspunkt deles ikke af Det Kommunale Kartel (Nielsen 2005), der angiver, at valget af afregningsprocent spiller en vigtig rolle, da den er afgørende for tilskyndelsen til at opnå meraktivitet og søge produktionsforbedringer.

For at forberede sig på en fremtid, hvor man i stigende grad går fra rammebevillinger til aktivitetsbaserede bevillinger, valgte man på Amtssygehuset i Gentofte i forbindelse med regnskabet for 2004 at gennemføre en beregning af årsresultatet for hver afdeling baseret på takststyringsmodellen for 2005 i Københavns Amt. En sammenligning af kroneregnskabet og aktivitetsregnskabet viste, at der ikke var nogen entydig sammenhæng mellem merforbrug og meraktivitet (Termansen og Pilegaard 2005).

En fordeling af DRG-afvigelsen i forhold til fordelingsregnskabet betød at flere afdelinger kom i den situation, at man havde overholdt eget budget, både på krone- og aktivitetssiden, men alligevel endte med et stort negativt DRG-resultat, fordi andre afdelingers mindreaktivitet blev fordelt ud på de tværgående afdelinger. Denne konsekvens har været meget svær for afdelingsledelserne at acceptere, da de syntes, at de selv har styr på deres egen aktivitet og økonomi.

Beregningerne viste meget store udsving mellem afdelingerne, hvorfor sygehusdirektionen valgte ikke at udmønte resultaterne af takststyringsordningen. At pålægge en afdeling at starte året med et overført underskud på for eksempel fire millioner kroner, vil være det samme som at lukke afdelingen. Samtidig skal man være opmærksom på, at afdelingerne er tæt forbundet omkring patientforløbene. Så hvis man for eksempel måtte lukke thoraxkirurgisk afdeling, måtte man samtidig lukke lungemedicinsk afdeling, da lungeoperationerne foregår på

thoraxkirurgisk afdeling. Kardiologisk afdeling måtte også lukkes, da deres patientforløb er tæt knyttet sammen med thoraxkirurgien. På den måde ville man bid for bid kunne lukke virksomheden.

Den fremtidige takststyringsmodel på sygehusområdet

Beskrivelse af den fremtidige takststyringsmodel

I 2007 vil der være 584 DRG-takster, som er takster for behandling af indlagte somatiske patienter. Der vil være 125 DAGS-takster, som er takster for behandling af ambulante patienter. Samtidig har kommunalreformen flyttet en del af ansvaret og derfor en del af finansieringen af genoptræning til kommunerne. Derfor er der som noget nyt fra 2007 lavet otte takster for genoptræning (Sundhedsstyrelsen 2007).

DRG-systemet er det danske case-mixsystem, der indeholder DRG, DAGS og genoptræningstakster. DRG-systemet fordeler alle omkostningerne i sundhedsvæsenet, så selvom en behandling ikke direkte knyttes til en takst, er omkostningen indeholdt i taksterne. Genoptræning er først fra 2007 blevet udskilt fra DRG- og DAGS-taksterne. Det vil sige, at selvom der før blev lavet en genoptræningsydelse, udløste den ikke en takst i sig selv, da den var indeholdt i de andre takster.

Af Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2007 (Regeringen og Danske Regioner 2006) fremgår det, at regeringen og Danske Regioner er enige om, at de eksisterende økonomiaftaler frem til 2006 vedrørende takststyring udgør et godt grundlag, der bør lægges til grund ved udviklingen af regionernes takststyringsmodeller.

Ud over aftaler vedrørende udviklingen af amternes takststyringsmodeller har regeringen og de amtslige parter i de seneste års økonomiaftaler ligeledes aftalt, det er nødvendigt at udarbejde marginale takster og videreudvikle det eksisterende styringsgrundlag for hermed at sikre en effektiv takststyring.

I økonomiaftalen for 2003 (Finansministeriet 2002) blev det understreget, at der skal ske en forbedring af aktualiteten og kvaliteten af aktivitetsregistreringen, og at udviklingen af DRG-systemet skal tillægges høj prioritet. Dette blev fulgt op i økonomiaftalen for 2004 (Finansministeriet 2003b), der fastslog, at tidstro, ensartede og konsistente registreringer samt en videreudvikling af DRG-systemet er en vigtig forudsætning for fastsættelsen af marginale takster og takststyringen af sygehusene.

I økonomiaftalen for 2005 (Finansministeriet 2004) aftalte regeringen og de amtslige parter, at det fortsat skal prioriteres at udvikle de redskaber, der skal understøtte takststyringen, herunder sikre en præcis registrering og dokumentation af omkostninger og aktivitet samt udvikle marginale takster.

I økonomaftalen for 2006 (Finansministeriet 2005) blev det endelig tilkendegivet, at regeringen og de amtslige parter er enige om at videreudvikle takststyring som styringsredskab i sygehusvæsenet og udvikle marginale takster.

For at sikre en effektiv takststyring og et forbedret grundlag for produktivitetsmålninger, samt for at kunne sammenligne sygehusenes omkostninger, er regeringen og Danske Regioner endvidere enige om, at registreringen og fordelingen af omkostningerne på sygehusene skal være relevante, ensartede og retvisende (Regeringen og Danske Regioner 2006). Der skal blandt andet i den forbindelse ydes en indsats for at forbedre og ensrette anvendelsen af eksisterende og kommende registreringer til Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Oplysninger fra regionerne til omkostningsdatabase skal i videst muligt omfang understøtte de oplysninger og analysemuligheder, der opbygges og allerede anvendes lokalt i økonomistyringen.

Der er enighed mellem regeringen og Danske Regioner om, at den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter bør opfylde målet om 50 % i 2007.

Analyse af den fremtidige takststyringsmodel

Formålet med en stigende anvendelse af aktivitetsafhængige bevillinger i sygehusvæsenet er, at der skabes mest mulig aktivitet for færrest mulige ressourcer inden for den givne udgiftspolitiske ramme. En øget takststyring af sygehusene skal således medvirke til at fremme en større aktivitet og en øget omkostningsproduktivitet på sygehusområdet. Ved indførelsen af øget takststyring bør det dog samtidig sikres, at der fortsat opretholdes en effektiv udgiftskontrol og en hensigtsmæssig lægefaglig prioritering og behandlingskvalitet i sygehusvæsenet.

Den øgede takststyring i form af, at den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter bør opfylde målet om 50 % i 2007 skal ske i forlængelse af de aftaler der i de seneste års økonomaftaler er indgået mellem regeringen og amterne vedrørende de eksisterende takststyringsmodeller og det underliggende styringsgrundlag.

Samtlige amter takstafregnede før regionsdannelsen minimum 20 % af deres bevillinger til egne sygehuse. En række amter levede på forhånd op til regeringens målsætning om at hæve takstandelen til 50 %. Seks amter udmøntede således over 50 % af deres bevillinger aktivitetsafhængigt, mens tre amter var tæt på at opfylde målsætningen om en takstandel på 50 % (Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006).

Region Syddanmark kunne på forhånd opfylde målsætningen om en takstandel på 50 %, mens tre af de øvrige regioner er relativt tæt på med beregnede takststyringsandele på 42-47 %, jævnfør Bilag 7.

Den stigende aktivitetsafhængige finansiering udgør en væsentlig styringsmæssig udfordring. Udformet på den rigtige måde kan takststyring bidrage til forbedret omkostningsproduktivitet og dermed højere aktivitet inden for en uændret budgetramme. Det er i den forbindelse centralt, at marginaltaksterne udvikles.

En større takstandel er således ikke i sig selv tilstrækkelig til at realisere takststyringens fulde potentiale. For at sikre effektive incitamenter til at udvide aktiviteten og forbedre omkostningsproduktiviteten inden for den overordnede økonomiske ramme, er det derimod helt centralt, at de nuværende takststyringsmodeller samtidig udvikles på en række områder.

Der har været forbavsende lidt debat om den procentdel af sygehusenes samlede ramme, der skal takstfinansieres. Således angiver Kjeld Møller Pedersen med flere, at der hverken er teoretisk eller empirisk belæg for valget af 50 % takstfinansiering. Det er måske i mindre grad procentdelen, der er det centrale. En del taler for, at de supplerende incitamenter spiller en helt central rolle, og der savnes viden om samspillet mellem på den ene side en blandingsmodel med høj eller lav procentdel takstafregning og supplerende incitamenter på den anden side (Møller Pedersen et al. 2006).

Der findes en lang række incitamenter, der er virksomme uanset hvilken afregningsordning, der anvendes. Disse kaldes supplerende incitamenter og kan for eksempel være:

- Regler om overførsel af over-/underskud fra et budgetår til et andet.
- Dispositionsregler i det hele taget, det vil sige hvor frit kan en hospitals- eller afdelingsledelse disponere over et overskud, overførsel mellem konti og dispositioner i øvrigt uden politisk eller forvaltningsmæssig godkendelse.
- Resultatløn og bonusordninger.
- Faglig stolthed, normer og etik.

Incitamenterne kan være af kollektiv eller individuel-orienteret art. Afregningsordninger har sjældent incitamenter i sig selv, men har eksistensen af supplerende incitamenter som forudsætning for at kunne slå igennem, og måske betyder de mere end selve afregningsordningen, angives det i *Incitamentstyring i sygehusvæsenet* (Møller Pedersen et al. 2006).

Fordele og ulemper ved takststyring

Det er i den tidligere nævnte rapport (Hovedstadens Sygehusfællesskab, Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005) påpeget, at takststyring kan skabe en større budgetusikkerhed for amterne, ligesom incitamenterne i amternes takststyringsmodeller fortsat kan udbygges. Man opstillede derfor nedenstående seks anbefalinger til videreudviklingen af takststyring på sygehusområdet:

- Der bør skabes mere effektive økonomiske incitamenter.
- Der bør skabes bedre kendskab til omkostningsstrukturer og marginale takster.
- De produktive og effektive enheder bør identificeres og belønnes.
- Der bør indbygges et større element af konkurrence i takststyringsmodellerne.
- De eksisterende ledelsesinformationssystemer bør udbygges.
- Taksterne bør forbedres og videreudvikles.

Det anbefales, at henholdsvis de faste omkostninger og variable omkostninger synliggøres i de fremtidige takststyringsmodeller, så der kan ske en mere hensigtsmæssig allokering af midler (Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006). De faste omkostninger bør finansieres via en grundbevilling, mens de omkostninger, der varierer direkte med aktiviteten, skal finansieres via marginale takster, der i højere grad afspejler de faktiske omkostninger ved et givent produktionsniveau.

Indførelse af takststyring har haft en række u hensigtsmæssige konsekvenser. Problemerne med takstsystemet opstår, når man bruger takster som afregningsmiddel, og ikke blot som middel til at kortlægge omkostningsstrukturer. Ved at anvende takster som afregningsmiddel gives der økonomisk tilskyndelse til at øge aktiviteten og effektiviteten. Det nytter dog, ifølge Det Kommunale Kartel (Nielsen 2005), ikke meget for afdelinger med overvejende akutte indlæggelser, hvis fraværet af eksempelvis influenzaepidemier gør, at langt færre end normalt har behov for behandling, hvormed aktiviteten falder. Samtidig anføres det at takstafregning åbner mulighed for kreative registreringer, ligesom prioriteringerne forvrides, da sygehusene under takstafregning delvist vil prioritere efter økonomiske interesser.

Det Kommunale Kartel påpeger samtidig, at man med takststyring øger det i forvejen store effektiviseringspres på sundhedsvæsenet, fordi sygehusene skal presse omkostningerne et stykke ned under taksten (der beregnes ud fra gennemsnitsomkostningerne på landsplan) for at tjene penge. Forsøg på at mindske omkostningerne kan frygtes at ske gennem personalenedskæringer (Nielsen 2005).

Den stigende overgang fra rammestyring til takststyring forventes at øge sygehusenes produktivitet, fordi den økonomiske teori forudser, at sygehusene vil sætte fokus på at minimere omkostningerne pr. produceret sygehusydelse. Det forventes således, at der vil blive sat fokus på bedre arbejdstilrettelæggelse og udnyttelse af eventuel ledig kapacitet. Øget effektivitet vil alt andet lige øge antallet af behandlinger. Det ligger godt i tråd med det politiske fokus, der er på at øge aktiviteten, da dette skal nedbringe ventelisterne.

I forhold til under rammefinansiering vil sygehusene i teorien føle større ansvar for at indfri aktivitetsmål og producere så effektivt som muligt. Dette skyldes, at konsekvenserne ved manglende overholdelse af produktionsmål rammer mere

direkte under takstafregning i form af lavere bevillinger, ligesom relativ ineffektivitet kan medføre høje marginalomkostninger, som ikke dækkes af taksterne.

Takstfinansiering kan desuden give konkurrencelignende forhold mellem sygehusene. Dels fordi sammenhængen mellem præsteret aktivitet og bevillinger tydeliggøres, dels fordi DRG-taksterne, som tidligere nævnt, fastsættes ud fra de gennemsnitlige omkostninger på landsplan, hvorfor det enkelte sygehus vil forsøge at nedbringe (marginal-) omkostningerne, så indtjeningen bliver størst mulig. Jo lavere marginalomkostninger i forhold til DRG-taksten på en given behandling, desto større indtjening. Konkurrencepresset formodes at øge sygehusenes effektivitet og aktivitet, hvilket skal nedbringe ventelisterne.

Forsøg på at reducere omkostningerne kan i teorien frygtes at ske gennem et fald i behandlingsindsatsen over for patienterne. Det kan frygtes at komme til udtryk i eksempelvis kortere indlæggelsestid, hvor patienter udskrives for tidligt. Der er dog ikke entydige beviser for, at lavere kvalitet sænker omkostningerne.

For de nye regioner er der en risiko for, at udgifterne stiger voldsomt, hvis takstafregning fører til markant øget produktion. Dette afhænger blandt andet af taksternes størrelse, sygehusenes omkostningsstruktur samt eksistensen af et afregningsloft. Styringen kan kun bevares, hvis der er indbygget afregningslofter i takstmodellerne, da efterspørgslen efter sygehusydelser i praksis nærmest er umættelig. Afregningslofter fjerner dog samtidig incitamentet til at øge produktionen. Således vil der indtil afregningsloftet nås ske en belønning for meraktivitet, men herefter sættes der en stopper for bevillingerne. Der vil altså kun være tilskyndelse til at øge produktionen et niveau, der har en værdi svarende til afregningsloftets størrelse.

For at takststyringen skal kunne resultere i konkurrencelignende forhold mellem sygehusene, kræver det, at udmøntningen af regionens andel af takststyringspuljen ikke blot fordeles med en andel til hvert hospital, sådan som det for eksempel foregik i det tidligere Københavns Amt, hvor amtets tre sygehuse på forhånd vidste, hvor stor en andel af puljen man maksimalt kunne opnå. Der bør i stedet arbejdes med metoder til "lofthandel" med henblik på at skabe mekanismer og incitamenter til at uudnyttede lofter flyttes til hospitaler, der bedst kan udnytte dem. Med en statslig aktivitetspulje, der udgør op til 5 % af regionernes indtægt, bliver dette endnu vigtigere end tidligere.

Der er problemer forbundet med at beregne landsdækkende takster på basis af sygehusenes historiske gennemsnitsomkostninger på landsplan. Dermed medregnes tidligere ineffektivitet i takstniveauet, og der tages ikke højde for, at sygehuse har individuelle omkostningsstrukturer. Forskelle i omkostningsstruktur implicerer, at der mellem sygehusene vil være forskel på, om DRG-taksten overstiger marginalomkostningerne ved en given behandling, det vil sige om der er positivt dækningsbidrag. Nogle sygehuse vil således opnå et stort positivt dækningsbidrag for en behandling, som andre sygehuse modtager lavere eller ligefremt negativt dækningsbidrag for at udføre. I forbindelse med målsætning-

gen om, at den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter bør opfylde 50 % i 2007, mod tidligere 20 %, får denne problemstilling større vægt.

Takststyring giver mulighed for at opprioritere visse behandlinger frem for andre. Dette kan være ønskeligt, hvis der er lange ventelister på bestemte områder, eller hvis der fra politisk side er behandlingsområder, der generelt ønskes større fokus på. Det kan i praksis ske ved at omkostningsvægtene inden for de relevante behandlingsområder reguleres opad, så de tilknyttede takster bliver større. Dermed øges indtjeningen pr. behandling alt andet lige, og sygehusene tilskyndes dermed økonomisk til at øge antallet af behandlinger på de pågældende områder (Nielsen 2005).

Udvidet frit sygehusvalg

I Danmark har borgernes frie og lige adgang til behandling på sygehuse været centrale og selvfølgelige værdier som grundlag for valg af organisationsform og finansiering af sygehusvæsenet. Indtil 1992 havde borgerne imidlertid ikke lovmæssig ret til selv at bestemme, hvilket sygehus de ville henvises til. Amterne havde dog til dels forinden indført det frie sygehusvalg frivilligt.

Patienter i hovedstadsområdet har siden oprettelsen af Hovedstadens Sygehusfællesskab (1/1-95) kunnet modtage behandling fra to sygehusvæsen, henholdsvis i Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns Amt, da disse har været integreret i en vis udstrækning. I samarbejdsaftalen mellem Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns Amt blev der blandt andet taget højde for borgernes bopæl i forhold til nærmeste sygehus. Hvidovre Hospital, som hørte til Hovedstadens Sygehusfællesskab, lå således i Københavns Amt og havde blandt andet Hvidovre Kommune, som var en del af Københavns Amt, som optageområde. Amager Hospital er blevet drevet som et driftsfællesskab mellem Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns Amt.

Hvis offentlige sygehuse har mere end to måneders ventetid til behandlinger, kan borgerne gøre brug af det *udvidede frie sygehusvalg* og dermed vælge at modtage behandling på et privat eller udenlandsk hospital på regionens regning. Det er i forbindelse med strukturreformen planlagt at nedsætte borgernes maksimale ventetid til behandlinger på offentlige sygehuse fra de nuværende to måneder til én måned i 2007.

Den nuværende lovgivning om udvidet frit sygehusvalg er fastlagt i Sundhedslovens kapitel 20 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005a). Heraf fremgår:

§ 87 En person, som er henvist til sygehusbehandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker med videre, som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 4, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Stk. 2. I opgørelsen af tidsfristen efter stk. 1 medregnes ikke perioder, hvor personen gennemgår et forundersøgellesforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

I Regeringens debatoplæg om kvalitetsreform (Regeringen 2006) skriver man, at "Regionerne skal forbedre det udvidede frie sygehusvalg, så patienter, der har udsigt til en ventetid på offentlig sygehusbehandling på mere end én måned, får adgang til at vælge et privat sygehus, som regionerne har indgået aftale med. I dag sker det først efter to måneder. Udvidelsen skal træde i kraft 1. oktober 2007".

Indførelsen af frit sygehusvalg i 1993 (Sundhedsstyrelsen 2004) har betydet, at amternes indtægter og udgifter til sygehusvæsenet er blevet gjort afhængige af patientvandringer hen over amtsgrænser, idet patienternes bopælsamt skal kompensere det behandlende amt for den ydelse, det producerer.

Det frie og det udvidede frie sygehusvalg er blandt andet indført som middel til at udnytte eventuelle marginale overkapaciteter på sygehusene, da patienter herved har mulighed for at blive behandlet det sted, hvor ventetiden er kortest uanset patientens amtslige tilhørsforhold (Sundhedsstyrelsen 2004). Ventetid er således blevet tolket som et udtryk for en underkapacitet. Når der fra sygehus til sygehus kan være forskel på ventetiden for samme diagnose, kan forklaringen være forskellig kapacitet, forskel i den faglige prioritering og forskel på indikationer for henvisning.

Samtidig har Regeringen en vision om, at det udvidede frie valg også skal omfatte de situationer, hvor sygehuset aflyser operationen. I debatoplægget (Regeringen 2006) hedder det: "Patienter, der får aflyst en operation på et offentligt sygehus, skal kunne vælge at få foretaget behandlingen på et privat sygehus, som regionerne har indgået aftale med".

Den nuværende model for det udvidede frie sygehusvalg indebærer, at den pris det offentlige skal betale, når patienterne vælger de private tilbud, stort set svarer til DRG-taksterne, som er udtryk for de gennemsnitlige produktionsomkostninger i det offentlige sygehusvæsen. Ud fra en skatteborgers synspunkt er det ikke en fornuftig forretning. Hver gang en borger vælger at benytte det udvidede frie valg, påføres den region, den pågældende hører hjemme i, en ekstra udgift. Denne merudgift skal afholdes af skatteborgerne i regionen. Det skyldes at de samme behandlinger, hvis der havde været mulighed for at udføre dem på offentlige sygehuse, kun ville kræve en marginal udvidelse af kapaciteten, og at de derfor kunne produceres betydeligt lavere. Det er den samme begrundelse for, at det med den statslige aktivitetspulje er muligt at øge aktiviteten, selv om der kun afregnes med 70 % af DRG-taksten. Regeringen har således selv anerkendt, at de marginale udgifter i det offentlige er lavere end gennemsnitsudgifterne, anføres det af Danske Regioner (Danske Regioner, H:S, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006).

Hertil kommer, at de behandlinger, de private vælger at udføre, vil tendere mod at være de "letteste" inden for de forskellige DRG-grupper. Det kaldes *cream skimming* og findes i større eller mindre grad i alle DRG-baserede systemer. Det udgør en yderligere risiko for, at de private sygehuse og klinikker overkompenseres i aftalerne. På trods heraf er der med visse privatsygehuse forhandlet priser hjem, der ligger over DRG-taksterne.

Samtidig er der spørgsmålet om kvaliteten. De private sygehuse har fået lov til at tilbyde nogle lands-/landsdelsbehandlinger (højt specialiserede behandlinger), som kun få offentlige sygehuse har lov til at tilbyde. Sundhedsstyrelsen skal ikke godkende, hvilke behandlinger de private sygehuse tilbyder, og regionerne kan ikke nægte at betale (Termansen 2007).

Der er i dag begrænset viden om, hvad det koster skatteborgerne at have indført det udvidede frie sygehusvalg. På den ene side har det udvidet behandlingskapaciteten og sat mere fokus på produktivitet i det offentlige. På den anden side indebærer det udvidede frie sygehusvalg på flere områder overkompensation af private aktører og eksempler på uhensigtsmæssig kapacitets- og ressourceudnyttelse. Med den planlagte nedsættelse af borgernes maksimale ventetid til behandlinger på offentlige sygehuse fra de nuværende to måneder til én måned i 2007 er der risiko for, at disse effekter forstærkes. Samtidig er styringspotentialet mindsket, da der ikke længere kan styres med ventelister.

Danske Regioner anfører i et debatoplæg om valgmuligheder i sundhedsvæsenet (Danske Regioner 2006a), at man mener, at en behandlingsgaranti på én måned kan være et udmærket servicemål for nogle patienter, men at den ikke er fagligt velbegrundet, og at den kan være uhensigtsmæssig for andre patienter. Det udvidede frie sygehusvalg er målrettet de patienter, der ikke er akut syge. Rent lægefagligt er der derfor sjældent begrundelse for behandling inden for to måneder, der i dag er fristen for udvidet frit valg, anfører Danske Regioner. Det vil i endnu sjældnere tilfælde være tilfældet efter én måned, som regeringen har lagt op til skal være behandlingsfristen fra 1. oktober 2007.

Der kan naturligvis være andre hensyn end de rent lægefaglige, som har betydning for den enkelte, og som kan begrunde en hurtig behandling. Det kan være smerter, nedsat mobilitet eller sygemelding fra arbejde. Men en meget hurtig behandling kan i flere tilfælde være uhensigtsmæssig. For eksempel er det fagligt dokumenteret, at rygere, der holder op med at ryge seks til otte uger inden en knæ- eller hofteoperation, har en betydelig nedsat risiko for komplikationer. Det kan også handle om, at patienten skal tabe sig, oparbejde muskelkraft gennem træning og motion, eller på anden måde forberede sig på behandlingen.

Danske Regioner (2006a) anfører, at når fristen nedsættes til en måned, vil det i flere tilfælde ikke være muligt at foretage forundersøgelser af patienten på det offentlige sygehus før henvisning. Det må derfor overlades til privathospitalet selv at fastlægge behandlingen. Det kan betyde, at vurderingen af behovet for

behandling, og af hvilken behandling, der er den rigtige, vil ændre sig. Resultatet kan være usikkerhed for patienten, og at patienten får forskellig rådgivning i offentlige og private tilbud. En sådan indirekte ventetidsgaranti på én måned får dermed karakter af at være et servicemål, frem for at være en garanti for behandling af høj faglig kvalitet.

Danske Regioner (2006a) mener derfor, at de behandlinger, som vedrører det udvidede frie sygehusvalg, så vidt muligt skal sendes i rammeudbud, hvor både offentlige og private sygehuse skal kunne byde på lige vilkår. Dermed sikres en mere retvisende pris, og at der sker en reel afprøvning af forskellene mellem offentlige og private leverandører. Således har man opstillet et forslag til en model for rammeudbud inden for det udvidede frie valg, som er gengivet i nedenstående tekstboks.

Model for rammeudbud inden for det udvidede frie sygehusvalg

- 1. De behandlinger, der foretages hyppigst under det udvidede frie sygehusvalg, skal i udbud. Det drejer sig om cirka 30 typer af behandlinger, hvor den samlede aktivitet beløber sig til over 200 millioner kr. hvert år. Både offentlige og private sygehuse skal kunne byde på lige vilkår. Ved at indføre en udbudsmodel, der medfører en reel konkurrence, kan disse penge bruges på endnu flere behandlinger og til en bedre kvalitet.*
- 2. Ved at gennemføre udbud hvert tredje år på de mest hyppige behandlinger, sikres det, at markedet afprøves. Der skal fremsættes kvalitetskrav til de behandlinger, der skal foretages. Der skal i udbudsrunden tages hensyn til en geografisk spredning, så det frie valg er sikret. Udbudsmodellen sikrer, at patienterne får en god og ensartet behandlingskvalitet, uanset hvor de bliver behandlet.*
- 3. Udbudsmodellen kræver en lovændring, så regionerne ikke skal indgå aftale med alle de private udbydere, der ønsker det. Danske Regioner skal ved udbud kun indgå aftale med de udbydere, der tilbyder den bedste kvalitet til den bedste pris.*

(Danske Regioner 2006a)

I forbindelse med udvidet frit sygehusvalg peges der på en anden problemstilling (Lassen og Kjellberg 2004): Et kritikpunkt i forhold til brugen af New Public Management-redskaber i den offentlige sektor handler om velfærdsmodellen. I forbindelse med offentlige kerneydelser som sundhedsvæsenet, kan der være en vis risiko for, at de fælles/offentlige værdier, der historisk ligger til grund for den danske velfærdsmodel, bliver trængt i baggrunden. Det angives, at denne problemstilling især er aktuel i forbindelse med udvidet frit sygehusvalg.

Problemstillingen vil uden tvivl blive forstærket med den planlagte nedsættelse af behandlingsfristen fra to til en måned pr. 1/10-07. På længere sigt må det forventes at stimulere markedet for private sundhedsydelser i form af flere/-større private hospitaler og klinikker, hvilket personale- og ressourcemæssigt kan have en underminerende effekt i forhold til den integrerede model med offentligt ejerskab og drift af sygehusvæsenet.

Formanden for Danske Regioner, Bent Hansen, foreslår, at man differentierer ventetidsgarantien. "Danmark bliver nødt til at gøre op med princippet om, at alle patienter har ret til behandling lige hurtigt. Vi kan ikke leve op til en behandlingsgaranti på en måned", siger han (Sayers 2007). Han foreslår, at patienter med livstruende sygdomme som kræft og aids i udbrud skal behandles omgående, mens folk med dårligt knæ, grå stær eller åreknuder godt kan vente i tre måneder.

I nordisk perspektiv kan man skele til Norge, der allerede har en behandlingsgaranti, som forskelsbehandler patienterne alt efter hvad de fejler. Det skal sikre, at der er kapacitet til at behandle livstruende sygdomme hurtigt.

Samtidig kan en nedsættelse af behandlingsgarantien fra to til en måned resultere i en skævvridning, idet fokus i endnu højere grad end nu må formodes at blive rettet mod de kirurgiske behandlinger, der er dækket af behandlingsgarantien, med risiko for at de, hovedsageligt ældre, medicinske patienter i større eller mindre grad bliver tilsidesat.

DISKUSSION

Vurdering af strukturreformen

Hvis man skal forstå en stor del af det, der i øjeblikket foregår i sundhedsvæsenet, skal man forstå noget om centralisering og decentralisering og kampen mellem de to modgående tendenser.

Centraliseringen giver sig blandt andet udslag på økonomiområdet, øgede beføjelser til Sundhedsstyrelsen, for eksempel i forhold til specialeplanlægning, nationale planer for elektronisk patientjournal og kvalitet. Således fremgår det af § 208 i Sundhedsloven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005a) at Sundhedsstyrelsen får hjemmel til at fastlægge krav til lands- og landsdelsfunktionerne, dels til at godkende deres placering på bestemte sygehuse, dels til at tilbagetrække godkendelser, såfremt de fastsatte krav ikke er opfyldt trods pålæg herom. Regionsrådene skal årligt rapportere til Sundhedsstyrelsen om status for lands- og landsdelsfunktionernes opfyldelse af de fastsatte krav, ligesom Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at vurdere, om de fastlagte krav er opfyldt. Sundhedsstyrelsen får endvidere beføjelser til at fastlægge regler om visitation af patienter til behandling på lands- og landsdelsafdelinger. Endvidere kan Sundhedsstyrelsen fastsætte regler om, at visse behandlingsformer samles

på et eller flere sygehuse, hvor kvalitets- eller ressourcemæssige hensyn taler herfor.

Endelig kan Sundhedsstyrelsen stille krav om, at de specialiserede enheder skal bidrage til kvalitetsudviklingen, samt at varetagelsen af lands- og landsdelsfunktionerne er organiseret, så der bliver tale om en effektiv ressourceudnyttelse (Kjeldsen 2005).

Kjeld Møller Pedersen anfører, at reformen på sundhedsområdet har indskrænket den lokale selvbestemmelsesret kraftigt. "Men før man jamrer for højt om dette og utilsigtet romantiserer amtstiden, bør man spørge om mulige forklaringer, og om regionerne og Danske Regioner kunne lære heraf" (Møller Pedersen 2006). Fremtidens udfordring for Danske Regioner bliver, ifølge Møller Pedersen, at finde frem til fælles og forpligtende fodslag. Hvis ikke, bliver man rendt over ende af kombinationen af Regering, Folketing og Sundhedsstyrelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeren blev i en avis i februar 2007 citeret for følgende udtalelse (Schmidt og Drachmann 2007a): "Det går ikke at drive det danske sundhedsvæsen splittet på 15 enheder, som foretager deres egne løsrevne prioriteringer. Derfor har vi lukket amterne".

Den øgede specialisering i sygehusvæsenet har gradvist medført, at der selv på mellemstore sygehuse ikke altid er et tilstrækkeligt stort patientgrundlag til, at læger og sygeplejersker får sufficient erfaring – en manglende erfaring, der kan påvirke behandlingsresultatet. Dette har man ikke forstået lige godt i alle amter. Og amterne har i fællesskab ikke kunnet fremkomme med en fælles holdning, der har kunnet hindre de mest markante afvigelser, herunder også at følge de relevante anvisninger fra Sundhedsstyrelsen.

Det bliver spændende at følge udviklingen i forhold til det efterspurgte regionale råderum og indflydelse, med tanke på at Indenrigs- og Sundhedsministeren allerede forud for regionsdannelsen har udtrykt mistillid til regionerne. Der er tværtimod behov for en konstruktiv og fremadrettet debat om samspillet mellem Sundhedsstyrelsen og sygehusejerne (regionerne) i en ny struktur.

Mistillid har ministeren også udtrykt i forhold til Sundhedsstyrelsen. Lars Løkke Rasmussen udtaler i bogen Løkkeland (Jacobsen 2006), at akilleshælen ved den nye sundhedsstruktur kan blive, at Sundhedsstyrelsen er løftet op og dermed får mere ansvar. "Styrelsen er præget af en konsensusstankegang. Det nytter ikke noget at have en Sundhedsstyrelse, der først kan rådgive, når alle er blevet enige. Så det handler om at sætte mere turbo på". Derudover udtaler ministeren, at der er behov for, at Sundhedsstyrelsen fremover bliver bedre til at prioritere og sige, hvad der er det væsentlige.

Lars Løkke Rasmussen peger på, at det Sundhedsstyrelsen skal, ikke er at have den faglige ekspertise, men at mestre metode og vidensindsamling, så den kan rådgive. Derfor må Sundhedsstyrelsen også orientere sig mod udlandet, for

eksempel mod de andre skandinaviske lande, og om nødvendigt hente rådgivning og ekspertise hos den ypperste ekspertise dér.

Det danske sundheds- og sygehusvæsen har de seneste 10-15 år været karakteriseret af en række mindre forandringer og nyskabelser, snarere end store reformer, påpeger Lassen og Kjellberg (2004). De angiver, at en af grundene til dette kan findes i sektorens decentrale struktur, hvor de enkelte amter har haft en høj grad af frihed til at ændre på styringsmekanismerne i forhold til egne sygehuse, hvilket har svækket grundlaget for større reformer. Dette ændres med strukturreformen og den ændrede ansvarsfordeling, blandt andet i form af en styrket Sundhedsstyrelse.

Endelig skal man ikke underkende, at henholdsvis Det konservative Folkeparti (regeringsparti) og Dansk Folkeparti (parlamentarisk grundlag for regeringen) helst så det regionale niveau helt fjernet. Det er som bekendt ikke sket i forbindelse med strukturreformen, men regionerne er stækkede i udgangssituationen, ikke mindst som følge af den manglende selvstændige skatteudskrivningsret.

Kjeld Møller Pedersen (2005a) påviser, at Sygehuskommissionen tilbage i 1997 understregede, at mere grundlæggende reformer, som nedlæggelse af amterne, ikke er en nødvendig forudsætning for at tage fat på løsningen af de problemer, som sygehusvæsenet står overfor (Sygehuskommissionen 1997). Noget tilsvarende nævnes i Det Rådgivende Udvalgs rapport (Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg 2003). Det anslåede tema vedrører et grundlæggende spørgsmål i organisationsteorien, nemlig hvad der betyder mest: den struktur der er for varetagelsen af funktionerne, eller selve funktionerne, det vil sige sygehusdriften. Det er et spørgsmål om, hvad der kom først, hønen eller ægget. I praksis er der tale om et samspil – en ny struktur skaber ændrede rammer for sygehusdrift, men på den anden side kan sygehusdriften gradvist sætte en eksisterende struktur under pres.

Alt i alt er der tale om på den ene side afgørende og store ændringer, men samtidig er det bemærkelsesværdigt, at der ikke er tale om en reform, der indfører for eksempel køber-sælger-modellen eller andre, mere markedsorienterede, elementer fra udenlandske reformer.

Det er interessant, at Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, allerede før regionsdannelsen var en realitet d. 1/1-07, advarede regionerne om, "at det er meget muligt, at der allerede fra start skal flyttes beføjelser helt op i statsligt regi" (Flores 2006). Udtalelsen faldt efter at ministeren for tredje gang inden for to uger i november-december 2006 havde været i åbent samråd i Folketinget i forbindelse med en skandalesag om brudte behandlingsgarantier og lange ventelister på kræftområdet. Sundhedsordfører Helle Sjelle fra det andet regeringsparti, De konservative, udtalte ved samme lejlighed, at "det kan blive nødvendigt at fjerne beføjelser fra det regionale niveau, når nu de ikke vil tage ansvaret. Vi må konstatere, at tillid er godt, men kontrol er bedre".

Allerede dagen efter at ovenstående udtalelser faldt, bekendtgjorde Lars Løkke Rasmussen, at der som en direkte konsekvens af mistillid til regionerne skal oprettes en statslig specialenhed, der dagligt skal overvåge om kræftpatienter får den behandling, de har krav på. "Enheden skal de næste to år kigge regionerne og sygehusene efter i kortene og give et bedre modspil til sygehusene, så vi får fuldstændig styr på det her", forklarede Indenrigs- og Sundhedsministeren (Weiss og Pedersen 2006).

Formanden for Danske Regioner, Bent Hansen, er ikke umiddelbart bekymret over, at statslige "støttepædagoger" nu skal overvåge kræftbehandlingen på sygehusene. "Hvis ministeren gerne vil have mere bureaukrati, så fred være med det – regionerne vil i stedet bruge kræfterne på at behandle patienter" (Weiss og Pedersen 2006).

I februar 2007, mindre end to måneder efter at regionerne blev dannet, lod Indenrigs- og Sundhedsministeren skinne igennem, at såfremt sygehusvæsenet ikke kommer til at fungere under regionerne, så bliver regionerne nedlagt. "Det er en skæbnestund for regionerne. At vi har lavet det her helt nye setup med en ny rollefordeling mellem stat og regioner, er et sidste forsøg på at få et regionalt forankret folkevalgt sygehusvæsen til at fungere. Kommer det ikke til at fungere, så er der kun ét logisk skridt tilbage, og det er selvfølgelig et statsdrevet sundhedsvæsen" (Schmidt og Drachmann 2007b).

Det kan umiddelbart forekomme noget besynderligt, at ministeren allerede på dette tidspunkt valgte at gå ud i medierne med et så markant synspunkt, næsten som om man fra ministerens side, allerede på forhånd har dødsdømt regionerne og søger en form for legitimitet i forhold til efterfølgende at centralisere sundhedsvæsenet yderligere.

Vurdering af den kommunale medfinansiering

Der er to logiske trin i argumentationen bag den kommunale medfinansiering. For det første er det nødvendigt, at der eksisterer eller kan udvikles omkostningseffektive kommunale alternativer til de regionale sundhedsydelser. Først hvis dette er fagligt muligt, bliver det for det andet interessant at se på de økonomiske mekanismer, for eksempel om en kommunal betaling på 4.476 kr. per indlæggelse giver det nødvendige økonomiske incitament. Det er meningen, at de økonomiske incitamenter skal være drivkraften bag udviklingen af de kommunale aktiviteter, men det forudsætter, at der er noget at være drivkraft for, nemlig en reel og betydelig substitutionsrelation. Økonomiske incitamenter kan ikke ændre på, hvad der ikke er fagligt muligt. Løsningen på en svag eller ikke eksisterende substitutionsrelation er ikke at øge størrelsen af de økonomiske incitamenter.

Hvis og når kommunerne går i gang med at udvikle deres sundhedstjeneste, er to forhold vigtige. For det første skal der være tale om en reel substitutionsstrategi, og for det andet skal dette dokumenteres, såvel med hensyn til sund-

hedsmæssig effekt som økonomi. Det bliver derfor både naturligt og nødvendigt, at kommunerne lever op til den nye forpligtelse om forskningsbaseret udviklingsarbejde. Det betyder, at de nye kommunale aktiviteter skal udvikles inden for rammerne af én eller anden form for kontrolleret forsøg.

Når de kommunale alternativer vurderes, skal man huske, at de ikke omfatter lægelig behandling, bortset fra hvad alment praktiserende læger under normale omstændigheder tilbyder, hvilket ikke som sådan kan være en integreret del af de kommunale alternativer. Med andre ord: "forebyggelse af sygehusindlæggelser" betyder, at der i dag sker indlæggelser, som ikke kræver lægelig medvirken, men som alene kan klares ved et plejetilbud, eventuelt kombineret med et sygebesøg af patientens alment praktiserende læge, hvor det vel at mærke er patienten eller dennes pårørende, der tilkalder lægen.

Man skal også tage i betragtning, at det ikke er kommunerne, der visiterer til de regionale sundhedsydelser. Det er enten lægelig visitation eller selvvisitation. Kommunerne skal med andre ord udvikle alternativer til regionale sundhedsydelser, som de ikke selv visiterer til. For sygehuserstøttede ydelser skal de overbevise lægerne om, at de ikke-lægebaserede kommunale alternativer er fuldgode faglige alternativer (Møller Pedersen 2005b).

Sidstnævnte kan vise sig at være ikke helt uproblematisk. Såfremt det viser sig, at de kommunale alternativer ikke lever op til den standard, et sygehus kan levere, vil det være vanskeligt at opnå den tilsigtede substitutionseffekt. I forhold til genoptræning, hvor kommunerne som led i kommunalreformen pr. 1/1-07 har myndigheds- og finansieringsansvaret for al genoptræning, som skal tilbydes patienter efter udskrivning fra et sygehus, er det således et reelt problem, at ikke alle kommuners tilbud er af samme faglige standard som den genoptræning på sygehusene, det skal erstatte.

Eksempelvis havde Hvidovre Hospitals afdeling for Neurorehabilitering før kommunalreformen trådte i kraft en udgående hospitalsfunktion, hvor man genoptrænede patienterne i eget hjem efter en konkret, individuel vurdering. Det kunne for eksempel være genoptræning tre gange om ugen af en times varighed. De patienter der er blevet udskrevet fra afdelingen efter 1/1-07, får ikke det samme tilbud. Således er kommunernes tilbud til patienterne nu væsentligt anderledes og kan for eksempel være en times genoptræning om ugen. Der er eksempler på, at man tilbyder patienten gruppetræning, uagtet at der i genoptræningsplanen fra hospitalet specifikt er angivet, at genoptræningen bør finde sted i patientens eget hjem (Mathiesen 2007).

Dette har medført, at hospitalet i flere tilfælde, med henblik på at give patienterne den bedst mulige behandling, har valgt at beholde patienterne i længere tid på afdelingen med det formål selv at genoptræne patienten færdig. I et tilfælde som dette er det helt tydeligt ikke kassetænkning, der er motivet for at handle, som man gør, men derimod en rent faglig vurdering i forhold til at sikre, at patienterne får den bedst mulige behandling. Konkret afstedkommer det imidlertid,

at man udfører en opgave for kommunen, som man ikke får betaling for, idet den kommunale medfinansiering som tidligere beskrevet maksimalt kan udgøre 4.476 kr. for en indlæggelse.

Det er i den forbindelse interessant at Kommunernes Landsforening markant over for kommunerne har påpeget, "at det er kommunernes suveræne kompetence at fastlægge metode, omfang og indhold af den ambulante genoptræning, de selv har ansvaret for" (Kommunernes Landsforening 2007). Videre bemærker man, at "regionerne havde imidlertid gerne set, at de via genoptræningsplanerne kunne angive mere eller mindre præcist, hvornår genoptræningen skulle iværksættes, og ikke mindst karakter og omfang af genoptræningen. Kommunerne bør derfor være opmærksomme på, at regionerne vil være optaget af at opnå indflydelse på kommunernes afgørelse om træning, herunder serviceniveau". En udmelding som denne virker ikke umiddelbart befordrede for det samarbejde mellem region (hospital) og kommune, der er helt nødvendigt i forhold til at etablere de bedst mulige patientforløb på tværs af sektorer.

Af *Aftale om strukturreform* (Regeringen og Dansk Folkeparti 2004) fremgår det tydeligt, at kommuner og regioner forpligtes i lovgivningen til at samarbejde om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje. De obligatoriske sundhedsaftaler skal blandt andet indeholde aftaler om forebyggelse og genoptræning.

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

På genoptræningsområdet har opgaveflytningen i forbindelse med reformen givet anledning til, at der fra kommunal side allerede er fremsat ønsker og krav om flere penge. Regeringen har dog ikke i første omgang tilført sundhedsområdet ekstra ressourcer i forbindelse med reformen. Kommunerne har således nøjagtig de samme ressourcer til at løse genoptræningsopgaven, som de tidligere amter havde, og derfor har udgangspunktet for kommunerne været at overtage opgaven med samme omfang og niveau som før 1. januar 2007.

Ifølge loven skal kommunerne medfinansiere alle typer sundhedsydelser. Der er således ikke skelnet mellem planlagte og akutte indlæggelser, hvilket gør det svært at påvirke den aktivitetsbetaling, kommunen skal præstere. Kritikere af loven har anført, at man burde begrænse den kommunale medfinansiering til de områder, hvor kommunerne har en reel mulighed for at substituere ydelserne. Der er ingen tvivl om, at begrundelserne for kommunal medfinansiering er stærkere, når det gælder områder, hvor kommunerne har mulighed for at etablere substituerende tilbud (Birch 2005).

Fordelene ved at målrette medfinansieringen til områder med gode muligheder for substitution skal imidlertid holdes op imod ulemperne ved at gå væk fra den brede model, der omfatter alle typer ydelser. For det første er der en risiko for, at hvis kun visse områder er omfattet af kommunale tilbud, vil regionerne prioritere områder med tilskud på bekostning af andre områder. For det andet kan det i praksis være vanskeligt præcist at afgrænse, hvilke ydelser som kommunerne kan påvirke. Endelig bør man ved udformning af finansieringssystemet også tage hensyn til, at det administrativt skal være så simpelt som muligt (Olsen 2005).

Der kan være fare for, at kommunerne trods gode og effektive lokale tiltag alligevel ikke opnår besparelser via medfinansieringen. Det kan for eksempel forekomme i kraft af en såkaldt gøgeungeeffekt, hvor andre borgere udfylder de senge, som blev sparet ved en lokal indsats. Eller det kan ske ved, at lokale tiltag ikke substituerer en indsats på sygehuset, men derimod udfylder nogle huller i systemet, det vil sige giver et tilbud til en gruppe patienter, som hidtil slet ikke har haft noget tilbud (Olsen 2005).

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

Kjeld Møller Pedersen vurderer ikke at kommunal medfinansiering er en farbar vej i forhold til at styrke sammenhængen og helhedstænkningen i sundhedssektoren. "Jeg er ikke imod økonomiske incitamenter, men det ligger i tanken om kommunal medfinansiering, at kommunen så skal inddrages tilsvarende i beslutningsprocessen. "Det kan lyde besnærende, men erfaringen viser, at 50 % ansvar til hver sjældent summer op til 100 %", siger han (Sundhedsfagligt Forum 2004).

Grundbidraget kom efter sigende til verden i forbindelse med de kuldsejlede forligsforhandlinger med oppositionen som en løsning på et ønske om, at regionerne skulle have selvstændige indtægtskilder. Møller Pedersen (2005c) peger på, at det måske kan fungere som en kommunal løftestang i forhandlingerne med regionen, idet en ændring ifølge loven kræver tilslutning fra to tredjedel af kommunerne i regionen. Derved bliver magtbalancen mere lige, og kommunale ønsker, for eksempel omkring bedre udskrivningsforløb, kan kobles op på en forøgelse af grundbidraget. Grundbidraget er i værste fald harmløst og kan i bedste fald tjene et formål. Det samme kan desværre ikke siges om det aktivitetsbaserede kommunale bidrag, anfører Møller Pedersen.

Kommunernes Landsforening har dog imidlertid i forbindelse med sit repræsentantskabsmøde d. 18. januar 2007 valgt at opfordre alle kommuner til at afvise regionernes eventuelle forslag til forhøjelse af grundbidraget for både 2008 og 2009. At man anbefaler dette er "for at kunne styre udgifterne på området fra

2008, og frem er det altså vigtigt, at kommunerne i regionen finder sammen omkring en fælles holdning til eventuelle forslag om forhøjelser i grundbidraget fra regionens side" (Kommunernes Landsforening 2007).

Denne udmelding virker ikke udpræget fremsynet. Tværtimod kan man få det indtryk, at Kommunernes Landsforening har et billede af, at de nye regioner bare er ude på at plukke kommunerne. Man har tilsyneladende ikke blik for, at en forøgelse af det kommunale grundbidrag kan øremærkes til en særlig indsats i forhold til for eksempel udskrivningsforløb, sådan som Møller Pedersen foreslår det.

Som det fremgår af ovenstående er der således delte meninger om, hvorvidt indførelsen af den kommunale medfinansiering i sin grundtanke er en god idé. Det forudsættes i tænkningen bag kommunal medfinansiering, at der er tale om en nettobesparelse og at det er udsigten til en nettobesparelse, der driver substitutionsprocessen. Det vil sige, at kommunale foranstaltninger antages at være billigere end de regionale sundhedsydelse, og at nettobesparelsen er tilstrækkelig og nødvendig for at drive substitutionsprocessen.

Kommunerne kommer i den forbindelse på en overordentlig vanskelig opgave. Som tidligere beskrevet skal det kommunale alternativ være mindst 70 % billigere end hvad en almindelig sygehusindlæggelse koster, fordi kommunen skal betale 30 % af hvad en indlæggelse koster, dog maksimalt 4.476 kr. Da de fleste indlæggelser koster mere end 14.920 kr., som 4.476 kr. udgør 30 % af, skal kommunerne udvikle alternativer, som ligger væsentligt under 30 % af hvad en almindelig sygehusindlæggelse koster, og her risikerer kommunerne at komme til kort. Det er oplagt, at såfremt det rent fagligt kan lade sig gøre, er det en indlysende god idé. Men det forudsætter, at der eksisterer en reel og betydelig substitutionsrelation. Er denne relation ikke tilstede, får den kommunale medfinansiering svære betingelser og vil utvivlsomt komme til at medføre en stigning i de samlede sundhedsudgifter.

Strukturreformen i lyset af New Public Management

New Public Management (NPM) inspirerede styringsmodeller har i stigende grad vundet indpas i den offentlige sektor i Danmark. Således også i forhold til strukturreformen i Danmark.

Historisk kan der trækkes en linie fra Schlüter-regeringens politiske program "*Valg af velfærd*" (Finansministeriet 1992), over Nyrup-regeringens "*Danmark som foregangsland*" (Finansministeriet 1998) og Fogh-regeringens "*En mere borgernær offentlig sektor*" (Finansministeriet 2003a) frem til "*Det nye Danmark – En enkel offentlig sektor tæt på borgeren*" (Regeringen 2004). Sidstnævnte har dannet grundlag for aftalen om strukturreformen med Dansk Folkeparti (Regeringen og Dansk Folkeparti 2004).

Fogh-regeringen har en værdibaseret tilgang i forhold til reformen af den offentlige sektor. Borgeren opfattes i stigende grad som en forbruger af velfærdsydelser. Der fokuseres især på øget frit valg til borgerne, regelforenkling og på at sikre kvaliteten under en øget effektivisering.

Af *Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2007* (Regeringen og Danske Regioner 2006) fremgår det, at regeringen og Danske Regioner er enige om, at den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter bør opfylde målet om 50 % i 2007. Endvidere fremgår det, at parterne for at sikre en effektiv takststyring og et forbedret grundlag for produktivitetsmålninger, samt for at kunne sammenligne sygehusenes omkostninger, er enige om, at registreringen og fordelingen af omkostningerne på sygehusene skal være relevante, ensartede og retvisende. Der skal blandt andet i den forbindelse ydes en indsats for at forbedre og ensrette anvendelsen af eksisterende og kommende registreringer til Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase.

At der således i forbindelse med strukturreformen i høj grad lægges vægt på output-måling og resultatorientering, ligger godt i tråd med Hoods (1991) udlægning af New Public Management begrebets mere konkrete indhold, som tidligere beskrevet.

I publikationen *Fra Plan til Marked* (Lassen og Kjellberg 2004) skriver forfatterne, at New Public Management-inspirerede tiltag ofte øger fokus på effektivitet og konkurrenceforhold. Det kan medføre et øget bureaukrati grundet monitorerings- og registreringsopgaver, og dermed kan systemet fremstå som tillukket og trægt, set fra den enkelte borgers synspunkt. Dette forstærkes af udviklingen mod centraliserede enheder. I sidste ende kan konsekvensen være mindre gennemsigtighed og ringere muligheder for brugerinddragelse i sygehussektoren.

Givet sundhedsvæsenets generelle vilkår, hvor efterspørgsel og ressource-tilgang ikke altid stemmer overens, er det oplagt, at der i denne sektor vil være et fokus på tilførte midler i forhold til output. I den forbindelse kan det være relevant at se på elementer som aktivitetskrav og takstfinansiering. Mange amter har brugt førstnævnte til at opstille produktionsmål og takstfinansiering inden for et rammebudget. Sidstnævnte har i amterne været set anvendt til at øge aktiviteten på prioriterede områder, men i de senere år også som incitament fra statens side (Lassen og Kjellberg 2004).

I bogen *Sygehuse i forandring* (Jespersen et al. 2000) angives det, at, bortset fra loven om det frie sygehusvalg, har man ikke fra centralt hold villet gennemtrumfe initiativer til markedsstyring og virkeliggørelse af idéer i New Public Management, men har valgt at forhandle sig frem og har der igennem respekteret amternes rolle som sygehusejere. Derfor må man nok sige, at amternes rolle har været medvirkende til, at markedsorienteringen ikke er slået så stærkt igennem i Danmark. Med nedlæggelsen af amterne og dannelsen af de nye regio-

ner må det således formodes, at vejen i højere grad er banet for New Public Management-orienterede tiltag på sundhedsområdet.

Professor Runo Axelsson har beskrevet New Public Management-orienterede udviklingstendenser i de nordiske lande, som blandt andet indebærer øgede indslag af statslig regulering i form af DRG-afregning (Axelsson 2006). Det ligger godt i tråd med den oven for beskrevne målsætning i Danmark om at takst-afregningsandelen skal øges fra 20 % til 50 % i 2007. En anden tendens ses i forhold til øget fokus på akkreditering og kvalitetskontrol. Hvor amterne tidligere har benyttet forskellige typer af kvalitetsmodeller, er det i forbindelse med regionsdannelsen vedtaget, at kvalitetsmodellen *Den danske model* fra 2008 skal anvendes i hele landet.

Skal man udlede, hvad det er, der i dag er budskabet fra New Public Management, kan man sige, at det er plads til at udøve offentlig ledelse samt at skabe incitamentsstrukturer (Greve 2002). Der findes en lang række supplerende incitamenters, der er virksomme, uanset hvilken afregningsordning, der anvendes. Der kan for eksempel være tale om overførselsregler. Herved forstås regler omkring flytning af over-/underskud mellem to budgetperioder. Der kan være bestemmelser for størrelsen af overførsler i de enkelte år eller kumuleret over flere år, og reglerne kan endvidere ændres fra år til år. Reglerne gælder normalt på sygehusniveau.

Sygehuset kan også vælge at håndhæve budgetoverskridelser på afdelingsniveau, men dette vil ikke kunne håndhæves i samme grad, jævnfør eksemplet fra Amtssygehuset i Gentofte. Her valgte sygehusdirektionen ikke at udmønte resultaterne af takststyringsordningen, men i stedet en symbolsk form for over-/underskud til afdelingerne. Således fik de afdelinger, der havde balance i økonomien og havde opfyldt deres aktivitetsbudget eller produceret en meraktivitet, en tillægsbevilling på 100.000 kr. i 2005. Tilsvarende fik afdelinger, der var gået i minus, reduceret deres budget med 100.000 kr. (Termansen og Pilegaard 2005).

Overførselsregler for et sygehus giver incitament til hensigtsmæssig drift i løbet af året. Såfremt en rationalisering i løbet af året fører til budgetmæssige besparelser, vil tilskyndelsen til at opbruge budgettet ved årets udgang til mindre hensigtsmæssige dispositioner, alene for at få brugt budgettet, undgå. Tilsvarende vil et budgetunderskud kunne håndteres mere hensigtsmæssigt såfremt sygehuset har adgang til at overføre hele eller dele af underskuddet til det efterfølgende år.

Metodediskussion

Som tidligere nævnt bygger dette studie på et stort antal datakilder, som specificeret i Tabel 1. Dette understøtter den interne validitet, som angiver i hvilken grad undersøgelsens resultat er gyldige for den undersøgelsespopulation det handler om. Eksistens af intern validitet vurderes at være en forudsætning for at

ekstern validitet kan forekomme. Den eksterne validitet angiver i hvilket omfang undersøgelsens resultater er generaliserbare til andre populationer (Koch og Vallgård 2004). Spørgsmålet er dog om det er meningsfuldt at tale om ekstern validitet i denne sammenhæng.

Begreberne bias og confounding hænger sammen med undersøgelsens validitet. I forbindelse med et litteraturstudie er det, i forhold til førstnævnte, relevant at kontrollere for informationsbias. Denne type bias kan opstå som følge af mangelfuld information. Ved en meget omhyggelig litteraturindsamling minimeres risikoen for dette. Risikoen for informationsbias er i nærværende opgave imødegået gennem anvendelse af et forholdsvis stort antal datakilder.

Confounding betegner den fejl, der opstår, når en uvedkommende faktor blandes med den studerede effekt. Ved confounding forstås sammenblanding eller forveksling af årsager. En confounder karakteriseres således (Juul 2004):

- Den er ikke led i årsagskæden fra eksponering til udfald.
- Den er en selvstændig årsag til udfaldet.
- Den er associeret med den interessante eksponering.

Et samfund vil fortværende være i bevægelse, der vil aldrig være tale om en decideret steady state tilstand, men derimod en dynamisk proces, hvor samfundet udvikler sig kontinuert.

Såfremt regeringen havde valgt at iværksætte den bebudede kvalitetsreform (Regeringen 2007), samtidig med implementeringen af strukturreformen, kunne kvalitetsreformen udgøre en confounding variabel. Det kunne i givet fald på visse områder vise sig at være vanskeligt at afgøre, hvilken betydning regionsdannelsen får for sundhedsområdet i Danmark, da kvalitetsreformen uden tvivl også vil influere på sundhedsområdet. Der vurderes ikke at være andre potentielle confoundere i spil i forhold til at afdække regionsdannelsens effekt på sundhedsområdet.

Studiets reliabilitet handler om i hvilken grad forfatteren har undgået at lave usystematiske fejl. Især inden for de kvantitative metoder opfattes begrebet reliabilitet ofte synonymt med reproducerbarhed (Koch og Vallgård 2004). Altså om en anden undersøger ville kunne gentage undersøgelsen og få de samme resultater. Som tidligere påpeget kan det diskuteres, om kravet om reliabilitet giver mening i forhold til et litteraturstudie. En anden forsker vil på grundlag af det beskrevne i forhold til metodevalg, søgeord og tidsafgrænsning kunne gentage litteratursøgningen og finde de samme kildematerialer. Vedkommende vil imidlertid ikke kunne gentage hverken nærværende eller andre litteraturstudier og nå til fuldkommen identiske konklusioner, da forfatteren er en del af forskningsprocessen og gør en forskel via sin særlige situation, forforståelse og forståelseshorisont.

Forfatterens forforståelse er forankret i en kundskabsinteresse primært inden for sundheds- og samfundsvidenskab. Dette udspringer af en uddannelse som cand. polit. kombineret med en speciel interesse inden for sundhedsøkonomi. På det praktiske niveau er forforståelsen forankret i et virke som økonom gennem 11 år på fire forskellige hospitaler i Københavnsområdet og som MPH-studerende ved Nordiska högskolan för Folkhälsovetenskap igennem to år. Forfatteren har undersøgt området ud fra en fordomsfri tilgang og har været bevidst om egen forforståelse.

I forbindelse med det foreliggende litteraturstudie findes det derfor også relevant at forholde sig til intersubjektiviteten. Ved intersubjektivitet definerer Malterud (1990) hvorvidt det er muligt for andre at erkende det foreliggende. Altså om det er muligt for læseren at følge forskningsprocessen hele vejen fra forskningsspørgsmålene til resultatdelen, samt om forskningsresultaterne er forståelige og giver mening ud fra det indsamlede kildemateriale, uanset at fortolkningen kun er en af flere mulige. Det bør på grundlag af nærværende studies opbygning være muligt at følge forskningsprocessen. Der er sammenhæng mellem forskningsspørgsmålene og resultaterne, hvor effekterne af regionsdannelsen præsenteres. Forskningsresultaterne er meningsfulde i forhold til den kontekst de er en del af, og de udspringer, ud over af forfatterens forforståelse, af den viden der er opnået gennem kildematerialet.

AFSLUTNING

Formålet med denne MPH-opgave har været at beskrive og analysere de strukturendringer, der har fundet sted i sundhedsvæsenet i Danmark i forbindelse med strukturreformen, med hovedvægten på sygehusenes finansiering og økonomi.

De fem regioner i Danmark blev en realitet d. 1. januar 2007. Mindre end to måneder efter udtalte Indenrigs- og Sundhedsministeren, at det er en skæbne-stund for regionerne, og at regionsdannelsen skal ses som et sidste forsøg på at få et regionalt forankret folkevalgt sygehusvæsen til at fungere. I modsat fald bliver regionerne nedlagt og staten overtager driften af sundhedsvæsenet. Regionerne risikerer derfor at få en kort levetid, såfremt den ansvarlige minister allerede på nuværende tidspunkt sår tvivl om deres formåen, samtidig med at det andet regeringsparti, Det konservative Folkeparti, og støttepartiet, Dansk Folkeparti, gerne havde set det regionale niveau helt fjernet i forbindelse med strukturreformen.

Finansieringssystemet på sundhedsområdet er blevet væsentligt forandret med kommunalreformen. Regionerne har, i modsætning til amterne, ikke selvstændig skatteudskrivningsret. Derimod har regionerne fire finansieringskilder, med det statslige bloktilskud som det dominerende. Bloktilskuddet er beregnet ud fra såkaldte objektive kriterier. Disse tager dog ikke i tilstrækkelig grad hensyn til de udgifter, Region Hovedstaden har som følge af en overrepræsentation af patienter med svære psykiatriske lidelser.

Den nye finansieringsmodel påvirker aktørernes økonomiske incitamenter, idet de enkelte aktører kun belønnes for de ydelser, de selv leverer til patienten, uden sammenhæng med resten af behandlingsforløbet. Belønningen sker for at behandle, og ikke for at understøtte andre i at behandle patienten, eller for at undgå behandling. Dette kan, set fra et folkesundhedsperspektiv, få uønskelige konsekvenser både for den enkelte patient eller borger og for samfundet som helhed.

For en kommune, der skal til at medfinansiere det regionale sundhedsvæsen, ligger der et økonomisk incitament i at forebygge en borgers sygehusindlæggelse. Kommunerne kommer imidlertid på en overordentlig vanskelig, måske umulig, opgave, idet det kommunale alternativ skal være mindst 70 % billigere, end hvad en almindelig sygehusindlæggelse koster, og her kan det vise sig at den største udfordring for kommunerne ligger. Det er oplagt, at såfremt det rent fagligt kan lade sig gøre, er det en indlysende god idé. Men det forudsætter, at der eksisterer en reel og betydelig substitutionsrelation mellem det kommunale alternativ og sygehusindlæggelsen. Er denne relation ikke tilstede, får den kommunale medfinansiering svære betingelser, og resultatet vil utvivlsomt være en stigning i de samlede sundhedsudgifter.

Der er en politisk målsætning om, at den aktivitetsbestemte andel af hospitalernes budgetter bør opfylde målet om 50 % i 2007. Den stigende aktivitetsafhængige finansiering udgør dog en væsentlig styringsmæssig udfordring. Styringen kan kun bevares, såfremt der er indbygget afregningslofter i takstmodellerne, da efterspørgslen efter sygehusydelser i praksis nærmest er umættelig. Afregningslofter fjerner dog samtidig incitamentet til at øge produktionen, idet der kun vil være tilskyndelse til at øge produktionen til et niveau, der har en værdi svarende til afregningsloftets størrelse.

Med den planlagte nedsættelse af behandlingsfristen under udvidet frit sygehusvalg fra to til en måned pr. 1/10-07 får ventetidsgarantien karakter af at være et servicemål, frem for at være en garanti for behandling af høj faglig kvalitet. Samtidig kan en nedsættelse af behandlingsgarantien fra to til en måned resultere i en skævvridning, idet fokus i endnu højere grad end nu må formodes at blive rettet mod de kirurgiske behandlinger, der er dækket af behandlingsgarantien, med risiko for at de, hovedsageligt ældre, medicinske patienter i større eller mindre grad bliver tilsidesat.

Fogh-regeringen har en værdibaseret tilgang i forhold til reformen af den offentlige sektor. Borgeren opfattes i stigende grad som en forbruger af velfærdsydelser. Der fokuseres især på øget frit valg til borgerne, regelforenklning og på at sikre kvaliteten under en øget effektivisering. At der således i forbindelse med strukturreformen i høj grad lægges vægt på output-måling og resultatorientering, ligger godt i tråd med Christopher Hoods udlægning af New Public Management begrebets mere konkrete indhold. Med nedlæggelsen af amterne og

dannelsen af de nye regioner må det samtidig formodes, at vejen i højere grad er banet for New Public Management-orienterede tiltag på sundhedsområdet.

Fra politisk hold er målsætningen, at Danmark skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse. Det er dog urealistisk at tale om et sundhedsvæsen i verdensklasse, såfremt et af de instrumenter, der tages i anvendelse i bestræbelserne for at opnå dette, er besparelser på hospitalernes budgetter i indeværende og kommende år.

TAK

I forbindelse med udarbejdelsen af denne masteropgave vil jeg gerne takke min familie, Henrik, Charlotte Amalie og Caroline, fordi jeg har fået tid og plads til at fordybe mig i emnet.

Samtidig vil jeg gerne rette en stor tak til Jette Selck, Vibeke Freilev, Anne-Mette Termansen, Finn Jensen og Ingrid Poulsen for de nyttige kommentarer undervejs.

Sidst, men ikke mindst, vil jeg gerne takke min vejleder Runo Axelsson for en meget fin og konstruktiv vejledning.

REFERENCER

Amtsrådsforeningen (2004a) *Den norske sygehusreform – foreløbige erfaringer*. Amtsrådsforeningen, København.

Amtsrådsforeningen (2004b) *Bloktilskud og udgiftsbehovskriterier*. Notat. Amtsrådsforeningen, København.

Amtsrådsforeningen (2004c) *Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet*. Amtsrådsforeningens generalforsamling 2004. Amtsrådsforeningen, København.

Amtsrådsforeningen (2005) *En sammenligning af amternes/H:S' aktiviteter på psykiatriområdet*. Amtsrådsforeningen, København.

Ankjær-Jensen A. og Rath M. B. (2005) *Takststyring af sygehuse*. 2. delrapport: Erfaringer efter et år med takststyring. DSI rapport 2005.03. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Axelsson R. *Hälsosystem i olika länder*. Forelæsning på kurset Hälspolitik og hälsosystem 18-22. september 2006. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap. Göteborg, Sverige.

Birch J. C. (2005) *Kommunale perspektiver og muligheder*. Indlæg på konferencen Regionerne og det specialiserede sundhedsvæsen. 10. maj 2005. DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Bryne H. (2005) *Erfaringer med sygehusreformen i Norge*. Indlæg på konferencen Regionerne og det specialiserede sundhedsvæsen. 10. maj 2005. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Danmarks Statistik (2007a). *Tabel BEF1A07* på www.statistikbanken.dk. Danmarks Statistik, København.

Danmarks Statistik (2007b). *Tabel ARE2* på www.statistikbanken.dk. Danmarks Statistik, København.

Danske Regioner (2006a) *Kvalitet i regionerne – Danske Regioner mener: Valgmuligheder i sundhedsvæsenet*. Danske Regioner, København.

Danske Regioner (2006b) *Danske Regioner – Kort fortalt*. Danske Regioner, København.

Danske Regioner, H:S, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006) *Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygesektoren – Anden delrapport*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Finansdepartementet (2004) Tilläggsdirektiv till Ansvarskommittén (Fi2003:02). Finansdepartementet, Stockholm.

Finansministeriet (1992) *Valg af velfærd – konkurrence med frit valg for borgerne, moderniseringsredegørelse*. Finansministeriet, København.

Finansministeriet (1998) *Danmark som foregangsland. Danmark 2005 mod nye resultater*. Finansministeriet, København.

Finansministeriet (2001) *Aftale mellem regeringen (Venstre og Det Konservative Folkeparti) og Dansk Folkeparti om Finansloven for 2002*. Finansministeriet, København.

Finansministeriet (2002) *Aftaler om den kommunale økonomi for 2003*. Finansministeriet, København.

Finansministeriet (2003a) *En mere borgernær offentlig sektor*. Finansministeriet, København.

Finansministeriet (2003b) *Aftaler om den kommunale økonomi for 2004*. Finansministeriet, København.

Finansministeriet (2004) *Aftaler om den kommunale økonomi for 2005*. Finansministeriet, København.

Finansministeriet (2005) *Aftaler om den kommunale økonomi for 2006*. Finansministeriet, København.

Finansministeriet (2006) *Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2007*. Finansministeriet, København.

Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006) *Takststyring i de nye regioner*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Flores P. E. (2006) Løkke truer de nye regioner. Avisartikel. *Berlingske Tidende*, København, 8. december 2006, 1, 11.

Greve C. (2002) *New Public Management*. Nordic Cultural Institute, København.

Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)* Lov 2001-06-15-93. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

Hood C. (1991) A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, vol. 69, nr. 1, 1-19.

Hovedstadens Sygehusfællesskab, Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005) *Evaluering af takststyring på sygehusområdet*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg (2003) *Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitamenter, amter og alternativer*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, Finansministeriet (2003) *Takststyring på sygehusområdet*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005a) *Lov nr. 546 af 24. juni 2005 – Sundhedsloven*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005b) *Lov nr. 545 af 24. juni 2005 om ændring af forskellige love på sundhedsområdet og visse andre områder (Konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen)*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005c) *Lov nr. 71 af 16. juni 2005 – Lov om regionernes finansiering*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006a) *Generelle tilskud til regionerne 2007*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006b) *Redegørelse om status for kommunalreformen og det kommunale selvstyres vilkår*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006c) *Cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006d) *Bekendtgørelse om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag for 2007 i henhold til lov om regionernes finansiering*. Bekendtgørelse nr. 715 af 28. juni 2006. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Jacobsen K. (2006) *Løkkeland*. Gyldendal, København.

Jespersen P. K., Nielsen L-L. M., Sognstrup H. (2000) *Sygehuse i forandring. Ydre pres, omstillinger og professionelle projekter*. SYOL projektet. Aalborg Universitet, Aalborg.

Juul S. (2004) *Epidemiologi og evidens*. Munksgaard, København.

Juul T. (2006) *Håndbog i kommunernes og regionernes nye økonomi*. Jurist- og Økonomforbundet, København.

Kjeldsen K. (2005) *Sundhedsstyrelsen i det regionale sygehusvæsen*. Indlæg på konferencen Regionerne og det specialiserede sundhedsvæsen. 10. maj 2005. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Koch L. og Vallgård S. (2004) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard, København.

Kommunernes Landsforening (2005) *11 spørgsmål om kommunernes medfinansiering af sundhedsydelser*. Kommunernes Landsforening, København.

Kommunernes Landsforening (2007) *Sektorbeskrivelse om sundhedsområdet*. Kommuneinformation NIS, www.kommuneinformation.dk.

Lassen A. B. og Kjellberg J. (2004) *Fra Plan til Marked – en kortlægning af anvendelsen af New Public Management inspirerede styringsmodeller i sygehusvæsenet i Danmark*. DSI rapport 2004.02. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Lægreid P., Opedal S., Stigen I-M. (2003) *Den norske sygehusreform – balancegang mellem politisk kontrol og virksomhedsautonomi*. FLOS Nyhedsbrev december 2003, Forskningscenter for ledelse og organisation i sygehusvæsenet, København.

Malterud K. (1990) *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Disputats. Oslo.

Mathiesen L. (2007) Samtale med afdelingssygeplejerske Lone Mathiesen d. 13/2-07. Afdeling for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital, København.

Møller Pedersen K. (2005a) *Sundhedspolitik. Beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet*. Syddansk Universitetsforlag, Odense.

Møller Pedersen K. (2005b) Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet – en kritisk analyse af det økonomiske incitament. *FOKUS-Nyt*, 29, august 2005, Forum for kvalitet og udvikling i offentlig service, København.

Møller Pedersen K. (2005c) *Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet. En idé på sandgrund?* Syddansk Universitetsforlag, Odense.

Møller Pedersen K. (2006) *Sundhedens time for sundhedsreformen*. Amtsrådsforeningen, København.

Møller Pedersen K., Bech M., Hansen M. B. (2006) *Incitamentsstyring i sygehushvæsenet*. Syddansk Universitetsforlag, Odense.

Nielsen K. J. (2005) *Takststyring af sygehusene i Danmark*. Det Kommunale Kartel, København.

Olsen J. (2005) Kommunal medfinansiering – vejen frem for kommunernes sundhedsindsats. *FOKUS-Nyt*, 29, august 2005, Forum for kvalitet og udvikling i offentlig service, København.

Petersen A. og Arpi S. (2006) Sygehuse kan spare over en milliard. Avisartikel. *Berlingske Tidende*, 16.-17. april 2006, 1, 6. København.

Rasmussen L. L. (2006) kapitel i *Sundhedspolitiske ministererindringer*. Statens Institut for Folkesundhed, København.

Regeringen (2004) *Det nye Danmark – En enkel offentlig sektor tæt på borgeren*. Regeringen, København.

Regeringen og Dansk Folkeparti (2004) *Aftale om strukturreform*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Regeringen (2006) *Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar*. Regeringens debatoplæg til møde om kvalitetsreform 30. november 2006. Sekretariatet for ministerudvalget, København.

Regeringen og Danske Regioner (2006) *Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2007*. Finansministeriet, København.

Regeringen (2007) *Sammenhængende service – med respekt for borgerne*. Regeringens debatoplæg. www.kvalitetsreform.dk.

Regeringskansliet (2007) Hälso- och sjukvården. Sekretariatsrapport nr. 2 till Ansvarskommittén. Finansdepartementet, Stockholm.

Region Hovedstaden (2006) *Budgetforslag 2007-2010*. Sekretariatet for Region Hovedstaden, Hillerød.

Region Hovedstaden, Direktionen (2006) *Overordnet administrativ organisering i Region Hovedstaden, Version 3.0. af 6. juni 2006*. Region Hovedstaden, Direktionen, Hillerød.

Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden (2006) *Generel ramme for de individuelle sundhedsaftaler mellem Region Hovedstaden og de enkelte kommuner i regionen for perioden 1. januar 2007 til 31. december 2009*. Region Hovedstaden, Hillerød.

Region Hovedstaden (2007) *Hospitalsplan for Region Hovedstaden*. Region Hovedstaden, Hillerød.

Sayers S. (2007) Syge skal forskelsbehandles. Avisartikel. *MetroXpress*, 7. marts 2007, 1, 1. København.

Schmidt A. L. og Drachmann H. (2007a) Millioner til strålekanoner blev brugt til andre formål. Avisartikel. *Politiken*, 18. februar 2007, 1, 1. København.

Schmidt A. L. og Drachmann H. (2007b) Sundhedsminister truer regionerne. Avisartikel. *Politiken*, 20. februar 2007, 1, 2. København.

Storm Rasmussen V. (2006) *Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussens tale til 1. behandlingen af budget 2007-2010 den 22. august 2006*. Region Hovedstaden, Hillerød.

Stortinget (2007) *Spørgsmål i Spørretime onsdag 10. januar 2007*. Stillet af Vera Lysklætt (V) til helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad (A). www.stortinget.no Stortinget, Oslo.

Strukturkommissionen (2004) *Strukturkommissionens betænkning, nr. 1434*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Sundhedsfagligt Forum (2004) *Sammenhæng i søgelyset. Fremtidens sundhedsvæsen til debat*. Amdtsrådsforeningen, København.

Sundhedsministeriet (1995) *Bekendtgørelse af lov om sygehusvæsenet*. Sundhedsministeriet, København.

Sundhedsministeriet (1999) *Sygehusforbrug i Hovedstadens Sygehusfællesskab*. Sundhedsministeriet, København.

Sundhedsstyrelsen (2004) *Afregning af fritvalgspatienter: Rapport fra Fritvalgsarbejdsgruppen*. Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen (2007) *Takstsystem 2007 – Vejledning*. Sundhedsstyrelsen, København.

Sygehuskommissionen (1997) *Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra sygehuskommissionen*. Betænkning nr. 1329. Sundhedsministeriet, København.

Sørensen E. (2004) *Offentlig ledelse som meta-styring af netværk*. Working Paper Series, 2004:3. Centre For Democratic Network Governance. Roskilde Universitet, Roskilde.

Termansen A-M. og Pilegaard S. (2005) Takststyring i sygehusvæsenet. Kapitel i *Børsens Ledelseshåndbog i Offentlig Økonomistyring*. Børsen, København.

Termansen A-M. (2007) Samtale med chefkonsulent Anne-Mette Termansen d. 5/3-07, Muusmann Consulting, København.

Weiss J. og Pedersen F. S. (2006) Kræftbehandling under opsyn af staten. Avisartikel. *Berlingske Tidende*, 9. december 2006, 1, 6. København.

Åhgren B. (2006) *Ansvarsutredningen i Sverige*. Forelæsning på kurset Hälso-politik og hälsosystem 18-22. september 2006. Nordiska Högskolan för Folkhäl-sovetenskap. Göteborg, Sverige.

BILAG

Bilag 1. De økonomiske forudsætninger vedrørende sundhedsområdet (Regeringen og Danske Regioner 2006)

- Der er i aftalen taget udgangspunkt i det forventede aktivitetsniveau for 2006, svarende til en aktivitetsvækst på sygehusene på 3,5 % i forhold til 2005.
- Der er herudover aftalt et generelt løft til sygehusområdet på 725 millioner kr. til generel aktivitetsudvikling, nye behandlingsformer, kræftmedicin, uddannelse med videre.
- Det statslige aktivitetsafhængige tilskud øges med 200 millioner kr.
- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne (eksklusive medicintilskud) på sundhedsområdet på 70.816 millioner kr. i 2007.
- Der er aftalt et niveau for anlægsudgifterne (brutto) på 2.650 millioner kr. på sundhedsområdet i 2007. Der er i den forbindelse afsat en låneramme på 800 millioner kr. til anskaffelse af medico-teknisk udstyr. Lånerammen fordeles efter bloktilskudsnøglen.
- Det er lagt til grund for aftalen, at regionernes udgifter til medicintilskud i 2007 udgør 7.220 millioner kr. 75 % af en eventuel afvigelse mellem dette beløb og udgifterne i regnskabet for 2007 reguleres over bloktilskuddet fordeles i 2008 på regionerne med en foreløbig midtvejsregulering i 2007 i regionernes bloktilskud.
- Det statslige bloktilskud udgør 62.045 millioner kr.
- Det statslige aktivitetsafhængige tilskud udgør 2.357 millioner kr.
- De foreliggende opgørelser viser, at sygehusene i 2005 har præsteret en samlet produktionsværdi på 44.802 millioner kr. opgjort i 2007-pris- og lønniveau. I 2006 forventes sygehusene at præstere en aktivitetsstigning på 3,4 %, svarende til en produktionsværdi på 46.333 millioner kr. (2007-pris- og lønniveau). I 2007 forventes en yderligere aktivitetsstigning på 3 %, svarende til en forventet produktionsværdi på 47.710 millioner kr. De forventede produktionsværdier i 2006 og 2007 er opgjort under forudsætning af en produktivitetvækst på 1,5 % i 2006 og 2 % i 2007.
- Det kommunale grundbidrag udgør 5.994 millioner kr., svarende til 1.102 kr. pr. indbygger i 2007.
- Det er lagt til grund, at den kommunale medfinansiering i form af aktivitetsbestemte bidrag udgør 9.435 millioner kr.

Bilag 2. Regionernes indtægtskilder fordelt efter finansieringsansvar, 2007-niveau (Juul 2006)

Betalingsansvar	Finansieringstype	Milliarder danske kroner	Procent
Staten	Bloktilskud, sundhed	62,0	70,1
	Aktivitetstilskud, sundhed	2,4	2,7
	Bloktilskud, udvikling	1,5	1,7
	I alt	65,9	74,5
Kommunerne	Grundbidrag, sundhed	6,0	6,8
	Aktivitetsbidrag, sundhed	9,4	10,6
	Grundbidrag, udvikling	0,6	0,7
	Takstbetaling, social	5,1	5,8
	I alt	21,1	23,9
Andre	Andre indtægter (heri indgår også indtægter fra statslige puljer)	1,4	1,6
Samlet		88,4	100,0

Bilag 3. Overgangstilskud på sundhedsområdet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006d)

Millioner danske kroner	2007	2008	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	349,1	279,3	209,5	139,6	69,8
Region Sjælland	-9,4	-7,6	-5,7	-3,8	-1,9
Region Syddanmark	-57,9	-46,3	-34,7	-23,1	-11,6
Region Midtjylland	-318,5	-254,8	-191,1	-127,4	-63,7
Region Nordjylland	36,7	29,3	22,0	14,7	7,3

Bilag 4. Oversigt over socioøkonomiske kriterier på sundhedsområdet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006a)

Socioøkonomiske kriterier på sundhedsområdet	
	Vægt af kriteriet
Antallet af børn af enlige forsørgere	15 %
Antallet af enlige i aldersgruppen 65 år og derover	25 %
Antallet af personer i udlejningsboliger	15 %
Antallet af familier på overførselsindkomst	17,5 %
Beregnet antal tabte leveår opgjort i forhold til den region, der har den højeste middellevetid	10 %
Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen	5 %
Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen	5 %
Antallet af indbyggere på øer uden fast forbindelse	2,5 %
Gennemsnitlig rejsetid til 18.000 indbyggere ganget med antallet af indbyggere	5 %

Bilag 5. Amternes samlede sundhedsudgifter 2000-2004 (Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006)

Udgiftsudvikling på sundhedsområdet, 2000-2004, 2004-priser, millioner danske kroner					
	2000	2001	2002	2003	2004
Sygehuse	54.433	57.137	59.366	59.660	61.354
Offentlig sygesikring (eksklusiv medicin)	10.508	10.849	11.056	11.330	11.566
Medicinudgifter	4.584	5.110	5.835	6.072	6.256
Offentlige udgifter i alt	69.525	73.096	76.258	77.062	79.177

Bilag 6. Opgørelse af amternes og Hovedstadens Sygehusfællesskabs takststyringsandele (Hovedstadens Sygehusfællesskab, Amdsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005)

Amt	Takstandele 2004
Hovedstadens Sygehusfællesskab	51 %
Københavns Amt	21 %
Frederiksborg Amt	21 %
Roskilde Amt	65 %
Vestsjællands Amt	26 %
Storstrøms Amt	34 %
Bornholms Regionskommune	23 %
Fyns Amt	71 %
Sønderjyllands Amt	57 %
Ribe Amt	64 %
Vejle Amt	30 %
Ringkøbing Amt	21 %
Århus Amt	56 %
Viborg Amt	60 %
Nordjyllands Amt	22 %

Bilag 7. Regionernes nuværende takstandele, 2005 (Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006).

Region	Takstandel
Region Syddanmark	52 %
Region Midtjylland	47 %
Region Sjælland	46 %
Region Hovedstaden	42 %
Region Nordjylland	39 %

