

Kommunalreformen og sundhedsvæsenet: en forbedring?

Af Kjeld Møller Pedersen

Resumé

På sundhedsområdet har reformen ført til ændringer af struktur: fra 14 amter til 5 regioner; opgavefordelingen er blevet ændret så kommunerne får større ansvar for forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning og endelig er finansieringen ændret. Regionerne må ikke som i amtstiden opkræve skatter, men får penge til sundhedsopgaven som bloktilskud fra staten, ligesom kommunerne er blevet medfinansierende af det regionale sundhedsvæsen, fordi man betaler et vist beløb til regionen, hver gang en borger i kommunen benytter det regionale sundhedsvæsen. Ideen med det sidste er at

igangsætte en substitutionsproces. En hurtig analyse sætter imidlertid afgørende spørgsmålstegn ved denne antagelse. Hertil kommer, at fjernelsen af retten til skatteudskrivning gør det omkostningsfrit for regionerne at optræde sammen med andre interessent-grupper, som til enhver tid kræver flere ressourcer fra regering og Folketing. Dette kan let føre til øgede vækstprocenter for sundhedsudgifterne. Alt i alt peger ændringen af finansieringen i retning af en central svaghed ved reformen med potentiale til at skabe ustabilitet i grundkonstruktionen

Indledning

Med virkning fra 1. januar 2007 er der gennemført den mest omfattende reform af den offentlige sektor siden kommunalreformen i 1970. I det følgende fokuseres der alene på ændringerne i sundhedsvæsenet. Der vil blive anlagt to synsvinkler: en deskriptiv for at skabe et billede af de faktiske ændringer kombineret med en diskussion af rationale bag ændringerne, svarende til artiklens første halvdel, og en analytisk del med vurderinger af de forventede virkninger af udvalgte dele af reformen.

Der er blevet lovet et sundhedsvæsen i verdensklasse efter reformen, et sundhedsvæsen, hvor patienterne oplever høj kvalitet, korte ventetider, sammenhængende patientforløb, gråzoner er afskaffet, kassetænkning er forbi, et sundhedsvæsen hvor ekspertisen samles i enheder, der er store nok til at sikre en effektiv arbejdsdeling med bedre kvalitet for patienterne og en hensigtsmæssig udnyttelse af de lægefaglige ressourcer osv. (Regeringen 2004).

Reformen medfører ikke forbedringer her og nu. Der er i bedste fald tale om forbedringer på længere sigt. På sundhedsområdet er reformen primært en fremtidssikring kombineret med et forsøg på at opprioritere forebyggelsen. Hertil kommer en god portion politisk ønsketænkning.

Det oprindelige udtryk 'struktur-reform' er mere dækkende for reformen end det nu benyttede 'kommunalreform'. Der er blevet skabt nye rammer – en ny struktur – men udfyldningen, indholdsreformen, er først lige begyndt. I indholdsreformen tages der fat på bl.a. sygehusplanlægningen, der reelt set ikke er diskuteret i rapporterne bag reformen (Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg 2003; Strukturkommissionen 2004)

Ændringerne på sundhedsområdet

To nye love danner rammen for reformen på sundhedsområdet: Sundhedsloven med 277 paragraffer og Loven om regionernes Finansiering.

Sundhedsloven er primært en sammenskrivning af eksisterende love, fx sygehusloven og sygesikringsloven. For første gang findes der nu en sammenhængende sundhedslov. I loven findes naturligvis også de relevante paragraffer, der beskriver den nye opgavefordeling i sundhedsvæsenet, de nye spilleregler, fx sundhedsaftaler mellem region og den enkelte kommune, og Sundhedsstyrelsens øgede beføjelser ved planlægningen af specialiseret sygehusbehandling.

Reformen kan kompakt beskrives ved tre stikord: struktur, opgavefordeling og finansiering, der samtidig er dispositionen for nedenstående gennemgang. Under ét kan det konstateres, at den samlede konsekvens af ændringerne på sundhedsområdet er en øget statslig styring, dels i kraft af øgede godkendelsesbeføjelser til Sundhedsstyrelsen, dels via ændringerne af finansieringen, der giver regering og folketing et en hel central rolle.

Struktur

De 13 amter er afviklet og erstattet med fem regioner med i gennemsnit godt 1 million indbyggere – fra 600.000 i Region Nordjylland til 1,6 millioner i Region Hovedstaden. Antallet af kommuner er reduceret fra 271 til 98, heraf er 66 'sammenlægningskommuner'. Kommunerne har i gennemsnit omkring 55.000 indbyggere – fra omkring 20-25.000 i de mindste kommuner, hvis der bortses fra øer som Læsø og Fanø og op til 500.000 i Københavns kommune.

Det fælles mål bag større regioner og kommuner er større faglig bæredygtighed kombineret med en tro på stordriftsfordele (økonomisk bæredygtighed). Reformens mål er bl.a. at "fremtidssikre den decentrale offentlige sektor ... ved at skabe bæredygtige enheder med et klart ansvar for at levere velfærdsydelser af høj kvalitet til danskerne" (Regeringen og Dansk Folkeparti 2004).

Ved faglig bæredygtighed forstås, at man i centrale funktioner har 'kritisk masse', dvs. der er tilstrækkeligt mange klienter, brugere, patienter osv. til, at de ansatte udvikler en høj grad af faglig ekspertise baseret på 'øvelse gør mester',

hvorved der også skabes bedre resultater ('faglig kvalitet'), jfr. kapitel 9 i bind I, (Strukturkommissionen 2004).

På trods af begrebets intuitive indhold er det ikke lige let at give begrebet indhold på alle kommunale områder, (Groes N & Olsen L 2004). For sundhedsområdet er det dog rimeligt klart, hvad der tænkes på, og hvad implikationerne er, (Pedersen 2004; Pedersen 2005b), nemlig at man centraliserer en række specialer og grenspecialer for at sikre tilstrækkelig stor patientvolumen og dermed sikre, at speciallægerne får den fornødne rutine som forudsætning for at skabe bedre behandlingsresultater.

Den økonomiske bæredygtighed drejer sig om skalafordele, dvs. (især) om der er stordriftsfordele ved større kommuner og regioner. Det har dog ikke været muligt overbevisende at påvise stordriftsfordele med større amter (= regioner).

Opgavefordeling: større rolle til kommunerne

Regionerne har, ligesom amterne havde det, ansvaret for sygehusområdet og sygesikringen, dvs. praktiserende læger, tandlæger, fysioterapeuter osv., samt medicintilskud. Det er regionernes altdominerende opgave¹. Der var ganske vist i reformarbejdet tanker fremme om, at almen praksis administrativt skulle underlægges kommunerne, (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2003; Strukturkommissionen 2004), men dette blev stoppet i opløbet, bl.a. i lyset af dokumentation af, hvordan samarbejdsakserne er i sundhedsvæsenet, (Bro et al. 2005; Pedersen et al. 2003).

Opgavemæssigt er det nye kommunernes centrale rolle på forebyggelses- og genoptræningsområdet. Der er blevet indført to nye målgrupperettede forebyggelsesbegreber: borger- og patientrettet forebyggelse. Det første er forebyggelse rettet mod alle og vedrører groft sagt livsstil og livsvilkår. Her ligger ansvaret alene hos kommunerne. I faglitteraturen taler man om primær forebyggelse, medens den patientrettede forebyggelse, som navnet antyder, er rettet mod personer, der allerede er syge, fx personer med kronisk sygdom. Fagligt taler

man om tertiær forebyggelse. Her er der tale om et delt ansvar med regionen.

Politisk knytter der sig store forventninger til kommunernes indsats på sundhedsområdet. Det forventes bl.a., at kommunerne etablerer nye løsninger på især forebyggelses- og genoptræningsområdet, f.eks. i form af sundhedscentre (Regeringen og Dansk Folkeparti 2004). Der er da også givet særbevillinger på næsten 200 mio. kr. til eksperimenter med sundhedscentre i omkring 30 kommuner (Sundhedskartellet 2003;Waldorff, Kristoffersen, & Curtis 2006).

Kommunerne har allerede i dag betydelige forpligtelser på forebyggelsesområdet, fx. i forhold til børn og unge (sundhedsplejerske ordningen, skolelægeordningen, børnetandpleje m.m.), ligesom de opsøgende forebyggende hjemmebesøg hos de 75+-årige også er et kommunalt ansvar. Endelig må det ikke glemmes, at kommunernes hjemmesygepleje også har et forebyggende sigte, om end det ofte overses i den daglige praksis (Sundhedsstyrelsen 2006b).

fx kommunerne i Sund By-initiativet (www.sund-by-net.dk). Det drejer sig fx. omkring kost, rygning, motion, sunde arbejdspladser m.m..

Dette er nyt, men i forhold til den samlede sundhedsopgave er det dybest set kun en mindre ændring, om end vigtig, hvor virkningerne sandsynligvis først vil vise sig på mellemlang og lang sigt. Sundhedslovens paragraf 119 siger, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for skabe rammer for sund levevis og skal etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne ('borgerrettet forebyggelse'). I paragraffens stk. 3 hedder det, at Regionsrådet yder patientrettet forebyggelse i sygehushælsnet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning til kommunernes. Uden for sygehuset, har kommunerne således også en opgave i forhold til den patientrettede forebyggelse, fx kronikergruppen, der bl.a. består af personer med sukkersyge, forhøjet blodtryk, 'rygelunger' m.fl.

Kommunerne har ligeledes fået en markant øget rolle på genoptræningsområdet. I forvejen

De kommunale sundhedsopgaver efter reformen (Sundhedsloven, afsnit IX)

1. Forebyggelse og sundhedsfremme (borgerrettet forebyggelse og medansvar for patientrettet forebyggelse, § 119) - NYT
2. Forebyggende indsatser til børn og unge (dels en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov. Sundhedspleje, skolelæge m.m., § 120-126) – HAVDE KOMMUNERNE I FORVEJEN
3. Kommunal tandpleje (børn, unge, omsorgstandpleje, specialtandpleje, § 127-137)) – HAVDE KOMMUNERNE I FORVEJEN
4. Hjemmesygepleje, § 138 og 139 – HAVDE KOMMUNERNE I FORVEJEN
5. Genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning § 140. NYT
6. Behandling af alkoholmisbrug, § 141 – STORT SET NYT
7. Lægelig behandling for stofmisbrug, § 142 NYT

Det afgørende nye er, at kommunerne nu får al ansvaret for forebyggelse uden for sygehuse, fx. den brede sundhedsfremmende indsats, som amterne tidligere udførte og i et vist omfang også de daværende kommuner,

varetager kommunerne den såkaldte vedligeholdelsestræning, dvs. træning rettet mod at hindre forværring, fx i forhold til plejehjemsboere. Som noget nyt skal de også varetage den ambulante genoptræning, som hidtil er blevet

varetaget af sygehusene. Behovet skal være lægefagligt begrundet, hvilket sker i form af såkaldte genoptræningsplaner, som sygehusene udsteder til kommunerne. Tilbage på sygehuse er alene den specialiserede genoptræning, som kræver særligt apparatur eller specialiseret personale.

Finansiering

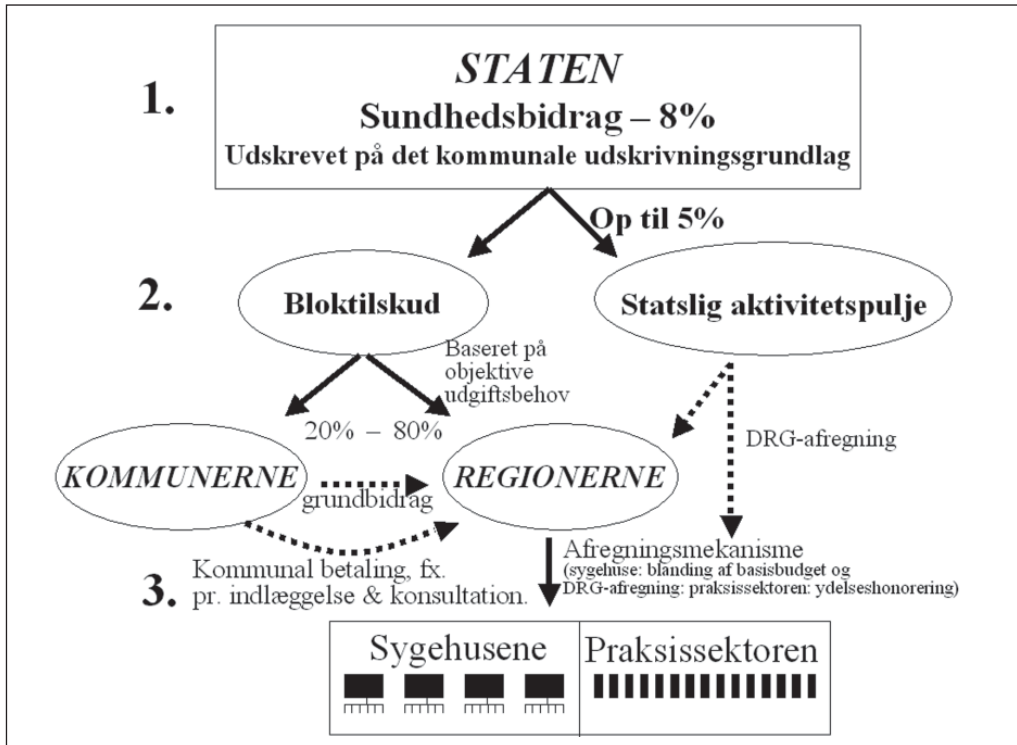
Bortset fra dannelsen af de fem regioner finder man den største ændring på finansieringsområdet. Der er tre elementer, jfr. figur 1. For det første, at regionerne ikke – i modsætning til amterne – har mulighed for at udskrive lokale indkomst- og ejendomsskatter til finansiering af sundhedsvæsenet. I stedet opkræver staten et proportionalt sundhedsbidrag på 8 %. Som følge af denne ændring skal kommunerne og regionerne for det andet have bloktilskud fra staten til finansiering af sundhedsopgaverne og endelige indføres der for tredje kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæ-

sen. Hver gang en kommunes borgere benytter det regionale sundhedsvæsen – uanset om det er sygehus eller konsultation hos den praktiserende læge – skal kommunen betale et beløb til regionen, jfr. tabel 1.

I de foreliggende forarbejder til reformen, dvs. rapporten fra Sundhedsministerens rådgivende Udvalg, (Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg 2003), og Strukturkommissionens betænkning, (Strukturkommissionen 2004), er det mere end svært at finde noget, der minder om analyse af fordele og ulemper ved ændringen: Fjernelse af retten til skatteudskrivning og kommunal medfinansiering.

De to hovedingredienser har hver deres begrundelser. På grund af de manglende analyser og offentlig tilgængelige begrundelser bliver det følgende derfor præget af såvel (begrundede) gisninger samt forsøg på at findes teoretisk eller empirisk funderede begrundelser.

Figur 1. Den nye finansieringsstruktur på sundhedsområdet



Tabel 1. Takster for kommunal medfinansiering, 2007-priser

Ydelse/yder	Betaling fra bopælskommunen	Maksimumbeløb for bopælskommunen
Sygehusindlæggelser • somatik • psykiatri	30% af DRG-taksten* 60% af sengedagstaksten	Kr. 4.476 Kr. 7.159
Færdigbehandlede patienter på sygehuse	Færdigbehandlede patienter	Kr. 1.522
Ambulant behandling på sygehuse • somatik • psykiatri	30% af DAGS-taksten** 30% af besøgstaksten	Kr. 298 pr. besøg Ikke pt. angivet
Genoptræning på sygehus	70% af genoptræningstakst	
Alm praktiserende læge	10% af honorarer for grundydelse. Bilag 1 i cirku- læret angiver hvilke ydelser, der er tale om	Ingen.
Specialpraktiserende læge	30% af honorarer	Kr. 298 per ydelse (af hensyn til ambulant behandling i sygehusvæsenet)
Tandlæge/kiropraktor/ fysioterapeut/fodterapeut psykolog	10% af honorarer	Ingen

Kilde: Cirkulære om aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering af sundhedsområdet, 28. juni, 2006.

* DRG-takst: DRG, diagnose-relaterede grupper, er en beregnet omkostning ('takst') for omkring 600 diagnose-grupper på sygehuse. Bruges i stigende grad som budgetgrundlag for sygehuse.

**DAGS-taksten, dansk ambulant grupperingsystem, er et tilsvarende system med omkring 100 grupper for sygehusenes ambulante aktivitet

Ekspertudvalget for sundhedsområdet, (Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg 2003), berørte ikke nogen af spørgsmålene, og omtalen i Strukturkommissionens betænkning kan ikke kvalificere som analyse. Set på den baggrund må den samlede beslutning betegnes som rendyrket politisk, dvs. et politisk ønske om en ændring uanset om teoretiske og empiriske overvejelser kan støtte eller modsige modellen. Dette er i sagens natur demokratisk legitimt, men fjerner tilløb til evidensbaseret policy og indeholder potentialet for i bedste fald

at være virkningsløst og i værste fald at være skadelig – og men kunne naturligvis også virke efter hensigten uagtet fravær af teoretisk og empirisk fundament.

Der er størst tavshed om fjernelse af den regionale skatteudskrivning. Søger man i regeringens udspil til reformen fra april 2004, 'Det nye Danmark', finder man følgende og eneste eksplicitte argument for fjernelsen af regionernes mulighed for at udskrive skatter:

"Alle regioner skal have de samme økonomiske muligheder for at tilbyde borgerne den bedste behandling. Derfor skal sundhedsregionerne ikke finansieres af egne skatter, som afhænger af indbyggernes indkomst. Staten skal i stedet sikre ensartede økonomiske vilkår for alle regioner og alle borgere i hele landet", (Regeringen 2004), p. 9.

Det er næppe i dette argument, at hovedbegrundelsen skal findes. Med den samme begrundelse kunne man jo også fjerne skatteudskrivningen fra kommunerne, (Regeringen 2004) og diverse udligningsordninger, som jo i fortid og nutid har haft til hensigt at sikre en høj grad af geografisk økonomisk lighed, mister dermed enhver mening.

Såvel Det konservative Folkeparti som Dansk Folkeparti/Fremskridtspartiet har haft nedlæggelse af amterne på dagsordenen siden 80-erne, men ikke Venstre. Man gætter derfor næppe meget forkert ved at antage, at

der er tale om et kompromis mellem disse modstridende synspunkter blandt forligspartierne bag reformen. Det regionale niveau blev ikke helt afskaffet - indrømmelse til Venstre - men den regionale indflydelse og handlerum blev stækket mest muligt², både hvad angår opgaver og indtægtsgrundlag - indrømmelse til de to folkepartier. Det Konservative Folkeparti har ved flere lejligheder fremført, at det med tre skatteudskrivende niveauer var vanskeligt (eller mon snarere besværligt?) at styre den samlede skatteudskrivning. Uagtet at der ikke er empirisk belæg for dette, har det gammelkendte synspunkt utvivlsomt spillet en rolle.

Ser man på begrundelsen for den kommunale medfinansiering kan det præcist sammenfattes ved dette citat fra det politiske forlig: "Med et delvist betalingsansvar for egne borgeres behandling i sundhedsvæsenet, der afhænger af borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet får kommunerne en yderligere tilskyndelse til

Tabel 2. De socioøkonomiske kriterier for fordeling af bloktilskud, har en samlet vægt på omkring 0,2.

	Pct-vægt
Antallet af enlige i aldersgruppen 65 år og derover	25%
Antallet af børn af enlige forsørgere	15%
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 pct.	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%

Kilde; (Indenrigs-og sundhedsministeriet 2007), 6.

at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats. De kommuner, der via en effektiv forebyggelses- og plejeindsats nedsætter behovet for sygehusbehandling, belønnes ved, at de skal betale mindre til borgernes sygehusindlæggelser. Borgerne får gavn af, at flere behov meningsfyldt kan opfyldes i nærmiljøet – tæt på eget hjem og egen læge”, p. 37-38 (Regeringen og Dansk Folkeparti 2004). Der er med andre ord tale om en rendyrket tro på økonomiske incitamenters evne til at igangsætte en substitutionsproces.

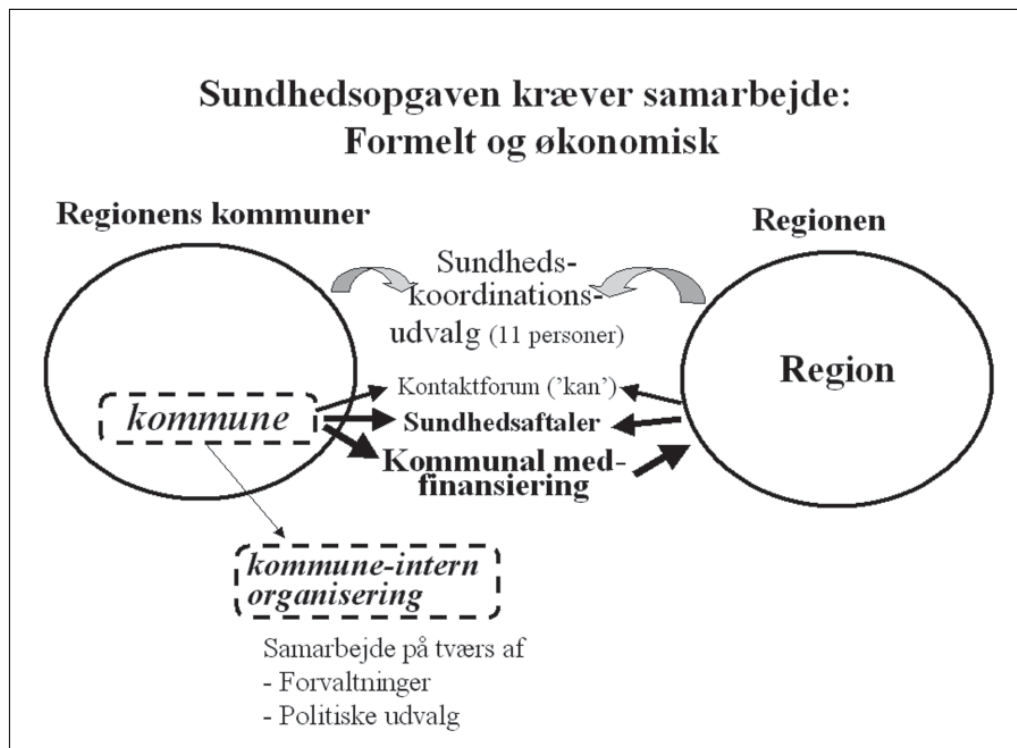
Med henblik på at give regionerne lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet fordeles bloktilskuddet dels som et basisbeløb og dels efter en række objektive fordelingskriterier, der afspejler udgiftsbehovet, Udgiftsbehovskriterierne tage højde for den aldersmæssige sammensætning af befolkningen i de enkelte regioner, svarende til omkring 80% af bloktilskuddet, og den socioøkonomiske struktur i

regionerne, svarende til omkring 20% af bloktilskuddet, som kan have betydning for forbruget af sundhedsydelser, jfr. tabel 2, (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2007). Den socioøkonomiske struktur opgøres i denne forbindelse ud fra en række kriterier om befolkningens sociale, helbredsmæssige og økonomiske forhold. På denne måde søger man sikre, at regionerne får nogenlunde ensartede økonomiske vilkår for at løse sundhedsopgaverne. Det har ikke været muligt finde dokumentation for, hvordan fx de socioøkonomiske kriterier og deres vægte præcist er beregnet. Der foreligger tilsyneladende kun et ret generelt dokument om hele spørgsmålet om fordeling af bloktilskud, (Indenrigsministeriet 2004).

Samarbejde og sundhedsaftaler

Reformen styrker og formaliserer samarbejdet blandt sundhedsvæsenets tre hovedaktører: region-kommune-praksissektoren. Der har altid været samarbejde, men det nye er dels en

Figur 2. Sammenbindingen af kommuner og region



forpligtelse, dels at samarbejdet bringes ind i faste og formaliserede rammer, herunder at Sundhedsstyrelsen skal godkende sundhedsaftalerne. Det har potentiale til at sikre koordination mellem parterne, arbejde med sammenhængende patientforløb, hensigtsmæssig ressourcefordeling m.m..

I hver region er der blevet nedsat et sundhedskoordinationsudvalg. Hvis ikke andet bestemmes lokalt vil udvalget normalt have 10 medlemmer: tre fra regionen, fem fra regionens kommuner og 2 fra praksisudvalget for almen praksis i kommunen. De nye magtforhold i sundhedsvæsenet er illustreret med sammensætningen, om end formanden udpeges af regionen.

Kommunerne og regionerne forpligtes i lovgivningen til at samarbejde om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje (Sundhedsstyrelsen 2006c). Det nedfældes i sundhedsaftaler, der indgås mellem den enkelte kommune og regionen. Aftalerne er obligatoriske, og skal blandt andet indeholde aftaler om udskrivningsforløb for svage ældre patienter samt aftaler om forebyggelse og genoptræning. Aftalerne skal godkendes af Sundhedsstyrelsen og illustrerer samtidig Sundhedsstyrelsens styrkede rolle i medfør af reformen. Sundhedsstyrelsens rolle er også blevet styrket, når det drejer sig om sygehusenes specialeplanlægning, jfr. Sundhedslovens paragraffer 207-209, især de højt specialiserede områder (lands- og landsdelsfunktioner). Regionerne skal udarbejde sundhedsplaner, der omfatter hele sundhedsområdet. Sundhedsstyrelsen skal inddrages i dette arbejde, ligesom planerne skal indsendes til Sundhedsstyrelsen (Sundhedsloven § 206).

Vurdering af sundhedssektorens nye økonomiske ordninger

Overordnet fører en analyse af fjernelse af regionernes mulighed for at udskrive skatter og den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen til to hovedkonklusioner: 1. regionerne vil omkostningsfrit kunne optræde i 'kræverollen' i forhold til regering og Folketing, som vil få svært ved at styre udgiftsudviklingen i sundhedssektoren og 2. den

kommunale medfinansiering vil blive stort set virklingsløs.

Manglende skatteudskrivning: mulig teoretisk begrundelse og erfaring fra Norge

Teoretisk – og altså uden for den a-teoretiske reform-kontekst, jfr. ovenfor – kan man spørge, om man i teorien om fiskal føderalisme, der især drejer sig om de økonomiske relationer i et flerniveau-system, kan begrunde fjernelsen af den regionale skatteudskrivning (Musgrave Richard A & Musgrave Peggy B 1973; Musgrave 1959; Oates WE 1999). Der er imidlertid ikke megen støtte at hente.

I den klassiske føderalisme i Musgrave-traditionen indeles verden i tre funktioner: allokering, stabilisering og omfordeling. Centralregeringen varetager den makroøkonomiske stabilisering, bl.a. indkomstkatten, som derfor ikke bør decentraliseres til det regionale niveau, hvor man i stedet bør forlade sig på ejendomsskatter. Den faktiske udvikling i Skandinavien og andre steder modsiger imidlertid teorien, (Rattsø Jørn (ed)), som bl.a. overser en 'forhandlet stabiliseringspolitik' baseret på klare beføjelser til centralregeringen, jfr. hvad der har været tale om i Danmark i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger mellem staten og amter samt kommuner.

I den såkaldte anden generations fiskale føderalisme, (Oates 2005), er den klassiske position opblødt. Der fokuseres bl.a. på vigtigheden af den samlede økonomiske ansvarlighed, som er forbundet med samtidig at skulle tilvejebringe indtægter, dvs. udskrive skatter, og have ansvaret for udgiftsdispositioner. I et public choice perspektiv står lokale politikere direkte til ansvar over for vælgerne både med hensyn til skatter og service/udgiftsniveau. Ud fra denne tænkning er det således problematisk ikke at kunne skatteudskrive på decentralt niveau. En lidt anden vinkel peger på betingelserne for, at underliggende niveauer i et flerniveau-system, kan have en tendens til 'to raid the fiscal commons' på grund af asymmetrien mellem udgifts- og skatteansvar. En del peger derfor på, at der i et system, som det nu indførte i Danmark med

bloktilskud til regionerne fra staten, kan føre til udgiftspress.

Med betydelig forsigtighed kan erfaringerne fra sundhedsreformen i Norge i 2002, (Pedersen KM 2003), bruges som illustration af en ændring fra decentral tilvejebringelse af indtægter sammenlignet med en statslig model med bloktilskud til det regionale niveau.

Ansvar for sygehusvæsenet blevet overført til staten fra fylkene (amterne), som delvist havde finansieret sygehusene via lokal skatteudskrivning. Det blev erstattet af statslige bloktilskud til fem sygehusregioner. I nærværende sammenhæng er spørgsmålet, om den samlede udgiftsstyring blev bedre eller ringere og dermed, om Stortingets/regeringens direkte ansvar for økonomien er lige så stramtandet som fylkenes, dvs. hvilket politisk niveau er bedst til opretholde en hård budgetrestriktion, altså fastholde givne økonomiske rammer (Kornai 1986; Kornai, Maskin, & Roland 2003).

De norske erfaringer synes éntydigt at pege i retning af, at det er lettere at komme igennem med udgiftsønsker under det nye system sammenlignet med tidligere. Væksten i sundhedsudgifterne har været historisk høj og bringer de norske sundhedsudgifters andel af bruttonationalproduktet op på omkring 10% sammenlignet med Danmarks og Sveriges omkring 8,5%. Det skal dog også ses i sammenhæng med, hvad man kan kalde 'reformers logik', nemlig at de skal lykkes, og man derfor 'smører' dem med en god økonomi. Økonomaftalen fra juni måned mellem regionerne og regeringen peger i samme retning, om end man næppe med rimelighed skal fælde dom før tidligst i forbindelse med den næste økonomaftale i juni 2007.

I den korte tid, som reformen har fungeret i Danmark kan man muligvis allerede se tendenser i retning af 'kræve-mentalitet'. Danske Regioner fremført således ved generalforsamlingen ultimo april 2007 ønske om 100 mia. kroner til apparatur, nybyggeri og renovering af sygehuse over en 10-årig periode (Danske Regioner 2007). Det er tankevækkende i lyset af, at der

ikke foreligger vedtagne sygehusplaner, ligesom det i givet fald må pege på forsømmelser fra de daværende amters side. Det er karakteristisk, at regeringen får stukket målsætningen om et sundhedsvæsen i verdensklasse i næsen som en del af argumentationen.

Kommunal medfinansiering: substitutionsmuligheder

På det sundhedsfaglige område antages, at der i dag i betydende omfang foregår sygehusindlæggelser, som kunne undgås, hvis kommunerne havde et bedre (pleje)tilbud, dvs. der eksisterer betydelige substitutionsmuligheder, eller fordi det er et billigere alternativ for kommunerne at bruge sygehuset frem for at tilvejebringe kommunale tilbud.

Spørgsmålet om substitutionsmuligheder er et empirisk spørgsmål kombineret med spørgsmålet om den sundhedsfaglige viden og formåen i kommunerne³, dvs. hvilke fagligt tilfredsstillende tilbud kan kommunerne reelt set opbygge.

Den empiriske viden om substitution er særdeles beskedent. De to eneste danske undersøgelser, (Ramsussen & et al 2006; Rasmussen & Gjørup 2003), tyder på, at det i bedste fald drejer sig om 2-5% af indlæggelserne på medicinske afdelinger. Indlæggelser på medicinske afdelinger udgør ca. 40% af samtlige indlæggelser, dvs. vurderet i forhold til samtlige indlæggelser udgør 'undgåelige' indlæggelser maksimalt omkring 2% af samtlige indlæggelserne, og der er næppe tvivl om, at det er de medicinske afdelinger, man skal interessere sig, ikke fødeafdelinger eller kirurgiske afdelinger. To procent svarer til ca. 22.000 indlæggelser. Det er dog langt fra sikkert, at de alle kan erstattes med en kommunal foranstaltning. Viden herom mangler i beklemmende grad (Pedersen 2005a).

Man må ikke glemme, at en række af substitutionsmulighederne beror på et samarbejde med de praktiserende læger, som har retten til at visitere til sygehusbehandling. En kommune kan således godt opbygge et lokalt alternativ for patienter med 'rygelunger' (kronisk obstruktiv lungelidelse, KOL, som især rammer ældre

og viser sig ved åndedrætsbesvær, behov for ilt, vand i lungerne osv.), og potentielt 'forebygge' genindlæggelser fra denne gruppe, men hvis den praktiserende læge foretrækker en sygehusindlæggelse frem for henvisning til det kommunale alternativ, kan kommunen ikke stille noget op.

Med hensyn til kommunernes mulighed for at substituere konsultationer hos alment og specialpraktiserende læger, er der endnu større mangel på viden end på sygehusområdet.

Kommunal medfinansiering: økonomiske incitamenter

Givet at der er substitutionsmuligheder, drives substitutionen af økonomiske incitamenter, dvs. at det med betalingstaksterne i tabel 1 er en økonomisk nettofordel for kommunen at iværksætte egne sundhedsmæssigt substituerende aktiviteter.

Taksterne er fastsat med en betydelig grad af vilkårlighed og intet steds kan man finde begrundelser. Således kunne man i det oprindelige lovforslag se, at taksten for en somatisk sygehusindlæggelse var sat til kr. 3.000, men senere efter pres fra Kommunernes Landsforening blev forøget til kr. 4.000 (2004-prisniveau).

Mere principielt skal taksterne opfylde to mål: dels være store nok til at give kommunerne en tilskyndelse til substitution, dels som minimum spejle en slags marginalomkostning på sygehuset, dvs. at sygehusene realistisk kan reducere deres omkostninger med dette beløb, hvis kommunen kan 'forebygge' en indlæggelse. I modsat fald vil ordningen samlet set være omkostningsfremmende.

Det er relativt let at lave regnestykker, der generelt og specifikt illustrerer, at det er tvivlsomt om der i ret mange tilfælde er økonomiske nettofordele for kommunerne ved at udvikle substituerende tilbud (Pedersen KM 2006a). I forbindelse med de simple regnestykker, har det været anført, at man jo blot kunne hæve taksterne for på denne måde at skabe økonomisk balance. For det første vil selv nok så høj

en takst ikke vil føre til kommunale transplantationscentre, fødestuer, kirurgiske centre mm. Med andre ord: en forudsætning for igangsætning af en substitutionsproces er, at det er sundhedsfagligt muligt og forsvarligt. For det andet skal man være sikker på, at taksten ikke er højere end, hvad sygehusene realistisk kan 'spare' på de reelt variable omkostninger, hvis der er færre indlæggelser. For det tredje skal man erindre, at sygehusene – uafhængig af den kommunale medfinansiering – i stigende grad får tilført midler per indlæggelse (de såkaldte DRG-takster, (Pedersen KM, Bech M, & Hansen MB 2006)). Det skal fremover udgøre omkring 50% af indtægtsbudgettet. Det betyder en yderligere indtægtsreduktion – en så stor reduktion, at det reelt set ikke er muligt at reducere det variable omkostningsbudget tilsvarende. Da den kommunale indsats i bedste fald vil føre til en marginal nedgang i antal indlæggelser kan der reelt set ikke kapacitetstilpasses, dvs. man kan ikke reducere de faste eller halvfaste omkostninger.

Vil de ventede virkninger af kommunal medfinansiering indfinde sig?

Hvis økonomiske incitamenter skal virke, forudsætter det, at den parts adfærd, man vil påvirke, har en reel mulighed for at ændre adfærd. Denne grundlæggende regel er ikke opfyldt i nyordningen, som især er rettet mod substitution af sygehusydelser, dvs. den patientrettede forebyggelse.

Der er to problemer: alle ydelser er omfattet, men kommunerne kan kun påvirke en meget beskeden del af dem ved at øge deres sundhedsmæssige indsats, jfr. afsnittet om substitutionsmuligheder. Alene af den årsag burde man have indskrænket ordningen til patientgrupper med reelle substitutionsmuligheder. For det andet – selv efter den foreslåede indskrænkning – kontrollerer kommunen ikke henvisningen til sygehusbehandling. Det gør de praktiserende læger, som visiterer til sygehusbehandling. Hvis det skal lykkes for kommunerne at flytte noget, skal de ind i en tæt dialog med praksissektoren (Pedersen KM 2006b). Alt i alt kan man ud fra det foregående konkludere

dere, at (ønske)tænkningen bag den kommunale medfinansiering næppe holder. Der har været en beklagelig mangel på systematisk analyse eller blot simple 'bag-på-en-kuvert-beregninger'.

Indholdsreformen: sygehusplanlægning

Den første del af indholdsreformen, nemlig planlægningen af sygehusstrukturen i de nye regioner, er i fuld gang. Alle regioner har fremlagt forslag og Hovedstadsregionen har ultimo april vedtaget en sygehusplan.

Startskuddet blev givet af Sundhedsstyrelsen lige før jul 2006 med en Vejledning om akutberedskabet og den præhospital indsats (Sundhedsstyrelsen 2006a). Heri tages konsekvensen af tænkningen bag faglig bæredygtighed, jfr. ovenfor. Det anbefales således, at antal sygehuse med akutberedskab, dvs. modtagelse af akutte patienter døgnet rundt, reduceres fra de nuværende godt 40 til mellem 20-25 over en 5-10 årig periode. Der bør være et befolkningsunderlag på mellem 200-400.000 indbyggere per akutberedskab,

Konklusion

Der er ikke tvivl om, at to af de tre ændringer der er sket på sundhedsområdet peger i den rigtige retning: færre regioner og øget ansvar for forebyggelse til kommunerne. Man kan diskutere om netop fem regioner er det rigtige antal. Nærværende forfatter havde hellere set 6 eller 7 af årsager, det fører for langt at komme ind på her (Pedersen 2004). Reformens Achilles-hæl er utvivlsomt finansieringssiden. Det kan være en mulig kilde til ustabilitet i grundstrukturen bag reformen. Dels vil den ikke i sin nuværende form effektivt understøtte kommunernes arbejde med sundhedsopgaven, dels vil fravær af regional skatteudskrivning skabe en tendens til at regionerne omkostningsfrit kan stille op i koret af interessenter, der kræver flere penge fra regering og Folketing. Det sidste kan man allerede lidt impressionistisk begynde at fornemme i løbet af reformens første 8-9 måneder. Hver gang der er et problem peger regionerne på Christiansborg og siger: Flere penge.

afhængig af bl.a. urbaniseringsgrad. Herved mener Sundhedsstyrelsen – videnskabeligt udokumenteret, men som det anføres baseret på vurderinger og sund fornuft – at behandlingskvaliteten vil blive forbedret.

Planlægningen bærer vidnesbyrd om Sundhedsstyrelsens styrkede rolle, ligesom der som noget usædvanligt, men måske kendetegnende for fremtiden, er søgt politisk dækning blandt forligspartierne bag sundhedsloven for en række ret selvfølgelige og generelle principper for planlægningen, fx høj kvalitet uanset tid og sted, et dynamisk og robust sygehusvæsen (Forligspartierne bag sundhedsloven 2006). Det peger mod, at den sundhedspolitiske balance i kølvandet på reformen er flyttet fra amterne/regionerne til regering og Folketinget sekunderet af Sundhedsstyrelsen, jfr. betragtningerne ovenfor om en centralisering på sundhedsområdet som konsekvens af reformen. Investeringsomfanget forventes at blive betydeligt. Danske Regioner taler således om 100 mia. – dog uden egentlig dokumentation, (Danske Regioner 2007).

Økonomiforhandlingerne i juni 2007 mellem regionerne og regeringen forløb i det store hele som tidligere i amtsperioden – i det mindste anskuet ude fra. Den statslige styring viser dig tydeligt i forbindelse med investeringerne i ny sygehusstruktur, der forventes at blive betydelig. Der skal således etableres et ekspertpanel, der skal vurdere de konkrete større strukturelle anlægsprojekter i forhold til en række principper, herunder bl.a. samling af enheder, driftsøkonomisk rentabilitet, effektivitet og kvalitet. Det skal bl.a. ske på baggrund af dialog med de enkelte regioner om de konkrete projektforslag og antagelserne heri. Ekspertpanelet afgiver indstilling til regeringen om, hvorvidt de enkelte projekter opfylder målsætningerne og principperne med henblik på gennem en løbende drøftelse med Danske Regioner at tage stilling til udmøntning og finansiering af de prioriterede projekter, der vedrører fremtidens sygehusstruktur, (Finansministeriet 2007).

Summary

The health care sector has been reorganised along three dimensions: a reduction of regional entities from 14 to 5; a shift in responsibility for prevention, health promotion and rehabilitation from the former counties to the municipalities, and radical changes in the financing of regional health care. The new regions cannot levy (regional) income and property taxes as in the past, but they will receive financing via block grants from the central government. A municipal co-financing scheme has been introduced which means that whenever a

citizen of the municipality needs regional health services, the municipality pays a certain amount to the region. The Achilles heel of the reform is undoubtedly the financing scheme which makes it more difficult to control health expenditure because it is likely that central government caves in to when the regions 'cost free' can demand more money. Furthermore, a municipal co-financing scheme, which is the initiation of substituting municipal health services, is unlikely to have any substantial effect.

Noter

1. Regionerne har to andre opgaveområder:
 1. Drift af visse specialiserede sociale institutioner. Kommunerne får fra og med 2007 mulighed for selv at oprette og drive alle former for institutioner og tilbud. De kan også overtage lokale institutioner, der ellers er placeret i regionerne.
 2. Regional udvikling. Økonomisk og personalemæssigt er disse to områder dog dværge sammenlignet med sundhedsområdet.
2. Regionerne er meget bundet i deres hand-

- lemuligheder, fordi de ikke har den såkaldte kommunalfuldmagt. Fx kan køkkenet på et sygehus ikke byde på og evt. levere mad til kommunale plejehjem. For praktiske formål betyder det, at alt, som der ikke eksplicit er tilladt, er forbudt.
3. Kommunernes indsats er begrænset af, at de ikke må ansætte behandlende læger, dvs. kommunernes største sundhedsmæssige ekspertise findes på niveauet professionsbachelor: sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.fl.

Litteratur

Bro, F., Pedersen, K., Hansen, D., Kragstrup, J., & Munck, A.: "Hvem kommunikerer almen praksis med? Praktiserende lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet", Ugeskrift for Læger 167(23): 2519-2522, 2005.

Danske Regioner: Investeringer i fremtidens sundhedsvæsen. Generalforsamlingen 2007. København, Danske Regioner, 2007.

Finansministeriet: Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2008. København, Finansministeriet, 2007.

Forligspartierne bag sundhedsloven: Principper om specialeplanlægning (politisk enighed, princippapir). København, www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Specialplanlaegning/Politisk_enighed_om_principper.aspx?lang=da, 2006.

Groes, N & Olsen L: Brudstykker eller sammen-

hæng? En antologi om forudsætningerne for en offentlig strukturreform. København, FOKUS, 2004.

Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg: Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer. København, Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2003.

Indenrigs- og sundhedsministeriet: Sektoranalyse på sundhedsområdet 1. København, Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2003.

Indenrigs- og sundhedsministeriet: Generelle tilskud til regionerne 2008. København, Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2007.

Indenrigsministeriet, 2. ø. k.: Model for fordeling af statsligt tilskud til finansiering af regionernes sundhedsudgifter, Indenrigsministeriet, 2004.

- Kornai, J.:** "The soft budget constraint", *Kyklos* 39:3-30, 1986.
- Kornai, J., Maskin, E., & Roland, G.:** "Understanding the Soft Budget Constraint", *Journal of Economic Literature* 41(4): 1095-1136, 2003.
- Musgrave, Richard A & Musgrave, Peggy B:** *Public Finance in theory and practice* 70. New York, McGraw-Hill, 1973.
- Musgrave, R.:** *The theory of public finance*. New York, McGraw-Hill, 1959.
- Oates WE:** "An Essay on Fiscal Federalism", *Journal of Economic Literature* 37(3): 1120-1149, 1999.
- Oates, W.:** "Toward a second-generation theory of fiscal federalism 84", *International Tax and Public Finance* 12:349-373, 2005.
- Pedersen, KM:** "Reforming decentralized integrated health care systems: theory and the case of the Norwegian reform," Working paper 2002:7, University of Oslo, health economics research programme, 2003.
- Pedersen, KM:** "Kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen: Columbusæg eller misfoster", *Samfundsøkonomen*(6): 20-25, 2006a.
- Pedersen, KM:** "Strukturreformen: hvorfor, indhold og mulige konsekvenser", *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 84(11): 1219-1235, 2006b.
- Pedersen, KM, Bech M, & Hansen MB:** *Incitamentsstyring i Sygehusvæsenet. Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamenter*. Odense, Syddansk Universitetsforlag, 2006.
- Pedersen, K.:** *Behovet for strukturændringer i sundhedssektoren*, p. 275-303 i Groes, N og Olsen, L (red): *Brudstykker eller sammenhæng? En antologi om forudsætningerne for en offentlig strukturreform*, FOKUS, København, 2004.
- Pedersen, K.:** *Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet. En ide på sandgrund?* Odense, Syddansk Universitetsforlag, 2005a.
- Pedersen, K.:** *Sundhedspolitik*. Odense, Syddansk Universitetsforlag, 2005b.
- Pedersen, K., Munck, A., Hansen, D., Bro, B., & Kragstrup, J.:** *Praktiserende lægers kon-*
- takter med social- og sundhedsvæsenet. En beskrivelse af almen praksis' kontaktmønster til kommuner og det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser vedrørende almen praksis' administrative tilhørsforhold*. Odense, Institut for sundhedstjenesteforskning og Audit Projekt Odense ved Syddansk Universitet, 2003.
- Rasmussen, L. & et al:** "Hensigtsmæssig anvendelse af sengedage på medicinske afdelinger", *Ugeskrift for Læger* 168(1): 25-29, 2006.
- Rasmussen, J. & Gjørup, T.:** "Kan indlæggelse på et sundhedscenter af akutte medicinske patienter erstatte indlæggelse på hospital?", *Ugeskrift for Læger* 165:4640-4645, 2003.
- Rattsø, Jørn (ed):** *Fiscal federalism and state-local finance : The Scandinavian perspective*. Edward Elgar Publ, Northampton, MA, 1998.
- Regeringen:** *Det nye Danmark - en enkel offentlig sektor tæt på borgeren*. København, Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2004.
- Regeringen og Dansk Folkeparti:** *Aftale om strukturreform*. København, Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2004.
- Strukturkommissionen:** *Strukturkommissionens betænkning nr. 1437, bind I-III. Bind I: hovedbetænkningen, bind II: bilag med baggrundskapitler, bind III: bilag med sektorkapitler*. København, Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2004.
- Sundhedskartellet:** *Sundhedscentre - nye veje til mere sundhed for pengene*. 2003. København, Sundhedskartellet.
- Sundhedsstyrelsen:** *Gennemgang af akutberedskabet*. København, Sundhedsstyrelsen, 2006a.
- Sundhedsstyrelsen:** *Vejledning om hjemmesygepleje*. København, Sundhedsstyrelsen, 2006b.
- Sundhedsstyrelsen:** *Vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler*. København, Sundhedsstyrelsen, 2006c.
- Waldorff, S., Kristoffersen, J., & Curtis, T.:** *Sundhedscentre i kommunerne Statusnotat om målgrupper, organisering og typer*. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

