

Evaluering af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet

Maj 2015

KL
Danske Regioner
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Økonomi- og Indenrigsministeriet
Finansministeriet

Indhold

1. Resume	3
2. Kommissorium og tilgang	8
2.1 Indledning	8
2.2 Om den kommunale medfinansiering	8
2.3 Arbejdets tilrettelæggelse	11
3. Resultater fra delanalyser	13
3.1 Delanalyse 1: Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner	13
3.1.1 Om analysen	13
3.1.2 Resultater – kommuner	14
3.1.3 Resultater – regioner	20
3.2 Delanalyse 2: Analyse af virkningerne for den kommunale og regionale økonomi af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet	23
3.3 Delanalyse 3: Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats	29
3.4 Delanalyse 4: Beskrivelse af incitamentsvirkninger i regioner	36
4. Sammenfattende evaluering	40
4.1 Hensyn: En effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder et styrket samarbejde på tværs i kommunerne	40
<i>Kommunal fokus på forebyggelse – og KMF's betydning</i>	41
<i>Kommunale incitament</i>	42
<i>Effekter af den kommunale forebyggelsesindsats</i>	44
<i>Styringsmæssige rammer</i>	45
<i>Samarbejde på tværs inden for og mellem kommuner</i>	46
4.2 Hensyn: Forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner	47
4.3 Hensyn: Budgetsikkerhed og begrænsede byrdefordelingseffekter	49
<i>Byrdefordelingseffekter</i>	49
<i>Budgetsikkerhed</i>	49
4.4 Regionale incitament	50
<i>Elementer med selvstændig incitamentsvirkning</i>	51
5. Overvejelser om tiltag	53
5.1 Generelle overvejelser	53
5.2 Overvejelser om tilpasninger i ordningen	55
5.2.1 Differentiering (målretning)	55
5.2.2 Neutralisering af regionale incitament	61
Bilag 1. Kommissorium	66

1. Resume

Baggrund

Evalueringen af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet er gennemført som opfølgning på økonomiaftalerne mellem regeringen og Danske Regioner henholdsvis KL og evalueringen af kommunalreformen.

Den kommunale medfinansiering blev indført som et integreret led i kommunalreformen først og fremmest med henblik på en yderligere tilskyndelse til en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder at styrke samarbejdet på tværs af kommunale fagområder samt at styrke det forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner.

Evalueringen af den kommunale medfinansiering skal ses i lyset af hensynene bag kommunalreformens elementer på sundhedsområdet. De kommende års udfordringer med et øget behandlingspres på sundhedsvæsenet bl.a. som følge af flere ældre og flere kroniske patienter understreger vigtigheden af en effektiv og rettidig forebyggelses- og genoptræningsindsats og sammenhæng i behandlingen for de patienter, der går på tværs af sektorer.

Tilgang

Evalueringen er gennemført med forankring i en overordnet styregruppe for evalueringen med repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet (formand), KL og Danske Regioner. Evalueringen er med udgangspunkt i kommissoriet blevet tilrettelagt ved gennemførelsen af fire delanalyser, der er gennemført som selvstændige analyser, forankret i selvstændige arbejdsfora:

- Delanalyse 1: Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner.
- Delanalyse 2: Analyse af virkningerne for den kommunale og regionale økonomi af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet.
- Delanalyse 3: Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats.
- Delanalyse 4: Beskrivelse af incitamentsvirkninger i regionerne.

Alle delanalyser er afrapporteret til styregruppen foråret 2015. Resume af resultaterne fremgår af nærværende rapport (kapitel 3).

På baggrund af resultaterne fra delanalyserne er der efterfølgende i regi af styregruppen foretaget en samlet evaluering af ordningen (kapitel 4), med fokus på at vurdere opfyldelsen af de identificerede centrale hensyn bag medfinansieringen.

- Yderligere tilskynde til en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder et styrket samarbejde på tværs i kommunerne,
- Understøtte et forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner.

Yderligere er følgende øvrige forhold medtaget i evalueringen:

- Budgetsikkerhed og begrænsede byrdefordelingseffekter.
- Incitamerter i regionerne.

Styregruppen har endelig fremlagt sine overvejelser og skitseret et katalog for mulige ændringer af ordningen i lyset af evalueringen (kapitel 5).

Generelle overvejelser

Generelt gælder i forhold til evalueringen, at den kommunale medfinansiering kun er én af mange faktorer, der påvirker den kommunale forebyggelsesindsats og samarbejdet mellem kommuner og regioner. Heri ligger, at det i overvejelser om styringsinstrumenter og incitamerter er væsentligt at have for øje, at de enkelte instrumenter indgår i flerstrengt styringsstruktur, og at de enkelte instrumenter kan have forskellige positive og negative incitamentsvirkninger samtidig – der er således ikke ét instrument der kan det hele.

Den kommunale medfinansiering er dermed ét instrument i den samlede styringsstruktur på sundhedsområdet, som senest er blevet analyseret samlet i Incitamentsudvalget (2013). I nærværende evaluering er der søgt et isoleret fokus på medfinansieringen.

Resume af evalueringen

Evalueringen viser overordnet, at medfinansieringen i det *kommunale* perspektiv lever op til det forudsatte i den forstand, at medfinansieringen har bidraget til et styrket kommunalt fokus på forebyggelses- og plejeopgaven. Selve størrelsen af medfinansieringen til regionerne er en væsentlig faktor for det skærpede kommunale fokus.

KMF opleves endvidere af kommunerne som en adkomst og styrke i et samarbejde med regionerne, der generelt ses med risiko for asymmetri.

Den kvantitative kortlægning viser, at på typiske indikatorer for effekten af den patientrettede forebyggelse, genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser, er der sket en positiv udvikling siden 2007. Det kan anvendes som indikator for en rettidig og effektiv kommunal forebyggelse, og forskelle kan indikere potentialer for forbedringer. Genindlæggelser kan dog også skyldes andre forhold, herunder indsatser i regionalt regi. Indikatorerne skal derfor anvendes varsomt i relation til den kommunale medfinansiering. På akutte korttidsindlæggelser er udviklingen konstant.

Evalueringen viser, at den kommunale administration har udviklet sig siden ordningens introduktion, og har indrettet sig efter det forhold, at incitamenterne for kommunerne er som et supplerende økonomisk incitament til ikke at ligge skævt ift. kommunens træk på regionale ydelser, og ikke et 1-til-1 incitament til finansiering af nye indsatser.

Evalueringen viser god kommunal forståelse for behovet for sammenhæng i indsatsen på tværs af kommunen, men samtidig indikation af variationer i fokus og prioritering af området. Analysen viser også, at størrelse betyder noget ift. de mere komplekse sundhedsområder, og at mange mindre kommuner har indrettet sig herefter via fælleskommunale samarbejder.

Analyserne har ikke konstateret væsentlige byrdefordelingsmæssige effekter af den kommunale medfinansiering. Det svarer til konklusionerne fra tidligere analyser. Kortlægningen har dog vist, at loftfastsættelsen i regionerne giver sig udslag i en øget byrdefordelingsmæssig effekt i konkrete regioner og kommunerne i de pågældende regioner, jf. nærmere om loftsproblematikken nedenfor.

Budgetsikkerheden er endvidere meget høj i regionerne som følge af de indførte lofter for KMF-indtægten fra 2012, mens der for kommunerne er en vis budgetusikkerhed, som imidlertid er mindre end for sammenlignelige områder.

Analysen afdækker også, at mange kommuner ikke oplever at de kan påvirke alle dele af sygehusaktiviteten gennem forebyggelse, hvilket synes at betyde en aftagende effekt af KMF som motiverende faktor i kommunerne. Det kan tale for at genoverveje mulighederne for en differentieret (målrettet) KMF, som senest blev overvejet i KMF-udvalget (2010). En overvejelse herom er derfor medtaget i et muligt bruttokatalog.

Ønskerne om mere målrettede incitamentter på både kommunal og regional side, hvor bl.a. nogle kommuner efterlyser direkte regionale incitamentter til at modvirke fx genindlæggelser, kan ses i sammenhæng med de generelle overvejelser om incitamentter på sundhedsområdet. Løsninger i form af sådanne meget direkte tiltag ligger ikke inden for det generelle KMF-instrument, men kunne supplere KMF, jf. at de forskellige styringsinstrumentter har forskellige styrker.

Evalueringen viser også, at der er grundlag for fortsatte forbedringer af ordningen. Det gælder ift. effekterne af forebyggelsesindsatsen, hvor der fortsat er spredning mellem kommunerne, og det gælder ift. samarbejdet mellem kommuner og regioner, der fungerer flere steder og er blevet væsentligt bedre end i opstarten, men hvor der også udfordringer i forhold til at sikre et tæt og forpligtende samarbejde.

I den forbindelse viser analysen indikation af en vis skepsis overfor den kommunale medfinansiering set fra det *regionale* perspektiv. Regionerne ser således i stigende grad KMF som et instrument, der ikke understøtter et godt samarbejde.

Det synes at afspejle en generel skepsis i forhold til effekten af den kommunale indsats på den regionale hverdag, men kan også ses i sammenhæng med, at KMF iht. analysen især på to konkrete områder har en selvstændig incitamentsvirkning ind i regionerne i forhold til at levere aktivitet.

Det kan give risiko for at modvirke den ønskede bevægelse af patienter ud af sygehusene, ligesom problematikken har byrdefordelingsmæssige virkninger. Derfor er der medtaget overvejelser om tilpasninger vedrørende disse to selvstændige incitamentsvirkninger i et muligt bruttokatalog.

Herudover har evalueringen generelt afdækket forskelle i den kommunale håndtering af KMF. Et element heri synes at være forståelsen af KMF, herunder i hvilket omfang KMF ses som et supplerende økonomisk incitament, der har visse fælles træk med fx overførselsudgifter (og dermed ikke ses som fuldt styrbart med en-til-en sammenhæng mellem konkrete kommunale indsatser og medfinansieringen). Evalueringen viser samtidig, at der ikke fra regional side stilles noget samlet eller løbende analysegrundlag til rådighed for den kommunale indsats.

Disse sidste konstateringer taler for, at det uanset evt. tilpasninger i selve medfinansieringsordningen overvejes, i et samarbejde mellem Danske Regioner og KL, at kommunikere gode fælles erfaringer for håndteringen og forståelsen af den kommunale medfinansiering.

En fælles forståelse af, hvad KMF kan og ikke kan, hvilke dataanalyser der kan understøtte en effektiv kommunal pleje, og hvordan og på hvilke emner dialogen mellem regioner og kommuner tilrettelægges, vurderes i sig selv at kunne medvirke til at mindske mulige udfordringer i et samarbejde, der er helt centralt for at sikre sammenhængende og omkostningseffektive løsninger for patienterne.

Overvejelser om tilpasninger i ordningen

Styregruppen har i forlængelse af sine overvejelser fremlagt et bruttokatalog for mulige tilpasninger i ordningen i lyset af evalueringen. For de fremlagte mulige tiltag er kortlagt fordele og ulemper. Der er dermed ikke med kataloget taget stilling til retningen for evt. ændringer. Kataloget består af to hovedelementer:

1. En fornyet overvejelse om muligheder for at differentiere KMF, dvs. målrette medfinansieringen særlige grupper af borgere.
2. Fjerne incitamentsvirkninger ind i regionerne af medfinansieringen.

Ad 1. Muligheder for at differentiere (målrette) den kommunale medfinansiering.

Det fremgår af evalueringen, at flere kommuner peger på, at der er beskedent økonomisk incitament i den eksisterende ordning, fordi en del af medfinansieringen er relateret til sygehusaktivitet, som kommunen ikke oplever at have mulighed for at påvirke. Det kan tale for at genoverveje mulighederne for en differentieret (målrettet) KMF, som senest blev overvejet i KMF-udvalget (2010).

Kapitlet (afsnit 5.2.1) beskriver mulige, overordnede differentieringsmodeller og de fordele og ulemper der er forbundet med modellerne.

Der ses dels på aldersdifferentiering, som kan begrundes med forskelle i indikatorer for forebyggelsesindsatsen for de ældre, og hvor kommunerne i forvejen har en kontakt via plejeindsatsen. Kapitlet beskriver dels en model med målretning af KMF ift. alder fx +65 år, dels en model med afgrænsning af KMF til de ældre medicinske patienter.

Endvidere ses på differentiering efter diagnose, dvs. efter sygdomsgruppe eller lignende, som kan begrundes med ønsket om at fokusere medfinansieringen på de sygdomme eller befolkningsgrupper, hvor den kommunale forebyggelse opleves at have størst effekt. Kapitlet beskriver tre modeller: En model med målretning af KMF til brede sygdomsgrupper, en model med målretning mod særlige diagnoser (en 'positivliste') og en model med målretning mod kroniske patienter.

Ad 2. Fjerne incitamentsvirkninger ind i regionerne af medfinansieringen.

Evalueringen viser, at der er elementer i den kommunale medfinansiering, som har en selvstændig incitamentsvirkning på regionerne. Det skyldes grundlaget for fordeling af KMF samt forskellene mellem KMF og den statslige aktivitetspulje. Det kan give anledning til at overveje, om der er behov for tilpasninger vedrørende disse to konkrete selvstændige incitamentsvirkninger.

Kapitlet (afsnit 5.2.2) beskriver, også med afsæt i Incitamentsudvalgets arbejde (2013) 2 mulige tiltag for at løse problemet ved incitamentsvirkninger i regionerne og de fordele og ulemper der er forbundet med modellerne.

Den ene model indebærer en neutralisering af incitamentsvirkningerne ved at fjerne KMF fra den øverste (marginale) finansiering. Konkret sænkes loftet for regionernes indtægt fra den kommunale medfinansiering, så den marginale regionale aktivitet alene finansieres fra den statslige aktivitetspulje. Samtidig ændres fordelingen af loftet mellem regionerne, så indbyrdes konkurrence fjernes.

Den anden model indebærer en neutralisering af incitamentsvirkningerne gennem en fuld afkobling af den kommunale medfinansiering fra regionernes finansiering. Ordningen gøres derved til et anliggende mellem stat og kommuner alene, dvs. kommunernes medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen betales til staten.

2. Kommissorium og tilgang

Kapitlet beskriver opgaven, optegner den kommunale medfinansierings indretning samt redegør for den arbejdstilgang, som styregruppen for evalueringen har benyttet.

2.1 Indledning

Evalueringen af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet er gennemført som opfølgning på økonomiaftalerne mellem regeringen og Danske Regioner henholdsvis KL og evalueringen af kommunalreformen, *jf. bilag 1*.

Med kommunalreformen på sundhedsområdet kom de sundhedstilbud, der kan knyttes tæt op på borgerens hverdag, tættere på borgeren, samtidig med, at den specialiserede behandling med de nye regioner samledes på færre enheder. Endvidere var det formålet at skabe rammerne for en mere sammenhængende rehabiliteringsindsats på tværs af de kommunale serviceområder. Kommunalreformen medførte på den baggrund en ny opgavefordeling i det danske sundhedsvæsen.

Den kommunale medfinansiering blev indført som et integreret led i reformen først og fremmest med henblik på en yderligere tilskyndelse til en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder at styrke samarbejdet på tværs af kommunale fagområder samt at styrke det forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner.

Evalueringen af den kommunale medfinansiering skal ses i lyset af hensynene bag kommunalreformens elementer på sundhedsområdet. De kommende års udfordringer med et øget behandlingspres på sundhedsvæsenet bl.a. som følge af flere ældre og flere kroniske patienter understreger vigtigheden af en effektiv og rettidig forebyggelses- og genoptræningsindsats og sammenhæng i behandlingen for de patienter, der går på tværs af sektorer.

2.2 Om den kommunale medfinansiering

Den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet blev indført med virkning fra 2007. Hensigten med den kommunale medfinansiering er at skabe et yderligere incitament til, og fokus på en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses-, trænings- og plejeopgaven, herunder at styrke samarbejdet på tværs af fagområder, samt at styrke det forpligtende samarbejde mellem kommuner og regioner om sammenhængende patientforløb. Den kommunale medfinansiering er omvendt ikke et instrument til – eller giver incitamenter til – udvikling af egentlige

kommunale behandlingstilbud, jf. sundhedslovens opgavefordeling mellem regioner og kommuner.

I perioden 2007-2011 bestod den kommunale medfinansiering af to dele:

- Et grundbidrag pr. indbygger
- En aktivitetsbestemt medfinansiering

Med virkning fra 2012 blev ordningen omlagt bl.a. på baggrund af anbefalinger fra et udvalgsarbejde (*Udvalget om kommunal medfinansiering på sundhedsområdet*, 2010). Omlægningen betød en afskaffelse af grundbidraget, mens den aktivitetsbestemte medfinansiering blev modsvarende forhøjet. Formålet var at give kommunerne et yderligere incitament til at yde en effektiv pleje- og forebyggelsesindsats – ikke mindst over for de ældre medicinske patienter.

Samtidig med omlægningen i 2012 blev der indført et løft over den regionale indtægt fra kommunal medfinansiering. Det betyder, at regionens indtægter fra kommunerne ikke kan overstige loftet. Al aktivitet, som en region leverer ud over loftet fører således ikke til større indtægt fra kommunal medfinansiering. Det overskydende beløb opsamles af staten og sendes (forudsat det er afledt af øget produktivitet i regionerne) tilbage til kommunerne under ét. Hensigten med loftet er at begrænse et muligt incitament til regional meraktivitet for at sikre budgetoverholdelse i regionerne, som følge af den kommunale medfinansiering.

De regionale lofter for den kommunale medfinansiering fastsættes i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger mellem regeringen og Danske Regioner med afsæt i forudsætninger om det kommende års aktivitet i regionerne.

For kommunerne

Kommunerne har et generelt incitament til at sikre en effektiv sundhedsfremmende indsats og forebyggelse af sygdomme, da en sund og funktionsdygtig befolkning har positiv indflydelse på kommunens varetagelse af opgaverne på f.eks. beskæftigelsesområdet, det sociale område samt ældreområdet. Tillige påhviler det kommunerne at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgere i medfør af sundhedsloven.

Hensigten med den kommunale medfinansiering er at give kommunerne et yderligere incitament til at varetage forebyggelsesindsatsen så effektivt som muligt i de enkelte kommuner.

Kommunernes finansiering af den forudsatte medfinansiering sker via det kommunale bloktilskud, men indgår ikke i det kommunale udgiftsloft for de samlede serviceudgifter. Det indebærer for kommunerne under ét, at overskridelser ikke udløser sanktioner. Ændringer i udgifterne til medfinansieringen vil dog typisk påvirke prioriteringen af øvrige udgifter, da kommunerne typisk styrer efter en samlet økonomisk balance. I konkrete tilfælde kan ændringer i medfinansieringen dog finansieres af kassebeholdningen, hvilket dog vil udfordre økonomistyringen i fx kommuner med en nul-tillægsbevillingskultur.

Kommunernes forventede udgifter til medfinansiering set under ét beregnes ud fra den forudsatte regionale aktivitet på sundhedsområdet og indgår som en del af de økonomiske forudsætninger i de årlige økonomiaftaler. Der er som udgangspunkt et udgiftsloft for de kommunale udgifter, da de forudsatte aktivitetsniveauer angiver de enkelte regioners loft for indtægt fra den kommunale medfinansiering, jf. ovenfor.

For den enkelte kommune betyder ordningen, at hvis borgerne i den pågældende kommune anvender de regionale sundhedsydelser relativt mindre end gennemsnitligt for kommunerne, kan kommunen opnå en nettogevinst i det pågældende år. Omvendt gælder, at hvis borgerne i den pågældende kommune anvender de regionale sundhedsydelser relativt mere end gennemsnitligt, vil kommunen opnå en nettotab i det pågældende år.

Såfremt kommunernes udgifter under ét er lavere end det forudsatte pga. lavere aktivitet i regionerne, vil det indgå i fastsættelsen af bloktilskuddet to år senere og kommunens bloktilskud vedrørende kommunal medfinansiering vil alt andet lige reduceres. Hvis aktiviteten i regionerne er højere end forudsat, indebærer dette alt andet lige, at en større andel af den regionale finansiering fremadrettet vil komme fra den kommunale medfinansiering, og bloktilskuddet til kommunerne vil tilsvarende forøges.

Da den kommunale medfinansiering er en generel ordning, giver den ikke et specifikt incitament ift. bestemte grupper eller behandlinger. Den eksisterende model indeholder dog en implicit differentiering af den kommunale medfinansiering i forhold til tyngden af behandlingen, idet de fastlagte nominelle lofter indebærer, at den kommunale medfinansieringsandel er relativt lav på de dyreste behandlinger. Omlægningen i 2012 betød endvidere en relativ stor forøgelse af den relative kommunale medfinansiering for behandlinger omfattende ældre medicinske patienter.

For regionerne

Den kommunale medfinansiering indgår i den samlede finansiering af regionerne og udgør ca. 18,4 pct. heraf svarende til ca. 20 mia. kr. i 2015. Bloktilskuddet og den statslige aktivitetspulje udgør den resterende del af regionernes finansiering på hhv. ca. 80,4 og 1,2 pct.

Det fastsatte bloktilskud ydes uden direkte sammenhæng med den faktiske aktivitet i regionerne. Såvel den statslige som den kommunale aktivitetsfinansiering medvirker dog til, at en del af regionernes finansiering er aktivitetsafhængig. Det betyder, at regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering afhænger af den faktiske aktivitet, og finansieringsstørrelsen i regionerne vil således automatisk tilpasses til ændringer af aktiviteten. Den fulde forudsatte kommunale medfinansiering kan kun opnås i indeværende år, ved at levere mindst det aktivitetsniveau, der forudsættes i de årlige økonomiaftaler. Ordningen giver dermed som udgangspunkt regionerne incitament til som minimum at realisere de aftalte aktivitetsniveauer på sygehusområdet.

Generelt kan aktivitetsafhængig finansiering medføre en række fordele og ulemper, også afhængigt af den konkrete udformning, hvilket er belyst i Incitamentsudvalget rapport ”Bedre incitament i sundhedsvæsenet”. Der henvises således til Incitamentsudvalgets rapport for yderligere uddybning heraf. Som udgangspunkt er den marginale finansieringseffekt søgt neutraliseret af den kommunale medfinansiering. Aktivitetselementet i regionernes finansiering udmøntes på marginalen således alene som udgangspunkt via den statslige aktivitetspulje.

2.3 Arbejdets tilrettelæggelse

Evalueringen er gennemført med forankring i en overordnet styregruppe for evalueringen med repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet (formand), KL og Danske Regioner, der sekretariatsbetjenes af Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Evalueringen er med udgangspunkt i kommissoriet (bilag 1) blevet tilrettelagt ved gennemførelsen af fire delanalyser, der er gennemført som selvstændige analyser, forankret i selvstændige arbejdsfora:

Delanalyse 1: **Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner.**

Analysen er gennemført af eksterne konsulenter (Implement Consulting Group P/S), med forankring i en følgegruppe med deltagelse af evalueringens parter (formandskab Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse).

Delanalyse 2: **Analyse af virkningerne for den kommunale og regionale økonomi af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet.**

Analysen er gennemført med forankring i Finansieringsudvalget i regi af Økonomi- og Indenrigsministeriet (formand).

Delanalyse 3: **Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats.**

Analysen er gennemført i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, med forankring i følgegruppe med deltagelse af evalueringens parter.

Delanalyse 4: **Beskrivelse af incitamentsvirkninger i regionerne.**

Analysen er gennemført i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, med forankring i følgegruppe med deltagelse af evalueringens parter.

Alle delanalyser er afrapporteret til styregruppen februar 2015. Resume af resultaterne fremgår af nærværende rapport (kapitel 3).

På baggrund af resultaterne fra delanalyserne er der efterfølgende i regi af styregruppen foretaget en samlet evaluering af ordningen (kapitel 4), med fokus på at vurdere opfyldelsen af de identificerede centrale hensyn bag medfinansieringen:

1. Yderligere tilskynde til en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder et styrket samarbejde på tværs i kommunerne,
2. Understøtte et forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner.

Yderligere er følgende øvrige forhold medtaget i evalueringen:

3. Budgetsikkerhed og begrænsede byrdefordelingseffekter.
4. Incitament i regionerne.

Styregruppen har endelig, jf. kommissoriet, fremlagt sine overvejelser og ændringsmuligheder vedr. den kommunale medfinansieringsordning i lyset af evalueringen (kapitel 5).

Generelt gælder i forhold til evalueringen, at den kommunale medfinansiering kun er én af mange faktorer, der påvirker den kommunale forebyggelsesindsats og samarbejdet mellem kommuner og regioner.

Heri ligger dels, at det i overvejelser om styringsinstrumenter og incitament er væsentligt at have for øje, at de enkelte instrumenter indgår i flerstrengt styringsstruktur, og at de enkelte instrumenter kan have forskellige positive og negative incitamentsvirkninger samtidig – der er således ikke ét instrument der kan det hele. Den kommunale medfinansiering er dermed ét instrument i den samlede styringsstruktur på sundhedsområdet, som senest er blevet analyseret samlet i Incitamentsudvalget (2013).

Dels skal evalueringen generelt tages med det forbehold, at iagttagelser og observationer fra både den kvantitative og kvalitative analyse ikke nødvendigvis udspringer af den kommunale medfinansiering. Der er forsøgt taget højde herfor gennem den kvalitative del.

Generelt bemærkes endvidere, at dele af problematikken tidligere er berørt i henholdsvis *Udvalget om kommunal medfinansiering på sundhedsområdet* under Finansministeriet (2010), *Udvalget for bedre incitament i sundhedsvæsenet* under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013) og *Finansieringsudvalget* under Økonomi- og Indenrigsministeriet (2013). Evalueringen, herunder de fire delanalyser, har i relevant omfang gjort brug af resultaterne fra de omtalte arbejder.

3. Resultater fra delanalyser

Kapitlet indeholder en opsummering af resultaterne af de fire delanalyser.

Evalueringen er med udgangspunkt i kommissoriet (bilag 1) blevet tilrettelagt ved gennemførelsen af fire delanalyser, der er gennemført som selvstændige analyser, forankret i selvstændige arbejdsfora:

- **Delanalyse 1:** Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner.
- **Delanalyse 2:** Analyse af virkningerne for den kommunale og regionale økonomi af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet.
- **Delanalyse 3:** Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats.
- **Delanalyse 4:** Beskrivelse af incitamentsvirkninger i regionerne.

Alle delanalyser er afrapporteret til styregruppen foråret 2015. Resume af resultaterne fremgår nedenfor.

3.1 Delanalyse 1: Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner

3.1.1 Om analysen

Analysen er gennemført af eksterne konsulenter (Implement Consulting Group P/S), med forankring i en følgegruppe med deltagelse af evalueringens parter. Der henvises til ”Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner”, Implement 2015, for den fulde delanalyse.

Formålet med den kvalitative analyse er at afklare, hvilken betydning og effekt den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet har ift. kommunernes prioritering af forebyggelsesindsatsen, samt hvilke afledte effekter den kommunale medfinansiering, herunder incitamentsvirkninger, har i regionerne.

Boks 3.1 Fokus for den kvalitative analyse

Hvilken betydning og effekt har den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet ift. **kommunernes** prioritering af forebyggelsesindsatsen?

1. Kortlægning af den kommunale medfinansierings betydning og effekt ift. **den borgerrettede forebyggelse og ift. forebyggelse og tilskyndelse til at aflaste det specialiserede sundhedsvæsen** samt konkrete kommunale initiativer på forebyggelses-, pleje- og sundhedsområdet med henblik på bl.a. at hindre (gen)indlæggelser, herunder

indsatser på tværs af kommunegrænser.

2. En tilsvarende kortlægning af den kommunale medfinansierings betydning og effekter ift. **tilrettelæggelse af indsatser og samarbejde på tværs af kommunale forvaltninger og opgaveområder** (dvs. serviceområder, fx. social- og beskæftigelsesområdet).
3. Afdækning af i hvilket omfang den kommunale medfinansiering understøtter **samarbejdet mellem regioner og kommuner** om forebyggelsesindsatser, sammenhængende patientforløb og styringsdialog mv.
4. Identifikation af evt. **administrative konsekvenser** ved den kommunale medfinansiering i den kommunale opgavevaretagelse.

Hvilke afledte effekter har den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, herunder incitamentsvirkninger i **regionerne**?

5. Belysning af den kommunale medfinansierings betydning ift. den regionale opgavevaretagelse, herunder i hvilket omfang den kommunale medfinansiering påvirker og understøtter **samarbejdet mellem regioner og kommuner**, jf. ovenfor. Herunder ønskes en kortlægning af **regionernes håndtering af den kommunale medfinansierings-indtægt og omsætningen heraf ift. de enkelte sygehuse**.
6. Identifikation af evt. **administrative konsekvenser ved den kommunale medfinansiering** i den regionale opgavevaretagelse.

For at sikre en dybdegående kvalitativ vurdering og beskrivelse af erfaringerne og effekterne af kommunal medfinansiering er kerneaktiviteten i den kvalitative analyse interviews med en række forskellige repræsentanter fra i alt 15 udvalgte kommuner samt landets 5 regioner.

Implement vurderer på baggrund af den metodiske fremgangsmåde, hvor interviewene er gennemført på baggrund af en struktureret spørgeguide, at det med rimelighed kan konkluderes, at de gennemførte interviews er valide.

Implement vurderer for så vidt angår generaliserbarheden, at undersøgelsen for regionernes vedkommende er fuldt dækkende, da alle regioner er repræsenteret i analysen med tilsvarende respondentrepræsentation.

For kommunernes vedkommende er de 15 kommuner udvalgt på baggrund af kriterier, som kan have betydning for vurderingerne af såvel den kommunale udvikling på forebyggelses- og sundhedsområdet samt af samarbejdet mellem kommune og region og KMFs betydning i det hele taget. På baggrund af denne udvælgelse konkluderer Implement, at de holdninger, vurderinger og oplevede effekter, som kommunerne udtrykker i analysen, er generaliserbare.

3.1.2 Resultater – kommuner

Boks 3.2 Udvikling i kommunernes fokus på forebyggelse og sundhed

- Generelt oplever kommunerne, at der har været et kontinuerligt stigende politisk og administrativt fokus på forebyggende indsatser og sundhedsområdet generelt siden 2007.
- Kommunerne har således opprioriteret både borgerforebyggende, patientforebyggende og forebyggende akutindsatser over årene siden 2007.

Boks 3.3 KMFs betydning for udviklingen og den kommunale prioritering

KMF som dagsordensfremmer

- Alle kommuner fremhæver eksplicit, at KMF har medvirket til at få sundhedsområdet placeret på den kommunale dagsorden som et væsentligt og relevant kommunalt område.
- Årsagen angives helt entydigt at være, at sundhedsområdet med KMF er blevet en markant post i det kommunale budget. I flere kommuner er sundhedsområdet, inklusive KMF, således det tredje til fjerde største udgiftsområde i kommunen. Det angives derfor gennemgående, at KMF på den baggrund har haft betydning for, at forebyggelse og sundhed nu fylder mere i den kommunale bevidsthed end tidligere. Der er på den baggrund kommet betydeligt, især politisk, men også administrativt fokus på området.
- Samtidig angives det dog, at der opleves en aftagende effekt af KMF som motiverende faktor for de kommunale indsatser på forebyggelses- og sundhedsområdet. Det begrundes primært med en tiltagende oplevelse hos de kommunale respondenterne af, at man ikke har forventning om at kunne påvirke den samlede KMF-afregning uanset investeringer og prioriteringer af forebyggelses- og sundhedsopgaverne.
- I flere af kommunerne angives det, at de politiske og administrative beslutninger i de første år efter kommunalreformen har været motiveret af konkrete beregninger, hvor forventede besparelser på KMF som konsekvens af investeringer i nye forebyggende indsatser eller andre sundhedsindsatser, har været indregnet. Med andre ord bestod politiske beslutningsoplæg vedrørende nye forebyggende indsatser i kommuner ofte af business cases, hvor forventede besparelser på den samlede KMF i kommunen indgik.
- Det nævnes dog, at der er sket en udvikling, særligt inden for de seneste år, således at der i mindre omfang henvises til en reduktion af KMF-afregningen som motiverende faktor for de politiske prioriteringer af sundheds- og forebyggelsesområdet.
- Anvendelsen af ”business cases” for de kommunale sundhedsinvesteringer fastholdes dog i vid udstrækning blandt kommunerne, men hovedsageligt uden indregning af reduktioner i kommunens KMF-afregning. Her fokuseres i stedet på de afledte kommunale gevinster, som målrettede indsatser overfor borgere i særlige risikogrupper kan realisere, herunder typisk reduktion i behov for omsorgs- og plejeydelser og – dog i mindre grad – fastholdelse af fx arbejdsmarkedstilknytning.
- KMF medvirket endvidere til at skærpe kommunernes undersøgelse af de kausale sammenhænge på sundhedsområdet og tilgrænsende områder. For eksempel fokuserer flere kommuner på, hvorvidt en styrket rehabiliteringsindsats påvirker forbruget af andre sundhedsydelser, eller om en styrket indsats i socialpsykiatrien kan påvirke antallet af uhenigtsmæssige genindlæggelser.
- Kommunerne fremhæver samtidig, at der er en generel erkendelse af, at der er meget langsigtede effekter af den borgerrettede forebyggelses indsats. Fx nævnes det, at det er vanskeligt eller umuligt at påvise en direkte sammenhæng mellem indsatser for at påvirke livstil hos borgerne og udgiftsbehovet indenfor få år.
- Oplevelsen er på tværs af kommuner generelt den, at hvis kommunen fx nedbringer antallet af indlæggelser, som følge af oprettelsen af akuttilbud, så øger regionen sine aktiviteter på andre områder, hvilket medfører, at den samlede kommunale udgift til KMF er uændret (eller evt. stigende). Kommunerne oplever i den sammenhæng, at der er et misforhold mellem den kommunale medfinansiering og aktivitetsstyringen i regionerne. Samtidig opleves der heller ikke nogen sammenhæng mellem evt. fald i KMF-andel og de kommunale indsatset.
- Samlet set angives det fra langt de fleste af de besøgte kommuner, at der ikke opleves nogen form for sikkerhed for, om kommunens KMF-andel vil stige eller falde i forhold til året før. I de fleste kommuner opleves KMF derfor som en ”vanskelig styrbar budgetpost”.

Motiverende faktorer for forebyggelse og sundhedsfremme ud over KMF

- Flere af kommunerne fremhæver selve kommunalreformen og den sundhedsopgave, kommunerne fik med reformen, som den væsentligste årsag til, at sundhed og forebyggelse har fået øget opmærksomhed og nu anses for at være en kommunal opgave på linje med andre kommunale opgaver.
- I forlængelse heraf nævnes det fra et flertal af de besøgte kommuner, at den væsentligste motivation for prioritering af forebyggelses- og sundhedsindsatserne – særligt inden for de seneste år – er blevet, at det opleves at være det rigtige at gøre, og at det ses som en forudsætning for at levere den nødvendige kvalitet og service til borgerne, at der er de rette nære sundhedstilbud.
- Hovedparten af kommunerne peger derudover på, at der er sket markante skift i den faglige tilgang og forståelse på sundhedsområdet i årene fra 2007 og til nu, ligesom der generelt blandt borgerne er et øget fokus på sundhed, hvilket også afføder, at kommunerne forholder sig mere aktivt til deres serviceniveau og indsatser på området. Den stigende politiske og administrative opmærksomhed på området er således i høj grad initieret af den faglige udvikling inden for området samt trends i befolkningen.

Boks 3.4 Samarbejdet på tværs af forvaltninger/fagområder i kommunen

- Kommunerne har på forskellig vis og i forskellig udstrækning arbejdet med forebyggende indsatser og sundhedsindsatser som et tværgående fokus:
- I nogle kommuner er forebyggelsesopgaven placeret hos sundheds- og ældreområdet.
- I andre kommuner er forebyggende indsatser og sundhedsindsatser tænkt ind som et tværgående strategisk fokusområde på tværs af forvaltninger/områder.
- I nogle kommuner er tværgående samarbejde om sundhed initieret eller fremmes af konkrete indsatser og samarbejdsprojekter.
- I nogle kommuner er tværgående samarbejde initieret af et fælles arbejde i kommunen med at skabe fælles kultur eller et fælles mind-set fx i form af en fælles tilgang til borgerne (fx ”borgere skal mestre deres eget liv”).
- Generelt angiver respondenterne fra kommunerne, at der har været et stigende fokus på det tværgående samarbejde om sundhed og forebyggelse internt i kommunerne inden for de seneste år. Det angives fra et flertal af kommuner at det skyldes, at der er et betydeligt kvalitetsmæssigt og økonomisk potentiale i mere tværgående koordination, samtænkning og integration af indsatser.
- Der er særligt en øget erkendelse i kommunerne af, at en øget forebyggende indsats samt andre sundhedsindsatser kan medføre langsigtede besparelser på andre område i kommunen end sundhedsbudgettet isoleret set.

Boks 3.5 Samarbejdet på tværs af kommuner

- Der er forskel på graden af samarbejde kommunerne imellem. Kommunens størrelse synes at være en væsentlig faktor:
 - Flere mindre kommuner er gået sammen i faste samarbejds-konstellationer og opretter særlige tilbud (fx forebyggelsespakker) eller køber sundhedsydelser af hinanden (fx akuttilbud). Her forsøger man at udnytte hinandens fordele/viden på særlige områder og/eller på at fordele de kommunale sundhedsopgaver på tværs af kommunerne.
 - Der er også mindre kommuner, som har forskellige tværkommunale samarbejds-konstellationer, alt efter om der er tale om køb af plejehjemspaladser/akutpladser, forhandling med regionen mv.
 - De større kommuner angiver at være mere eller mindre selvkørende i forhold til

forbyggende indsatser og sundhedsindsatser. Det forklares med, at kommune-størrelsen betyder, at man i højere grad har mulighed for at etablere de ønskede tilbud/indsatser selv.

- Endelig er der kommuner, der angiver, at det generelt kan være svært i en kommune at samarbejde med en anden kommune om tilbud og indsatser, fordi man på politisk niveau ønsker selv at have fuld kontrol over serviceniveauet til borgere.
- Det synes dog gennemgående at være sådan, at de fleste kommuner har en stor interesse i at sælge kapacitet og kompetencer til andre kommuner, mens det for de samme kommuner er mere vanskeligt at se sig selv som køber af tilsvarende kapacitet og kompetencer hos andre kommuner.
- Motivationen for tværkommunalt samarbejde angives derudover i høj grad at handle om at stå stærkere overfor regionen/regionerne i forbindelse med forhandling og aftaleindgåelse og særligt for de mindre kommuner og dermed i høj grad om at ”stå sammen” som forhandlingsparter.
- De større kommuner oplever at de i sig selv har større lydhørhed i regionen end de mindre kommuner, qua deres størrelse.

Boks 3.6 Samarbejdet med regionerne

Udviklingen i kommunalt-regionalt samarbejde og betydningen af KMF for samarbejdet:

- De fleste kommuner oplever, at samarbejdsrelationerne over tid er blevet forbedret betydeligt. Der er etableret fast fora både mellem de politiske niveauer i hhv. region og kommuner, mellem de øverste administrative niveauer samt på mere praktisk niveau. Alle fora mødes jævnlige.
- Årsagerne til det forbedrede samarbejde angives at være:
 - En oplevelse i kommuner af, at der på overordnet niveau – dvs. politisk niveau og øverste administrative niveau – er kommet en stigende gensidig respekt og flere fælles drøftelser af sundhedsområdet end tidligere.
 - En oplevelse i kommuner af, at de med KMF har fået formel adgang og anledning til en tættere både politisk og administrativ dialog med regionerne. KMF omtales som en ”presbal” i forhold til det regionale niveau samt i forhold til at drøfte udviklingen og strategierne på sundhedsområdet og at få bedre sammenhæng mellem de kommunale og regionale indsatser.
- Flere kommuner nævner at, de tiltagende politiske administrative drøftelser mellem kommuner og regioner fortrinsvidt har fokus på de relativt store driftsopgaver, som sundhedsområdet er karakteriseret ved. Derfor handler hovedparten af samarbejdet mellem kommuner og regioner om at styre, koordinere og ikke mindst forstå og forklare udviklingen i driften, primært på regionsniveau.
- Af driften således fylder relativt meget i samarbejdet mellem i hvert fald nogle kommuner og regioner angives at have flere konsekvenser:
- Flere kommuner anfører, at det er lettere at have dialog med sygehusniveauet end med det regionale niveau – affødt af, at samarbejdet er meget fokuseret på den konkrete drift og på overgange mellem kommunal og regional sektor.
- Kommunerne oplever, at der ikke er meget tid eller ressourcer til udvikling og mere strategisk tænkning i samarbejdet mellem kommuner og regioner.
- Flere kommuner oplever, at de resultater, der opnås gennem samarbejdet ikke helt står mål med de mange administrative ressourcer, der anvendes, og de mange møder, der afholdes.
- Endelig er der kommuner, der påpeger, at de finder sundhedsaftalerne utilstrækkelige i forhold til at foretage den mere operationelle og konkrete koordination af indsatserne i de sektorer, og at der således mangler redskaber eller rammer til at optimere samarbejdet mellem region og kommune.
- Kommunerne fremhæver gennemgående udfordringer i forhold til at realisere et tæt sam-

arbejde med almen praksis.

Forhold nævnt ift. betydning for samarbejdet mellem kommuner og regioner:

- Der er en række forhold, som er identificeret til at have betydning for forholdet mellem kommune og region.
- Kommunestørrelserne: Store kommuner oplever selv at have et mere ligeværdigt forhold til det regionale niveau end de mindre kommuner.
- Den historiske samarbejds traditionen: De kommuner, der har man fx en lang tradition for samarbejde med sundhedsvæsenet, også før 2007, angiver, at dette er den primære årsag til, at der er et godt samarbejde mellem kommune og region/sygehus i dag.
- Relationer: De personlige relationer på hhv. politisk, administrativt og praktisk plan samt ikke mindst kendskabet til og indsigten i hinandens dagligdag angives helt gennemgående som en væsentlig faktor for samarbejdsniveauerne.

Boks 3.7 Administrative konsekvenser i kommunerne

Budgetansvar

- Der er visse forskelle på, hvor kommunerne har placeret budgetansvaret for KMF:
 - I nogle kommuner er budgetposten til KMF delt forholdsvist ud til flere fagområder/udvalgsområder, typisk under hhv. ældre- og omsorgsudvalget (eller tilsvarende) og handicap- og psykiatriudvalget (eller tilsvarende) svarende til udgiften til færdigbehandlede sengedage for hhv. somatik og psykiatri. Den resterende (største del af udgiften) er placeret under sundhedsudvalget (eller tilsvarende) eller under økonomiudvalget.
 - I andre kommuner er budgettet samlet placeret under ét fagudvalgs budget (typisk sundhed/ældre/omsorg)
 - Endelig er der flere af de udvalgte kommuner, der, efter at have haft placeret budgettet hos et fagområde/en forvaltning, nu håndterer udgiften til KMF som en slags ”snerydningskonto” eller ”lovbunden udgift” typisk placeret centralt fx under økonomiudvalget. Begrundelsen for denne placering angives at være, at udgiften er vanskelig styrbar, og at det derfor er uhensigtsmæssigt at illudere, at udgiften kan budgetteres præcist og håndteres som en styrbar udgift.
- Det er kendetegnende, at mer- og mindre udgifter til KMF håndteres som et fællesanliggende i kommunen, dvs. på tværs af udvalgsområderne:
 - Nogle kommuner finansierer merudgifter ved at reducere budgetterne på tværs af de kommunale opgaveområder eller ved at dække et eventuelt underskud med midler fra kommunekassen.
 - Andre kommuner er begyndt at afsætte ”buffer” i budgettet til uforudsete merudgifter til KMF

Estimat af næste årsforbrug

- Hovedparten af kommunerne baserer i udgangspunktet deres budgetlægning på prognoser fra hhv. regionerne og skøn fra KL om næste års forbrug. Dog har kommunerne generelt erfaret, at hverken prognoser eller skøn holder. Dette afføder flere forskellige reaktioner:
 - Flere kommuner bruger en del administrative ressourcer på at følge op overfor regionen i forhold til at få forklaringer på afvigelser fra prognoser.
 - Der er kommuner der ser bort fra prognoser/skøn og i stedet tager udgangspunkt i faktiske forbrug i forrige budgetår og evt. reserver en buffer til et evt. merforbrug.
 - Endelig er der enkelte kommuner, som udvikler, eller som allerede har udviklet egne prognosemodeller med henblik på at kunne ramme tættere på det faktiske forbrug i forbindelse med budgetlægning.

Afregningsrelaterede opgaver

- Konkret oplever alle kommuner i større eller mindre grad udfordringer med at håndtere efterregistreringerne fra sygehusene/regionerne. Det omfatter, at der i de såkaldte perioder 13 og 14 (februar og marts) afregnes for sygehusenes efterregistreringer, som kan være af betydeligt omfang. Det kan særligt være den såkaldte periode 14, der giver problemer, da denne afregning først sker efter afslutningen af det kommunale regnskabsår. I nogle kommuner håndteres dette ved, at periode 14-afregningen blot henføres til efterfølgende regnskabsår, mens andre forsøger at forudkontere den sidste regning vel vidende, at det er mere eller mindre umuligt at forudsige størrelsen.
- Generelt oplever kommunerne således, at de har vanskeligt ved både at håndtere og forstå efterregistreringerne, også fordi regionernes prognoser af KMF som hovedregel heller ikke har taget højde for efterregistreringerne.

Boks 3.8 Nævnte udfordringer ved KMF

- Det anføres af flere af de besøgte kommuner, at der er beskedent økonomisk incitament i den eksisterende ordning, fordi en så stor del af medfinansieringen er relateret til sygehusaktivitet, som kommunen ikke oplever at have mulighed for at påvirke.
- Der peges i forlængelse heraf på, at det formentlig (dog adskilt fra overvejelserne om, hvorvidt den samlede finansieringsandel rent faktisk kan påvirkes) ville være mere relevant at øge den kommunale medfinansieringsandel på de områder, hvor der er en mere direkte sammenhæng mellem den kommunale og den regionale indsats og evt. mindre eller ingen på de områder, hvor der ikke er direkte sammenhæng. Fødsler og kræftbehandling nævnes gennemgående som eksempler på områder, hvor kommunerne ikke oplever de kan eller skal påvirke aktiviteten. I forlængelse heraf peges der på, at incitamenterne i højere grad end de nuværende kunne understøtte opprioritering af indsatser målrettet prioriterede målgrupper/indsatser – for både kommuner og sygehuse/regioner. Der peges herunder på, at afregningen i højere grad kunne knyttes op på og målrettes de nationale strategier og prioriteringer.
- Der er en del kommuner, som peger på, at det er umuligt at adskille den aktivitetsbaserede styring af regionerne og den kommunale medfinansiering, og at der er tale om modsatrettede incitamentet. Det nævnes eksplicit, at kravet om øget produktivitet til sygehusene sætter incitamentet for kommunerne til at reducere sygehusaktiviteten ud af spil. Der nævnes således på tværs af de besøgte kommuner et ønske om at opnå bedre sammenhæng mellem styrings- og finansieringsformerne i kommunalt og regionalt regi, og at den nuværende finansieringsstruktur i for høj grad opleves som bestående af modsatrettede incitamentet – og i flere tilfælde skaber flere konflikter end er fremmende for samarbejdet.
- Det nævnes i flere kommuner, at der i relation til samarbejdet mellem kommuner og regioner om sundhedsopgaverne ofte opstår en negativt ladet diskussion om finansieringen af fælles, mere optimale opgaveløsninger om patientforløbene, som anføres helt eller delvist at skyldes KMF-afregningen. Der peges derfor fra flere respondenter på at overveje andre modeller for at fremme fælles opgaveløsninger om patientforløbene, fx som supplement til KMF.
- I flere kommuner nævnes det, at den eksisterende ordning i for høj grad skaber fokus på enkeltaktiviteter og ikke på sammenhæng i borgernes samlede forløb. Der peges derfor på, at det kunne være relevant at overveje, om finansieringen i højere grad kunne være løbsbaseret, så de nuværende udfordringer i forhold til snitflader og overgange ikke dominerer eller overtrumfer, at borgerne får den rette samlede indsats på ”lavest effektive omkostningsniveau”.
- Generelt oplever kommunerne alt for ringe mulighed for at gennemskue, hvad der betales for via KMF-afregningen, og der efterspørges langt større gennemsigtighed.

3.1.3 Resultater – regioner

Boks 3.9 Samarbejdet med kommunerne

Udviklingen i samarbejdet

- Regionerne oplever også en generelt positiv udvikling i samarbejdet med kommunerne.
- Flere af regionerne nævner, at kommunerne opleves at have flyttet sig meget i forhold til deres indbyrdes samarbejde. Generelt nævner alle regioner dog samtidig, at der er situationer eller temaer i samarbejdet mellem regioner og kommuner, hvor det er svært for kommunerne at blive enige indbyrdes.
- Kommunernes forskellige udgangspunkt ved kommunalreformen har givet startvanskeligheder ift. nogle kommuner, hvor drøftelser har handlet om at få opgavefordeling på plads mellem region og kommune. De seneste år oplevedes der et stigende fokus i samarbejdet på at skabe bedre sammenhæng og sektorovergange

KMFs betydning for samarbejdet med kommunerne

- Regionerne har generelt en oplevelse af, at KMF har påvirket samarbejdet med kommunerne på flere måder:
- Der er i de fleste regioner enighed om, at KMF har medvirket til at skabe større opmærksomhed i kommunerne om sundhed og forebyggelse og at KMF dermed også har medvirket til at øge interessen i samarbejdet med regionerne og sygehusene om opgaverne og om udviklingsprojekter.
- Fx nævnes håndtering af færdigbehandlede (selv om der på dette punkt teknisk set er tale om fuldfinansiering) samt unødvendige indlæggelser af flere regioner som særlige områder, hvor samarbejdet med langt de fleste kommuner fungerer godt, og hvor kommunernes interesse for at indgå i forskellige former for samarbejde – udover hensynet til patienterne – blandt andet opleves at være motiveret af KMF (samt afregningen for færdigbehandlede patienter).
- Regionerne oplever også, at KMF i stigende grad bliver en kilde til konflikt snarere end en kilde til at fremme samarbejde. Der nævnes hos regioner en række årsager hertil og en række konsekvenser:
- Der opleves i visse tilfælde problemer med at gøre det optimale for patienterne og for at igangsætte projekter, der kan udvikle mere sammenhængende indsatser på tværs af sektorerne, og det er flere regioners vurdering, at KMF er en betydelig medvirkende faktor for, at sådanne initiativer ofte må skrinlægges (det bemærkes således, at der blandt regionerne, jf. ovenstående kan identificeres betydelige forskelle i oplevelserne på dette punkt.).
- Det, at der er penge mellem systemerne, kan føre til uhensigtsmæssige diskussioner af, hvornår det er ”vores” og ”jeres” borgere.
- Kommunerne ønsker detaljeret viden om sammensætningen af KMF-afregningen på et niveau, som regionerne ikke kan imødekomme, og det påvirker samarbejdsklimaet i negativ retning.
- Det er en stigende opfattelse i regionerne af, at det kun er en meget lille del af den samlede udgift til KMF, som kommunerne reelt kan påvirke. Der nævnes eksplicit færdigbehandlede sengedage (selv om der her som nævnt rent teknisk er tale om såkaldt fuldfinansiering) og forebyggelige forringelser af tilstand hos ældre borgere eller andre risikogrupper (uhensigtsmæssige sygehuskontakter), mens langt den største del af KMF vedrører sygehusaktivitet (og sygesikringsaktivitet), som kommunerne hverken skal eller kan påvirke.
- Det er en generel opfattelse hos regionerne, at der ikke er nogen direkte sammenhæng mellem den kommunale indsats, KMF-udgiften og den regionale styring af sundhedsvæsenet. Oplevelsen er således, at kommuner og regioner er underlagt forskellige incitamentsstrukturer, der ikke spiller særlig godt sammen, men tværtimod peger i hver sin retning.
- Selvom KMF opleves at have medvirket til at løfte den kommunale opmærksomhed om kommunernes rolle på sundhedsområdet, er der samtidig nu i regionerne enighed om, at

den nuværende model generelt set ikke er fremmede for samarbejdet. Det opleves af flere, at KMF i værste fald er i vejen for et godt samarbejde – og i bedste fald er ligeegyldigt.

Boks 3.10 Regionernes håndtering af den kommunale medfinansieringsindtægt

- Helt gennemgående angiver de regionale respondenter, at KMF ingen betydning har for sygehusene, og at regionerne ikke anvender KMF i styringen overfor de enkelte sygehuse

KMFs betydning for styringen

- Ændringer i de kommunale indsatser, som eventuelt vil kunne få afledte konsekvenser for regionerne i form af egentlig faldende sygehusaktivitet, er ifølge de regionale respondenter ikke noget, der indgår som et parameter i regionernes styring af sygehusene. Generelt vurderes de forebyggende kommunale indsatser ikke at have et omfang, der vil kunne reducere behovet for sygehusaktivitet i tilstrækkelig grad til at imødegå de stigende behov, jf. ovenstående. Der er derfor – med en vis variation – heller ikke set fra regional side den store anledning til at beskæftige sig i væsentligt omfang med den enkelte kommunes KMF-andel eller udvikling heri.
- KMF anses dog for indirekte at have betydning for regionernes budgetter på længere sigt. Hertil angiver regionerne følgende årsager:
- Regionerne har i deres styring af sygehusene to lofter, de skal forholde sig til: 1) statens aktivitetsloft og 2) KMF-loftet.
- Statens aktivitetsloft opleves fleksibelt: Regionerne oplever at have mulighed for at omlægge indsatser fra én type til en anden. Hvis omlægninger medfører en aktivitetsstigning eller et aktivitetsfald, kan der kompenseres for dette i aktivitetsloftet (baseline), hvis der er tale om politisk prioriterede indsatser eller oplagt effektivisering af patientforløbene. Med KMF-loftet opleves der derimod ikke denne fleksibilitet og mulighed – her honoreres regionerne med en ”stykpris”, og uanset om der efterfølgende foretages en regulering af aktivitetsloftet, angiver regionerne det, at der ikke foretages en justering af loftet for KMF som problematisk.
- Regionerne angiver endvidere, at det, at der tildeles en andel af den samlede KMF-indtægt på baggrund af aktiviteten to år tidligere som en udfordring. Som eksempel nævnes, at det, at én region øger sin aktivitet i et par år sammenlignet med en anden region, betyder, at denne region kan øge sin andel af den samlede KMF. Dette kan være velbegrundet, såfremt en region oplever en større stigning i behov for sygehusbehandling, fx pga. udviklingen i befolkningssammensætningen end en anden region. Det angives dog også, at det kan være resultatet af en mere uhensigtsmæssig ”overproduktion” i en region.
- At KMF således samlet set er et ”nul-sum-spil” for regionerne, angives generelt at skabe en vis mistillid regionerne imellem og kan i værste fald give incitament til ”overproduktion” i bestræbelserne på at fastholde eller vinde en større del af den samlede KMF-indtægt.

Boks 3.11 Administrative konsekvenser i regionerne

- Selv om KMF har et relativt lille fokus på regionalt plan udover som grundlag for den samlede finansiering, angiver flere af regionerne, at der anvendes betydelige ressourcer på udarbejdelse af statistikker og prognoser: Kommunerne efterspørger (dog i meget varierende omfang) data og individdata, så de kan lave målrettede indsatser overfor fx de få borgere, som faktisk er faldet, har været indlagt pga. dehydrering og så videre. Et par regioner angiver endvidere, at enkelte kommuner ønsker detaljerede forklaringer på udviklingen i KMF, hvilket afstedkommer betydelige og ressourcetunge analyser, som ikke fører til svar, der kan anvendes fremadrettet.
- I enkelte regioner angives kommunernes ønske om udarbejdelse af detaljerede dataanalyser således at være af betydeligt ressourcemæssig omfang:
- Det opleves derfor generelt som spild af tid og ressourcer at gennemføre store analyser for at finde forklaringer på udsving og forskelle i KMF-andele.
- Der udarbejdes som nævnt i forskelligt omfang prognoser for den kommunale medfinansiering.

Boks 3.12 Nævnte udfordringer ved KMF

- Flere regioner peger på, at det er en meget lille del af sygehusaktiviteten, kommunerne reelt set kan påvirke. Særligt de mest omkostningstunge patientforløb har kommunerne ikke mulighed for at påvirke. Derfor peges der fra flere regionale respondenter på, at KMF – givet at det fastholdes – formentlig med fordel kunne være målrettet de patienter/den aktivitet, kommunerne rent faktisk har mulighed for at gøre noget ved. Samtidig peges der på, at det måske er unødvendigt, fordi det opleves, at fokus på opgaven er etableret i kommunerne, og flere nævner, at der i sammenhængen derfor formentlig er behov for andre virkemidler fremadrettet.
- De fleste regioner peger på, at ordningen med KMF er uigennemskuelig. En regional respondent peger på, at det er problematisk, at man ikke kan se, om de kommunale forebyggelsesindsatser og øvrige indsatser på sundhedsområdet har effekt, når der ikke kan ses en negativ udvikling i en kommunes udgift til KMF.
- Flere regioner peger på, at det administrative arbejde knyttet til opfølgning og analyser af sygehusaktivitet og KMF er uhensigtsmæssigt omfattende, og at det ikke fører til brugbar, handlingsorienteret viden.
- Rent administrativt og i relation til indretningen af afregningssystemet nævnes det fra flere regioner, at det er et stort problem, at der er asymmetri mellem baseline for KMF og generel baseline, samt at der ikke er mulighed for justering af baseline for kommunerne – men kun for regionerne. Der refereres her desuden til Incitamentsudvalgets rapport.
- Flere af de regionale respondenter på tværs af regionerne peger på, at produktivitetskravet til sygehusene i princippet skaber et incitament, der er modsatrettet kommunernes incitament til at reducere sygehusaktiviteten i de tilfælde (oftest), hvor produktivitetskravet imødegås ved at øge aktiviteten.

3.2 Delanalyse 2: Analyse af virkningerne for den kommunale og regionale økonomi af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet

Analysen er gennemført med forankring i Finansieringsudvalget i regi af Økonomi- og Indenrigsministeriet (formand). Der henvises til ”Analyse af virkningerne for den kommunale og regionale økonomi af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet” for den fulde delanalyse.

Analysen skulle bidrage med en beskrivelse og vurdering af virkningerne på den regionale og kommunale økonomi, herunder byrdefordeling og budgetusikkerhed mv., jf. kommissoriets punkt 2c og 2d.

Rammerne

Analysen af budgetusikkerhed og byrdefordeling skal generelt ses i sammenhæng med indretningen af den kommunale medfinansiering ift. kommuner og regions udgifter og styring:

For regionerne blev der i 2012 indført et loft over den regionale indtægt fra kommunal medfinansiering. Loftet betyder, at regionens indtægter fra kommunerne ikke kan overstige den øvre grænse, idet indtægter herudover tilbageføres til kommunerne under ét. Dette skete for at begrænse utilsigtede incitament i regionerne til at øge aktiviteten udover de forudsatte niveauer med baggrund i den mulige ekstra finansiering fra medfinansieringen.

Niveauet for den kommunale medfinansiering fastsættes i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger mellem regeringen og Danske Regioner, med afsæt i forudsætninger om det kommende års aktivitet i regionerne.

Medfinansieringen udbetales til kommunerne som en del af bloktilskuddet. Den indgår ikke i det kommunale udgiftsloft for de samlede serviceudgifter. Heri ligger, at medfinansieringen samlet set er et nul-sums spil, hvor den kommunale udgift og den regionale indtægt under ét maksimalt vil svare til det forudsatte og finansierede niveau.

De samlede skønnede kommunale udgifter til medfinansieringen er afspejlet i den samlede finansiering til kommunerne over bloktilskuddet og den enkelte kommune har derfor et incitament til at optimere udgiftsniveauet ift. gennemsnittet.

I tilfælde, hvor en regions indtægt fra medfinansiering overstiger indtægtsloftet som følge af en produktivitetforbedring sker der et tilbageførsel til kommunerne ved en regulering af det samlede kommunale bloktilskud. De tilbageførte midler vil dermed delvist modsvare merforbruget i de pågældende kommuner.

Resultater – byrdefordelingseffekter i kommuner og regioner

Fordelingen af det samlede forudsatte aktivitetsniveau mellem regionerne inddrager aktiviteten i året to år tidligere, jf. nærmere afsnit 3.4 og nedenfor. De regioner, der har en forholdsvis høj aktivitet, vil således få et relativt set forhøjet indtægtsloft i de følgende år. Omvendt vil regioner med en forholdsvis lavere aktivitet få færre indtægter fra den kommunale medfinansiering. For kommunerne slår denne forskel igennem med modsat fortegn.

Med henblik på at illustrere de byrdefordelingsmæssige virkninger for regionerne af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, er den nuværende situation sammenlignet med en situation, hvor de pågældende udgifter blev finansieret via bloktilskuddet.

Beregningsteknisk er den nuværende situation sammenlignet med en beregning, hvor den enkelte regions indtægter fra kommunal medfinansiering ikke indgår, men hvor det regionale bloktilskud i stedet er forhøjet tilsvarende. Der er i den forbindelse også inddraget det kompenstationstilskud, som blev indført i forbindelse med omlægningen af ordningen med virkning fra 2012.

Tabel 3.1

De byrdefordelingsmæssige virkninger i regionerne af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet 2013. Mio. kr.

	Umiddelbar virkning	Kompensati- onstilskud	I alt	I alt i pct. af bloktilskuddet
Mio. kr.				
Nordjylland	-186	59	-127	-1,5
Midtjylland	12	81	93	0,5
Syddanmark	109	-78	31	0,2
Hovedstaden	65	-27	38	0,1
Sjælland	0	-35	-35	-0,3
I alt	0	0	0	0

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet

Aktuelt indebærer ordningen dermed et byrdefordelingsmæssigt tab for Region Nordjylland, og en byrdefordelingsmæssig gevinst for Regionerne Syddanmark og Hovedstaden i forhold til en situation med finansiering via bloktilskuddet.

Disse forhold vil kunne ændre sig, hvis der sker relative forskydninger i aktivitetsniveauet mellem regionerne.

Det bemærkes, at det har været et formål med ordningen, at der skulle være en direkte sammenhæng mellem en regions indtægter fra kommunal medfinansiering og aktiviteten i sundhedsvæsenet, jf. afsnit 3.4. De byrdefordelingsmæssige virkninger afspejler således også forskelle i aktiviteten i sundhedsvæsenet.

Forskelle mellem regionerne i forhold til aktiviteten i sundhedsvæsenet påvirker kommunernes udgifter. I de regioner, hvor der er forholdsvis høj aktivitet i det regionale sundhedsvæsen, har kommunerne forholdsvis høje udgifter til ordningen, og omvendt i regioner med lavere aktivitet i sundhedsvæsenet. Det giver et vist regionalt mønster i byrdefordelingen mellem kommunerne.

Tabel 3.2

De byrdefordelingsmæssige virkninger for kommunerne af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet 2013.

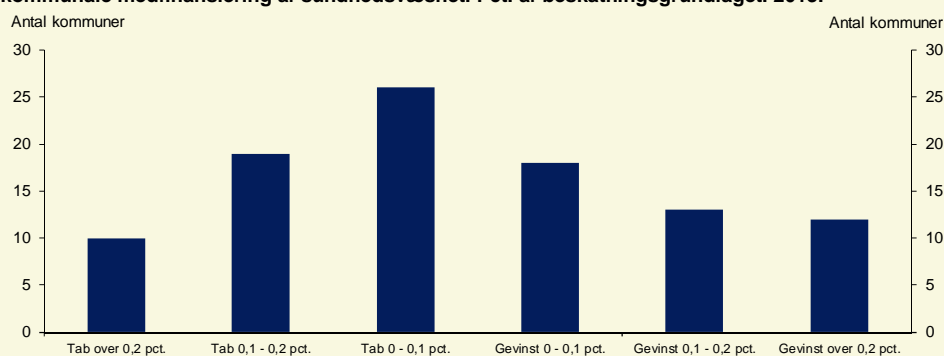
	Byrdefordelingsmæssig virkning, mio. kr.	Byrdefordelingsmæssig virkning, pct. af beskatningsgrundlaget (-: gevinst, +: tab)
Nordjylland	212	-0,24
Midtjylland	213	-0,10
Syddanmark	-38	0,02
Hovedstaden	-307	0,09
Sjælland	-81	0,06
I alt	0	0

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet

I figur 3.1 nedenfor er vist fordelingen af kommuner i forhold til størrelsen af de byrdefordelingsmæssige tab og gevinster som følge af ordningen.

Figur 3.1

Fordelingen af de byrdefordelmæssige tab og gevinster for kommunerne som følge af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. Pct. af beskatningsgrundlaget. 2013.



Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet

Kommunerne i Region Nordjylland har dermed aktuelt en byrdefordelmæssig gevinst af ordningen, mens kommunerne i Region Hovedstaden har et byrdefordelmæssigt tab beregnet i forhold til en situation, hvor kommunerne ikke havde denne udgift og bloktilskuddet derfor beregningsmæssigt er reduceret tilsvarende.

Resultater - budgetsikkerhed i kommuner og regioner

For regionerne har den kommunale medfinansiering tidligere været vanskelig at budgettere, og der ses forholdsvis store forskelle mellem budget og regnskab for årene 2007-2010. For årene 2012 og 2013 har budgetsikkerheden imidlertid været stor. Det vurderes, at det har sammenhæng med omlægningen af ordningen med virkning fra 2012, hvor der blev indført en øvre grænse for den enkelte regions indtægter fra ordningen.

Budgettering sammenholdt med de faktiske udgifter i kommunerne er illustreret i *tabel 3.3.*

Tabel 3.3**Budgettede og faktiske kommunale udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsnet. 2013 pl.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Budget, mio. kr.	17.312	17.366	17.370	17.232	18.230	18.984	19.259
Faktiske udgifter, mio. kr.	16.941	16.921	17.727	18.243	18.383	18.988	19.642
Forskel, mio. kr.	-371	-445	358	1.011	153	4	384
Forskel i pct. af budget	-2,1	-2,6	2,1	5,9	0,8	0,0	2,0

Anm.: Pl-reguleret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter.

I de første år lå kommunernes budgetter samlet lidt højere end de faktiske udgifter. Herefter vendte udviklingen, og udgifterne har fra 2009 og frem oversteget budgetterne. For 2013 skal det bemærkes, at kommunernes betaling i nogle af regionerne oversteg den øvre grænse for regionernes indtægter. Det førte til en efterregulering på 392,4 mio. kr., som er afregnet via en forhøjelse af det kommunale bloktilskud ved midtvejsreguleringen for 2014.

I *tabel 3.4* er vist oversigt over kommunerne fordelt efter størrelsen af afvigelserne mellem budget og faktiske udgifter i de enkelte år.

Tabel 3.4

Oversigt over fordeling af størrelsen af budgetafvigelse vedr. de kommunale udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet. 2013 pl.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Størrelsen af budget- overskridelsen							
Mindre end 2 pct.	78	90	74	28	61	66	45
2-3 pct.	5	1	6	11	17	10	8
3-4 pct.	4	1	6	13	7	4	4
4-5 pct.	2	3	6	14	6	6	13
5-6 pct.	1	0	3	10	2	5	9
Over 6 pct.	8	3	3	22	5	7	19

Anm.: Pl-reguleret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter.

Det generelle billede er, at hovedparten af kommunerne har budgetafvigelser på mindre end 2 pct. I enkelte år ses der dog en tendens til lidt større budgetoverskridelser for kommunerne i bestemte regioner. Det hænger sammen med en forholdsvis høj vækst i bestemte regioner i et enkelt år, som kommunerne ikke i tilstrækkeligt omfang har kunnet tage højde for ved deres budgetlægning.

Det er et generelt vilkår for kommunerne, at der er en vis usikkerhed i budgetlægningen på de områder, som ikke fuldt ud kan styres af kommunen, som f.eks. en række indkomstoverførsler og området for udsatte børn og unge. Det er ikke muligt præcist at forudsige aktiviteten på disse områder på tidspunktet for budgetlægningen. Sammenligningen af budgetusikkerheden for den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet med disse områder har vist, at budgetusikkerheden på dette område kan sammenlignes med førtidspensionsområdet, og at usikkerheden er mindre end på øvrige sammenlignelige områder, *jf. tabel 3.5*. Det skal dog bemærkes, at områderne sygedagpenge og kontanthjælp er påvirket af regelændringer i perioden.

Tabel 3.5**Procentvis forskel mellem budget og regnskab for kommunerne under ét på udvalgte udgiftsområder.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Udgiftsniveau 2013, mia. kr.
KMF	-2,1	-2,6	2,1	5,9	0,8	0,0	2,0	19,6
Førtidspension	-1,9	-1,6	0,1	-0,2	-1,9	-2,1	-3,9	22,0
Sygedagpenge	25,7	16,0	10,4	4,4	5,1	-3,2	-9,1	7,6
Kontanthjælp	1,0	2,7	20,9	8,0	27,9	19,0	9,1	9,0
Dagpenge til forsikrede ledige						6,8	-6,1	11,9
Udsatte børn og unge	5,9	7,4	11,2	9,2	-0,5	-2,1	1,6	13,3

Anm.: Pl-regulereret med pl for regional sundhed (ekskl. medicin).

Kilde: Landspatientregistret og kommunernes budgetter og regnskaber.

Kommunerne anvender forskellige metoder til budgettering af udgifter til kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. De kommuner, der er længst og opnår størst præcision i budgettering af udgifter til medfinansieringsudgifter, tager bl.a. højde for de seneste års udvikling i aktivitet samt den demografiske udvikling. Herudover er de også løbende i dialog med regionerne/sygehusene i forhold til afvigelser i forbrug mm.

3.3 Delanalyse 3: Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats

Analysen er gennemført i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, med forankring i følgegruppe med deltagelse af evalueringens parter.

Analysen skulle bidrage med en kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats siden implementering i 2007, jf. kommissoriets punkt 1b. Analysen afdækker områder, der kan have relation til kommunernes forebyggelses-, trænings- og plejeindsats:

- Udviklingen i befolkningens sundhedstilstand

- Udvikling i det kommunale forbrug i det regionale sygehusvæsen
- Udviklingen i de kommunale forebyggelsesresultater, med fokus på den ældre del af befolkningen

I det følgende opsummeres resultaterne. Der henvises til ”Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats” for den fulde delanalyse.

Sundhedsopgaven målt på personale er markant øget i kommunerne. Antallet af autoriserede sundhedsfaglige medarbejdere i er perioden 2007 til juni 2014 steget med i alt 31 pct. Det er især fysioterapeuter/ergoterapeuter og SOSU-assistenten, der er steget i perioden.

Udvikling i sundhedstilstand

Udviklingen i danskernes sundhedstilstand har betydning for livskvaliteten og den forventede levetid. Samtidig har udviklingen i sundhedstilstanden også betydning for efterspørgslen af ydelser i sundhedsvæsenet.

Kortlægningen viser overordnet, at:

- Flere danskere lider af én eller flere kroniske sygdomme, såsom fx diabetes, KOL eller leddegigt.
- Færre danskerne ryger og drikker mere end højrisikogrænsen for alkoholindtag end for tre år siden.
- Flere dansker spiser usundt, er overvægtige og dyrker for lidt motion.

Kommunerne har siden 2007 implementeret forskellige forebyggelsesindsatser, eksempelvis Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der er målrettet den brede befolkning. Analysen har ikke specifikt afdækket særlige forhold, som vurderes at kunne henføres til den kommunale medfinansiering, og direkte effekter heraf kan derfor hverken be- eller afkræftes.

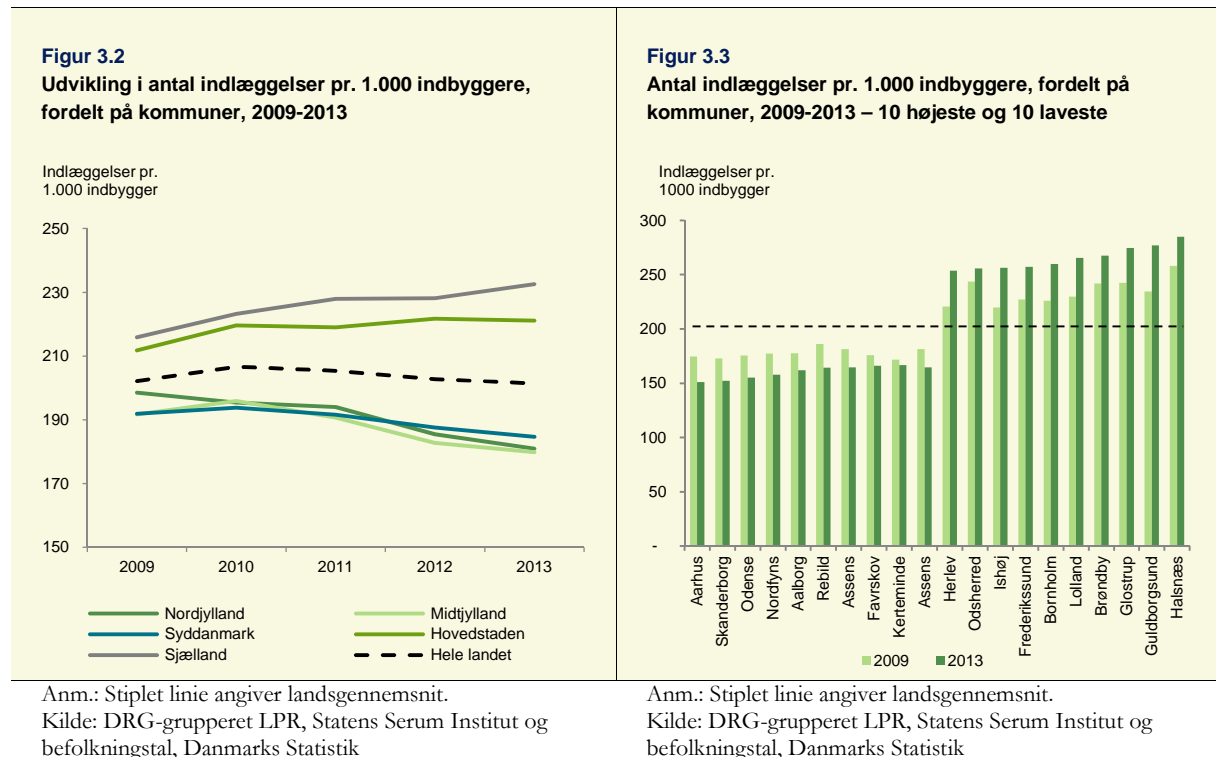
Udvikling i sygehusforbrug

Analysen afdækker udviklingen i relevante indikatorer for forbruget på sygehuse og ændringer i perioden, der kan have relation til den kommunale forebyggelses indsats. Der ses bl.a. på udvikling i sundhedsudgifter, kontakter til sygehusvæsenet herunder, indlæggelser og ambulante besøg.

Kortlægningen viser overordnet, at:

- Antallet af indlæggelser har på landsplan været stabilt i perioden 2009 til 2013. Dette gælder også for indikatoren ”indlæggelser per tusind indbyggere”. Der er dog store forskelle i regionerne, hvor Region Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark er faldet og Region Hovedstaden og Sjælland modsat er steget i perioden. Der er ligeledes forskelle imellem kommunerne i forhold til indlæggelser per tusind indbyggere.

De 10 kommuner med det laveste antal indlæggelser per tusinde indbyggere ligger fra ca. 175 til 190 indlæggelser per tusinde indbyggere. De 10 kommuner med det højeste antal indlæggelser per tusinde indbyggere ligger fra ca. 220 til 260, jf. figur 3.3. Det bemærkes, at de kommuner der ligger lavest alle er faldet siden 2009 og de kommuner der ligger højest alle er steget siden 2009. I den højeste andel er 6 ud af de 10 fra Region Hovedstaden og i den laveste andel er 5 ud af de 10 fra Region Syddanmark.

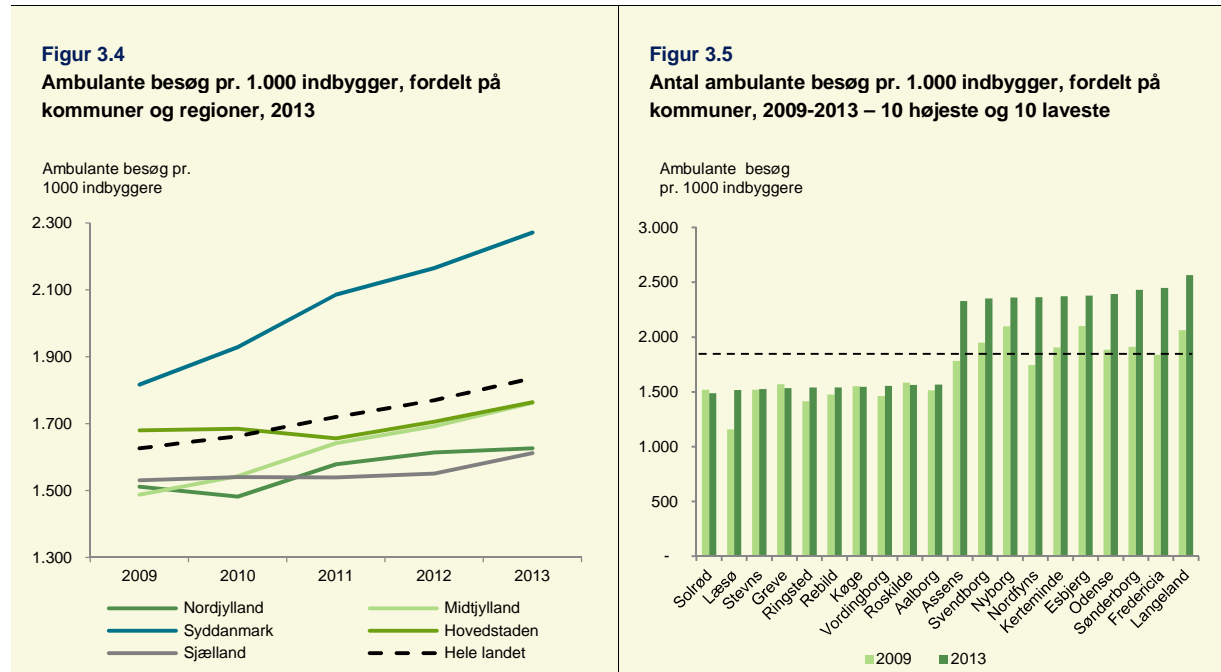


Generelt er der blevet større spredning mellem regionerne i perioden 2009-2013, jf. figur 3.2. På trods af den stabile udvikling på landsplan, er der altså blevet større forskel på indlæggelser per tusinde indbyggere i kommunerne. Geografisk set er det kommuner i Region Hovedstaden og Region Sjælland der står for det større sygehus forbrug.

- Ambulante besøg stiger både på landsplan og i alle regioner fra 2009 til 2013. Det samme gør sig gældende for ”ambulante besøg per tusind indbyggere”. Region Syddanmark ligger markant højere end de fire andre regioner både i vækst og ambulante besøg per tusind indbyggere.

De 10 kommuner med det laveste antal ambulante besøg per tusinde indbyggere ligger omkring 1.500 ambulante besøg per tusind indbyggere. De 10 kommuner med det højeste antal ambulante besøg per tusinde indbyggere ligger fra ca. mellem 2.300 og 2.500. Det bemærkes, at de kommuner der ligger lavest, ikke har ændret sig bemærkelsesværdigt siden 2009. Derimod er de kommuner der ligger højest alle steget markant siden 2009. I den højeste andel er alle 10 kommuner

fra Region Syddanmark og i den laveste andel er 7 ud af de 10 fra Region Sjælland.

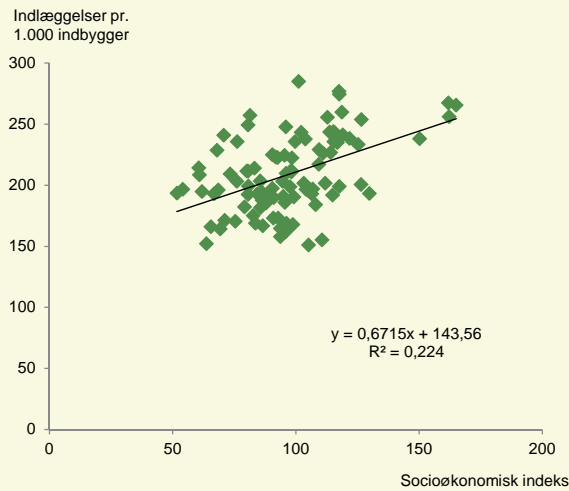


Anm.: Stiplet linie angiver landsgennemsnit
Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Anm.: Stiplet linie angiver landsgennemsnit
Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

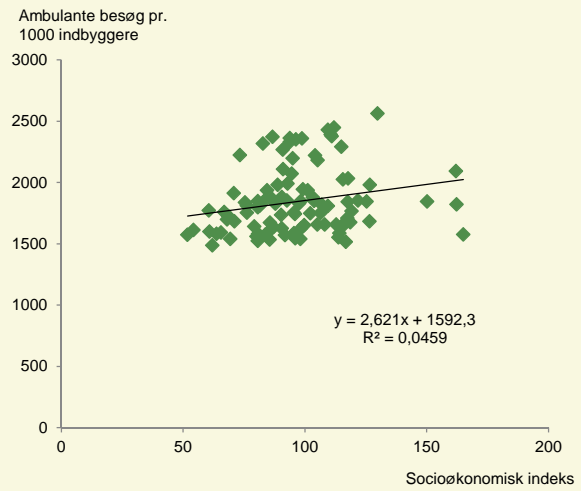
Analysen viser en indikation af at variationer blandt kommunerne kun i et begrænset omfang kan tilskrives socioøkonomiske forskelle, da det sammenvæjede sociale indeks kun i begrænset omfang kan forklare variationen i indlæggelser og ambulante besøg per tusinde indbyggere, jf. figur 3.6 og 3.7.

Figur 3.6
Samvariation mellem indlæggelser pr. 1.000 indbyggere og socioøkonomisk indeks, fordelt på kommuner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik og Kommunal udligning og generelle tilskud 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet

Figur 3.7
Samvariation mellem ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere og socioøkonomisk indeks, fordelt på kommuner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik og Kommunal udligning og generelle tilskud 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet

Udvikling i forebyggelsesresultater

I kommunerne ligger en stor del af forebyggelses-, træning- og plejeindsatsen hos den ældre del af befolkningen, og det er således relevant at se nærmere på udviklingen for ældre over 65 år. I nedenstående belyses udvikling og status på tværs af landet af resultater af den kommunale forebyggelsesindsats hos ældre på baggrund af en række udvalgte indikatorer. Der ses blandt andet på genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og akutte korttidsindlæggelser for +65-årige.

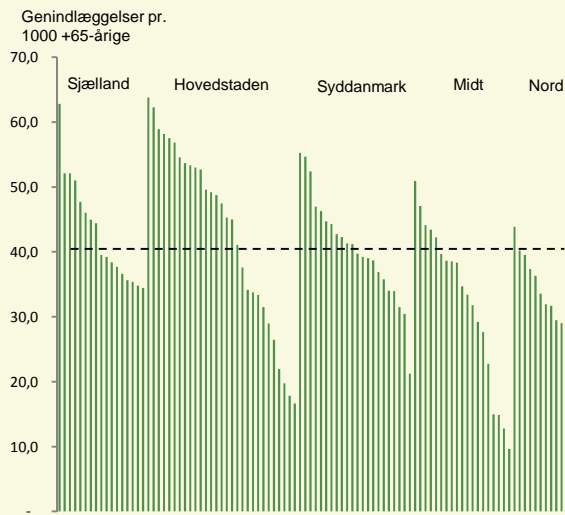
Formålet er at undersøge, om der er sket ændringer i perioden i forhold til udvikling og varians.

Kortlægningen viser overordnet, at:

- **Genindlæggelser** per tusind +65-årige er faldet i perioden. Det kan give en vis indikation af, at de kommunale forebyggelses- og plejeindsatser fra 2009-2013 har haft en positiv effekt i forhold til genindlæggelser. Der er dog fortsat variation mellem regioner og kommunerne, jf. figur 3.8 og 3.9.

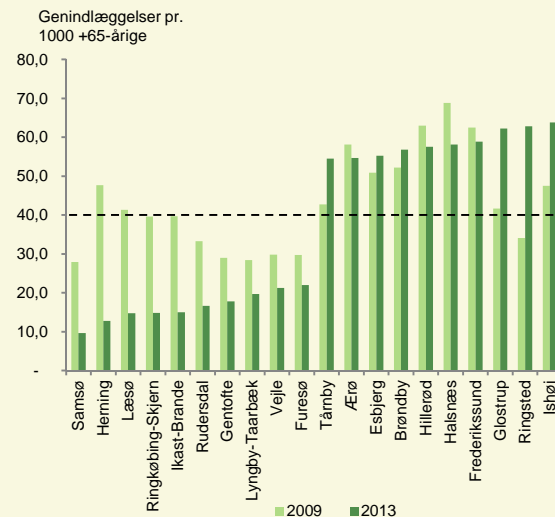
Genindlæggelser kan anvendes som indikator for at synliggøre udvikling og potentialer for den kommunale forebyggelsesindsats. Genindlæggelser kan dog også skyldes andre forhold, jf. herunder at både den regionale og kommunale indsats spiller ind. Indikatoren skal derfor anvendes varsomt i relation til den kommunale medfinansiering. En genindlæggelse er defineret som en ny akut kontakt indenfor 30 dage efter udskrivelse fra den seneste indlæggelse.

Figur 3.8
Genindlæggelser pr. 1.000 +65-årige, fordelt på kommuner, 2013



Anm.: Stiplet linie angiver landsgennemsnit.
Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 3.9
Genindlæggelser per 1000 +65-årige, fordelt på kommuner, 2009 og 2013 – 10 højeste og 10 laveste



Anm.: Stiplet linie angiver landsgennemsnit.
Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

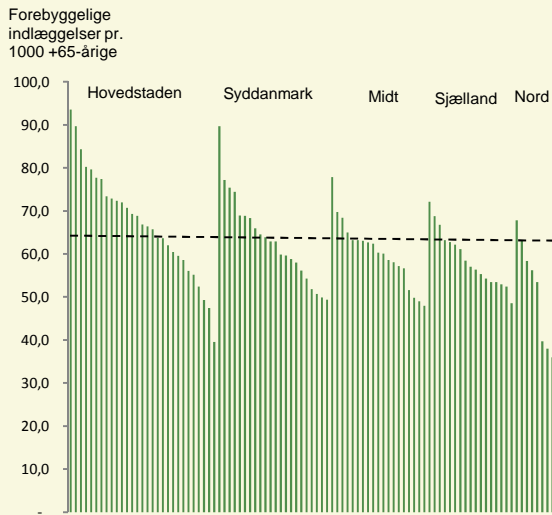
Analysen af sammenhængen mellem variationen i genindlæggelser og det sociale indeks i kommunerne indikerer, som det var tilfældet for indlæggelser og ambulante besøg, kun begrænset forklaringskraft.

- På samme vis er **forebyggelige indlæggelser** per tusind +65-årige faldet fra 2009-2013. Det kan ligeledes give en vis indikation af, at de kommunale forebyggelses- og plejeindsatser har haft en positiv effekt. Der er også her fortsat variationer mellem regioner og kommuner, *jf. figur 3.10 og 3.11.*

Forebyggelige indlæggelser omfatter indlæggelser med diagnoser, hvor det er vurderet, at der er et særligt potentiale i forhold til at forebygge disse sammenlignet med øvrige indlæggelser. Diagnoserne omfatter relativt få diagnoser, men har stadig en væsentlig tyngde (ca. 15 pct.) i forhold til alle indlæggelser.

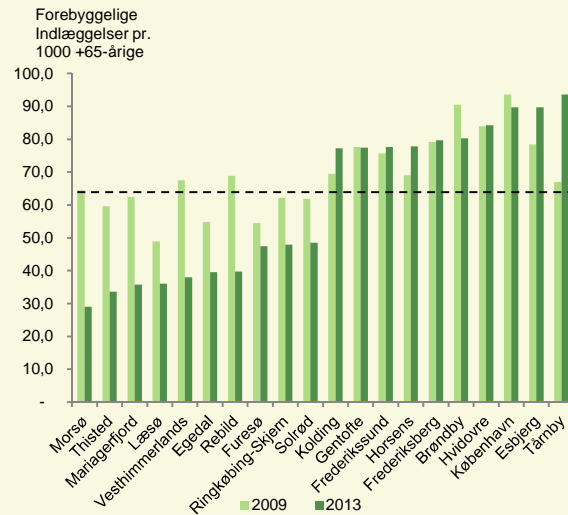
Diagnoseafgrænsningen er særligt udviklet til ældre borgere, og der er således også tale om de typer af indlæggelser, som netop de kommunale forebyggelses- og plejeindsatser sandsynligvis medvirker til at forhindre. Der ses derfor særligt på udvikling og varians i forebyggelige indlæggelser for aldersgruppen +65-årige.

Figur 3.10
Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 +65-årige, fordelt på kommuner, 2013



Anm.: Stiplede linie angiver landsgennemsnit
Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 3.11
Forebyggelige indlæggelser per 1000 +65-årige fordelt på kommuner, 2009 og 2013 – 10 højeste og 10 laveste



Anm.: Stiplede linie angiver landsgennemsnit.
Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Analysen af sammenhængen mellem variationen i forebyggelige indlæggelser og det sociale indeks i kommunerne indikerer, som det var tilfældet for indlæggelser, ambulante besøg og genindlæggelser, kun begrænset forklaringskraft.

- Udviklingen for **akutte korttidsindlæggelser** per tusind +65-årige er konstant. Der er store regionale og kommunale forskelligheder i akutte korttidsindlæggelser.

Akutte korttidsindlæggelser på et døgn eller mindre kan afspejle en uhensigtsmæssig indlæggelse i den forstand, at der kan være tale om en forebyggelsesindsats, som alternativt kunne have været løst ved en mere effektiv forebyggelse i kommunalt regi. Akutte korttidsindlæggelser kan dog have andre årsager end den kommunale forebyggelsesindsats, hvorfor denne indikator skal anvendes med varsomhed.

Analysen af sammenhængen mellem variationen i akutte korttidsindlæggelser og det sociale indeks i kommunerne indikerer, som det var tilfældet for indlæggelser, ambulante besøg, genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser, kun begrænset forklaringskraft.

3.4 Delanalyse 4: Beskrivelse af incitamentsvirkninger i regioner

Analysen er gennemført i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, med forankring i følgegruppe med deltagelse af evalueringens parter.

Analysen skulle bidrage med en beskrivelse og vurdering af incitamentsvirkninger i regionerne, bl.a. med afsæt i Incitamentsudvalgets (2013) analyser og forslag herom, jf. kommissoriets punkt 2a.

Analysen konstaterer, at KMF er en aktivitetsafhængig finansiering der som sådan kan medføre en række fordele og ulemper, hvilket er belyst i Incitamentsudvalget rapport. Som udgangspunkt er den marginale finansieringseffekt søgt neutraliseret af den kommunale medfinansiering. Aktivitetselementet i regionernes finansiering udmøntes på marginalen således alene som udgangspunkt via den statslige aktivitetspulje. Den kommunale medfinansiering har således som udgangspunkt ikke på marginalen incitamentsvirkning i regionerne.

Den kommunale medfinansiering er ikke synlig ude på de enkelte sygehuse, herunder de enkelte afdelinger. Men da regionerne har ansvaret for den løbende styring af sygehusene, og da styringen skal sikre, at den forudsatte aktivitet nås, kan den kommunale medfinansiering have en implicit incitamentsvirkning, der vil slå igennem i regionernes styring af sygehusene.

Der er endvidere peget på to konkrete selvstændige incitamentsvirkninger af den kommunale medfinansiering i regionerne i situationer, hvor der enten ikke er fuldt overlap mellem ordningerne og således ikke den omtalte neutralisering, eller hvor fordelingsmekanismen mellem regioner i sig selv kan henlede til uhensigtsmæssig regional adfærd.

Der henvises til ”Beskrivelse af incitamentsvirkninger i regioner” for den fulde delanalyse.

Nedenfor beskrives de to incitamentsvirkninger af den kommunale medfinansiering i regioner. Resultaterne svarer bl.a. til resultatet af tidligere analyser, jf. Incitamentsudvalget (2013):

Sammenhæng mellem KMF og den statslige aktivitetspulje

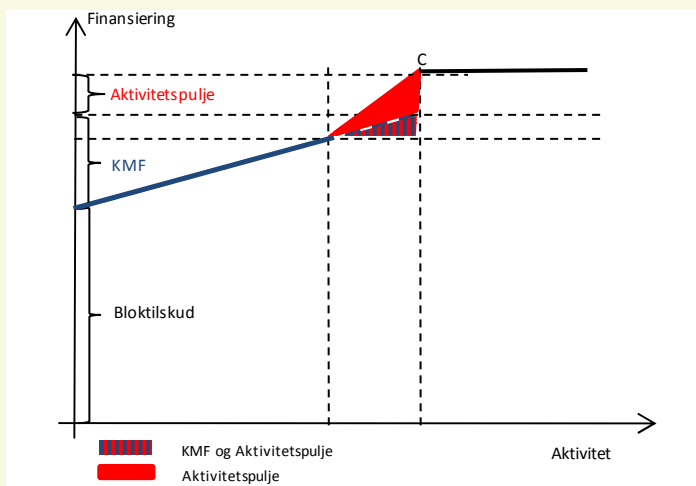
Den statslige aktivitetspulje og det kommunale aktivitetsbidrag udgør en delt finansiering for den aktivitet, der ligger udover baseline¹. For at den samlede marginale finansiering ikke skal overstige det fastsatte niveau i den statslige aktivitetspulje, modregnes den kommunale medfinansiering derfor i den statslige aktivitetspulje for afregningen, der kan henføres til medfinansieringen. Dette sker

¹ For hver region beregnes et baseline, der er udgangspunkt for beregningen af regionens aktivitet, der udløser statsmidler fra aktivitetspuljen.

ved en nettoficering af taksterne i den statslige aktivitetspulje. Dvs. taksterne vedrørende den enkelte patientkontakt under den statslige aktivitetspulje reduceres med det konkrete beløb, regionerne modtager fra kommunerne i kommunal medfinansiering. Dette omtales generelt som den marginale finansieringseffekt af medfinansieringen bliver søgt neutraliseret via en nettoficering i den statslige aktivitetspulje jf. bl.a. Incitamentsudvalget.

Aktivitetspuljen udbetales med 40 pct. af DRG/DAGS-taksten, hvoraf i gennemsnit 25,2 pct. kan henføres til den kommunale medfinansiering, Det betyder, at den faktiske udmøntning af den statslige aktivitetspulje udgør 14,8 pct. af DRG/DAGS-taksten, *jf. boks 1.3.*

Figur 3.12
Sammenhængen mellem den kommunale medfinansiering og den statslige pulje



Anm.: Det skraverede område illustrerer den andel af den statslige aktivitetspulje, der kan henføres til den kommunale medfinansiering

Der er imidlertid ikke fuldstændig parallelitet mellem den statslige aktivitetspulje og den kommunale medfinansiering. Eksempelvis er der forskelle i dækningsområdet mellem de to ordninger. Den kommunale medfinansiering dækker både det somatiske og psykiatriske sygehusområde samt praksissektoren, mens den statslige aktivitetspulje alene vedrører det somatiske sygehusområde.

Endvidere er det muligt, at foretage diverse korrektioner i den statslige aktivitetspulje i forbindelse med, at den forudsatte afregningstakst og den faktiske ikke stemmer overens. Korrektionsomlægning kunne henføres til omkostningseffektive omlægninger af patientbehandling, herunder øget anvendelse af LEON-

princippet²³. Tilsvarende korrektionsmuligheder findes ikke, for så vidt angår den kommunale medfinansiering.

Forskellene mellem de to ordninger betyder, at den kommunale medfinansiering ikke nødvendigvis neutraliseres via den statslige aktivitetspulje, og at regionernes adfærd kan påvirkes, herunder fx tilskynde til fastholdelse af u hensigtsmæssig behandlingsformer, manglende omlægning fra stationær til ambulans behandling, manglende understøttelse af LEON mv.

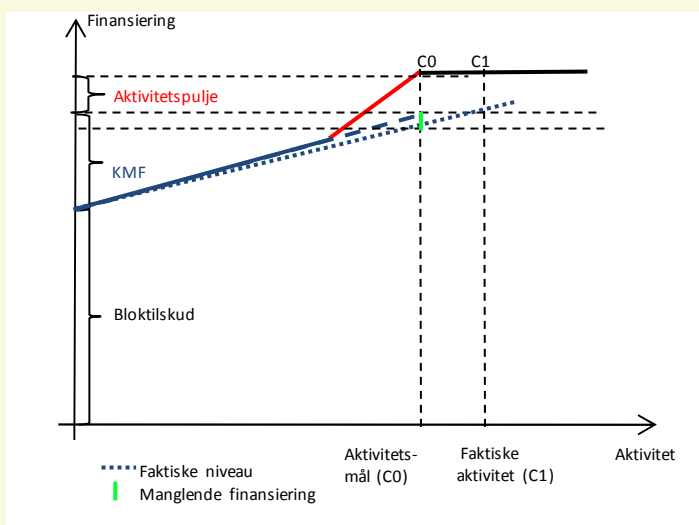
Figur 3.13

Forskelle i det aktivitetsniveau, der medfører fuld udmøntning af de to ordninger

Forskellene mellem de to ordninger betyder, at der i praksis kan være forskelle i det aktivitetsniveau, der medfører fuld udmøntning af den kommunale medfinansiering og den statslige aktivitetspulje.

Hvis det eksempelvis viser sig, at den faktiske afregningsandel for den kommunale medfinansiering er mindre end den afregningsandel, der ligger til grund for økonomiaftalen på 25,2 pct. af DRG/DAGS-taksterne⁴, vil regionerne på grund af manglende korrektionsmuligheder afregnes efter den faktiske og ikke det forudsatte afregningsniveau.

Det forudsatte aktivitetsmål, som er aftalt i økonomiaftalerne, er som følge heraf lavere end det faktiske aktivitetsniveau, der giver den budgetterede finansiering. Det betyder, at en region, der har leveret det forudsatte aktivitetsniveau, vil opnå mindre finansiering fra den kommunale medfinansiering end det budgetterede



- Den faktiske afregningstakt er lavere end det forudsatte (hældningen på den kommunale medfinansiering formindskes).
- Den faktiske aktivitet (C1), der giver det forudsatte finansiering er højere end det aftalte aktivitetsmål (C0).
- En realisering af aktivitetsmålet vil medføre mindre finansiering end forudsat (det markerede blå område)

² LEON-princippet: Laveste Effektive Omkostnings Niveau

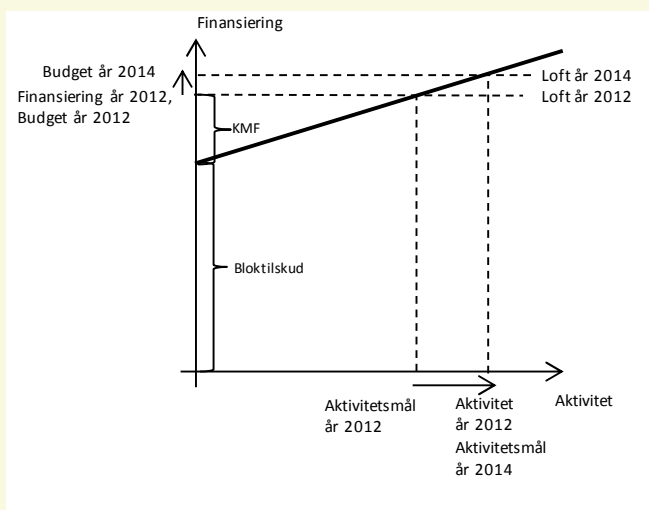
³ Denne korrektionsmulighed blev indført i forlængelse af Incitamentsudvalgets arbejde 2013.

Grundlaget for fordeling af KMF mellem regionerne

I økonomiaftalerne fastsættes et loft for regionernes indtægter som nævnt ovenfor. Loftene beregnes dynamisk ved at fordele den samlede kommunale medfinansiering på landsplan med en fordelingsnøgle baseret på den faktiske aktivitet to år tidligere.

Med anvendelse af loftet betyder det, at den faktiske aktivitet har betydning for størrelsen af den kommunale medfinansieringsandel i de efterfølgende år. Eksempelvis kan en region forøge sin kommunale medfinansieringsandel i fremtiden ved at levere et højere aktivitetsniveau (i forhold til det forudsatte aktivitetsniveau) relativt til de andre regioner i dag.

Figur 3.14
En region har leveret mere aktivitet end aktivitetsmålet i 2012. De øvrige regioner har leveret aktivitet svarende til aktivitetsmålet.



En region har leveret større aktivitet i 2012 end det forventede aktivitetsniveau. Regionen modtager finansiering svarende til loftet i 2012 og afregnes ikke for meraktivitet. Det forventede aktivitetsniveau, den budgetterende finansiering og således også loft for kommunal medfinansiering i 2014 øges.

Hensynet til fordelingskonstruktionen af den kommunale medfinansiering var at sikre en bedre overensstemmelse mellem loftet og regionernes udgangspunkt for at realisere indtægter fra den kommunale medfinansiering i forhold til et indtægtsloft, der følger bloktilskuddet. Konstruktionen indebærer derudover, at de regioner, der leverede en højere aktivitet via bl.a. højere produktivitet end øvrige regioner belønnes, og dermed overføres finansiering fra regioner med en lav aktivitet til regioner med en høj aktivitet. Den enkelte region har således mulighed for at øge sin andel af kommunal medfinansiering over tid ved at levere en aktivitet, der er relativt højere end de øvrige regioner. Dette kan medføre, at den kommunale medfinansiering giver et incitament til uhensigtsmæssig regional adfærd.

4. Sammenfattende evaluering

Evaluering af ordningen er gennemført med fokus på at vurdere opfyldelsen af de identificerede centrale hensyn bag medfinansieringen:

1. Yderligere incitament til og fokus på en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder et styrket samarbejde på tværs i kommunerne
2. Understøtte et forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner.

Yderligere er følgende øvrige forhold/hensyn medtaget i evalueringen:

3. Budgetsikkerhed og begrænsede byrdefordelingseffekter.
 4. Incitament i regionerne.
-

Styregruppen har på baggrund af de gennemførte analyser i dette kapitel foretaget en sammenfatning af resultaterne, fordelt efter de identificerede centrale hensyn bag medfinansieringen.

Generelt gælder i forhold til evalueringen, at den kommunale medfinansiering kun er én af mange faktorer, der påvirker den kommunale forebyggelsesindsats og samarbejdet mellem kommuner og regioner.

Heri ligger, at det i overvejelser om styringsinstrumenter og incitament er væsentligt at have for øje, at de enkelte instrumenter indgår i flerstrengt styringsstruktur, og at de enkelte instrumenter kan have forskellige positive og negative incitamentsvirkninger samtidig – der er således ikke ét instrument der kan det hele. Den kommunale medfinansiering er dermed ét instrument i den samlede styringsstruktur på sundhedsområdet, som senest er blevet analyseret samlet i Incitamentsudvalget (2013). Og derfor skal evalueringen generelt tages med det forbehold, at iagttagelser og observationer fra både den kvantitative og kvalitative analyse ikke nødvendigvis udspringer af den kommunale medfinansiering.

4.1 Hensyn: En effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder et styrket samarbejde på tværs i kommunerne

Styregruppen har baseret på analyserne identificeret nogle hovedtemaer for evalueringen af det centrale hensyn for den kommunale medfinansiering: en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder et styrket samarbejde på tværs i kommunerne:

- Kommunalt fokus på forebyggelse

- Kommunale incitament
- Forbedringer i den kommunale forebyggelsesindsats
- Styringsmæssige rammer
- Styrket samarbejde på tværs og mellem kommuner.

Kommunal fokus på forebyggelse – og KMF's betydning

Den kvalitative analyse viser, at sundhed er en klart stigende prioritet i kommunerne, og at KMF er en – blandt flere – væsentlige årsager til denne øgede prioritering.

Kommunerne har stort set alle oplevet et kontinuerligt stigende politisk og administrativt fokus på forebyggende indsatser og sundhedsområdet generelt siden 2007.

Flere af kommunerne fremhæver kommunalreformen som den væsentligste årsag til, at sundhed og forebyggelse har fået øget opmærksomhed og nu anses for at være en kommunal opgave på linje med andre kommunale opgaver. Hertil kommer den faglige udvikling inden for området samt trends i befolkningen med øget fokus på sundhed.

Kommunerne vurderer samtidig, at KMF spiller en betydelig rolle i forhold til at dagsordensfastsætte sundhed og forebyggelse på politisk og administrativt niveau i kommunerne. Alle kommuner fremhæver således eksplicit, at KMF har medvirket til at få sundhedsområdet placeret på den kommunale dagsorden som et væsentligt og relevant kommunalt område.

Årsagen angives at være, at sundhedsområdet med KMF er blevet en markant post i det kommunale budget. I flere kommuner er sundhedsområdet, inklusive KMF, således det tredje til fjerde største udgiftsområde i kommunen. Det angives derfor gennemgående, at KMF på den baggrund har haft betydning for, at forebyggelse og sundhed nu fylder mere i den kommunale bevidsthed end tidligere. Der er på den baggrund kommet betydeligt, især politisk, men også administrativt fokus på området.

Fra flere respondenter nævnes det derudover, at KMF har medvirket til at skærpe kommunernes ønske om at undersøge de kausale sammenhænge på sundhedsområdet og tilgrænsende områder. Det gælder fx, om og i hvor høj grad en styrket rehabiliteringsindsats påvirker forbruget af andre sundhedsydelser, eller om en styrket indsats i socialpsykiatrien kan påvirke antallet af kontakter til behandlingspsykiatrien.

I flere kommuner nævnes det, at der i relation til samarbejdet mellem kommuner og regioner om sundhedsopgaverne ofte opstår en negativt ladet diskussion om finansieringen af fælles, mere optimale opgaveløsninger om patientforløbene, som anføres helt eller delvist at skyldes KMF-afregningen. Der peges derfor fra

flere respondenter på at overveje andre modeller for at fremme fælles opgaveløsninger om patientforløbene, fx som supplement til KMF

Delkonklusion: KMF vurderes at have bidraget til et styrket kommunalt fokus på forebyggelses- og plejeopgaven. Selve kommunalreformen og sundhedsopgaven fremhæves som en primær årsag, men KMF synes samtidig at have skabt den forudsatte øgede opmærksomhed om opgaven særligt begrundet i, at KMF er blevet en markant post i det kommunale budget.

Kommunale incitamenter

Belysningen af de kommunale incitamenter (afsnit 2.2) viser, at den enkelte kommunes mulighed for i KMF-ordningen at opnå et ”underskud” eller ”overskud” set ift. finansiering via tilskud og udligning vil være afhængig af forbruget af de regionale sundhedsydelser hos kommunens borger set relativt til det samlede forudsatte forbrug i kommunerne, som finansieringen er fastsat ud fra.

Den kommunale medfinansieringsordning giver dermed den enkelte kommune et incitament til løbende at varetage pleje-, træning- og forebyggelsesindsatsen så effektivt som muligt, så man vedvarende præsterer relativt bedre end andre kommuner.

Dvs. at den enkelte kommune mere konkret har et incitament til at sikre, at kommunen til stadighed ikke ligger skævt ift. andre kommuners mht. trækket på regionale sundhedsydelser (under hensyntagen til forskelle i udgiftsbehov, som udlignes). Den kommunale medfinansiering er dermed et supplerende økonomisk incitament og ikke et incitament til udvikling af egentlige kommunale behandlingstilbud/substituerende tiltag, hvor en konkret finansiering kan forudsættes tjent hjem ved mindre betaling til regionerne.

Den kvalitative analyse (afsnit 3.1) afdækker, at der er en tiltagende oplevelse i flere kommuner af, at man ikke kan påvirke den samlede KMF-afregning uanset investeringer og prioriteringer af forebyggelses- og sundhedsopgaverne. Og at denne oplevelse betyder en oplevet aftagende effekt af KMF som motiverende faktor for de kommunale indsatser.

Analysen afdækker, at flere kommuner tidligere har set KMF som et finansieringsinstrument, bl.a. illustreret ved, at det fra flere af kommunerne angives, at de politiske og administrative beslutninger i de første år efter kommunalreformen var motiveret af konkrete beregninger, hvor forventede besparelser på KMF som konsekvens af investeringer i nye forebyggende indsatser eller andre sundhedsindsatser, var indregnet. Politiske beslutningsoplæg om nye indsatser bestod dermed af business cases, hvor forventede besparelser på den samlede KMF i kommunen indgik.

Analysen viser dog også, at der er en stigende erkendelse af, at der ikke er nogen lineær sammenhæng mellem de kommunale indsatser på sundhedsområdet og den samlede KMF-afregning.

Anvendelsen af ”business cases” for de kommunale sundhedsinvesteringer fokuseres i stedet på de afledte kommunale gevinster, som målrettede indsatser overfor borgere i særlige risikogrupper kan realisere, herunder typisk reduktion i behov for omsorgs- og plejeydelser og fastholdelse af fx arbejdsmarkedstilknytning.

I analysen peger flere af kommunerne også på, at der er beskedent økonomisk incitament i den eksisterende ordning, fordi en del af medfinansieringen opleves relateret til sygehusaktivitet, som kommunen kun har begrænset mulighed for at påvirke. Der peges i forlængelse heraf på, at det formentlig ville være mere relevant at øge den kommunale medfinansieringsandel på de områder, hvor der er en mere direkte sammenhæng mellem den kommunale og den regionale indsats og evt. mindre eller ingen på de områder, hvor der ikke er direkte sammenhæng.

Flere regioner peger på det samme: at det i deres optik er en mindre del af sygehusaktiviteten, kommunerne reelt set kan påvirke. Særligt de mest omkostningstunge patientforløb har kommunerne ikke mulighed for at påvirke på kort sigt. Derfor peges der fra flere regioner på, at KMF – givet at det fastholdes – formentlig med fordel kunne være målrettet de patienter/den aktivitet, kommunerne rent faktisk har mulighed for direkte at gøre noget ved. I forlængelse heraf peges der på, at incitamenterne i højere grad end de nuværende kunne understøtte opprioritering af indsatser målrettet prioriterede målgrupper/indsatser – for både kommuner og sygehuse/regioner.

Endelig er der en del kommuner, som peger på, at det er umuligt at adskille den aktivitetsbaserede styring af regionerne og den kommunale medfinansiering, og at der er tale om modsatrettede incitament. Det nævnes eksplicit, at kravet om øget produktivitet til sygehuse sætter incitamentet for kommunerne til at reducere sygehusaktiviteten ud af spil, og at der ikke er et incitament i regionerne til at undgå, at der kommer borgere over i sygehusvæsenet. Denne produktivitets-sammenhæng og de regionale incitament behandles nærmere i afsnit 4.4.

Delkonklusion: Incitamenterne for kommunerne er som et supplerende økonomisk incitament til ikke at ligge skævt ift. kommunens træk på regionale ydelser. Det er omvendt ikke et incitament til finansiering af nye indsatser, idet der ikke på konkret patientniveau er nogen direkte sammenhæng mellem indsatser og samlet KMF. Analyserne viser, at kommunerne aktuelt har indrettet styringen herefter.

Analysen afdækker imidlertid også, at mange kommuner ikke oplever at de kan påvirke alle dele af sygehusaktiviteten gennem forebyggelse, hvilket synes at betyde en aftagende effekt af KMF som motiverende faktor i kommunerne, og hvilket derfor kan tale for at genoverveje mulighederne for en differentieret (målrettet) KMF, som senest blev overvejet i KMF-udvalget (2010).

Ønskerne om mere målrettede incitamentter på både kommunal og regional side kan ses i sammenhæng med mere generelle overvejelser om incitamentter på sundhedsområdet, hvor løsningen i mange tilfælde vil kunne ligge udover eller ved siden af KMF, jf. at de forskellige styringsinstrumenter har forskellige styrker – og ikke kan alt på en gang.

Effekter af den kommunale forebyggelsesindsats

Den kvantitative kortlægning (afsnit 3.2) viser, at på typiske indikatorer for effekten af den mere patientrettede forebyggelse med fokus på at forebygge indlæggelse og genindlæggelser, er der sket en positiv udvikling siden 2007.

Både genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser per tusind +65-årige er faldet i perioden.

Forebyggelige indlæggelser omfatter indlæggelser med diagnoser, hvor det er vurderet, at der er et særligt potentiale i forhold til at forebygge disse sammenlignet med øvrige indlæggelser. Diagnoserne omfatter relativt få diagnoser, men har stadig en væsentlig tyngde (ca. 15 pct.) i forhold til alle indlæggelser.

Udviklingen i genindlæggelser kan anvendes som indikator for en rettidig og effektiv kommunal forebyggelse, og forskelle kan indikere potentialer for forbedringer. Genindlæggelser kan dog også skyldes andre forhold, herunder indsatsen i regionalt regi. Indikatoren skal derfor anvendes varsomt i relation til den kommunale medfinansiering.

Det kan give en indikation af, at de kommunale forebyggelses- og plejeindsatser fra 2009-2013 har haft en positiv effekt. Men resultaterne skal tolkes med varsomhed, da andre forhold kan spille ind som forklaring, jf. herunder at både den regionale og kommunale indsats spiller ind.

På akutte korttidsindlæggelser er udviklingen konstant.

Analysen af sammenhængen mellem variationen i de forskellige indikatorer og det sociale indeks i kommunerne giver en indikation af, at der kun er begrænset forklaringskraft i forhold til socioøkonomiske forskelle. Der er altså umiddelbart ikke nogen indikation af at sammenhæng mellem hvor ”tung” befolkningen er, og hvordan kommunerne klare sig i forhold til at nedbringe forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og akutte korttidsindlæggelser. Disse sammenhænge skal dog tolkes varsomt, da de sociale indeks repræsenterer hele befolkningen i kommunerne og ikke kun de +65-årige.

Den beskrevne forskel på alle de målte områder kan indikere fortsatte potentialer for en bedre forebyggelsesindsats i kommunerne, og i regionerne jf. at den regionale indsats også spiller ind. Analysen illustrerer i sig selv et ikke mindsket behov for borgerrettet og patientrettet forebyggelse.

Det er på det foreliggende grundlag vanskeligt at vurdere den borgerrettede forebyggelse og sammenhængen med den kommunale medfinansiering. Flere danskere lider af én eller flere kroniske sygdomme, færre danskerne ryger og drikker mere end højrisikogrænsen for alkoholindtag, mens flere danskere spiser usundt, er overvægtige og dyrker for lidt motion.

Delkonklusion: Med analyserne kan der konstateres en positiv udvikling på nogle af de indikatorer, som typisk sættes i sammenhæng med den kommunale (og regionale) forebyggelse. Fortolkning og specifik kobling med KMF skal dog ske med varsomhed. Analyserne viser en fortsat spredning ift. tidligere tilsvarende analyser, hvilket kan indikere et fortsat potentiale for en styrket forebyggelses- og plejeindsats i kommunalt (og regionalt) regi.

Styringsmæssige rammer

Den kvalitative analyse afdækker relativt store forskelle i den kommunale styring af KMF (hvordan KMF-finansieringen håndteres i regionen), hvordan man prioriterer den administrative indsats, og hvilket grundlag der udarbejdes for den løbende styring også ift. konkrete indsatser på forebyggelses- og plejeområdet.

KMF udbetales til kommunerne som en del af bloktilskuddet, men indgår ikke i det kommunale udgiftsloft for de samlede serviceudgifter. Heri ligger, at medfinansieringen samlet set er et nul-sums spil, hvor den kommunale udgift og den regionale indtægt under ét maksimalt vil svare til det forudsatte og finansierede niveau.

Nogle af de besøgte kommuner har valgt (efter nogle få års forsøg på at prognosticere og budgettilpasse fra år til år) at håndtere udgiften til KMF som en slags ”snerdyndingskonto”. Her anvendes de administrative ressourcer på at udrede og forklare udsving eller eventuelle merudgifter, alene når disse identificeres. Det administrative ressourcetræk er således mindre konstant og mere ad hoc og afhængigt af udviklingen i KMF.

Andre kommuner nævner, at merforbrug på KMF finansieres via reduktioner af serviceniveauet fx på plejehjem eller i hjemmeplejen, og hvor man løbende søger at prognosticere og forudsige udviklingen i KMF. Bl.a. her anvendes en del administrative ressourcer på at budgettere og overvåge udviklingen. Det administrative ressourcetræk er løbende/jævnt fordelt henover året. Generelt oplever kommunerne for ringe mulighed for at gennemskue, hvad der medfinansieres via KMF-afregningen, og der efterspørges større gennemsigtighed.

De regionale efterregistreringer fremhæves som et særligt problem, da de kan være af et betydeligt omfang og kommer efter årets afslutning. Det vanskeliggør generelt budgetstyringen jf. nærmere i vurdering af budgetsikkerhed.

Analysen afdækker, at nogle kommuner forsøger at monitorere udviklingen på udvalgte områder mere specifikt, fx indlæggelser, genindlæggelser, færdigbehandlinger mv. med henblik på at følge op på resultaterne af specifikke kommunale

indsatser, og efterspørger (i varierende omfang) data og indviddata, så de kan lave målrettede indsatser overfor fx de borgere, som faktisk er faldet, har været indlagt pga. dehydrering og så videre.

Det regionale billede er, at man anvender mange ressourcer på udarbejdelse af statistikker og prognoser. Analysen viser samtidig indikation af en opfattelse i flere regioner om, at analyserne til kommunerne generelt er spild af ressourcer, fordi det ikke ses at føre til brugbar, handlingsorienteret viden. Selve afregningen fylder ikke noget på regionsplan, idet den kommunale afregning kører automatisk.

Der er forskel mellem regionerne i forhold til, om der løbende udarbejdes prognoser for KMF. I nogle regioner udarbejdes kvartalsvise prognoser for hele regionen, mens andre regioner udarbejder månedlige eller kvartalsvise prognoser fordelt ud på kommunerne i regionen.

Delkonklusion: Analysen afdækker en positiv udvikling ift. en fælles forståelse og styring, men afdækker også forskelle i den kommunale opfølgning på KMF, som slår igennem i et tilsyneladende forskelligt administrativt ressourceforbrug. Evalueringen viser samtidig, at der ikke fra regional side stilles noget samlet eller løbende analysegrundlag til rådighed for den kommunale indsats, men leveres ad hoc.

Samarbejde på tværs inden for og mellem kommuner

Generelt er der i mange af de besøgte kommuner et stigende fokus på sammenhængende opgaveløsning på tværs af og/internt i kommunen.

Der opleves generelt en øget erkendelse af, at en øget forebyggende indsats samt andre sundhedsindsatser kan medføre langsigtede besparelser på andre områder. Det gælder fx opnåelse af reducerede udgifter til pleje og omsorg gennem fastholdelse eller forbedring af funktionsevne, reduktion af omfanget af overførselsindkomster via rettidig og tidlig rehabiliterende indsats og tidlig opsporing ift. særlige risikogrupper.

Men analysen viser også forskelle kommunerne imellem, når det gælder det tværgående fokus på forebyggende indsatser og sundhedsindsatser i øvrigt, internt i kommunerne.

I nogle kommuner er forebyggelse et anliggende for fx sundheds- og ældreområdet. I andre kommuner er forebyggende indsatser tænkt ind som et tværgående strategisk fokusområde på tværs af forvaltninger. Der ses også eksempler på, at tværgående samarbejde om sundhed i kommuner kan være initieret eller fremmes af, at der er etableret en fælles sundhedspolitik, som alle forvaltninger/områder forventes at implementere og bidrage til at udmønte.

Tilsvarende viser analysen forskel på graden af samarbejde kommunerne imellem – typisk er perspektivet forbundet med kommunens størrelse.

De større kommuner, som har indgået i analysen, oplever at de i sig selv har større lydhørhed i regionerne qua deres størrelse, men prioriterer også et samarbejde fx det strategiske samarbejde '6-byerne'.

Mens flere af de mindre kommuner er gået sammen i faste samarbejdskonstellationer og har oprettet særlige tilbud (fx forebyggelsespakker) eller købt sundhedsydelser af hinanden (fx akuttilbud), bl.a. fordi man er for lille til at kunne løse bestemt typer af opgaver effektivt alene og motiveret af ønske om at stå stærkere i forhandlingssituationer overfor regionen.

Flere kommuner angiver dog, at det kan være vanskeligt at samarbejde om indsatser og tilbud, idet man ønsker selv at have fuld kontrol.

Delkonklusion: Evalueringen viser god kommunal forståelse for behovet for sammenhæng i indsatsen på tværs af kommunen, men samtidig indikation af variationer i fokus og prioritering af området. Analysen viser også, at størrelse betyder noget ift. de mere komplekse sundhedsområder, og at mange mindre kommuner har indrettet sig herefter via samarbejder.

4.2 Hensyn: Forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner

Det kommunale perspektiv

Analysen viser, at der i den kommunale optik er et godt generelt, formelt og overordnet samarbejde mellem kommuner og regioner – og samarbejdsrelationerne opleves som væsentligt forbedret siden en relativt vanskelig start i årene efter 2007. Det betyder mere gensidig respekt og dermed flere fælles drøftelser af sundhedsområdet end tidligere

De fleste kommuner oplever, at de med KMF har fået formel adgang og anledning til en tættere både politisk og administrativ dialog med regionerne. KMF omtales som en "presbal" i forhold til det regionale niveau samt i forhold til at drøfte udviklingen og strategierne på sundhedsområdet og at få bedre sammenhæng mellem de kommunale og regionale indsatser.

Nogle kommuner oplever en ulige magtfordeling mellem kommuner og regioner. Kommunestørrelse spiller også her ind – hvor store kommuner oplever sig selv mere ligeværdige (i forhold til regionerne) end mindre kommuner, der også derfor søger tværkommunalt samarbejde jf. ovenfor.

Forskellen i samarbejde slår fx igennem på den måde, at nogle kommuner ofte må reagere på regionens eller sygehusene tiltag uden forudgående dialog, mens andre kommuner angiver at have et mere ligeværdigt samarbejde, hvor der skal

være enighed blandt region og kommune, før regionen fx iværksætter omstruktureringer, der kan få afledte konsekvenser for kommunerne.

Flere kommuner oplever endvidere, at de resultater, der opnås gennem samarbejdet, ikke helt står mål med de mange administrative ressourcer, der anvendes, og de mange møder, der afholdes.

Kommunerne fremhæver gennemgående markante udfordringer i forhold til at realisere et tæt samarbejde med almen praksis.

Det regionale perspektiv

Analysen viser, at der i den regionale optik også er en oplevelse af et bedre samarbejde med kommunerne.

Regionerne har generelt en oplevelse af, at KMF har påvirket samarbejdet med kommunerne på flere måder.

På den ene side er der i de fleste regioner enighed om, at KMF har medvirket til at skabe større opmærksomhed i kommunerne om sundhed og forebyggelse, og at KMF dermed også har medvirket til at øge interessen i samarbejdet med regionen og sygehusene om opgaverne og om udviklingsprojekter. Fx nævnes håndtering af færdigbehandlede (selv om der på dette punkt teknisk set er tale om fuldfinansiering) samt unødvendige indlæggelser af flere regioner som særlige områder, hvor samarbejdet med langt de fleste kommuner fungerer godt.

På den anden side oplever regionerne, at KMF i stigende grad bliver en kilde til konflikt snarere end en kilde til at fremme samarbejde. Der nævnes hos regioner en række årsager hertil og en række konsekvenser heraf: Det, at der er penge mellem systemerne, kan føre til uhensigtsmæssige diskussioner af, hvornår det er ”vores” og ”jeres” borgere; Kommunerne ønsker detaljeret viden om sammensætningen af KMF-afregningen på et niveau, som regionerne ikke kan imødekomme; En stigende opfattelse i regionerne af, at det kun er en meget lille del af den samlede udgift til KMF, som kommunerne reelt kan påvirke.

Selvom KMF opleves at have medvirket til at løfte den kommunale opmærksomhed om kommunernes rolle på sundhedsområdet, er der samtidig nu i regionerne enighed om, at den nuværende model generelt set ikke er fremmende for samarbejdet. Det opleves af flere, at KMF i værste fald er i vejen for et godt samarbejde – og i bedste fald er ligegyldigt.

Delkonklusion: Evalueringen viser, at samarbejdet fungerer flere steder og er blevet væsentligt bedre, men at der også er nogle udfordringer i forhold til at sikre et tæt og forpligtende samarbejde. KMF opleves af kommunerne som en adkomst og styrke i et samarbejde, der generelt ses med risiko for asymmetri. Mens regionerne i stigende grad ser KMF som et instrument, der i værste fald er i vejen for et godt samarbejde, idet man dog også ser KMF som medindflydende

på det styrkede kommunale fokus. Det indikerer behov for fortsatte initiativer til styrket samarbejde.

4.3 Hensyn: Budgetsikkerhed og begrænsede byrdefordelingseffekter

Byrdefordelingseffekter

Analysen af de byrdefordelmæssige effekter (afsnit 3.2) viser, at de byrdefordelmæssige effekter af KMF overordnet set er relativt begrænsede.

Den primære effekt, der betyder en forskel for både kommuner og regioner ift. en situation med ren bloktilskudsfinansiering, er afledt af mekanismen for fordelingen af KMF-lofterne i regionerne. Mekanismen, der er nærmere behandlet i afsnit om de regionale incitamenter nedenfor, betyder, at lofterne fastsættes med sammenhæng til den relative aktivitetsvækst og produktivitet i de enkelte regioner.

I de regioner, hvor der er forholdsvis høj aktivitet i det regionale sundhedsvæsen, har regionerne et højt KMF-loft og kommunerne har forholdsvis høje udgifter til ordningen, og omvendt i regioner med forholdsvis lavere aktivitet i sundhedsvæsenet. To regioner har aktuelt et byrdefordelmæssigt tab ved ordningen, mens tre regioner har en gevinst. Kommunerne i de pågældende regioner har en modsvarende gevinst henholdsvis tab beregnet i forhold til bloktilskudsfordeling.

De samlet relativt begrænsede byrdefordelingseffekter skal også ses i sammenhæng med de fastsatte maksimale lofter for KMF pr. behandling, der sikrer mod uheldige byrdefordelmæssige konsekvenser i forbindelse med dyre behandlinger.

Delkonklusion: Analyserne har ikke konstateret væsentlige byrdefordelmæssige effekter af den kommunale medfinansiering. Det svarer til konklusionerne fra tidligere analyser, der også har set specifikt på effekten af 2012-omlægningen. Kortlægningen har dog vist, at loftfastsættelsen i regionerne giver sig udslag i en øget byrdefordelmæssig effekt i konkrete regioner og kommunerne i de pågældende regioner. Det kan give anledning til at overveje, om der er behov for tilpasninger, se nærmere vurdering i afsnit 4.4 nedenfor.

Budgetsikkerhed

For regionerne viser analyserne, at den kommunale medfinansiering tidligere har været vanskelig at budgettere, med forholdsvis store forskelle mellem budget og regnskab for årene 2007-2010. For årene 2012 og 2013 har budgetsikkerheden imidlertid været stor, sammenhængende med omlægningen af ordningen med virkning fra 2012, hvor der blev indført en øvre grænse for den enkelte regions indtægter fra ordningen.

For kommunerne viser analyserne, at budgetterne de første år lå lidt højere end de faktiske udgifter. Herefter vendte udviklingen, og udgifterne har fra 2009 og frem oversteget budgetterne. For 2013 skal det bemærkes, at kommunernes betaling i nogle af regionerne oversteg den øvre grænse for regionernes indtægter. Det førte til en efterregulering på 392,4 mio. kr., som er afregnet via en forhøjelse af det kommunale bloktilskud ved midtvejsreguleringen for 2014.

Det er et generelt vilkår for kommunerne, at der er en vis usikkerhed i budgetlægningen på de områder, som ikke fuldt ud kan styres af kommunen, som f.eks. en række indkomstoverførsler og området for udsatte børn og unge. Det er ikke muligt præcist at forudsige aktiviteten på disse områder på tidspunktet for budgetlægningen. Sammenligningen af budgetsikkerheden for den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet med disse områder har vist, at budgetsikkerheden på dette område kan sammenlignes med førtidspensionsområdet, og at usikkerheden er mindre end på øvrige sammenlignelige områder.

Samtidig fungerer tilbageførselsmekanismen for KMF som en slags budgetgaranti for kommunerne under ét.

Kommunerne anvender forskellige metoder til budgettering af udgifter til kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. De kommuner, der er længst og opnår størst præcision i budgettering af udgifter til medfinansieringsudgifter, tager bl.a. højde for de seneste års udvikling i aktivitet samt den demografiske udvikling. Herudover er de også løbende i dialog med regionerne/sygehusene i forhold til afvigelser i forbrug mm.

De betydelige regionale efterregistreringer fremhæves som et særskilt problem i budgetteringen og budgetstyringen. Det er i den forbindelse overfor styregruppen oplyst, at regionerne i 2014 bl.a. som led i en styrket økonomistyring har strammet op på fristerne, og at problematikken derigennem forudsættes reduceret væsentligt.

Delkonklusion: Budgetsikkerheden er meget høj i regionerne som følge af de indførte lofter for KMF-indtægten fra 2012. For kommunerne er der en vis budgetusikkerhed, men i mindre omfang end for sammenlignelige områder.

4.4 Regionale incitament

Generelt

Såvel den statslige som den kommunale aktivitetsfinansiering medvirker til, at en del af regionernes finansiering er aktivitetsafhængig. Det betyder, at regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering afhænger af den faktiske aktivitet, og finansieringsstørrelsen i regionerne vil således automatisk tilpasses til ændringer af aktiviteten. Den fulde forudsatte kommunale medfinansiering kan kun opnås i indeværende år, ved at levere mindst det aktivitetsniveau, der forudsættes

i de årlige økonomiaftaler. Ordningen giver dermed som udgangspunkt regionerne incitament til som minimum at realisere de aftalte aktivitetsniveauer på sygehusområdet.

Aktivitetsafhængig finansiering kan som sådan medføre en række fordele og ulemper, også afhængigt af den konkrete udformning, hvilket er belyst i Incitamentsudvalget rapport ”Bedre incitament i sundhedsvæsenet”.

For de enkelte sygehuse, herunder de enkelte afdelinger er den kommunale medfinansiering ikke direkte synlig, idet indtægterne fra den kommunale medfinansiering tilfalder regionen set under ét og ikke det enkelte sygehus.

Det billede understøttes af den kvalitative analyse, der viser, at det helt generelle billede er, at regionerne håndterer den kommunale medfinansiering, uden at sygehusene inddrages/er bekendt med konsekvenserne af afregningen. Dette uanset, om det samlede afregningsløft nås eller ej. Jf. analysen har KMF helt grundlæggende ingen betydning for sygehusene, og regionerne anvender ikke KMF i styringen overfor de enkelte sygehuse.

Generelt angiver regionerne endvidere, at der ikke er nogen sammenhæng mellem udgiftsbudget og baselinebudget (aktivitetsbudget) for sygehusene. Det angives samtidig, at aktivitetsfinansieringen får mindre og mindre praktisk betydning for styringen af sygehusene.

Men da regionerne har ansvaret for den løbende styring af sygehusene og da styringen skal sikre at den forudsatte aktivitet nås, kan den kommunale medfinansiering potentielt have en incitamentsvirkning, der vil slå igennem i regionernes styring af sygehusene.

Elementer med selvstændig incitamentsvirkning

Analysen peger på to konkrete tilfælde, hvor den kommunale medfinansiering har en selvstændig incitamentsvirkning i regionerne – dvs. hvor den forudsatte neutralisering ikke slår fuldt igennem eller hvor fordelingsmekanismen mellem regioner i sig selv kan henlede til uhensigtsmæssig regional adfærd. Resultaterne svarer bl.a. til resultatet af tidligere analyser, jf. Incitamentsudvalget (2013):

- Ikke fuldstændig parallelitet mellem aktivitetspulje og KMF

Forskelle i dækningsområder og korrektionsmuligheder betyder, at der ikke er fuldstændig parallelitet mellem den statslige aktivitetspulje og den kommunale medfinansiering. Dette betyder, at den kommunale medfinansiering har marginal finansieringseffekt på toppen og dermed ikke nødvendigvis neutraliseres fuldt ud via de statslige aktivitetsmidler. Forskellen som følge af korrektioner i den statslige aktivitetspulje er bl.a. årsag til, at to regioner ikke opnåede den forudsatte finansiering fra den kommunale medfinansiering i 2013 på trods af, at samtlige regioner leverede det forudsatte aktivitetsmål for året. Den faktiske kommunale

medfinansiering var samlet set 48 mio. kr. under det forudsatte niveau, svarende til 0,3 pct.

- Lofter for KMF fastsættes med udgangspunkt i leveret aktivitet

De regionale indtægtslofter for kommunal medfinansiering fastsættes med udgangspunkt i regionernes aktivitet to år tidligere. Hensigten med at fastsætte indtægtslofterne med udgangspunkt i tidligere års aktivitet er at belønne de regioner, der leverer en højere aktivitet via højere produktivitet end øvrige regioner. En større andel i en region er medvirkende til en lavere andel i øvrige regioner. Dette kan medføre, at den kommunale medfinansiering giver et incitament til uhen-sigtsmæssig regional adfærd.

Flere af de regionale respondenter på tværs af regionerne peger på, at produktiv-tetskravet til sygehusene i princippet skaber et incitament, der er modsatrettet kommunernes incitament til at reducere sygehusaktiviteten, i de tilfælde (oftest), hvor produktivtetskravet imødegås ved at øge aktiviteten.

Delkonklusion: Analysen har peget på to elementer i den kommunale medfinansiering som har en selvstændig incitamentsvirkning på regionerne. Det kan give anledning til at overveje, om der er behov for tilpasninger vedrørende disse to selvstændige incitamentsvirkninger.

5. Overvejelser om tiltag

I kapitlet fremlægges styregruppens overvejelser og ændringsmuligheder vedr. den kommunale medfinansieringsordning i lyset af evalueringen og de samlet udledte mulige udfordringer ved den aktuelle indretning og anvendelse af den kommunale medfinansiering i kommuner og regioner

Styregruppen har, jf. kommissoriet, foretaget overvejelser og drøftet konkrete ændringsmuligheder vedr. den kommunale medfinansieringsordning i lyset af evalueringen.

Generelt gælder i forhold til evalueringen, at den kommunale medfinansiering kun er én af mange faktorer, der påvirker den kommunale forebyggelsesindsats og samarbejdet mellem kommuner og regioner. Heri ligger, at det i overvejelser om styringsinstrumenter og incitament er væsentligt at have for øje, at de enkelte instrumenter indgår i flerstrengt styringsstruktur, og at de enkelte instrumenter kan have forskellige positive og negative incitamentsvirkninger samtidig – der er således ikke ét instrument der kan det hele.

Den kommunale medfinansiering er dermed ét instrument i den samlede styringsstruktur på sundhedsområdet, som senest er blevet analyseret samlet i Incitamentsudvalget (2013). I nærværende evaluering er der søgt et isoleret fokus på medfinansieringen. De fremlagte overvejelser om tilpasninger er fremlagt med afsæt i de gennemførte delanalyser. Der kan tænkes andre løsninger.

5.1 Generelle overvejelser

Evalueringen viser overordnet, at medfinansieringen i det *kommunale* perspektiv lever op til det forudsatte i den forstand, at medfinansieringen har bidraget til et styrket kommunalt fokus på forebyggelses- og plejeopgaven. Selve størrelsen af medfinansieringen til regionerne er en væsentlig faktor for det skærpede kommunale fokus.

KMF opleves endvidere af kommunerne som en adkomst og styrke i et samarbejde med regionerne, der generelt ses med risiko for asymmetri.

Den kvantitative kortlægning viser, at på typiske indikatorer for effekten af den patientrettede forebyggelse, genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser, er der sket en positiv udvikling siden 2007. Det kan anvendes som indikator for en rettidig og effektiv kommunal forebyggelse, og forskelle kan indikere potentialer for forbedringer. Genindlæggelser kan dog også skyldes andre forhold, herunder indsatser i regionalt regi. Indikatorerne skal derfor anvendes varsomt i relation til

den kommunale medfinansiering. På akutte korttidsindlæggelser er udviklingen konstant.

Evalueringen viser, at den kommunale administration har udviklet sig siden ordningens introduktion, og har indrettet sig efter det forhold, at incitamenterne for kommunerne er som et supplerende økonomisk incitament til ikke at ligge skævt ift. kommunens træk på regionale ydelser, og ikke et 1-til-1 incitament til finansiering af nye indsatser.

Evalueringen viser god kommunal forståelse for behovet for sammenhæng i indsatsen på tværs af kommunen, men samtidig indikation af variationer i fokus og prioritering af området. Analysen viser også, at størrelse betyder noget ift. de mere komplekse sundhedsområder, og at mange mindre kommuner har indrettet sig herefter via fælleskommunale samarbejder.

Analyserne har ikke konstateret væsentlige byrdefordelmæssige effekter af den kommunale medfinansiering. Det svarer til konklusionerne fra tidligere analyser. Kortlægningen har dog vist, at loftfastsættelsen i regionerne giver sig udslag i en øget byrdefordelmæssig effekt i konkrete regioner og kommunerne i de pågældende regioner, jf. nærmere om loftsproblematikken nedenfor.

Budgetsikkerheden er endvidere meget høj i regionerne som følge af de indførte lofter for KMF-indtægten fra 2012, mens der for kommunerne er en vis budgetusikkerhed, som imidlertid er mindre end for sammenlignelige områder.

Analysen afdækker også, at mange kommuner ikke oplever at de kan påvirke alle dele af sygehusaktiviteten gennem forebyggelse, hvilket synes at betyde en aftagende effekt af KMF som motiverende faktor i kommunerne. Det kan tale for at genoverveje mulighederne for en differentieret (målrettet) KMF, som senest blev overvejet i KMF-udvalget (2010). En overvejelse herom er derfor medtaget i et muligt bruttokatalog jf. afsnit 5.2.

Ønskerne om mere målrettede incitamentter på både kommunal og regional side, hvor bl.a. nogle kommuner efterlyser direkte regionale incitamentter til at modvirke fx genindlæggelser, kan ses i sammenhæng med de generelle overvejelser om incitamentter på sundhedsområdet. Løsninger i form af sådanne meget direkte tiltag ligger ikke inden for det generelle KMF-instrument, men kunne supplere KMF, jf. at de forskellige styringsinstrumentter har forskellige styrker.

Evalueringen viser også, at der er grundlag for fortsatte forbedringer af ordningen. Det gælder ift. effekterne af forebyggelsesindsatsen, hvor der fortsat er spredning mellem kommunerne, og det gælder ift. samarbejdet mellem kommuner og regioner, der fungerer flere steder og er blevet væsentligt bedre end i opstarten, men hvor der også udfordringer i forhold til at sikre et tæt og forpligtende samarbejde.

I den forbindelse viser analysen indikation af en vis skepsis overfor den kommunale medfinansiering set fra det *regionale* perspektiv. Regionerne ser således i stigende grad KMF som et instrument, der ikke understøtter et godt samarbejde. Det synes at afspejle en generel skepsis i forhold til effekten af den kommunale indsats på den regionale hverdag, men kan også ses i sammenhæng med, at KMF iht. analysen især på to konkrete områder har en selvstændig incitamentsvirkning ind i regionerne i forhold til at levere aktivitet.

Det kan give risiko for at modvirke den ønskede bevægelse af patienter ud af sygehusene, ligesom problematikken har byrdefordelingsmæssige virkninger. Derfor er der medtaget overvejelser om tilpasninger vedrørende disse to selvstændige incitamentsvirkninger i et muligt bruttokatalog jf. afsnit 5.2.

Herudover har evalueringen generelt afdækket forskelle i den kommunale håndtering af KMF. Et element heri synes at være forståelsen af KMF, herunder i hvilket omfang KMF ses som et supplerende økonomisk incitament, der har visse fælles træk med fx overførselsudgifter (og dermed ikke ses som fuldt styrbart med en-til-en sammenhæng mellem konkrete kommunale indsatser og medfinansieringen). Evalueringen viser samtidig, at der ikke fra regional side stilles noget samlet eller løbende analysegrundlag til rådighed for den kommunale indsats.

Disse sidste konstateringer taler for, at det uanset evt. tilpasninger i selve medfinansieringsordningen overvejes, i et samarbejde mellem Danske Regioner og KL, at kommunikere gode fælles erfaringer for håndteringen og forståelsen af den kommunale medfinansiering.

En fælles forståelse af, hvad KMF kan og ikke kan, hvilke dataanalyser der kan understøtte en effektiv kommunal pleje, og hvordan og på hvilke emner dialogen mellem regioner og kommuner tilrettelægges, vurderes i sig selv at kunne medvirke til at mindske mulige udfordringer i et samarbejde, der er helt centralt for at sikre sammenhængende og omkostningseffektive løsninger for patienterne.

5.2 Overvejelser om tilpasninger i ordningen

5.2.1 Differentiering (målretning)

Det fremgår af den gennemførte kvalitative analyse jf. kap 4, at flere af de besøgte kommuner peger på, at der er beskedent økonomisk incitament i den eksisterende ordning, fordi en stor del af medfinansieringen er relateret til sygehusaktivitet, som kommunen ikke oplever at have mulighed for at påvirke. Det kan isoleret set tale for at genoverveje mulighederne for en differentieret (målrettet) KMF, som senest blev overvejet i KMF-udvalget (2010).

Nedenfor beskrives til illustration forskellige muligheder for at differentiere i forhold til alder og konkrete behandlinger.

Bemærk at, de beskrevne muligheder for differentiering ikke behøves at ses hver for sig, da flere differentieringsmodeller vil kunne kombineres. Ved en kombination vil der dog skulle tages hensyn til en større risiko for fejl og øget kompleksitet og dermed også for mindre gennemsigthed i afregningen.

Det bemærkes også, at en differentiering vil kræve et videre arbejde mhp. at opstille mere konkrete modeller, der kan tage højde for de forskellige hensyn.

En differentieret medfinansieringsordning kan implementeres ved at ændre på dels pct.-satsen af DRG-taksterne, på loftet eller ved en kombination heraf.

1) *Differentiering ift. ældre patienter*

Delanalyse 3 viste, at der er variation på tværs af kommuner med hensyn til forekomsten af u hensigtsmæssige indlæggelser, herunder især for ældre patienter. De konstaterede forskelle på indikatorerne for de ældre patienter kan tale for at øge den kommunale medfinansiering for denne gruppe for derved at styrke det kommunale fokus og herunder de kommunale forebyggelsesindsatser på dette område.

Hertil kommer, at der kan argumenteres for, at kommunerne særligt ift. de ældre borgere har en tæt og daglig kontakt via plejeindsatsen, og at kommunerne derigennem har bedre muligheder for at forebygge bl.a. unødige indlæggelser mv. i forhold til denne gruppe. Fx har kommunen via deres plejecentre og i form af personlig pleje i eget hjem kontakt med omkring 45 pct. af de ældre (65+ årige), der indlægges med en forebyggelig diagnose og mere end 40 pct. af de ældre, der genindlægges, jf. ”Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelser” (2013).

Aldersdifferentiering

Fælles for gruppen af ældre er det høje ressourcetræk på sundhedsvæsenet afledt af bl.a. indlæggeshyppighed og ambulante besøg. I forhold til forebyggelsesindsatsen er særligt kontaktflader med den kommunale hjemmepleje og den kommunale hjemmesygepleje relevante i forhold til at undgå unødvendig kontakter med sundhedsvæsenet.

En differentieret tilgang med fokus på de ældre patienter kan baseres på en stigende sats med alderen, dvs. en aldersdifferentiering.

En implikation af en aldersdifferentieret tilgang vil være, at kommunerne får en relativt mindre tilskyndelse til at prioritere aldersgrupper med en lavere medfinansieringsandel. Det kan konkret betyde, at kommunerne isoleret set vil få en forskellig tilskyndelse i forhold til at hjælpe borgere over og under en bestemt aldersgrænse, selvom der kan være tale om personer i samme situation. Tilsva-

rende kan balancen mellem fokus på den kortsigtede og den langsigtede kommunale forebyggelsesindsats forskydes.

Table 5.1 Vurdering af fordele og ulemper ved at den kommunale medfinansieringsordning differentieres ift. alder.

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunerne tilskyndes til en mere fokuseret indsats ift. de ældre borgere • En differentieringsmodel ift. alder vil være simpel at implementere, og der er entydighed og stor pålidelighed i fastlæggelsen af alderen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre tilskyndelse for kommunerne til at fokusere på andre grupper end de ældre borgere • Påvirkning af den regionale adfærd (bortfalder ved tiltag iht 5.2.2)

Øget andel til ældre medicinske patienter

Gruppen af ældre medicinske patienter⁵ udgør kun omkring 2 pct. af befolkningen⁶, men deres sundhedsforbrug udgør omkring 15 pct. af kommunernes udgifter til medfinansiering⁷. Der er således tale om en patientgruppe, hvis størrelse og tyngde af sundhedsforbrug i sig selv er væsentlig i et forebyggelsesøjemed. En differentieret tilgang kunne derfor baseres på de ældre medicinske patienter. Der findes ikke en entydig afgrænsning af, hvad der forstås ved ældre medicinske patienter. I tidligere analyser har afgrænsningen været personer på 65 år eller derover, der i et givent år har været indlagt eller i ambulans behandling på en medicinsk afdeling.

Manglende afgrænsning indebærer, at definitionen af en ældre medicinsk patient bliver afhængig af organisatoriske forhold i det regionale sygehusvæsen. Samme type patient vil således på et sygehus blive inkluderet i afregningsmodellen, mens patienten potentielt på et andet sygehus kan blive ekskluderet afregningsmodellen.

Da afgrænsningen af de ældre medicinske patienter også betyder en afgrænsning efter alder, indebærer en sådan differentiering de samme typer problemer som en differentiering, der alene sker på alder jf. ovenfor. Afgrænsningen vil endvidere også omfatte personer, der har været indlagt til en operation, og efter operationen er overflyttet til en medicinsk afdeling.

⁵ Definition: Ældre medicinske patienter afgrænses til personer på 65 år og derover, som i løbet af et givent år har været indlagt på en medicinsk afdeling

⁶ Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelser (2013)

⁷ Tal fra rapporten ”Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser” (2013).

Tabel 5.2 Vurdering af fordele og ulemper ved at øge kommunale medfinansieringsordning ift. ældre medicinske patienter

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> Kommunerne tilskyndes til en mere fokuseret indsats ift. ældre medicinske patienter 	<ul style="list-style-type: none"> Mindre tilskyndelse for kommunerne til at fokusere på andre grupper end de ældre medicinske patienter Ingen entydig definition ift. en ældre medicinsk patient Påvirkning af den regionale adfærd (bortfalder ved tiltag iht 5.2.2)

2) *Differentiering efter diagnoser eller diagnosegrupper*

Der er typer af hændelser, der medvirker til indlæggelse, og som de enkelte kommuner ikke entydigt har mulighed for at forhindre, hverken på kort eller langt sigt. Nogle af disse hændelser er koncentreret om visse diagnoser, såsom eksempelvis brækkede ben.

Andre diagnoser er der større mulighed for at forebygge i kommunerne. For borgere med eksempelvis demens e.l. vil der foreligge en stor kommunal opgave i forhold til at nedbringe borgernes forbrug af sundhedsydelser gennem fx fysisk aktivitet og kost mv.

En anden tilgang til en differentieret kommunal medfinansiering kan derfor være ift. de enkelte diagnoser/behandlinger. Der kan her tænkes flere forskellige muligheder for differentiering, fx på brede sygdomsgrupper, på specifikke diagnoser eller på patientgrupper, fx kroniske patienter. En alternativ tilgang kan være at differentiere ved fx at fjerne medfinansieringen for visse diagnoser/behandlinger.

Brede sygdomsgrupper

En differentiering efter diagnoser kan være ift. MDC-grupper (MDC'er betegner Major Diagnostic Categories). MDC-grupper er overordnede diagnoser, hvor samtlige diagnoser inddrages i [26] hovedgrupper, og er inddelt efter sygdommes placering på kroppen.

En problematik ved MDC-grupper er, at mange sygdomme/diagnoser kan placeres i flere forskellige MDC-grupper, hvorfor der vil være en usikkerhed/uigenomsigtighed i en sådan differentiering. Eksempelvis kan diagnoser inden for betændelsessygdomme mv. grupperes til sygdomme i åndedrætsorganer (MDC 4), i fordøjelsesorganerne (MDC 6) og i nyre og urinveje (MDC 11) m.fl.

Der er med tilgangen risiko for subjektivitet ift. differentieringen og et løbende revisionsbehov.

Tabel 5.3 Vurdering af fordele og ulemper ved at den kommunale medfinansieringsordning differentieres ift. MDC-grupper.

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Øget mulighed for at styrke det kommunale fokus ift. bedre sygdomsgrupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre tilskyndelse for kommunerne til at fokusere på andre grupper • Mange sygdomme/diagnoser kan placeres i flere forskellige MDC-grupper, hvilket indebærer at en egentlig differentiering forekommer tilfældig. • Stor sandsynlighed for at udelade relevante diagnoser. Behov for løbende tilpasninger. Administrativt tungt • Påvirkning af den regionale adfærd (bortfalder ved tiltag iht 5.2.2)

Specifikke diagnoser/ behandlinger

En differentieret tilgang kan være at udsondre de konkrete behandlinger, hvor kommunen bedst vurderes at kunne påvirke/forebygge diagnosen. Der kan således være tale om fx en 'positivliste', hvor forskellige behandlinger udsondres ift. hvor de kommunale påvirkningsmuligheder er særligt gode. Samtidig kan man helt fjerne den kommunale betaling på diagnoser, hvor de kommunale forebyggelsesmuligheder er fraværende.

Det bemærkes, at det er vanskeligt præcist at afgrænse og definere de behandlinger, hvor kommunen har/ikke har påvirkningsmuligheder. Den generelle forebyggelse har fx – i et langsigtet perspektiv - betydning ift. mange sygdomsområder, og en udsondring af behandlinger, hvor der slet ikke er kommunal påvirkning er alt andet lige relativt begrænset. En løsning med en positivliste vil således i givet fald altid blive en tilnærmelse og på et overordnet detaljeringsniveau. Det vil endvidere kræve et større forberedende arbejde og en løbende opfølgning.

Boks 5.1 Kommunale påvirkningsmuligheder

Der er flere behandlinger, hvor kommunen har/ikke har påvirkningsmuligheder. Et eksempel herpå er fødsler. Men også for fødsler kan kommunernes indsats potentielt alligevel få indflydelse på den konkrete belastning af det regionale sundhedsvæsen. Forhold som f.eks. høj forekomst af overvægt blandt gravide kan føre til flere og mere komplicerede og dermed mere udgiftskrævende fødsler.

Tilsvarende gælder på kræftområdet, hvor kommunerne ikke umiddelbart har en opgave i det konkrete tilfælde hvor en patient har behov for det regionale specialiserede tilbud. Men livsstilsrelaterede forhold har også betydning for, hvilken regional behandlingsindsats der er behov for, og dermed hvilket udgiftstræk, der er for det enkelte behandlingsforløb. Kommunale fokus på livsstilsrelaterede forhold har således et vist gennemslag på det samlede regionale ressourcetræk, der er forbundet med kræftbehandlingsforløbet. Ligeledes har den kommunale opfølgende rehabiliterende indsats stor betydning for den kræftfrامة.

Fx kan det fremhæves at der i dag er omkring 10.000 forskellige diagnoser og ca.

6.000 forskellige operationer og behandlinger, der i DRG-systemet er grupperet i ca. 900 DRG- og DAGS-grupper.

Det ville således være et omfattende arbejde, hvis det skal nærmere defineres for hver af disse diagnoser eller grupper, hvilke muligheder kommunerne har for at forebygge borgeres træk på sundhedsvæsenet. Hertil kommer, at diagnoserne kan ændre placering i DRG-systemet mellem årene, idet der sker en løbende vedligeholdelse af diagnosernes og operationernes placering i systemets grupperingslogik.

Der vil således være en betydelig kompleksitet og manglende gennemsigtighed, hvis den kommunale og regionale administration skal være opmærksom på forskellige økonomiske virkninger afhængigt af den præcise diagnose blandt i alt ca. 10.000 diagnoser. Der er desuden risiko for subjektivitet ift. differentieringen og et løbende revisionsbehov.

Tabel 5.4 Vurdering af fordele og ulemper ved at den kommunale medfinansieringsordning differentieres ift. specifikke diagnoser.

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Øget mulighed for at styrke det kommunale fokus ift. specifikke behandlinger/diagnoser 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre tilskyndelse for kommunerne til at fokusere på andre grupper • Ikke mulighed for entydig afgrænsning. Risiko for at udelade relevante diagnoser. • Behov for løbende tilpasninger. Administrativt tungt. • Påvirkning af den regionale adfærd (bortfalder ved tiltag iht 5.2.2)

Kronikere

Omkring 1 mio. danskere lider af en eller flere af fire udvalgte kroniske sygdomme; diabetes, gigt eller lungesygdommen KOL. Ressourcetrækket i det regionale sundhedsvæsen er markant højere blandt personer med kronisk sygdom end for resten af befolkningen. Kommunernes udgifter til medfinansiering af personer med kronisk sygdom udgør omkring 45 pct. af de samlede medfinansieringsudgifter⁸. Med ”Jo før, jo bedre” er der fastsat en målsætning om 20 pct. færre genindlæggelser/akutte indlæggelser mod 2020.

Kronikere er et område, hvor sundhedspersonalet skal samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper, og hvor kommunernes forebyggelses og plejeindsats har betydning for kronikerens forbrug af sundhed.

⁸ Tal fra rapporten ”Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser” (2013).

En tredje mulig tilgang er derfor at differentiere ift. bestemte persongrupper ud fra deres hoveddiagnose eller lignende, som eksempelvis kunne være bestemte kronikergrupper. En sådan tilgang kunne særligt være begrundet i et ønske om en styrket indsats ift. bestemte grupper, hvor kommunerne har en forebyggelsesrolle.

Den særligt høje kommunale medfinansiering ville i givet fald omfatte alle behandlinger for den pågældende gruppe, eksempelvis diabetikere. Det betyder, at fx diabetes-patienter uanset, hvilken behandling de modtager, vil være omfattet af en højere kommunal medfinansiering upåagtet om deres indlæggelse/behandling har noget direkte med deres sygdom at gøre.

Der kan endvidere være begrænsninger på de data, der er til rådighed til identifikation af kronikere.

Tabel 5.5 Vurdering af fordele og ulemper ved at den kommunale medfinansieringsordning differentieres ift. kronikere.

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Øget mulighed for at styrke det kommunale fokus ift. kronikere 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre tilskyndelse for kommunerne til at fokusere på andre grupper • Vanskelighed ved entydig afgrænsning. Det udestår at fastlægge valide udtagelseskriterier, der kan anvendes administrativt. • Påvirkning af den regionale adfærd (bortfalder ved tiltag iht 5.2.2)

5.2.2 Neutralisering af regionale incitament

Evalueringen viser, at der er elementer i den kommunale medfinansiering som har en selvstændig incitamentsvirkning på regionerne. Det skyldes henholdsvis grundlaget for fordeling af KMF samt forskellene mellem KMF og den statslige aktivitetspulje.

Det kan modvirke den regionale indsats for at flytte patienter ud af sygehusene til behandling på lavere omkostningsniveauer.

Derfor giver evalueringen anledning til at overveje, om der er behov for tilpasninger vedrørende disse to selvstændige incitamentsvirkninger.

Med afsæt i Incitamentsudvalgets arbejde kan der opstilles 2 mulige tiltag for at løse problemet ved incitamentsvirkninger i regionerne:

- Model 1: Neutralisering af incitamentsvirkningerne ved at fjerne KMF fra den øverste (marginale) finansiering
- Model 2: Helt afkoble den kommunale medfinansiering fra regionerne.

Model 1: Neutralisering af incitamentsvirkningerne ved at fjerne KMF fra den øverste (marginale) finansiering

De konstaterede to incitamentsvirkninger af medfinansieringen i regionerne kan fjernes ved at afkoble kommunal medfinansiering på den øverste regionale aktivitet. Dette kan ske ved at:

- sænke loftet for regionernes indtægt fra den kommunale medfinansiering, således at den marginale regionale aktivitet alene finansieres fra den statslige aktivitetspulje, og dertil
- fastsætte fordelingen af loftet i forhold til blokfordelingsnøglen, et fast aktivitetsår eller lign.

Det første tiltag vil potentielt løse problematikken ved uoverensstemmelser mellem KMF og den statslige aktivitetspulje og minimere de eventuelle regionale incitamentsvirkninger heraf. Det andet tiltag vil mindske de eventuelle regionale incitamentsvirkninger ved grundlaget for fordeling af KMF. Da det alene er ved at foretage begge tiltag, at de to incitamentsvirkninger neutraliseres, ses nedenfor på en kobling af de to tiltag.

Sænkelse af loftet

I den nuværende ordning er der ikke fuld overensstemmelse mellem den aktivitet, der ligger til grund for den statslige aktivitetspulje, og den aktivitet, den kommunale medfinansiering baseres på, grundet korrektionsmuligheder i den statslige aktivitetspulje. Forskellene mellem de to ordningerne kan medføre, at den kommunale medfinansiering giver et incitament til uhensigtsmæssig regional adfærd.

Denne eventuelle incitamentsvirkning kan imødegås ved at sænke loftet for regionerne indtægt fra den kommunale medfinansiering, så den marginale regionale aktivitet alene finansieres fra den statslige aktivitetspulje. Dækningsområdet vil fortsat være forskelligt. Men med modellen er forudsætningen, at medfinansieringen ingen incitamentsvirkning har i forhold til den sidst-producerede aktivitet i regionerne. Uoverensstemmelser mellem den kommunale medfinansiering og den statslige aktivitetspulje vil dermed ikke længere have betydning for udmøntning af de to ordninger.

For at den samlede forudsatte finansiering af regionerne forbliver uændret, vil tiltaget indebære, at det samlede bloktilskud til regionerne forøges svarende til reduktionen i loftet og/eller via en forøgelse af den statslige aktivitetspulje. En sådan ændring kan medvirke til mindre omfordelinger mellem regionerne.

Boks 5.2 Talmæssig betydning

Præmissen for model 1 er, at KMF udgår af den marginale regionale finansiering. Dette vurderes opnået ved at sænke KMF-loftet til niveau omkring baseline for den statslige aktivitetspulje.

Aktivitetspuljen udgør i 2015 ca. 1,3 mia. kr. og bliver udmøntet med 40 pct. af DRG-taksten.

Det indebærer, at den aktivitet (opgjort ved DRG-takster), som skal realiseres fra baseline til puljens fulde udmøntning udgør 3,25 mia.kr. svarende til ca. til 5 pct. af den samlede aktivitet. Såfremt loftet sænkes til et niveau omkring baseline vil de enkelte regioner skulle levere ca. 95 pct. af den forudsatte aktivitet for derved at få den fulde udmøntning af KMF.

Ændringen medfører en større enkelthed i den aktivitetsafhængige finansiering af regionerne, som således på marginalen alene vil ske via den statslige aktivitetspulje.

For den enkelte kommune vil betaling af medfinansiering forblive uændret, dvs. der ændres ikke på den enkelte kommunes incitament til en effektiv forebyggelse. Ændringen vil dog kunne have indflydelse på størrelsen af det likviditetstræk, der pålægges kommunerne som følge af merudgifter ud over loftet.

Efter den nuværende ordning er kommunerne under ét sikret finansiering i henhold til det fastlagte KMF-loft, mens medfinansiering udover loftet afledt af øget produktivitet i regionerne tilbageføres til kommunerne under ét og efter en vis tidsforskydning. Ved at sænke loftet vil denne mekanisme blive påvirket og likviditetstrækket i kommunerne vil alt andet lige kunne blive større. Det kan give anledning til at overveje modellen for tilbageførsel af kommunale betalinger ud over loftet, hvor der fx bl.a. kan ses på muligheden for en tilbageførsel målrettet kommunerne i den region, hvorfra betalingen overstiger loftet for den pågældende region, fremfor til alle kommuner under ét.

Fordeling af loftet

For at sikre, at den kommunale medfinansiering ikke kan siges at påvirke regionernes adfærd i forhold til den marginale aktivitet vil det udover sænkelse af loftet også være nødvendigt at ændre loftets fordeling mellem regionerne.

I den nuværende ordning beror regionernes fremtidige medfinansieringsandel af regionernes aktivitet. Eksempelvis har den enkelte region mulighed for at øge sin fremtidige andel af kommunal medfinansiering ved at levere et højere aktivitetsniveau (i forhold til det forudsatte aktivitetsniveau) relativt til de øvrige regioner. Dette kan henlede til eventuelle incitamentsvirkninger i regionerne af den kommunale medfinansiering.

Denne eventuelle incitamentsvirkning kan imødegås ved at fastsætte loftet efter en nøgle – blokfordelingsnøglen, ud fra et givet aktivitetsår eller lign. – som ikke umiddelbart kan påvirke regionernes adfærd. Modellen vil dermed samlet løse de problemer med uhensigtsmæssige incitamenter i regioner, som evalueringen har afdækket.

Modellen vil som udgangspunkt indebære visse byrdefordelmæssige virkninger for regionerne. For kommunerne vil ændringen ift. loftets fordeling ingen betydning have i forhold til betaling af den kommunale medfinansiering.

Tabel 5.6 Vurdering af fordele og ulemper ved sænkelse af loftet og ændre fordelingen af loftet

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Den potentielle incitamentsindvirkning af den kommunale medfinansiering pba. forskelle i udmøntning af KMF og den statslige pulje fjernes • Den potentielle incitamentsindvirkning af den kommunale medfinansiering pba. grundlaget for fordeling af KMF fjernes • Den kommunale medfinansierings incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses- og plejeopgaven fastholdes • Linket mellem hvad kommunerne betaler og hvad regionerne modtager fastholdes (tildels) • Komplexiteten i den aktivitetsafhængige afregning af regionerne reduceres 	<ul style="list-style-type: none"> • Likviditet mellem stat og kommuner forøges, renter tilfalder staten, mens kommuner får et midlertidigt likviditetstræk • Ingen aktivitet/produktivitetsfremmende incitamenter

En sænkelse af loftet vurderes at kunne indføres inden for gældende regler, mens en ny fordeling af loftet forudsætter ændring i lov om regionernes finansiering.

Model 2: Fuld afkobling af den kommunale medfinansiering fra regionernes finansiering.

Et andet muligt tiltag for at imødegå de potentielle incitamentsvirkninger af den kommunale medfinansiering i regionerne er ved at afkoble medfinansieringen helt fra regionernes finansiering. Ordningen gøres derved til et anliggende mellem stat og kommuner alene, dvs. kommunernes medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen betales til staten.

Afkoblingen af den kommunale medfinansiering fra regionernes finansiering vil reducere potentielle barrierer for at omlægge sygehusaktivitet til mere effektive løsninger udenfor sygehusmatriklen, idet evt. incitamentsvirkninger af medfinansieringen i forhold til den sidst-producerede aktivitet i regionen fjernes. Afkoblingen vil dermed løse de problemer med u hensigtsmæssige incitamenter i regioner, som evalueringen har afdækket.

Forslaget medfører samtidig større enkelthed i den aktivitetsafhængige finansiering af regionerne, som således alene vil ske via den statslige aktivitetspulje.

Det kommunale aktivitetsafhængige bidrag bibeholdes uændret, men betales direkte til staten. Kommunerne vil dermed fortsat yde et aktivitetsafhængigt bidrag, hver gang deres borgere benytter det regionale sundhedsvæsen. I stedet for at kommunerne betaler direkte til regionerne, opsamles midlerne i staten. Det kommunale aktivitetsafhængige bidrag bibeholdes således uændret, men betales direkte til staten. Dermed fastholdes ordningens primære formål om at skabe yderligere incitament til en effektiv kommunal opgavevaretagelse på forebyggelses- og plejeområdet for den enkelte kommune.

Tiltaget indebærer, at teknikken omkring finansieringsbalancen skal korrigeres. I forhold til regionerne indebærer ændringen en højere andel regional finansiering via bloktilskuddet, og en reducere af den aktivitetsafhængige andel af regionernes finansiering. Dvs. tiltaget vil medføre at, den regionale finansiering via bloktilskuddet vil udgøre op til ca. 97 pct. af regionernes samlede finansiering, mens den aktivitetsafhængige finansiering af regionerne reduceres fra at omfatte ca. 23 pct. af regionernes finansiering til ca. 3 pct.

Den direkte sammenhæng mellem, hvad kommunerne betaler i kommunal medfinansiering, og hvad regionerne modtager, vil midlertidig forsvinde. Dermed forsvinder den direkte anledning og adkomst for kommunerne til dialog med regionerne om udviklingen, som af nogle kommuner i den kvalitative analyse fremhæves som et centralt element i medfinansieringen. Afkoblingen vil herunder indebære risiko for mindre regional lydhørhed over for kommunale spørgsmål og ønsker om dialog om tilrettelæggelse af aktivitetsudvikling og behandlingspraksis i det regionale sundhedsvæsen.

Forslaget vil som udgangspunkt indebære visse byrdefordelmæssige konsekvenser for regionerne. Tiltaget indebærer ikke en reallokering mellem regioner og kommuner af den samlede økonomiske ramme, som er afsat til sundhedsområdet.

Modellen kan indebære en øget likviditetsrisiko i staten, såfremt kommunerne (uændret) får den fuldt forudsatte kommunale medfinansiering udbetalt over bloktilskuddet.

Tabel 5.7 Vurdering af fordele og ulemper ved fuld afkobling af kommunal medfinansiering fra regionerne

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Den potentielle indvirkning af den kommunale medfinansiering på den regionale aktivitet fjernes • Komplexiteten i den aktivitetsafhængige afregning af regionerne reduceres • Ordningens incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses- og plej opgaven fastholdes 	<ul style="list-style-type: none"> • Linket mellem, hvad kommunerne betaler, og hvad regionerne modtager, forsvinder. • en adkomst til dialog i et asymmetrisk forhold, som kommunerne oplever medfinansieringen som, forsvinder. • Risiko for at det regionale system ikke lytter til kommunernes indvendinger i forhold til aktivitetsudvikling og behandlingspraksis • Konstruktionen betyder markant forøgede pengestrømme mellem kommuner og stat, og potentiel likviditetsrisiko for staten

Tiltaget forudsætter ny lovgivning om den kommunale medfinansieringsordning og ændring af lov om regionernes finansiering.

Bilag 1. Kommissorium

Kommissoriet for evalueringen af 14. oktober 2014 har følgende ordlyd:

"Det indgik i aftalen mellem regeringen og Danske Regioner af 4. juni 2013 om regionernes økonomi for 2014, at der i 2014 skulle igangsættes en evaluering af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet (KMF). Det skal bl.a. ses i forlængelse af evalueringen af kommunalreformen, og er endvidere nævnt i økonomiaftalerne for 2015 mellem regeringen og Danske Regioner henholdsvis KL.

Visse dele af problematikken er tidligere berørt i henholdsvis Udvalget om kommunal medfinansiering på sundhedsområdet under Finansministeriet (2010), Udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013) og Finansieringsudvalget under Økonomi- og Indenrigsministeriet (2013).

På den baggrund gennemføres et arbejde, som skal analysere den kommunale medfinansieringsordning specielt med hensyn til ordningens incitamentsvirkninger.

Den kommunale medfinansiering blev indført med kommunalreformen i 2007 med henblik på en yderligere tilskyndelse til en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, for at give et mere synligt incitament til at investere i og samarbejde om sammenhængende patientforløb, og for at understøtte det forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner.

Den kommunale medfinansiering blev med virkning fra 2012 omlagt på baggrund af overvejelser i et udvalgsarbejde (Udvalget om kommunal medfinansiering på sundhedsområdet, 2010). Omlægningen betød en markant forøgelse af medfinansieringen ved en modsvarende nedlæggelse af det hidtidige kommunale grundbidrag. Sigtet var bl.a. en styrket tilskyndelse til forebyggelse for de ældre medicinske patienter.

1. Ordningens incitamentsmæssige virkninger i kommunerne

Arbejdet skal belyse ordningens virkninger i forhold til den kommunale forebyggelse, og skal omfatte:

- a. En kvalitativ vurdering af, hvilken betydning og effekt KMF har i forhold til prioriteringen af den kommunale forebyggelsesindsats, herunder i forhold til
 - 1) konkrete initiativer på pleje og sundhedsområdet med henblik på at forebygge (gen)indlæggelser, herunder indsatser på tværs af kommunegrænser,
 - 2) tilrettelæggelse af indsatser og samarbejde på tværs af kommunale forvaltninger (dvs. serviceområder),
 - 3) effekt i forhold til at understøtte samarbejdet mellem regioner og kommuner, samt
 - 4) administrative konsekvenser.

Afdækningen baserer sig på en ekstern belysning af udvalgte kommuner,

hvor der ved udvælgelsen sikres en tilpas bredde med hensyn til størrelse, geografi og organisering.

- b. En kvantitativ afdækning af KMFs foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats siden implementering i 2007.

I a) og b) skal 2012-omlægningens effekt indgå.

2. Øvrige, afledte effekter af KMF, herunder incitamentsvirkninger i regionerne
Arbejdet skal herudover omfatte en beskrivelse af andre afledte effekter af den kommunale medfinansiering. Det drejer sig om følgende:

- a. En beskrivelse og vurdering af incitamentsvirkninger i regionerne, bl.a. med afsæt i Incitamentsudvalgets analyser og forslag herom
- b. Beskrivelsen under pkt. a suppleres med en ekstern, kvalitativ belysning i udvalgte regioner, med fokus på 1) hvordan KMF-indtægten håndteres indenfor regionerne og omsættes i forhold til de enkelte sygehuse, 2) betydning af medfinansieringen ift. den regionale opgavevaretagelse, herunder i hvilket omfang den generelt understøtter samarbejdet mellem regioner og kommuner, samt 3) administrative konsekvenser.
- c. En beskrivelse og vurdering af virkningerne på den regionale økonomi i øvrigt, herunder byrdefordelingen, budgetsikkerhed mv.
- d. En beskrivelse og vurdering af virkningerne på den kommunale økonomi, herunder byrdefordelingen, budgetsikkerhed mv.

3. Overvejelser om den kommunale medfinansiering i lyset af evalueringen

Der skal fremlægges overvejelser og ændringsmuligheder vedr. den kommunale medfinansieringsordning i lyset af evalueringen under pkt. 1-2.

Arbejdets organisering

Der etableres en overordnet styregruppe for evalueringen med repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet (formand), KL og Danske Regioner, der sekretariatsbetjenes af Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Økonomi- og Indenrigsministeriet.

En del af arbejdet vil kunne varetages i Finansieringsudvalget under Økonomi- og Indenrigsministeriet, og en anden del i en arbejdsgruppe under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Der inddrages ekstern bistand til kortlægningen under punkt 1 og 2.

Udvalgets arbejde vil inddrage de analyser, der er gennemført i regi af Udvalget om kommunal medfinansiering på sundhedsområdet, Udvalget for bedre incitament i sundhedsvæsenet, relevante analyser foretaget i Finansieringsudvalgets regi, samt udvalget vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse. Arbejdet kan også inddrage øvrige, relevante analyser.

Arbejdet under punkt 1 og 2 skal være færdiggjort primo 2015 og den endelige af-rapportering fra arbejdet skal foreligge i foråret 2015.

Arbejdet og opstillede modeller forudsættes ikke at indebære offentlige merudgifter.

Arbejdet igangsættes i efteråret 2014 med afslutning i foråret 2015.”