

Analysereport

Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner

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

Implement Consulting Group
Strandvejen 56
DK-2900 Hellerup
T: +45 4586 7900
www.implement.dk

22. februar 2015

Indholdsfortegnelse

1.	Baggrund og formål	1
1.1	Formål med analysen.....	1
2.	Metode	3
2.1	Udvælgelse af kommuner	3
2.2	Interviews i kommuner og regioner	4
2.3	Vurdering af validitet og generaliserbarhed.....	6
3.	Del I – Kommunerne	9
3.1	Forebyggende sundhedsindsatser	9
3.2	Samarbejdet på tværs af forvaltninger/områder i kommunen	13
3.3	Samarbejde på tværs af kommuner	14
3.4	Samarbejdet med regionerne.....	15
3.5	Administrative konsekvenser i kommunerne	17
3.6	Gennemgående og overordnede udfordringer oplevet af kommunerne.....	21
4.	Del II – Regionerne	23
4.1	Samarbejdet mellem regioner og kommuner	23
4.2	Regionernes håndtering af den kommunale medfinansieringsindtægt og omsætning ift. sygehusene	25
4.3	Administrative konsekvenser i regionen af KMF	26
4.4	Gennemgående og overordnede udfordringer oplevet af regionerne	27
	Bilag 1: Interviewguides	29
4.5	Interviewguides til kommunebesøg	29
4.6	Interviewguides til regionsbesøg	33
	Bilag 2: Respondenter	39
	Respondenter kommuner	39
	Respondenter regionerne	44

1. Baggrund og formål

Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet samt KL og Danske Regioner har ønsket at få gennemført en deskriptiv, kvalitativ analyse af kommunalmedfinansierings (KMF) virkninger i forhold til den kommunale forebyggelsesindsats og de afledte effekter af ordningen i regionerne. Parterne har valgt Implement Consulting Group P/S (Implement) til at gennemføre denne analyse.

Den kommunale medfinansiering blev indført med strukturreformen i 2007. Her blev ansvaret for forebyggelsesindsatsen placeret hos kommunerne. For at understøtte dette formål etableredes den kommunale medfinansieringsordning, som indebærer, at kommunerne skal medfinansiere den regionale aktivitet på sygehuse og i praksissektorer.

Den kommunale medfinansiering af sygehusforbruget og sygesikringsforbruget blev således indført for at gøre det økonomisk relevant og attraktivt for kommunerne at forebygge og begrænse kommunens borgeres behov for sygehus- og sygesikringsydelse.

Det var/er således ønsket, at kommunerne opprioriterer indsatser, der kan reducere borgernes behov for sygehus- og sygesikringsydelse. Udover at motivere kommunerne til at prioritere og intensivere ovennævnte indsatser har KMF også haft til formål at øge incitamentet til samarbejde mellem kommuner og regioner (sygehuse og praktiserende læger) om mere effektive og sammenhængende borger- og patientforløb, idet bedre koordinerede og sammenhængende borger-patientforløb generelt vurderes som billigere samlet set og med højere faglig kvalitet (bedre resultater og bedre oplevet kvalitet).

1.1 Formål med analysen

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.

Konkret skal analysen belyse følgende:

Kommunalt perspektiv:

- 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.
- 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).
- Afdækning af, i hvilket omfang den kommunale medfinansiering understøtter samarbejdet mellem regioner og kommuner om forebyggelsesindsatser, sammenhængende patientforløb og styringsdialog mv.
- Identifikation af evt. administrative konsekvenser ved den kommunale medfinansiering i den kommunale opgavevaretagelse.

Regionalt perspektiv:

- 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.
- Kortlægning af regionernes håndtering af den kommunale medfinansieringsindtægt og omsætningen heraf ift. de enkelte sygehuse.
- Identifikation af evt. administrative konsekvenser ved den kommunale medfinansiering i den regionale opgavevaretagelse.

I det følgende beskrives først de metodiske design af analysen. KMF-ordningens indretning og udvikling er derefter gengivet i en faktaboks som indledning til gennemgangen af analysens resultater.

Resultaterne er præsenteret opdelt for henholdsvis det kommunale perspektiv og det regionale perspektiv.

2. Metode

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 alle landets 5 regioner.

Grundlaget for udvælgelsen af de 15 kommuner er nærmere beskrevet i afsnit 2.1, mens de metodiske perspektiver for gennemførelsen af de kvalitative interviews er beskrevet i afsnit 2.2.

2.1 Udvalgelse af kommuner

Udvælgelsen af kommunerne til analysen er baseret på en række kriterier, der potentielt set – baseret på erfaring, undersøgelser mv. – kan have en betydning for kommunernes tilgang til forebyggelse og sundhed og til KMFs betydning herfor. De 15 kommuner er derudover udvalgt med henblik på at sikre et repræsentativt udsnit af kommuner med forskellige grundlæggende karakteristika.

De kriterier, der har ligget til grund for udvælgelsen, er:

- *Geografi:* Der skal være repræsentation af kommuner fra alle landets regioner med henblik på at sikre, at variation i samarbejde, forebyggelsesindsats, afregning mv., der skyldes regional organisering, afdækkes.
- *Størrelse:* Kommuner af forskellig størrelse målt på indbyggertal skal repræsenteres.
- *Nærhed på hovedfunktion:* Forskning viser, at der er en sammenhæng mellem nærhed til hovedfunktion og størrelsen på den kommunale medfinansiering. Derfor har det været et kriterie både at vælge kommuner med sygehuse beliggende i kommunen og kommuner, hvor dette ikke er tilfældet.
- *Administrativ struktur:* Effekten af den kommunale medfinansiering på det intrakommunale samarbejde forventes bl.a. at afhænge af den administrative struktur i kommunerne, herunder primært kommunernes organisering i forhold til social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. I nogle kommuner er der stor samordning (én chef) for disse forvaltningsområder, mens der i andre er tre eller flere forvaltningschefer. Det vurderes at påvirke, hvilken effekt KMF vurderes at have haft. Derfor er der søgt udvalgt kommuner, der varierer i den administrative struktur.
- *Størrelse på og udvikling i KMF:* Der er betydelige forskelle mellem kommunernes størrelse af og udvikling i udgifterne til den aktivitetsbestemte del af KMF. Hvorvidt en kommune har oplevet stigende, faldende eller stagnerende udvikling i udgifterne til KMF, kan både være udtryk for effekter af den kommunale indsats samt være betydende for den oplevede betydning og effekt af KMF. Derfor har det været et udvælgelseskriterie at sikre variation på størrelsen af og udviklingen i KMF i både 2007-2011 og 2012-2013.

Med dette som udgangspunkt blev der udvalgt 15 kommuner. I tabellen nedenfor er de 15 udvalgte kommuner oplistet, og deres karakteristika i forhold til kriterierne ovenfor er angivet.

Tabel 1. Oversigt over udvalgte kommuner og deres karakteristika

Region	Kommune	Størrelse	Medlem af sundheds-kkoordinations-udvalg	Tæt på sygehus (sygehus i kommunen)	Antal direktører for områderne sundhed, social og beskæftigelse i kommunen	Udvikling i KMF fra 2012 til 2013, pct.
Region Midtjylland	Holstebro ¹	Mellem	Nej	Ja	3	5,9
	Favrskov	Mellem	Ja	Nej	2	0,2
	Viborg	Stor	Nej	Ja	2	4,2
Region Syddanmark	Billund	Lille	Nej	Nej	2	-3,4
	Haderslev	Mellem	Nej	Ja	3	4,4
	Odense	Stor	Ja	Ja	2	2,4
Region Sjælland	Stevns	Lille	Nej	Nej	1	0,5
	Greve	Mellem	Ja	Nej	2	4,7
	Holbæk	Stor	Nej	Ja	2	8,8
Region Hovedstaden	Albertslund	Lille	Nej	(Nej)	2	3,9
	Rudersdal	Mellem	Nej	Nej	3	4
	Egedal	Mellem	Nej	Nej	3	9,1
	København	Stor	Ja	Ja	3	3,9
Region Nordjylland	Thisted	Mellem	Nej	Ja	2	2,3
	Aalborg	Stor	Ja	Ja	3	3,1

2.2 Interviews i kommuner og regioner

Det empiriske grundlag for den kvalitative analyse består hovedsageligt af højt strukturerede interviews gennemført på besøgsdage med hhv. kommuner og regioner.

¹ Lemvig Kommune var oprindeligt valgt ud til deltagelse, men kommunen valgte af tidsmæssige årsager at trække sig fra deltagelse. Holstebro Kommune deltog i forvejen som pilotkommune og indgik derfor som egentlig besøgskommune som erstatning for Lemvig.

2.2.1 Besøg i regioner og kommuner

Besøgene i regioner og kommuner har hovedsageligt været gennemført ved en besøgsdag. Besøgene har omfattet en længere række af interviews med specifikke repræsentanter fra såvel politisk som administrativt niveau.

I tabellen nedenfor fremgår det, hvilke niveauer vi har gennemført interviews med, samt hvilke emner vi har belyst i de forskellige interviews:

Table 2. Oversigt over respondenttyper og emner i hhv. kommuner og regioner

Respondenter	Emner på interviews
Kommuner	
Politisk niveau: borgmester eller formand for sundhedsudvalget	<ul style="list-style-type: none"> • Strategiske indsatsområder ift. patient- og borgerforebyggelse og den kommunale medfinansierings indflydelse herpå
Sundhedsdirektør, socialdirektør, direktør for arbejdsmarked (+ medlem af Sundhedskoordinationsudvalget, hvis det er aktuelt)	<ul style="list-style-type: none"> • Strategiske indsatsområder ift. patient- og borgerforebyggelse og den kommunale medfinansierings indflydelse herpå • Strategisk samarbejde internt i kommune med andre kommuner og med regionale parter på sundhedsområdet
Fagchefer på sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejdsflader internt i kommune og med eksterne • Prioritering af forebyggelsesindsatsen og sammenhængen til KMF • Kommunale administrative konsekvenser af KMF
Økonomiforvaltning	<ul style="list-style-type: none"> • Styring og planlægning ift. kontrol med KMF • Monitorering af KMF • Konkret allokering af midler til nedbringelse af KMF
Visitorer, forløbskoordinatorer, sundhedskonsulenter	<ul style="list-style-type: none"> • Styring af forebyggelsesindsatsen i regionerne • Samarbejde med kommunale og regionale aktører • Administrative byrder og relation til KMF
Regioner	
Politisk niveau: regionsrådsformand og 1-2 medlemmer af sundhedskoordinationsudvalg	<ul style="list-style-type: none"> • Strategiske aspekter og overvejelser vedr. KMFs indvirkning på samarbejdet med kommuner og sygehuse over tid. • Samarbejdsaftaler mv. initieret af KMF
Medlemmer af den administrative styregruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Strategiske aspekter og overvejelser vedr. KMFs indvirkning på samarbejdet med kommuner og sygehuse over tid • Det konkrete administrative samarbejde og sammenhængen til KMF
Medlemmer af samordningsudvalg eller lignende	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejdsrelationerne på operationelt niveau mellem sygehuse, almen praksis og kommuner • Incitamentsvirkning af KMF i det daglige arbejde – hvad fylder det?
Økonomiafdelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Regionens forvaltning/administration og allokering af KMF til sygehusene • Styringsregime, budgettering med og opfølgning på KMF
Ledelsesrepræsentanter fra sygehuse/klinisk miljø	<ul style="list-style-type: none"> • KMFs synlighed i det daglige • Samarbejdet med kommuner og sygehuse

Analysen har i alt omfattet interview med 166 respondenter. Af bilag 2 fremgår en fuldstændig liste over respondenterne. I tabellerne nedenfor ses fordelingen af respondenter på henholdsvis kommuner og regioner samt på stillingskategorier:

Tabel 3. Antal respondenter kommuner

Politisk niveau	14
Direktion	19
Sundhedschef	21
Social og beskæftigelse	14
Økonomi	34
Visitorer mv	21
I alt respondenter	123

Tabel 4. Antal respondenter regioner

Politisk niveau	10
Ledelsen, herunder Administrativ styregruppe	11
Økonomi	13
Repræsentanter fra sygehusledelsen	9
I alt respondenter	43

Interviewene er gennemført med udgangspunkt i en struktureret interviewguide, hvor emnerne har været tilpasset den respondentgruppe, som interviewet har omfattet, jf. tabellen ovenfor. Interviewguiden er vedlagt i bilag 1.

Interviewguiden har strukturelt sikret, at de enkelte emner, der er omfattet af denne analyse, er blevet belyst hensigtsmæssigt og med mindst mulig påvirkning af taktiske overvejelser.

Alle interviews er blevet dokumenteret. Dokumentationen består dels af opsamlinger af de udsagn mv., der er fremkommet på interviews, samt egentlige særligt illustrative citater. Respondenterne har været fuldt opmærksomme på, at der er foretaget dokumentation af alle interviewene. Alle interviewdokumentationer er efterfølgende blevet opsamlet i en samlet database over de kvalitative svar, som grundlag for den efterfølgende sammenstilling og analyse.

2.3 Vurdering af validitet og generaliserbarhed

Analysen har omfattet alle fem regioner i landet samt 15 ud af landets 98 kommuner.

I hver kommune og i hver region er både politisk niveau, øverste administrative ledelse (direktørniveau), fagchefer, økonomiledere og medarbejdere samt visitorer/praktikere blevet interviewet.

Interviewene er gennemført på baggrund af en struktureret spørgeguide, som har betydet, at respondenterne på tværs af regioner og kommuner er blevet stillet de samme spørgsmål. Den strukturerede spørgeguide har medvirket til at sikre, at der i alle kommuner og regioner undersøges det samme, samt at de enkelte emner er blevet belyst med størst mulig grundighed.

Generelt tegnes der blandt respondenterne hos de enkelte kommuner og regioner et meget entydigt billede. De forskelle, der er i den enkelte region eller kommune, kan tilskrives de formelle positioner, respondenterne har. Det har således været karakteristisk, at interne forskelle i en kommune eller en region, angående hvorledes man fx forholdt sig til den oplevede effekt af KMF, afhang af, hvorvidt man var politiker/øverste administrative ledelse, økonomiansvarlig eller faglig leder/medarbejder.

På ingen af de gennemførte interviews har der været grund til at tvivle på, at respondenterne har givet udtryk for deres reelle vurderinger og oplevelser.

På baggrund af den metodiske fremgangsmåde, hvor interviewene er gennemført på baggrund af en struktureret spørgeguide af meget erfarne interviewere, samt på baggrund af de svar, de forskellige respondenter har afgivet, må det derfor med rimelighed konkluderes, at de gennemførte interviews er valide, dvs. at respondenterne står inde for deres udtalelser og vurderinger, og at interviewene har bidraget til belysning af de emner, det var formålet at undersøge.

For så vidt angår generaliserbarheden, er det for regionernes vedkommende fuldt dækkende, da alle regioner er repræsenteret i analysen med tilsvarende respondentrepræsentation.

For kommunernes vedkommende er de 15 kommuner som nævnt ovenfor i afsnit 2.1 udvalgt på baggrund af de 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. Således er der sikret et repræsentativt udsnit af kommuner. På baggrund af denne udvælgelse må det derfor kunne konkluderes, at de holdninger, vurderinger og oplevede effekter, som kommunerne udtrykker i analysen, er generaliserbare.

Faktaboks: Udvikling i indholdet af den kommunale medfinansiering fra 2007 til 2014

Med strukturreformen med effekt fra 2007 fulgte en ny organisering af den offentlige sektor, en ny finansierings- og udligningsstruktur og en ny opgavefordeling blandt andet på sundhedsområdet. Reformen omfattede en grundlæggende omstrukturering af den offentlige sektor, hvor 270 kommuner blev lagt sammen til 98 kommuner og hvor de 13 tidligere amter blev erstattet af fem nye regioner. Dette medførte også en ny arbejdsdeling mellem stat, kommuner og regioner. Reformen indebar endvidere et finansierings- og tilskudssystem, der i hovedtræk gik på at kommunerne skulle dække dele af finansieringen af sygehusbehandlingen og behandlingen ved speciallæger og almen praksis, både med et grundbidrag og en aktivitetsbaseret finansiering, kaldet Kommunal Medfinansiering (KMF).

Grundbidraget blev beregnet med udgangspunkt i formlen nedenfor:

$$\text{Grundbetaling} = \frac{\text{antal indbyggere}}{\text{forbrug af praksisområde og sygehusvæsen}} = 1102 \text{ kr. per indbygger (2007)}$$

De præcise beregninger af KMF gik på, at kommunerne skulle finansiere 30 pct. af DRG og DAGs taksterne for henholdsvis stationær og ambulant behandling, 70 pct. af genoptræningstaksten under indlæggelse og 100 pct. for specialiseret ambulant genoptræning, 30 pct. af speciallægebehandling og 10 pct. af besøgende hos almen praksis. Kommunerne skulle også finansiere 60 pct. af sengedagstakst på stationær behandling og 30 pct. af besøgstakst på ambulant behandling for den psykiatriske aktivitet på sygehuse.

Med virkning fra 2012 er strukturen omlagt, hvilket indebærer, at grundbidraget er afskaffet, og den aktivitetsbestemte medfinansiering (KMF) på det somatiske område og for speciallæger er forhøjet fra 30 til 34 pct. for ambulante og stationære behandlinger. Medfinansieringen på det psykiatriske område og i praksissektoren er uændret på 60/30 pct. og 30/10 pct. For kommunerne svarer forhøjelsen af KMF til værdien af det tidligere grundbeløb.

Den største ændring er imidlertid, at den maksimale kommunale betaling for henholdsvis indlæggelse eller ambulant behandling på sygehuse er steget markant, hvilket også gør sig gældende for loftet til behandling ved praktiserende speciallæger.

Kommunal medfinansiering 2007-2012	
Behandling	Tilskud
Somatisk sektor, sygehuse	
Stationær	30 pct. af DRG
Ambulant	30 pct. af DAGs
Stationær, loft, kr.	4.973
Ambulant, loft, kr.	332
Psykiatrisk sektor, sygehuse	
Stationær	60 pct. af sengedagstakt
Ambulant	30 pct. af besøgstakst
Praksis sektor	
Speciallæge	30 pct. af takst
Speciallæge, loft, kr.	332
Læge mv.	10 pct. af takst

Kommunal medfinansiering 2012-	
Behandling	Tilskud
Somatisk sektor, sygehuse	
Stationær	34 pct. af DRG
Ambulant	34 pct. af DAGs
Stationær, loft, kr.	13.750 (2011 P/L)
Ambulant, loft, kr.	1.357 (2011 P/L)
Psykiatrisk sektor, sygehuse	
Stationær	60 pct. af sengedagstakt
Ambulant	30 pct. af besøgstakst
Praksis sektor	
Speciallæge	34 pct. af takst
Speciallæge, loft, kr.	1.357 (2011 P/L)
Læge mv.	10 pct. af takst

Kilde: Bl.a. Finansieringsudvalget (2013): *Analyse af den kommunale medfinansiering*.

3. Del I – Kommunerne

I dette kapitel belyses den oplevede betydning og effekt, som KMF har haft i perioden frem til dags dato for kommunernes prioritering af forebyggelses- og sundhedsindsatserne.

Dette gøres ved at præsentere den kvalitativt kortlagte udvikling og status på kommunernes prioritering af indsatser på området samt den vurderede betydning, KMF har haft herfor.

Dernæst beskrives den oplevede udvikling af samarbejdet på tværs af fagområder/forvaltninger/centre i kommunerne og den tilsvarende udvikling i samarbejdet med det regionale niveau samt det tværkommunale samarbejde. Den vurderede betydning af KMF for denne udvikling beskrives ligeledes.

Afslutningsvis gives et billede af, hvilke administrative konsekvenser indførelsen af KMF har haft og fortsat har for kommunerne.

3.1 Forebyggende sundhedsindsatser

Kommunerne angiver helt gennemgående, at det kommunale fokus på forebyggende sundhedsindsatser har været kontinuerligt stigende siden strukturreformen.

Kommunerne har således opprioriteret både borgerforebyggende, patientforebyggende og forebyggende akutindsatser med skiftende fokus og intensitet over årene siden 2007.

Det er generelt vurderingen, at KMF særligt frem til 2012 har spillet en betydelig rolle i forhold til at dagsordensfastsætte sundhed og forebyggelse især på politisk niveau og til en vis grad på administrativt niveau i kommunerne.

3.1.1 Kommunernes prioritering af området

Generelt oplever kommuner, at der har været et kontinuerligt stigende politisk og administrativt fokus på forebyggende indsatser og sundhedsområdet siden kommunalreformen i 2007.

Borgerrettet forebyggelse var særligt i fokus de første få år efter strukturreformen, mens der opleves en noget aftagende interesse i dette felt, hvilket kan tilskrives det meget langsigtede og ofte diffust oplevede perspektiv for realiseringen af resultaterne af indsatserne.

Patientrettet forebyggelse er derimod i stadigt stigende fokus, og indsatserne overfor specifikke målgrupper prioriteres kontinuerligt højere. Det gælder fx indsatser overfor borgere med psykisk sygdom og kronisk sygdom, hvor der opleves en mere umiddelbar sammenhæng mellem indsatser og forbedring af disse borgeres funktionsniveauer og livskvalitet samt til en vis grad omkostningsniveau for kommunerne.

De *forebyggende akutindsatser* opprioriteres ligeledes i stigende grad hos en stor del af kommunerne. Denne udvikling kan særligt ses i de seneste et til to år, hvor flere og flere kommuner vurderer, at det er nødvendigt for at kunne imødekomme den demografiske udvikling, ændringerne af sygehusstrukturen og den deraf ændrede opgaveprofil for kommunerne.

Rehabilitering og genoptræning har generelt været i fokus fra 2007 og er det fortsat, bl.a. med udgangspunkt i en stadigt klarere opgavefordeling mellem primær og sekundær sektor på området, hvor særligt sygehusene/regionerne efter de første år opleves at have fået større tillid til den kommunale indsats.

"Før 2007 fyldte den almindelige forebyggelse det meste på den politiske agenda. Derefter er der sket det, at kommunerne arbejder meget mere professionelt med sundhedsområdet. Vi er blevet meget mere optagede af at levere en god indsats for borgerne", Borgmester.

3.1.2 De konkrete indsatser

Selvom kommunerne generelt oplever et stigende fokus på sundhed og forebyggelse, er der forskel på, hvorledes udviklingen og sammensætningen af konkrete indsatser i kommunerne er.

Typiske eksempler inden for de enkelte hovedområder er:

Borgerrettet forebyggelse

I de forebyggende indsatser er der typisk fokus på forebyggelse i forhold til KRAM-faktorerne (rygning, kost, alkohol, motion), ligesom der i nogle kommuner er særligt fokus på risikogrupper.

Flere kommuner har oprettet sundhedshuse, hvor borgerne kan deltage i rygestopkurser, motionsaktiviteter samt modtage kostvejledning mv.

Der ses også eksempler på kommuner, hvor man på tværs af kommunen har valgt at sætte sundhedsfremme og forebyggelse på dagsordenen gennem implementering af egentlige kommunale sundhedspolitikker. Det kan fx være et særligt fokus på motion og prioritering af gode rammer herfor, det kan være implementering af sunde kosttilbud i de kommunale institutioner eller offentlige tilbud som fx sportshaller mv. Generelt kan der på tværs af kommunerne ses mange gennemgribende tiltag rettet mod at fremme borgernes muligheder for at bevæge sig og motionere, på socialområdet, hvor man fx på bosteder for psykisk sårbare indfører rygeforbud for borgerne mv.

Andre kommuner fokuserer primært på ældre i deres forebyggende indsatser, hvor målet er at øge ældres deltagelse i motion eller øge deres sunde livsførelse generelt.

Endelig har flere af kommunerne i stigende omfang fokus på psykisk trivsel og den mentale sundhed i deres forebyggende indsatser. Nogle af de store kommuner ønsker også at gøre mere eksplicit for at forebygge psykiske indlæggelser mv., men oplever generelt, at det kan være svært at tilrettelægge den fornødne forebyggende indsats, fordi mange af de borgere, der bliver indlagt med psykiske lidelser, er "debutanter", dvs. borgere, som kommunerne ikke kender i forvejen.

Patientrettet forebyggelse

De fleste af kommunerne fokuserer jf. eget udsagn på patientrettet forebyggelse. Det sker primært i form af, at kommunerne arbejder med at implementere de forskellige forløbsprogrammer målrettet kronikere (typisk KOL, kræft, hjerteinsufficiens, demens og skizofreni samt ryglidelser). Kommunerne oplever for disse indsatser vedkommende en relativt direkte sammenhæng mellem indsatserne over for borgerne og muligheden for at forbedre borgernes livskvalitet samt forebygge forværringer af borgerens sygdom.

Forebyggende akutindsatser mv.

Stadigt flere kommuner implementerer egentlige forebyggende akutindsatser og rehabiliteringstilbud af forskellig karakter. Mange kommuner har etableret – eller overvejer at etablere – døgnbaserede indsatser, fx døgnrehabilitering og akutpladser. Dette sker typisk for at give alternativer til sygehusindlæggelser og genindlæggelser for borgerne, som er mere relevante og målrettet borgernes behov.

Kommunernes ræsonnement er, at borgerne ofte kan "blive mere syge" af at blive indlagt på et sygehus eller et psykiatrisk hospital – og at borgerne med fordel og højere kvalitet kan behandles i et mindre højtspecialiseret setup, fordi deres problemstillinger er basale og ukomplicerede. Akutpladserne oprettes både på det somatiske område og på psykiatriområdet. Det er både små og store kommuner, der opretter akutpladser.

"Det er ikke kronerne, der bærer hverdagen – det er kvaliteten i dagligdagen – og alternativet til funktionsevnetabet ved de korte indlæggelser", Leder af det kommunale sundhedsvæsen.

Der er desuden flere kommuner, som opretter nye tilbud og indsatser, der kan betegnes som egentlig opgaveoverdragelse fra regionerne. Opgaveoverdragelsen kan enten være aftalt mellem kommune og region eller som en efterreaktion fra kommunerne. Således oplever nogle kommuner, at de i takt med øget specialisering på sygehusene får nye opgaver i fx hjemmeplejen, fx håndtering af multiresistente bakterier og lignende. Andre kommuner overtager mere bevidst/aftalt opgaver fra regionerne, fx at give blod mv.

Både når der er tale om aftalt opgaveoverdragelse eller opgaveglidning, angiver kommunerne, at disse indsatser har været og er en nødvendig prioritering som reaktion på ændringer i den regionale organisering (sygehusplanlægning eller ændringer i den regionale psykiatri) og ændringer i karakteren af den regionale opgavevaretagelse, typisk stadig kortere indlæggelser, omlægning fra stationære til ambulante forløb mv.

Kommunerne nævner generelt, at opgaveoverdragelse eller opgaveglidning fra region til kommune har større strukturelle konsekvenser, idet det typisk medfører, at kommunerne får behov for nye sundhedsfaglige kompetencer (øget specialiseret sygepleje, lægeviden, psykiatrisk viden mv.) samt ikke mindst nye fysiske rammer for deres tilbud. Begge dele kan betyde, at det kan være en længere proces for kommunerne at etablere tilstrækkeligt kvalificerede indsatser og tilbud.

Genoptræning

Kommunerne har helt gennemgående prioriteret at kunne levere genoptræning til alle udskrevne patienter typisk via holdtræning målrettet bestemte patientgrupper.

Der er i forlængelse heraf kommuner, der fremhæver, at forskellen på specialiseret ambulans og almen ambulans genoptræning har rykket sig – at der er mere og mere, der af sygehusene angives som specialiseret ambulans genoptræning, og som derved er sygehusets driftsansvar, men kommunens finansieringsansvar. I disse tilfælde er der således snarere tale om, at kommunerne oplever en "opgaveglidning" fra kommunen til regionen., dvs. at kommunerne oplever, at sygehusene "holder" på genoptræningsopgaver, som kommunen selv ønsker at udføre.

Samtidig er der kommuner, som oplever den modsatte tendens; at sygehusene overlader stadig større dele af den specialiserede ambulans genoptræning til kommunerne.

3.1.3 KMFs betydning for udviklingen og den kommunale prioritering

Generelt vurderer kommunerne, at kommunal medfinansiering er en ud af flere faktorer, der har været medvirkende til at øge både den politiske og administrative prioritering af forebyggelse samt de konkrete indsatser, der er oprettet.

3.1.3.1 KMF som dagsordensfremmer

"KMFen har betydet, at kommunerne har et klart ansvar – at kommunerne har en opgave her, som de skal være med til at løse. Det giver et politisk fokus", Borgmester.

Alle kommuner fremhæver samtidig 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.

*"KMF giver et politisk fokus – pga. den store budgetpost",
Direktør.*

En enkelt kommune angiver ligefrem, at det vil være vanskeligt at fastholde fokuseringen på de nære sundhedstilbud i kommunen, hvis KMF ikke fastholdes.

Samtidig angives det dog fra alle de øvrige kommuner, at der opleves en noget aftagende effekt af KMF som motiverende faktor for de kommunale indsatser på forebyggelses- og sundhedsområdet. De kommunale respondenter begrundet primært dette med, at der ikke opleves sammenhæng mellem udviklingen i KMF-afregning og de kommunale investeringer og prioriteringer af forebyggelses- og sundhedsopgaverne. Sekundært nævnes det, at der er manglende gennemskuelighed i afregningen; man ved ganske enkelt ikke, hvad man betaler for.

KMF som metode til at synliggøre positive business cases ved sundhedsinvesteringer

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 stadigt mere begrænset 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 som katalysator for øget kommunal bevidsthed om kausale sammenhænge.

Kommunal medfinansiering har endvidere medvirket til at skærpe kommunernes undersøgelse af 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 uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Kommunerne fremhæver dog samtidig, at der er en generel erkendelse af, at der er meget langsigtede effekter af forebyggende indsatser. Denne erkendelse er styrket de seneste par år, typisk når det viser sig, at kommunale investeringer ikke har bidraget til nedbringelse af KMF. Der er således nu en generel holdning hos kommunerne om, at det kan være svært at påvise en direkte sammenhæng mellem indsatser for at øge befolkningens motion og udgifterne til indlæggelser inden for en overskuelig årrække.

Styrbarhed

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 eventuelle fald i KMF-andel og de kommunale indsatser.

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

"Det er en kæmpe udfordring: Hver gang kommunen etablerer en ny forebyggende indsats, så finder regionen bare på noget andet. Der mangler et modsvarende incitament til regionerne for at forbedre effekten af sundhedsindsatsen", Økonomidirektør

"Man kan ikke forholde sig til KMF uden samtidig at forholde sig til sygehusenes finansiering", Direktør.

året før. I langt de fleste kommuner opleves KMF derfor som en "ikke-styrbar budgetpost" eller som en "lovbunden udgift".

3.1.3.2 Motiverende faktorer ud over KMF

Der er generelt forskel på tværs af kommunerne, hvad angår det, der angives at være årsag til prioritering af indsatser i relation til forebyggelse og sundhed.

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.

"Det, at vi har fået en opgave, er et meget stort kommunalt tema", Borgmester.

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.

"Vi er blevet meget fokuseret på sundhedsforebyggelse og mestrings- og rehabiliterings-tankegang. Det er en meget stor forskel i forhold til tidligere.", Sundhedschef.

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.

Endelig er der enkelte kommuner, der fortæller, at deres stigende opmærksomhed på sundhed og forebyggelse er initieret af konkrete sager om eller ønsket om at mindske *udgifter til færdigbehandlede patienters sengedage* – og dermed hurtig hjemtagning fra sygehus. Derudover er det generelt gennemgående, at kommunerne har taget opgaven med at håndtere færdigbehandlede patienter til sig, og der fokuseres derfor på at etablere de nødvendige kommunale tilbud, der er i stand til hurtigt at hjemtage færdigbehandlede patienter fra sygehusene.

3.2 Samarbejdet på tværs af forvaltninger/områder i kommunen

Kommunerne har på forskellig vis og i forskellig udstrækning arbejdet med forebyggende indsatser og sundhedsindsatser som et områdeværgående fokus.

- I nogle kommuner er forebyggelsesopgaven placeret i fx sundheds- og ældreområdet.
- I andre kommuner er forebyggende indsatser og sundhedsindsatser et tværgående strategisk fokusområde på tværs af forvaltninger/områder. Det gælder særligt de kommuner, hvor man har valgt at lade sundhedspolitikken være forankret centralt med bindende virkning for alle fagområder/forvaltninger, og hvor der investeres i at implementere sundhedsfremmende og forebyggende indsatser som fx rygeafvænnning, bevægelse i hverdagen på tværs af fagområder/forvaltningsområder i kommunen.
- Der ses også eksempler på, at tværgående samarbejde om forebyggelse og sundhed i kommunen kan være initieret af konkrete indsatser og samarbejdsprojekter.
- Endelig ses eksempler på, at det tværgående samarbejde er initieret af et fælles arbejde i kommunen med at skabe fælles kultur eller et fælles mindset, fx i form af en fælles tilgang til borgerne ("borgere skal mestre deres eget liv").

"Det økonomiske incitament bliver større og større til at tænke på tværs af områder. Det gælder indsatser ift. småbørnsområdet (indretning af legepladser), kost, røg, det gælder beskæftigelsesområdet osv.", Direktør.

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 skyldes, at der er et betydeligt kvalitetsmæssigt og økonomiske potentiale i mere tværgående koordination, samtænkning og integration af indsatserne.

Der er særligt en øget erkendelse i kommunerne af, at en øget forebyggende indsats samt andre sundhedsindsatser kan medføre langsigtede besparelser på andre områder i kommunen end på sundhedsbudgettet isoleret set:

- Fx at det er muligt på sigt at reducere udgifter til pleje og omsorg gennem fastholdelse eller forbedring af funktionsevne.
- Eller at det er muligt at reducere udgifterne til overførselsindkomster og andre sociale udgifter ved en rettidig og tidlig rehabiliterende sundhedsindsats.
- Samtidig peges der på, at tidlig opsporing og tidlig indsats overfor særlige risikogrupper, fx socialsvage grupper, kan medvirke til at dæmpe de samlede kommunale udgifter i fremtiden.

Kommunerne angiver således, at der er en begyndende interesse også for de langsigtede effektiviseringspotentialer, som er forbundet med forebyggende sundhedsindsatser, for flere og flere områder i kommunen.

Samtidig erkender de fleste af kommunerne dog også, at der på den korte bane kan være visse barrierer for en større tværgående integration af indsatserne. Særligt peger kommunerne på, at arbejdsmarkedsområdet er vanskeligt i praksis at involvere i en integreret tilgang. Mange kommuner fremhæver den regel- og procesregulerede styring af beskæftigelsesområdet som den primære årsag til, at det tværgående samarbejde om borgere med sundhedsmæssige risici eller problemstillinger kan være vanskeligt.

Det anføres i relation hertil, at man netop på arbejdsmarkedsområdet har lovgivet om, at kommunerne skal nedsætte tværfaglige rehabiliteringsteams, hvor både beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet er involveret i vurderinger af borgeres sager, men at dette arbejde endnu ikke er tilstrækkeligt operationelt til, at der kan ses egentlige resultater heraf. Kommunerne oplever dog generelt, at det at være sammen om at forholde sig til konkrete borgersager er meget fremmede for forståelsen for hinanden på tværs af forvaltninger og fagområder og dermed også for idéer til nye tværgående samarbejder.

*"Der er stadig nogle udfordringer ift. samarbejdet med beskæftigelse: Her er barriererne meget på lovgivningen: Her fokuseres der meget på mål, krav, målgrupper mv. Det er en helt anden styring end på sundhedsområdet",
Borgmester.*

3.3 Samarbejde på tværs af kommuner

Der er relativt stor forskel på graden af samarbejde kommunerne imellem. Kommunens størrelse synes at være en væsentlig faktor:

- Flere mindre kommuner er gået sammen i faste samarbejdskonstellationer og opretter særlige tilbud (fx forebyggelsespakker) eller køber sundhedsydelse af hinanden (fx pladser i akuttilbud). Her forsøger man at udnytte hinandens fordele/viden på særlige områder og/eller på at fordele de kommunale sundhedsopgaver på tværs af kommunerne. Det sker i en erkendelse af, at man som mindre kommune ikke kan udbyde "det hele" på tilstrækkelig højt niveau og med tilstrækkelig høj kadence (fx målrettede genoptræningshold).
- Der er også mindre kommuner, som er mere "famlede" ift. tværkommunalt samarbejde, og som har forskellige tværkommunale samarbejdskonstellationer, alt efter om der er tale om køb af plejehjemspladser/akutpladser, forhandling med regionen mv.
- De større kommuner angiver at være mere eller mindre selvkørende i forhold til forebyggende indsatser og sundhedsindsatser. Det forklares med, at

*"Vi har et særligt godt samarbejde med nabokommunerne om forløbsprogrammer og genoptræningscentre osv. Vi vil fortsat have fokus på dette mere og mere. Alt hvad der kan samtænkes og optimeres",
Sundhedschef.*

"Vi har mere videndeling med de andre kommuner end egentligt samarbejde", Sundhedschef.

"Vi køber jo ydelser af hinanden – plejehjemspladser er jo en handelsvare", Direktør.

kommunestørrelsen 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 borgerne.
- 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 mere lydhørhed i regionen, end de mindre kommuner har, qua deres størrelse.

For de besøgte større kommuner er der dog samtidig en stor interesse i at stå sammen i forhold til regionerne samlet set. Der nævnes fx det strategiske samarbejde, der foregår i "6-byerne".

3.4 Samarbejdet med regionerne

Samarbejdet mellem regioner og kommuner er, jf. flere kommuner, på den ene side kendetegnet ved et stigende positivt samarbejde, hvor relationerne over tid har udviklet sig stærkere. På den anden side opleves der af andre kommuner en stigning i omfanget af konfliktpunkter og gensidig mistillid.

3.4.1 Udviklingen i kommunalt-regionalt samarbejde og indholdet af samarbejdet

De fleste kommuner oplever, at samarbejdsrelationerne over tid er blevet forbedret betydeligt. Der er etableret faste fora både mellem de politiske niveauer i hhv. region og kommuner, mellem de øverste administrative niveauer samt på mere praktisk niveau. Alle fora mødes jævnligt.

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 kommunerne af, at man med KMF har fået en 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 og administrative drøftelser mellem kommuner og regioner fortrinsvist 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 udviklinger i driften, primært på regionsniveau.

At driften således fylder relativt meget i samarbejdet mellem i hvert fald nogle kommuner og regioner angives at have flere konsekvenser:

"KMF har haft stor betydning ift., at kommunerne har kunnet forlange at få noget medindflydelse i regionen", Direktør.

"Vi er ikke dygtige nok – eller måske snarere, ikke villige til – at sætte det strategiske, det vil sige den samlede udvikling af sundhedsvæsenet i spil, når vi taler sammen, kommuner og regioner. KMF og i det hele taget den samlede finansierings- og incitamentsstruktur er måske her en væsentlig barriere for, at dette sker", Sundhedsdirektør.

- 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 står helt 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 to sektorer, og at der således mangler redskaber eller rammer til at optimere samarbejdet mellem region og kommune.

Det relativt store fokus på driften i samarbejdet mellem kommune og region kan således både gøre det formelle og konkrete samarbejde mere eller mindre smidigt.

3.4.2 Forhold af betydning for samarbejdet mellem kommune og region

Der er en række forhold, som er identificeret til at have betydning for forholdet mellem kommune og region:

*"Vi er begge "født" i sygehusvæsenet. Vi kender gamet, har relationerne, kender folk. Det giver en anden troværdighed ift. regionen. Vi kan mødes med respekt",
Direktør.*

- Kommunestørrelse: Store kommuner oplever selv at have et mere ligeværdigt forhold til det regionale niveau end de mindre kommuner.
- Den historiske samarbejds tradition: De kommuner, der har haft en lang tradition for samarbejde med sundhedsvæsenet, også før 2007 (med amterne), 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 og indsigten i hinandens dagligdag, angives helt gennemgående som den væsentligste faktor for samarbejdets succes. De kommuner og regioner, hvor der sidder ledere og medarbejdere, som fx tidligere har arbejdet enten i regionen eller kommunen, har et bedre samarbejdsforhold end de kommuner og regioner, hvor dette ikke er tilfældet.

"Der hvor der er store problemer, det er i sektorovergangene. For det er der, pengene klinger i kassen", Leder.

3.4.3 Konfliktpunkter i samarbejdet mellem kommuner og regioner

Uanset om samarbejdsrelationerne er gode eller mindre gode, er der en række typiske punkter, hvor samarbejdet mellem kommuner og regioner ofte opleves som konfliktfyldt.

Overgangene mellem de to sektorer.

Punkter, der nævnes i hovedparten af kommunerne, er diskussioner om, hvornår en borger er færdigbehandlet på sygehus, og hvornår hhv. region eller kommune skal betale for genoptræningen (specialiseret kontra almen genoptræning).

"De opgaver, vi får med tilbage fra regionen, bliver mere og mere specialiserede ift. behov for specialsygeplejersker og behandlingsplaner, der følger med borgerne hjem. Vi må konstatere, at der er et øget pres ift. specialisering", Sundhedschef.

Disse konflikter kan både bunde i, at kommunerne oplever en u hensigtsmæssig/ikke planlagt opgaveglidning i forbindelse med, at "stadigt mindre raske patienter" vurderes som færdigbehandlede. Det kan også bunde i en oplevelse blandt kommuner af, at sygehusene udskriver et stigende antal patienter op til weekender og ferier.

De kommuner, der fx har centraliseret eller fokuseret håndteringen af færdigbehandlende patienter i visitationsenheder eller hos udskrivningskoordinatorer, oplever, at konflikten om særligt færdigbehandlede patienter fylder mindre end tidligere.

"Det er stadig samme kamp om, hvornår folk er færdigbehandlet. Men vi oplever, at mængden og behovet er større – at der er flere borgere, der bliver dårligere og dårligere, når de kommer ud. Det er en udfordring for kommunen: vi mangler fysiske pladser til at tage imod, når borgere ikke er klar til eget hjem", Leder.

"Vi oplever, at regionen laver ændringer i organiseringen eller strukturen i hospitalerne, som får betydning for os – men det informerer de ikke kommunerne om på forhånd", Borgmester.

"Fra at regionerne synes, at kommunerne er besværlige – fordi vi skal have mandater til alting – så kan de nu se, at vi i kommunerne også kan noget. Det er ikke helt på plads, men går den rigtige vej", Direktør.

Manglende dialog forud for omlægninger og omstruktureringer

Et andet væsentligt konflikt punkt er en mere gennemgående oplevelse hos en række kommuner af, at regionerne meget ofte undlader eller glemmer at tænke i kommunale konsekvenser, når der planlægges og gennemføres omstruktureringer, som har konsekvenser for kommunerne.

På den baggrund oplever mange kommuner asymmetri i magtforholdet mellem kommuner og regioner, hvor kommunerne primært må reagere på regionens eller sygehusenes tiltag, såsom omlægning af stationær aktivitet til dagkirurgi eller ambulans aktivitet, nedlæggelse af medicinske sengepladser, som betyder, at kommunerne må udvide kapacitet i form af særlige avancerede pladser eller akutpladser. De fleste kommuner anerkender, at dette er en naturlig og nødvendig udvikling, men der peges på, at det ville være rimeligt, hvis der var en dialog i god tid, inden sådanne omlægninger effektueres, således at kommuner får tid til at foretage de nødvendige økonomiske og organisatoriske tilpasninger.

Enkelte kommuner angiver at have et sådan ligeværdigt samarbejde, hvor der søges enighed mellem region og kommune, før omstruktureringer, der kan få afledte konsekvenser for kommunerne, effektueres.

3.4.4 Succeser i samarbejdet mellem kommuner og regioner

Til trods for en generel oplevelse blandt kommunerne af, at samarbejdet mellem region og kommune er forbedret betydeligt siden 2007, er det således samtidig det høje driftsfokus og det manglende strategiske råderum i dette samarbejde samt konkrete konflikt punkter om sektorovergange og manglende kommunal inddragelse i regionale omlægninger, der præger samarbejdet.

Der er dog også mere positive oplevelser af samarbejdet, der nævnes gennemgående. Det gælder særligt i tilfælde, hvor region og kommune arbejder *direkte sammen*, enten i fælles projekter, hvor personale fra hhv. kommune og region arbejder under samme tag, fx "Tue-projektet", der er et samarbejde mellem Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital om hurtig vurdering og igangsætning af behandling af sårbare ældre.

Det gælder endvidere i tilfælde, hvor der er en meget tydelig arbejdsdeling mellem kommune og region i et fælles forløb for borgerne, fx "telehjembesøg", der er et samarbejde med Køge og Roskilde Sygehus, og bl.a. Stevn's kommune, hvor kommunale sygeplejersker laver opfølgende hjemmebesøg på vegne af regionen.

De succesoplevelser ift. samarbejde, som kommunerne fremhæver, er således typisk funderet i en fælles sundhedsfaglig dagsorden hos kommune og region (at man ønsker at forbedre eller effektivisere indsatsen for borgere, der fylder hos begge parter) samt i enten fælles eller klare organisatoriske strukturer mellem kommune og region.

3.5 Administrative konsekvenser i kommunerne

At kommunerne har fået kommunal medfinansiering på sundhedsområdet, har medført en række forskellige administrative opgaver, afhængigt af hvordan budgettet til KMF håndteres.

Opgaverne omfatter prognostisering, budgettilpasning, forklaringer på udsving, revision af kontering og afregning, specifik analyse og monitorering af udvikling i sygehusforbrug på udvalgte områder og håndtering af sygehusenes efterregistreringer ift. årsregnskab samt budgetlægning og -tilpasning.

Kontering

Der er visse forskelle på, hvor kommunerne har placeret KMF'en som budgetpost i de kommunale regnskaber:

- I nogle kommuner er budgetposten til KMF delt forholdsvis 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 henholdsvis somatik og psykiatri. Den restende (største del af udgiften) er placeret under sundhedsudvalget (eller tilsvarende) eller under økonomiudvalget.
- Andre steder 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 ikke-styrbar, og at det derfor er u hensigtsmæssigt at illudere, at udgiften kan budgetteres præcist og håndteres som en styrbar udgift.

"Vi har bevidst valgt at placere konto 4 under økonomiforvaltningen i erkendelse af, at vi ikke kan gøre ældreområdet ansvarligt for eventuelle budgetoverskridelser", Økonomidirektør.

Trods forskelle i den konkrete placering af KMF-posten er det dog generelt kendetegnende, at mer- og mindreudgifter 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.
- Flere kommuner er begyndt at afsætte "buffer" i budgettet til uforudsete merudgifter til KMF.

"Merudgifter på KMF gives fra kommunekassen. Det skyldes, at man jo ikke kan styre det her", Økonomichef.

Der er således en stigende tendens til, at kommunerne ikke lader merudgifter belaste sundhedsområdet isoleret set. De kommunale respondenter henviser til KMF-udgiftens oplevede manglende styrbarhed som direkte årsag hertil.

Estimatet af næste års forbrug

Hovedparten af kommunerne baserer i udgangspunktet deres budgetlægning på prognoser fra hhv. regionerne og skøn fra KL om næste års forbrug på KMF. Dog har kommunerne generelt erfaret, at hverken prognoser eller skøn holder. Dette afføder flere forskellige reaktioner fra kommunerne.

1. Flere kommuner bruger en del administrative ressourcer på at følge op overfor regionen i forhold til at få forklaringer på afvigelser fra prognoserne. Herunder er der ofte en dialog om, hvor ofte prognoserne kan/skal udarbejdes fra regional side.
2. Der er kommuner, der ser bort fra prognoser/skøn og i stedet tager udgangspunkt i faktisk forbrug i forrige budgetår og evt. reserverer en buffer til et eventuelt merforbrug.
3. 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 budgetlægningen. Kommunerne forventer dog samtidig ikke, at prognostisering kan ramme den faktiske udgift præcist, da man erkender, at der er en del andre og ikke-gennemskuelige faktorer, som spiller ind. Der nævnes herunder fx etableringen af 1813-ordningen og de registreringsmæssige og afregningsmæssige udfordringer, det gav for kommunerne i Region Hovedstaden, men mere generelt nævnes også

"Når vi lægger budgettet, lægger vi en buffer ind, fordi man erfaringsmæssigt ved, at budgettet ikke kan holde. Bufferen er måske ikke engang stor nok", Økonomichef.

"Tror, at regionerne synes, det er irriterende, at kommunerne står i kø for at få svar på aktiviteter fordelt på kommunerne. Regionerne laver dog månedlige prognoser for, hvor meget kommunerne hver især forbruger af aktiviteter, dvs. hvor meget KMF, der skal betales. Men vi oplever, at prognosen slet ikke holder", Økonomidirektør.

"Når der er stigning i udgifter, så efterspørges der analyser. Men vi har svært ved at bruge data, når man skal kigge på årsager. Vi bruger mange ressourcer på at forsøge at skabe gennemsigtighed. Der er et stort politisk fokus – de vil gerne have en forklaring!", Sundhedsdirektør.

"Monitorering af færdigbehandlede foregår i allerhøjeste grad. Sender individdata en gang om måneden til myndighedslederen, der gennemgår CPR-numre og kobler med care-systemet, og der er fundet rigtig mange fejl. Så tager vi kontakt med sygehusafdelingen, og så tager man slagsmålet der", Økonomichef.

sygehussammenlægninger og nyt EPJ-system nævnes som eksempler på sådanne faktorer.²

3.5.1 Administrative opgaver med henblik på at skabe budgetsikkerhed og forklare udsving

Særligt de kommuner, der følger prognoserne og forsøger løbende at tilpasse budget og faktiske udgifter, oplever en stigning i de løbende administrative opgaver forbundet med KMF.

Disse kommuner ser et behov for at foretage en løbende overvågning af prognoserne for udgiften. Overskrides budgettet, skal pengene findes på andre områder inden for budgetåret eller ved næste års budget (se forrige afsnit). Derfor er der i disse kommuner et stort fokus på budgetsikkerhed.

De kommuner, der har oplevet større udsving i KMF-afregningerne mellem årene, oplever endvidere et stigende behov og efterspørgsel fra politisk side efter forklaringer på og udredninger/analyser af disse udsving.

En række kommuner angiver – og der ses en stigende tendens hertil – at der er interesse i at følge udviklingen i specifikke typer af sygehusforbruget hos kommunens borgere. Det gælder udvalgte områder som antallet af indlæggelser hos ældre borgere samt udviklingen antallet af genindlæggelser m.fl.. For kommunerne kræver dette arbejde ressourcer, der har kompetencerne til at foretage dataudtræk fra E-sundhed, anmode om data fra regionerne mv.

I flere kommuner ønsker man, eller har man allerede indkøbt eller udviklet ledelsesinformationssystemer, som kan lette de administrative opgaver i forbindelse med den målrettede opfølgning.

3.5.2 Afregningsrelaterede opgaver

De fleste kommuner anvender ligeledes administrative ressourcer på at gennemgå afregningen af færdigbehandlede sengedage, som – selv om der her er tale om såkaldt fuldfinansiering – gennemgående nævnes som en administrativ opgave, der ses i sammenhæng med KMF. Denne del af afregningen har samtidig den særlige karakter, at kommunen afregnes på individniveau. Der angives fra de fleste kommuner, at dette arbejde identificerer fejl i afregningen/registreringerne fra sygehusene på op til 40 procent, som efterfølgende skal udredes i dialog med regionen. Uanset årsagerne er der en tydelig tendens til, at fejl i registreringerne påvirker kommunernes tillid til regionen (og til KMF-udgiften i det hele taget) i en negativ retning.

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.

² Udgifterne til medfinansieringen kan blive øget med ca. 50 mio. som følge af omlægning af registrering ifm. 1813. Den samlede kommunale medfinansiering til Region Hovedstaden er ca. 6.100 mio. kr. (Kilde: Notat af 24 oktober 2013, Region Hovedstaden)

"Gennemskueligheden er ikke-eksisterende. Et år kom der pludselig en masse efterregistreringer i oktober fra året før. Det gør tingene umulige at styre og umulige at gennemskue", Økonomichef.

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. For kommuner, der budgetterer på baggrund af den regionale prognose eller faktisk forbrug i et budgetår, kan de mange efterregistreringer således betyde et pludseligt stort merforbrug, der skal håndteres efter afslutningen af et regnskabsår. Dette forstærker tydeligt kommunernes oplevelse af, at KMF er en ikke-styrbar udgift.

3.5.3 Kommunerne og almen praksis

Almen praksis forventes at visitere borgerne til de rette indsatser både kommunalt og på sygehusniveau efter behov. Almen praksis forventes desuden at bistå kommunen med lægelige vurderinger og med lægefaglig rådgivning. Dette gælder generelt som samarbejdspartner i det kommunale sundhedsvæsen og specifikt i relation til de løsninger af kommunens øvrige sundhedsrelaterede indsatser, fx på ældrepleje, social- og beskæftigelsesområdet.

Dertil kommer, at kommunerne generelt har oplevet en stigning i opgaver, hvor man har behov for at samarbejde med eller har snitflader med de praktiserende læger. I takt med at kommunerne etablerer indsatser som udgående akutteams, akutpladser, døgnrehabiliteringspladser mv., oplever kommunerne i stigende grad behov for et tættere og mere forpligtende samarbejde med de praktiserende læger.

Kommunerne oplever gennemgående markante udfordringer i forhold til at realisere det tætte samarbejde med almen praksis, som forudsættes, jf. de ovenfor nævnte behov:

- Flere kommuner bemærker, at det er uhensigtsmæssigt, at de praktiserende læger, uden nødvendigvis at have opmærksomhed på de kommunale alternative tilbud, for ofte henviser til eller indlægger borgerne på sygehuset. Det påpeges i den sammenhæng, at lægernes holdninger og henvisnings- og visitationspraksis kan have stor betydning for, hvorvidt et kommunalt tilbud eller indsats får den forventede effekt.
- Nogle kommuner oplever, at det er svært at få aftaler i stand med praksissektoren, mens andre kommuner oplever, at der kan indgås strategiske eller overordnede aftaler med repræsentanter fra praksissektoren i en kommune, som så tilsvarende er vanskelige at implementere bredt ud blandt de praktiserende læger. I begge situationer er det kommunernes oplevelse, at årsagerne er, at praksissektoren består af mange autonome enheder, som mangler en fælles koordination eller en anden form for fælles "implementeringskraft".
- Endelig fremhæver flere kommuner, at det generelt er meget vanskeligt at få etableret konkrete aftaler om nye metoder eller indsatser, hvor almen praksis indgår – eller blot at få arrangeret møder eller videregive oplysninger.

Generelt betegner kommunerne almen praksis som en "black boks", som de i deres indsatser bliver mere og mere afhængige af, men som de ikke har mulighed for at styre.

Det er den helt overvejende oplevelse, at medfinansiering af de praktiserende lægers ydelser er helt uden betydning for samarbejdet med almen praksis og for kommunernes muligheder for at gøre brug af de kompetencer, som almen praksis har, i løsningen af de kommunale sundhedsopgaver.

Enkelte af kommunerne fremhæver dog også, at samarbejdet med almen praksis udvikler sig i positiv retning, særligt når det gælder konkrete projekter, hvor begge parter får noget ud af det. Et par af de besøgte kommuner er således begyndt at samarbejde på nye måder med almen praksis. Fx har man i Københavns Kommune etableret en

"Kommunen er oppe imod den autonome lægeverden", Sundhedsdirektør.

"Lægerne er meget vigtige, fordi de er tovholdere for borgerne. Men de er tunge, lægerne. Hvis man kigger på trekanten: kommune, læge, sygehus – her er lægerne virkelig slet ikke med i spillet", Sundhedschef.

socialfaglig konsultation sideløbende med lægekonsultationen i et udsat boligområde, idet det ellers var svært at finde læger til at have praksis i området.

Omvendt er der også kommuner, der begynder at købe læger til at yde lægevurderinger mv. i sundhedshuse etc. Og der ses også en begyndende tendens til, at kommuner fuldtidsansætter egne læger (både almene medicinere og andre speciallæger) for at kunne sikre adgang til den lægefaglige kompetence i de kommunale sundhedstilbud. Sidstnævnte ikke mindst foranlediget af den ovenfor beskrevne tendens til, at de opgaver, som kommunerne oplever at skulle løse, bliver stadig mere kompetencekrævende.

3.6 Gennemgående og overordnede udfordringer oplevet af kommunerne

På tværs af de ovennævnte temaer er der en række punkter, som har været gennemgående og tilbagevendende. Disse er gennemgået i dette afsnit, som samtidig afslutter rapportens beskrivelse af det kommunale perspektiv.

- 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 har nogen mulighed for at påvirke. Der peges i forlængelse heraf på, at det formentlig (dog adskilt fra overvejelserne om, at 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 i praksis ikke skal eller kan påvirke aktiviteten.

I forlængelse heraf peges der på, at incitamenterne i højere grad end de nuværende skulle understøtte opprioritering af indsatser målrettet prioriterede målgrupper/indsatser – både for 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 incitamentter.

Det nævnes eksplicit, at kravet om øget produktivitet til sygehusene sætter incitamentet for kommunerne til at reducere sygehusaktiviteten ud af spild. 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 incitamentter – som 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 er ikke et incitament til at undgå, at der kommer borgere over i sygehusvæsenet. Der er ikke en sammenhæng i vores indsatser – for der er en produktionskapacitet i sygehusvæsenet, der skal fyldes op. De bliver jo straffet, hvis de ikke fylder deres senge op. Incitamentterne vender forkert. Det rigtige ville være, hvis sygehusene også havde et incitament til, at folk ikke bliver indlagt",
Økonomidirektør.*

Der peges derfor på, at det kunne være relevant at overveje, om finansieringen i højere grad kunne være forløbsbaseret, så de nuværende udfordringer ift. 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.

4. Del II – Regionerne

I dette kapitel beskrives de afdækkede, oplevede afledte effekter, som den kommunale medfinansiering har haft på styringen af sundhedsområdet i regionerne.

Det gøres ved at belyse den kommunale medfinansierings betydning for den regionale opgavevaretagelse og for samarbejdet med kommunerne. Endvidere beskrives den kortlagte regionale håndtering af den kommunale medfinansieringsindtægt generelt og i forhold til de enkelte sygehuse og øvrige regionale administrative konsekvenser af KMF.

4.1 Samarbejdet mellem regioner og kommuner

4.1.1 Udviklingen i samarbejdet

"Samtalen med kommunerne er blevet langt bedre, fordi det kommunale niveau har fået en helt anden eller højere indsigt. Der er en helt anden italesættelse af sundhedsområdet i dag",
Regionsrådspolitiker.

"Vi oplever, at der er en god tone og en god vilje. Men der er også nogle rammer, som kommunerne har med hjemmefra. Det handler om politiske dagsordner, ønsker og økonomisk prioritering. Særligt den økonomiske prioritering i kommunerne kan være en hindring. Der er stor forskel på, hvor meget mulighed kommunerne har for at komme med på nye fælles initiativer",
Regionsleder.

"De første diskussioner har været opgavefordelingen. Regionen var født med stor forskel kommunerne imellem ift., hvad de løftede",
Regionsrådspolitiker.

På samme måde som kommunerne har oplevet en positiv udvikling i samarbejdet på politisk og administrativt niveau, oplever regionerne også generelt en positiv udvikling i det formelle samarbejde mellem regioner og kommuner.

Når regionerne skal vurdere udviklingen i samarbejdet, er fokus dog meget på, hvorledes kommunerne i en region samlet set fremstår overfor regionen – om man repræsenterer hver sin kommune eller fremstår koordinerede.

Flere af regionerne nævner, at kommunerne opleves at have flyttet sig meget i forhold til deres indbyrdes samarbejde. Både i Hovedstaden, i Midtjylland samt i Syddanmark er der en oplevelse af, at kommunerne i stigende grad og i væsentlig større udstrækning end før fremstår mere koordinerede, og at kommunerne indbyrdes stiller krav til hinanden, når det gælder ensartethed i løsningen af sundhedsopgaverne.

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.

Mens nogle kommuner oplever en asymmetri i magtforholdet i samarbejdet med regionerne, kan regionerne omvendt have en oplevelse af at stå overfor en række uensartede og komplekse samarbejdspartnere, hvor der på tværs af kommuner er store forskelle i kommunernes ressourcer, størrelse, kompetencer og politiske fokus på sundhedsområdet samt beslutningsvilje. Dette har i særligt omfang været tilfældet i de første år efter etableringen af regionerne.

Opgavefordeling mellem regioner og kommuner

At nogle kommuner således allerede ved strukturreformen var relativt langt fremme ift. varetagelse af de kommunale sundhedsopgaver, mens andre kommuner, ifølge regionerne, ikke altid løste de kommunale plejeopgaver på et tilstrækkeligt kapacitetsmæssigt og kvalificeret niveau, har ifølge regionerne medført visse startvanskeligheder ift. at øge både det strategiske og det konkrete samarbejde mellem kommuner og regioner.

I flere regioner er oplevelsen således, at samarbejdet de første mange år efter strukturreformen har handlet om at få den rigtige opgavefordeling mellem region og kommune på plads og herunder at få løftet opgavevaretagelse i alle kommuner til det niveau, strukturreformen forudsatte.

De seneste år opleves der et stigende fokus i samarbejdet på at skabe bedre sammenhæng og overgange i patientforløbene på tværs af sektorerne.

I flere af regionerne er der i samarbejdet med kommunerne (og i særlig grad i sygehusekommunesamarbejdet) endvidere kommet langt mere fokus på, hvordan man fx kan

etablere udgående teams, faglig rådgivning eller lignende fra sygehusene, der kan understøtte den kommunale opgaveløsning, eller som kan understøtte kommunernes bestræbelser på at hjælpe borgerne lokalt og i eget hjem – som alternativ til at have borgeren på sygehus.

4.1.2 KMFs betydning for samarbejdet 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, 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).

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:

- 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 u hensigtsmæssige 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 samarbejds klimaet 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 forebyggelige forringelser af tilstand hos ældre borgere eller andre risikogrupper (uhensigtsmæssige sygehuskontakter) og færdigbehandlede sengedage (selv om der her som nævnt rent teknisk er tale om såkaldt fuldfinansiering), 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 ligegyldigt.

"Det er for svær en pædagogisk opgave at forklare, at der ikke er nogen udvikling i indtægten til regionerne, selv om KMF-afregningen stiger. Det giver en ærgerlig forbistring, der ikke er fremmede for samarbejdet", Regionsrådspolitiker.

"Embedsværket presses til at finde svar på et område, man ikke forstår, og som formentlig ikke giver mening. En del af dette arbejde skyldes, at kommuner (naturligt nok) efterspørger mere viden om, hvad man betaler for – men holdningen er generelt, at det ikke giver megen mening: Vi kan heller ikke anvise kommunerne, hvad de skal gøre for at ændre på omfanget af finansiering", Økonomidirektør

4.2 Regionernes håndtering af den kommunale medfinansieringsindtægt og omsætning ift. sygehusene

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.

4.2.1 Styringen af sygehusene

Følgende styringsmæssige tendenser nævnes eksplicit af respondenterne fra de fem regioner som havende sammenhæng med KMF og er derfor set fra et regionalt perspektiv nødvendige at nævne for at sætte dette i kontekst for en analyse af betydningen af KMF.

Regionerne styrer typisk sygehusene ved at give dem en udgiftsramme (et udgiftsbudget) og et aktivitetskrav i kombination med et produktivitetskrav, mens der ikke er nogen eksplicit eller implicit styring af sygehusene relateret til KMF. Idet der er et samlet loft for regionens mulighed for at opnå finansiering for meraktivitet, ligger der implicit i produktivitetskravene, at de enkelte virksomheder i vid udstrækning skal reducere omkostningerne for at leve op til produktivitetskravet.

Selvom den overordnede nationale styring af sygehusvæsenet som udgangspunkt er aktivitetsbaseret, indføres der i flere regioner i styringen af sygehusene i praksis og i øget omfang gennem de senere år per se styringsmæssige former, som i højere grad minder om rammestyring. Den aktivitetsbaserede styring får således i praksis aftagende betydning for styringen af sygehusene i disse regioner.

Flere regioner har desuden vurderet, at det har været nødvendigt at "forfine" styringsmekanismerne for at dæmme op for uhensigtsmæssig merproduktion. Flere regioner anfører, at der kan være tendens til "overproduktion" eller uhensigtsmæssig merproduktion. Fx nævnes tendensen til "cpr-creep", hvor sygehuse eller afdelinger udfører et øget antal kontroller på samme borger-/cpr-nummer for derved at sikre meraktivitet. I flere regioner har man derfor nu også sat et loft for, hvor meget meraktivitet der kan finansieres. Ligeledes er der eksempler på regioner, der, i stedet for meraktivitet, præmierer fx overholdelse af udredningsgarantien eller kravene om hurtig afsendelse af epikriser.

Flere af regionerne har således forsøgt at dæmme op for unødigt overproduktion i løbet af årene. At der fortsat opleves større aktivitetsstigninger i regionerne, opleves i høj grad at bunde i et stadigt stigende pres fra udrednings- og behandlingsgarantier, kræftpakker osv. samt ikke mindst den demografiske udvikling.

Generelt oplever de regionale respondenter derfor, at de kommunale indsatser på sundhedsområdet, som medvirker til at aflaste sygehusene, er en forudsætning for, at behovet for sygehusaktivitet tilnærmelsesvis kan håndteres inden for de eksisterende rammer.

Samtidig angiver regionerne, at der er et stigende behov for yderligere justeringer i den overordnede aktivitetsbaserede styringsmodel, de er underlagt. Flere regioner har, eller ønsker at tage, mere hensyn til kvalitet i styringen af sygehusene. Regionerne arbejder derfor i stigende grad med, hvordan overholdelse af udrednings- og behandlingskrav, tidsfrister, borgertilfredshed og medarbejdertrivsel samt forbedring af kvalitetsniveauer kan indarbejdes i den økonomiske styring af sygehusene – som erstatning, men langt hen ad vejen nok mest som supplement til aktivitets- og produktivitetsorienteret styring.

"KMF spiller ingen rolle i styringen. KMF går ind i den fælles kasse i regionen, den går ikke ind i den enkelte institution. Det er sket, så man ikke skal spekulere i det", Leder i sygehusvæsenet.

"Vi har ændret styringsparadigmet. Sygehusene bliver straffet for DRG-creep. De skal ikke bare fokusere på produktionen, men dennes værdi. Fx flere efterkontroller – det kan vi ikke blive ved med! Der er nu sat et loft på, hvor meget meraktivitetsbetaling for samme cpr-nummer, som sygehusene kan få", Regionsrådspolitiker

4.2.2 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 ”stykkpris”, 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 velbegrunderet, 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.

”Det ekstra, kommunerne betaler til sundhedsudgifterne, havner i FM’s kasse. Det kommer ikke direkte ned til regionerne pga. loftet. Det er jo et nul-sum-spil mellem regionerne”, Regionsformand.

”Der er jo en lang række styringsmekanismer, fx kvalitetsmål ind i budgettet (overholdelse af kræftpakker, udredningsretten, hjertepakker, budgetoverholdelse mv. Så spørgsmålet er, hvor meget den enkelte hospitalsledelse kigger på KMF i dagligdagen. Men KMF kan betyde noget for regionens udviklingsmuligheder, fordi det kan påvirke regionen økonomisk negativt. Det kan fx indirekte betyde, at man gerne vil øge aktiviteten igen”, Regionsdirektør.

4.3 Administrative konsekvenser i regionen af KMF

På trods af at KMF ikke har en egentlig betydning for regionernes styring af sygehusene, afføder det betydelige administrative opgaver for regionerne. De administrative opgaver deler sig umiddelbart i to dele: 1) prognoser og 2) dataanalyser/forklaringer på faktisk forbrug.

Prognoser

De fleste regioner udarbejder prognoser for KMF til kommunerne om den forventede størrelse på KMF. Der er dog forskel regionerne imellem på, hvor ofte disse prognoser udarbejdes. I nogle regioner udarbejdes kvartalsvise prognoser for hele regionen, mens andre regioner udarbejder månedlige eller kvartalsvise prognoser fordelt ud på kommunerne i regionen.

Regionens produktion af prognoser for KMF afhænger dels af kommunernes efterspørgsel og dels af regionens egne ressourcer til at udarbejde prognoserne. Dog er

"De vil gerne have prognoser fordelt på kommunerne. Men regionen er ikke så interesseret i at se kommunedelen, så det tager mange ressourcer at lave. I vores prognoser beskriver vi også datagrundlag og efterreguleringsforventningerne. Det er budgetsikkerheden og den løbende orientering og justering, de er interesserede i",
Økonomidirektør.

"Der bliver brugt uforholdsmæssigt mange ressourcer på at finde årsager og muligheder for at påvirke noget, som man i virkeligheden ikke har mulighed for at påvirke",
Regionsrådspolitiker.

det generelt opfattelsen, at det ikke er meningsfuldt at forsøge at prognosticere KMF-andelene, fordi det alligevel ikke er styrbart for kommunerne, og fordi træfsikkerheden er relativt begrænset.

Udover prognoser for KMF, efterspørger nogle kommuner, jf. regionerne, også et analytisk grundlag for den kommunale prioritering af indsatser på sundhedsområdet. Der er nogle regioner, der udarbejder sundhedsprofiler til eller i samarbejde med kommunerne, som kan illustrere kommende behov for sundhedsbehandling mv. og dermed medvirke til at understøtte de politiske og administrative prioriteringer af forebyggelses- og sundhedsindsatser i kommunerne. Men regionerne oplever også bredt set, at kommunerne i varierende omfang efterspørger data og individdata fra regionen, så de kan lave målrettede indsatser, fx for særlige målgrupper (fx borgere, som er faldet, er indlagt pga. dehydrering osv.). Det nævnes fra regionerne, at der ofte efterspørgeres data på individniveau på områder, hvor datalovgivning begrænser muligheden for at udveksle sådanne data.

Dataanalyser og forklaringer

Det er ikke kun prognoser til kommunerne, der er ressourcekrævende for regionerne. Alle regioner fortæller også, at de i stigende omfang må bistå kommunerne med at forstå og forklare faktisk forbrug eller foretage nærmere analyser af udviklingen i KMF for en eller flere kommuner. Regionerne oplever således, at kommunerne i stigende grad efterspørger mere viden om, hvad de betaler for.

Flere af regionerne oplever endvidere, at kommunerne efterspørger detaljeret viden om sammensætningen af KMF-afregningen på et niveau, som regionen ikke kan imødekomme. Det kan både være, fordi det generelt kan være svært at koble regionale og kommunale data på det detaljeringsniveau, som kommunerne ønsker, men det kan også være, fordi kommunen ønsker at få kausale forklaringer på en eventuel merudgift. Det sidste gælder særligt i de tilfælde, hvor en øget merudgift til KMF i en kommune kan være betinget af strukturelle omlægninger i en region eller af, at en meget lille andel af kommunens borgere helt tilfældigt et givent år har haft brug for langvarig sygehusbehandling. Set fra regionens side er sådanne analyser "spild af tid", fordi resultatet af analyserne ikke står mål med de ressourcer, der bruges på at udarbejde dem.

Oplevelsen i regionerne er generelt, at kommunerne i varierende grad efterspørger mere data og viden, fordi man i disse kommuner er "presset" til at finde svar på udsving, der reducerer budgetsikkerheden fra år til år. Dette behov for at forklare udsving i KMF-afregningen påvirker det regionale niveau, der må anvende administrative ressourcer på gennemførelse af ofte relativt detaljerede analyser.

4.4 Gennemgående og overordnede udfordringer oplevet af regionerne

På tværs af det ovennævnte og temaer er der en række punkter, som har været gennemgående og tilbagevendende. Disse er gennemgået i dette afsnit, som samtidig afslutter rapportens beskrivelse af det regionale perspektiv.

- 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

"En mere fælles, lokal finansieringsmodel ville medvirke til at fjerne den dårlige stemning og skabe bedre resultater", Regionsrådsformand.

"I det gode samarbejde mellem regioner og kommuner kunne man have en frihed til selv at vælge sin egen model. Det kunne måske være sådan, at vi kunne målrette finansieringsmodellerne til de steder, hvor det giver mening, og hvor man specifikt og strategisk ønsker at fremme indsatser og samarbejde regionalt og lokalt", Regionsdirektør.

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 produktivetskravet til sygehusene i princippet skaber et incitament, der er modsatrettet kommunernes incitament til at reducere sygehusaktiviteten i de tilfælde (oftest), hvor produktivetskravet imødegås ved at øge aktiviteten.

Bilag 1: Interviewguides

Der er udarbejdet interviewguides til hhv. kommunebesøgene og regionsbesøgene.

4.5 Interviewguides til kommunebesøg

Besøgene i kommunerne har omfattet en længere række af interviews med specifikke repræsentanter fra såvel politisk som administrativt niveau. Overordnet er der gennemført interviews med fire respondentgrupper:

- Den politiske ledelse – borgmester og/eller formand for sundhedsudvalget.
- Den administrative ledelse – kommunaldirektør, relevante direktørområder og relevante fagchefer.
- Økonomiansvarlige enten fra centralt hold eller fra sundhedsforvaltning/-stab.
- Udførerledet – visitatorer, sundhedskoordinatorer, sagsbehandlere.

Der er udarbejdet separate interviews til hver af de fire respondentgrupper:

Interview med den politiske ledelse – borgmester og/eller formand for sundhedsudvalget		
Tema	Første runde	Anden runde
Strategi og prioritering	<ul style="list-style-type: none"> • I hvilket omfang er forebyggelse på sundhedsområdet generelt et strategisk satsningsområde i kommunen? • Hvilke politiske drøftelser har I haft om forebyggelse i kommunen – og med hvilken vægt indgår forebyggelse i den samlede politikdannelse i kommunen? • Har drøftelserne vedrørende forebyggende indsatser ændret karakter over tid fra 2007 til nu? • Hvordan kommer satsning på forebyggelse til udtryk – og hvad karakteriserer konkret jeres indsatser? • Er der bred politisk enighed om de forebyggelsesindsatser, der sættes i værk? • Hvilke resultater forventes opnået med forebyggelsesindsatserne i kommunen? • Satser I mere/mindre på forebyggelse nu end tidligere? Økonomisk og politisk? (Eksemplicer gerne). • Opleves der barrierer i forhold til at reducere omfang af indlæggelser, genindlæggelser og ambulante kontakter på sygehusene? • Opleves der barrierer i forhold til at reducere omfanget af sygesikringskontakter? • Opleves der barrierer i forhold til at samarbejde med region og sygehuse? 	<ul style="list-style-type: none"> • I hvor høj grad er den politiske prioritering vedrørende forebyggende indsatser motiveret af KMF? <ul style="list-style-type: none"> ○ Er forebyggelse et højt prioriteret område på politisk niveau, fordi det anses som et virkemiddel til at reducere omfanget af KMF? ○ Har omlægningen af KMF fra 2012 haft indflydelse på karakter og omfang af forebyggende indsatser? ○ Har kommunerne haft et anderledes fokus på KMF siden 2012 end tidligere? ○ Opleves KMF som et tydeligt økonomisk incitament? ○ Har KMF spillet en faktisk eller mental rolle i omprioriteringerne? ○ Er KMF fremmende for indsatser rettet mod reduktion af indlæggelser og ambulante kontakter på sygehusene og/eller sygesikringskontakter? ○ Er KMF fremmende for samarbejdet med region og sygehuse?
Samarbejde med andre kommuner	<ul style="list-style-type: none"> • Har I overvejet samarbejder om forebyggende indsatser med andre kommuner? • Sparrer I med andre/deler I erfaringer med andre kommuner? 	<ul style="list-style-type: none"> • Opleves KMF som fremmende i forhold til at samarbejde med andre kommuner om forebyggelsesindsatser?

	<ul style="list-style-type: none"> Er der mere/mindre samarbejde mellem kommunerne om sundhedsspecifikke spørgsmål nu end tidligere? (Fx i regi af KKR eller andre kommunale fora) 	
Samarbejde på tværs i kommunen	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan er samarbejdet mellem forskellige udvalg og fagområder om den kommunale sundhedsopgave? Beskriv [beskæftigelse, sundhed, økonomi og socialudvalg]. Hvad fungerer godt i det udvalgstværgående og fagområdeværgående samarbejde – og hvad fungerer mindre godt? Er der sket en udvikling, eller har der været forandringer, i det omhandlede samarbejde i løbet af årene? 	<ul style="list-style-type: none"> Påvirker kommunens KMF-andel – eller udviklingen i KMF-andelen – motivationen for at samarbejde på tværs af udvalg og fagområder internt i kommunen? Har KMF været med til at initiere aktiviteter eller projekter på tværs af forvaltninger (fx fokus på minimering af genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser mv.)?
Samarbejde med regionerne/regionen	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan er det politiske samarbejde med regionerne? Har I politisk fokus på samarbejdet med regionen (og evt. konkrete sygehuse) – og hvad er det især, samarbejdet vedrører? Hvordan har udviklingen i samarbejdsrelationerne med det regionale sundhedssystem været hen over årene – og hvad har betinget denne udvikling? 	<ul style="list-style-type: none"> Vurderes øget samarbejde med region og sygehuse at være et virkemiddel til at påvirke niveauet for kommunens KMF? Har ændringerne af KMF i 2012 medført ændringer i karakteren og/eller omfanget af samarbejde med regionen og konkrete sygehuse?
Potentialer og muligheder	<ul style="list-style-type: none"> Hvor ser I/du udviklingen på forebyggelsesområdet gå i retning af? <ul style="list-style-type: none"> Kommunal rolle, praksisrolle osv. Er det en ønsket udvikling set fra dit perspektiv? 	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan kunne KMF og incitamenterne i øvrigt være skruet sammen, hvis der skulle opleves yderligere motivation til at prioritere forebyggende indsatser og øget samarbejde med region og sygehuse? Både set fra regional og kommunal side? Er KMF et relevant incitament i forhold til at fremme kommunernes prioriteringer i forhold til forebyggende indsatser?
Særlige indsatser eller projekter i kommunen med henblik på forebyggelse	<ul style="list-style-type: none"> Er der særlige politisk prioriterede projekter eller indsatser, som du vil fremhæve, og som kommunen har igangsat i relation til forebyggelse eller som del af kommunale sundhedsindsatser i øvrigt? 	<ul style="list-style-type: none"> I hvor høj grad har prioriteringen af projekter/indsatser været motiveret af KMF?
Opfølgende spørgsmål	<ul style="list-style-type: none"> Hvilke data og hvilke analyser eller rapporter efterspørger I fra politisk hold i forhold til kommunens forbrug af sundhedsydelse – både internt i kommunen og vedrørende KMF? 	<ul style="list-style-type: none"> I hvor høj grad opleves den tilgængelige viden om kommunens borgeres forbrug af sygehus- og praksisydelser at være understøttende for de politiske prioriteringer?

Interview med den administrative ledelse – kommunaldirektør, relevante direktørområder og relevante fagchefer

Tema	Første runde	Anden runde
Forebyggende indsatser	<ul style="list-style-type: none"> Hvor meget fylder indsatser og fokus på forebyggende indsatser i kommunen? Inden for de enkelte fagområder og på tværs af fagområderne? <ul style="list-style-type: none"> Prioriteres borgerrettet, patientrettet 	<ul style="list-style-type: none"> Har KMF været en motiverende faktor for kommunens prioriteringer af forebyggende indsatser? Har kommunerne haft et anderledes fokus

	<p>forebyggelse eller substituerende sundhedsindsatser konkret?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der implementeret betydelige ændringer i de forebyggende indsatser over de senere år? • Er den politiske eller administrative prioritering af forebyggelsesområdet ændret over tid (2007-2014)? • Hvilke konkrete målsætninger har I for forebyggelsesindsatserne? • Hvordan følges der op på resultater af forebyggende indsatser? • Hvad efterspørges fra det politiske niveau, når det gælder forebyggelse? 	<p>på KMF siden 2012 end tidligere?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke administrative opgaver og konsekvenser har KMF medført for kommunen? I relation til politikerbetjening, i forhold til budget- og økonomistyring, i forhold til andre relevante felter? • Er KMF et højt prioriteret fokusområde i forhold til den økonomiske styring? • Er der fra politisk niveau efterspørgsel efter monitorering af kommunens borgeres sygehusforbrug/-aktivitet og opfølgning i forhold til KMF? Har denne efterspørgsel ændret sig over årene – er den større eller mindre end før (2007; 2012)?
<p>Samarbejde i kommunen og med andre kommuner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan er samarbejdet mellem forskellige fagområder/forvaltninger om de kommunale forebyggende indsatser? Beskriv [beskæftigelse, sundhed, økonomi og socialforvaltning] • Hvordan har samarbejdet mellem forskellige fagområder/forvaltninger om de kommunale forebyggende indsatser ændret sig over årene? • Hvad fungerer godt, og hvad fungerer mindre godt i det forvaltnings- og fagområdeværgående samarbejde? <ul style="list-style-type: none"> • Er der grund til at intensivere samarbejdet? • Hvilke barrierer og muligheder er der for en eventuel intensivering af samarbejdet? • Sparrer I/deler I erfaringer på tværs af forvaltninger og fagområder? (Fx i regi af KKR eller andre kommunale fora) • Er der mere/mindre samarbejde mellem kommunerne om sundhedsspecifikke spørgsmål nu end tidligere? 	<ul style="list-style-type: none"> • KMF-rolle/-indflydelse herpå? • KMF-rolle/-indflydelse herpå? • Er KMF et tema i dialogen med andre kommuner? • KMF-rolle/-indflydelse herpå?
<p>Samarbejde med regionerne/regionen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad karakteriserer jeres samarbejde med regioner og sygehuse – herunder i tilknytning til sundhedsaftalerne) • Hvordan fungerer samarbejdet i administrative styregrupper og projektgruppe mv.? • Hvordan har udviklingen i samarbejdet med regioner og sygehuse været hen over årene? • Hvad virker, og hvad har ikke fungeret? 	<ul style="list-style-type: none"> • Er KMF et tema i dialogen med regioner/sygehuse? • Er KMF et tema i dialogen med regioner/sygehuse? • Har ændringen af KMF i 2012 haft nogen indflydelse på samarbejdet? • Har kommunerne haft et anderledes fokus på KMF siden 2012 end tidligere?
<p>Potentialer og muligheder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvor ser I udviklingen på forebyggelsesområdet gå i retning af? <ul style="list-style-type: none"> • Kommunal rolle, praksisrolle osv. • Er det en ønsket udvikling set fra dit perspektiv? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan kunne KMF og incitamenterne i øvrigt være skruet sammen, hvis der skulle opleves yderligere motivation til at prioritere forebyggende indsatser og øget samarbejde med region og sygehuse? Set både fra regionalt og kommunalt perspektiv. • Er KMF et relevant incitament i forhold til at

		fremme kommunernes prioriteringer i forhold til forebyggende indsatser?
Særlige indsatser eller projekter i kommunen med henblik på forebyggelse	<ul style="list-style-type: none"> Er der særlige politisk prioriterede projekter, som du vil fremhæve, som kommunen har igangsat i relation til forebyggelse eller de kommunale sundhedsindsatser generelt set? 	<ul style="list-style-type: none"> I hvor høj grad har prioriteringen af dette/disse projekter været motiveret af KMF?
Opfølgende spørgsmål	<ul style="list-style-type: none"> Hvilke data og hvilke analyser og rapporter efterspørger I fra administrativt og politisk hold i forhold til kommunens forbrug af sundhedsydelse – både i kommunen og regionalt? 	<ul style="list-style-type: none"> I hvor høj grad opleves den tilgængelige viden om borgernes forbrug af sygehus- og praksisydelser at være understøttende for kommunens arbejde?

Interview med økonomiansvarlige enten fra centralt hold eller fra sundhedsforvaltning/-stab

Tema	Indhold
Forebyggende indsatser i kommunen	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan ser udviklingen i den økonomiske prioritering af sundhedsområdet generelt og på forebyggelsesområdet specifikt ud kommunen? <ul style="list-style-type: none"> Hvorfor og hvordan kommer det konkret til udtryk? Politisk og administrativt? Er der sket en ændring over årene?
Samarbejde internt i kommunen	<ul style="list-style-type: none"> Hvor er afregningen for sygehus- og sygesikringsudgifterne til region placeret i kommunen? <ul style="list-style-type: none"> Hvilke forvaltninger/fagområder påvirkes budget- og udgiftsmæssigt? Ses der flere/færre bevillinger til projekter på forebyggelsesområde (eller regulær drift), der involverer flere fagområder/forvaltninger end tidligere?
KMF og budgetlægning	<ul style="list-style-type: none"> Er kommunens borgeres forbrug af sygesikringsydelser og sygehusforbrug et specifikt fokus for den økonomiske styring i kommunen? <ul style="list-style-type: none"> Beskriv, hvordan udgifterne til KMF budgetteres og håndteres? Hvordan foregår budgetlægningen på området? <ul style="list-style-type: none"> Hvem tildeles/betaler ved under- eller overforbrug? De regionale prognoser – er der en proces for at påvirke disse, eller hvordan behandles disse? Hvor gode er prognoserne erfaringsmæssigt? Hvordan kan de forbedres? Hvad er de økonomiske målsætninger med KMF i kommunen? At arbejde med fald/stagnation, eller fremskrives udgiften efter fast skabelon? <ul style="list-style-type: none"> Er der en generel opfattelse af, at KMF-niveauet kan påvirkes fra kommunal side? (Hvorfor/hvorfor ikke?) Hvilke spørgsmål stilles fra politisk niveau i relation til de kommunale udgifter til KMF? Og hvilke opgaver har det affødt over tid for embedsværket?
Monitorering af udgifter til sygesikrings- og/eller sygehusforbrug	<ul style="list-style-type: none"> Monitorer/reviderer I løbende udgifterne til sygesikrings-/sygehusforbrug? På hvilket detaljeringniveau og hvor ofte? Er monitoreringsmulighederne tilstrækkelige – hvorfor/hvorfor ikke, og hvad kan evt. gøres anderledes? Har I haft budgetmæssige/styringsmæssige initiativer for at begrænse sygehusudgifterne eller udgifter til almen praksis? Færdigbehandlede patienter: Hvordan monitoreres det? Hvad gør I? Hvem betaler?
Samarbejde med regionerne/regionen	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan opleves samarbejdet med regionen/regionerne vedrørende fakturering og beskrivelser af sygehusforbruget?

Interview med udførerled – visitatorer, sundhedskoordinatorer, sagsbehandlere	
Tema	Indhold
Forebyggelse i kommunen	<ul style="list-style-type: none"> I hvilken grad indeholder din dagligdag arbejde med forebyggelse? Hvad karakteriserer det arbejde? <ul style="list-style-type: none"> Er der konkrete eksempler på tiltag for patientrettet forebyggelse? Er der konkrete eksempler på tiltag for borgerrettet forebyggelse? Er der konkrete eksempler på tiltag til nedbringelse eller substituering af sygehus- eller sygesikringsforbrug? Synes du, at der er set et stigende, faldende eller stagnerende fokus på forebyggende indsatser i kommunen over tid? <ul style="list-style-type: none"> Hvordan kommer det til udtryk? Hvad skyldes denne udvikling? Møder du barrierer i dit arbejde med forebyggelse i kommunen fra andre aktører, internt som eksternt?
Arbejdstilrettelæggelsen i kommunen	<ul style="list-style-type: none"> Er der samarbejde på tværs i kommunen om forebyggende indsatser? <ul style="list-style-type: none"> Fx indsatser i ældrepleje eller psykiatri, der kan påvirke borgerens risiko for indlæggelser Samarbejde på tværs af jobcenter, socialområde, omsorg og pleje mv.?
Samarbejde med regioner (sygehuse og almen praksis)	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan oplever du samarbejdet med sygehuse og almen praksis? <ul style="list-style-type: none"> Hvad er godt/hvad kan forbedres? Hvordan opleves udviklingen af samarbejdet? Har du kendskab til tiltag vedr. samarbejde med sygehuse eller almen praksis, som kan medvirke til at forebygge sygehusindlæggelser og ambulante kontakter <ul style="list-style-type: none"> Er samarbejdet tilstrækkeligt? Hvorfor skulle det evt. udvides? Og hvordan kan det gøres? Hvad har effekten af samarbejdet været?

4.6 Interviewguides til regionsbesøg

Besøgene i regionerne har omfattet en række af interviews med specifikke repræsentanter fra såvel politisk som administrativt niveau samt daglig ledelse. Overordnet er der gennemført interviews med fire respondentgrupper:

- Det politiske niveau (medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalg og evt. regionsrådsformand)
- Ledelsen i regionshuset, herunder medlemmer af Administrativ Styregruppe
- Økonomiafdelingen i regionshuset
- Repræsentanter fra sygehusene – klinisk og administrativ ledelse

Der er udarbejdet separate interviews til hver af de fire respondentgrupper:

Interview med det politiske niveau (medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalg og evt. regionsrådsformand)		
Tema	Indledende spørgsmål	Spørgsmål, der stilles opfølgende eller mod slutningen af interviewet
Strategiske overvejelser vedrørende bl.a. styring og	<ul style="list-style-type: none"> Prøv at tegne et billede af de politiske drøftelser om styringen (herunder også finansieringen) af sygehusvæsenet. Hvor meget fylder drøftelser om styringen af sygehusene i regionsrådet? 	<ul style="list-style-type: none"> På hvilken måde indgår kommunernes medfinansieringsandel i drøftelserne på området? <ul style="list-style-type: none"> Opfattes KMF som et selvstændigt bidrag til eller

<p>finansiering af sygehusene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad er eksempler på konkret indhold af disse drøftelser? • Er det et emne af tiltagende eller faldende tyngde? • I hvilket omfang er kommunerne og det strategiske samarbejde med kommunerne om opgaverne på sundhedsområdet en del af den politiske debat? <ul style="list-style-type: none"> ○ Er der politisk enighed om den kommunale rolle og om samarbejdet med kommunerne? ○ Er der opgaver på sundhedsområdet, som anses for alene at være et kommunalt ansvar? • Hvad efterspørger I fra politisk hold af information om finansieringen af og aktiviteten på sygehusene og kvaliteten af ydelserne? <ul style="list-style-type: none"> ○ Genindlæggelser – evt. fordelt på kommunerne? ○ Andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser? ○ De enkelte kommuners forbrug af sygehusydelse? ○ Kvalitet? • Hvorfor efterspørges disse data (eller hvorfor efterspørges de ikke)? 	<p>som en del af den samlede aktivitetsfinansiering?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Har ændringen af KMF i 2012 mod at være mere aktivitetsbaseret medvirket til et ændret fokus på KMF? ○ Hvilken rolle spiller KMF? <p>• Hvilken rolle spiller KMF?</p>
<p>Samarbejde med kommunerne – herunder sundhedsaftalerne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv det strategiske og politiske samarbejde, der finder sted med kommunerne generelt og specifikt i den administrative styregruppe/ Sundhedskoordinationsudvalget <ul style="list-style-type: none"> ○ Har I politisk fokus på samarbejdet med kommunen – og hvad er det især, samarbejdet vedrører? ○ Er der fælles strategiske målsætninger mellem kommuner og regioner, der vægtes højt af begge parter? ○ I hvilket omfang har I haft samarbejde med kommunerne om forebyggelse af sygehusindlæggelser og ambulante kontakter som et indsatsområde i regionen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvorfor eller hvorfor ikke? ○ Hvilke konkrete tiltag er igangsat i regi af sundhedsaftalerne med henblik på at forebygge sygehusindlæggelser? • Hvordan påvirker den kommunale forebyggelse af indlæggelser/besøg den regionale aktivitet? • Hvordan har samarbejdet med kommunerne udviklet sig over tid (efter 2007), og hvad har betinget denne udvikling? <ul style="list-style-type: none"> ○ Er der villighed til samarbejde fra både regioners og kommunernes side? ○ Beskriv de væsentligste udfordringer ved samarbejdet ○ Beskriv konkrete udfordringer i forbindelse med den sundhedsaftale, der næsten lige er indgået ○ Hvordan italesættes arbejdet med patientrettet forebyggelse, og er samtalerne herom ændret over perioden fra 2007 til nu? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan influerer det faktum, at kommunerne medfinansierer aktiviteten i sygehusvæsenet på samarbejdet både generelt og ift. sundhedsaftalerne?

Samarbejde med almen praksis	<ul style="list-style-type: none"> • Er der politisk fokus på samarbejde med de alment praktiserende læger, der skal bidrage til at forebygge indlæggelser eller ambulante kontakter? • Hvis ja, hvad karakteriserer disse tiltag? • Hvad fungerer godt i dette samarbejde, og hvad fungerer mindre godt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan influerer det faktum, at kommunerne medfinansierer en del af aktiviteten i sygehusvæsenet og almen praksis på dette samarbejde?
Opfølgende spørgsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan har den politiske prioritering været i forhold til finansieringen, budgetstyring og opfølgning i relation til sygehusene i perioden fra 2007 til nu? – Hvad har været jeres fokus? Er der konkrete eksempler herpå? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan har KMF spillet ind på denne prioritering?

Interview med ledelsen i regionshuset, herunder medlemmer af Administrativ Styregruppe

Tema	Indledende spørgsmål	Spørgsmål, der stilles opfølgende eller mod slutningen af interviewet
Strategiske overvejelser om styring og finansiering af sygehusene	<ul style="list-style-type: none"> • Tegn et billede af de politiske og strategiske drøftelser om styringen af sygehusvæsenet • Giv også gerne et billede af de politiske og strategiske drøftelser om finansieringen af sygehusvæsenet • Er drøftelserne om finansieringsformen af tiltagende eller faldende tyngde? • Hvilke strategiske overvejelser er der i regionen vedr. styring og finansiering af sygehusaktiviteten? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan er diskussionen om aktivitetsfinansieringen? ○ Er der konkrete strategiske beslutninger, der relaterer sig til meraktivitet og regionens andel af meraktivitetspuljen? ○ Hvordan styres og finansieres sygehusene i dag konkret? (Ramme, aktivitet etc.) ○ Er der overvejelser om at ændre denne praksis? • Hvordan monitoreres aktiviteten og kvaliteten på sygehusene løbende på det strategiske niveau: <ul style="list-style-type: none"> ○ Er det et fast emne på møderne i den administrative styregruppe? ○ Hvorfor eller hvorfor ikke? – Hvad anvendes monitoreringen til? • Hvad efterspørges fra politisk hold af information om aktiviteten på sygehusene og kvaliteten af ydelserne? <ul style="list-style-type: none"> ○ Genindlæggelser – evt. fordelt på kommunerne? ○ Andel af akutte medicinske korttidsindlæggelser? ○ De enkelte kommuners forbrug af sygehusydelse? ○ Kvalitet? • Hvorfor efterspørges disse data (eller hvorfor efterspørges de ikke)? 	<ul style="list-style-type: none"> • På hvilken måde indgår kommunernes medfinansierungsandel i drøftelserne på området? <ul style="list-style-type: none"> ○ Opfattes KMF som et selvstændigt bidrag til eller som en del af den samlede aktivitetsfinansiering? ○ Har ændringen af KMF i 2012 mod at være mere aktivitetsbaseret medvirket til et ændret fokus på KMF? ○ Hvilken rolle spiller KMF? • Hvilken rolle spiller KMF? – Færdigbehandlede patienter mv.

<p>Samarbejde med kommunerne – inklusive sundhedsaftalerne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I hvilket omfang er kommunerne og det strategiske samarbejde med kommunerne om opgaverne på sundhedsområdet en del af dagligdagen på Regionsgården? <ul style="list-style-type: none"> ○ Er der politisk og administrativ enighed om den kommunale rolle og om samarbejdet med kommunerne? ○ Er der opgaver på sundhedsområdet, som anses for alene at være et kommunalt ansvar? • Beskriv det strategiske og politiske samarbejde, der finder sted med kommunerne generelt og specifikt i den administrative styregruppe/ Sundhedskoordinationsudvalget <ul style="list-style-type: none"> ○ Har I politisk fokus på samarbejdet med kommunerne – og hvad er det især, samarbejdet vedrører? • Hvordan påvirker den kommunale forebyggelse af indlæggelser/besøg den regionale aktivitet? • Hvordan har dette samarbejde udviklet sig over tid (efter 2007), og hvad har betinget denne udvikling? <ul style="list-style-type: none"> ○ Er der villighed til samarbejde fra både regioners og kommunernes side? ○ Beskriv de væsentligste udfordringer ved samarbejdet ○ Beskriv konkrete udfordringer i forbindelse med den sundhedsaftale, der næsten lige er indgået ○ Hvordan italesættes arbejdet med patientrettet forebyggelse, og er samtalerne herom ændret over perioden fra 2007 til nu? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan influerer det faktum, at kommunerne medfinansierer aktiviteten i sygehusvæsenet på samarbejdet både generelt og ift. sundhedsaftalerne?
<p>Samarbejde med almen praksis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er der fokus – både politisk og administrativt – på samarbejde med de alment praktiserende læger, der skal bidrage til at forebygge indlæggelser eller ambulante kontakter? • Hvis ja, hvad karakteriserer disse tiltag? • Hvilken vægt har almen praksis i den administrative styregruppe? • Hvad fungerer godt i dette samarbejde, og hvad fungerer mindre godt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan influerer det faktum, at kommunerne medfinansierer en del af aktiviteten i sygehusvæsenet og almen praksis på dette samarbejde?
<p>Opfølgende spørgsmål</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan har den administrative (og politiske) prioritering været i forhold til finansiering, budgetstyring og opfølgning i relation til sygehusene i perioden fra 2007 til nu? – Hvad har været jeres fokus? Er der konkrete eksempler? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan har KMF spillet ind på denne prioritering?

Interview med økonomiafdelingen i Regionshuset

Tema	Spørgsmål
<p>Styring og finansiering af sygehusene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke strategiske overvejelser er der i regionen vedr. styring og finansiering af sygehusaktiviteten? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan er diskussionen om styring og fx aktivitetsfinansieringen? ○ Er der konkrete strategiske beslutninger, der relaterer sig til meraktivitet og regionens andel af meraktivitetspuljen?

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Beskriv, hvordan sygehusene i regionen finansieres i dag (ramme, aktivitet etc.) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beskriv gerne fordele og ulemper herved ○ Er der overvejelser om at ændre denne praksis? • På hvilken måde indgår kommunernes medfinansieringsandel i finansieringen og styringen af sygehusene? <ul style="list-style-type: none"> ○ Opfattes KMF som et selvstændigt bidrag til eller som en del af den samlede aktivitetsfinansiering? ○ Har ændringen af KMF i 2012 mod at være mere aktivitetsbaseret medvirket til et ændret fokus på KMF i regionen? • Hvordan monitoreres aktiviteten og økonomien på de enkelte sygehuse løbende? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvilken rolle spiller produktivitetsvækst og produktivitetsmålningerne på finansieringen af sygehusene? ○ Hvordan følges der op på budgettal? ○ Udformes der aktivitets- og økonomioppgørelser til administrativt og politisk anvendelse? ○ Hvilke data efterspørges fra politisk og administrativ ledelse? • I hvilken grad er der fokus på sygehusenes registreringspraksis mv.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Er der fra økonomiafdelingen udformet vejledninger mv. ift. aktivitetsregistrering og DRG- og DAGS-afregning? • Prøv at beskriv, hvilken adfærd aktivitetsfinansieringen af sygehusvæsenet medfører – hvad er jeres fokus? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan bidrager KMF til denne adfærd? ○ Hvordan monitoreres indtægterne fra KMF? ○ Hvilke overvejelser har I – og initiativer tager I –, hvis I kan se, at budgettet for KMF-indtægten ligger under budget? • Hvad betyder aktivitetsfinansieringen specifikt for økonomistyringen i regionen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan har indførelsen af kommunal medfinansiering influeret på økonomistyringen i regionen? ○ Er det uafhængigt af, om den kommunale medfinansiering er et grundbidrag (som det primært var før 2012) eller aktivitetsafhængigt?
<p>Samarbejde med kommunerne om afregning</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prøv at beskriv jeres samarbejde med kommunerne: <ul style="list-style-type: none"> ○ Er der villighed til samarbejde fra både regioners og kommunernes side? ○ Beskriv de væsentligste udfordringer ved samarbejdet • Hvilke data leverer I til kommunerne om den aktivitet, som de betaler for på regionens sygehuse? Med hvilket fokus, hyppighed? Har du indsigt i, om/hvordan og af hvem tallene bruges i kommunen? • Hvilke data efterspørger kommunerne om den aktivitet, som de medfinansierer på regionens sygehuse? <ul style="list-style-type: none"> ○ Leverer I de pågældende data eller ej? ○ Hvorfor/hvorfor ikke • Betragter du primært kommunerne som kunde eller samarbejdspartner i forhold til regionerne? • I hvilket omfang har indførelsen af kommunal medfinansiering medført øget administrativt arbejde i regionen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvorfor eller hvorfor ikke?
<p>Konkrete, relevante dokumenter</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er der konkrete beskrivelser af finansieringen af sygehusene, herunder fordelingen af KMF-midler? • Dokumenter, der viser, hvordan KMF indgår i de årlige budgetter både på Regionsgården og på sygehusniveau • Konkrete eksempler på monitorering af KMF-forbrug, eksempler på aktivitetsmonitorering og

Interview med repræsentanter fra sygehusene – klinisk og administrativ ledelse

Tema	Spørgsmål
Finansiering af sygehusene	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke strategiske overvejelser er der på sygehuset vedr. finansiering af sygehusaktiviteten? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan er drøftelserne vedrørende aktivitetsfinansieringen? ○ Er der konkrete strategiske beslutninger på sygehuset, der relaterer sig til meraktivitet og sygehusets andel af meraktivitetspuljen? ○ Beskriv, hvordan sygehusene i regionen finansieres i dag (ramme, aktivitet etc.): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beskriv gerne fordele og ulemper herved ▪ Er denne praksis hensigtsmæssig i jeres øjne, eller kan den forbedres? ○ Hvordan finansieres afdelingerne på sygehuset/sygehusene i dag? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beskriv gerne fordele og ulemper herved ▪ Er denne praksis hensigtsmæssig i jeres øjne, eller kan den forbedres? • I hvilket omfang er det synligt for jer, hvor stor en andel af finansieringen, der forestås af kommunerne? <ul style="list-style-type: none"> ○ Opfattes KMF som et selvstændigt bidrag til eller som en del af den samlede aktivitetsfinansiering? • Hvordan monitoreres aktiviteten og økonomien på sygehuset løbende? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvilken rolle spiller produktivitetsvækst og produktivitetsmålningerne på driften og ressourceallokeringen til sygehusene? ○ Hvor ofte og hvor intensivt monitoreres aktiviteten, og hvilken budgetopfølgning finder sted? ○ I hvilket omfang og hvordan monitoreres kapacitetsanvendelsen på sygehuset? • I hvilken grad har I konkret fokus på registreringspraksis på sygehuset? <ul style="list-style-type: none"> ○ Er der fra økonomiafdelingen udformet vejledninger mv. ift. aktivitetsregistrering og DRG- og DAGS-afregning? • Prøv at beskriv, hvilken adfærd aktivitetsfinansieringen af sygehusvæsenet medfører – hvad er jeres fokus? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan bidrager KMF til denne adfærd?
Samarbejde med kommunerne	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan fungerer samarbejdet med kommunerne og almen praksis om forebyggelsesarbejdet (forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og ambulante kontakter)? • Hvordan påvirker den kommunale forebyggelse af indlæggelser/besøg den regionale aktivitet? • Hvor kunne almen praksis og kommunerne gøre en større indsats? • Udarbejder I understøttende nøgletal til kommuner for forbruget af KMF – i givet fald med hvilket fokus, hyppighed? Har du indsigt i om/hvordan og af hvem tallene bruges i kommunen? • Prøv at beskriv jeres konkrete samarbejde med kommunerne: <ul style="list-style-type: none"> ○ Er der villighed til samarbejde fra både sygehusenes og kommunernes side? ○ Hvordan håndteres færdigbehandlede patienter, opfølgning mv. generelt? ○ Beskriv de væsentligste udfordringer ved samarbejdet • Betragter du primært kommunerne som kunde eller samarbejdspartner i forhold til sygehuset/sygehusene?
Konkrete, relevante dokumenter	<ul style="list-style-type: none"> • Er der konkrete beskrivelser af finansieringen af sygehusene, herunder fordelingen af KMF-midler? • Dokumenter, der viser, hvordan afdelingerne finansieres, og hvordan aktiviteten budgetfastlægges • Konkrete dokumenter, der beskriver produktivitetsskravene på afdelingerne • Eventuelle konkrete eksempler på aktivitetsmonitorering, kapacitetsmonitorering og økonomiopfølgninger

Bilag 2: Respondenter

Besøgene i regioner og kommuner har omfattet en længere række af interviews med specifikke repræsentanter fra såvel politisk som administrativt niveau.

Respondenter kommuner

I det følgende er de kommunale respondenter angivet med titler og navne.

Tabel 1: Respondenter kommuner, Politisk niveau

	Titler	Navne
Thisted	Formand for social og sundhedsudvalg	Peter Sørensen
Billund	Borgmester Formand for Social- og Sundhedsudvalget	Ib Kristensen Ruth Lauridsen
Viborg	-	-
Favrskov	Borgmester	Nils Borring
Albertslund	Borgmester	Steen Christiansen
Stevns	Borgmester	Mogens Haugaard
Egedal	Borgmester	Willy Eliassen
Haderslev	Formand for Udvalget Sundhed og Forebyggelse	Preben Holmberg
Odense	Rådmand for By og Kultur Rådmand for Børn og Unge	Jane Jegind Susanne Crawley
Greve	Formand for social og sundhedsudvalget	Liselotte Blixt
Aalborg	Borgmester Rådmand	Thomas Kastrup Mads Duedal
København	Sundhedsborgmester	Ninna Thomsen
Holbæk	Borgmester	Søren Kjærsgaard
Rudersdal	Borgmester	Jens Ive
Holstebro	Borgmester	H.C. Østerby

Tabel 2: Respondenter kommuner, Direktionsniveau

	Titler	Navne
Thisted	Direktør for sundhed, social og arbejdsmarked	Lone Becher Sørensen
Billund	Kommunaldirektør Social- og Sundhedsdirektør	Ole Bladt-Hansen. Klaus Liestmann
Viborg	Direktør Job & Velfærd Sundheds- og omsorgschef	Leif Gjørtz Christensen Lis Kaastrup
Favrskov	Sundhedsdirektør	Kate Bøgh
Albertslund	-	-
Stevns	Direktør for sundhed, social, ældre, arbejdsmarked, skole mv.	Jakob Bigum

Egedal	Direktør for social service, sundhed og omsorg, skole og dagtilbud Direktør for beskæftigelse, tværfaglige myndighed i borgerservice	Peter Ollrik Ulla Gramstrup
Haderslev	Direktør for Sundhed og forebyggelse samt Voksenområdet	Charlotte Scheppan
Odense	Direktør Ældre og Handikap	Helene Bækmark
Greve	Direktør, Sundhed og Pleje, Job og Socialservice, Teknik og Miljø	Peter Kjærsgaard
Aalborg	Direktør Familie og beskæftigelse Direktør Ældre og Handikap Direktør Sundhed og Kultur	Arne Lund Kristensen Jan Nielsen Bente Graversen
København	Direktør sundhedsforvaltningen Direktør Socialforvaltningen Direktør Økonomi-forvaltningen	Katja Kayser Anders Kirchhoff Bjarne Winge
Holbæk	Koncerndirektør	Kenn Thomsen
Rudersdal	Vicekommunal-direktør	Birgitte N. Lundgreen
Holstebro	Direktør for Kultur og Sundhed	Anders Kjærulff

Tabel 3: Respondenter kommuner, Sundhedschefer

	Titler	Navne
Thisted	Sundhedschef	Jan Bendix
Billund	Sundhedschef Ældrechef	Lisbeth Lange Lisbeth Schmidt
Viborg	Leder af det kommunale sundhedsvæsen Leder af den kommunale sygepleje	Mette Rohde Anne-Marie Agerskov
Favrskov	Ældrechef Sundhedschef	Peter Mikkelsen Birgitte Andersen
Albertslund	Afdelingschef Sundhed, Pleje & Omsorg Afdelingschef Social og Familie	Ulla Kusk Cecilie Engell
Stevns	Sundhedschef	Tina Jørgensen
Egedal		
Haderslev	Afdelingschef for pleje og træning Sundhedschef	Anette Toftegaard Dorte Rørmann
Odense	Sundhedschef Rehabiliteringschef	Heidi Juul Madsen Jan Lindegaard
Greve	Sundhedschef Stabschef	Dorthe Holmboe Martin Rasmussen
Aalborg	-	-
København	Borgerchef Centerchef for kvalitet og sammenhæng	Mette Boskov Merete Røn Christensen Hanne Katrine Schjøning

	Folkesundhedschef	
Holbæk	Leder af afdelingen folkesundhed Chef for afdelingen "Aktiv hele Livet"	Morten Bundgaard Karen Schur
Rudersdal	Ældrechef	Lillian Jørgensen
Holstebro	-	-

Tabel 4: Respondenter kommuner, Social- og beskæftigelseschefer

	Titler	Navne
Thisted	Beskæftigelseschef Psykiatri og Handicapchef	Ann Frederikssen Ellen Kirk Jensen
Billund	-	-
Viborg	Chef Handicap, Psykiatri og udsatte Arbejdsmarkedschef	Claus Fjeldgaard Jette Lorenzen
Favrskov	Beskæftigelseschef	Anita Jensen
Albertslund	Områdedirektør for Børn, Sundhed og Velfærd	Jytte Therkildsen
Stevns	-	-
Egedal	Centerchef for Borgercenter og visitation Centerchef Social og Psykiatri Jobcenterchef	Kjeld Ebdrup Gundhill Kirkman Lars Bonde
Haderslev	-	-
Odense	Socialchef Afdelingschef, By og Kultur Børne og Ungechef	Susanne Kvolsgaard Martin Petersen Ina Rise Ahrensberg
Greve	-	-
Aalborg	-	-
København	-	-
Holbæk	Chef for beskæftigelse og borgerservice	Gorm Hjelm Andersen
Rudersdal	-	-
Holstebro	Direktør for Personale, Social og Arbejdsmarked Socialchef	Helle Bro Anette Holm

Tabel 5: Respondenter kommuner, Økonomi

	Titler	Navne
Thisted	Sektionsleder Økonomikonsulent Økonomikonsulent	Else Marie Østergaard Robert Langeland Inge Husted Larsen
Billund	Økonomidirektør	Jørgen Rye

	Økonomisk konsulent	Jacob J. Christensen
Viborg	Økonomimedarbejder, Økonomisk afdeling Økonomimedarbejder, Sundhedsområdet	Signe Tøttrup Falk Niels E. Kristensen
Favrskov	-	-
Albertslund	Chef For Økonomi Og Stab Økonomikonsulent	Helle Wagner Gehlert Thomas Hansen
Stevns	Økonomikonsulent	Henriette Wrietsch
Egedal	Teamkoordinator økonomifunktion Medarbejder, team regnskab Økonomiansvarlig, Sundhed og Omsorg	Bitten Mark Rune
Haderslev	Økonomikonsulent Økonomikonsulent	Claus Voksen Søren Lorenzen
Odense	Økonomichef, Borgmesterforvaltning Konsulent, Borgmesterforvaltning Chefkonsulent, Sundhed Konsulent, Ældre og Handikap	Sarah Gaarde Thomas Møller Terkelsen Allan Vittrup Pedersen Susanne Bonnez
Greve	Økonomimedarbejder Økonomimedarbejder	Jacob S-Thomsen Sine M. Holck
Aalborg	Økonomimedarbejder, Ældre og Handikap Økonomimedarbejder, Borgmesterens forvaltning Leder administrationsafdelingen, Sundhed Økonomimedarbejder, Sundhed	Dorte Bruun Jakobsen Jens Erik Qvortrup Ole Jensen Lars Lund
København	Økonomimedarbejder, Økonomiforvaltningen Økonomimedarbejder, Sundhedsforvaltningen Økonomichef, Sundhedsforvaltningen Økonomichef, Socialcenter Økonomimedarbejder, Socialcenter	Maria K. Stilling Lars Engberg Kristian Fred Jensen Finn Dybro Andersen Malene Skyldhl Sørensen
Holbæk	Økonomimedarbejder Leder af bevillinger	Mia Katrine Kolding Karsten Nørregaard
Rudersdal	Sundhedsøkonom	Pernille Eriksen
Holstebro	Økonomisk konsulent, Social og Arbejdsmarked Sektionsleder (Økonomi), Kultur og Sundhed Økonomisk konsulent	Dennis Nielsen Karsten Staudt Kvistgaard Natascha Sørensen

Tabel 6: Respondenter kommuner, Visitatorer mv.

	Titler	Navne
Thisted	Leder af visitationen Leder af sektion for sundhed og sygepleje	Gitte Dahlgaard Lone Schriver
Billund	Sundhedskonsulent Ældre konsulent	Sanne Gitte
Viborg	-	-
Favrskov	Leder af visitationen	Christina Rasmussen Rubæk
Albertslund	Hjemmeplejeleder Leder af genoptræningsenheden Leder af myndighedsenheden Sundhedskoordinator Udviklingskonsulent	Charlotte Kaaber Grethe Udbjerg Anne Arvel Louise Borgstrøm Anders Bych
Stevns	-	-
Egedal	Afdelingsleder af myndighedsområdet Fagkoordinator for visitationsområdet	Rikke Birthe
Haderslev	Distriktsleder Afdelingschef for pleje og træning	Karen Dam-Hansen Anette Toftegaard
Odense	-	-
Greve	Sundhedskonsulent Sundhedskonsulent	Lene Paaske Birgitte Bonnevie
Aalborg	-	-
København	Afdelingsleder forløbskoordination Ledende visitator Udskrivningskoordinator	Pia Hansen Berit Bernhardson Marianne Rodam.
Holbæk	Chefkonsulent, Sundhed Chefkonsulent, Sundhed Leder "Sund og Træning"	Anne Jul Hanna Vestenaa Kamilla Lun
Rudersdal	-	-
Holstebro	Chef for træning og visitation Sektionsleder for visitationen Specialkonsulent	Lene Holm Tina Vium Kirsten V. Løgsted

Respondenter regionerne

I det følgende er de regionale respondenter angivet med titler og navne.

Tabel 7: Respondenter regioner, Politisk niveau

	Titler	Navne
Midtjylland	Regionsrådsformand Regionsrådsmedlem Regionsrådsmedlem	Bent Hansen Carl Johan Rasmussen Ove Nørholm
Syddanmark	Regionsrådsmedlem	Bo Libergren
Sjælland	Regionsrådsformand	Jens Stenbæk
Hovedstaden	Regionsrådsformand Regionsrådsmedlem Regionsrådsmedlem	Sophie Hæstorp Andersen Per Seerup Knudsen Anne Ehrenreich
Nordjylland	Regionsrådsformand Regionsrådsmedlem	Ulla Astmann Pernille Buhelt

Tabel 8: Respondenter regioner, Ledelsen/Medlemmer af den administrative styregruppe

	Titler	Navne
Midtjylland	Koncerndirektør Afdelingschef	Christian Boel Eva Sejersdal Knudsen
Syddanmark	Sundhedsdirektør	Jens Elkjær
Sjælland	Koncerndirektør Chef for Kvalitet Sund Økonomichef	Per Bennetsen Anne Øster Hjortshøj Lene Jørndrup
Hovedstaden	Centerdirektør Enhedschef	Christian Worm Jean Hald Jensen
Nordjylland	Sundhedsdirektør Afdelingschef	Peter Larsen Henrik Sprøgel

Tabel 9: Respondenter regioner, Økonomi

	Titler	Navne
Midtjylland	Økonomidirektør Kontorchef Fuldmægtig	Per Grønbech Helle Vadmand Jensen Karsten Bolvig Hansen
Syddanmark	Økonomidirektør	Mogens Sehested

	Afdelingschef, Sundhedsøkonomi Økonomimedarbejder	Jan Højgaard Funder Karin Edvardsen
Sjælland	Økonomidirektør Økonomichef	Morten Koch Lene Jørndrup
Hovedstaden	Koncerndirektør Økonomidirektør Datachef Økonomimedarbejder	Morten Rand Jensen Torben Hedegaard Per Stenberg Eva Barsels
Nordjylland	Leder regnskabsservice Leder sundhedsøkonomi	Roeland Løfberg Simon Andersen

Tabel 10: Respondenter regioner, Repræsentanter fra sygehusledelsen

	Titler	Navne
Midtjylland	Hospitalsdirektør	Henning Vestergaard
Syddanmark	Sygeplejefaglig direktør	Helle Adolfsen
Sjælland	Vicedirektør, Sygehus Stabschef, Sygehuse	Lisbeth Lumby Rasmussen Jens Buch Nielsen
Hovedstaden	Vicedirektør, Hospital Vicedirektør, Hospital Økonomi- og planlægningschef, Psykiatri	Kirsen Breindal Peter Mandrup Jensen Sven Knudsen
Nordjylland	Kontorchef, sygehus Sygehusdirektør	Rune Herslund Henrik Larsen