

Høring om kommunalreformens økonomiske konsekvenser

Onsdag 6. april 2005 kl. 10-14 i Landstingssalen, Christiansborg.

Formanden for Folketingets Politisk-Økonomiske Udvalg, Frank Aaen (EL), bød velkommen:

Ændret finansiering

Vurderingen af de økonomiske konsekvenser er et afgørende skillepunkt mellem de partier, der har indgået forlig om kommunalreformen og de partier, der er uden for forliget, er kritiske over for det, der er fremlagt.

Der er mindst to typer af økonomiske konsekvenser af kommunalreformen. Det ene er igangsætningsomkostningerne. Hvad koster det at lave reformen, og hvordan skal kommunerne og regionerne finansiere de omkostninger? Det andet er den ændrede finansiering af centrale velfærdsopgaver, særlig inden for sundhed og på det sociale område, hvor der er forslag om delt finansiering på flere områder.

Derfor har vi lavet tre temaer: De generelle økonomiske konsekvenser, de økonomiske konsekvenser inden for sundhedsområdet og de økonomiske konsekvenser inden for socialområdet.

Generelle økonomiske konsekvenser

Ingen får hvad de skal have

Jens Blom Hansen, professor i statskundskab ved Århus Universitet:

Kommunalreformen indeholder tre elementer: Ændringer af opgavefordelingen i den offentlige sektor, ændringer i det kommunale finansieringssystem og ændringer i den kommunale inddeling.

Kommunerne får nye opgaver: De får det specialiserede socialvæsen fra amterne og en række andre opgaver fra amterne. Og amterne mister alle deres opgaver stort set, undtagen sundhedsopgaven, hvor de heller ikke får lov at beholde det økonomiske ansvar. Så der sker en række ændringer i opgavefordelingen, og det har selvfølgelig økonomiske konsekvenser. Det er det første element.

Princippet er, at pengene skal følge opgaverne, og det princip skal sikre, at den samlede reform er udgiftsneutral for den offentlige sektor under ét. Den afgivende myndighed skal betale den modtagende myndighed for den opgave, den modtagende myndighed skal have, og dermed går det hele i nul set fra skatteydernes synspunkt. Problemet er, set med mine øjne, at den afregningsmekanisme, man bruger, indebærer, at ingen region eller kommune får korrekt kompensation. Den indebærer, at man enten får for meget eller for lidt.

Det skyldes, at man afregner det økonomiske regnestykke mellem niveauerne, dvs. kommunerne i forhold til amterne og amterne i forhold til staten. Staten i forhold til kommunerne osv.

Kommunerne betaler staten under ét for at modtage skatteopgaven. Kommunerne kompenseres under ét for at modtage opgaverne fra amterne på det sociale område, på miljøområdet osv. D et afregner man over bloktilskuddet. Hele regnestykket kører som en central forhandling, hvor den enkelte kommune og det enkelte amt ikke har mange ben at få til jorden – det kører i forhandlinger mellem regeringen, Kommunernes Landsforening og Amtsrådsforeningen. Altså centraliseret forhandling, og man afregner over bloktilskuddet.

Det er *business as usual* – det er et system, vi kender. En forhandlingsmaskine, en DUT-maskine, man kalder det, det udvidede totalbalanceprincip, som sikrer, at man skal bevare balancen mellem niveauerne, når der sker ændringer i opgavefordelingen. Det system har kørt sådan de sidste 20-30 år, og det ender hvert år i en samlet opgørelse over de kommunaløkonomiske konsekvenser af årets regulering af kommunerne.

Men der er noget nyt i situationen i år. Det har noget med de involverede beløbsstørrelser at gøre. Hvis man kigger på, hvad de årlige reguleringer af bloktilskuddet har indebåret de senere år, så har det været småbeløb, man snakker om. Sådan bliver det ikke i år. Vi snakker om et bruttoregnestykke på mellem 50 og 100 milliarder kr. Interesserne i de forhandlinger er helt entydige, for det er jo et nulsumsspil – det den ene får, det må den anden jo give. Interessen i at finde et forlig er selvfølgelig til stede, men interessen i at finde det korrekte beløb er nok endnu større.

Den risiko, jeg ser i dette forhandlingsspil, er, at på et tidspunkt bliver der så meget hyleri, at staten spytter lidt i kassen for at få ro på bagsmækken. Selv om den risiko ikke viser sig at være realistisk, og det viser sig, at man faktisk kan lave bloktilskudsreguleringen korrekt, sådan at afregningen mellem niveauerne i den offentlige sektor bliver rigtig, så er det stadig ikke sådan, at den enkelte kommune får korrekt compensation. Den vil få enten for meget eller for lidt. Vi taler om byrdefordelingen mellem kommunerne, for den påvirkes uundgåeligt. Det hænger sammen med bloktilskuddets fordeling mellem kommunerne. For ét er at få et korrekt beløb lagt oven i bloktilskuddet, noget andet er hvordan det bloktilskud bliver sendt ud til landets kommuner. Der plejer man at bruge skattegrundlagnøglen, som sikrer, at de rige kommuner får mest. Det er nu på tale at lave en anden nøgle, som skal have særlig tilknytning til hele reformkomplekset, men uanset hvilken nøgle, man ender med, så vil der være tale om en generel nøgle, og dermed en nøgle som ikke passer til den enkelte opgave og til den belastning eller den fritagelse, den enkelte kommune oplever på grund af opgaveændringerne. Regnestykket vil, set fra den enkelte kommune ikke gå i nul. Det kan næsten ikke opnås. Regnestykket er dog ikke helt færdigt, for den endelige bundlinje for den enkelte kommune hænger meget sammen med, hvordan det mellemkommunale udligningssystem kommer til at blive indrettet. Det er jo det system, hvor de rige kommuner betaler til de fattige, altså en opfejningsmekanisme i det her spil. Hvis den enkelte kommune ikke får det korrekte beløb som følge af DUT-reguleringerne, så er der en trøst at hente i udligningssystemet, fordi de opgaver, man modtager, går ind i beregningen af udligningsbeløbene, og dermed sker der en form for compensation ad den vej. Hvad den enkelte kommune så får der, er et godt spørgsmål, for det eneste vi ved om den mellemkommunale udligning lige nu, er, at det skal laves om. Der er således en kæmpe usikkerhed set fra den enkelte kommune om, hvad ændringen af opgavefordelingen indebærer.

Regionspolitikernes ansvar forsvinder

Det næste element er det kommunale finansieringssystem, hvor der også sker nogle ændringer, og det er amtskommunerne, der kommer i fokus her. Amternes selvstændige skatteudskrivningsret bliver ophævet og erstattet af tilskud, dels fra staten, dels fra kommunerne. Det giver også nogle økonomiske konsekvenser.

Umiddelbart er der ikke lagt op til de store ændringer for primærkommunerne. Derimod er der lagt op til nogle kolossale ændringer for amterne eller regionerne fremover, som i dag opkræver indkomstskat. Fremover skal de finansieres af staten og af kommunerne. Hovedparten kommer fra et statsligt bloktilskud – det skal dække ca. 70 procent af amternes eller regionernes udgifter, og så skal kommunerne spytte i kassen med ca. 20 procent. Det kommunale grundbidrag, som skal dække ca. 10 procent af regionernes udgifter, er jo en form for regional skat, for størrelsen af grundbidraget fastsætter regionen selv. Men da kommunerne i regionens område har vetoret over for stigninger i grundbidraget, og da staten også har vetoret over for grundbidragets størrelse, så er den indirekte beskatningsret mere formel end reel, og regionernes direkte skatteudskrivningsret bliver ophævet.

Regionerne har fortsat ansvaret for sundhedsområdet, dvs. de har stadig beslutningskompetencen, men de har ikke længere det økonomiske ansvar, som primært er skubbet over på staten. Det gamle princip om, at der skal være sammenhæng mellem beslutningskompetence og økonomisk ansvar er altså ophævet for regionernes vedkommende. Det kunne give anledning til bekymring, for sundhedsområdet er jo ikke det mindst populære udgiftsområde i den offentlige sektor. Hvem er egentlig imod øgede udgifter på sundhedsområdet? Det må være skatteyderne, for det er dem, der skal betale. Det rejser spørgsmålet om, hvordan skatteyderhensynet egentlig er placeret i den udgiftspolitiske beslutningsproces på sundhedsområdet. I dag varetages skatteyderhensynet af amtspolitikere, for de har kompetencen til at øge eller reducere servicen på sundhedsområdet, men de er også forpligtet til at forklare vælgerne, at den ændring i serviceniveauet har nogle implikationer på skattesiden. Amtspolitikere skal afveje skattehensynet over for udgiftshensynet. Fremover bliver regionspolitikere fritaget for den afvejning og for det økonomiske ansvar. I selve finansieringssystemet ligger en tilskyndelse for regionspolitikere til at flytte over på den anden side af bordet – over til lægerne, patienterne, sygeplejerskerne og også have en interesse i at presse for øget service. Det centrale spørgsmål bliver, hvordan man hos regeringen og hos Folketinget bliver i stand til at håndtere det udgiftspres, der vil komme fra regionerne på sundhedsområdet.

Stordrift og service

Endelig er der ændringer i den kommunale inddeling, og det er primært spørgsmålet om kommunesammenlægninger, men også spørgsmålet om amternes sammenlægninger til regioner. Hvilke økonomiske konsekvenser giver det? Kan der indhøstes stordriftsfordele? Er der engangsudgifter forbundet med det?

Dengang det blev klart, at kommunerne skulle sammenlægges frivilligt, var der mange, der sagde, at det aldrig ville lykkes. Hvorfor skulle en kommunalbestyrelse og en borgmester save den gren over, de sad på? Men det er lykkedes over al forventning. På to måder: Det er meget få steder i landet, der er problemer, og sammenlægningsiveren har været langt større, end nogen havde forudset. Man havde forestillet sig størrelser på 20-30.000 indbyggere, men de kommunestørrelser,

vi ser, er betydeligt større – mellem 50.000 og 100.000 indbyggere. Hvilke økonomiske konsekvenser har det? Jeg ser flere:

1. Stordriftsfordele. Kan større kommunale enheder løse opgaverne mere effektivt på et givet serviceniveau? Undersøgelser tyder på, at kommuner af en vis størrelse kan drive tingene mere effektivt end små kommuner. Jeg er lidt skeptisk ved den type analyser, fordi de ikke i tilstrækkelig grad er opmærksom på, at der hvor pengene ruller i den primærkommunale sektor, det er på de store serviceområder, dvs. børnepasning, folkeskole, ældreomsorg. De tre udgiftsområder fylder jo 60-70 procent af en gennemsnitskommunes budget. Dem skal man kigge på, hvis der skal være stordriftsfordele. Den service, som borgerne får på disse tre områder, den bliver jo ikke produceret på rådhuset. Den bliver produceret på institutioner. Derfor er kommunen inddelt i to niveauer på serviceområderne: et institutionsniveau og et kommunalt niveau. Spørgsmålet om stordriftsfordele skal derfor rettes til institutionsniveauet. Kan store institutioner drives mere effektivt end små? Hvis det er tilfældet, så er der stordriftsfordele på institutionsniveauet. Skal der også være stordriftsfordele på det kommunale niveau, så må det være fordi, der er en sammenhæng mellem hvor store institutionerne er, og hvor store kommunerne er, sådan at de store kommuner er dem, der har de store institutioner.

Store børnehaver, store folkeskoler kan drives mere effektivt end små. Men det er ikke sådan, at de store institutioner findes i de store kommuner. Store institutioner findes primært i de store byer. Fire små landkommuner lagt sammen bliver ikke en stor bykommune, men en stor landkommune, og dermed får man ikke automatisk stordriftsfordele. Jeg tror ikke, man skal budgettere med et stort finansieringsbidrag, hvad angår stordriftsfordele.

2. Kassebeholdningen. Intet kommunalbestyrelsesmedlem i landet kan få sig til at gå ind i en stor fusioneret kommune med en fyldt pengekasse. Har man penge i kassebeholdningen, så er det fordi man har opkrævet skatter hos de lokale indbyggere med henblik på, at de penge skal komme de lokale indbyggere til gode. Og man løber fra et løfte, hvis man ikke gør det. Desuden kunne man rundt omkring have en tilskyndelse til at ruste sig til de kommende sammenlægninger. Hvis man i den lille kommune er bekymret for den lille skoles overlevelse ved sammenlægning med en større kommune, så kunne man gardere sig ved at sætte skolen i tiptop stand. Det øger de politiske omkostninger for storkommunen for at nedlægge den. Det er engangsinvesteringer, og jeg ser ikke den store fare i dette spørgsmål. Det gør jeg derimod i det næste spørgsmål, nemlig

3. Serviceniveauet i de sammenlagte kommuner. Tag tre kommuner med hver sit serviceniveau: et lavt et mellem og et højt. Hvilket serviceniveau skal den nye kommune så have? Den matematiske logik indebærer, at man lander på gennemsnittet, så sammenlægningen bliver udgiftsneutral. Men den kommune, der lå i toppen, skal sænke sit serviceniveau. Borgmesteren skal altså fortælle sine borgere, at de efter fusionen får det dårligere. Det bliver ikke nemt. Den politiske logik indebærer, at ingen borgere og ingen virksomheder må stilles mærkbart ringere end i dag. Det lyder rimeligt, men det betyder, at man lægger sig sammen på højeste fællesnævner. Deri ligger en betydelig udfordring.



Kommune-sammenlægninger (II)

- Harmonisering af serviceniveauer

	Nettodrifts-udgifter pr. indb.	Børnepasn.-udgifter pr. 0-10-årig	Folkeskole-udgifter pr. 7-16-årig	Hjemmehjælps-udgifter pr. 67+-årig
Bjerringbro	29.093	33.292	40.115	1.705
Fjends	28.685	30.041	41.070	2.472
Karup	31.893	38.901	47.007	26.885
Møldrup	28.357	29.845	40.332	10.715
Tjele	29.857	26.467	37.463	59
Viborg	31.830	37.979	39.102	32.554

Der er store udsving i tallene, og det er fordi, det er et spørgsmål om organisation og valg af type af service, man leverer på det enkelte område. Jeg tror, det bliver et meget svært problem at håndtere, og at det vil være de økonomiske konsekvens af reformkomplekset, som er allersværest. Det løses ikke ved at fastfryse de kommunale skatteprocenter i et enkelt år, for det er ikke et problem, der forsvinder.

Spørgsmål fra panelet

Spørgsmål: Leif Mikkelsen (V):

Ingen kommuner får korrekt compensation, sagde du. Vi står vagt om det kommunale selvstyre, og hvis man skulle flytte penge, skulle de så øremærkes? Er det kommunale selvstyre ikke vigtigere end en eller anden millimeterretfærdighed?

Svar: Jens Blom Hansen:

Skal man bruge øremærkede tilskud og dermed sikre, at den enkelte kommune får det præcise og korrekte kompensationsbeløb, eller skal man lade DUT-maskinen køre, og så bliver der hugget en hæl og klippet en tå? Det har jeg ingen holdninger til. Jeg tager ikke stilling til, om det er godt eller skidt, at den enkelte kommune ikke får korrekt kompensation, jeg konstaterer bare, at sådan er det. Det er en afvejning af fordele og ulemper. Fordelen ved at man ikke får korrekt kompensation indebærer flere frihedsgrader end øremærkede tilskud, som på sin side giver økonomisk sikkerhed, men mindre indflydelse, idet det er staten, der betaler.

Spørgsmål: Kim Christiansen (DF):

Hvordan bliver amtsskatten fordelt i fremtiden? Hvem opkræver den?

Svar: Jens Blom Hansen:

Amtsskatten opkræves af andre parter, og den bliver delt mellem de myndigheder, der skal overtage amternes tidligere opgaver. Hvordan har amterne været til at varetage skatteyderhensynet på sundhedsområdet? Det finansieringssystem vi har i dag i den amtskommunale verden, indebærer en meget klar finansiering. Sådan vil det ikke være fremover. Den statslige finansiering er slet ikke klar på samme måde. Det er uigennemskueligt for borgerne, hvordan statens udgifter egentlig er finansieret, og de bliver ikke fastsat én gang om året, som det sker i både primær- og amtskommunerne i dag. De tilskyndelser, der ligger i systemet indebærer, at skatteyderhensynet er bedre tilgodeset i det nuværende system.

Spørgsmål: Margrethe Vestager (RV):

Den enkelte kommune får ikke rådighed over de midler, som opgaven tidligere har kostet, men hvor langt er vi fra skiven? Hvor er vi henne? Skal alle tvangsanbringelser tages op til revision, eller skal alle autistiske børns undervisningstilbud ændres? Hvis kommunerne oplever, at der ikke er penge til at gennemføre opgaven, så er det deres borgeres problem.

Hvis centraliseringen, du taler om, er en serviceforringelse, og man derfor ikke vil gennemføre den, hvor meget iboende udgiftsvækst er der så, hvis man ikke vil gennemføre den harmonisering af serviceniveauet, som centralisering af institutioner indebærer?

Svar: Jens Blom Hansen:

Hvor langt er vi fra skiven? Hvor stor bliver den fejlkompensation, som kommunerne i sagens natur må få? Svaret afhænger af, hvordan udligningssystemet kommer til at fungere. Hvor stor en andel af forskellen skal udlignes?

Sker der udgiftsvækst, fordi man ikke nedlægger de små institutioner? Ikke nødvendigvis, men der kommer ikke nogen besparelse på området, og stordriftsfordelene fortøner sig, hvis man ikke som noget af det første i de nye storkommuner går ind og nedlægger de små institutioner og lægger dem sammen til nogle store institutioner.

Spørgsmål: Anne Baastrup (SF):

Den konstruktion, der er omkring regionernes finansiering, det er en udgiftsdrivende institution. Samtidig ligger skattestoppet over det hele. Er bundlinjen så, at man kan se frem til massive

besparelser, hvis den tendens til, at det er sundhedsudgifterne, der er drivende, så medfører, at de svageste grupper ikke har opbakning og støtte til deres velfærdsydelser?

Svar: Jens Blom Hansen:

Bliver det nye amtskommunale eller regionale finansieringssystem udgiftsdrivende? Sammenlignet med det nuværende system: Ja. Om det også fører til øgede udgifter, afhænger af, hvordan andre aktører agerer, herunder i hvilket omfang regeringen fortsat kører på skatteloftet. Der er en udfordring her, for det system vi har nu, indebærer en meget klar finansiering set fra borgernes og politikernes synsvinkel, og dermed en klarere tilskyndelse til at holde lidt igen. Hvem en besparelse vil ramme, hvis en sådan bliver nødvendig, kan jeg ikke svare på. Det bliver en politisk vurdering i de enkelte regionsråd og hos staten.

Spørgsmål: Line Barfod (EL):

Hvor skal skatteyderne gå hen fremover, hvis de ønsker på demokratisk vis at påvirke udgiftsniveauet? Det ser uigennemskueligt ud med mange niveauer blandet sammen. Forestiller man sig en region, hvor der måske er 10 kommuner og en region og en stat blandet ind i finansieringen? 2 millioner af landets borgere bor i kommuner, der ikke skal sammenlægges, og de får derfor ingen stordriftsfordele som følge af sammenlægninger. Betyder det, at man må regne med nedskæringer i de kommuner, fordi de bliver ramt af de generelle bloktilskudsudligninger og DUT osv.

Svar: Jens Blom Hansen:

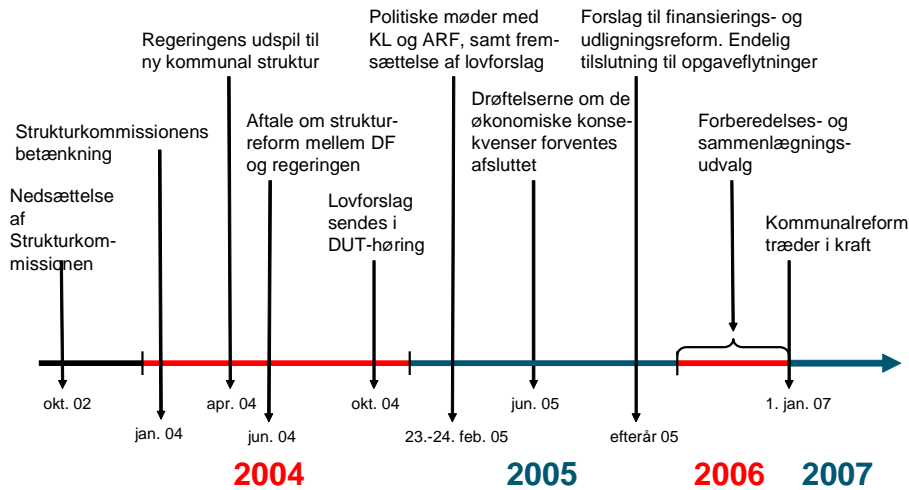
Hvor skal skatteyderne gå hen, hvis de er utilfredse med den betaling, der sker til regionerne? Det er et rigtig godt spørgsmål. I dag er den økonomiske ansvarlighed i amterne klar, og borgerne er ikke i tvivl om, hvor de skal klage, hvis de er utilfredse med den måde, amterne driver virksomheden på. Det bliver mere uklart fremover, for den hovedansvarlige bliver staten, som skal udmåle bloktilskuddet, men en del af ansvaret ligger også hos primærkommunerne, og en del af ansvaret ligger også hos regionerne. Så det kan blive svært at være borger og gennemskue, hvordan regionerne egentlig er finansierede. I de kommuner, der ikke skal sammenlægges, sker der ikke nødvendigvis nedskæringer som følge af reformen som sådan, og opgavehåndteringen bliver næppe væsensforskellig fra landets øvrige kommuner.

Udgiftsneutral reform

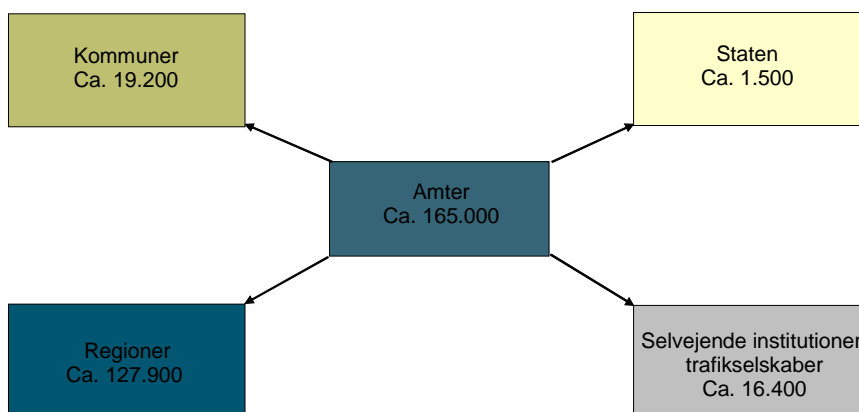
Kristian Wendelboe, Finansministeriet:

Der skal flyttes nogle penge fra den amtskommunale sektor – nogle skal til staten, nogle til regionerne, nogle til kommunerne. Der kommer et mellemværende mellem kommuner og stat, som drejer sig om, at skatteopgaven flytter til staten som led i reformen, og nogle opgaver rykker fra staten ud i kommunerne, bl.a. borgerservice. For at den enkelte kommune kan gennemskue, hvad konsekvensen bliver, så er man nødt til at kende tilskud, udligningsbeløb og skatteindtægt o.lign. for den enkelte kommune. Der er et lovforslag ude om nyt finansieringssystem for regionerne, og dertil kommer hele lovkomplekset om et nyt finansierings- og udligningssystem for kommunerne.

Tidsmæssigt forløb omkring kommunalreformen



Skøn over personaleflytning som følge af reformen



Anm.: Skønnene er behæftet med usikkerhed.
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Et af de overordnede principper i kommunalreformen er, at reformen er udgiftsneutral. Når alle beløb er flyttet rundt mellem de offentlige delsektorer, skal bundlinjen gå i nul. Desuden får man penge med til at løse de opgaver, man får. Staten får en rolle på socialområdet – derfor flytter en del personale fra amterne til staten. En hel del får ansættelse i de nye regioner, og de vil næppe opleve den store forskel. En del af de amtskommunale udgifter flytter ud i kommunerne, men størstedelen bliver liggende i regionerne. Det drejer sig ikke mindst om sundhedsvæsenet.

Den amtskommunale indkomstskat falder bort, i og med at amterne bliver nedlagt, og regionerne ikke skal opkræve skat. Kommunerne overtager den amtslige indkomstskat minus andelen til sundhedsbidrag. Af nye indtægter får kommunerne ligeledes den amtskommunale grundskyld og andel af ejendomsværdiskatten samt den amtslige dækningsafgift for offentlige ejendomme. I overgangsordningen ved finansieringsreformen må der højst opleves et tab på 0,2 procent af beskatningsgrundlaget.

Vi flytter altså penge over i de kommunale bloktilskud. Man skal have lavet en udligningsreform, og man skal have sikret balance i den nye kommunale økonomi. Der forestår et ret omfattende regnestykke, og byrdefordelingsvirkningerne skal være begrænsede.

Spørgsmål fra panelet

Spørgsmål: Christian Wedell-Neergaard (KF):

Princippet med kommunalreformen er jo, at man flytter opgaverne, men at det skal være udgiftsneutralt. Vil det også gælde for en finansierings- og udligningsreform – vil man også have neutralitet der, når det drejer sig om f.eks. tilskuds- og udligningsystemet, som jo fordeler pengene mellem landsdele?

Svar: Kristian Wendelboe:

Byrdefordelingsvirkningerne må ikke være særlig store inden for det enkelte år. Desuden vil der blive fastsat en øvre grænse for skatteudskrivning i de sammenlagte kommuner. Det bliver et enormt kompliceret regnestykke, når man skal fastsætte de skatteprocenter, men det vil vi forsøge at lave sådan, at man sikrer udgiftsneutraliteten.

Spørgsmål: Anne Baastrup (SF)

Vi skal altså vedtage en lovgivning uden fornemmelse af de økonomiske konsekvenser. Kommunerne står over for at skulle overtage nogle institutioner, og de kender ikke deres egen økonomi. Hvad er Finansministeriets vurdering af, hvor mange penge det koster at sammenlægge disse kommuner?

Svar: Kristian Wendelboe:

Der ligger ikke en tilskuds/udligningsreform, når lovforslagene skal vedtages. Det er for meget at køre på én gang. Tilskuds/udligningsreformen forudsætter jo også, at vi har lovgivningen på plads. Det ville være en kolossal stor proces at skulle køre en udligningsreform parallelt med kommunalreformen. Man er nødt til at have nogle beslutninger først.

Med hensyn til hvad det koster, så går vi fra en offentlig sektor med 15 amtskommunale enheder til fem regioner og fra 271 kommuner til 99. Hvis det var en privat virksomhed, og man gjorde tilsvarende, så måtte der opstå nogle synergier, og det er der også i den offentlige sektor. Den største omkostning kunne meget vel være, at man skal bruge alle ledelsesressourcer over nogle år på denne reform.

Økonomiske konsekvenser inden for sundhedsområdet

Finansieringen er akilleshælen

Kjeld Møller Pedersen, professor, Syddansk Universitet:

Jeg synes, det er rigtigt, og jeg har selv været med til at anbefale, at vi reducerer antallet af amtslige enheder til fem regioner. Det er godt, at man vil styrke kommunernes indsats på sundhedsområdet. Finansieringen betragter jeg som reformens akilleshæl. Den bør justeres.

Vi kommer ud for en markant ændring af de økonomiske mekanismer på sundhedsområdet. Centralt indkræves et sundhedsbidrag på 8 procent. Heraf sætter staten sig på en fem procents aktivitetspulje – resten kommer ud som bloktilskud, der fordeles til kommunerne og regionerne med henholdsvis 20 procent og 80 procent. Vi får en kommunal medfinansieringsordning, som har to komponenter. Dels et grundbidrag fra kommunerne til regionen på mellem 1.000 og 1.500 kr., som fastlægges efter forhandling mellem parterne, dog således, at kommunerne normalt kan modsætte sig stigninger, hvis der er 2/3 flertal. Og så har vi en betaling, som afhænger af, hvor meget kommunens borgere bruger på regionens sundhedsvæsen.

Vi får således en meget kompleks finansieringsstruktur, og det er altid betænkeligt, for kun få kan gennemskue, hvad der foregår. Vi har tre nyskabelser: øremærket skat til sundhedsbidrag, bloktilskud til sundhedsområdet og kommunal medfinansiering. Når man taler om øremærkede skatter, er det fordi man gerne vil skabe synlighed for en skat. Men i dette tilfælde har man skullet finde en løsning på følgende problem: Amterne har baseret deres skatter på en proportional skat. Hvis det skulle ind over en statskat, ville den blive progressiv, og dermed ville den ændre noget markant. Hvis sundhedsvæsnet kommer under pres, og skatteprocenten skal øges, skal det være klart i en situation med skatteloft, hvor pengene skal hentes henne. Jeg tror ikke, at de 8 procent vil falde.

Argumenterne for at øremærket skat skulle være godt, holder ikke ved et kritisk eftersyn. De 8 procent er sandsynligvis dikteret af en øremærkningstænkning og af hensynet til, at man har brug for stadig at have en proportional skat for ikke at løbe ind i problemer. Når kommunerne skal til at betale direkte til regionerne, så vil kommunerne være ekstremt observante på, om de nu får de penge, de skal have. Det kan godt blive et kompliceret regnestykke. Hvis kommunen har et sygehus, så bruger kommunens borgere sygehusindlæggelser mere end dem, der har længere til sygehus. Hvordan skal man kompensere for det forhold? Det skal løses, ellers har vi alene i dialogen mellem stat og kommunerne indført et moment, hvor man vil have evige diskussioner.

Tanken med den kommunale medfinansiering er, at man vil give kommunerne et økonomisk incitament til, at de vil være endnu mere opsatte på at yde en effektiv forebyggelse, trænings- og plejeindsats. Hvis kommunerne er i stand til at gøre noget effektivt og dermed aflaste deres træk på det regionale sundhedsvæsen, så belønnes de ved, at de skal betale mindre, og borgerne får gavn af,

at flere behov kan opfyldes meningsfyldt i nærmiljøet tæt på eget hjem og egen læge. Umiddelbart lyder det som sund fornuft. Men der er to spørgsmål: Er kommunerne i stand til at opbygge et tilbud, der kan erstatte en sygehusydelse? Hænger økonomien sammen?

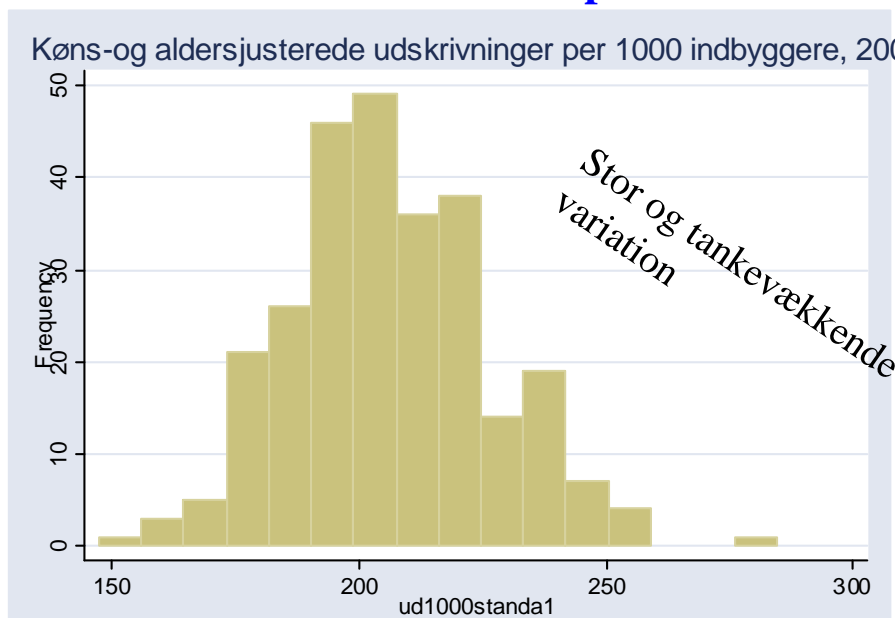
Hvis jeg falder og brækker benet i Kolding og bliver indlagt på Kolding Sygehus, så skal den nye Kolding Kommune betale 4.000 kr. til den syddanske region. Skulle jeg blive skizofren, så vil indlæggelsen koste 6.400 kr. på en psykiatrisk afdeling. Sådan er betalingsordningerne ifølge lovforslaget.

Det er en modstridende ordning, man bygger op. Argumentationen siger, at man vil have en betalingsordning, fordi kommunerne kan påvirke, og så udformer man en betalingsordning, der medtager alt. Dvs. hvis jeg bliver indlagt for en akut blindtarmsbetændelse, så er det i princippet tanken, at kommunen skulle foreslå et alternativ. Det ville jeg nødig tage imod. Det er væsentlig forudsætning, hvis ordningen skal fungere meningsfyldt, at kommunerne har en reel mulighed for at udvikle et alternativ.

Kommuner påvirker kun 10 procent

Mit gæt er, at kommunerne i bedste fald kun kan påvirke 10 procent af det, de betaler for. Over halvdelen af sygehusenes aktiviteter er kirurgi. Jeg tror ikke, der er mange muligheder for kirurgi ude i kommunerne uden læger. Desuden har vi på det medicinske område en lang række akutte indlæggelser. En gennemsnitlig indlæggelse på et sygehus koster i dag knap 24.000 kr. Hvis kommunerne skal opbygge et alternativ til en indlæggelse, så skal de kunne gøre det til højst 4.000 kr. – ellers putter de ekstra penge i systemet. Det er ikke sandsynligt, at det vil kunne lade sig gøre i større omfang.

Illustration med kommuneopdelte tal: somatik



Udskrivn. : MINIMUM: 155 MAKSIMUM: 316
Sengedage: " : 742 " : 1.532

Hvad foregår der i kommunerne, når der findes et spænd på 155 til 316 indlæggelser? Er nogen kommuner bedre til at bygge foranstaltninger op, der hindrer indlæggelser, eller er det sociale forhold, hvor nogen kommuner har mange førtidspensionister? Det der spiller ind er den sociale struktur i kommunen samt, om man har et sygehus. Det hænger ikke sammen med, hvor meget man har på hjemmesygeplejeområdet, på hjemmeplejeområdet eller på ældreområdet.

Man vil få en diskussion af udvidet servicestrategi frem for en substitutionsstrategi (sygehusydelse erstattes alene). Meget tyder på, at der vil være en del udvidet servicestrategi. Så skal kommunerne tilføre ekstra penge ud over, hvad de kunne spare ved det mindskede træk på regionens sundhedsydelse. Konsekvensen er sandsynligvis øgede sundhedsudgifter, øget kassetænkning (parterne vil tænke på deres egen økonomiske fordel), og øgede administrationsomkostninger, fordi der skal være en afregning mellem regionen og kommunerne.

Simpelt regnestykke

- 1. En gennemsnitskommune har ca. 200 indlæggelser per år per 1000 indbyggere.**
 - En kommune med 20.000 indbyggere har således 4000 indlæggelser per år.
 - En kommune med 50.000 indbyggere har således 10.000 indlæggelser
 - En kommune med 100.000 indbyggere har således 20.000 indlæggelser
- 2. Hvor stor en procent-del kan realistisk set forebygges? (substitutions-relationen)**
 - Meget få forskningsresultater, jfr. gennemgangen
 - Vil (nok) primært være medicinske indlæggelser
 - Undersøgelse fra 2003 fra mellemstort sygehus: 2-5% kan muligvis flyttes/undgås
 - Dvs. kan 'forebygge' 80-200 indlæggelser i kommune m. 20.000 indbyggere
200-500 i kommune m. 50.000 og 400-1.000 i kommune med 100.000 indbyg.
- 3. Ved indlæggelsestakst på kr. 4.000 (størrelsen af af det økonomiske incitament)**
 - En kommune m. 20.000 indbyggere kan **brutto** spare.: 320.000-800.000 kr.
 - En kommune m. 50.000 indbyggere kan brutto spare: 800.000 – 2 mio. kr
 - En kommune m. 100.000 indbyggere kan brutto spare: 1,6 – 4 mio. kr.
 - **OG beregnet for alle indlæggelser fra kommunen**, ikke kun de medicinske, som er omtalt i punkt 2, dvs. der benyttes de mest optimistiske antagelser.
- 4. Ikke meget at finansiere en øget kommunal sundhedsindsats med (nettoresultatet)**
 - Den lille kommune kan ikke en gang finansiere en ekstra sygeplejerske ved mindsteeffekten
 - Må hertil skelne mellem kort, mellemlang og lang sigt
 - Virkning slår tidligst igennem på mellemlang sigt (3-5 år)
 - **Prognose: kan samlet set let få forøget de samlede sundhedsudgifter**

Endnu et regnestykke: Sundhedscenter for kroniske patienter Østerbro, Københavns Kommune, åbner april 2005 (spændende forslag, men det er økonomien, der interesserer her)

1. Budget på 3,5 mio. kr.
2. Der forventes ca. 1.500 patienter, henvist fra almen praksis og sygehus
3. En indlæggelsestakst på kr. 4.000 og en ambulant-takst på kr. 200, hvis den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering var i kraft
4. For at få økonomisk neutralitet, dvs. centret finansieres alene ved besparelser på den kommunale betaling og dermed uden kommunale ekstraudgifter, skal der spares
 - enten 875 indlæggelser
 - eller 17.500 ambulante besøg.
5. Med ca. 1.500 patienter i centret
 - skal der 'spares' 0,58 indlæggelse eller 11,7 ambulatoriebesøg per patient.
 - for at få økonomiske neutralitet
6. Forekommer ikke videre sandsynligt, hvortil kommer at
 - Centret ikke er døgnåbent og har ikke åbent i week-enderne, hvilket betyder, at akutte indlæggelser og akutte behov i lukningstimerne ikke kan afhjælpes.

Løsningen er ikke, at øge den kommunale betaling, hvis grundproblemet er, at effektiv kommunal substitution ikke er mulig. Men hvad er egentlig incitamentene på sygehusene. Et spændende initiativ er de udgående aktiviteter – *hospital at home* – sygehusets eksperter kommer ud i hjemmet for at give en behandling der og for at spare, og det kan kommunerne gøre med fordel. Dette vil sandsynligvis gå i stå. For sygehuset mister 4.000 kr. pr. indlæggelse i kommunal betaling samt tilskuddet pr. indlæggelse fra regionen. Jeg argumenterer ikke imod øget kommunal involvering. Det er for at illustrere, at hvad angår den kommunale medfinansiering, så er det ikke midlet til at fremme det – tværtimod.

Spørgsmål fra panelet

Spørgsmål: Leif Mikkelsen (V):

Vil du afvise, at kommunerne har interesse i at holde sine borgere mere sunde, og at der er masser af muligheder for motion og idræt, som sparer sundhedsmkostninger? Hele vor frivillige foreningsarbejde ligger i kommunerne i dag, og det kunne man bruge i denne forbindelse. Var det ikke værd at forfølge?

Svar: Kjeld Møller Pedersen:

Ja, kassetænkning forekommer i dag, og det gør det f.eks. i forbindelse med færdigbehandlede medicinske patienter på sygehusene, som kommunen af forskellige årsager ikke kan eller vil tage hjem. Man kan selv vælge, om man vil have en aftaleløsning eller en betalingsordning, og når jeg ser på, hvordan det er gået med at styre det i henholdsvis aftaleamter og betalingsamter, så er der ikke så stor forskel, og det betyder, at en betalingsordning ingen garanti er for, at det fjerner en kassetænkning. Vil den nye ordning fjerne denne kassetænkning, eller vil den skabe mere kassetænkning? Jeg er ikke i tvivl om, at den vil skabe mere kassetænkning.

Den økonomiske gulerod for kommunerne til at gå i gang med at lave det forebyggende arbejde, bl.a. også inddragelse af de frivillige organisationer, skal vi overveje. For der skal jo penge til at fremme det. Hvis vi sætter ind med mere motion og bruger idrætsforeningerne og de tilbud, der er, så kommer gevinsten jo ikke i sparede sundhedsudgifter. Ved denne langsigtede investering er det sandsynligvis ikke den kommunale medfinansiering, man skal bruge. Vi må finde nogle målrettede tilskud inden for det aftalekompleks, vi har, hvor man giver tilskud til at fremme egentlig sundhedsfremmende arbejde. Jeg er enig med dig i at bruge det frivillige foreningsarbejde – jeg tror bare ikke, midlet er den kommunale medfinansiering.

Spørgsmål: Margrethe Vestager (RV):

Bliver det så bedre? For med kassetænkningen, bliver det jo værre, ifølge det, du fremlægger. Fred med at det kommer til at koste mere, hvis det betyder, at folk bliver sundere, gladere og lever længere. Hvor er det faglige i spil i forhold til den økonomiske model? For jeg kan ikke se, at den fremmer sundheden. Vi tror på økonomiske incitament, men vi ved ikke, om det virker på disse områder, fordi der er så mange irrationaliteter forbundet med folks valg i forhold til sundhed. Når den kommunale medfinansiering dækker det hele, så forsvinder de økonomiske incitament. Hvad er så det gode middel til at fremme, at kommunerne engagerer sig i, at vi får et stadig bedre sundhedsvæsen?

Svar: Kjeld Møller Pedersen:

Jeg tror, at den grundlæggende forebyggelse, livsstilsændringen – det der kan foregå i lokalsamfundet – bliver bedre. En række af de her indsatser skal foregå i lokalsamfundet. Men hvad angår opbygning af akutstuer for at undgå indlæggelser på sygehuse, vil vi få nogle dilemmaer. Det kommunale alternativ til en sygehusindlæggelse skal ordnes uden speciallægebistand, for kommunerne må ikke have ansat behandlende læger, og det spændende bliver, om man med sygeplejersker, fysioterapeuter osv. kan opbygge et reelt alternativ til sygehusindlæggelser?

Spørgsmål: Line Barfod (EL):

Hvis borgerne kommer i klemme, synes jeg nok, der er et problem med kassetænkning, og derfor vil jeg gerne høre, om du tror, der på nogen områder af sundhedsområdet risikerer at ske det samme, som vi har set på det sociale område, nemlig at man i nogle kommuner har lægekonsulenter, som går ind og overtrumfer ved at fratage de sociale ydelser, som man ellers har vurderet, folk skal have? Kan vi risikere, at borgerne ikke får den optimale ydelse? Kan vi også risikere, at sygehuse – udover at de ikke udvikler nye tilbud – også kommer med dårligere tilbud? Hvis f.eks. jordemødre gør deres arbejde dårligt, tjener de penge på det, men hvis de gør deres arbejde godt, mister deres afdeling penge. Hvis jordemødrene yder en god rådgivning, bliver de gravide ikke indlagt.

Svar: Kjeld Møller Pedersen:

Det du spørger om, er i virkeligheden, om kommunen har visitationsretten til de regionale sundhedsudgifter, og det har kommunen ikke. Det betyder, at når jeg skal indlægges, er det min praktiserende læge, der indlægger mig, og det kommer kommunen forhåbentlig aldrig til at tage stilling til. Men det betyder også, at hvis kommunernes indsats skal lykkes, så skal de overbevise de praktiserende læger om, at det er et ligeværdigt alternativ, der stables på benene. Der er ingen tvivl

om, at de praktiserende læger vil blive ekstremt ombejlede, for de vil blive omdrejningspunktet i det her. Vi har allerede tilløbet til det ved genoptræningsområdet, hvor det er kommunerne, der har det fulde ansvar, og så skal de også være med til at finansiere en del af den genoptræning, der foregår på sygehusene. Men der fastholder man, at der skal laves genoptræningsplaner, således at hvis jeg har fået lavet en ny hofte, så skal jeg have en genoptræningsplan med hjem, og dette er jo i realiteten en recept til kommunen, og så vil kommunen begynde at forholde sig til, om de på sygehuset har vurderet rigtigt. Der vil opstå diskussioner, for visitationsretten, den ligger i det sundhedsfaglige system, og det vil give en asymmetri i debatten. Jeg tror ikke, vi kommer ud for, at man vil overdrive men der vil komme åbenhjertige diskussioner, og man vil sandsynligvis presse synspunktet. Fysioterapien er nok det første, der tages fat på, for lægerne er lidt sværere at tumle med. Vi vil få det dilemma. Det er ikke et skræmmebillede – det er en realitet.

Spørgsmål: Christian Wedell-Neergaard (KF):

Personligt er jeg imod, at der etableres disse sygehuslignende funktioner i kommunerne, for det vil være helt det modsatte af det, som reformen går ud på, nemlig at skabe nogle effektive enheder, hvor tingene bliver løst bedst og billigst og til gavn for borgerne. Hvad er så løsningen på det her problem?

Svar: Kjeld Møller Pedersen:

Det er vigtigt, at involvere kommunerne mere. Lad os modificere aftalemodellerne. Amt og kommuner laver aftaler om, hvor man sætter ind, og de aftaler selv økonomien. Det er typisk på områder, hvor de gerne vil flytte noget. F.eks. har man en aftale mellem Århus Amt og Århus Kommune om, at hvis en praktiserende læge har en indlæggelsestruet patient, så kan lægen rekvirere en sygeplejerske fra afløsningscentralen på Århus Kommunehospital, som så kan være op til fem dage i hjemmet. Det er en aftale, der vil noget. Det kræver, at man tager hensyn til de lokale forhold, og at man frivilligt kan aftale, hvordan økonomien ordnes. Så mit svar er aftalemodeller med mulighed for at aftale finansieringsordninger. Jeg vil også foreslå en pligt til, at hvis f.eks. en kommune ønsker at indgå en aftale med en region om at sætte sådan noget i gang, så skal regionen gøre det! De kan være lidt mere lange i spytet end godt er, da de vil beskytte deres eget sundhedsvæsen, og derfor skal der være en sådan pligt. Og den skal gå begge veje. Desuden bør man pege nogle områder ud, hvor man giver tilskud til forsøg – det kunne man passende finansiere af de fem procent, der er i aktivitetspuljen. Det vil involvere kommunerne noget mere, det vil kunne tilpasses lokale forhold, og vi kan undgå nogle af de misvirkninger, som økonomiske incitamenter kan skabe.

Spørgsmål: Anne Baastrup (SF):

Vi mister kommunalfuldmagten. En lang række ting bliver centralt fastsat, og selv om regionerne måtte have penge til udviklingsarbejde, så må de ikke bruge dem til sundhed. Hvilke konsekvenser får det?

Svar: Kjeld Møller Pedersen:

Hvis man ikke vil give regionerne noget, der ligner en modificeret kommunalfuldmagt, så skal man sørge for, at der er så brede handlemuligheder for de nye regioner, at de kan have denne bevægelsesfrihed og ikke skal ind en tur om et ministerium og spørge, om de må dette eller hint. Og da

vil vi få en asymmetri: Kommuner der har en kommunal fuldmagt og regioner, der får en ny styringsmodel.

Med den nuværende amtsmodel, er det muligt at flytte penge mellem sundhedsvæsenet, socialvæsenet, undervisning, kultur og miljø. Med den opgaveportefølje, som regionerne får, forsvinder den mulighed, og derfor vil det sandsynligvis skulle ske inden for det sundhedsbudget, der bliver stillet til rådighed. Fleksibiliteten er ikke til stede under det nye system, og der ved jeg af egen erfaring, at det godt kan betyde noget i hverdagen.

Spørgsmål: Kim Christiansen (DF):

Har man ikke på en del af forebyggelsen en statslig medfinansiering, bl.a. gennem opbyggelse af en række sundhedscentre? Ved at fjerne en del af de lettere opgaver fra sygehusene ud i sundhedscentrene, må det give plads til, at sygehusene bedre kan prioritere den nødvendige behandling?

Svar: Kjeld Møller Pedersen:

Ja, der er sat penge af til at eksperimentere med sundhedscentre – 50 millioner kr. i finansloven eksplicit og 70 millioner kr. i satspuljen. Jeg vil håbe, at man dertil knytter den nye forskningsforpligtelse, som kommunerne samtidig får. For vi skal sørge for at evaluere, og det er der ikke tradition for i kommunerne. Vi skal vide, om det fører til, at sundhedscentrene aftager de lettere funktioner fra sygehusene, eller om det bliver et udvidet servicetilbud ude i kommunen. Hvis det, der fjernes fra sygehusene, blot fyldes ud med andre aktiviteter, så har sygehusene jo et uændret udgiftsniveau, og så giver det alt i alt øgede sundhedsudgifter. Er det det, man vil? Under alle omstændigheder er det vigtigt med en sund forskningsmæssig evaluering.

Økonomiske konsekvenser inden for socialområdet

Ny fordelingsprofil

Jørgen Søndergaard, direktør, Socialforskningsinstituttet.

Reformforslagene indebærer ændringer på det sociale område. Der sker noget med amternes nuværende opgaver, og de omfatter først og fremmest de dyre og specialiserede institutionstilbud på børneområdet, for voksne handicappede og nogle rådgivningsfunktioner i forhold til handicapområdet. Institutionstilbuddene er omfattede af den såkaldte grundtakstfinansieringsmodel, som blev sat i kraft i 2002. Med den model er amternes samlede udgifter på det sociale område omkring 10 milliarder kr. om året. Reformen indebærer, at finansierings – og myndighedsansvaret for de nuværende amtslige tilbud flyttes til kommunerne, men således at driften af institutionerne – i hvert fald i overgangsfasen – placeres i regionerne og finansieres med en kommunal betalingsordning.

Reformen indebærer også, at der indføres en refusion for de dyre enkeltsager, et forsikringsprincip. Og endelig skal såvel staten som kommunerne overtage de rådgivningsopgaver, der i dag varetages af amterne – der oprettes en ny statslig styrelse, som er rådgivende på handicapområdet på landsplan. Kommunerne overtager de øvrige opgaver. Indtil 2002 havde man samfinansiering mellem kommuner og amt af alle tilbudene uanset, hvor komplicerede de var. Med grundtakstmodellen har man fået en anden måde at fordele den opgave på, idet ca. to tredjedel af

tilbuddene er blevet rent kommunalt finansieret. De har et udgiftsniveau, der er lavere end den såkaldte grundtakst. De dyre tilbud er fortsat samfinansieret, men efter en ny model, hvor kommunen betaler en på forhånd fastsat grundtakst. Omkring 0,3-0,4 millioner kr. om året pr. tilbud. Amtet, som har den endelige beslutningskompetence af, hvordan tilbudet skal udformes, finansierer den resterende del.

Bestanden af tilbud ultimo 2003



	Kommunale	Amtslige med grundtakst	I alt
Anbringelser af børn og unge	8.000	5.000	13.000
Øvrige tilbud børn og familier	36.000	3.000	39.000
Børn- og ungeområdet i alt	44.000	8.000	52.000
Botilbud	6.000	9.000	15.000
Øvrige tilbud	8.000	14.000	22.000
Handikapområdet i alt	14.000	23.000	37.000
Total	58.000	31.000	89.000

Høring om kommunalreformens økonomiske konsekvenser 06-04-05

Dette område havde været præget af betydelige udgiftsstigninger over en årrække, og ved grundtakstmodellens indførelse skabte man bedre incitament, for den der har beslutningskompetencen om, hvilket tilbud der skal gives, bærer også hele den marginale omkostning. Siden grundtakstmodellens indførelse er der sket en opbremsning i den udgiftsvækst, der havde været. Selvfølgelig kan andre forhold have spillet en rolle, men noget kunne tyde på, at en tættere kobling mellem beslutningsansvar og økonomisk ansvar har bidraget til at bremse udgifterne. Specielt på børneområdet er der en kraftig vækst i forebyggende tilbud, og det er ikke blevet bremset af omlægningen med grundtaksten.

Kommunerne kompenseres i gennemsnit over bloktilskuddet for flytningen af finansieringsansvaret for opgaven, hvor de nu får det fulde ansvar. Der er så vidt jeg ved, ingen analyser af det kommunale udgiftsbehov på dette område. Vi må altså gætte på, hvordan fordelingsprofilen vil være. Jeg vil tro, at der er en vis sammenhæng – i hvert fald på børneområdet – med kommunernes sociale profil i øvrigt. Vi ved noget om, hvad de sociale forhold betyder for sandsynligheden for, at børn bliver anbragt uden for hjemmet, og der er en ret klar negativ social arv på spil. Derfor må man formode, at de kommuner, der har relativt mange indbyggere med sociale problemer, vil få en relativ større del af disse udgifter end andre kommuner vil få. Men der er ingen konkrete undersøgelser af det, så vidt jeg ved. Det er altså en af fordelingsvirkningerne. Der kommer en ny fordelingsprofil på tværs af kommunerne, og ingen kan sige, hvor svært eller let det bliver at lave en fornuftig kompensation for det i udligningsordningerne, før man har prøvet at lægge det sammen.

Forsikringsproblem for små kommuner

Området er præget af et tilfældigt element i udgiftsbehovene. Man ved ikke, hvor mange borgere i en kommune, der vil have behov for de meget dyre institutionspladser. Det giver et forsikringsproblem, som de større kommuner langt lettere kan bære end de små. Vi får med reformen større kommuner generelt, men der bliver en lille gruppe af små kommuner tilbage, bl.a. på nogle øer, og de vil være meget sårbare over for dyre enkeltsager. Reformforslaget løser forsikringsproblemstillingen for hovedparten af kommunerne, men ikke for de få små kommuner, der er tilbage.

Jeg tror ikke, at antallet af tilbud vil blive påvirket af reformen. Vi vil se lige mange sager på børne- og handicapområdet, som der hidtil har været. Incitamentet til at økonomisere ændres i princippet ikke, men derfor kan adfærden muligvis godt ændres, for nu bliver det primærkommunerne, der skal foretage den afvejning, hvor det tidligere var amterne. Det er svært at bedømme på forhånd, hvad dynamikken vil være på institutionsområdet, når hovedparten af institutionerne vil være drevet af regionerne, men drevet betalt af kommunerne og med mulighed for at kommunerne vil kunne overtage nogle af de nuværende amtslige institutioner eller med mulighed for at de kan oprette andre institutioner. Hvis det udelukkende var økonomi, det handlede om, så ville der ikke være så meget incitament for primærkommunerne til at overtage driftsansvaret for institutionerne på dette område. Men så er der den politiske incitamentsstruktur: i hvilket omfang vil forvaltninger og kommunalbestyrelser ude i landet synes, at det er sjovere, at man arbejder med udviklingen af institutionsområdet ved at have egne institutioner. Og konsekvensen af usikkerheden om dynamikken på institutionsområdet kan godt blive, at der i en periode bliver en ikke helt hensigtsmæssig udnyttelse af kapaciteten på området.

Spørgsmål fra panelet

Spørgsmål: Anne Baastrup (SF):

Hvordan bevarer vi de specialiserede institutioner? Hvem skal finansiere de tomme pladser? Vil en kommune holde fast i at opretholder et behov til den dag, en familie flytter til kommunen?

Svar: Jørgen Søndergaard:

Jeg er noget usikker på, hvor mange tomme pladser, der bliver. Der er en tendens til, at eksisterende pladser også bliver anvendt. Men spørgsmålet er, om den institutionsstruktur, man får, er mest hensigtsmæssig. Det er svært at holde styr på, hvad der sker, hvis der bliver mange operatører, som udvikler nye former for institutioner. Jeg er ikke så bekymret for de tomme pladser. Man bliver nok nødt til at tænke en kapacitetsudnyttelsesgrad ind. Man kan næppe undgå lidt tomgangskapacitet i perioder. Men det kan løses – ligesom på hospitalerne. Jeg er mere bekymret for, hvis nogen begynder at bygge nogle andre institutioner op, bliver der så fornuftig drift i at drive alle institutionerne på én gang? Det kan de store kommuner klare, men de små vil få valget mellem at drive noget, de ikke rigtig har kapacitet til eller nøjes med det, de kan købe ude på markedet. Det er et risikomoment i den dynamiske udvikling af institutionsstrukturen.

Spørgsmål: Leif Mikkelsen (V):

Kan problemet afgrænses til de små kommuner?

Svar: Jørgen Søndergaard:

Hvis en kommune med 10.000 indbyggere kan tåle, at en enkelt sag koster 400.000 kr., som det ligger i grundtakstmodellen, så kan en kommune med 30.000 indbyggere formodentlig godt klare, at en enkelt sag kan koste en million. Sårbarhedsproblemet gælder ikke for hovedparten af kommunerne, det gælder kun for de få små kommuner. Der skal findes en bedre forsikringsmodel for dem.

Spørgsmål: Margrethe Vestager (RV):

Det med at give de rigtige tilbud er ikke kun et problem for de små kommuner. Det er også et storkommuneproblem. Vi har eksempler med større kommuner, som har hjemtaget opgaver, forsøgt at håndtere dem og så bedt amtet om at tage dem tilbage igen. Jeg er bekymret for, om der bliver for få ledige pladser til, at man kan have et akutberedskab og til at der er mulighed for kommunen for at få det rigtige tilbud. Det er vigtigt, at man skyder rigtigt første gang, og det forudsætter ledig kapacitet. Hvor mange midler bruger vi i dag på ledig kapacitet? Og hvor stor ledig kapacitet skal der være, for at man kan have et fagligt flow i systemet? Det må jo i sagens natur indbygges i priserne, og da tror jeg godt, der kan blive et kommunalt økonomisk incitament. Kan man mærke, at der er gjort en del ud af forebyggelsen på det sociale område? Forebyggelse er godt, men det gør ikke tingene billigere, og der bliver heller ikke færre sager, viser erfaringen.

Svar: Jørgen Søndergaard:

Angående akutberedskabet er der stordriftsfordele, for det er billigere at opretholde et akutberedskab for et stort område end for et lille. Hvis kommunerne tager institutionerne hjem og laver deres egen mini-institution, bliver akutberedskabet dyrere. Der er en indirekte fordel ved, at institutionerne nu bliver drevet i 5 regioner i stedet for i 14 amter, for hvis de er dygtige, kan de klare sig med et mindre akutberedskab.

Om forebyggelse virker, det ved vi jo ikke. Det er ikke undersøgt ordentligt, men det kom også først ind i loven i midten af 1990'erne, så det kan endnu ikke ses på det tunge institutionsområde.

Spørgsmål: Charlotte Dyremose (KF):

Hvilke konsekvenser får de rammeaftaler, der skal laves i regionerne, kommunerne imellem, for udviklingen af kapacitet – f.eks. synliggørelse af ventepladser? Vil rammeaftalerne få en betydning for kapaciteten før og efter indførelsen af den nye model?

Svar: Jørgen Søndergaard:

Om rammeaftalerne vil fungere hensigtsmæssigt afhænger af, hvad behovet bliver. Skal man lave et fornuftigt akutberedskab, skal man arbejde efter de store tals lov: Hvad er statistisk set sandsynligheden for det behov, der vil komme i et givet område i løbet af et år?

Spørgsmål: Ole Stavvad (S):

Regionerne har som de eneste forsyningsforpligtelsen, men samtidig skal regionerne operere på et marked, som bliver mere og mere konkurrencepræget. Din sammenligning til sygehusene holder

ikke, for som loven er lavet, skal det være rent takstfinansieret – der må ikke føres én krone over fra nogen anden kasse end det, der kommer til taksterne som betaling for de enkelte pladser. Der opstår derfor et problem i forhold til både udvikling på området og i forhold til forsyningsforpligtelsen til akutpladser.

Hvad er en lille kommune? Jeg er ikke enig i din definition af små kommuner. Din sammenligning af, hvilke merudgifter, man skal påtage sig, mener jeg heller ikke holder vand. For du tager ikke hensyn til, at i de 400.000 kroners loft er der en overgangsordning med refusion op til 40 procent, der faktisk dækker fem en halv milliard kroner, som også skal fordeles i denne sammenhæng, så det er en langt større udgift.

Svar: Jørgen Søndergaard:

Angående forsyningspligten og takstfinansieringen kan jeg ikke forestille mig, at nogen modeller kan fungere på dette felt, medmindre taksten også indeholder betaling for, at kapacitetsudnyttelsen ikke kan være 100 procent. Og det må også gælde private leverandører. Området indeholder jo fluktuationer. Det vil man være nødt til at indkalkulere i prisfastsættelsen, uanset om institutionerne drives som selvejende institutioner, af private eller af regionerne.

En lille kommune kommer ikke op over de 20.000 indbyggere, og de bliver udsat for en betydelig større sårbarhed med reformforslaget. Det kan få uheldige konsekvenser for den kommunale økonomi, for enkeltsager vil kunne ses på skatteprocenten, og det er ikke hensigtsmæssig social politik. Der skal være en finansieringsordning, så det ikke sker.

Spørgsmål: Line Barfod (EL):

Den nye hovedstadsregion bruger omkring 2 milliarder kr. på socialområdet – det bliver lidt mindre, når noget af det går over til kommunerne – men udgangspunktet er 2 milliarder, som så skal takstfinansieres. Der er lagt op til, at de får ca. 4 millioner til administration og udvikling. Hvor meget faglig udvikling kommer vi til at få på det sociale område, når der er tale om den størrelsesorden penge til både at fastsætte takster, indgå rammeaftaler med kommuner og lave faglig udvikling af nye tilbud til f.eks. handicapgrupper?

Hvis de tomme pladser fører til, at institutionerne lukker, og man så laver fællesinstitutioner, hvor man samler mange handicapgrupper og anbringer eksempelvis scleroseramte på plejehjem, hvad sker der så? For når der ikke er nogen grundfinansiering af de meget specialiserede institutioner, hvor det kan være 10 kommuner fra hele landet, der skal betale til én institution, hvordan skal man så kunne fastsætte en takst?

Svar: Jørgen Søndergaard:

Hvis det sker, som du siger, at der bliver tomme pladser på den specialiserede, dyre institution, er det oplagte så, at den enkelte kommune, som kun har én borger med det behov, giver sig til at lave sin egen institution for at løse den opgave? Det ikke hovedproblemet, for det vil koste mange flere penge. Jeg ser snarere udvikling i institutionerne, hvor der er en vis volumen. Hvor specielt de større kommuner vil kunne dække hovedparten af pladserne til egne borgere og så har ekstra pladser, som de kan sælge til naboerne. Da kan det blive sværere at få kabalen til at gå op på en fornuftig måde inde for en region eller på et område. Hvis de større kommuner giver sig til at drive deres egne institutioner, så bliver der et udelelighedsproblem tilbage for de kommuner, der ikke selv er store nok til med fornuft at kunne drive en institution. Der tror jeg snarere man vil få et problem

med, om kapaciteten vil passe til behovet end, at der bliver nogle tomme pladser på nogle dyre institutioner, for alternativet er også meget dyrt.

Angående udvikling, så er der to slags udviklinger: Den løbende udvikling inden for de institutioner, der allerede er, og den udvikling der opstår, hvor man vil prøve at lave institutioner på en anden måde end før. Det sidste er sværest, for det vil kræve, at kommunerne kan blive enige om det i fællesskab. Den enkelte kommune vil ikke nødvendigvis være stor nok til selv at sætte forsøg med en ny type institution i værk.

Spørgsmål: Margrethe Vestager (RV):

Der må foreligge rå, men detaljerede data, som man kan gå i gang med, hvis man vil have en mere grundig analyse. Så kunne man se, hvilke ting, der virker på hvad. Måske virker den forebyggelse, man havde sat i gang i 90'erne. Generelt går DUT i nul, men ikke for den enkelte kommune, så måske skulle man revisitere. Det ville være betryggende med et mere analytisk udgangspunkt. Ikke så meget på grund af de meget specialiserede institutioner, men mere på det område, hvor der er volumen. Man kunne geare op og ned i kapacitet i forhold til de forpligtelser, man måtte have. Kommunerne kan tage udgangspunkt i institutionerne, som rimelig nemt kan udbygges, fordi den faste udgift er betalt. Hvad er din vurdering om de økonomiske incitamenter og de kvalitative instrumenter, der bliver lagt ind i rammeaftalen, for de er efter min mening få og svagelige. Hvor vi dag i grundtakstmodellen kan sige: Forlig jer, I skabhalse! Amter og kommuner skal blive enige. Så bliver det svært at sige i den nye model, fordi regionerne ikke har nogle arme – det er kommunen, der sidder på det hele, og derfor er det svært med en model uden sanktioner.

Svar: Jørgen Søndergaard:

Der er mest forebyggelse på børneområdet, og her flytter hovedparten af institutionerne over til kommunerne, så der får vi en ren kommunal løsning. Men nogle institutioner vil være drevet sådan, at der også stilles pladser til rådighed for andre kommuner end hjemstedskommunen. Det synes jeg ikke er et større problem. Det kan så godt være, der kan mangle et koordineringsredskab mellem kommunerne indbyrdes, når en driftsherrekommune skal levere institutionspladser – også til nabokommunen. Det tør jeg ikke sige. Det samme gør sig ikke gældende på handicapområdet. Da vil udgangspunktet være, at alle institutionerne overgår til regionerne, og først på en længere bane er der mulighed for at nogle af dem kan blive overtaget af den primærkommune, de er beliggende i, eller at nogle af kommunerne kan begynde at oprette deres egne institutioner. Der ser jeg, at institutionsbilledet kan blive mere broget.

Spørgsmål: Ole Stavad (S):

Er DUT-princippet overhovedet et egnet redskab, når man sidder med ændringer af denne størrelsesorden. Omkring 13 milliarder kr. har hidtil været brugt specifikt - nu skal de fordeles efter en generel fordelingsnøgle. Ser du ikke en bekymring for – ved beløb af denne størrelse – at pengene er et andet sted end hos dem, der får udgiften og forpligtelsen?

Svar: Jørgen Søndergaard:

Der skal ske så mange tilpasninger i finansierings- og udligningsordningerne, at den byrdefordelmæssige konsekvens for den enkelte kommune ikke kan overstige 0,2 procent om

året. Der skal grundlæggende noget matematik til i finansierings- og udligningssystemet, så man kan tage hensyn til alle de påvirkninger, der kommer af kommunens økonomi fra socialområdet, fra sundhedsområdet, fra arbejdsmarkedsområdet osv. Der kan vise sig at være behov for ret mange stilleskruer, hvis man skal leve op til målsætningen. Og jeg er usikker på, hvor let eller svært det bliver, for vi har jo ikke haft noget grundlag for at vurdere det. Det væsentlige må være, at man kan leve op til målsætningen. Så får man den økonomiske påvirkning af enkeltkommunen, der bliver holdt inde i nogle rammer, som jeg vil formode er håndterbare. Men der hvor der opstår en ekstra udgiftsbelastning skal det ikke være koncentreret om den kommune, der i forvejen har den mest pressede økonomi.

Spørgsmål fra salen

Stig Langvad, De samvirkende Invalideorganisationer:

Kunne man forestille sig, at det bliver sværere at få prioriteret specialundervisningsområdet og socialområdet i kommunerne i fremtiden. I dag har amterne en dedikeret opgave – i fremtiden bliver det i konkurrence med en normalopgave i kommunerne.

Har man en formodning om, at den medfinansiering eller forsikringsordning, som gælder for 800.000 kr. og opefter, vil være meget regulerende i forhold til den adfærd, kommunerne vil vælge? For det er jo sådan, at for 800.000 kr. og op til f. eks. en udgift på halvanden million, vil der være en objektiv finansiering på 150.000 kr., altså 25.000 for hver 100.000.

Kan man forestille sig, at den måde som DUT og udligning foregår på, kan medføre meget kraftige besparelser, eller kan man modvirke de kraftige besparelser, som kommer i nogle kommuner, hvor udgiftsniveauerne jo er meget forskellige?

Spørgsmål: Benny Andersen, Socialpædagogernes Landsforbund:

Nogle kommuner vil få for meget, og nogle vil få for lidt, sagde Jens Blom Hansen.

Fordelingsmodellen tager ikke højde for, at borgerne er spredt ud over landet på forskellig vis.

Nogle kommuner har mange og dyre, og nogle har færre. Det er en problemstilling, vi vil løbe ind i fra dag ét, altså fra 1. januar 2007. Det kommunale Kartel har lavet nogle regneeksempler, som viser, at der i gennemsnit bliver 50.000 kr. mindre til handicappedes botilbud, hvis man bor i Nordjyllands Amt. Hvis man er sindslidende og bor i Viborg Amt, drejer det sig om 160.000 kr. mindre. Enten sænker man kvaliteten, eller også skal man vinde konkurrencen mod ældre, mod skoler og mod daginstitutionsoverområdet. Bag det hellige kommunale selvstyre er der nogle mennesker, som er afhængige af disse ting. Hvad er jeres vurdering?

Svar (på de to spørgsmål): Jørgen Søndergaard:

Som jeg har forstået det, skal der være en overvågning af, hvordan udviklingen bliver på institutionerne. To elementer har betydning her: Hvad der sker med bevillingerne til de konkrete institutioner. Og hvorvidt man begynder at visitere anderledes, end man har gjort før. Principielt ændres de økonomiske incitamenter ikke i visitationen, men man kan ikke vide, om adfærden ændres, når andre skal visitere

Hvad angår finansieringsordning og adfærd ved vi ikke, om det er et adfærdsmæssigt problem med de dyre enkeltsager i små kommuner, hvor det bliver en synlig udgiftspost. Måske er det også et etisk problem.

Spørgsmål: Bente Sorgenfrey, FTF:

Reformen skal være udgiftsneutral, men jeg kan forstå på Kjeld Møller Pedersen, at vi kan risikere med både finansierings- og strukturmodellen på sygehusområdet at få en opadgående udgiftsspiral. Jeg kan ikke være utilfreds med, at vi får flere penge på sundhedsområdet, men jeg kan godt se nogle problemer i en vækst på området, som kan presse f.eks. det sociale område.

Svar: Kjeld Møller Pedersen:

Vi skal nok regne med, at vi får en udgiftsvækst på sygehusområdet. Ønsker man den så der, hvor man får den? Der vil også være vækst i det normale sundhedsvæsen. Det bliver det store prioriteringsmæssige dilemma. Det er vigtigt, at der bliver en overvågning, for der er en ægte usikkerhed på området. Vi skal også have en uafhængig medvurdering af, hvad der kommer ud af det.

Svar: Kristian Wendelboe:

Spørgsmålet er, om det system vi har, kan håndtere så store opgaveomlægninger, men man skal gøre sig klart, hvad alternativet er. I en offentlig sektor hvor vi har kommunalt selvstyre, er det svært at se et alternativ til DUT-instrumentet. Ellers skulle man ud med statsrefusioner til hver enkelt kommune.

Omkring byrdefordelingsvirkningerne er der et utal af regnestykker om virkningerne for enkeltkommuner og konsekvenser af at flytte vejopgaven eller socialopgaven. Omlægningen går ud på, at man nedlægger amterne og aflyser hele den amtskommunale finansieringsside. Der er ikke nogen skatteudskrivning mere, ikke noget amtskommunalt bloktilskud. Man laver nogle regioner med en finansieringsside, som er defineret i regionsloven. De nye kommuner får nogle nye typer skatteindtægter, og så får de et nyt bloktilskud, som fastsættes, så der er balance i den kommunale økonomi. Når man kender det regnestykke og kender udgifterne i den enkelte kommune, så kan man begynde at lave byrdefordelingsregnestykker på, om man har tabt eller vundet på det samlede spil.

Spørgsmål: Henrik Egelund Nielsen, Dansk Socialrådgiverforening:

For mig at se er der stor forskel på, om kommunerne betaler 400.000 kr. af en sag til to millioner, og amtet betaler 1,6 millioner. Fremover bliver de to millioner stort set en kommunal udgift. Dvs. en enkelt sag koster en halv børnehave. Det er da en væsentlig ændring af det økonomiske incitament for kommunen til at arbejde med den sag og et væsentligt incitament til at gøre noget andet, end man har gjort hidtil.

Spørgsmål: Klaus Hækkerup, MF, (S) Folketingets Kommunaludvalg:

Jørgen Søndergaard, du har talt om de meget dyre enkelttilfælde, der vil opstå i kommunerne. Hvordan vil den refusionsordning, der er skitseret i lovforslaget imødekomme de dyre enkelttilfælde? Er det tilstrækkeligt, eller burde der være mere?

Kjeld Møller Pedersen, er der i det lovkompleks, der foreligger på sygehusområdet, ændret i incitamenterne, så det enkelte sygehus producerer mere effektivt?

Spørgsmål: Per Støve, HK/Kommunal:

Vil det ikke give ulige markedsvilkår inden for institutionsområdet på det sociale område, når der kommer andre aktører ind på banen, som ikke har samme forpligtelse til faglig udvikling og akutberedskab? Betyder det ikke også, at vi på sigt får et ringere udbud af tilbud, og det vil ramme vores svage brugere?

Spørgsmål: Lone Dybkjær, MF (RV) Folketingets Socialudvalg:

Har vi nogen mulighed for at se, hvordan fordelingen er for tidligere år - hvordan de tungeste mennesker økonomisk set fordeler sig? Hvordan kan man løse det etiske problem, der opstår, når de tunge sager fremgår af kommunalbudgettet?

Svar: Kjeld Møller Pedersen:

Til Klaus Hækkerup. Nej, der er ikke indbygget incitament til sygehusene til produktivitetsforøgelse. Sygehusproduktiviteten på incitamentsiden afhænger af, dels hvordan man fra den statslige aktivitetspulje vil føre pengene ud til sygehusene, og hvordan regionerne vælger at føre pengene ud til sygehusene, og det springende punkt er, i hvilket omfang man bruger diagnoserelaterede grupper, som er en pris pr. indlæggelse delt op på 5-600 diagnosegrupper. Der har regeringen signaleret, at man vil op på 50 procent, og så har man trukket, hvad der måtte være af produktivitetsevinst på den front. Netto er svaret nej.

Angående det etiske spørgsmål bør man sikre ved en fællesfinansiering, at det ikke bliver et problem, når det opstår i de små kommuner.

Svar: Jørgen Søndergaard:

Til Henrik Egelund Nielsen. I langt de fleste sager, er det ikke et spørgsmål, om der skal gives et tilbud. Spørgsmålet er, hvordan tilbudet skal se ud. I valget mellem to alternative tilbud, ændres incitamentsstrukturen ikke. Den myndighed, der træffer beslutningen, må bære merudgiften eller høste besparelsen. Jeg ser derfor ikke væsentlige incitamentsstrukturændringer.

Til Claus Hækkerup. Angående refusionsordningen og de meget dyre enkelttilfælde må politikerne beslutte, hvad der er acceptabelt. Jeg har påpeget, at reformforslaget øger sårbarheden i de mindste kommuner, dem under 20.000 indbyggere.

Lone Dybkjær spørger, hvordan man kan løse det problem for de små kommuner. Da det drejer sig om så relativt få, kunne man give dem en større forsikringsdækning.

Angående rammeaftalerne, så er der ikke rigtig nogen elegant løsning. Der er et koordineringsproblem på dette felt, uanset hvor vi laver opgaveplaceringen. Man må leve med noget, der ikke altid er hensigtsmæssigt, men det forekommer mig indlysende, at der er behov for at have et aftalesystem.

Til Per Støve. Det er svært at vide, om der kommer mange andre aktører på dette felt, og om de kan gøre det billigere. Ingen kan undgå at have udviklingsomkostninger, men vi må se det udspille sig i praksis, før vi kan se, hvad der vil ske.

Til sidst vil jeg bare påpege, at når man laver opgaveflytninger, så er der to veje at gå. Enten kompensere i ubunden form ved at ændre på bloktilskuddet og udligningsordninger, men der er ingen bindinger på, hvilke midler kommunerne får til at løse de enkelte opgaver. Eller man kan gå den øremærkede vej. Går man for langt i den øremærkede vej, så kan man spørge, om der er nogen

særlig idé i at decentralisere opgaven til kommunen. Idéen må være, at man mener, det er noget, som kommunalbestyrelsen skal have et vist spillerum til at træffe beslutninger om og prioritere inden for, ellers burde de som udgangspunkt slet ikke have opgaven.

Formanden for Folketingets Politisk-Økonomiske Udvalg, Frank Aaen (EL) opsummerer:

Under finansiering af reformen vil stordriftsfordele næppe kunne finansiere meget, og kun hvis man nedlægger små institutioner.

Hvad angår DUT-systemet, så får ingen kommuner det, de skal have. Og der er konsekvenser af de meget forskellige serviceniveauer i kommuner, der slås sammen. Det stiller spørgsmålet om, hvorvidt der er mulighed for at sikre, at alle borgere i alle regioner og kommuner fremover vil få den service, som de får i dag.

Reformen vil betyde stigende sundhedsudgifter i sig selv. Hvem skal betale? Mere skat eller andre områder, der så ikke får så mange penge.

Vi ved ikke, hvilke regnestykker, der er i gang, og vi kender ikke den tilskuds- og udligningsreform, der er på vej, og det er vel den største joker.