



Uddybning af punkter til foretræde for Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg d. 7.02.2013

Først vil vi gerne takke for muligheden for at fremføre vores synspunkter, og forklare hvilke udfordringer vi i Slagelse Kommune – sammen med landets øvrige kommuner – står overfor med hensyn til den aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Den aktivitetsbestemte medfinansierings struktur og indbyggede incitaments indeholder flere uhensigtsmæssigheder, der har stor – også økonomisk – betydning for kommunerne. Problemstillingerne retter sig både mod selve systemets indretning og opbygning, samt problemer af mere administrativ karakter, der gør det meget svært for kommunerne at arbejde med i praksis. Nærværende notat er derfor opbygget som følger:

1. Rationalet bag systemets indretning - forfejlet incitaments- og forebyggelseslogik
2. Betydning for Slagelse Kommune – og mange andre kommuner
3. Manglende dokumentation og gennemsigtighed
4. Forslag, idéer og opmærksomhedspunkter til det fremadrettede arbejde

1. Rationalet bag systemets indretning - forfejlet incitaments- og forebyggelseslogik

Hele systemet er bygget op omkring en incitaments- og forebyggelseslogik, hvor der ikke er differentieret mellem diagnoserne. En lang række diagnoser er ikke forebyggelige, og den aktivitetsbestemte medfinansierings opbygning er derfor ikke optimal og incitamentsbaseret, som det ellers ofte fremføres, og mange diagnoser og indlæggelser opstår, uden at vi som kommune har nogen som helst rolle heri.

I det hele taget, er det problematisk, at der ikke er skelnet mellem diagnoserne. Som kommune betaler vi det samme for en fødsel som for en 90-årig plejehjemsbeboer, der indlægges på grund af dehydrering. Man kan spørge, om alt virkelig skal forebygges? Ifølge logikken i systemet skal det.

En anden problemstilling går på, at hvis kommunerne samlet har et mindreforbrug på den aktivitetsbestemte medfinansiering, vil

det resultere i mindre bloktilskud året efter. Det samlede incitament er således svært at øje på.

Side2/2

Øget produktivitet – dyrt for kommunerne

For nylig blev regionerne rost for øget produktivitet, som er steget i 2012 sammenlignet med tidligere år. Det er selvfølgelig en succes ud fra et behandlingsmæssigt perspektiv, men når produktiviteten stiger, stiger kommunernes udgifter til behandling tilsvarende. I samme ombæring kan det nævnes, at blot fordi det lykkes at forebygge en indlæggelse af en eller flere borgere med diverse diagnoser, at det ikke nødvendigvis vil betyde mindre udgifter for kommunen. Sengene står næppe tomme på sygehusene – og indlæggelserne koster oftest det samme for kommunen uanset diagnose.

Eksterne faktorer vigtige

Der er en lang række af faktorer, vi som kommune ikke kan påvirke, men som har meget stor betydning for netop den aktivitetsbestemte medfinansiering. Eksempelvis spiller befolknings sammensætningen og socioøkonomiske faktorer en stor rolle, ligesom afstanden til sygehus har betydning (Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet, Finansministeriet 2010). Undersøgelser viser, at kommuner med kort afstand til sygehus har et relativt højere forbrug af sundhedsydelser og dermed højt niveau i den aktivitetsbestemte medfinansiering. Tilgængelighed til sundhedsydelser eller henvisningsmønstre har altså betydning.

2. Betydning for Slagelse Kommune – og mange andre kommuner

Slagelse Kommunes budget til aktivitetsbestemt medfinansiering ligger i 2012 på ca. 270 mio. kr., men vi kan i år imødesee en budgetoverskridelse på knap 13 mio. kr. Heri er medregnet tilbagebetaling fra regionen pga. tidligere fejlregistreringer på et sygehus. Uden denne tilbagebetaling ligger overskridelsen på godt 15 mio. kr.

I budget 2012 er der både taget hensyn til estimater fra det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium samt KL.

Det har været vanskeligt at budgettere 2012, idet hele opbygningen af den aktivitetsbestemte medfinansiering ændredes ved årsskiftet, men at udviklingen er gået, som den er, har ingen kunnet forudse.

Det er forsøgt at finde frem til forklaringer på, hvorfor vi som kommune har haft så stort et merforbrug. Det er gjort ved hjælp af de it-systemer, vi får stillet til rådighed, eSundhed og KØS –

uden at det dog har været muligt at identificere og fremkomme med sandsynlige forklaringer.

Side3/3

Udgifterne og antallet af sygehuskontakter er steget
Vores udgifter er steget markant, og antallet borgere med kontakt til sundhedsvæsenet er også steget markant. For somatikken, som jo er den største post, kan vi se, at antallet af ambulante besøg er steget med knap 8%, og antallet af indlæggelser med 4,5% fra 2011 til 2012.

Slagelse Kommune	År	Antal	Stigning %
Somatik - stationær (antal udskrivninger)	2010	18.184	
	2011	18.144	-0,2
	2012	18.961	4,5
Somatik - ambulans (antal besøg/tydelser, inkl. skadestue)	2010	125.170	
	2011	132.388	5,8
	2012	142.842	7,9

Over årene er antallet af genindlæggelser også steget. I 2011 blev 5,6% af de Slagelse-borgere, der var indlagt, genindlagt, og i 2012 er andelen steget til 7,3% (januar-oktober begge år).

Hvad gør vi ved det?

Så kunne man måske spørge, hvorfor vi ikke bare gør noget ved det? Hvorfor forebygger vi ikke noget bedre? Hvorfor sørger vi ikke for, at borgerne ikke bliver indlagt?

Det ville vi også rigtig gerne – ikke mindst for borgernes skyld – men det er bare ikke os som kommune, der bestemmer, hvilke og hvor mange borgere, der kommer på sygehuset. Det er som oftest de praktiserende læger, speciallæger, sygehusafdelinger eller borgeren selv, der styrer dette. Mange diagnoser og indlæggelser sker også, uden at vi som kommune har nogen som helst rolle heri, eller kender til borgeren.

Men alligevel betaler vi for noget, vi ikke har mulighed for at påvirke direkte og styre.

Med hensyn til forebyggelse af sygdomme, gør vi også meget herfor. Pt. er vi blandt andet i fuld gang med at implementere de netop udgivne forebyggelsespakker og store dele af KL's udspil Det nære sundhedsvæsen. De indsatser vi arbejder med i kommunen, er så vidt muligt evidensbaserede og har en masse positive effekter, men problemet er bare, at dette ikke nødvendigvis afspejles i den aktivitetsbestemte medfinansiering.

3. Manglede dokumentation og gennemsigtighed

Et af problemerne er, at vi i it-systemerne kun kan se, hvilke diagnoser borgerne bliver indlagt med og behandlet for. Vi kan ikke se, hvad baggrunden for diagnosen er – altså om vi kunne have gjort noget for at undgå diagnosen og indlæggelsen for den enkelte. Derfor er det vanskeligt for os som kommune at styre og påvirke udviklingen. Vi kan ikke se "ned" i tallene, dokumentationen for afregningen er uigennemsigtig, og vi kan ikke kontrollere, om vi reelt får det, vi betaler for.

Vi kan ikke se data på individniveau, og det er derfor i praksis umuligt at komme i dybden med, om vi kunne have gjort noget for den enkelte borger. Man kunne forestille sig, at den samme borger bliver genindlagt gang på gang, men som kommune kan vi kun handle herpå, hvis vi kender til borgeren. Alligevel skal vi betale.

Et eksempel kunne være en borger med KOL, der bliver indlagt gang på gang. Borgeren bor i privat hjem og er ikke i kontakt med kommunen. Som kommune har vi ikke mulighed for at vide, at denne borger bliver (gen)indlagt, hvilket i praksis gør det umuligt at (re)agere herpå og gøre noget for den enkelte. Vi bliver ikke gjort opmærksom på, at borgeren indlægges ofte, og vi kan derfor ikke gøre noget for at afbøde tilstanden og højne borgerens livskvalitet – evt. vha. et diagnoserettet KOL-forløb i kommunalt regi – og dermed spare på indlæggelserne.

Afregningen sker automatisk en gang om måneden, men der er ingen dokumentation for, om det, vi betaler for, reelt er det, der er udført. Vi betaler én samlet regning og pengene trækkes automatisk. De samlede beløb, diagnosefordeling, alder osv., kan vi se i it-systemerne, men det er på aggregeret niveau, og som sagt ikke på individniveau, og dokumentation mangler.

Naturligvis lægger Persondataloven nogle begrænsninger i forhold til kommunernes mulighed for at modtage opgørelser/dokumentation på cpr-niveau, men hele systemet er bygget op omkring en logik, der besværliggøres af vores begrænsede adgang til data og oplysninger.

Problemer med registreringspraksis

Praksis for registreringen på afdelingerne på sygehusene udgør et andet problem. Denne kan åbenbart ændres som følge af eksempelvis organisationsændringer på sygehusene, og desuden kan registreringen være forskellig fra sygehus til sygehus. Vi har tidligere oplevet, at der var registreringsfejl på et sygehus, hvilket betød et stort forventet merforbrug for især 2011 for flere kommuner. Disse blev dog opdaget af kommunerne, og der er sket tilbagebe-

taling (i 2012), men dette ændrer ikke ved uhensigtsmæssigheden i den "vilkårlige" registreringspraksis. I øvrigt har vi ikke mulighed for at kontrollere, om det er det korrekte beløb, der er tilbagebetalt.

Opsamling

Vi er i Slagelse blot en af mange kommuner, der oplever denne udvikling, og som står med de samme udfordringer. Samlet set tegner der sig et billede af et område, der for kommunerne i praksis er meget svært at styre, og hvor systemets indbyggede og incitaments- og forebyggelseslogik ikke holder i praksis.

Sygehuset får samme betaling for en indlæggelse, uanset hvor lang tid patienten er indlagt. Derfor er incitamentet for sygehuset; så korte indlæggelser som muligt – og dermed så mange indlæggelser som muligt. Og hvis der ikke nedlægges senge på grund af de korte indlæggelsestider, betyder det stigende udgifter for kommunerne – uanset alle mulige forebyggende tiltag.

Rationalet bag den aktivitetsbestemte medfinansiering var, at det skulle kunne betale sig for kommunerne at forebygge. Det kan vi ikke være uenige i – men det er et problem, at god effektiv forebyggelse og sundhedsfremme ikke afspejles i netop den aktivitetsbestemte medfinansiering.

Alt i alt kan man sige, at vi har med et system at gøre, hvor alle parter taber – også borgerne, som systemet vel i sidste ende gerne skulle komme til gode.

Forslag, idéer og opmærksomhedspunkter til det fremadrettede arbejde

For at hjælpe lidt på vej har vi medtaget et par forslag til inspiration, når eller hvis den aktivitetsbestemte medfinansiering skal genovervejes.

- Incitamentstankegangen holder ikke, som flere eksperter allerede forud for kommunalreformen fremførte. Hvis systemet skal nytænkes, kunne det overvejes, at differentiere mellem diagnoserne, således at kommunerne kun bliver medfinansierende på reelt forebyggelige diagnoser og indlæggelser, og hvor kommunernes indsatser direkte kan påvirke borgernes kontakt til sygehusene.
- Der er behov for bedre dokumentation for, hvad vi betaler for. Der skal ganske enkelt være mere gennemsigtighed i afregningssystemet.

- De it-systemer, vi får stillet til rådighed, skal være bedre og mere udbyggede. Data fra Landspatientregisteret er netop blevet sammenkørt med data fra arbejdsmarkedsområdet, og vi kan få data for afgrænsede populationer (minimum 10). Det er rigtig fint, men systemet bør udbygges yderligere – eksempelvis med data fra kommunernes omsorgssystemer, socioøkonomiske data og ikke mindst geografiske data, så det er muligt at lokalisere specifikke områder i kommunen og på den måde målrette indsatserne og undgå unødige indlæggelser.
- Der ønskes et større fokus på kvaliteten i behandlingen på sygehusene, frem for alene på aktivitetsmål og produktivitet. Det er fint med korte indlæggelser, men kun såfremt det ikke går ud over kvaliteten i behandlingen. Konsekvensen er, at vi som kommune risikerer at betale for, at den samme borger genindlægges unødigt grundet korte ufuldstændige behandlinger.
- Kommunerne i gang med at implementere store dele af anbefalingerne fra Det nære sundhedsvæsen. Man kunne måske overveje hensigtsmæssigheden i nogle af de indsatser, mange kommuner er i gang med pt. Vi risikerer at opbygge et parallelt sundhedsvæsen i kommunerne, der i stigende grad bliver behandlingsorienteret. Men dette er desværre bare en naturlig konsekvens af blandt andet de hurtige og korte forløb på sygehusene, og den måde systemet er indrettet på i dag.
- Man kunne spørge, om det i det hele taget er rimeligt, at kommunerne skal betale en stor del af regningen for noget, vi faktisk ikke kan styre.

Vi håber, at dette har givet stof til eftertanke og giver anledning til drøftelse i udvalget. Vi stiller os naturligvis gerne til rådighed, hvis der skulle være interesse for at inddrage os i det videre arbejde.