

## NOTAT

### **Høringsnotat om L 66 – Udkast til forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering (Ændring af det statslige bidrag til finansiering af regionerne)**

#### **1. Modtagne høringssvar**

Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven har været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.: Danske Regioner, KL, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Advokatrådet, Ankestyrelsen, Ansatte Tandlægers Organisation, Apotekerforeningen, Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Erhverv, Dansk Industri, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Dansk Selskab for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Dental Laboratorier, Danske Fysioterapeuter, Danske Universiteter, Datatilsynet, De Offentlige Tandlæger, Det Etske Råd, Ergoterapeutforeningen, Finanstilsynet, FOA, Forbrugerombudsmanden, Forbrugerrådet, Foreningen af kliniske diætister, Foreningen af Praktiserende Speciallæger, Foreningen af Radiografer, Foreningen af Speciallæger, Foreningen af Specialtandlæger i Ortodonti, Forsikring og Pension, Jordemoderforeningen, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter, LO, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Psykiolognævnet, Sundhedskartellet, Tandlægeforeningen, Tandlægeskolen, Københavns Universitet, Tandlægeskolen, Aarhus Universitet, Yngre Læger, Alzheimerforeningen, Bedre Psykiatri, Dansk Handicapforbund, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Ældreråd, Det Centrale Handicapråd, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerteforeningen, Høreforeningen, Institut for Menneskerettigheder, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen SIND, Patienterstatningen, Patientforeningen, Patientforeningen Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Psykiatrifonden, Rådet for Socialt Udsatte, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Sundhed Danmark, Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning og Ældresagen.

Sundheds- og Ældreministeriet har modtaget indholdsmæssige høringssvar fra følgende: KL, Rådet for Socialt Udsatte, Lægeforeningen, LO, LAP, Yngre Læger, Dansk Selskab for Almen Medicin, Tandlægeforeningen, Apotekerforeningen, Danske Patienter, FOA, Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Sygeplejeråd, Danske Regioner, Det Etske Råd, Danske Ældreråd og Ældre Sagen.

I det følgende resumeres hovedindholdet af de indkomne høringssvar. Ministeriets kommentarer hertil er *kursiverede*:

## 2. Generelt

Generelt er høringsparterne (for eksempel Lægeforeningen, LO, Yngre læger, Danske Patienter, FOA, KL) positive i forhold til afskaffelsen af det årlige produktivetskrav og den statslige aktivitetspulje. Flere af parterne lægger vægt på, at styringen med aktivitetspulje og produktivetskrav har medført en skævvridning i behandlingsindsatsen og skabt en for ensidigt fokus på at øge kvantiteten i behandling.

I flere af høringssvarene (for eksempel Dansk Selskab for Folkesundhed, LO, DSAM, Apotekerforeningen, Danske Patienter, KL) er der støtte til at ændre fokus i styringen til sammenhæng frem for det hidtidige fokus på aktivitet (opgjort ved DRG-værdi). Ligeledes er flere høringssvarene enige i formålet med nærhedsfinansiering om at flytte behandlingsindsats til det nære sundhedsvæsen. Flere af høringssvarene (for eksempel Lægeforeningen, Yngre læger, LO, FOA, Danske Patienter) fremhæver en bekymring om, at de økonomiske incitamenter i nærhedsfinansiering kan lede til uhensigtsmæssige beslutninger og mener, at midlerne hellere skulle overføres til regionerne som en del af bloktilskuddet.

## 3. Gennemgang af konkrete høringssvar

### Resultatafhængig finansiering er ikke en hensigtsmæssig løsning

#### 3.1 Ikke behov for ny afhængig finansiering

Lægeforeningen, Yngre Læger, Dansk Sygeplejeråd, FOA og LO påpeger, at der ikke er behov for ny afhængig finansiering i stedet for den statslige aktivitetspulje. Bl.a. fremhæves det, at der er tilstrækkeligt med statslige styringsredskaber på sundhedsområdet med fx de nationale mål, patientrettighederne, budgetloven mv. Det fremhæves, at der bør passes på med en kobling af måling på kvalitet med økonomi. I svarene ligger der dermed et anbefaling om, at midlerne i stedet udbetales som bloktilskud.

*Staten sætter den overordnede retning for sundhedsvæsenet på tværs af regioner og kommuner. Nærhedsfinansiering som en afhængig finansiering skal dermed bidrage til, at der fremadrettet bliver et øget ledelsesmæssigt fokus på bl.a. sammenhæng på tværs af sektorer – og i mindre grad fokus på mer-aktivitet. Da der indgår økonomi i styringsmodellen bliver signalet om en ny retning stærkere end hvis det alene var målsætninger for indikatorer uden økonomi. Det er for at signalere vigtigheden af den nye retning for styringen.*

*Der bør være en varsomhed med at koble økonomi og indikatorer – og dette er søgt afspejlet i den model for nærhedsfinansiering, som der er blevet aftalt mellem regeringen og Danske Regioner ved ØA19. Det bør samtidig fastslås, at det ikke er hensigten – eller forventningen – at modellen skal tage midler ud af den regionale økonomi.*

*Nærhedsfinansiering udbetales derfor også forud og efter samme fordeling som bloktilskuddet. Det bemærkes yderligere, at ca. 99 pct. af den regionale finansiering udbetales som uafhængig finansiering, enten som bloktilskud eller som kommunal medfinansiering.*

*Nærhedsfinansiering er et redskab til at sætte en overordnet retning for sundhedsvæsenet, samtidig med at der skal være øget plads til den lokale ledelse. Nærhedsfinansiering er på den baggrund og for at lægge vægt på det overordnede signal udarbejdet med simple mål, hvor der ikke afregnes kontinuert for hver indikator, men hvor målets opfyldelse er "enten-eller". Der er derfor forventningen, at nærhedsfinansiering skaber et regionalt ledelsesmæssigt fokus på disse målsætninger. Det skal gerne sikre etablering*

*af stærkere samarbejder på tværs af sektorer og indsatser, der kan etablere mere nærhed i behandlingen og gøre, at unødigt sygehusaktivitet kan undgås. Og så forventes en gunstig indikator-udvikling og fuld udmøntning af nærhedsfinansieringen. Det er således ikke forventningen, at de indikatorer, som aftales med Danske Regioner, skal omsættes en-til-en til sygehus og afdelinger.*

### **3.2 Økonomisk incitament kan lede til uhensigtsmæssige beslutninger**

*Lægeforeningen, Yngre læger, DSAM, og til dels Danske Patienter og LO påpeger, at nærhedsfinansiering kan være en risikabel styring, idet økonomisk incitament kan lede til uhensigtsmæssige og ikke fagligt-funderede beslutninger. Der lægges vægt på en risiko forbundet med kriterierne omhandlende mindre sygehuskontakt ("reduktion i antal sygehusforløb pr. borger" og "reduktion i DRG-værdi pr. kroniker med KOL og/eller diabetes"). Bekymringen er, at det økonomiske incitament vil føre til ufaglige beslutninger og til gaming, med risiko for at patienter med et behov ikke modtager behandling. DSAM påpeger en risiko for, at sygehusene ikke vil modtage dårlige patienter, eller vælger at udskrive patienter, førend det er fagligt forsvarligt.*

*Kobling af et økonomi på en indikator har risici (uhensigtsmæssig forvriddning af adfærd, gaming, cream-skimming mv.), og at det skal derfor gøres med varsomhed. Som det er beskrevet under svaret på 3.1, er nærhedsfinansiering udarbejdet under hensynstagen hertil. Den er tiltænkt et fokus på det overordnede signal, men ikke at den skal udmøntes gennem en takst-afregningsmodel til f.eks. den enkelte læge eller sygeplejerske. Risikoen for uhensigtsmæssigheder (gaming, cream-skimming mv.) vurderes særligt at gøre sig gældende, hvis udmøntningen sker for langt ned i organisationen. Det er ikke forventningen, at der vil ske en sådan udmøntning, og hensigten med modellen er ikke dette.*

*Hensigten med modellen er derimod, at målopfyldelse vil ske som følge af et øget ledelsesmæssigt fokus på dagsordenen om sammenhæng og nærhed og at det vil medføre igangsættelse af kloge, faglige initiativer, der går i den rigtige retning: Kan vi håndtere en patient pr. telefon i stedet for til et ambulans besøg? Kan to kontakter løses på samme dag? Kan patienten styre sin egen sygdom ved hjælp af telemedicinsk udstyr? Kan vi ved at gøre en ekstra indsats undgå en genindlæggelse? Kan sygehuset ved at supportere almen praksis-læger og det kommunale sundhedspersonale undgå øget og unødigt sygehusaktivitet? Og så videre.*

*Hensigten er dermed, at der skal igangsættes fagligt meningsfulde initiativer for at opnå målene. Og at gennemførelse af sådanne initiativer også giver økonomisk mening for regionerne med en ny statslig finansiering af regionerne – i modsætning til med under den statslige aktivitetspuljen. Hensigten er altså, at fagligheden og økonomien peger i samme retning.*

*Det bemærkes yderligere, at der naturligvis vil blive fulgt tæt op på nærhedsfinansiering – og på betydningen og effekten af de enkelte indikatorer. Det bemærkes også, at modellen er dynamisk, så indikatorer løbende kan udskiftes i takt med nye informationer, et ændret behov eller politisk prioritering.*

### **Valg af resultatkræterier**

#### **3.3 Resultatkræterier bør fastsættes i samarbejde**

*LO, LAP og Rådet for Socialt Udsatte anbefaler, at udarbejdelsen og beslutningen af resultatkræterierne sker i tæt samarbejde med regionerne og relevante interessenter*

*I praksis vil fastlæggelsen af resultatkrakterierne ske i samarbejde med Danske Regioner. For hvert kommende år vil kriterierne blive fastlagt og aftalt i forbindelse med forhandlingerne om regionernes økonomi, der foregår hvert forår. I fastlæggelsen af resultatkrakterierne er Sundheds- og Ældreministeriet dertil interesseret i bidrag fra relevante interessenter.*

### **3.4 Overvejelse om andre resultatkrakterier?**

*Ældre Sagen og Lægeforeningen finder ikke de opstillede resultatkrakterier tilstrækkelige, dog af forskellige årsager. Ældre Sagen opfordrer til, at der suppleres med en patientoplevelt indikator på resultatmålingen, dersom det anses det for værende væsentligt i forhold til at måle sammenhængen i sundhedsvæsenet. Lægeforeningen stiller spørgsmål til de sundhedsfaglige overvejelser bag valget af kriterier og til det fastlagte mål-niveau for indikatorerne.*

*Resultatkrakterierne i nærhedsfinansiering er dynamiske, således at de over tid kan udskiftes efter behov. Aftaler om ændringer til resultatkrakterierne vil ske i forbindelse med indgåelse af aftale om regionernes økonomi.*

*Ældre sagens indikator-forslag er noteret, og forslaget vil indgå i de fremadrettede løbende overvejelser om ændringer til resultatkrakterierne.*

*De fem resultatkrakterier for 2019 er valgt i forbindelse med forhandlingerne om regionernes økonomi for 2019, og de afspejler derfor regeringens og Danske Regioners prioriteter. Centrale principper for udvælgelsen af indikatorerne har været, at indikatorerne skulle være enkle samt, at der – så vidt muligt - skulle genbruges eksisterende indikatorer fra nationale mål. Kriterierne er derudover valgt med øje for datakvalitet. Under hensynet til enkelthet er mål-niveauet for kriterierne 1-4 fastlagt som niveauet fra 2018. Der stilles derfor ikke krav til en større ændring, men alene en retning af indikatoren.*

*Det bemærkes igen, at formålet med nærhedsfinansiering er, at der sendes et overordnet signal for en retning i udviklingen af sundhedsvæsenet mod mere nærhed og sammenhæng og om vigtigheden heraf, men ikke at der skal implementeres resultatbaseret aflønning på disse indikatorer ned på den enkelte afdeling.*

### **3.5 Opfyldelse af kriterier afhænger af kommuner og almen praksis, men mulig økonomisk straf tilfalder regionerne**

*Lægeforeningen påpeger, at det er problematisk fra en styringsvinkel, at opfyldelse af kriterierne afhænger af indsatsen i kommunerne og almen praksis, men at det alene er regionerne (og sygehusene), der har økonomi på spil.*

*Det er korrekt, at opfyldelse af kriterierne i ethvert geografisk område vil afhænge af alle tre aktører (kommuner, sygehus og almen praktiserende læger). Hensigten er, at sygehuset (og regionen) skal tage ansvar for at sikre en bedre sammenhæng mellem disse parter, fx ved øget samarbejde, udgående teams, sygehuset som supporterende for almen praksis og kommunale sundhedsfunktioner.*

*Med aktivitetspuljen har det flere steder været oplevelsen, at kravet om mer-aktivitet på sygehusene har kunnet stå i vejen for en ændret opgavefordeling mellem sygehus, kommune og almen praksis. Dette er søgt imødekømt med nærhedsfinansiering. Det er i øvrigt værd at bemærke, at regionen bærer myndighedsansvaret for sundhedsopgaver løst i almen praksis og dermed har et ledelsesansvar overfor almen praksis.*

*Nærhedsfinansiering fulde udmøntning til regionerne sikrer, at der er balance i regionernes udgiftsniveau/budget og regionernes finansiering for pågældende år.*

### **Finansiering før kapacitet og kvalitet er på plads**

#### **3.6 Kvalitet og kapacitet er ikke på plads i kommunerne endnu**

*Lægeforeningen og til dels DSAM og Tandlægeforeningen påpeger, at man bør sikre, at kommunerne er helt klar før de forventes at varetage flere opgaver. Lægeforeningen mener ikke, at kommunerne er fagligt klar til at varetage flere opgaver. Der vil være behov for et kompetenceløft inden udflytning, og ellers er der en risiko for, at udflyttede patienter får andenrangs-tilbud. Lægeforeningen påpeger samtidig, at evt. opgaveflytning bør baseres på aftaler.*

*Planen er over de kommende år at løfte kvaliteten i kommunerne. Med ØA19 er der givet en prioritering og med den kommende sundhedsreform vil der også ske en prioritering, ligesom der lanceres en kommunal kvalitetsplan. Det vil forblive en prioritet.*

*Der bør ikke flyttes opgaver til aktører, som ikke er klar til at varetage dem. Der forventes en flytning til det nære sundhedsvæsen samtidig med, at der skal være en mere ensartet og højere kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Ansvar for, at opgaver kun varetages de steder, hvor det er fagligt tilfredsstillende, påhviler institutionen med myndighedsansvaret for den pågældende opgave.*

*Udviklingen af det nære sundhedsvæsen er en løbende proces, der både kræver at kvaliteten i det primære sundhedsvæsen forbedres og at styringen understøtter denne vision. Med den statslige aktivitetspulje var der ikke incitament til denne udflytning. Med fjernelse af den statslige aktivitetspulje og introduktion af nærhedsfinansiering sikres det, at der ikke er et incitament, som står i vejen for omstillingen.*

#### **3.7 Almen praksis kan ikke varetage flere opgaver med nuværende kapacitet og økonomi**

*DSAM påpeger, at almen praksis har behov for en øget kapacitet for at kunne varetage mere behandling. Ligeledes fremhæver PLO, at der med en ændret opgavefordeling, hvor almen praksis skal varetage mere, vil være behov for en tilpasning af deres økonomi.*

*Det er en prioritet for regeringen, at almen praksis styrkes, sådan at kvaliteten løftes og mere behandling kan varetages i almen praksis. Det er også fremlagt i udspillet fra juni 2018, "En læge tæt på dig".*

*Det bemærkes, at nærhedsfinansiering ikke har nogle direkte økonomiske effekter for kommuner samt erhvervsliv, herunder almen praksis. Nærhedsfinansiering kan dog have en indirekte effekt for økonomien i fx almen praksis ved, at nærhedsfinansiering bidrager til en ændret lokal prioritering, hvor større dele af den regionale økonomi (og opgaver) henlægges hos almen praksis. Det kan både ske i forbindelse med lokale aftaler (fx i regi af sundhedsaftaler) eller mere centralt i regi af den samlede overenskomst.*

### **Øvrige bemærkninger**

#### **3.8 Digitale løsninger tilvejebringer øget ensomhed og manglende patient-læge relation**

*DSAM er bekymret for, at økonomiske incitamenter, og ikke ren faglighed, vil være styrende for brugen af digitale løsninger. Det påpeges, at digitale løsninger fungerer rent teknisk, men at de også kan tilvejebringe ensomhed hos syge patienter, der vil mangle en kontinuerlig patient-læge relation.*

Nye teknologier udbredes i disse år i hele sundhedsvæsenet, og de rummer potentielt store gevinster, bl.a. ved at muliggøre mere individuelt tilrettelagt behandling og digital kommunikation. Nogle borgere er meget selvhjulpne og har ressourcerne til mere digital kontakt med sundhedsvæsenet, bl.a. patienter med velreguleret kronisk sygdom eller travle børnefamilier med behov for fleksibel kontakt lægen. Det kan også være patienter, som oplever en øget trykthed netop ved at modtage behandling i deres eget hjem. Et forskningsprojekt fra Region Nordjyllands projekt TeleCare Nord for patienter med KOL har fx vist, at borgerne oplever øget trykthed, fleksibilitet og kontrol med egen sygdom ved hjælp af digitale løsninger til hjemmebehandling. For denne gruppe af borgere, kan det være udmattende at skulle transportere sig til kontrol hos lægen. Når sundhedsvæsenet kommer tættere på borgeren med telemedicinske løsninger hjemme hos dem selv, kan det altså for en gruppe af borgere betyde både mere trykthed men også energi i hverdagen. Men det må naturligvis også samtidig anerkendes, at for andre patienter er det personlige møde afgørende for deres behandling, og de har behov for fysisk og proaktiv kontakt. Det er derfor afgørende, at de digitale løsninger anvendes, der hvor det giver bedst mening for borger og sundhedsperson i den konkrete situation. Det er vigtigt med opmærksomhed på dette i udbredelsen af teknologi fremadrettet.

### **3.9 Nærhedsfinansiering skal følges af pligt til at etablere udgående funktioner**

Ældre Sagen opfordrer til, at regionerne forpligtes til at etablere udgående funktioner, idet der ses en risiko for, at regionerne styrer målrettet efter resultatkriterierne uden at være medansvarlig for behandlingen i det nære sundhedsvæsen.

Nærhedsfinansiering er en overordnet statsligt styringsredskab, der sætter en retning men med vide rammer for den lokale implementering. Det er fortsat det regionale ansvar at sikre god og rettidig behandling, enten gennem en udgående funktion eller en anden løsning. Hensigten med modellen er et øget ledelsesmæssigt fokus på dagsordenen om sammenhæng og nærhed og at det vil medføre igangsættelse af kloge, faglige initiativer, der går i den rigtige retning. Det er dermed også forventningen, at regionerne og sygehusene med nærhedsfinansiering får en øget medansvarlighed for, at der kan sikres en god behandling i det nære sundhedsvæsen, enten fx gennem udgående funktion eller ved at sygehuset giver god vejledning til fx almen praksis eller kommunalt sundhedspersonale.

### **3.9 Risiko for en afledt brugerbetaling i kommunerne**

Ældre Sagen mener, at der er et behov for at tilpasse lovgivningen ud over den forslåede ændring af styringsprincippet for finansieringen, dersom der ellers er risiko for afledt brugerbetaling i kommunen. Dette gælder bl.a. udgifter til kost og medicin i forbindelse med et ophold på de kommunale akutpladser fremfor på hospitalet, hvor førnævnte ellers ville være vederlagsfri.

Sundheds- og Ældreministeriet er opmærksomme på, at der er forskellige regler ved behandling hhv. i kommunal og i regional regi, herunder ift. mulige egenudgifter. Spørgsmålet vurderes dog at ligge udenfor rammerne af dette lovforslag, der handler om at muliggøre, at en del af regionernes finansiering kan afhænge af andre kriterier end DRG-opgjort aktivitet.

### **Bemærkninger fra KL**

#### **3.10 KL ønsker at deltage i udvælgelse af kriterier**

KL mener, at de - på lige fod - med Danske Regioner bør indgå i de løbende drøftelser af modellen for nærhedsfinansiering, herunder evt. justering af kriterierne.

*Henset at Nærhedsfinansiering er en finansiering af netop regionerne og ikke direkte kommunerne indgår nærhedsfinansiering i årets økonomiaftale for 2019 med regionerne, mens den ikke indgår i aftalen med kommunerne.*

*Når det er sagt, er det klart, at kommunerne også er en central part i fremtidens sundhedsvæsen. De elementer, som der er relevante for kommunernes varetagelse af deres sundhedsopgave, kan KL derfor bringe op i forbindelse med de årlige økonomiaftaler. Derudover, på lige fod, med andre interessenter er KL velkomne til at komme med forslag til justeringer til nærhedsfinansiering, herunder af kriterier, for fremtidige år.*

### **3.11 Nærhedsfinansiering bør følges op med en prioritering af kommunal sundhed**

KL påpeger, at nærhedsfinansiering potentielt kan have en økonomisk effekt for kommunerne. KL mener på den baggrund, at der bør ske en prioritering af det nære sundhedsvæsen og kommunerne, der skal sikre de kan varetage flere opgaver.

*Det bemærkes, at nærhedsfinansiering ikke i sig selv direkte har en økonomisk effekt for kommunerne. Kriterierne kan dog bidrage til en ændring i fordelingen af opgavevaretagelse mellem staten, regionerne og kommunerne. En sådan ændring i fordeling af opgavevaretagelse og evt. tilhørende økonomi vil blive besluttet lokalt mellem parterne. Det vil bl.a. kunne foregå med hjemmel i sundhedslovens § 239, som KL selv også påpeger.*

*Derudover bemærkes det også, jf. svar på 3.6, at det er regeringens prioritet og målsætning, at kvaliteten over de kommende år skal løftes i det kommunale sundhedsvæsen.*

### **3.12 Der bør følges op på konsekvenser af nærhedsfinansiering for kommuner og almen praksis fra centralt hold**

KL mener, at der bør følges op på evt. konsekvenser af nærhedsfinansiering fra centralt hold.

*Fra centralt hold vil der løbende ske en overvågning af ordningen, herunder ift. dets konsekvenser for opgavevaretagelsen på tværs af sygehuse, almen praksis, speciallæger og kommuner. Det bemærkes også, at der, jf. aftale om regionernes økonomi for 2019, er planlagt, at modellen evalueres efter 2 år.*