

Et sundhedsvæsen i verdensklasse? - Ikke uden kommunerne



Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Indledning.....	5
2. Behovet for effektiv kommunal indsats på sundhedsområdet	6
2.1 Forebyggelse er bedre end behandling, men også nødvendig!	6
2.2 Behov for en effektiv borgerrettet forebyggelse!.....	7
2.3 Flere kronikere.....	8
2.4 Flere opgaver på genoptræningsområdet	9
2.5 Udviklingen i de kommunale plejeopgaver	10
2.6 Flere opgaver i kommunerne på psykiatriområdet	12
3. Model for bedre finansiering af det nære sundhedsvæsen.....	14

Forord

Regeringen har et mål om et sundhedsvæsen i verdensklasse. Desværre er der betydelige mangler i regeringens plan, der ensidigt fokuserer på sygehusene. Konsekvensen er, at der sker en skævvridning af det danske sundhedsvæsen, der betyder, at målet om et sundhedsvæsen i verdensklasse sandsynligvis aldrig indfries. For det er nemlig kun den meget specialiserede behandling, der i dag prioriteres af regeringen.

Regeringens plan indeholder ikke et fokus på alle de opgaver, der ligger uden for sygehusene i det nære, kommunale sundhedsvæsen. Det er opgaver, der kun bliver flere af. Det er opgaver knyttet til mange af de ældre medicinske patienter, der ikke længere skal behandles på de specialiserede supersygehuse, men som i stigende grad skal behandles i kommunerne. Det er også alle de kronisk syge, der ikke længere går til kontrol i ambulatorierne, men som i stedet går hos egen læge og modtager tilbud i kommunerne.

Hvis målet om et sundhedsvæsen i verdensklasse skal tages alvorligt, er der behov for en balanceret udvikling af hele sundhedsvæsenet. Det nytter ikke noget kun at fokusere på sygehusene. Det er kommunerne, der skal løfte flere og flere opgaver på sundhedsområdet – opgaver, der grundlæggende aflaster sygehuse og muliggør deres specialisering, kortere liggetider og færre genindlæggelser.

Dette udspil giver en række bud på, hvordan en sådan balance kan opnås, og hvordan det nære kommunale sundhedsvæsen kan styrkes gennem en bedre finansierungsordning.

Jan Trøjborg

Peter Gorm Hansen

1. Indledning

Regeringen har lanceret en storstilet investeringsplan, hvor 42 mia.kr. går til sygehusene over de kommende år. Planen betyder, at Danmark får nye ”supersygehuse”, med stærke faglige miljøer og den nyeste teknologi. Sygehusene specialiserer sig i det, som de er gode til, nemlig behandling. Alt i alt en faglig fornuftig udvikling for samfundet.

Men der er noget, der halter i regeringens plan! For hvor er kommunerne og det nære sundhedsvæsen henne i planen? Den del af sundhedsvæsenet, der skal tage sig af alle de opgaver, der ikke længere er plads til på sygehusene. Det er vigtige opgaver som forebyggelse, genoptræning og pleje og efterbehandling. Denne del er fraværende i regeringens vision.

Der bruges i dag en forsvindende lille del af det samlede budget på forebyggelse. Det er ufornuftigt, fordi kommunerne har en vigtig rolle i at holde borgerne udenfor sygehusene og forebygge sygdom og indlæggelser.

Der sker en massiv opgaveglidning fra sygehusene til kommunerne, fordi patienterne udskrives hurtigere og hurtigere. Samtidig gennemfører kommunerne flere og flere genoptræningsforløb for de samme penge.

Allerede i dag aflaster kommunerne sygehusene i stor stil. Denne udvikling vil kun tage yderligere fart, når supersygehusene står klar.

Der skal derfor være en bedre balance mellem det kommunale sundhedsvæsen og sygehusene. Kommunerne skal have bedre økonomiske rammer for at løfte en større opgave på sundhedsområdet. Ellers vil sundhedsopgaverne ikke blive løst tilfredsstillende, og andre velfærdsopgaver i kommunerne vil blive fortrængt. Desuden vil patienter blive tabt mellem et specialiseret sundhedsvæsen og det nære sundhedsvæsen, der ikke er blevet prioriteret tilstrækkeligt. Dertil kommer, at det er langt billigere, at kommunerne løser flere opgaver frem for sygehusene. Et sundhedsvæsen i verdensklasse forudsætter investeringer i det kommunale sundhedsområde – ellers forbliver det en illusion.

Men hvad skal der så til?

Dette udspil foreslår en finansieringsmodel, der kan føre til en bedre balance. Danskerne kan få mere sundhed for deres skatte kroner med en bedre balance mellem det nære sundhedsvæsen og sygehusene.

2. Behovet for effektiv kommunal indsats på sundhedsområdet

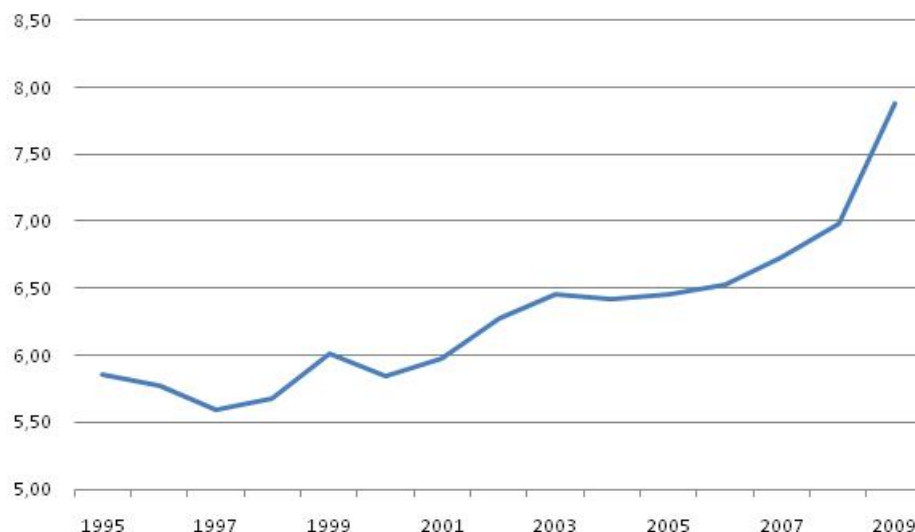
Kommunerne oplever flere opgaver på sundhedsområdet som konsekvens af specialiseringen og øget produktivitet på sygehusene. Der er også øgede forventninger til kommunerne om at aflaste sygehusene gennem en effektiv forebyggelsesindsats. Det skyldes især væksten i borgere med kroniske sygdomme, men også en stigning i antallet af borgere, der er i risiko for at blive syge.

2.1 Forebyggelse er bedre end behandling, men også nødvendig!

Den demografiske udvikling, hvor danskerne bliver ældre, betyder, at flere får brug for behandling og i længere tid. Det bliver dyrt for samfundet, særligt når der generelt på arbejdsmarkedet bliver færre til at løse opgaverne og finansiere udgifterne.

Vismændene har slået fast, at den nuværende vækst i sundhedsvæsenet ikke kan fortsætte. Væksten er højere end udviklingen i Danmarks BNP. Væksten skyldes i høj grad en ændring i befolkningens alderssammensætning med flere ældre. *”Øgede udgifter på sundhedsområdet gør det nødvendigt enten at begrænse forbruget af andre offentlige udgifter, øge skatterne eller finde alternative kilder til finansiering for de øgede sundhedsudgifter”.*

Figur 1: Udvikling i sundhedsudgifter som andel af BNP fra 1995 til 2009.



Udgiftspresset på sundhedsområdet og fortsat stigende offentlige sundhedsudgifter kan skabe et finansieringsproblem for velfærdsstaten. Det er derfor vigtigt at huske på, at hvis forebyggelsesindsatsen i kommunerne kan medvirke til at mindske risikoadfærden og generelt forbedre sundhedstilstanden i befolkningen, kan det være med til at mindske behovet for behandling.

Vismændene peger på sund aldring som strategi for at nedbringe presset på udgifterne i sundhedsvæsenet. Dette understreger behovet for effektiv forebyggelse.

se i kommunerne, der medvirker til, at der føjes flere gode leveår til livet, så sygdom udskydes og perioden med sygdom forkortes mest muligt. Dette er en kommunal hovedopgave, men det kræver bedre finansiering for at lykkes.

2.2 Behov for en effektiv borgerrettet forebyggelse!

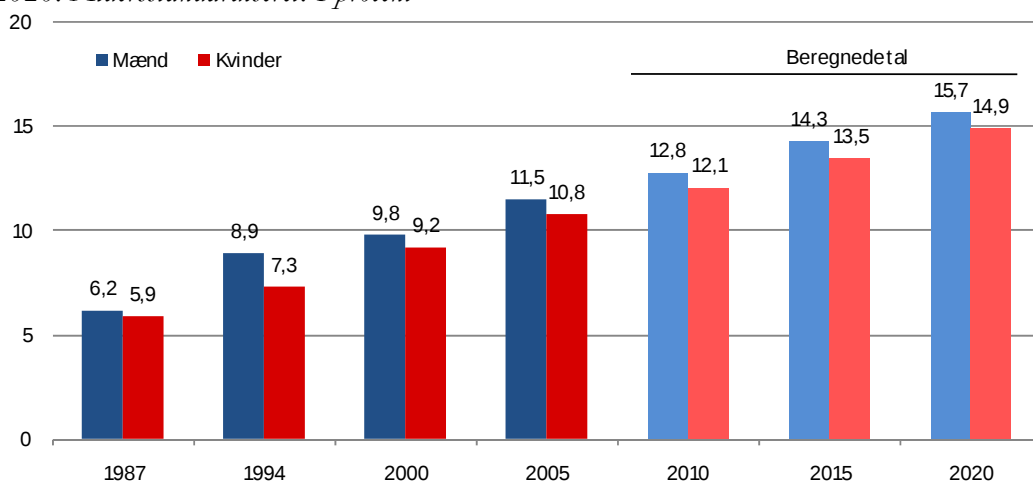
Der er ikke tvivl om, at udfordringerne på folkesundhedsområdet fortsat er massive, selvom der også sker en positiv udvikling på nogle områder.

De nye regionale sundhedsprofiler viser tendenser, som sandsynligvis vil genfindes på landsplan:

- *Flere overvægtige.* Andelen af såvel moderat som svært overvægtige har de sidste mange år været stigende, og denne tendens synes at fortsætte.
- *Færre dagligrygere.* Den faldende tendens i antallet af dagligrygere fortsætter.
- *Danskerne drikker fortsat meget.* Der ses dog positive tendenser i retning af, at der er færre, der rusdrikker.
- *Andelen af fysisk inaktive er faldende.* Tallet dækker over, at flere har fået stillesiddende arbejde, men samtidig er flere blevet fysisk aktive i fritiden.
- *Der er fortsat en betydelig social ulighed i sundhed.* Både for overvægt, rygning og fysisk inaktivitet er der en betydelig social slagside.

Sundhedsprofilerne viser, at flere og flere bliver overvægtige, og at alkoholforbruget er for højt. Desuden ryger stadig mang, og danskerne er generelt for inaktive. Det vil alt sammen føre til fremtidige helbredsproblemer, der kan forebygges. Kommunerne har en hovedopgave her, men regeringen har ikke sikret fornuftige rammer set i forhold til problemernes omfang. Kommunerne vil her kunne aflaste det behandlende sundhedsvæsen langt bedre, men det kræver finansiering.

Figur 2: Udviklingen i hyppigheden af svært overvægtige 1987-2005 og fremskrevet til 2020. Aldersstandardiseret. I procent



I 2011 budgetterede kommunerne med ca. 500 mio. kr. til forebyggelse og sundhedsfremme. Det svarer til, at for hver 100 kr., der bruges på sundhed, går ca. 40 øre til kommunal sundhedsfremme og forebyggelse. Når de faktiske tal kommer på bordet, er det tydeligt, at forebyggelse ikke prioriteres.

KL har givet flere bud på, hvad kommunerne med fordel kan gøre mere af, hvis finansieringen er til stede. Flere ensartede tilbud i alle kommuner, hvor der er dokumentation for, at det er relevant, kan løfte indsatsen til det nødvendige niveau.

2.3 Flere kronikere

Mere en 1,5 millioner mennesker har en kronisk lidelse. Antallet, der får konstateret diabetes, KOL eller Hjerte-kar-sygdomme, eller som overlever en kræftsygdom, er i vækst. Et øget antal af disse kronisk syge patienter skal modtage forskellige tilbud i kommunerne. Kommunerne får og har allerede flere opgaver i form af patientuddannelse, træning, kostvejledning, psykosocial støtte samt hjælp til at komme tilbage til arbejdsmarkedet. Det er vigtige tiltag for, at borgeren kan komme tilbage til et så normalt liv som muligt.

Kræftrehabilitering i kommunen

Karen er 36 år, gift og mor til tre mindre børn. Karen får tyktarmskræft og behandles med operation, kemoterapi og stråling.

Rehabiliteringen starter under indlæggelse med tilbud om kræftskole over fire eftermiddage, hvor et tværfagligt team fortæller om bl.a. kost, psykologiske reaktioner og bivirkninger mv. Karen får endvidere tilbud om fysioterapeutisk træning.

Ved udskrivelse sammensættes et rehabiliteringsprogram i et samarbejde mellem Karen, en kontaktsygeplejerske fra sygehuset, sagsbehandler fra kommunen og Karens mand. Karen har i det efterfølgende forløb behov for en række indsatser for at blive rehabiliteret, som også omfatter Karens familie, der har været tæt involveret i hele forløbet. Sammen planlægges der familierådgivning, vejledning ved en diætist for at afhjælpe diarre samt fysisk træning for at styrke kroppen generelt. Alle tilbuddene foregår i kommunens sundhedscenter.

Ca. 2 måneder efter behandlingerne slutter, starter Karen på arbejde, på deltid. Hun kommer fortsat i sundhedscentret, men er begyndt at vende sig mere mod de tilbud, der findes i det lokale fitness center. Hun følges tæt af egen læge både i forhold til at vende tilbage til arbejdet og i forhold til kosten og vægten.

Desværre er der ikke overført mange midler til kommunernes forebyggelsesarbejde overfor kronisk syge. Ca. 180 millioner er blevet overført for perioden 2010 – 2012. Der er tale om puljemidler, der løber ud i 2012. Herefter er det usikkert, hvilke midler kommunerne har til rådighed generelt, udover relativt få midler om året til gennemførelse af regeringens Kræftplan III.

Kommunerne forebygger indlæggelse af kronisk syge

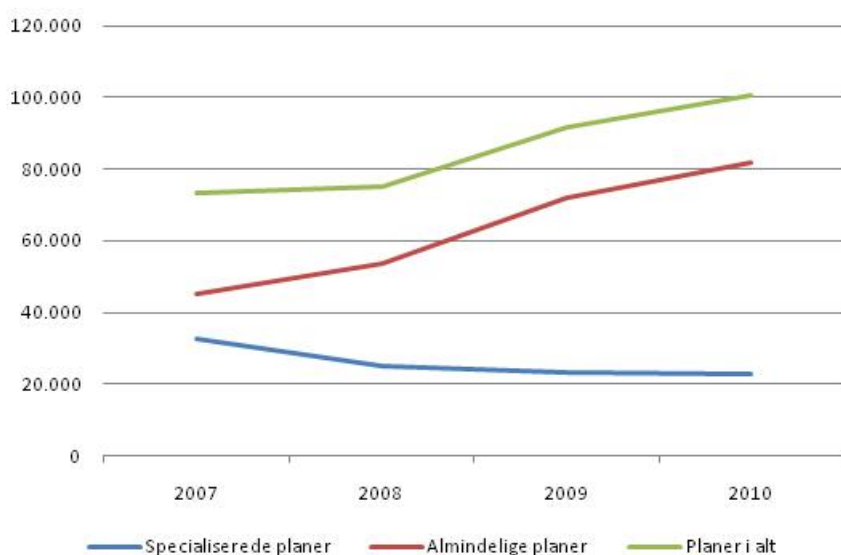
Fru Larsen har KOL i svær grad og har over en længere periode haft mange hyppige korte indlæggelser. En opfølgende samtale efter den seneste indlæggelse kortlægger, at fru Larsen pludselig oplever slet ikke at kunne få luft, bliver bange og ringer 112. Sommetider får fru Larsen det allerede bedre i ambulancen, og andre gange får hun lidt ilt ved indlæggelsen og oplever herefter hurtig bedring. Hjemmesygeplejen beslutter at sørge for, at fru Larsen får et mobilt iltapparat installeret i hjemmet og samtidig får fru Larsen udleveret et akutnummer til hjemmesygeplejersken. De to tiltag betyder, at fru Larsen undgår de mange og hyppige genindlæggelser, ikke mindst fordi hun oplever stor tryghed ved at kunne kontakte hjemmesygeplejersken døgnet rundt. For kommunen betyder det, at fru Larsen nu kontakter kommunen i stedet for at ringe 112, og derfor løser kommunen nu en række af de opgaver, som tidligere blev varetaget i sygehusregi.

Der er selvsagt behov for en vedvarende finansiering, der kan bringe kommunernes forebyggelsesarbejde op i gear set i forhold til væksten i antallet af kronikere.

2.4 Flere opgaver på genoptræningsområdet

Den øgede aktivitet i det regionale sundhedsvæsen betyder, at flere patienter har behov for genoptræning. Siden kommunerne i 2007 overtog ansvaret for genoptræning efter sundhedsloven, har antallet af genoptræningsplaner været kraftigt stigende.

Figur 3: Antal individuelle genoptræningsplaner, 2007-2010



Note: 2010 er en foreløbig opgørelse.

Sundhedsstyrelsens årsopgørelse fra 2010 viser, at antal genoptræningsplaner i alt er steget med ca. 10 pct. fra 2009 til 2010. For hele perioden er stigningen i antal genoptræningsplaner i alt på 36 pct. Tallene taler sit eget klare sprog om et kæmpe behov for genoptræning efter indlæggelse på sygehusene.

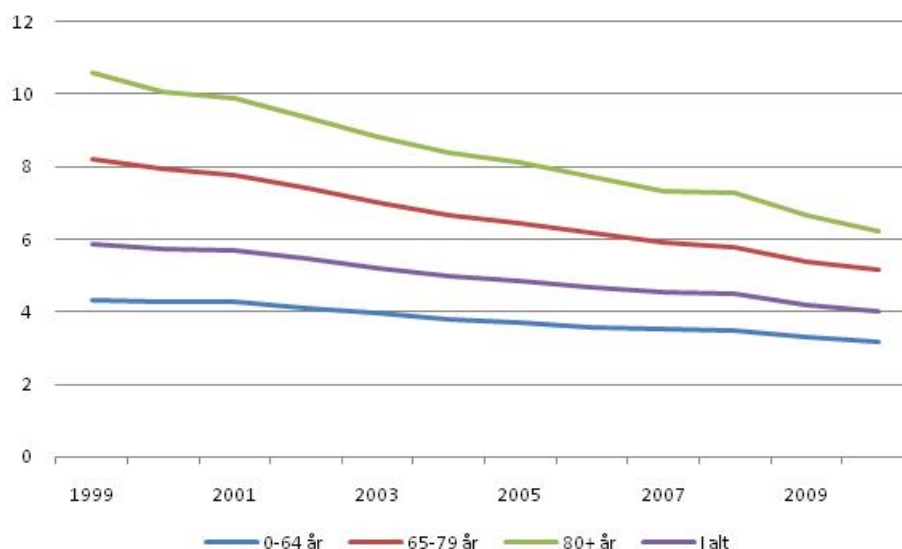
Den øgede aktivitet på genoptræningsområdet kan aflæses i de kommunale regnskaber, hvor kommunernes udgifter til træning er steget med ca. 360 mio. kr. fra 2007 til 2009. Kommunerne har ikke fået kompensation for den øgede aktivitet. I dag er det bl.a. den vedligeholdende træning for ældre, der må holde for, for at kommunerne kan få enderne til at mødes.

Der er i dag ventetider til den kommunale genoptræning. Ventetiderne er et udtryk for, at økonomien ikke strækker i forhold til behovet. Og behovet er stigende, ikke mindst fordi sygehusene behandler stadig flere. Med en bedre finansiering, vil kommunerne kunne give borgerne tilbuddene hurtigere end i dag. Det vil betyde, at flere hurtigere vil komme tilbage til et normalt liv, herunder tilbage på deres arbejdsplads.

2.5 Udviklingen i de kommunale plejeopgaver

De kortere liggetider på sygehusene, den teknologiske udvikling samt væksten i antallet af kronikere betyder, at der er kommet mange nye opgaver og en langt større opgavemængde i det kommunale plejeområde (hjemmesygepleje, hjemmepleje, plejeboliger mv.). Det er en fornuftig udvikling, fordi opgaverne løses langt billigere i kommunerne end på sygehusene. Samtidig har kommunerne bedre mulighed for at koordinere plejen og efterbehandlingen med øvrige ydelser og andre aktører, herunder de praktiserende læger.

Figur 4: Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter, 1999-2010.



Udgifterne til pleje og omsorg har været stigende i en årrække, og kun en del af stigningen kan forklares ved, at der er kommet flere ældre. De kommunale udgifter til pleje og omsorg er steget med 21 pct. fra 2001 til 2009. Hvis der korrigeres for udviklingen i antal 67+ årige, har udgiftsvæksten været på 13 pct.

Det stigende plejebæhov for de udskrevne patienter afspejles også i, at en større del af hjemmehjælpsmodtagerne har behov for mange timers hjemmehjælp om ugen. Andelen af hjemmehjælpsmodtagere, der har behov for mere end 20 timers hjælp om ugen, er steget fra 7 pct. i 2001 til 12 pct. i 2008, en stigning på 78 pct. Det gennemsnitlige antal timers hjemmehjælp pr. modtager er steget fra 5,4 timer pr. uge i 2001 til 6,5 timer pr. uge i 2008, en stigning på 20 pct.

DSI har i en undersøgelse for KL i foråret 2009 gennemført en undersøgelse med erfarne hjemmesygeplejersker. Undersøgelsen viser, at hjemmesygeplejen på en lang række forskellige områder løser helt nye og flere opgaver – set i forhold til for 10 år siden. Opgaverne falder i tre typer:

Flere kliniske opgaver: Hjemmesygeplejen har fået mange nye kliniske opgaver i relation til fx medicinhåndtering, sårpleje, dræn, sonder, katetre, IV-adgang, klargøring til indlæggelse, mobilisering efter operation, observerede og dataindsamlede opgaver i relation til udredning. Stigningen i kliniske opgaver

skyldes bl.a., at disse opgaver tidligere i højere grad blev udført under indlæggelse, men i takt med at indlæggelserne er blevet kortere og indførelse af telemedicinske løsninger, er opgaverne flyttet til hjemmesygeplejen.

Sårpleje i kommunen anno 2011

Sofus Jensen har alvorlige problemer med et stort operationssår på benet, som der er gået betændelse i. Sofus Jensen bliver tilbudt behandling og ”indlæggelse” i eget hjem for at begrænse yderligere infektionsrisiko mest muligt. Det kan lade sig gøre, fordi kommunens hjemmesygepleje og lægerne på sygehuset kan anvende telemedicin i form af billedoverførsel og videokonference. Patienten er glad for muligheden for at blive behandlet i eget hjem, og både hjemmesygeplejerske og sygehuslæge er fagligt meget tilfredse med denne løsning. I praksis betyder det, at kommunen nu får en række nye opgaver, som tidligere var i sygehuset; den daglige personlige pleje, omfattende sårpleje, stuegang i borgerens hjem, journalskrivning, hjælp til ernæring, plan for mobilisering, koordinering af behandlingsforløbet både i forhold til egen læge og sygehusene.

Flere koordineringsopgaver: Hjemmesygeplejerskerne bliver i højere grad tovholder og koordinator for patienterne, fordi de opholder sig så kort tid på sygehuset. Ikke mindst oplever hjemmesygeplejerskerne konsekvenserne af et specialiseret sygehusvæsen, hvor den enkelte patient ofte har kontakt med flere forskellige sygehusafdelinger – og behandlingen og medicineringen mellem afdelinger ofte ikke er koordineret.

Flere opgaver ift. psykisk støtte: De hurtigere udskrivninger betyder, at meget af den psykiske pleje er flyttet fra sygehusregi til hjemmet. Mange sygdomme, fx kræft- og hjertesygdomme betyder meget angst hos mange patienter, og derfor har de behov for psykisk støtte.

Den betydelige opgaveglidning fra sygehusene presser kommunerne, når det foregår ufinansieret som i dag. De hurtigere udskrivninger og etableringen af Fælles Akutmodtagelser i regionerne betyder, at kommunerne i stigende omfang skal opbygge et akutberedskab, så borgeren kan modtages efter indlæggelse samme dag. Det kræver et helt andet beredskab end tidligere, hvor en ældre medicinsk patient var indlagt i mange dage.

På med gipsen og ud af vagten!

Hr. Olsen udskrives fredag eftermiddag kl. 14.00 efter knapt et døgn indlæggelse. Hr. Olsen er 81 år har brækket benet, bor alene og har indtil nu klaret sig uden hjemmehjælp. Kommunen får melding kl. 10.00 om, at Hr. Olsen udskrives over middag med gips på højre ben, han må ikke støtte på benet og han virker meget konfus ligesom han ikke har villet spise og drikke på sygehuset. Hjemmesygeplejersken og social- og sundhedshjælperen tager imod Hr. Olsen kl. 14.00 og skal nu i gang med at afdække hr. Olsens mange nye behov for pleje og omsorg og herefter iværksætte alle nødvendige indsatser i medicindosering, kontakt til lægen for ordination af smertestillende medicin, plan for ernæring, sikring af madlevering, hjælpemidler, m.v.

Mange kommunerne opretter akutpladser for at være i stand til at hjemtage de patienter, der er for dårlige til at komme tilbage til eget hjem. Pladserne anvendes også i forhold til at forebygge egentlige indlæggelser, når ældre medicinske patienter kommer på en kommunal akutplads i stedet for på sygehuset. Det er alt sammen fagligt fornuftigt og god samfundsøkonomi, og derfor kan det un-

dre, at regeringen ikke ønsker en systematisk udbygning af kommunernes akutfunktion.

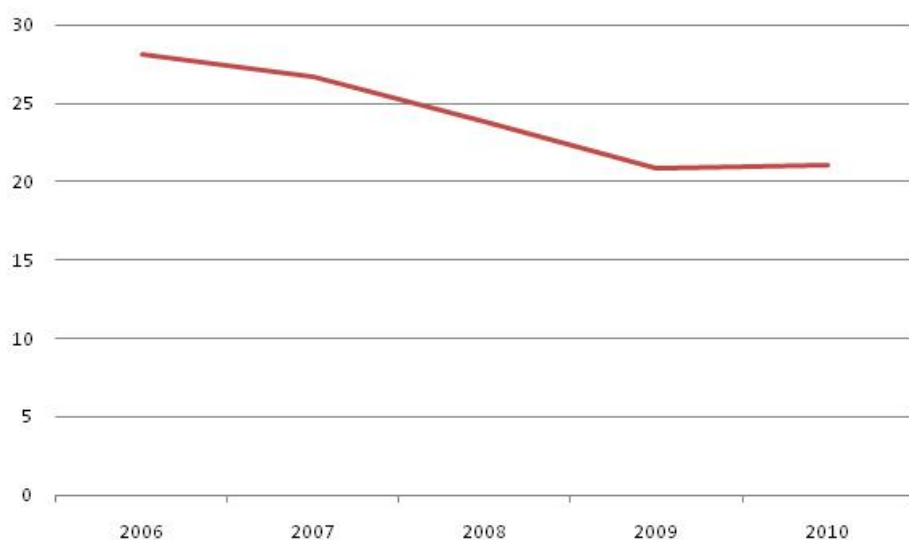
Kravene vokser også i forhold til det rent sundhedsfaglige i selve opgaveløsningen, når sygehusene udskrifter patienterne hurtigere og ofte samme dag. Mere komplicerede opgaver (fx hjemmedialyse, gennemskylning af venekatedre, smertebehandling etc.) kræver mere sundhedsfaglighed af den kommunale medarbejder. Der er brug for flere sygeplejersker, sosu'er, terapeuter mv. i kommunerne og mere systematisk efteruddannelse for at kunne imødekomme den nuværende udvikling. Det er udviklingsbehov, der ikke bliver understøttet af finansiering i dag, men som er helt centrale for at få de nære sundhedsydelse til at fungere.

2.6 Flere opgaver i kommunerne på psykiatriområdet

Udviklingen i behandlingspsykiatrien er præget af målsætningen om at omlægge aktiviteten fra stationær behandling til ambulant behandling. Fra 1998 til 2007 er antallet af sengepladser i behandlingspsykiatrien faldet med ca. 900 pladser svarende til 20 pct. Antallet af ambulante besøg er i samme periode steget med ca. 20 pct.

Omlægningen af aktiviteten har en række konsekvenser for kommunerne. Det færre antal sengepladser betyder dels, at der skal mere alvorlige lidelser til, før man bliver indlagt, og dels at patienterne udskrives tidligere. Udviklingen går meget stærkt. Alene fra 2006 til 2010 er den gennemsnitlige liggetid for psykiatriske indlæggelser faldet fra 28,1 dag til 21 dage, svarende til et fald på 26 pct. på kun fem år.

Figur 5: Gennemsnitlig liggetid for psykiatriske patienter pr. indlæggelse, 2006-2010.



Det betyder, at der er et pres på den kommunale socialpsykiatriske indsats - både støtte i eget hjem og døgnkapaciteten i de kommunale tilbud. For en række sindslidende kan en indlæggelse ikke erstattes af ambulante besøg, og det

faldende sengeantal i behandlingspsykiatrien sætter derfor pres på kapaciteten i de kommunale støtte- og døgntilbud. Det forhold, at aktiviteten omlægges til ambulant behandling betyder samtidig, at den kommunale hjemmepleje i stigende grad skal varetage opgaver i forhold til de sindslidende, der tidligere ville have været indlagt.

Og ofte er der tale om tungere sygdomstilfælde, som på grund af den faldende sengekapacitet ikke kan blive indlagt i behandlingspsykiatrien. For socialpsykiatrien betyder det konkret, at den løser flere og mere omfangsrige opgaver med fx støtte, medicin håndtering og koordination. Mange kommuner har også etableret akuttilbud som følge af udviklingen. For den kommunale hjemmesygepleje betyder det, at den skal løfte plejeopgaven i forhold til både flere og mere alvorligt syge sindslidende. For eksempel udgør borgere med både misbrug og sindslidelse ifølge flere kommuner en stadig større opgave for hjemmesygeplejen.

Behandlingspsykiatrien oplever i øjeblikket betydelige rekrutteringsproblemer, og problemerne forventes at blive endnu større i de kommende år. Således forventes et fald i udbuddet af antallet voksenpsykiatriske læger på ca. 40 pct. frem til 2020.

Manglen på psykiatere i behandlingspsykiatrien medfører et øget fokus på, hvilke opgaver lægerne skal løfte, og ikke mindst hvilke opgaver, de ikke skal løfte. Det fører til en opgaveglidning til andre personalegrupper inden for behandlingspsykiatrien, og i sidste ende fra disse personalegrupper ud til de kommunale tilbud, herunder hjemmeplejen. Rekrutteringsproblemerne i behandlingspsykiatrien giver således også pres på den kommunale indsats overfor sindslidende.

Både i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien er der betydelige ventelister. Ventelisterne betyder, at kommunerne skal varetage indsatsen overfor borgere, som venter på at blive behandlet i behandlingspsykiatrien. Ventelistsituationen i behandlingspsykiatrien har således store konsekvenser for den kommunale indsats.

3. Model for bedre finansiering af det nære sundhedsvæsen

For at skabe balance i sundhedsvæsenet og imødekomme de fremtidige udfordringer er det vigtigt, at kommunerne har finansiering til at løse både de mange nye opgaver samt fastholde og udbygge den forebyggende indsats i kommunerne. Der er behov for, at der i takt med kommunernes aflastning af sygehusene flyttes penge fra den behandlende indsats til den forebyggende indsats for at skabe denne balance.

Herunder beskrives en finansieringsmodel til at opnå en mere balanceret udvikling af det danske sundhedsvæsen – en helt klar nødvendighed i forhold til at realisere målene om et sundhedsvæsen, der er blandt de bedste i verden, og hvor opgaverne udføres billigst muligt.

Modellen, som skal sikre kommunerne både kort- og langsigtet finansiering, bygges op omkring en direkte finansieringsmodel. Modellen kræver, at staten øger den direkte finansiering til kommunerne. Den direkte finansiering kan øges ved enten at hæve bloktilskuddet eller give kommunerne et tilskud, der mere eller mindre er øremærket, til de kommunale sundhedsopgaver, og som finansieres gennem aflastning af sygehusene. Det er således en forudsætning, at modellen respekterer de overordnede udgiftsrammer, og at finansieringen tilvejebringes gennem omprioritering i den samlede sundhedssektor.

Midlerne fra den direkte finansiering skal anvendes til at etablere og konsolidere det nære sundhedsvæsen (forebyggelse, genoptræning og pleje/efterbehandling af især ældre medicinske patienter). Tiltagene skal aflaste sygehusene og dermed reducere udgifterne i det regionale sundhedsvæsen.

I takt med, at kommunerne aflaster sygehusene er det vigtigt at ændre den nationale prioritering mellem behandling og forebyggelse, så en større del af den samlede ramme prioriteres til det kommunale sundhedsområde. Det betyder, at det nære sundhedsvæsen kommer til at udgøre en større del af de samlede sundhedsudgifter, og at væksten i udgifterne til den specialiserede behandling vil blive lavere.

Målet skal være, at ressourcerne til den kommunale forebyggelse og behandling kommer til at udgøre en fast procentdel af de samlede sundhedsudgifter. Kommuner skal over en årrække have tilført nye midler, således at de kommunale udgifter udgør en fast procentdel af de samlede sundhedsudgifter inden for nogle år. Det vil sende et vigtigt signal om, at forebyggelsen og de kommunale efterbehandlingsopgaver reelt prioriteres, og at der er vilje til at sætte handling bag ordene.

En direkte finansiering af forebyggelsesudgifterne skal sikre finansiering til de kommunale forebyggelsesopgaver, uanset om kommunernes forebyggelsesind-

satser fører til lavere medfinansieringsudgifter og dermed lavere bloktilskud eller til, at flere patienter kan behandles i det regionale sundhedsvæsen.

Der bør samtidig formuleres målsætninger for en effektiv forebyggelse og efterbehandling. Det er målsætninger, hvor der kan laves opfølgninger fx via de regelmæssige sundhedsprofiler, der udarbejdes hver fjerde år for hver region.

For at sikre kommunerne vedvarende incitamenter og finansiering til forebyggende og sundhedsfremmende indsatser kan den direkte finansiering bygges op omkring en tilbageløbsmodel. Princippet i en tilbageløbsmodel er, at kommunerne belønnes for resultaterne af deres forebyggende og sundhedsfremmende indsats. De penge, der spares i det regionale sundhedsvæsen, som følge af de kommunale forebyggelsesindsatser, føres tilbage til kommunerne og kan derfor anvendes til at finansiere de kommunale forebyggelsesindsatser. Tilbageløbsmodeller vil derfor kunne sikre, at det er de totale samfundsøkonomiske gevinster ved en forbedret sundhedstilstand, som vurderes i forhold til de samlede udgifter ved forebyggelsesindsatsen.

Der kan tænkes forskellige modeller for, hvilke parametre, effekterne af kommunernes indsatser skal opgøres efter i en tilbageløbsmodel. Da kommunernes sundhedsopgaver kan defineres bredt og kan have effekter på sundhedstilstanden for mange befolkningsgrupper på både kort og langt sigt, er det derfor vigtigt, at der er klare nationale mål, og at målene fastsættes i fællesskab.

Et mål kunne være effektiv forebyggelse af indlæggelser af ældre medicinske patienter. Hvis det lykkes at reducere antallet af ældre medicinske patienters indlæggelser med fx tre pct. ift. et nationalt mål, vil man kunne beregne de økonomiske gevinster ved de sparede indlæggelser. De sparede midler regionerne har til behandling af ældre medicinske patienter, skal bruges til at finansiere de kommunale sundheds- og forebyggelsesindsatser.