

## Evaluering af kommunalreformen

### Overordnet

Regeringen har ønsket at evaluere kommunalreformen. Det fremgår af kommissoriet for evalueringen, at det ikke er hensigten at foretage omfattende ændringer i opgavefordelingen mellem stat, kommuner og regioner.

Samlet set vurderer evalueringsudvalget, at der med kommunalreformen og den deraf følgende ændrede opgavefordeling er skabt en ramme for en mere robust offentlig sektor. Den faglige og økonomiske bæredygtighed er generelt blevet styrket. Ligeledes er der sket en styrkelse af den politiske styring i kommuner og regioner. Dog finder evalueringsudvalget, at der fortsat består uudnyttede potentialer for både effektiviseringer og kvalitetsudvikling.

### Sundhedsområdet

Det er evalueringsudvalgets overordnede vurdering, at det danske sundhedsvæsen på mange måder er velfungerende efter kommunalreformen. Det konkluderes, at de eksisterende snitfladeproblematikker ikke løses ved flytning af opgaver mellem myndigheder.

### Almen praksis

Der ligger en væsentlig udfordring i praksissektoren – særligt alment praksis. Der er tale om manglende integration af almen praksis i sundhedsindsatsen og problematikker i forhold til samarbejdsaftalerne overfor overenskomsterne i almen praksis – bl.a. i forhold til samarbejde om patientforløb. Det foreslås derfor at **styrke regionernes planlægningskompetence og økonomistyring i forhold til almen praksis.**

### Økonomi

Honoreringssystemerne i sundhedsvæsenet har i dag ikke elementer, der tilskynder tilstrækkeligt til fokus på kvalitet og sammenhængende forløb. Udvalget for Bedre Incitament i Sundhedsvæsenet arbejder pt. med bl.a. takststyring i forhold til rammestyring og de heraf afledte incitaments- og styringsimplikationer.

### Sundhedsaftaler

Der konstateres et behov for at styrke fælleselementet i aftalerne i forhold til i dag. Derfor foreslås det, at basere sig på **5 sundhedsaftaler – én i hver region – med mulighed for at indarbejde supplerende elementer for den enkelte kommune.**

Der er behov for at videreudvikle de obligatoriske indsatsområder, så der fastsættes nye indsatsområder med **fokus på den stigende kronikerudfordring, patientrettet forebyggelse og sundheds-it.**

De nuværende sæt af fælles indikatorer er ikke dækkende i kommunal og almen praksis, og udgør derfor ikke et tilstrækkeligt grundlag for styrket **monitorering af effekten af sundhedsaftalerne** og et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af samarbejdet mellem aftaleparterne. Der er derfor behov for at styrke opfølgningssiden ved at:

- Udvikle **nationale indikatorer** for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder med fokus på tværsektorielle patientforløb, monitorering og årlige offentliggørelser af data.
- Regioner og kommuner forpligtes til blandt andet med afsæt i de nationale indikatorer at opstille **konkrete målsætninger** for samarbejdet på sundhedsområdet og de enkelte indsatsområder og til løbende at følge op på disse.
- Sundhedskoordinationsudvalget skal en gang **årligt gennemgå sundhedsaftalen** og vurdere behovet for at revidere aftalens indhold.

### Sundheds-it

Der er i de nuværende samarbejdsstrukturer et potentiale for yderligere udbredelse og anvendelse af eksisterende it-løsninger, der kan understøtte en mere effektiv opgaveløsning og sammenhængende patientforløb. Der er behov for, at regioner og kommuner fastsætter **indikatorer og målsætninger for brugen af relevante it-systemer** i den daglige opgaveløsning.

Det foreslås, at **indsatsen i almen praksis og i kommuner for at få Fælles Medicinkort fuldt udrullet og ibrugtaget opprioriteres**, herunder at der fastsættes en forpligtende dato for fuld udrulning af Fælles Medicinkort i kommunerne, og at der i 2013 etableres samarbejdsmodeller mellem alle parter med henblik på at sikre ensartet og koordineret implementering.

### Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

Beregninger fra udvalgsarbejdet vedrørende potentiale for forbedret forebyggelse fra juni 2012 indikerer, at der med en fokuseret forebyggelsesindsats i kommunerne kan være et **potentiale for at nedbringe det regionale sundhedsforbrug**.

Brug for øget klarhed omkring, hvem der gør hvad. I særlig grad er **ansvarsafgrænsningen mellem almen praksis og kommuner uklar**, idet begge varetager forebyggende opgaver. Det foreslås, at **information om sygehusenes og kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud gøres tilgængelig for alle aktører i sundhedsvæsenet** med henblik på at sikre borgerne det rette tilbud og undgå etablering af parallelle tilbud.

Kommunikationen mellem sygehus, praktiserende læge, vagtlæge og hjemmesygepleje omkring indlæggelse og udskrivning er til tider mangelfuld. Det organisatoriske setup kan være en udfordring i forhold til at sikre en tidlig indsats – eksempelvis adskillelsen af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen. Det anbefales, at kommuner og regioner arbejder med **organisatoriske modeller, der understøtter patientforløb på tværs af sektorer**, samt at **udarbejdelse af forløbsprogrammerne indgår i sundhedsaftalerne** – herunder opfølgning og monitorering – og **bedre mulighed for informationsudveksling**. Det foreslås, at der i den enkelte kommune **sikres en bedre sammenhæng i den kommunale opgaveløsning** med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel varetagelse af opgaver i patientens eget hjem.

Der er ikke samme tradition for registrering, dokumentation og evidensbaseret tilgang i kommunerne som i praksissektoren og sygehusvæsenet. Mangel på data vanskeliggør monitorering af effekterne af sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og andre indsatser. Det foreslås derfor, at der sker en **registrering og dokumentation af den patientrettede forebyggelse på en systematisk og let tilgængelig måde**. Det giver et bedre grundlag for at målrette indsatsen på forebyggelsesområdet, blandt andet gennem styrket information om aktivitet og kvalitet i f.eks. hjemmesygeplejen.

Udvalget foreslår desuden, at der i regi af Incitamentsudvalget overvejes et **mere forløbsbaseret fokus i afregningen** i forhold til forløb for kronikere og ældre medicinske patienter frem for pr. indlæggelse/kontakt.

### Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Kommunalreformen betød, at kommunerne nu har myndigheds- og finansieringsansvar for den almene såvel som den specialiserede ambulante genoptræning efter udskrivning.

Det vurderes, at kommunikationen mellem sygehus og kommune om patientens genoptræningsbehov kan forbedres. Det foreslås, at der udvikles et **værktøj til stratificering** af patienter med de mere og mindre komplekse almene genoptræningsbehov. Stratificeringsværktøjet skal anvendes til at målrette tilbuddene til patienter med særlig komplekse behov. For patienter med mindre komplekse genoptræningsbehov er der således grundlag for at forenkle kommunikationen mellem sygehuse og kommune i forbindelse med genoptræningsplanerne. Disse grupper har kommunerne en bred erfaring med og kan håndtere ganske uproblematisk. I forhold til patienter med meget komplekse almene genoptræningsbehov skal stratificeringen danne grundlag for en række tiltag til styrkelse af indsatsen. De skal understøtte kommunerne i at inddrage relevante faglige kompetencer i indsatsen, og at indsatsen iværksættes i rette tid. Udvalget anbefaler herudover, at monitoreringen på hele genoptræningsområdet styrkes, herunder af ventetider, antal og indsatser samt de dermed forbundne udgifter i kommunerne.

Det foreslås:

- En styrkelse af sygehusenes kompetence til at beskrive genoptræningsbehovet for gruppen af patienter med meget omfattende og komplekse genoptræningsbehov, jf. sundhedslovens § 84.
- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen, KL og Danske Regioner udarbejder visitationsretningslinjer i forhold til personer med meget komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.
- At de centrale myndigheder (Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen mfl.) i samarbejde med regioner og kommuner kan udarbejde fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats i forhold til f.eks. faglighed og bæredygtighed i tilbuddene for patienter med de mest komplekse genoptræningsbehov.
- At udvide den landsdækkende oversigt (Tilbudsportalen) over tilbud efter den sociale lovgivning til også at omfatte tilbud efter anden lovgivning.

### Det specialiserede socialområde

Med kommunalreformen overtog kommunerne det samlede myndigheds-, finansierings- og forsyningsansvar for det specialiserede socialområde, som tidligere var delt mellem kommuner og amter. Den entydige placering af ansvaret i kommunen understøtter forebyggelse og helhedstænkning i den sociale indsats, blandt andet fordi kommunerne lettere kan sammentænke forskellige indsatser for borgerne.

## Understøttelse af den specialiserede sociale indsats

Erfaringerne viser, at kommunerne i stigende grad vælger at hjemtage egne borgere fra specialiserede tilbud i regioner og andre kommuner for i stedet at inkludere dem i tilbud i nærmiljøet. Inklusionen af borgere i lokale tilbud betyder, at kommunerne i højere grad får behov for at indhente specialviden og rådgivningsydelser, så borgere kan modtage specialiserede indsatser, der lokalt er tilpasset deres behov. Tendensen med hjemtagelse af borgere har givet anledning til bekymring for, at kommunerne ikke i tilstrækkelig grad gør brug af specialiseret viden, og at der derfor kan være sket en uhensigtsmæssig afspecialisering af indsatsen.

På baggrund af ovenstående vurderer udvalget, at der er behov for øget national overvågning og koordination af udbuddet af højt specialiserede tilbud/indsatser til små og/eller særligt komplekse målgrupper, som kræver et meget stort befolkningsgrundlag. Udvalget anbefaler derfor, at etablere en ny koordinationsstruktur på nationalt niveau for den mest specialiserede sociale indsats, så det sikres, at de fornødne tilbud er til rådighed for alle kommuner. Koordinationsstrukturen indebærer samlet set en styrket faglig planlægning på det specialiserede socialområde med respekt for de forhold, der gør sig gældende på området.

- Anbefalingen om etablering af national koordinationsstruktur (figur 6.1) indebærer, at der etableres en overbygning til rammeaftalerne med følgende elementer:
  - **Central udmelding:** Socialstyrelsen får kompetence til at komme med en central udmelding om målgrupper og/eller særlige indsatser, hvor det vurderes, at der er behov for øget koordination eller planlægning mellem kommunerne for at sikre og videreudvikle specialiseret viden. Udmeldingen kan omfatte højt specialiserede indsatser målrettet små målgrupper og/eller målgrupper med komplekse problemstillinger.
  - **Kvalifikation af udmelding:** Den centrale udmelding fastlægges og kvalificeres ved, at Socialstyrelsen forud for udmeldingen indgår i en faglig dialog med kommunalbestyrelserne om deres løsningsforslag og regionerne, hvor det er relevant.
  - **Kommunalbestyrelsernes behandling af den centrale udmelding:** I udgangspunktet er det op til kommunalbestyrelserne i hver region selv, og hvis relevant i dialog med regionen, at beslutte, hvordan de vil tilrettelægge og organisere indsatsen i forhold til de udmeldte målgrupper/indsatser, og hvor indsatsen skal udvikles/sikres.
  - **Afrapportering til Socialstyrelsen:** For hver region afrapporterer kommunalbestyrelserne i fællesskab til Socialstyrelsen, hvordan de vil tilrettelægge og organisere indsatsen på de centralt udmeldte områder. Afrapporteringerne fremsendes til Socialstyrelsen i forbindelse med rammeaftalerne.
- Udgangspunktet for Socialstyrelsens behandling af kommunalbestyrelsernes afrapporteringer er en dialogbaseret tilbagemelding, hvor Socialstyrelsen går i dialog med kommunalbestyrelserne om de anviste løsninger mhp. at vurdere, hvorvidt initiativerne er tilstrækkelige. Dette forudsætter imidlertid, at kommunerne påtager sig ansvaret for at sikre udbuddet af specialiserede tilbud. Socialstyrelsen har derfor ikke nogen reaktionsmuligheder, hvis kommunernes løsningsforslag vurderes at være faglig utilstrækkelige. På baggrund af dette, kan det overvejes at give Socialstyrelsen supplerende beføjelser i forhold til at påvirke kommunernes løsninger:
  - **Call in:** Socialstyrelsen kan få beføjelse til at anmode kommunerne om at foretage en fornyet behandling af afrapporteringerne, såfremt de ikke vurderes at være fagligt tilstrækkelige.

Muligheden ville skulle tages i anvendelse, hvis dialogen med kommunalbestyrelserne ikke i sig selv sikrer en optimal løsning.

- **Pålæg af driftsansvar:** Social- og Integrationsministeren kan få beføjelse til at pålægge en kommune eller region et driftsansvar og dermed fastlægge en bestemt tilbudsstruktur på et område. Beføjelsen vil fx kunne anvendes i forhold til at pålægge en kommune eller region at etablere et konkret tilbud på et område hvor Socialstyrelsen identificerer et behov for en ekstraordinær indsats, der ikke bliver løftet.
- Herudover anbefaler udvalget, at kommunerne får øget fleksibilitet til lokalt at finde den finansieringsmodel, der vurderes mest hensigtsmæssig, og dermed fravige takstreglerne for de specialiserede tilbud. Ved at kommunerne selv kan bestemme finansieringsløsninger tilpasset de konkrete situationer, sikres dynamikken på det specialiserede socialområde samtidig med, at den enkelte kommunes økonomiske risiko ved at oprette eller udvikle specialiserede tilbud mindskes. Udvalget foreslår følgende muligheder til at skabe øget fleksibilitet i finansieringen:
  - **Abonnementsordninger:** Kommunen køber en generel trækningsret frem for et konkret afsat antal ydelser/pladser i tilbuddet. Modellen minder om objektiv finansiering, men med den fordel, at ingen kommune tvinges ind i ordningen. Tilbuddet vil kunne benyttes af øvrige kommuner via takstbetaling.
  - **Forpligtende købsaftaler:** Kommunerne garanterer i samarbejdet for betaling af et bestemt antal pladser i en aftalt periode, hvis pladserne ikke efterspørges af andre, hvilket giver sikkerhed for en basisindtægt for driftsherre.
  - **Delt finansieringsansvar:** Indebærer et tværgående samarbejde, hvor én kommune eller region påtager sig at drive et tilbud, mens andre kommuner i fællesskab forpligter sig til at tage del i driftsansvaret, fx ved at påtage sig et finansieringsansvar i forbindelse med såvel oprettelse som eventuel lukning. Dette forudsætter, at en kommune kan bidrage til finansieringen af et konkret tilbud, uden at kommunen selv er driftsherre, og uden at finansieringen sker som en takstbaseret afregning pr. købt plads/ydelse.
  - **Lettelser i etableringsomkostningerne:** Der kan gives mulighed for at yde et etableringstilskud til driftsherrer, der påtager sig opgaven med at etablere og drive et meget specialiseret tilbud for en meget afgrænset målgruppe.

## Placering af tilbud

Udvalget har identificeret udfordringer ved den nuværende struktur, hvor kommunerne løbende kan vælge at overtage regionale tilbud. For det første afspejler den nuværende fordeling af tilbud mellem kommuner og regioner en række lokale hensyn og prioriteringer, men er ikke resultatet af en samlet overvejelse af, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere opgaven med at drive bestemte typer af tilbud. For det andet bevirker det forhold, at de regionale tilbud hvert år kan overtages af beliggenhedskommunen, at regionerne ikke kan være sikre på tidsperspektivet for deres tilbageværende tilbud. Dette kan i nogle tilfælde svække mulighederne for langsigtet planlægning af drift og udvikling af tilbuddene, herunder særligt hvis kommunen har givet udtryk for en interesse i at overtage et pågældende tilbud.

- På baggrund af de identificerede udfordringer, lægger udvalget op til en diskussion af fordelingen af ansvar og opgaver mellem kommuner og regioner for de meget specialiserede sociale tilbud. Udvalget opstiller i den forbindelse tre løsningsmodeller for placering af tilbud, som er værd at overveje:
  - **Uændret opgavefordeling:** Modellen fastholder den nuværende organisering af området, hvor kommunerne fortsat har det entydige myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar. Det kan

i den forbindelse overvejes at "frede" regionernes tilbud mod kommunal overtagelse i en fireårig periode således, at kommunerne kun har mulighed for at overtage tilbud hver fjerde år. De regionale tilbud får herved større sikkerhed for fremtidig placering og dermed et bedre grundlag for langsigtet planlægning og udvikling af tilbuddene.

- **En kommunal model:** Modellen indebærer, at de nuværende regionale tilbud overføres til kommunerne, og at regionerne således ikke længere har en forsyningspligt på det sociale område. Dette er ikke ensbetydende med, at kommunerne skal være selvforsynende i forhold til udbud af tilbud. Kommunerne kan til stadighed anvende private og andre kommuners tilbud og derigennem løfte deres forsyningsansvar på området.
- **Styrket regionalt ansvar:** Modellen indebærer, at regionerne overtager ansvaret for at udvikle, etablere og drive tilbud til konkret afgrænsede målgrupper. Myndigheds- og finansieringsansvaret kan i modellen enten forblive i kommunerne, eller det fulde opgaveansvar for indsatserne for målgrupperne kan flyttes til regionerne. Udvalget foreslår blandt andet at et regionalt ansvar kunne overvejes i forhold til indsatser for mennesker med en kompleks erhvervet hjerneskade. Hvis regionerne overtager det samlede ansvar for indsatsen på området, vil der i højere grad være overensstemmelse mellem, hvem der fastsætter indhold og kapacitet i tilbud og hvem der betaler for tilbuddene.

### Effektiv drift af tilbud

Hensigten med kommunalreformen var at sikre en markedslignende ramme for sociale tilbud, hvor kommunerne frit kunne købe og sælge tilbud til hinanden, eller købe tilbud hos regionerne og private leverandører. Udvalget har imidlertid identificeret nogle begrænsninger i markedsmekanismerne ved brug af de nuværende regler om omkostningsbaserede takster i forhold til at understøtte effektiv drift og gennemsigtighed for køberen:

- På nuværende tidspunkt skal driftsherren indregne et eventuelt over- eller underskud i taksten, og er således sikker på at få dækket eventuelle udgifter, såfremt driftsherren ikke er i stand til at overholde budgettet.
- Takstberegningen er efter de gældende regler bundet op på de enkelte ydelsesparagraffer, mens en aftale om levering af en konkret ydelse i højere grad baserer sig på en samlet vurdering af, hvad den pågældende borger har behov for. Dette begrænser gennemsigtigheden omkring pris og indhold for køberen.
- Udvalget vurderer på denne baggrund, at der er behov for en revision af de nuværende regler om omkostningsbaserede takster. Dette skal forbedre incitamenterne til effektiv drift af de specialiserede tilbud samt sikre gennemsigtighed og sammenlignelighed på tværs af private, kommunale og regionale tilbud. I forbindelse med revision af de nuværende takstregler, anbefaler udvalget følgende:
  - **Fælles regelsæt:** Der fastsættes fælles regler om beregning af takster for private, kommunale og regionale tilbud med de forskelle, der følger af forskellene i de forskellige driftsherretypers budget- og andre styringsmæssige forudsætninger. Det fastholdes, at takster beregnes efter et omkostningsbaseret princip og på grundlag af samtlige tilbuddets omkostninger.
  - **Takster er vejledende:** Takster der beregnes og offentliggøres på Tilbudsportalen for både private, kommunale og regionale tilbud, er vejledende. Der bør således fortsat være mulighed for at fravige de fastsatte takster.
  - **Takster fastsættes på baggrund af ydelsespakker:** Taksterne kan i højere grad fastsættes ved beskrivelse af grundydelse og ydelsesenheder eventuelt kombineret i ydelsespakker. Fordelen

er at beskrivelsen i højere grad end i dag afspejler, hvad der reelt købes og leveres i sammenhæng.

- **Lettelse af administrative byrder ved beregning:** Der kan gives adgang til, at elementer i beregningsgrundlaget, der har karakter af standardelementer, kan fastsættes som en procent af tilbuddets øvrige budget.
- **Mulighed for at beholde dele af overskud lokalt:** Kommunale og regionale driftsherrer får adgang til at beslutte, at mindre overskud på op til 5 pct. af budgettet (bruttoomkostninger) ikke skal indregnes i taksten i efterfølgende år. Overskuddet kan i stedet anvendes til fx udvikling af tilbud. Det vil give et større incitament til at effektivisere tilbuddene.
- **Underskud på 5 pct. kan ikke indregnes i taksten:** Der fastsættes fælles centrale regler for kommunale og regionale driftsherrer om, at mindre underskud på fx 5 pct. af budgettet (bruttoomkostninger) ikke kan indregnes i taksten og dermed give anledning til takstforhøjelser. Det vil skabe et incitament til at overholde budgettet, da driftsherren selv vil skulle tilvejebringe besparelser for at dække underskuddet.