



Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder

Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte udvalg om
amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder



BETÆNKNING NR. 1123

DECEMBER 1987



trykt på genbrugspapir

ISBN87-503-7063-4
Stougaard Jensen/København
In 00-74-bet.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Side

<u>0.</u>	<u>INDIEDNING</u>	7
<u>1.</u>	<u>AMTSKOMMUNERNES UDGIFTER OG STYRING</u>	9
1.A.	Generelle overvejelser om udgiftspres og styringsmuligheder ...	9
1.B.	Den generelle udvikling på det amtskommunale udgiftsområde siden 1980. En talmæssig belysning	14
1.B.1.	De amtskommunale udgifter 1980-87	14
1.B.2.	Det amtskommunale aktivitetsniveau 1980-87.	18
1.B.3.	Udgiftsbehov contra serviceniveau/produktivitet	22
1.B.4.	Udvalgets overvejelser om anvendelse af empiriske analyser i vurderingen af udgiftspres og styringsmuligheder	25
1.B.5.	De amtskommunale udgiftsområder	26
1.C.	Udvalgets tværgående overvejelser og forslag, som vedrører flere sektorer	31
1.C.1.	Hovedstadsrådet	31
1.C.2.	"Synlig skat" og "synlige priser"	36
1.C.3.	Forberedelsesgrupper til sanering af overenskomster ...	37
1.C.4.	Statslige udmeldinger	38
1.C.5.	Særlige tilskud	39
1.C.6.	Produktivitet	40
<u>2.</u>	<u>SYGEHUSVÆSENET</u>	41
2.A.	Regelsættet på sygehusområdet	41
2.A.1.	Sygehusloven m.v.	41
2.A.2.	Lov om svangerskabshygienje og fødselshjælp	43

2.A.3.	Lægeloven m.v.	44
2.A.4.	Kortpetencefordelingen på sygehusene	47
2.A.5.	Overenskomster	50
2.B.	<u>Udviklingen i sygehusvæsenets udgifter, ressourceforbrug og</u>	
	<u>produktion</u>	53
2.B.0.	Indledning	53
2.B.1.	Sygehusvæsenets udgifter og ressourceforbrug	54
2.B.1.a.	Sygehusudgifterne 1980-1987	54
2.B.1.b.	Den amtsvise udgiftsudvikling	58
2.B.1.C.	Personaleudviklingen i sygehusvæsenet	61
2.B.2.	Behovet for sygehusydelse	66
2.B.2.a.	Henvisningerne til sygehus, behandlingspo- litisk variation	66
2.B.2.b.	Befolkningen og dens køns- og alderssammen- sætning	72
2.B.2.C.	Udviklingen i den behandlingsmæssige betyd- ning af "sengedage"	75
2.B.3.	Sygehusvæsenets produktion	79
2.B.3.a.	Udskrivninger	80
2.B.3.b.	Antal sengedage	82
2.B.3.C.	Liggetid og ambulante behandlinger	84
2.B.4.	Sygehusenes produktivitet	86
2.C.	<u>Styring af sygehusvæsenet</u>	92
2.C.1.	Udvalgets generelle overvejelser og synspunkter	92
2.C.1.a.	Prioritering og økonomiske rammer	93
2.C.1.b.	Ledelsesfunktionen	95
2.C.1.C.	Information om nye effektivitetsforbedringer.	100
2.d.d.	Overenskomsterne	102
2.C.1.e.	Antallet af henvisninger til sygehusene. . . .	104
2.C.2.	Overvejelser og forslag vedrørende konkrete styrings- mæssige forhold	105
2.C.2.1.	Specialespredning	105
2.C.2.2	Udenamtsbehandling	109
2.C.2.3.	Videreudvikling af produktivitetsanalyser og afdelingsbudgetter	110

2.C.2.4.	Det primærkommunale ansvar for plejeudgifter vedrørende ældre	113
2.C.2.5.	Lægers uddannelse i ledelse og administration	116
2.C.2.6.	Sygehusapoteker og medicin på sygehusene	117
2.C.2.7.	Patientbefordring	120
2.C.2.8.	Sygehusuddannelse af personale	122
3.	<u>SYGESIKRINGSOMRÅDET</u>	124
3.A.	<u>Regelsættet på sygesikringsområdet</u>	124
3.A.1.	Sygesikringslovens ydelser m.v.	125
3.A.2.	Overenskomstsysteet på sygesikringsområdet	126
3.A.3.	Sygesikringslovens regler om medicintilskud	130
3.A.4.	Fastsættelse af medicinpriser	131
3.A.5.	Sygeforsikringen Danmark	132
3.A.6.	Statslige styringsmuligheder, sammenfatning	132
3.A.7.	Amtskommunernes styringsmuligheder, sammenfatning	133
3.B.	<u>Udgiftsudviklingen</u>	135
3.B.1.	Udviklingen i sygesikringsudgifterne 1980-87	135
3.B.2.	Udviklingen i udgifterne til almen lægehjælp	138
3.B.3.	Udgiftsudviklingen til speciallægehjælp	142
3.B.4.	Tandpleje	143
3.B.5.	Udviklingen i medicinudgifterne	148
3.C.	<u>Styringen på sygesikringsområdet</u>	151
3-C.1.	Indledende bemærkninger, sammenfatning	151
3.C.2.	Overvejelser og forslag vedrørende konkrete styringsmæssige forhold	153
3.C.2.1.	Den praktiserende læge	153
3.C.2.2.	Udvikling af "standardlægen"	156
3.C.2.3.	Overvejelser om løbende tilpasning af tilskudssatser for medicintilskud	159
3.C.2.4.	Den offentlige rejsesygesikring	159
3.C.2.5.	Overenskomstspørgsmål, ændret balance mellem basishonorar og ydelseshonorar	161
3.C.2.6.	Praksisplanlægning	164

4. DET SOCIALE OMRÅDE	166
 <u>4.A. Generel regelbeskrivelse for det sociale område</u>	174
 4.1. Foranstaltninger for børn og unge	176
<u>4.1.A.</u> Regelsættet vedrørende foranstaltninger for børn og unge	176
<u>4.1.B.</u> Udgifter og ressourceforbrug i forbindelse med for- anstaltninger for børn og unge	180
 4.2 Foranstaltninger for voksne	183
<u>4.2.A.</u> Regelsættet vedrørende foranstaltninger for voksne	184
4.2.A.1. Døgninstitutioner for voksne og særlige plejehjem	184
4.2.A.2. Revalideringsinstitutioner, beskyt- tede værksteder m.v.	186
<u>4.2.B.</u> Udgifter og ressourceforbrug i forbindelse med for- anstaltninger for voksne	188
4.2.B.1. Døgninstitutioner for voksne.	188
4.2.B.2. Revalideringsinstitutioner, beskyt- tede værksteder m.v.	191
 4.3. Betaling til kommunerne - finansieringsreform pr. 1. januar 1987	192
 4.4. Udgiftsbehov og serviceniveau/produktivitet	194
 <u>4.C. Styring på det sociale område</u>	197
4.C.1. Indledning	197
4.C.2. Styringsmuligheder på de enkelte områder	198
4.C.2.1. Børne- og ungeområdet	198
4.C.2.2. Voksenområdet	199

5. UNDERVISNINGSSOMRÅDET	201
<u>5.1. Gymnasie- og HF-undervisning</u>	203
5.1.A. Statslige regler for gymnasie- og HF-undervisning.	203
5.1.B. Udgifter, ressourceforbrug m.v. og behov i forbindelse med gymnasie- og HF-undervisning.	209
<u>5.2. Prøveforberedende enkeltfagsundervisning</u>	214
5.2.A. Regelsættet for enkeltfagsundervisning	214
5.2.B. Udgifter og ressourceforbrug i forbindelse med enkelt- fagsundervisning	216
<u>5.3. Specialundervisningsområdet</u>	218
5.3.A. Regelsættet på specialundervisningsområdet	218
5.3.A.a. Den vidtgående specialundervisning af børn ..	219
5.3.A.b. Den kompenserende specialundervisning for voksne.	221
5.3.B. Udgifter og ressourceforbrug i forbindelse med special- undervisning.	224
<u>5.4. Undervisning af indvandrere</u>	227
5.4.A. Regelsættet for indvandrerundervisningen.	227
<u>5.C. Styringen på undervisningsområdet</u>	229
5.C.1. Udvalgets generelle overvejelser og synspunkter.	229
5.C.2. Overvejelser vedrørende konkrete styringsmæssige forhold.	234
<u>Bilag:</u>	236

0. Indledning.

Nedsættelsen af nærværende udvalg blev vedtaget med aftalen mellem regeringen og Det Radikale Venstre om den kommunale økonomi i 1987 og 1988 af 29. maj 1987.

Det hedder i denne aftale, efter ønske fra Amtsrådsforeningen, at "der nedsættes et udvalg under Indenrigsministeriet til behandling af udgiftspres og styringsmuligheder indenfor det amtskommunale område".

Udvalget blev nedsat den 10. juni 1987 og har holdt 8 møder, det sidste den 30. november 1987.

Udvalget har behandlet de områder, som har den største økonomiske betydning for amtskommunerne, og hvor styringsproblemerne derfor er væsentligst.

Udvalget har været sammensat af følgende embedsmænd:

Økonomidirektør Jens N. Christiansen	Københavns Kommune
Økonomidirektør Gunnar Kastberg	Frederiksberg Kommune
Adm.direktør Otto Larsen	Amtsrådsforeningen
Amtsdirektør M ax Rasmussen	Fyns Amtskommune, udpeget af Amtsrådsforeningen
Kontorchef Anders Eldrup	Finansministeriet
Vicedirektør Berrit Hansen	Undervisningsministeriet
Fuldmægtig Ole Kjærgård	Socialministeriet
Kontorchef Ole Kopp Christensen	Indenrigsministeriet
Kontorchef Peter Bak Mortensen	Indenrigsministeriet
Kommitteret Jørgen Lotz (formand)	Indenrigsministeriet
Kontorchef Marius Ibsen	Indenrigsministeriet

Ved Sundhedsministeriets oprettelse repræsenterede kontorcheferne Ole Kopp Christensen og Peter Bak Mortensen herefter Sundhedsministeriet.

I udvalgsarbejdet har endvidere deltaget vicedirektør Gert Fischer, Københavns Kommune, afdelingschef Ivar Koed, Frederiksberg Kommune, planlægningschef Leif Vestergaard Pedersen, Fyns amtskommune og fuldmægtig Kurt Johannesen, Undervisningsministeriet.

Sekretariatsfunktionen er blevet varetaget af kst. kontorchef Paul Schüder, sekretær Henning Elkjær Nielsen og sekretær Jens Erik B. Olsen, Indenrigsministeriets 2. økonomiske kontor samt fuldmægtig Vagn Nielsen, Sundhedsministeriet.

Sekretariatet har modtaget omfattende bidrag fra de amtskommunale medlemmer og de deltagende ministerier.

1. AMTSKOMMUNERNES UDGIFTER OG STYRING.

1.A. Generelle overvejelser om udgiftspres og styringsmuligheder.

Antallet af amtskommunale ydelser og omkostningerne pr. ydelse påvirkes dels af en række faktorer, som ikke kontrolleres af nogen offentlig politisk myndighed, og dels af styringsinitiativer i form af love, bekendtgørelser, overenskomster, budgetter m.v. fra

staten

fælleskommunale instanser (Amtsrådsforeningen, SFU, lønningesnævnet m.v.)

- de enkelte amtsråd

Styringsinitiativernes effekt er imidlertid tildels bestemt af forhold i omgivelserne. Disse forhold kan opdeles i bl.a. følgende hovedgrupper:

ændringer i borgernes efterspørgsel, f.eks. som følge af demografiske forskydninger, ændrede holdninger og/eller ændrede teknologiske muligheder

ændringer i personalegruppernes vurderinger og dispositioner

andre myndigheders (typisk primærkommunernes) dispositioner

adfærden hos private producenter (typisk privat praktiserende læger) uden for politisk ansvar.

tekniske fremskridt, som muliggør forbedret produktivitet for de offentlige serviceydelser.

Det er gennem mange år fastslået, at kommunernes og amtskommunernes økonomi som udgangspunkt må bygge på tanken om, at kompetence og økonomisk ansvar bør følges ad. I nogle sammenhænge "krydses" dette princip dog af andre hensyn. Det gælder f.eks. inden for det sociale område, hvor hensynene til samordning og neutralitet imellem de kommunale og amtskommunale foranstaltninger bl.a. har ligget til grund for de senest gennemførte omlægninger.

Princippet om sammenhæng mellem kompetence og økonomisk ansvar betyder,

at de (amts)kommunale råd, der træffer beslutninger, som har udgiftsmæssige konsekvenser, selv må stå til ansvar for finanseringen heraf,

og - med den i 1984 gennemførte ændring af totalbalanceprincippet til "det udvidede totalbalanceprincip" - at de (amts)kommunale råd ikke bør pålægges ansvar for finansieringen af udgifter, der følger af nye statslige, bindende forskrifter.

Der har ikke i debatten om den (amts)kommunale økonomi været rejst tvivl om disse principper.

Princippet om sammenhæng mellem kompetence og økonomisk ansvar kan dog ikke stå alene. Der er på grund af problemernes sammensathed ofte tale om glidende overgange mellem de forskellige myndigheders ansvarsområder, ligesom der kan være substitutionsmuligheder mellem de forskellige myndigheders tilbud til borgerne. Derfor må ansvarsprincippet på nogle områder suppleres med et samordningshensyn og et neutralitetshensyn. Samordningshensynet indebærer, at en myndighed i grundlaget for styring af egne ansvarsområder også har hensynet til konsekvenserne på den anden myndigheds ansvarsområde med i overvejelserne. Neutralitetshensynet indebærer, at der skal være finansieringsmæssig neutralitet mellem substituerbare løsningsmuligheder.

Ikke al vækst i de offentlige udgifter kan henføres til en statslig eller kommunal beslutning. Et voksende antal børn vil i kraft af allerede én gang truffne beslutninger kræve flere udgifter til skolevæsen. Voksende arbejdsløshed vil på et tidspunkt vise sig i behovet for social bistand. Nye sygdomme (f.eks. AIDS) kræver efter gældende lovgivning behandling. Opdagelse af hidtil ukendte sundhedsrisici (asbest) kan nødvendiggøre merudgifter. Samtidig er der en række udviklingstendenser, der går den modsatte vej. Således vil et faldende børnetal betyde faldende behov for institutioner - og senere færre skoler; en forbedret sundhedstilstand vil betyde mindre behov for sundhedsmæssige ydelser, og de teknologiske fremskridt

betyder, at en given ydelse kan produceres med færre ressourcer.

Sådanne udviklingstendenser kan påvirke udviklingen i de offentlige udgifter, uden at det dog kan siges, at der ligger en egentlig kommunal beslutning bag, og uden at der behøver at være tale om statslige beslutninger af bindende karakter, som kan begrunde en statslig kompensation.

De ovenfor nævnte grundprincipper for fordelingen af ansvar og kompetence giver ikke nogen anvisning på, om sådanne udgiftsstigninger eller udgiftsreduktioner principielt bør finansieres af staten eller kommunerne. Det er erkendt, at ansvaret for opgaveløsningen og de deraf følgende udgifter umiddelbart påhviler den myndighed, der har fået den pågældende opgave tillagt.

Ved vurdering af amtskommunernes udgiftsbehov må det endeligt tages i betragtning, at amtskommunerne i kølvandet på kommunalreformen og de store opgaveudlægninger i sidste halvdel af 1970'erne stod over for betydelige opdæmmede investeringsbehov bl.a. vedrørende sygehuse, særforsorgsinstitutioner og administrationsbygninger. I slutningen af 1980'erne er der nået en høj grad af udbygning på disse områder, således at behovet for nyinvesteringer må antages at være aftagende.

Sammenhængen mellem ansvar og kompetence vil være forskellig inden for de enkelte udgiftsområder. Det er kendetegnende for al offentlig virksomhed, at udgifterne påvirkes på mange måder og af mange aktører. Hvis man finder, at der ikke på et område er tilstrækkelig sammenhæng mellem ansvar og kompetence, er der forskellige muligheder for at skabe større sammenhæng.

Der kan indføres styringsmuligheder, som giver den økonomisk ansvarlige myndighed en tilfredsstillende grad af kompetence.

Dette kan indebære enten overførsel af kompetence fra centrale og fællesamtskommunale niveauer til det enkelte amtsråd eller flytning af opgaver, som i øjeblikket varetages i amtskommunerne, til andre offentlige myndigheder eller øget amtskommunal kompetence overfor f.eks. de praktiserende almen- og speciallæger og andre grupper.

På enkelte områder (folkepension m.v.) findes opgaver, der ligger så klart udenfor (amts)kommunal kompetence, at staten betaler 100 pct. refusion. Den regelbestemte bistandshjælp har med en vis tøven fra statslig side givet anledning til overvejelser om en vis forhøjelse af refusionssatsen som led i en samlet harmonisering af refusionssatserne for kontanthjælp, sygedagpenge og førtidspension. Men med refusioner følger altid risikoen for merforbrug, dog kun hvor der er et element af lokal kompetence. Og de medfører risiko for forvridninger i forhold til substituerende ydelser, der ikke er refusionsbelagte; noget der ikke mindst har været diskuteret på det sociale og sundhedsmæssige område. Derfor har det være statens politik over de seneste år at afskaffe refusionerne.

En tredje løsning af styringsproblemerne ville være indførelsen af andre betalinger end refusioner mellem offentlige myndigheder, så omkostningerne på den måde henføres til den myndighed, der har den politiske kontrol med visitationspolitikken. Sådanne kendes på det sociale område, men er ikke indført for de amtskommunale sundhedsydelser, der er nærmest substituerbare med primærkommunale sociale ydelser.

Hvis sådanne betalingsordninger kan udformes hensigtsmæssigt, kan de hjælpe til med at placere ansvaret hos den myndighed, der har styringsmuligheden.

For det fjerde skal der peges på det forhold, at det, at et område betegnes som vanskeligt styrbart, også kan skyldes, at de udgiftskrævende funktioner udføres og registreres af ikke-offentlige agenter uden politisk ansvar, men med en meget vidtgående grad af diskretion til at behandle og beregne vederlag. Styrbarhed på dette område måtte bero på, om en effektiv udnyttelse af eksisterende muligheder for instruktion, information, påbud m.v. udnyttes fuldt ud. Forbedrede styringsmuligheder kunne i disse tilfælde bestå i adgang til mere vidtgående beføjelser ad denne art, eller en adgang til at regulere vederlag og satser for tilskud løbende under en eller anden form med henblik på at sikre, at de nævnte agenter set under ét må overholde de afsatte bevillinger.

- På andre områder har man i stedet ønsket at prioritere andre hensyn, jf. de førømtalte principper om samordnings- og neutralitetshensyn.

1.B. Den generelle udvikling på det amtskommunale udgiftsområde siden 1980. En talmæssig belysning.

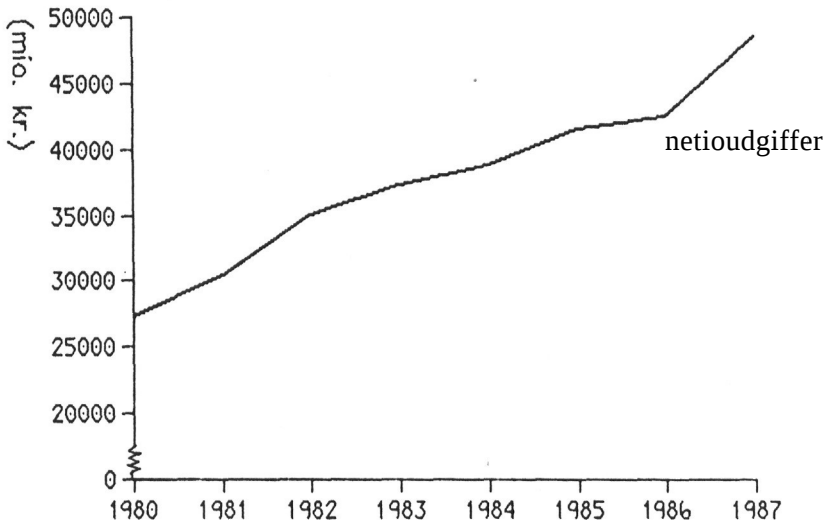
1.B.1. De amtskommunale udgifter 1980-87.

Det amtskommunale udgiftsområde omfatter de 14 amtskommuners og Hovedstadsrådets udgifter samt den del af Københavns og Frederiksberg kommuners udgifter, som vedrører de amtskommunale opgaver.

Figur 1 viser udviklingen 1980-87 i de samlede amtskommunale nettoudgifter (drift og anlæg).

Nettoudgifterne fremkommer ved fra bruttoudgifterne at trække de statslige refusioner samt de amtskommunale indtægter ved betalinger fra andre amtskommuner, kommuner og borgere for salg af ydelser m.v. Nettoudgifterne er derfor (efter fradrag af statstilskud) udtryk for den del af de amtskommunale udgifter, der skal skattefinansieres. For 1980-85 er der tale om endelige regnskabstal, for 1986 foreløbige regnskabstal. For 1987 er der tale om skønnede udgifter ifølge amtskommunernes indberetning herom til Amtsrådsforeningen, samt indberetninger fra Københavns og Frederiksberg Kommuner samt Hovedstadsrådet til Indenrigsministeriet. Det skal bemærkes, at der er flere grunde til, at 1987-tallene må anses for behæftet med usikkerhed. Først og fremmest er der ifølge sagens natur tale om skøn. Hertil kommer imidlertid den omlægning af moms-konteringen, som er sket i 1987, og som har nødvendiggjort en korrektion af hensyn til sammenligneligheden med de foregående år. Grundlaget for denne korrektion må anses for ufuldstændigt. Der knytter sig endvidere en vis usikkerhed til, hvilken pris- og lønforudsætning, amtskommunerne har lagt til grund for skønnet for 1987, dvs. i hvilket omfang virkningerne af de seneste overenskomster er indarbejdet i skønnet. Endelig skal der peges på den finansieringsmæssige omlægning på det sociale område, som er trådt i kraft i 1987 og som nødvendigvis må indebære et usikkerhedsmoment i de amtskommunale udgiftsforhold.

Figur 1. De amtskommunale og Hovedstadsrådets drifts- og anlægsudgifter 1980-87, løbende priser



Figuren viser en stigning i netioudgifterne, men en væsentlig del heraf kan umiddelbart henføres til den stedfundne **pris-** og lønudvikling i perioden. For at få et indtryk af den **reale** udvikling på det amtskommunale udgiftsområde må der derfor korrigeres for pris- og lønudviklingen. Dette er gjort i figur 2, som viser udgiftsudviklingen i faste priser (1986-pris- og lønniveau), jf. også oversigten i tabel 1.

Ved deflateringen er anvendt sammenvejede pris- og lønstigningsprocenter for den amtskommunale sektor, beregnet efter den metode, som er fastlagt i rapporten fra arbejdsgruppen vedrørende den kommunale pris- og lønudvikling (maj 1986). 1)

- 1) Ved deflatering af de skønnede 1987-udgifter er anvendt statens aktuelle centrale skøn over pris- og lønudviklingen i den kommunale sektor 1986-87, korrigeret for virkningen af arbejdstidsforkortelsen pr. 1. januar 1987. Der henvises i øvrigt til oversigten med opgørelse af pris- og lønudviklingen i bilag 1.1.

**Tabel 1. De amtskommunale drifts- og anlægsudgifter
1980-87. (uden korrektion for nye og andre opgaver)¹⁾**

Mio. kr./pct.	Netto- udgifter	Pris- og lønudvik- ling (fra foreg. år	Netto- udgifter i 1986- p/l	Realvækst i netto- udgifter
1980	27.403	-	41.028	-
1981	30.510	11,6	40.932	-0,2
1982	35.064	11,9	42.039	2,7
1983	37.350	6,8	41.929	-0,3
1984	38.893	4,9	41.621	-0,7
1985	41.646	4,1	42.812	2,9
1986	42.522	2,8	42.522	-0,7
1987-skøn ²⁾	48.586	6,8	45.493	7,0

- 1) 1980-85 er endelige regnskabstal; 1986 foreløbige regnskabstal. Tallene for 1987 er korrigeret for moms. København og Frederiksberg kommuns udgifter er af de 2 kommuner opdelt i en primærkommunal og en amtskommunal del, hvoraf den sidste er medtaget i tabellen.
- 2) Baseret på indberetning maj 1987 om forventet regnskabsresultatet.

Det skal præciseres, at denne deflatering betyder, at tallene viser udviklingen i antal timer arbejdet hvert år, sammenvejet med lønstrukturen i udgangsåret samt i **antallet af ydelser** i de grupper, der defineres i overenskomster samt i antallet af pakninger af medicin, sammenvejet med et sæt faste priser. Der er således ikke ved deflateringen taget hensyn til forskydninger i ancienniteten for det amtskommunale personale. En opgørelse af anciennitetens betydning i den kommunale sek-

tor, foretaget af det fælleskommunale løndatakontor, viser, at stigninger i ancienniteten for 1984 til 1985 på det amtskommunale område i sig selv betinger en stigning i lønningerne på 0,64 pct.

Figur 2. De amtskommunale drifts- og anlægsudgifter 1980-87, faste priser og lønninger.(1986)



Figur 2 viser med andre ord realvæksten på det amtskommunale udgiftsområde. Udviklingen i årene 1980-87 er præget af et ujævnt forløb og synes at falde i 3 perioder, med en realvækst af størrelsesordenen 2-3 pct. i 1982, afløst af en stabilisering i 1983 og 1984 med en negativ realvækst i udgifterne på 0,3-0,7 procent.

Fra 1984 er der tale om en fornyet kraftig realvækst. Denne er ganske vist afbrudt af et reelt fald i udgifterne i 1986, men det skal her bemærkes, at de registrerede udgiftstal for 1985, 1986 og 1987 kan tænkes i et vist omfang at være påvirkede af de statslige styringsinstrumenter, som tilsagde indenfor de givne rammer at flytte anlæg til drift, og at flytte drift til 1985 eller til 1987. Det må derfor antages, at det reale forløb er en noget mere jævn årlig vækst fra 1984 til

1987, end den skitserede udvikling er udtryk for. For årene 1985-87 under ét er der tale om en gennemsnitlig årlig realvækstrate på 3,0 pct.

1.B.2. Det amtskommunale aktivitetsniveau 1980-87.

Den ovenfor skitserede reale udgiftsudvikling på det amtskommunale område er bl.a. påvirket af de ændringer i de amtskommunale opgaver, som har fundet sted i perioden. I tabel 2 nedenfor er vist, hvorledes den årlige ændring i de samlede amtskommunale nettoudgifter er sammensat af ændringer som følge af: 1) pris- og lønudviklingen, 2) nye eller ændrede amtskommunale opgaver m.v. og 3) ændringer i aktivitetsniveauet på et givet opgaveniveau.

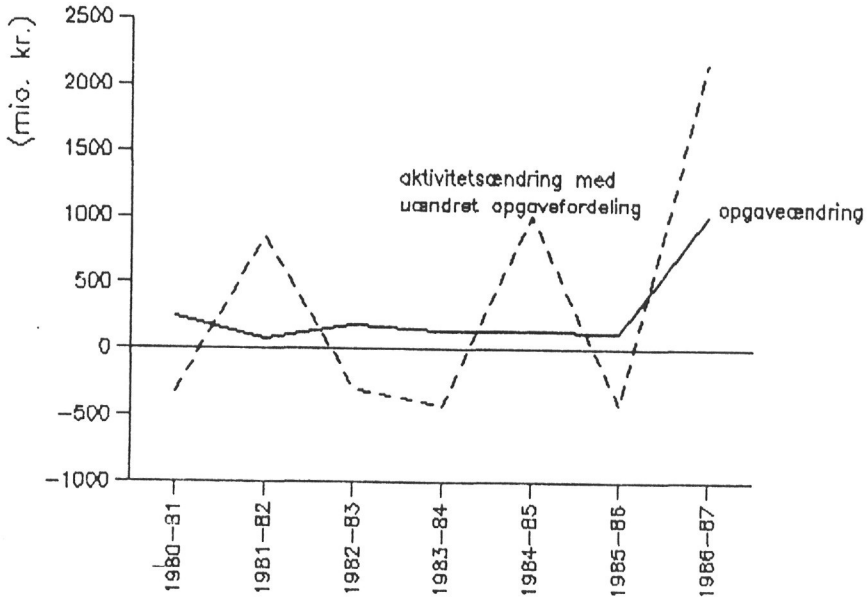
Tabel 2. Aktivitetsstigningen de amtskommunale nettodrfts— og anlægsudgifter.

Mio. kr.	Ændring i nettoudgifter	Pris- og lønstigning:		Nye og ændrede opgaver ¹⁾	Aktivitetss-ændring	Aktivitetss-ændring i 1986 p/l
		i pct.	i mio.kr.			
1980-81	3.107	11,6	3.179	242	-314	-421
1981-82	4.554	11,9	3.631	76	847	1.015
1982-83	2.286	6,8	2.384	186	-284	-319
1983-84	1.543	4,9	1.830	138	-425	-455
1984-85	2.753	4,1	1.595	149	1.009	1.037
1985-86	876	2,8	1.166	124	-414	-414
1986-87 skøn	6.064	6,8	2.891	1.004	2.169	2.030

1) Opgørelsen af størrelsen af nye og ændrede opgaver er foretaget på grundlag af lov- og cirkulæreprogrammet. Opgørelsen vedrørende den sociale omlægning i 1987 er foreløbig.

I figur 3 er vist de årlige udgiftsstigninger (mio. 1986 kr.) 1980-87 som følge af henholdsvis nye og ændrede opgaver og aktivitetsændringer.

Figur 3. Nettodrfts- og anlægsudgifter vedrørende henholdsvis aktivitetsændringer og opgaveændringer 1980-87, faste priser og lønninger, (1986)



Når bortses fra den sociale refusionsomlægning i 1987 er der i den betragtede periode ikke sket beløbsmæssigt mere omfattende opgaveomlægninger, som har involveret det amtskommunale udgiftsområde økonomisk. Eller der har været tale om udgiftsmæssigt modgående omlægninger, der delvist har udlignet hinanden. Nye og ændrede amtskommunale opgaver har i perioden 1980-86 nogenlunde stabilt andraget beløb af størrelsesordenen 100-200 mio. kr., når der regnes netto, dvs. merudgifter fratrukket mindreudgifter. Det bemærkes i den forbindelse, at overtagelsen af de statslige gymnasier stort set ikke påvirkede nettoudgifterne, da amtskommunerne før omlægningen betalte et beløb til staten for hver elev.

Den udvikling i perioden, som er konstateret overfor, kan således henføres til forskydninger i det amtskommunale aktivitetsniveau med en aktivitetsudvidelse i 1982, efterfulgt af

besparelser i 1983-84 og derefter en fornyet aktivitetsforøgelse. Udviklingen i årene 1985, 1986 og 1987 er, som nævnt, muligvis i nogen grad påvirket af regnskabstekniske omlægninger, således at 1985 og 1987 er relativt for høje og 1986 til gengæld for lav. Der kan i denne forbindelse være grund til at påpege, at aktivitetsforløbet ikke skyldes udviklingen i anlægsudgifterne, men derimod i driftsudgifterne.

I tabel 3 er vist tallene fra tabel 2 sat op imod niveauet for udviklingen 1980-87 i de amtskommunalenettoudgifter henholdsvis med og uden korrektion for de stedfundne opgaveomlægninger. Der er som det fremgår for perioden som helhed tale om en samlet real stigning på ca. 11 pct., hvoraf knap halvdelen kan henføres til nye og ændrede opgaver, mens lidt over halvdelen er aktivitetsstigning.

Tabel 3. De amtskommunale nettodrifts- og anlægsudgifter 1980-87 i 1986 pris- og lønniveau med og uden korrektion for opgaveomlægninger.

Mio. kr./ pct.	Nettoud- gifter i 1986 p/l	Nettoud- gifter vedr. nye og ændr. opgaver i forhold til 1980 i 1986 p/l	Nettoud- gifter i 1986 p/l korr. for nye og ændr. op- gaver i forhold til 1980	Indeks for netto- udgif- ter	Indeks for net- toudgif- ter korr. for nye og ændr. opgaver	Årlig re- alvækst i netto- udgifter kor. for nye og ændr. op- gaver ¹⁾
1980	41.028		41.028	100	100	-
1981	40.932	325	40.607	99,8	99,0	-1,0
1982	42.039	416	41.623	102,5	101,5	3,3
1983	41.929	625	41.304	102,2	100,7	-0,5
1984	41.621	773	40.848	101,4	99,6	-0,6
1985	42.812	926	41.886	104,3	102,1	2,9
1986	42.522	1.050	41.472	103,6	101,1	-0,6
1987-skøn	45.493	1.990	43.503	110,9	106,0	5,1

- 1) Det bemærkes, at den årlige realvækst i denne kolonne er beregnet ud fra de årlige opgaveændringer og ikke de akkumulerede ændringer i forhold til 1980 som i de foregående kolonner.

Når der korrigeres for den del af udgiftsudviklingen, som skyldes nye eller ændrede amtskommunale opgaver, er der for perioden 1980-82 tale om en gennemsnitlig årlig realvækst på 0,8 pct.; årene 1983 og 1984 viser en negativ realvækst på henholdsvis -0,5 og -0,6 pct. mens der de seneste år, 1985-87, har været en gennemsnitlig årlig realvækst på 2,4 pct. i de korrigerede nettodrifts- og anlægsudgifter.

I tabel 4 i næste afsnit er vist et tilsvarende indeks, beregnet for nettodriftsudgifterne alene, som i tabel 3 med korrektion for nye og ændrede opgaver. Indekset for driftsudgifterne viser en noget kraftigere stigning, fra 100 i 1980 til 109 i 1987 - mod 106 for drifts- og anlægsudgifterne under

ét. Dette er et udtryk for den relative afdæmpning af anlægsaktiviteten i amtskommunerne, som har fundet sted i perioden - fra en andel på næsten 8 pct. i 1980 af de samlede amtskommunale udgifter til en andel på 4 1/2 pct. i 1987. Afdæmpningen skal bl.a. ses på baggrund af, at de opdæmmede anlægsbehov efter kommunalreformen og opgaveudlægningerne nu stort set er tilgodeset.

For nettodriftsudgifterne alene er der for 1980-82 tale om en gennemsnitlig realvækst på 2,4 pct., afdæmpningen i 1983 og 1984 udgør henholdsvis -0,2 og -1,0 pct. og den gennemsnitlige årlige realvækst siden 1984 udgør 2,7 pct. for driften alene imod 2,4 pct. for drift og anlæg tilsammen.

Det skal i denne forbindelse bemærkes, at amtskommunernes budgetter for 1988 viser nogenlunde uændrede reale udgifter i forhold til skønnet for 1987. Hvis disse budgetter holdes, og hvis de amtskommunale udgiftsområder i Københavns og Frederiksberg kommuner tilsvarende holdes uændrede, vil den årlige vækstrate i perioden 1984-88 i gennemsnit udgøre ca. 1,8 pct. for drift alene.

1.B.3. udgiftsbehov contra serviceniveau/produktivitet.

Som allerede nævnt i 1.A kan udviklingen i det amtskommunale aktivitetsniveau over en periode opfattes som produktet af på den ene side udviklingen i de underliggende demografiske, sociale og øvrige forhold, som betinger et ønske og behov for amtskommunale foranstaltninger, og på den anden side amtskommunernes beslutninger om valg af serviceniveau i foranstaltningerne over for borgerne og deres produktivitet i tilvejebringelsen af disse foranstaltninger.

Der findes ikke nogen entydig måde til at adskille påvirkningen fra hver af disse 2 sæt af faktorer - udgiftsbehov og serviceniveau/produktivitet. Tværtimod er målingen af udgiftsbehov - og dermed residualt serviceniveau/produktivitet - et område, som er i en stadig udviklingsproces i takt med, at nye undersøgelser, ny statistik m.v. peger på nye sammenhænge.

Det er blandt andet udvalgets opgave, at diskutere udgiftspres, også sådant som ikke måtte indgå i den sædvanlige måling af udgiftsbehov, og sondringen mellem udgiftsbehov og serviceniveau/produktivitet er af central betydning for en em-

pirisk vurdering af udgiftspres på det amtskommunale udgiftsområde. Der er derfor i analysen af de enkelte udgiftsområder i de følgende afsnit foretaget en række alternative beregninger og analyser til brug for denne vurdering.

Må henblik på at forsøge at give en generel belysning af udviklingen i udgiftsbehovet på det samlede amtskommunale område er nedenfor vist resultatet af en beregning foretaget efter den metode til måling af udgiftsbehov, som ligger til grund for udgiftsbehovsudligningen mellem amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner.

Beregningerne tager udgangspunkt i de kriterier for udgiftsbehovsmålingen - og den indbyrdes vægtning af disse - som er gældende ved udligningen for 1987.²⁾ Denne vægtning samt kriteriernes delelementer (sygelighed m.v.) er baseret på tal for 1985. Der er herefter foretaget en beregning af udgiftsbehovet i hvert år under forudsætning af de for 1987 gældende regler og kriterier, men med indregning af de faktiske befolkningstal m.v. i de enkelte år. På denne måde opnås en isolering af den demografiske udviklings påvirkning af det samlede udgiftsbehov.³⁾

Resultatet af beregningen er i indeksform vist i tabel 4 og her sammenholdt med det ovenfor omtalte indeks for aktivitetsudviklingen 1980-87 for amtskommunernes nettodriftsudgifter (nettodriftsudgifter korregeret for pris- og lønudvikling og for nye og ændrede opgaver).

- 2) Beregningerne er dog foretaget uden anvendelse af de såkaldte sociale kriterier i udgiftsbehovsudligningen, dvs. kriterierne for enlige forsørgere, enlige ældre samt for dødelighed.
- 3) Man kunne ligeså vel gennemføre beregningerne med udgangspunkt i vægtene - og altså udgiftsstrukturen - for 1980. De to beregninger ville dog ikke væsentligt forskell-ige resultater, jf. bemærkningerne herom i afsnit 2.

Tabel 4. Udviklingen i det amtskommunale aktivitetsniveau og udgiftsbehov.

Mio. kr./ indeks	Nettodriftsud- gifter i 1986 P/L korrigeret for nye og andr. opgaver	Indeks for aktivitets niveau, drift i forhold til 1980 ¹⁾	Indeks for dem. bet. udg iftsbe- hov
1980	37.854	100	100
1981	37.752	99,7	100,6
1982	39.385	104,0	101 ,2
1983	39.203	103,6	101 ,6
1984	38.601	102,0	101,7
1985	39.761	105,0	101 ,8
1986	39.391	104, 1	101 ,9
1987-skøn	41 .417	109,4	102,2

- 1) Indekset er opgjort på grundlag af de amtskommunale netto-driftsudgifter 1980-87 i faste priser, korrigeret for nye og ændrede opgaver, jf. kolonne 1.

Beregningerne i tabel 4 antyder, at kun en mindre del af aktivitetsstigningen i de amtskommunale nettodriftsudgifter 1980-87 kan henføres alene til udviklingen i befolkningstal og alderssammensætning.

I denne forbindelse må det dog erindres, at den foretagne beregning alene omfatter det rent demografisk betingede udgiftsbehov, altså virkningen af ændringerne i befolkningen og dens aldersmæssige sammensætning. Også andre forhold end de rent befolkningsmæssige vil influere på det amtskommunale udgiftsbehov. Eksempelvis vil udgifterne på gymnasieområdet ikke alene være påvirket af udviklingen i antallet af 16-19 årige, men også af ændringerne over tiden i den andel af denne aldersgruppe, som ønsker og er egnede til gymnsieundervisning. På samme måde vil ikke blot befolkningsudviklingen men også ændringer i antallet af de forskellige befolkningsgruppers lægekontakter kunne siges at påvirke udgiftsbehovet på sygesikringsområdet. Inden for sygehusvæsenet vil sengedagsforbruget for en given diagnose tilsvarende afhænge af, om det lykkes at nedbringe liggetiden, f.eks. ved forøget anvendelse af ambulante undersøgelser, nye behandlingsmetoder, bedre primærkommunal service o.lign. Produktivitetsforbedringer vil med andre ord alt andet lige nedbringe udgiftsbehovet.

Dette betyder at de anførte tal måske nok kan sige noget om, at befolkningens aldersfordeling i sig selv kun giver et begrænset udgiftspres, ~~men~~ tallene giver ikke i sig selv tilfredsstillende svar på, i hvilket omfang aktivitetsudviklingen i den analyserede periode 1980-87 blot har fulgt et voksende udgiftsbehov.

Det skyldes, at den metode til måling af udgiftsbehov, som ligger til grund for analysen ovenfor, først og fremmest er udviklet med henblik på en relativ måling af udgiftsbehov - dvs. mellem amtskommunerne indbyrdes - på et givet tidspunkt. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at den enkelte amtskommunes udgiftsbehov måles ud fra landsgennemsnitlige værdier for antallet af sygehus-sengedage, lægebesøg m.v. i hver køns- og aldersgruppe i befolkningen.

Når metoden imidlertid ~~som~~ her anvendes til at belyse udviklingen i den samlede amtskommunale sektor over en periode, rejser det spørgsmålet om, hvordan ændringer over tiden i disse landsgennemsnitlige "hyppigheder" for gymnasieundervisning, lægebesøg, sygehus-sengedage m.v. skal fortolkes. Skønt det altid har været anerkendt fra amtskommunerne, at ændringer i hyppighederne finansielt er deres ansvar, er det langt fra det ~~samme som~~ at sige, at de er styrbare. Der er en del af den konstaterede serviceudvikling, der har været styrbar, og en del, der ikke har været det. Det er denne sondring, der skal behandles i nærværende betænkning.

1.D.4. udvalgets overvejelser om anvendelse af empiriske analyser i vurderingen af udgiftspres og styringsmuligheder.

Konklusionen på ovenstående overvejelser er, at analyser af et historisk udviklingsforløb - ~~som~~ dem, der her er foretaget for de amtskommunale udgifter under ét - kan yde væsentlige bidrag ~~som~~ en empirisk indfaldsvinkel til spørgsmålet om udgiftspres og styringsmuligheder på det amtskommunale område. ~~Men~~ disse analyser må - for at kunne fortolkes og bruges - støtte sig på en nøje vurdering af de faktiske forhold, ~~som~~ bestemmer rammene for amtskommunernes beslutninger om aktivitets- og udgiftsniveau inden for hvert enkelt område, altså deres styringsmuligheder. Disse faktiske forhold ~~kommer~~ naturligvis først og fremmest til udtryk i de lovgivningsmæssigt

fastsatte regler og bestemmelser for det pågældende område. Men også en række andre faktorer spiller ind, jf. den generelle omtale af de styringsmæssige aspekter i afsnit 1.A.

Udvalget har på denne baggrund valgt at disponere sine overvejelser om udgiftspres og styringsmuligheder inden for det amtskommunale udgiftsområde på følgende måde:

For hvert udgiftsområde redegøres først for de faktiske forhold - regelsættet - som udvalget har fundet angiver rammerne for de amtskommunale muligheder for at styre udviklingen i aktivitets- og udgiftsniveau på området. På denne baggrund analyseres den stedfundne udvikling på området i perioden siden 1980, og der søges herefter uddraget en konklusion med henblik på udgiftspres, styringsmuligheder og amtskommunernes udnyttelse af disse muligheder.

1.B.5. De amtskommunale udgiftsområder.

I tabel 5 er vist en oversigt over fordelingen på hovedområder af amtskommunernes og Hovedstadsrådets, samt Københavns og Frederiksberg Kommunes amtskommunale nettodrifts- og anlægsudgifter i 1986-regnskabet.

Til sammenligning er endvidere vist den tilsvarende fordeling af nettodrifts- og anlægsudgifterne i 1980-regnskabet.

Tabel 5. De amtskommunale drifts- og anlægsudgifter. 1986-regnskab, 1980-regnskab.

	1986-regnskab		1980-regnskab	
	Nettoudgifter Mio.kr.	Pet.	Nettoudgifter Mio.kr.	pet.
Byudvikling, bolig og miljø m.v.	176	0,4	122	0,4
Forsyningsvirksomhed	1.534	3,6	1.093	4,0
Vejvæsen	919	2,1	836	3,1
Undervisning og kultur	4.637	10,9	3.319	12,1
Sygehusvæsen	23.870	56,1	14.807	54,0
Sygesikring	6.190	14,6	4.112	15,0
Social- og sundhedsvæsen, ekskl. sygesikring	3.171	7,5	1.833	6,7
Administration, planlægning m.v.	2.021	4,8	1.280	4,7
Drifts- og anlægsudgifter i alt	42.518	100,0	27.402	100,0

Tabellen viser, at der kun er sket mindre forskydninger i udgiftsfordelingen i perioden. De væsentligste ændringer findes for sygehusvæsenet, hvis udgiftsandel er forøget med 2 procentpoints og social- og sundhedsvæsen, der er forøget med næsten 1 procentpoints, mens udgiftsandelene for undervisning og kultur samt vejvæsenet er faldet med 1 procentpoint hver.

I tabel 6 er foretaget en beregning af realvæksten i de amtskommunale nettodrifts- og anlægsudgifter inden for hver hovedkonto i den analyserede periode.⁴⁾ Det skal understreges, at der ved beregningen ikke er foretaget korrektion for nye og ændrede opgaver i perioden.

- 4) Ved beregningen af realvækstprocenter er der lagt sektor-specifikt opgjorte pris- og løndeflatorer til grund for så vidt angår områderne: undervisning og kultur, sygesikring samt social- og sundhedsvæsen i øvrigt. For de øvrige områder er anvendt en fælles deflator, beregnet ved sammenholdelse af de ovennævnte sektorspecifikke deflatorer med den samlede opgjorte pris- og lønudvikling.

Tabel 6. Realvæksten i de amtskommunale nettodrifts- og anlægsudgifter 1980-87, fordelt på hovedkonti.

Pct.	Realvækst		Realvækst		Realvækst ²⁾		Realvækst		De enkelte områders bidrag til den gnst. realvækst pr. år 1980-86
	1980-82 samlet	1980-82 gnst. pr. år	1982-84 samlet	1982-84 gnst. pr. år	1984-87 samlet	1984-87 gnst. pr. år	1980-86 samlet	1980-86 gnst. pr. år	
Byudvikling m.v.	2,0	1,0	2,2	1,1	14,3	4,6	-5,3	-0,9	-0,004
Forsyning m.v.	11,0	5,4	-4,7	-2,4	-11,0	-3,8	-7,3	-1,2	-0,046
Vejvæsen	-8,7	-4,5	-5,3	-2,7	-8,9	-3,1	-27,7	-5,3	-0,138
Undervisning og kultur	0,1	0,0	-2,1	-1,0	3,7	1,2	-8,7	-1,5	-0,173
Sygehusvæsen	3,1	1,5	0,1	0,1	4,2	1,4	6,5	1,1	0,606
Sygesikring	-0,9	-0,5	1,5	0,8	11,4	3,7	8,4	1,4	0,207
Socialvæsen i øvrigt	6,8	3,3	-7,2	-3,7	98,0	25,6	11,1	1,8	0,128
Administration m.v.	5,4	2,7	-3,1	-1,6	19,8 ¹⁾	6,2 ¹⁾	4,8	0,8	0,038
I alt	2,5	1,2	-1,0	-0,5	11,2	3,6	3,5	0,6	0,618

- 1) Det bemærkes, at virkningen af arbejdstidsforholdene pr. 1. januar 1987 i en række amtskommuner teknisk er indarbejdet under denne hovedkonto.
2) 1987 baseret på skøn.

Når perioden 1980-86 ses under ét,⁵⁾ fremgår det, at de store "bidragydere" til realvæksten i udgifterne ganske klart er sygehusvæsenet, sygesikringsområdet og det sociale område i øvrigt. Herudover har administrationsområdet "bidraget" positivt til realvæksten, mens der for de øvrige områder er tale om et negativt "bidrag".

- 5) Hvilket må ske med det forbehold, at 1986 i mange henseender må ses som et udgiftsmæssigt særligt år, jf. bemærkningerne herom ovenfor. Det skal bl.a. fremhæves, at der i dette år gennemførtes væsentlige udgiftsreduktioner på flere områder. Dette er bl.a. forklaringen på, at der for byudvikling m.v. er tale om en negativ realvækst 1980-86, men en positiv realvækst i hver af delperioderne 1980-82, 1982-84 og 1984-87. Disse forhold ændrer dog ikke på den generelle konklusion i teksten.

Som det fremgår af tabel 5, beslaglægger sygehusvæsenet med en nettoudgift på 24 mia. kr. lidt over halvdelen af de samlede amtskommunale udgifter, og sygehusopgaven indtager dermed en helt dominerende rolle inden for det amtskommunale område.

Tabel 6 viser, at sygehusvæsenet har været langt den dominerende faktor bag realvæksten i udgifterne 1980-86. Udvalgets redegørelse for og overvejelser vedrørende sygehusvæsenet er indeholdt i afsnit 2.

Yderligere næsten en fjerdedel af udgifterne - 9 1/2 mia. kr. - beslaglægges af social- og sundhedsvæsenet, hvor de amtskommunale hovedopgaver er den offentlige sygesikring og sociale institutioner og plejeforanstaltninger. Sygesikringsområdet, herunder medicinudgifterne, der alene tegner sig for 6 mia. kr. eller 15 pct. af udgifterne, er behandlet i afsnit 3. I afsnit 4 er redegjort for udvalgets overvejelser vedrørende amtskommunernes sociale udgifter i øvrigt - der har udvist den kraftigste realvækst i perioden - herunder navnlig de amtskommunale institutioner for ældre og handicappede samt døgnpleje og døgninstitutioner for børn og unge.

Endelig andrager undervisnings- og kulturområdet, herunder de amtskommunale gymnasier, godt 4 1/2 mia. kr., svarende til omkring 11 pct. af udgifterne. Undervisningsområdet har som det eneste af de "tunge" udgiftsområder bidraget til at trække realvæksten nedad i perioden 1980-86. For de seneste år - 1985-87 - er der dog tale om en positiv realvækst. Undervisningsområdet er behandlet i afsnit 5, opdelt på følgende amtskommunale undervisningsopgaver og -foranstaltninger: Gymnasie- og HF-undervisning, prøveforberedende enkeltfagsundervisning, specialpædagogisk bistand til børn og voksne samt undervisning af voksne indvandrere.

Herudover varetager amtskommunerne en række opgaver inden for miljøområdet, vejvæsen samt kollektiv trafik. Udvalget har i afsnit 2-5 valgt at se bort fra disse områder, først og fremmest fordi der ikke fra amtskommunal side har været påpeget problemer med udgiftspres og styringsmuligheder på områderne, men det ses også, at der er tale om områder, hvis udgiftsmæssige betydning er meget beskeden i forhold til de sam-

lede amtskommunale udgifter. Hertil kommer, at disse områder som nævnt har været kendetegnet ved en gennemgående mindre eller negativ realvækst i 1980'erne.

1.C« Udvalgets tværgående overvejelser og forslag, som vedrører flere sektorer.

Udvalget har udmøntet en række forslag, som vil føre til bedre styringsmuligheder, og som er anført under gennemgangen af hver enkelt udgiftsområde.

FORSLAG 1

Udvalget foreslår, at regeringen anmoder stedfortræderudvalget til regeringens kommunekontaktudvalg om at udarbejde en rapport ved udgangen af 1988 om hvad der er sket med de forskellige forslag.

Udvalget har overvejet nogle bredere problemstillinger, som ikke vedrører en enkelt sektor, men som har ført til forslag af mere tværgående art. De er anført i det følgende.

1.C.1. Hovedstadsrådet.

I forbindelse med en drøftelse af amtskommunernes styringsmuligheder falder det naturligt at inddrage spørgsmålet om hovedstadsrådet, som ved indirekte valg og indirekte skatteudskrivning kunne tænkes at præsentere en særlig problemstilling.

Rammene for Hovedstadsrådets virksomhed er fastlagt i hovedstadsrådsloven. I lovens § 14 er der indeholdt en rammebestemmelse, som er blevet udfyldt i efterfølgende lovgivning. Hovedstadsrådets opgaver er i hovedtræk at:

- varetage regionplanlægning i hovedstadsområdet samt påse kommuneplanlægningens overensstemmelse med regionplanlægningen,
- administrere udnyttelse af arealer i landzone,
- varetage naturfredningsplanlægning samt administrative opgaver på naturfredningsområdet,
- varetage råstofplanlægning samt administrative opgaver på råstofområdet,
- varetage landbrugsplanlægning,
- varetage den regionale varmforsyningsplanlægning,
- varetage den samlede kollektive trafik i området,

varetage den regionale planlægning samt administrative opgaver på miljøbeskyttelsesområdet,
varetage den regionale planlægning og administrative opgaver på vandforsyningssområdet, og
tilvejebringe en overordnet plan for sygehusvæsenet i hovedstadsområdet.

De pågældende opgaver varetages af amtsrådene i det øvrige land. Bortset fra opgaverne vedrørende regionplanlægning, kollektiv trafik og sygehusplanlægning, er Hovedstadsrådets beføjelser og amtsrådenes beføjelser i det øvrige land på de pågældende områder de samme. På regionplanområdet har Hovedstadsrådet enkelte styringsmidler, som amtsrådene ikke er tilfaldet i det øvrige land.

Hovedstadsamtskommunerne varetager altså på teknik- og miljøområdet en mindre del af de opgaver, som amtskommunerne varetager i det øvrige land. De opgaver på teknik- og miljøområdet, som hovedstadsamtskommunerne varetager, er opgaverne som vejbestyrelse og vandsløbsmyndighed. I de seneste år er opgaverne i lov om kemikalieaffaldsdepoter henlagt til hovedstadsamtskommunerne. Et færdigt forhandlet lovforslag vedrørende kystbeskyttelse henlægger tillige kompetencen til områdets amtskommuner og ikke til Hovedstadsrådet.

Frikommuneregulativer vedrørende overførsel af kompetence i henhold til miljøbeskyttelsesloven og vandforsyningsloven er for tiden under færdiggørelse. Forsøget omfatter Københavns og Frederiksborg amter, ligesom Roskilde amt er blevet friamt på dette område. Det samme gælder Københavns og Frederiksberg kommuner.

Overførslen af kompetence omfatter en række centrale opgaver i henhold til miljøbeskyttelsesloven og vandforsyningsloven, bl.a. godkendelse af særligt forurenende virksomheder, og enkeltsagsadministration i det hele taget samt tilsyns- og kontrolfunktioner vedrørende kommunale spildevandsanlæg, offentlige vandforsyningsanlæg samt forurenende virksomheder, og formentlig godkendelse af kommunale sektorplaner og recipienttilsyn og grundvandsovervågning.

I forbindelse med folketingsbehandlingen af lovforslaget vedrørende dette frikommuneforsøg blev det af et mindretal i

folketingets kommunaludvalg bemærket, at det forhold, at forsøget er totalt, således at forstå, at der ikke er et eneste område, hvor den i loven fastsatte arbejdsfordeling i hovedstadsområdet i disse miljørager er i kraft, "rejser spørgsmålet, om man ikke i løbet af relativt kort tid bør overveje at gøre den nye retstilstand permanent".⁶⁾

Det skal i det følgende overvejes, om de opgaver, som Rådet i dag varetager, kunne udføres af de enkelte amtskommunale myndigheder i hovedstadsområdet.

Udgangspunktet herfor må være, hvilke opgaver der reelt bør løses for hele hovedstadsområdet under ét ud fra overordnede koordinerede planlægningshensyn.

Det kan hævdes, at alene regionsplanopgaven og den kollektive trafik i hovedstadsområdet er af en sådan tværgående karakter, at disse opgaver under alle omstændigheder forudsætter et særligt, og på forhånd struktureret samarbejde mellem amtskommuner og kommuner i området.

Derimod kan de øvrige opgaver, som Hovedstadsrådet varetager i henhold til sektorlovgivningen, for så vidt uden problemer overføres direkte til de 3 hovedstadsamtskommuner og Københavns og Frederiksberg kommuner. Der er nok grænseoverskridende problemer, men de svarer i karakter til tilsvarende problemer andre steder i landet, som løses i et ikke-formaliseret samarbejde.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at Hovedstadsrådet i en skrivelse til Indenrigsministeriet af 7. maj 1987 har anmodet om, at lovbestemmelserne, hvorefter Hovedstadsrådet foreslår en overordnet sygehusplanlægning, ophæves. Som baggrund herfor henvises i skrivelsen til revisionen af sygehusloven i 1985, som indebar, at der "reelt ikke er opgaver for Hovedstadsrådet inden for sygehusplanlægningen" længere.⁷⁾

Udviklingen går allerede i den anførte retning gennem frikommuneprojekterne.

- 6) Betænkning over forslag til lov om ændring af lov om frikommuner, afgivet af kommunaludvalget den 30. april 1987, side 2, spalte 1.
- 7) Hovedstadsrådets skrivelse er vedlagt som bilag.

Spørgsmålet om at overføre kompetence efter sektorlovgivningen til områdets amtskommuner og kommuner blev drøftet i kommissionen om Hovedstadsrådet, jf. betænkning 988/1983. Der var ikke enighed herom.

I en mindretalsudtalelse til betænkningen har repræsentanter fra de 3 hovedstadsamter og fra Amtsrådsforeningen bl.a. udtalt: "Et af de afgørende udgangspunkter for den nu gældende opgavefordling har været, at man har fundet, at der findes en sådan sammenhæng i varetagelsen af såvel administrative opgaver (behandling af konkrete ansøgninger, tilsyns- og kontrolopgaver, meddelelse af påbud og forbud m.v.), sektorplanlægningsopgaverne på miljøbeskyttelses-, vandindvindings-, frednings- og råstofområdet, herunder kortlægnings- og registreringsopgaver m.v. og regionsplanlægningen, at samtlige opgaver burde henhøre under Hovedstadsrådet som regionsplanmyndighed.

En gennemgang af den lovgivning, som tillægger Hovedstadsrådet kompetence, dokumenterer imidlertid ikke, at der er en sådan sammenhæng i varetagelsen af de nævnte opgaver specielt efter denne lovgivning, som kan begrunde at opgaverne skal henhøre under Hovedstadsrådet, således at opgavefordelingen på Miljøministeriets område bliver forskellig fra opgavefordelingen på vej-, sygehus-, social- og uddannelsesområdet."

Specielt hvad angår den kollektive trafik i hovedstadsområdet bemærkes, at i lighed med regionplanopgaven er kollektiv trafik et område, som nødvendiggør en samordning af planlægning m.v. på tværs af de eksisterende amtsgrænser i hovedstadsområdet. Det skyldes bl.a. de relativt mange og lange boligarbejdsstedsrejser, som kendetegner hele området. Dette er baggrunden for oprettelsen af HT, som via Hovedstadsrådet finansieres af de tre amtskommuner og to centralkommuner.

I resten af landet er der ikke det samme behov for en koordinering af den kollektive trafik over amtsgrænserne. Her har man til gengæld i 9 af de 11 amter (undtagelserne er Fyn og Århus amter) etableret et samarbejde mellem amtskommunen og primærkommunerne i form af oprettelsen af fælleskommunale trafikelskaber, som har ansvaret for al kollektiv bustrafik i de pågældende amtskommuner.

Umiddelbart synes der intet at være til hinder for, at HT's opgaver vil kunne løses af et fælleskommunalt trafiksel-skab ligesom i den øvrige del af landet.

Det specielle vil være, at samarbejdet vil omfatte flere amtskommuner. Det forekommer derfor rimeligt/hensigtsmæssigt, at der i vedtægterne for et sådant selskab skabes sikkerhed for en sammenhæng mellem serviceniveau og byrdefordeling for de enkelte områder (amtskommuner).

Denne sammenhæng mellem serviceniveau og finansiering indgår også på forskellige måder i vedtægterne for de fælles-kommunale trafikselskaber uden for hovedstadsområdet, nemlig for så vidt angår de enkelte kommuner. Dette sker bl.a. ved at lade følgende indgå i byrdefordelingen:

Den samlede kommunale del af tilskuddet fordeles på de enkelte kommuner efter kørselsomfanget i kommunen, eller den enkelte kommune dækker underskuddet på de lokale ru-ter i kommunen.

Det er herefter udvalgets opfattelse, at planlægning og drift af den kollektive trafik inden for hovedstadsområdet må varetages i et lovpligtigt fællesskab mellem amtskommuneme og kommunerne. Ligesom det er tilfældet i Hovedstadsrådet, bør det dog kun være hovedstadsområdets 3 amtskommuner samt Køben-havn og Frederiksberg Kommuner, der er deltagere i dette fæl-leskab - og ikke alle områdets 50 kommuner.

For de fælleskommunale trafikselskaber uden for hoved-stadsområdet er der i lovgivningen fastsat regler om, hvordan selskabet ledes, idet dog de nærmere bestemmelser herom er henskudt til fastlæggelse i en vedtægt, der godkendes af tra-fikministeren og indenrigsministeren.

En tilsvarende ordning vil kunne gennemføres for et tra-fikselskab i hovedstadsområdet, idet der dog kan være grund til at foretage en nærmere lovmæssig regulering af virksomhe-den under hensyn til deres størrelse og betydning samt ikke mindst relationerne til DSB.

Da den kollektive trafik udgør en særdeles udgiftstung post, er det helt afgørende, at der sikres fællesskabets del-tagere en væsentlig indflydelse på økonomien. I denne forbin-

delse vil udvalget særligt pege på spørgsmålet om fordelingen af udgifterne ved selskabets virksomhed samt tilrettelæggelsen af budgetproceduren.

Udvalget finder, at styringsmulighederne over for fællesskabet bedst sikres ved, at der blev anerkendt en vetoet for de deltagene (amts) kommuner. Hermed ville man imidlertid risikere at blokere for selskabets virksomhed. Udvalget skal derfor pege på den ordning, som også i dag kendes for nogle fællesskaber, at fællesskabets budgetforslag underkastes to behandlinger i fællesskabet, således at budgetforslaget mellem handlingerne kan forelægges for de deltagende kommunalbestyrelser, og således at der forudsættes at foreligge en udtalelse fra hver af parterne ved anden budgetbehandling.

FORSLAG 2

Udvalget foreslår derfor, at det overvejes i forbindelse med indeværende valgperiodes udløb at overføre Hovedstadsrådets opgaver til områdets amtskommuner og Københavns og Frederiksberg kommuner, og at regionplanopgaven og den kollektive trafik varetages af (amts) kommunale fællesskaber.

1.C.2. "Synlig" skat og "synlige priser".

I den offentlige debat om den amtskommunale økonomi er det påpeget, at decentraliseringen af kompetence og ansvar til det (amts)kommunale niveau kun kan fungere, hvis borgerne faktisk foretager en afvejning af nytten ved de (amts) kommunale ydelser overfor omkostningerne.

En sådan afvejning forudsætter først og fremmest, at borgerne ved, hvad de betaler i skat til henholdsvis kommune, amtskommune og stat.

Nogen egentlig undersøgelse heraf er ikke foretaget, men meget tyder på, at mange skatteydere ikke gør sig de skattemæssige omkostninger ved forskellige offentlige ydelser klart.

FORSLAG 3

Udvalget foreslår derfor, at trækort og andre meddelelser fra skattemyndighederne udformes, så det (ved forskellig farve eller på anden vis) tydeligt fremgår, hvorledes skatteprovenuet (og trækprocenterne) er fordelt på de tre niveauer.

Det kunne også overvejes, at Statsskattedirektoratet meddeler skatteborgeren forskellen mellem hans/hendes egen skat og den gennemsnitlige (amts) kommunale skat.

Gennemførelsen af "synlige" skatter vil kunne medvirke til at styrke bevidstheden omkring de samlede omkostninger ved henholdsvis kommunernes, amtskommunerne og statens ydelser.

Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at man bør sigte mod at gå et skridt videre ved at skabe hvad man kunne kalde "synlige priser".

En meget stor del af de (amts) kommunale ydelser udbydes gratis til borgerne. Dette gratisprincip kan siges at have en slags "forvridende" effekt, i den forstand, at det meget let kan medvirke til at give borgerne et indtryk af, at omkostningerne ved ydelserne er lavere end det faktisk er tilfældet, og på denne måde tilskynde til et større forbrug af ydelser, end hvis de faktiske omkostninger var oplyst for borgerne.

FORSLAG 4

Udvalget skal derfor foreslå, at amtskommunerne i forbindelse med budgetlægningen, ved udarbejdelsen af pjecer til borgerne og - hvor det er muligt og hensigtsmæssigt - også ved tilvejebringelsen af de enkelte ydelser søger at oplyse borgerne om de faktiske omkostninger ved de amtskommunale ydelser.

1.C.3. Forberedelsesgrupper til sanering af overenskomster.

Udvalget har under sit arbejde med udgiftspres og styringsmuligheder på en række områder stødt på overenskomstmæssige bindinger på amtsrådenes muligheder for at tilrettelægge arbejdet effektivt og fleksiblet.

Denne problemkreds blev også nævnt af Amtsrådsforeningen i dens skrivelse til Indenrigsministeriet om konsekvenserne af regeringens lovforslag om amternes økonomi for 1988 af 1. juni 1987. Det hedder nemlig heri:

"Amtsrådsforeningen skal dog påny - som i foreningens skrivelse af 14. maj 1987 - opfordre regeringen til også at nedsætte et udvalg, der får til opgave at gennemgå alle de bindinger, der findes i de forskellige overenskomster og afta-

ler, staten, Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen og Københavns og Frederiksberg kommuner har indgået med personaleorganisationer om løn- og ansættelsesvilkår. Det er Amtsrådsforeningens opfattelse, at der særligt på dette område er behov for en samlet vurdering, fordi disse fem parter alle er medunderskrivere af en lang række fællesoverenskomster og aftaler. Et sådan udvalgsarbejde bør gennemføres forud for de kommende overenskomstforhandlinger. Amtsrådsforeningen skal minde om de bestræbelser, foreningen senest i forbindelse med overenskomstforhandlingerne med Foreningen af yngre læger har tilstræbt på dette område."

FORSLAG 5

Udvalget foreslår derfor, at der nedsættes en central forberedelsesgruppe med underudvalg for de forskellige områder, som inden næste overenskomstforhandling skal gennemgå overenskomsterne med henblik på at stille forslag til sanering af overenskomsterne, så de bedre tillader produktivitetsforbedringer og tilpasning til politisk fastsatte økonomiske rammer. Udvalget finder det vigtigt, at udvalgene kommer til at omfatte såvel budget- og økonomi-ekspertise som lønteknisk ekspertise.

1.C.4. Statslige udmeldinger.

I aftalen mellem regeringen og Det radikale venstre om den kommunale økonomi i 1987 og 1988 hedder det: "Der sker en opstramning af statens vejledningsvirksomhed over for amtskommunerne, idet ressortministerierne forpligtes til at drøfte økonomiske konsekvenser af henstillinger, vejledninger m.v. med Amtsrådsforeningen og Finans- og Indenrigsministeriet, forinden disse udsendes, selv om de ikke har bindende karakter."

Der er herved tale om en ganske væsentlig ændring af administrationen af det udvidede totalbalanceprincip, idet der heri ligger et tilsagn om en drøftelse før de statslige udmeldinger finder sted.

Den nye regel har hidtil været administreret som en forpligtelse for de enkelte ministerier om at sikre at kommunerne har været orienterede og har haft mulighed for at udtale sig inden udsendelsen. De økonomiske konsekvenser har dog ikke altid været oplyst før bekendtgørelsen er udsendt og før lovfor-

slaget er fremsat, ~~m~~en er afdækket i forbindelse ~~m~~ed kompensations forhandUngerne.

FORSLAG 6

Udvalget foreslår derfor, at den forudgående orienteringsprocedure strammes op, således at nye lovforslag, bekendtgørelser, vejledninger og cirkulærer m.v. principielt kan blive genstand for en forudgående drøftelse i stedfortræderudvalget til regeringens kommunekontaktudvalg inden der træffes beslutning an udsendelse.

Det udvidede totalbalanceprincip kan i sin nuværende form virke bremsende på kommunale spareinitiativer.

En principiel løsning på dette problem måtte kræve, at totalbalanceprincippet blev modificeret ~~m~~ed et hensyn til, om amtskommuneme havde støttet eller modarbejdet forslag til ændringer i bindende regler - det være sig førende til merudgifter eller besparelser. Udvalget har ikke ment, at det er muligt at udforme et egentligt regelsæt, der tilgodeser dette hensyn.

FORSLAG 7

Udvalget foreslår derfor, at der ved kompensationsdrøftelserne sker en opdeling af sager i:

gruppe A, hvor der regnes ~~m~~ed fuld compensation.

gruppe B, hvor der skal forhandles om kompensationsgraden. Denne gruppe kan omfatte vejledninger og henstillinger og egentlige regelændringer af bindende karakter, hvor initiativet f.eks. er (amts) kommunalt. Den kan også omfatte tilfælde, hvor en regelændring giver den enkelte amtskommune en mulighed for at gennemføre besparelser, som den ikke havde før, ~~m~~en hvor altså besparelsens størrelse afhænger af den enkelte amtskommunes beslutning.

1.C.5. Særlige tilskud.

Udformningen af statens tilskud til amtskommuneme kan i forskellig grad være udtryk for et ønske om at påvirke amtskommunemes prioritering.

Bloktilskud er i den forstand helt neutrale, refusioner tilskynder på en regelbundet måde amtskommuneme til ændret adfærd, og skønsmæssigt fordelt særtilskud - som f.eks. til-

skuddet til dialysebehandling - er den tilskudstype, der klarer sig bedst i de decentrale prioriteringer.

FORSLAG 8

Udvalget foreslår, at Indenrigsministeriets finansieringsudvalg gennemfører en analyse med henblik på at vurdere de særlige, skønsmæssige tilskud til amtskommunerne med henblik på at vurdere, om der er tale om så væsentligt overordnede hensyn, at tilskuddene bør bevares, eller om beslutningerne kan decentraliseres, og de pågældende særlige tilskud omlægges til bloktilskud.

1.C.6. Produktivitet.

Såvel den teknologiske udvikling som den øgede interesse for nye ledelsesmetoder giver i disse år gode muligheder for at opnå betydelige produktivitetsstigninger i den offentlige sektor. Indenfor statens område er der udviklet en metode til opgørelse af de mulige produktivitetsstigninger. Samlet udgør de således opgjorte produktivitetsforbedringer omkring 2 1/2 pct. årligt - med betydelige variationer fra udgiftsområde til udgiftsområde.

Statens metode til beregning af produktivitetsstigninger lader sig ikke umiddelbart overføre til amtskommunerne. Men det er givet, at der også indenfor amtskommunernes områder i disse år er betydelige muligheder for at øge produktiviteten.

FORSLAG 9

Udvalget foreslår, at det gennem målrettet indhentning af oplysninger om produktivitetsforbedringer og økonomisering i bredere forstand sikres, at der opnås det størst mulige bidrag til at reducere udgiftspresset. Udvalget foreslår endvidere, at Indenrigsministeriet etablerer en arbejdsgruppe med henblik på at fremme denne proces.

2. SYGEHUSVÆSENET.

2.A. Regelsættet på sygehusområdet.

2.A.1. Sygehusloven m.v.

Efter sygehusloven (bekendtgørelse nr. 476 af 7. november 1985) varetages sygehusvæsenet af amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner. Udgifterne til sygehusvæsenet afholdes af amtskommunerne, bortset fra særlige områder, som eksempelvis nyretransplantations- og dialysevirksomhed, hvor der ydes statstilskud.

Sygehusloven indeholder kun få bestemmelser, der forpligter amtskommunerne i henseende til omfanget og kvaliteten af den behandling og service, der ydes.

Hver amtskommune skal ved sit eget sygehusvæsen yde vederlagsfri behandling til personer, der har bopæl i amtskommunen. Amtskommunen skal endvidere yde akut sygehusbehandling til personer, der midlertidig opholder sig i amtskommunen (akutreglen, § 5, stk. 1). Herudover har visse persongrupper adgang til vederlagsfri behandling i medfør af bekendtgørelse om adgang til ydelser efter lov om sygehusvæsen og lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp (nr. 597 af 16. november 1982.)

Derudover varetager det amtskommunale sygehusvæsen opgaver i forbindelse med undervisning og uddannelse af plejegrupper og i forbindelse med de yngre lægers videreuddannelse. Endvidere finder der inden for sygehusvæsenet en forskning sted, som er en forudsætning for at opretholde og videreudvikle kvaliteten af den behandling og service, der ydes.

Amtskommunerne er efter § 6 i sygehusloven forpligtet til at yde vederlagsfri befordring med ambulance eller særlig sygekøretøj til de patienter, der har krav på vederlagsfri behandling, forudsat at patienternes tilstand nødvendiggør det. Amtskommunen kan vælge at løse denne opgave selv eller ved at indgå en aftale med et privat firma.

Amtskommunerne er i medfør af loven tillige forpligtet til at yde beløb til personlige fornødenheder til visse personer (§ 5 A), til at yde befordring eller befordringsgodtgørel-

se efter nærmere regler fastsat af sundhedsministeren (bekendtgørelse nr. 608 af 29. november 1982), og til at yde behandlingsredskaber efter nærmere regler fastsat af sundhedsministeren (Indenrigsministeriets cirkulære af 20. februar 1975).

Som led' i løsningen af sygehusvæsenets opgaver er amtskommunene forpligtet til at indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsafdelinger. Det primære mål for disse benyttelsesaftaler er at sikre borgerne lige adgang til relevant specialiseret behandling.

De overordnede rammer for, hvorledes amtskommunene vil opfylde deres sygehusforpligtelse, fastlægges i en sygehusplan, som bl.a. udarbejdes på baggrund af den rådgivning, som indhentes hos Sundhedsstyrelsen (§ 11, stk. 4). Indenrigsministeriets tidligere godkendelsesbeføjelse på sygehusplanområdet er blevet ophævet som følge af den ændring, der skete af sygehusloven i 1985.

Til brug for sygehusplanlægningen udfærdiger sundhedsministeren efter forhandling med sygehusrådet vejledende retningslinier for varetagelse og planlægningen af sygehusvæsenet, herunder om afgrænsning, varetagelse og planlægning af sygehusvæsenets lands- og landsdelsfunktioner. Sundhedsministeriet har dog endnu ikke udsendt vejledende retningslinier for sygehusplanlægningen i 1988 og frem.

Sygehusloven åbner mulighed for, at amtskommunene, som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver, kan drive eller benytte institutioner i udlandet efter regler fastsat af sundhedsministeren.

Ifølge Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 69 af 17. februar 1983 kan amtskommunene således efter Sundhedsstyrelsens godkendelse henvise patienter til højt specialiseret sygebehandling i udlandet. Dette kræver bl.a., at patienten er undersøgt på en specialafdeling, der inden for det pågældende sygdomsområde betegner den højeste indenlandske specialkundskab, og at der er tale om en behandling, der ikke kan gives her i landet. De udgifter, der er forbundet med behandlingen, afholdes af staten, medens udgifterne til transport, forplejning m.v. afholdes af bopælsamtskommunen. Endvidere kan

amtskommunerne efter Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 536 af 16. oktober 1975 benytte kur- og rekonvalescenthjem i udlandet.

Endelig skal nævnes de vejledende retningslinier og senest anbefalinger gennem Planlægnings- og Visitationsudvalget (P.V.U.), hvor sygehuskommunerne, Sundhedsministeriet og universiteterne m.v. er repræsenteret. Udvalget, der er nedsat under Sundhedsstyrelsen, har til opgave at tilvejebringe en bredere rådgivning af såvel sygehuskommunerne som centrale myndigheder vedrørende lands- og landsdelsfunktionernes afgrænsning samt organisation og placering i det samlede sygehusvæsen.

2.A.2. Lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp.

Efter lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp (lovbekendtgørelse nr. 477 af 7. november 1985) tilvejebringer amtskommunerne vederlagsfri adgang til forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab.

Herudover yder amtskommunerne gratis vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder (jf. § 11).

Ifølge lovens § 1 har gravide kvinder ret til indtil 5 vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge, heraf de 3 under svangerskabet, forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder samt vederlagsfri fødselshjælp. Kvinden er efter eget valg sikret adgang til fødselsbetjening på sygehus, anden offentlig institution eller i hjemmet.

Sundhedsstyrelsen fastsætter retningslinier for gennemførelsen af de forebyggende helbredsundersøgelser, herunder om antallet af jordemoderundersøgelser.

De i sygehusloven fastsatte regler om vederlagsfri behandling og undersøgelse m.v., om befordring og befordringsgodtgørelse m.v. gælder også på dette område.

Udgifterne til svangerskabshygiejne og fødselshjælp, herunder lægehonorar for helbredsundersøgelser, afholdes af amtskommunerne. Dog afholder statskassen udgifterne til blodprøveundersøgelser (jf. § 10).

Amtskommunerne skal udarbejde en plan for de forebyggende helbredsundersøgelser og fødselshjælpen.

2.A.3. Lægeloven m.v.

Sundhedsvæsenets behandlingsmæssige opgaver varetages i betydeligt omfang af læger. Lægen udgør samtidig den generelt set på samme tid både højeste og bredeste sundhedsuddannelse i vort samfund. Dette har givet sig udtryk i forskellige regelsæt og ordninger, hvorefter lægen som sådan tillægges særlige opgaver og positioner, som offentlige myndigheder og andre i et vist omfang må respektere.

Efter lægeloven (Lb. 426 af 19. august 1976) er lægen autoriseret som en særlig medicinalperson, og der er givet lægen forskellige rettigheder, f.eks. eneret til betegnelsen læge (§ 1) og eneret til udøvelse af et nærmere bestemt virksomhedsområde, hvilket bl.a. er reguleret i lægelovens bestemmelser om kvaksalveri (§ 23 f.f.).

I lægeloven er endvidere fastsat regler om, hvilke uddannelser og navnlig videreuddannelser læger skal have gennemført for lovligt at kunne udføre bestemte lægelige funktioner. F.eks. følger det af lovens § 3, jfr. § 2, stk. 4, at en læge ikke kan virke i en overordnet stilling på et sygehus m.v., hvis han ikke har gennemgået en supplerende praktisk uddannelse som "selvstændigt virkende læge".

Sundhedsministeren fastsætter (efter forhandling med undervisningsministeren) reglerne om denne. I denne forbindelse kan sundhedsministeren, jfr. lovens § 2, stk 6, pålægge statens og kommunernes sygehuse at modtage læger i forhold til deres behov for lægeuddannet personale. Regler om disse pålæg fastsættes af sundhedsministeren efter forhandling med Københavns og Frederiksberg kommuner samt Amtsrådsforeningen, således at intet sygehus kan pålægges at modtage et større antal læger end gennemsnittet af det antal, som i de sidste 3 år har haft tilsvarende virksomhed på sygehuset, medmindre forholdene forandres.

Den lægelige uddannelse omfatter en såkaldt prægraduat og en postgraduat del. Den prægraduate del omfatter det medicinske universitetsstudium, mens den postgraduate del finder sted efter opnået kandidateksamen, dels gennem en klinisk videreuddannelse gennem ansættelse på sygehusafdelinger, dels gennem en teoretisk videreuddannelse.

Kravene til uddannelse til såvel alment praktiserende læge som speciallæge er fastlagt i bekendtgørelser, der udstedes af Sundhedsministeriet efter bemyndigelse i lægeloven. De nærmere bestemmelser, særligt vedrørende speciallægeuddannelsernes indhold, fastsættes af Sundhedsstyrelsen i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelser og bestemmelser om uddannelse af speciallæger og omfatter en nøje beskrivelse af uddannelsens forløb og varighed samt ansættelseskrav generelt og inden for de enkelte specialer.

Den første del af yngre lægers kliniske videreuddannelse udgøres af turnusuddannelsen, der skal gennemgås uanset om man ønsker at videreudanne sig til alment praktiserende læge eller speciallæge. Turnusuddannelsen har en varighed på 18 måneder, og principielt skulle en nybagt medicinsk kandidat straks kunne gå i gang med turnusuddannelsen, men der er blandt de allerede ansatte reservelæger en vis mængde, der står på venteliste til turnusstillinger. Ventelisterne forventes at forsvinde i begyndelsen af 1990'erne. Efter gennemgået turnusuddannelse får lægen Sundhedsstyrelsens tilladelse til "selvstændigt virke som læge".

Kravene til uddannelse til alment praktiserende læge omfatter udover turnusuddannelsen en praksisersservelægetid på 6 måneder, en sygehusdel på 30 måneder og en amanuensisid som uddannelsesamanuensis i 6 måneder.

Kravene til speciallægeuddannelsen omfatter udover turnusuddannelsen en introduktionsuddannelse på mindst 12 måneder inden for det valgte speciale, en undervisningsstilling på typisk 24 måneder og en 1. reservelægetid på mindst 18 måneder.

I den lægelige videreuddannelse stilles endvidere krav om gennemførelse af et teoretisk uddannelsesprogram.

De enkelte dele af uddannelsen kan kun finde sted på afdelinger, der af Sundhedsstyrelsen er klassificeret hertil. Sundhedsstyrelsen udsender een gang årligt den såkaldte klassifikationsliste, der for hver uddannelse og for hvert led i uddannelsen omfatter en liste over afdelinger m.v., der er klassificeret til pågældende del af uddannelsen med det antal måneder, som vil kunne godkendes.

Uddannelsesbestemmelser og klassifikationsliste er således to sider af samme sag, og klassifikationslisten har for så

vidt ~~sanne~~ bindende virkning for de uddannelsessøgende yngre læger ~~som~~ uddannelsesbestemmelserne.

Klassifikationen har hidtil vedrørt hele afdelinger, således at samtlige på afdelingen ansatte yngre læger principielt vil kunne drage nytte af afdelingens uddannelsesmæssige status. På det seneste ~~møde~~ i Det centrale Råd for lægers videreuddannelse har Sundhedsstyrelsen imidlertid fremsat forslag om klassifikation af enkeltstillinger, således at der for hver enkelt del af uddannelsen udpeges et antal stillinger, der vil kunne tælle i videreuddannelsen til alment læge eller speciallæge, og således at kun de yngre læger der ansættes i klassificerede stillinger modtager uddannelse. Forslaget har kun været drøftet indledningsvist.

Den uddannelsesmæssige værdi af en ansættelse er altså ~~som~~ princip bestemt af afdelingens uddannelsesmæssige værdi. Da langt de fleste afdelinger er klassificeret til at indgå i en eller anden del af det lægelige videreuddannelsessystem **vil** hovedparten af samtlige yngre læger være ansat i en stilling, der vil kunne tælle i et uddannelsesforløb. Det skønnes, at ca. 500 stillinger ikke tæller i uddannelsesmæssig ~~sammenhæng~~ overhovedet. Det drejer sig hovedsagelig om stillinger på visse langtidsmedicinske afdelinger og visse fysiurgiske sygehuse.

Det følger endvidere af lægeloven, § 14, stk 1, at statslige og kommunale lægestillinger kun må besættes ~~med~~ autoriserede læger, og at en stilling ~~som~~ ledende læge (overlæge) ved et sygehus eller lignende kun må besættes, hvis der fra Sundhedsstyrelsen er indhentet en udtalelse om, hvilke ansøgere der er kvalificerede til stillingen. Styrelsens udtalelse skal bygge på en indhentet sagkyndig vurdering.

Efter § 14, stk. 2, er kun læger berettigede til at udøve den lægevirksomhed, ~~som~~ udkræves ifølge forsikrings- og forsørgelse Slovene og lovgivningen i øvrigt.

Også i anden lovgivning er en lægelig funktion tillagt særlig retsvirkning. F.eks. er det flere steder i den sociale lovgivning fastsat, at en social ydelse kun kan udløses, såfremt der foreligger en lægelig udtalelse i form af en attest, erklæring, henvisning, ordination eller lignende.

De fleste af de ovennævnte bestemmelser i lægeloven må opfattes som bestemmelser, der som en hjælp og støtte for patienter og offentlige myndigheder skal sikre, at lægerne som en forudsætning for autorisationen har bestemte og i øvrigt ensartede kvalifikationer.

Bestemmelsen i lægelovens § 14 om pligt til at indhente Sundhedsstyrelsens udtalelser ved besættelse af overlægestillinger må ligeledes betragtes som en hjælp til amtskommunernes bedømmelse af ansøgernes faglige kvalifikationer set i relation til den konkrete opslåede stilling. Amtskommunen er frit stillet med hensyn til, hvilken ansøger der skal ansættes i stillingen, dog normalt kun blandt dem der er bedømt som "særligt kvalificeret" og "kvalificeret".

Lægerne er som udgangspunkt undergivet en instruktionsbeføjelse fra amtskommunerne, idet disse er ansættelsesmyndighed for lægerne. Men lægerne er tillige efter lægelovens § 17 undergivet tilsyn af Sundhedsstyrelsen, som skal påse, at lægerne i deres gerning overholder lovgivningen. En læge er efter lovens § 6 forpligtet til i sin gerning at vise omhu og samvittighedsfuldhed, og Sundhedsstyrelsen kan, hvis den vurderer, at lægen i sin faglige virksomhed ikke lever op til dette, tildele lægen en irettesættelse. I grovere tilfælde kan Sundhedsstyrelsen anmode anklagemyndigheden om at rejse en sigtelse efter lægelovens straffebestemmelser eller direkte efter straffeloven.

2.A.4. Kompetencefordelingen på sygehusene.

På de enkelte sygehuse er kompetencen delt.

Administrator må anses for leder af det enkelte sygehus, og må naturligvis udøve sine meget vidtgående beføjelser i overensstemmelse med hele det regelkompleks, der gælder dels for sygehusdrift, dels for amtskommunal virksomhed i almindelighed.

Det betyder f.eks., at han ikke kan gribe ind i behandlingen af den enkelte patient på en af sygehusets afdelinger, men meget vel i spørgsmål om afdelingens bemanning, udstyr, effektivitet etc. Han vil endda være forpligtet hertil, hvis de givne rammer ikke overholdes eller afdelingen ikke udnyttes som forudsat ved tildelingen af ressourcer.

Lægernes funktionsområde udgør diagnosticering og behandling af patienterne. I den lægelige behandling indgår et tæt samarbejde med sygeplejen omkring dele af plejen og med sygeplejen og andre faggrupper omkring genoptræning, kostsammensætning o.s.v. Endvidere indgår planlægning af undersøgelses- og behandlingsforløb i de lægelige arbejdsopgaver.

Sygeplejerskernes funktionsområde udgør pleje af patienterne. Sygeplejerskerne har en række selvstændige opgaver i forhold til patientplejen; det gælder f.eks. i relation til hjælp til personlig hygiejne, mediciningivning m.v., ligesom sygeplejerskerne har opgaver i forbindelse med sikring af, at lægernes ordinationer af undersøgelser og behandlinger iværksettes.

Det er på det lægelige og sygeplejefaglige område, sygehusets ressourceforbrug i første række udløses.

Omkring ledelsen af de to faglige områder på afdelingsniveau bemærkes, at overlægerne har et selvstændigt lægeligt ansvar. Til varetagelse af de administrative opgaver udnævnes en administrerende overlæge på afdelingen.

I modsætning til det lægelige område er sygeplejen i traditionel forstand hierarkisk opbygget. Øverst ansvarlige for sygeplejepersonalet er forstanderinden, og på afdelingsniveau ledes sygeplejen af en oversygeplejerske eller en afdelings-sygeplejerske. Der er således for det sygeplejefaglige funktionsområde en egentlig liniechef.¹⁾

Denne kompetencefordeling indebærer en ledelsesmæssig opdeling af sygehusene, hvor sygeplejerskerne på den ene side træffer beslutninger om patientens pleje, og lægerne på den anden side træffer beslutning om patientens behandling.

På det enkelte sygehus kan forstanderen for sygeplejen principielt træffe beslutninger om principper for plejen m.v., som via instruks til oversygeplejerske og afdelingssygeplejerske til den enkelte sygeplejerske kan blive princippet for plejen på sygehuset.

På lægesiden er kompetencefordelingen mindre klar.

1) Baseret på fremstillingen i Lederudvikling i sygehusvæsenet, Amtsrådsforeningen i Danmark, 1986.

Der findes således ingen præcise beskrivelser af kompetencefordelingen på lægesiden. Den kompetencefordeling, der efterleves på den enkelte afdeling, er i høj grad baseret på lokale traditioner og normer.

Den enkelte afdeling har i reglen flere ansatte overlæger og en række yngre læger ansat.

Nogle af overlægerne er ansat og aflønnet i henhold til overlægeaftalens § 4, stk. 1, hvilket medfører, at overlægerne har den lægelige ledelse af afdelingen, jf. overlægeaftalens § 3, stk. 2.

Denne lægelige ledelse - der skal udmøntes i fællesskab - består i ledelse af visitation, undervisning, konferencer, undersøgelses- og behandlingsprogrammer, patientinformation og forskningsaktivitet.

En enkelt af overlægerne på afdelingen ansat i henhold til § 4, stk. 1, varetager afdelingens administrative arbejde - herunder forholdet til sygehusledelsen. Denne overlæge - der betegnes som den administrerende overlæge - har formelt ingen særlig kompetence i forhold til de øvrige overlæger på afdelingen.

Den administrerende overlæge er via sygehusets ledelse forbindelsesleddet til forvaltningen, i Københavns og Frederiksberg kommuner, administrationen og borgmesteren. Dette kan f.eks. være i forbindelse med sygehusplaner, visitationsregler, samspillet med andre afdelinger, ferieplanlægning, instrumentindkøb og lignende.

Funktionen som administrerende overlæge har hidtil været varetaget af den ældste overlæge på afdelingen, men det fremgår nu af overenskomsten, at amtsrådet efter høring af overlægerne på afdelingen kan opslå stillingen som administrerende overlæge på linie med alle andre stillinger.

Det skal bemærkes, at i Københavns kommunes hospitalsvæsen er kompetencen til ledelse af de enkelte hospitaler tillagt inspektør, cheflæge og forstander i fællesskab, medens ledelseskompetencen for de enkelte afdelinger er tillagt den administrerende overlæge og oversygeplejerske i fællesskab. Den administrerende overlæge er ansat til og har kompetence til at lede afdelingen såvel administrativt som lægeligt inden for rammerne af ledelsesfællesskabet med oversygeplejersken.

Retsforholdet mellem de kommunalpolitiske organer og ansatte ~~mød~~ en særlig indsigt, f.eks. læger, er nærmere behandlet i Indenrigsministeriets betænkning om kommunale styrelsesformer og kommunalpolitiske arbejdsvilkår m.v. (nr. 894/1980).

Det følger heraf (afsnit 10.3.2.), at det må forekomme naturligt, at beslutninger truffet af ansatte ~~mød~~ en særlig faglig viden og kunnen, må have en vis uafhængighed af de kommunalpolitiske organer. Samtidig anføres, at det er overordentlig vanskeligt at trække grænserne for den grad af uafhængighed, som udøvelsen af fagskøn kan give. ~~Den~~ altovervejende hovedregel må i følge betænkningen være, at der ikke kan anerkendes begrænsninger i amtsrådets beslutningsret. Dog vil et amtsråd ikke kunne pålægge fagligt uddannede at udføre klart ulovlige forhold eller overtrædelse af fagmæssigt opstillede normer - hvor betænkningen ~~som~~ eksempel nævner den internationale lægeforenings normer. ~~Den~~ fagligt ansatte vil således efter omstændighederne kunne nægte at udføre handlinger m.v., ~~som~~ kan pådrage den pågældende et retligt ansvar. Dette kan til eksempel være en tilrettevisning fra Sundhedsstyrelsen for overtrædelse af lægeloven.

I praksis vil den ansatte læge ved pålæg om at foretage sådanne handlinger være forpligtet til at gøre arbejdsgiveren opmærksom på forholdet og om muligt, opstille forslag til retmæssig løsning af de pågældende opgaver. Akut nødvendig lægehjælp vil lægen altid være berettiget og forpligtet til at udføre.

2.A.5. Overenskomster.

I forbindelse ~~mød~~ de seneste års diskussioner om overenskomsternes betydning for presset på sygehusvæsenets udgiftsniveau er det i særdeleshed overenskomsten for de yngre læger, der har været i fokus, på trods af at denne overenskomst på en række væsentlige punkter ikke afviger fra de øvrige overenskomster på sygehusområdet.

I al væsentlighed er sygehusoverenskomsterne indgået mellem de pågældende organisationer på den ene side og Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner samt staten på den anden.

Det karakteristiske for disse overenskomster er reglerne om arbejdstid m.v., der bl.a. har gjort det vanskeligt at tilgodese hensynet til sygehusenes døgnfunktioner samtidig med de ressourcemæssige og uddannelsesmæssige hensyn.

Det har medført betydelige bindinger for arbejdsgivernes muligheder for at styre normeringen gennem arbejdstilrettelæggelsen. Reglerne for bl.a. indregning af rådighedstjeneste til arbejdstid har betydet, at det ofte er vagtarbejdets omfang, der indirekte er afgørende for normeringen på den pågældende sygehusafdeling .

Arbejdstilrettelæggelsen i sig selv er for så vidt ikke overenskomststof, men de bindinger, der af den ene eller anden grund er indført i overenskomsterne især efter 1981, er blevet mere belastende for en smidig og hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse .

Her spiller det forhold ind, at det offentlige område fra 1. april 1977 blev omfattet af arbejdsmiljøloven. Dette bevirkede bl.a.,

at arbejdstiden skulle tilrettelægges således, at der i hvert døgn, regnet fra normal arbejdstids begyndelse, skulle ydes medarbejderen en sammenhængende hvileperiode på mindst 11 timer,

at medarbejdere inden for hver periode på 7 døgn skulle have et ugentligt fridøgn, der skal ligge i umiddelbar tilslutning til en daglig hvileperiode.

Inden for områder, hvor en institutions beredskabsforhold blev opretholdt, ved at personalet afviklede tjenesteforholdene i form af

rådighedstjeneste hele døgnet eller

effektiv tjeneste i en del af døgnet og rådighedstjeneste i den øvrige del af døgnet,

ville lovgivningen bevirke, at sådanne beredskaber ikke kunne opretholdes, idet rådighedstjeneste ikke kunne betragtes som hviletid.

Afviklingen af en institutions beredskabsforhold på baggrund af bestemmelserne i arbejdsmiljøloven, ville have bevirket, at personalets tjenesteforhold måtte omlægges til at være effektiv tjeneste med 2-3 medarbejdere i tjeneste pr. døgn i stedet for 1 medarbejder pr. døgn.

Med udgangspunkt i arbejdsmiljølovens § 52, stk. 3 og 4, og § 55 og 56 fastsatte arbejdsministeren ved udsendelse af bekendtgørelsen af 15. august 1980 regler om hviletid og fridøgn.

Herudover åbnede arbejdsministeren mulighed for, at der ved sl-viftlig aftale mellem en arbejdsgiverpart og en personaleorganisation kunne indgås skriftlig aftale om fravigelser fra bekendtgørelsen.

Endelig indeholdt bekendtgørelsen oplysning om, at aftaler, som var indgået mellem en arbejdsgiverpart og en personaleorganisation før 1. oktober 1980, kun var gyldige efter 1. april 1981, hvis de blev fornyet med virkning fra 1. oktober 1980 eller senere.

Da man fra arbejdsgiverside skønnede, at der ikke på baggrund af bestemmelserne i bekendtgørelsen fortsat kunne opretholde rimelige beredskaber inden for de områder på sygehuse, plejehjem, døgninstitutioner for børn og unge og særforsorgsinstitutioner, hvor der hidtil var blevet afviklet dele af tjenesten i form af rådighedstjeneste, fandt man det nødvendigt at indlede forhandlinger med personaleorganisationerne for at få aftalt supplerende bestemmelser om daglig hviletid og ugentlige fridøgn.

Bekendtgørelsen om hviletid og fridøgn blev herefter i forbindelse med overenskomstforhandlingerne i 1981 modificeret på en række punkter ved indgåelse af de såkaldte "miljøaftaler" med en række personaleorganisationer.

Selv om en miljøaftale modificerer bekendtgørelsen indeholder aftalerne rettigheder for personalet og dermed bindinger for arbejdsgiveren.

Prisen, som arbejdsgiverparterne i forbindelse med overenskomstforhandlingerne i 1981 måtte betale for at få personaleorganisationerne til at indgå disse aftaler, var følgende:

Tidsgodtgørelsen for rådighedstjeneste fra bolig blev ændret fra 15 til 20 minutter.

Tidsgodtgørelsen for rådighedstjeneste fra vagtværelse blev ændret fra 30 til 45 minutter.

2.B. Udviklingen i sygehusvæsenets udgifter, ressourceforbrug og produktion.

2.B.0. Indledning.

I dette afsnit er først redegjort for udviklingen i de samlede udgifter til sygehusvæsenet - afsnit 2.B.1 - som synes at kunne fortolkes som udtryk for en gennemsnitlig årlig realvækst i udgifterne for hele perioden 1980-87 på godt 1 pct. og for perioden siden 1984 på ca. 2 pct. Det skal dog bemærkes, at der for 1987 alene er tale om skøn, som må tages med forbehold.

Herefter er i afsnit 2.B.2 præsenteret nogle elementer, der må indgå i en vurdering af udviklingen i behovet for sygehusvæsenets ydelser. Udviklingen i det aldersbetingede sengedagsforbrug beskrives, og det vises, at dette mål ikke kan stå alene, når man analyserer udviklingen over tiden. Sengedagshyppighederne har nemlig været faldende, liggetiderne er reducerede og antallet af ambulante behandlinger er i stedet vokset kraftigt. Der etableres således ikke et kvantitativt mål for udviklingen i borgernes oplevede behov for sygehusydelser.

I afsnit 2.B.3 er udviklingen i de forskellige mål for sygehusenes produktion beskrevet; antal udskrivninger, antal normerede sengedage, belægningsprocent, liggetider og antal ambulante behandlinger.

Endelig er det, med udgangspunkt i analysen fra produktivitetsudvalgets betænkning om sygehusenes organisation og økonomi - der dækker perioden frem til 1982 - i afsnit 2.B.4 søgt vurderet, om udviklingen i sygehusvæsenets produktivitet i de følgende år fortsat er faldet. Det sandsynliggøres, at de tidligere års fald i produktiviteten synes at være standset.

2.B.1. Sygehusvæsenets udgifter og ressourceforbrug.

2.B.1.a. Sygehusudgifterne 1980-1987.

Det danske sygehusvæsen omfatter i alt 120 institutioner,²⁾ hvoraf de 107 institutioner henhører direkte under amtskommunene og Københavns og Frederiksberg kommuner, mens 10 institutioner er selvejende/private, og 3 er statslige.³⁾

Belysningen af den amtskommunale sygehussektor er i dette afsnit afgrænset til at omfatte de af amtskommunene og Københavns og Frederiksberg kommuner ejede sygehuse samt de selvejende/private institutioner, med hvilke amtskommunene har indgået driftsaftaler.⁴⁾

Udviklingen i det amtskommunale sygehusvæsenes brutto-drifts- og anlægsudgifter i perioden 1980-1987 fremgår af tabel 1 i bilag 2.1. Bruttoudgifterne er imidlertid ikke et egnet mål til belysning af udgiftsudviklingen, idet bruttoudgifterne omfatter amtskommunens udgifter til køb af sengepladser hos hinanden. For amtskommuner, der sælger sengepladser, omfatter tallet således udgifter til senge, der dækkes af betalinger fra køberamtskommunerne.

Udgifterne til disse senge er således medregnet 2 gange i bruttoudgifterne.

Et bedre mål fås derfor ved at anvende nettoudgifterne, hvor der er foretaget fradrag af salgsindtægter, således at udgifterne til en sengeplads kun opgøres een gang. Endvidere fratrækkes amtskommunenes statslige refusioner ved opgørelsen af nettoudgifterne. Tilbage bliver herefter amtskommunens egne udgifter samt deres køb af sengepladser og andre sygehusydelser fra statslige og private institutioner, som på den måde kan siges indgå i tallene (i det omfang de sælges til amtskommunerne til omkostningsbestemte priser).

- 2) Lægestillinger og sengepladser på institutioner, april 1986, Sundhedsstyrelsen, sygestatistik II: 30: 1986.
- 3) Omfatter Rigshospitalet, Statens Seruminstitut og Statens øjenklinik.
- 4) Dette indebærer, at samtlige selvejende/private institutioner er medregnet.

Disse udgifter er vist i tabel 1.

Forskellen mellem brutto- og nettoudgifterne udgør i hele perioden ca. 2 mia. kr. Udover indtægter fra handel med sengepladser på tværs af amtsgrænserne omfatter dette forskelsbeløb tilskud fra staten til bl.a. behandling af bløderpatienter og tilskud til nyretransplantationer og dialysecentre.

Tabel 1. Nettodrifts- og anlægsudgifter til sygehusvæsen 1980-1987, løbende priser (inkl. København og Frederiksberg kommuner).*)

Mio.kr.	Nettodrifts- udgifter	Nettoanlægs- udgifter	Nettodrifts- og anlægsudgifter
1980	14.080	727	14.807
1981	15.803	733	16.536
1982	18.641	695	19.336
1983	19.958	767	20.725
1984	20.745	920	21.665
1985	22.150	998	23.148
1986	22.697	1.166	23.863
1987- skøn	24.623	1.096	25.719

*) 1980-86 er endelige regnskabstal. Tallene for 1987 er korrigeret for moms.

Den ovenfor anførte udgiftsudvikling er påvirket af udviklingen i priser og lønninger i perioden og opgaveomlægninger.

For at få et indtryk af udviklingen i ressourceforbruget i sygehusvæsenet i perioden må der derfor foretages en korrektion for den stedfundne pris- og lønudvikling og opgaveomlægningerne. Denne korrektion er foretaget i tabel 2, hvor nettodrifts- og anlægsudgifterne 1980-87 er opgjort i 1986 pris- og lønniveau. Som deflatorer er anvendt vægtede pris- og lønstigningsprocenter, opgjort specifikt for sygehussektoren.⁵⁾ De i tabel 2 beregnede tal er herefter illustreret i figur 1.

5) Deflatorerne er nærmere beskrevet i bilag 1.1.

Tabel 2. Nettodrifts- og anlægsudgifter i sygehusvæsenet 1980-1987, faste priser og lønninger (1986) (inkl. København og Frederiksberg kommuner).*)

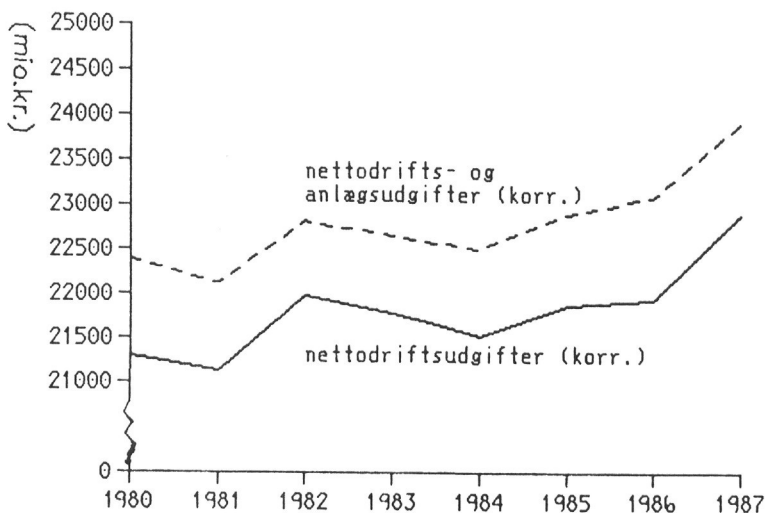
Mio.kr.	Nettodrifts- udgifter	Nettoanlægs- udgifter	Nettodrifts- og anlægs- udgifter	Rs alvækst	
				Drift Pct.	Drift + anlæg Pct.
1980	21.300	1.100	22.400		
1981	21.269	987	22.256	-0,1	-0,6
1982	22.261	830	23.091	4,7	3,8
1983	22.317	858	23.175	0,3	0,4
1984	22.134	982	23.116	-0,8	-0,3
1985	22.638	1.020	23.658	2,3	2,3
1986	22.697	1.166	23.863	0,2	0,8
1987- skøn	23.055	1.026	24.081	1,7	1,0

Mio.kr.	Ændring i netto- drifts- og anlægsudg.	Merudg. s.f.a. en ændret op- gavefordeling**)	Aktivitets- ændring	Nettoudg. korr. for ændret opga- vefordeling (1986-p/1)	Realvækst i korr. nettoudg. i pct.
1980	.	.		22.400	.
1981	-144	135	-279	22.121	-1,2
1982	835	140	695	22.816	3,1
1983	84	249	-165	22.651	-0,7
1984	-59	93	-152	22.499	-0,7
1985	542	155	387	22.886	1,7
1986	205	0	205	23.091	0,9
1987- skøn	218	-605	823	23.914	3,6

*) De ved deflateringen benyttede pris- og lønstigningsprocenter fremgår af bilag 1.1

**) Ifølge lov- og cirkulæreprogrammet. Opgaveomlægningen består i, dels stignende takster for benyttelse af sengedage på Rigshospitalet fra 1981 til 1985, og dels overflytningen af H-plejehjemmene til det sociale område i 1987.

Figur 1. Nettodrifts- og anlægsudgifter i sygehusvæsenet korrigeret for opgaveomlægninger 1980-87, faste priser og lønninger (1986).



Det billede af udgifts- og ressourceudviklingen inden for sygehusvæsenet i perioden 1980-87, som ovenstående tabel og figur tegner, har de samme karaktertræk, som fandtes i analysen af udviklingen på det samlede amtskommunale udgiftsområde, jf. afsnit 1.B. Udviklingen inden for sygehusvæsenet 1980-87 synes således ligeledes at forløbe i 3 markant forskellige delperioder, kendetegnet først ved en kraftig realvækst i 1982, der må ses i sammenhæng med 1981-overenskomsten for underordnede sygehuslæger, som bl.a. bevirkede, at antallet af sygehuslæger voksede kraftigt i 1981-82, jf. nedenfor. Dernæst følger en stabilisering af udgifterne i 1983 og 1984, hvorefter en ny realvækstperiode sætter ind fra 1984.

Væksten i 1985 og 1987 er dog ikke så stor som for det samlede amtskommunale udgiftsområde (korrigeret for nye og ændrede opgaver, jf. tabel 3 i afsnit 1), og den konstaterede generelle dæmpning i 1986 er heller ikke så udtalt for sygehusområdet, hvor der er tale om en svag vækst. Men også for sygehusenes driftsudgifter ses en udvikling, der afspejler de periodiserings- og afgrænsningsforhold, der gør sig gældende

i 1985-87. Reelt kan der således være tale om et mere jævnt forløb gennem de nævnte år med en årlig vækstrate på godt 1-2 pct., et tal der dog er påvirket af det skønsmæssigt ansatte udgiftstal for 1987.

2.B.1.b. Den amtsvise udgiftsudvikling.

I tabel 3 er vist udviklingen i nettodriftsudgifterne til sygehusvæsenet i 1986-priser og korrigeret for opgaveomlægninger (Rigshospital og H-plejehjem, jf. tabel 2, note**)) fordelt på sygehusejere.

Tabel 3. Nettodriftsudgifter til sygehusvæsenet fordelt på amtskommuner 1980-1986 og
korrigeret for opgaveomlægninger.
1986-priser. Index (1980 = 100).

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Københavns Kom.1)	100	94	95	93	87	83	87
Frederiksberg K. ²⁾	100	106	113	111	109	105	106
Københavns Amt	100	99	103	102	101	101	102
Frederiksborg Amt	100	99	101	96	92	93	96
Roskilde Amt	100	105	119	114	114	114	116
Vestsjællands Amt	100	98	106	103	100	102	101
Storstrøms Amt	100	95	100	100	99	100	101
Bornholms Amt	100	101	106	103	100	103	104
Fyns Amt	100	102	109	109	108	117	111
Sønderjyllands Amt	100	101	105	108	109	116	111
Ribe Amt	100	99	102	103	103	107	108
Vejle Amt	100	99	102	103	105	109	110
Ringkøbing Amt	100	102	106	103	103	106	109
Århus Amt	100	102	106	105	109	113	109
Viborg Amt	100	99	103	104	104	105	105
Nordjyllands Amt	100	100	105	106	106	110	111
Hele landet	100	99	103	102	101	103	103

1) Diakonissestiftelsen er konteret under sygehusvæsenet på funktion 4.01. Københavns Kommuns venteafdelinger er konteret under det sociale område på funktion 5.35.

2) Prøvehjemmet, der blev startet i 1983, er konteret vider det sociale område.

Anm.: Merudgifterne ifølge lov- og cirkulæreprogrammet for amtskommunene som følge af en ændret takstbetaling til Rigshospitalet er fordelt på de enkelte amtskommuner ved anvendelse af de enkelte amtskommuners udgifter til Rigshospitalet som fordelingsnøgle. Mindreudgifterne ifølge lov- og cirkulæreprogrammet som følge af H-plejehjemmens overførsel til det sociale område er fordelt på amtskommunene ved at anvende bruttodriftsudgifterne til H-plejehjemmene for de enkelte amtskommuner som fordelingsnøgle.

Tabellen viser ganske væsentlige forskelle i udviklingen i sygehusudgifterne, med næsten uændret forbrug i Københavns, Frederiksborg, Vestsjælland og Storstrøms amtskommuner og med kraftigt voksende udgifter i Roskilde, Fyn, Sønderjylland, Århus og Nordjyllands amtskommuner.

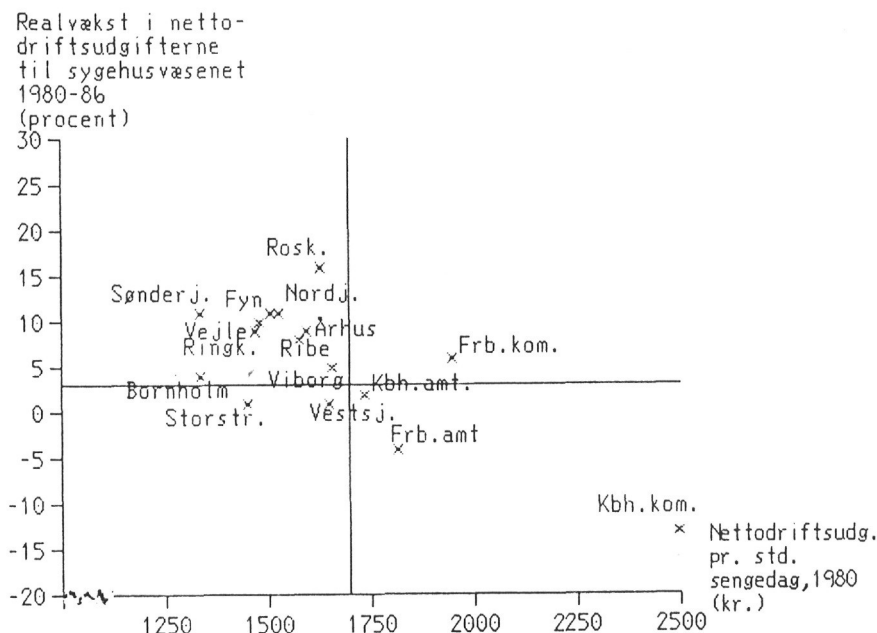
Der kan være flere grunde til, at udviklingen er forløbet så forskellig.

For Københavns Kommune har der i perioden 1980-86 under ét været tale om et realt fald i udgifterne, svarende til en gennemsnitlig årlig negativ realvækst på ca. 2 pct. Denne forskel modsvarer i et vist omfang af forskellen i befolkningsudviklingen i denne kommune og i resten af landet, idet det befolkningsbetingede udgiftsbehov i 1986 lå ca. 10 pct. lavere end for resten af landet sammenlignet med 1980.

Men væksten kan også tænkes at være udtryk for en vis nivellering af forskelle i service, bl.a. som følge af den højere udligningsgrad, der i periodens løb er indført for amtskommunerne. Hypotesen her er, at rammestyringen har været strammest, der hvor udgangspunktet har været højest. Figur 2 viser sammenhængen mellem udgiftsniveauet i 1980 og realvæksten i perioden 1980-86, jf. tabel 3. Der synes i figuren at aftegne sig en vis sammenhæng mellem lavt udgangsniveau og høj vækst, men denne faktor kan ikke forklare hele den skete udvikling, jf. f.eks. Storstrøms og Vestsjællands amtskommuner, Frederiksberg Kommune og også Roskilde Amtskommune.

De anførte forhold forklarer altså kun en del af de i tabel 3 antydede forskelle i sygehuspolitikken i de forskellige amtskommuner.

Figur 2, Sammenhængen mellem nettodriftsudgifterne pr. standardiseret sengedag i 1980 og realvæksten i nettodriftsudgifterne til sygehusvæsenet 1980-86 for de enkelte amtskommuner.



2.B.1.c. Personaleudviklingen i sygehusvæsenet.

Personaleudviklingen i sygehusvæsenet i perioden indtil 1985 er belyst i tabel 4 nedenfor. Der foreligger på indeværende tidspunkt ikke senere - endelige - personalestatistiske oplysninger, hvilket skyldes den omlægning af personalestatistikken, som har fundet sted i 1985 fra en statusopgørelse pr. 1. januar i året til en opgørelse af den gennemsnitlige beskæftigelse over året.⁶⁾

Som sammenligningsgrundlag er i tabellen medtaget personaleletal for 1984, baseret på både den nye og den hidtidige opgørelsesmetode.

- 6) Til og med 1984 foretog Sundhedsstyrelsen en statusopgørelse af personalet i januar måned i året på basis af en spørgeskemaundersøgelse. Fra 1985 bygger statistikken på registeroplysninger i de fælleskommunale edb-lønanvisningssystemer, hvorved beskæftigelsen opgøres som et gennemsnit over året.

Tabel 4. Udviklingen i sygehusenes personaleforbrug.

	1972/73	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1984 ³⁾	1985 ³⁾	1986 ⁴⁾
Beskæftigede omregnet til fuldtid ¹⁾	74.776	87.356	88.788	89.891	91.981	92.015	91.443	83.614 ⁵⁾	84.363	85.628
Årlig vækst i pct.		3,5	1,6	1,2	2,3	0,0	-0,6	.	0,9	1,5
Lønudgifter i pct. af driftsudgifter	70,6 ²⁾	76,1	76,6	76,4	76,7	76,6	76,1			

Opgjort medio året sau et simpelt gennemsnit af personaletallet primo og ultimo året.

- 2) Udregnet på grundlag af tal for amtskommunale og statslige sygehuse, jf. "Sygehusenes organisation og økonomi", Indenrigsministeriet (side 20).
- 3) Baseret på den nye personalestatistik, jf. teksten.
- 4) Foreløbigt skøn fra Det Fælleskommunale Løndatakontor.
- 5) I 1984 kan ca. 95 pct. af forskellen mellem de to opgør el sesmetoder forklares ved, at elever i praktik på de enkelte sygehuse og personale ved de centrale sygehus forvaltninger indgår i den tidligere spørgeskemabaserede personalestatistik.

Som det fremgår af tabel 4 har personaleudviklingen siden 1980 fulgt det samme mønster som udviklingen i nettodriftsudgifterne i sygehusvæsenet med en betydelig vækst i 1982, efterfulgt af stabilisering og fald i 1983 og 1984 og derpå fornyet vækst. Væksten fra 1981 til 1982 skal ses på baggrund af indførelsen af hvile- og fridøgnbestemmelser m.v. og den deraf afledte omlægning af vagtberedskab og rådighedstjeneste til stillinger.

For 1986 skønner Det Fælleskommunale Løndatakontor, at væksten i personalet vil blive 1,5 pct., altså en årlig vækst over to år på ca. 1 - 1 1/2 pct., lidt lavere end det ovenfor tegnede billede af en årlig realvækst på op mod 2 pct.

De amtskommunale budgetter for 1987 opererer med et samlet personale på hovedkonto 4 på 92.105, altså stort set uændret i forhold til 1983. Det er dog usikkert i hvilket omfang de normeringsmæssige konsekvenser af den nedsatte arbejdstid pr. 1. januar 1987 er indregnet i det budgetterede personale-tal for alle amtskommunerne.

I produktivitetsudvalgets betænkning konstateredes det, at personaleforbruget i sygehusvæsenet i 10-års perioden op til 1983 var vokset med ca. 25 pct. og dermed noget mindre end væksten i driftsudgifterne (i faste priser og lønninger) - der i samme periode androg op mod 35 pct. - uden at dette dog - for den sidste halvdel af periodens vedkommende - havde medført en reduktion af lønudgifternes andel af sygehusenes driftsudgifter. Dette forhold blev bl.a. forklaret ved den forskydning i sygehusenes personalestruktur i retning af en større andel af læger, som jo udgør den højest lønnede personalegruppe, samt en større andel af sygeplejersker i forhold til andet plejeuddannet personale. I tabel 5 er personaleudviklingen fra 1980 derfor opdelt på personalekategorier.

Tabel 5. Udviklingen i sygehusenes personaleforbrug fordelt på personalegrupper. Omregnet til fuldtidsbeskæftigede.

	1980 ¹⁾	1981	1982	1983	1984 ¹⁾	1984 ²⁾	1985 ²⁾	1986 ³⁾
Læger	6.534				8.049	8.356	8.261	-
- Årlig vækst		5,6	8,9	5,2	1,8		-1,1 ⁴⁾	-1,0
Sygeplejersker	18.105				20.570	20.245	20.893	-
- Årlig vækst		2,9	4,4	2,8	2,9		3,2	4,7
Andre plejeud-dannede	17.566				17.965	18.113	18.026	-
- Årlig vækst		1,2	3,2	-0,3	-1,7		-0,5	-
Øvrige	46.583				44.859	36.900	37.183	-
- Årlig vækst		0,0	0,2	-1,8	-2,1		0,8	-
I alt	88.788				91.443	83.614	84.363	-
- Årlig vækst		1,2	2,3	0,0	-0,6		0,9	1,5

- 1) Opgjort medio året som et simpelt gennemsnit af personaletallet primo og ultimo året.
 - 2) Den gennemsnitlige beskæftigelse i året opgjort på baggrund af de fælleskommunale-ædb-lønansigssystemer.
 - 3) Foreløbigt skøn fra Det Fælleskommunale Løndatakontor.
 - 4) En del af faldet i antallet af læger skyldes imidlertid afvigelser i ædb-udtrækkene.
- Kilde: Sundhedsstyrelsen: Personale- og økonomistatistik for sygehusvæsenet.

Tabel 5 viser, at den kraftigere vækst i antallet af læger end for de øvrige personalekategorier er stoppet i 1984 og synes vendt til et mindre fald i 1985. Antallet af sygeplejersker er vokset stabilt gennem perioden, mens der for de øvrige personalekategorier er sket et fald fra 1983. Denne relative forskydning mellem plejegruppernes størrelse er en følge af udviklingen i retning af nedsættelse af patienternes liggetid og den øgede anvendelse af ambulatorievirksomhed, jf. afsnit 2.B.3. Herved forsvinder en del af de rutineprægede sygeplejeydelser, mens kravene til den individuelle pleje og behandling øges.

Endelig fremgår det af tabel 6, at der i 1986 er 14.500 elever, der er i gang med en sundhedsfaglig uddannelse (excl. lægeuddannelsen). Af disse er ca. 6.800 elever i praktik i sygehusvæsenet, svarende til ca. 11 elever pr. 100 ansatte med pleje- eller beslægtede funktioner.

Tabel 6. Antal elever i praktik i sygehusvæsenet mm.

Faggruppe	Antal fuldtids- beskæftigede 1. 10.86 i den kommunale sek- tor. ¹⁾	Heltidsbe- skæftigede ansatte i amtskm. (incl. Kbh og Frb. kommune) ²⁾	Elever under uddan- nelse ³⁾	Gns. antal elever i praktik i sygehusvæ- senet ⁴⁾	Elever i % af heltids- beskæftige- de i syge- husvæsenet
Audiologiass.	35	35	20	16	45,7
Ergoterapeuter	1.262	852	533	68	8,0
Fysioterapeuter	1.714	1.506	802	82	5,4
Hospitalslaboranter	3.127	3.121	688	459	14,7
Jordemødre	759	759	134	93	12,3
Lægesekretærer	5.637	5.624	447	437	7,8
Plejhjemsass.	1.097	43	1.115	152	353,5
Plejere	3.188	3.141	157	95	3,0
Portører	4.409	4.115	250	213	5,2
Radiografer	395	395	112	84	21,3
Sygehjælpere	33.922	19.034	2.742	1.400	7,4
Sygeplejersker	26.513	20.975	7.501	3.693	17,6
Ialt	82.058	59.600	14.501	6.792	11,4

1) Det Fælleskommunale Løndatakontor: Særligt beregningsgrundlag pr. 1.10.1986. Hele den kommunale sektor excl. staten (herunder Rigshospitalet) er omfattet.

2) Incl. Kbh. og Frb. kommunes primære kommunale forpligtelser. For plejhjemsassistenterne er antal ansatte taget fra Sundhedsstyrelsens "Personale og økonomistatistik 1985."

3) Incl. Rigshospitalet. Elevtallene for grupperne: Plejhjemsassistenter, plejere, radiografer, sygehjælpere og sygeplejersker er fra Sundhedsstyrelsens "Personale- og økonomistatistik 1985 (januar 1986)."
Elevtallene for grupperne: Hospitalslaboranter og lægesekretærer er fra Det Fælleskommunale Løndatakontor. Særligt beregningsgrundlag pr. 1.10.86.
Elevtallene for grupperne: Audiologiassistenter, ergoterapeuter, fysioterapeuter, jordemødre og portører er fra S.E.: "uddannelse og kultur 1986:7"

4) Antal elever i praktik er beregnet som:

Praktiktid på sygehuse x Antal elever under uddannelse
uddannelsens længde

Sygepleje- og sygehjælpereleverne er de største elevgrupper indenfor sygehusvæsenet, idet de udgør henholdsvis 54 pct. og 21 pct. af eleverne, der er i praktik i sygehusvæsenet. Sygeplejeeleverne udgør knap 18 pct. af de heltidsbeskæftigede sygeplejersker, mens det tilsvarende tal er 7 pct. for sygehjælpereleverne.

2.B.2. Behovet for sygehusydelser.

Som omtalt i afsnit 1.B., opdeles årsagerne til udgifts-udviklingen på et område ofte i to typer, nemlig på den ene **side** de såkaldte behovsfaktorer, som antages ikke at kunne påvirkes af amtskommunens politiske ledelse, og på den anden side amtskommunens serviceniveau og administrative produktivitet, som bør være - men ikke altid er - styrbar for den politiske ledelse.

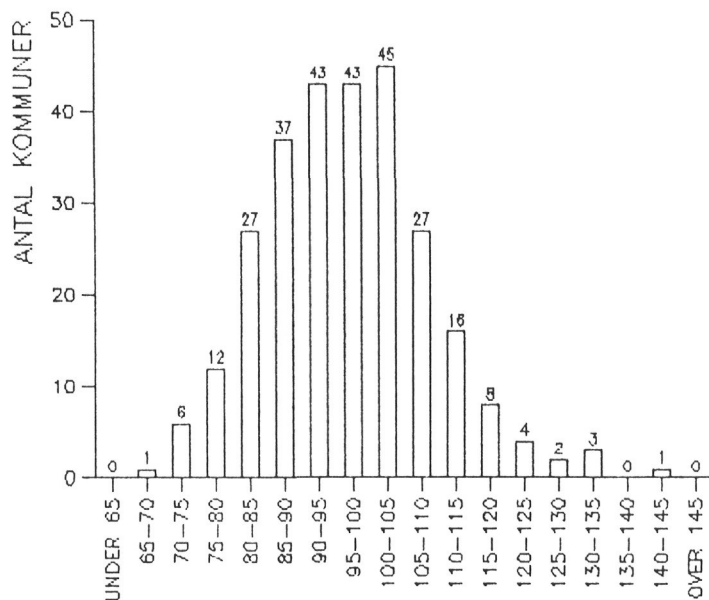
Nedenfor er nærmere redegjort for udvalgets overvejelser om de faktorer, som kan henregnes til udgiftsbehovet for sygehusvæsenet, og de som kan henregnes til serviceniveau.

2.B.2.a. Henvisningerne til sygehus.

Når bortses fra den akutte skadestuebehandling, er det de praktiserende lægers afgørelser, om der skal henvises til sygehusbehandling .

Det er ikke muligt på det foreliggende grundlag at afgøre, hvor store variationer fra læge til læge der er tale om. Men alders- og kønskorregerede tal for udskrivelser for borgere i forskellige primærkommuner lader sig beregne på grundlag af Landspatientregistret og viser meget store forskelle, som vist i figur 3.

Figur 3. Indeks for antal udskrivninger i forhold til det alders- og kønskorrigerede antal udskrivninger for samme kommuner, 1985.



Kilde: Amtskommunale nøgletal 1987, Indenrigsministeriet.

Et indeks over 100 viser, at der blandt en kommunes indbyggere har været flere udskrivninger, end hvad der måtte forventes ud fra den givne køns- og alderssammensætning i kommunen og med de landsgennemsnitlige udskrivningshyppigheder.

De betydelige forskelle kan skyldes lokale forskelle i behovet for sygehusindlæggelser, men det synes nærliggende at konkludere, at de også synes at tyde på ganske forskellige lægelige henvisningsmønstre ud over landet og/eller forskelle i de modtage-faciliteter, kommunernes borgere har adgang til.

Med en given befolkning - dvs. given størrelse, køns- og alderssammensætning og sygdomsmønster, herunder sygdomsopfattelse - vil antallet af henvisninger til sygehussektoren i en

periode således være bestemt af henvisningsfrekvensen hos de praktiserende læger til sygehusbehandling.

Henvisningsfrekvensen må ses som et resultat af et kompleks af faktorer, hvor blandt andet holdninger og socialt netværk, praksiskapacitet, medicinsk praksis samt ventelister og udmeldinger i øvrigt fra sygehusafdelingerne indgår.

Samfundsudviklingen har de seneste 10 år medført ændringer, der påvirker udgiftspresset, som anskuet i følgende oversigt.

Før	Nu
Hjemmefødsel	Institutionsfødsel
Børnepasning i hjemmet	Institutional iseret
Opdragelse vedr. ernæring og sundhed foregik gennem arbejde i hjemmet	Institutionsopdragelse + massemedier
Behandling af små skader foregik hjemme	Skadestue, praktiserende læge
Opdragelse til børnepasning af søskende	Fødselsforberedelseskursus Efterfødselskursus
Fødselsforberedelse ("ammestuesnak") herunder præventionsvejledning	Fødselsforberedelseskursus, sundhedsplejerske, læge
Sygdomspleje af ældre og svagelige i familien	Institutional iseret
Pleje af døende i hjemmet	Institutional iseret
Psykiatrisk omsorg for efterladte i familien fællesskabet	?
Omsorg for enlige fysisk raske i fællesskabet	?

Den praktiserende læges opfattelse af patientens netværk i kombination med kendskabet og holdningen til primærsektorens tilbud (hjemmehjælp m.v.) antages alt andet lige at påvirke henvisningsfrekvensen, således at personer med et tilsyneladende spinkelt netværk formodentligt henvises oftere end andre personer i samme befolknings- og aldersgruppe.

I en hvidbog om udviklingen inden for Vejle Amtskommunes sygehusvæsen fra 1981 til 1985 påpeges det bl.a., at forskydninger i befolkningens normsystem med hensyn til, hvorvidt man føler sig forpligtet til selv at yde ældre familiemedlemmer nødvendig omsorg og pleje, vil kunne påvirke behovet for sundhedsydelser fra det offentlige til borgerne.

Ligeledes fungerer et stigende antal familier med begge forældre udearbejdende. Udover at grundlæggende pasningsfunktioner af børn i stigende omfang derfor må varetages af institutioner, betyder det, at familien typisk har færre muligheder for at varetage pleje af syge familiemedlemmer såvel i børne-/forældregenerationen som i bedsteforældregenerationen. Disse opgaver har tilsvarende i højere grad måttet løftes uden for familiens rammer og kan tænkes udover plejesektoren også at trække på sundhedssektorens ydelser.

Af ændringer i sociale og kulturelle forhold, der i fremtiden vil kunne medføre en øget belastning af sundhedsvæsenet, peges der endvidere på, at stigningen i antallet af opløste parforhold vil kunne medføre en øget sygelighed inden for psyko-somatiske sygdomme blandt de pågældende og deres børn og unge (men det må til gengæld formodes, at opløsningen af belastede familieliv til gengæld virker i modsat retning). Ligeledes vil reducerede bindinger mellem kernefamilier og ældre kunne påvirke de stimuli, ældre får, og dermed forøge antallet af senilt demente.

Man kunne intuitivt formode, at kapaciteten i den almene lægepraksis og antal læger pr. indbygger kan påvirke de praktiserende lægers henvisningsfrekvens til sygehusene, således at en stor kapacitet alt andet lige formodes at give et relativt lavt antal henvisninger. AKF har imidlertid i samarbejde med Fyns Amtskommune i løbet af 1987 afsluttet en undersøgelse af indlæggelsesmønstret for forskellig lægepraksis på Fyn. Un-

dersøgelsens resultater går i nogen grad imod denne antagelse og svarer på den måde til resultaterne af udenlandske undersøgelser.

Et af undersøgelsens delresultater er, at specielt for så vidt angår "medicinske" indlæggelser er der en øget indlæggelsesfrekvens ved en øget henvisningsfrekvens til speciallæge og et højt antal af ydelser hos den praktiserende læge (tillægsydelser såvel som grundydelse).

Det hedder i AKF's undersøgelse, at en forklaring herpå kan være, at både tilbøjeligheden til at indlægge på sygehus og tilbøjeligheden til at henvise til speciallæge har helt andre årsager, som i så fald skal søges i holdninger og adfærd hos lægerne i den enkelte praksis, jf. nærmere herom i afsnit 3.C.

For så vidt angår antallet af laboratorieydelser hos alment praktiserende læger og hos speciallæger konstateres der i undersøgelsen en sammenhæng mellem flere af denne type ydelser og færre indlæggelser og færre sengedage. Sammenhængen mellem aktiviteten i den primære sektor og indlæggelsesfrekvensen er derfor ikke ganske entydig.

Dette understreges ved, at der for så vidt angår "kirurgiske" indlæggelser, ikke er nogen sammenhæng mellem frekvensen af henvisninger til speciallæge og til antallet af tillægsydelser, men derimod mellem indlæggelsesfrekvensen og antallet af grundydelse i almen praksis.

Man peger derfor i undersøgelsen på muligheden af, at der eksisterer forskelle i sygeligheden mellem de forskellige praksis patientbestand, vel at sige forskelle, udover de allerede kendte som f.eks. alders- og kønsfordelingen, jf. nedenfor.

Undersøgelsens hovedkonklusion på dette punkt er således, at tesen om substitution mellem behandling i den primære og i den sekundære sundhedssektor ikke kan bekræftes ud fra resultaterne, men at der derimod - specielt for medicinsk behandling - snarere ser ud til at være en form for proportionalitet mellem ydelserne i den primære sundhedssektor og indlæggelsesfrekvensen.

Det lykkedes ikke i undersøgelsen, at påvise nogen sammenhæng mellem ydre vilkår som urbaniseringsgrad, sygehusets

beliggenhed og specialiseringsgrad, boligkriteriet og kommunens serviceniveau for ældre og antallet af indlæggelser, jf. i øvrigt nedenfor.

Endelig påvirker ventelister - og dermed lange ventetider - antallet af henvisninger. Påvirkningen kan gå to veje. Lange ventelister kan betyde, at nogle læger vil henvise færre patienter. Men i andre tilfælde kan længere ventelister virke modsat, således at patienterne henvises tidligere end ellers, hvorved ventelisterne bliver længere. Det skal i den forbindelse bemærkes, at sygehusenes ventelister og ventetider ikke kan betragtes isoleret, men derimod må ses i sammenhæng med antal indlæggelser, sengedage, kapacitet m.v. Ventelisterne behøver således ikke at være et udtryk for en utilstrækkelig kapacitet og ressourceindsats. Et fuldstændigt fravær af ventelister måtte derimod siges at være et tegn på overkapacitet.

Sygehusafdelingerne kan også gennem udmeldinger påvirke henvisningstilbøjeligheden.

Udviklingen i den medicinske praksis, både i form af nye behandlingsteknikker og principper i den sekundære sektor, påvirker ligeledes henvisningsfrekvensen i begge retninger, mange indlæggelser kan undgås, men andre bliver mulige. Denne variation i lægernes henvisningspraksis tages op i afsnit 3.C. 2.2.

Med hensyn til belysningen af styringsmulighederne vedrørende den konstaterede variation kan anføres, at samarbejdsudvalgene i henhold til overenskomsten om almen lægehjælp - som nærmere drøftet i afsnit 3 - foretager en løbende vurdering af sygesikringens udgifter til lægehjælp vedrørende de enkelte læger og kan i henhold til overenskomsten træffe foranstaltninger til nedbringelse af den enkelte læges regningskrav til sygesikringen. Denne mulighed anvendes sjældent og aldrig i forbindelse med en særlig høj indlæggelseshyppighed fra enkeltlæger. Dette skyldes, at henvisning til indlæggelse ikke er en ydelse i sygesikringsoverenskomsten, og derfor har man ikke ladet indlæggelseshyppighederne fra enkeltlægerne været underlagt kontrol. Men i Frederiksborg, Vejle og Fyns amtskom-

muner foreligger denne kontrolmulighed, da det fremgår af sygehuspatientregistret, om en indlæggelse er sket som følge af en henvisning fra en bestemt almen praktiserende læge eller fra en bestemt speciallæge. En tilsvarende kontrolmulighed vil kunne etableres i de øvrige amtskommuner.⁷⁾ Spørgsmålet om bedre styring tages i øvrigt op i afsnit 3.C.2.1 og 2.

2.B.2.b. Befolkningen og dens køns- og alderssammensætning.

Som en åbenbar faktor bag udviklingen i trækket på sygehussektoren - både antallet af henvisninger som drøftet i foregående afsnit og liggetid og sengedagsomkostning som tages op i dette og følgende afsnit - ligger, udover selve befolkningens størrelse, dens køns- og aldersmæssige sammensætning.

I den ovenfor omtalte AKF-analyse af de alment praktiserende lægers henvisningspraksis til sygehusene, konkluderes det bl.a., at den væsentligste forklaring på forskellene i de praktiserende lægers træk på sygehusene er variationen i patienternes alders- og kønssammensætning. Forklaringsgraden for denne faktor er dog kun 20 pct. Herudover synes som nævnt et relativt stort antal konsultationer hos de alment praktiserende læger og antal henvisninger til speciallæger - for de "medicinske" patienter - at samvariere med et relativt stort antal henvisninger til sygehusene. I øvrigt skal det nævnes, at de variable, der indgår i den opstillede model kun forklarer 50-60 pct. af variationen i de alment praktiserende lægers henvisningsmønster.

Det er umiddelbart indlysende, at behovene for sygehusydelser stiger med alderen, og hvis de ældres indlæggelseshyp-pighed endog er stigende i forhold til den øvrige befolkning, som det fremgår af tabel 7, bliver udgiftsbehovet endnu større end det udgiftsbehov, der blot følger af et stigende antal ældre.

7) En registrering af henvisende læges ydemummer kan f.eks. etableres ved hjælp af "det røde systems" henvisningsmodul.

Tabel 7. Ændringen i indlæggelseshyppigheder fra 1980 til 1985 fordelt på aldersgrupper.

Pct.	0-14 år	15-64 år	65- år	I alt
Vækst i antal indlæggelser pr. 1.000 indbyggere	9,1	4,1	18,9	9,4
Gennemsnitlig årlig realvækst	2,2	1,0	4,4	2,3

Som det ses, er indlæggelseshyppigheden steget med 2,3 pct. pr. år for befolkningen som helhed, mens den for de ældre er steget med 4,4 pct. pr. år. Den stigende indlæggelseshyppighed for ældregruppen er dog for en stor del fremkommet ved, at alderssammensætningen for denne gruppe har ændret sig således, at der er flere gamle ældre med en større indlæggelseshyppighed.

I tabel 8 er søgt foretaget en beregning af den demografiske udviklings påvirkning af sygehusvæsenets udgiftsbehov i perioden 1980-1987. Som basis for fastsættelse af sygehusvæsenets udgiftsbehov er anvendt kriteriet "beregnet antal sengedage", som ligger til grund for den mellemamtskommunale udgiftsbehovsudligning for så vidt angår sygehusudgifterne. Beregningen tager udgangspunkt i sengedagsforbruget for 1985. Med fastholdelse af 1985-frekvenserne for forbrug af sengedage, fordelt på køns- og aldersgrupper, foretages en multiplikation af disse frekvenser med de enkelte års faktiske befolkningstal. Resultatet af denne beregning er i indeksform vist i tabellens kolonne 2. Med beregningen er foretaget en isolering af den del af udgiftsudviklingen, som kan tilskrives udviklingen i demografisk betingede udgiftsbehov. Til sammenligning er i tabellen vist et indeks for udviklingen i de samlede nettodriftsudgifter for sygehusvæsenet 1980-1987. Begge de to indeks omfatter amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner.

Tabel 8. udviklingen i sygehusvæsenets nettodriftsudgifter (1986 priser og lønninger) korrigeret for opgaveomlægninger og i det demografisk betingede udgiftsbehov for sygehusvæsenet.

Indeks 1980=100	Nettodriftsudgifter	Demografisk betingede udgiftsbehov
1980	100	100
1981	99,2	100,5
1982	103,2	101 ,0
1983	102,3	101 ,7
1984	101 ,0	102,2
1985	102,6	102,8
1986	102,9	103 ,5
1987-skøn	107,5	104,4

Beregningen omfatter både somatisk og psykiatrisk sygehusvæsen. Det skal bemærkes, at en gennemført alternativ beregning, der tager udgangspunkt i det alders- og kønsbetingede sengedagsforbrug i 1980 i stedet for 1985, viser en helt identisk udvikling.

Beregningen viser, at der for perioden 1980-86 er tale om en ganske god overensstemmelse mellem udviklingen i udgifter og udgiftsbehov. For 1987 viser beregningen imidlertid en stigning i det demografisk betingede udgiftsbehov på knap 1 pct., kun svarende til under 1/4 af stigningen i udgifterne.

I tabel 9 er vist resultatet af en tilsvarende beregning, foretaget med udgangspunkt alene i det somatiske sengedagsforbrug i 1985. Med fastholdelse af 1985-frekvenserne for forbrug af somatiske sengedage fordelt på køns- og aldersgrupper er der foretaget en multiplikation af frekvenserne med de enkelte års faktiske befolkningstal.

Tabel 9. Det demografisk betingede somatiske udgiftsbehov indenfor det somatiske sygehusvæsen.

1980=100	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Somatisk	100	100,5	100,8	101,5	102,0	102,8	103,7	104,6

Som det fremgår af tabellen, er der tale om en stigning i det demografisk betingede somatiske sengedagsbehov på for hele perioden godt og vel 4 1/2 procent. Beregningerne i tabel 8 og tabel 9 viser således nogenlunde ~~same~~ udvikling i det demografiske udgiftsbehov, psykiatrien vejer altså ikke mærkbart forskelligt.

2.B.2.C. Udviklingen i den behandlingsmæssige betydning af "sengedage".

Ved beregninger af udviklingen i det aldersbetingede antal sengedage, som de ovenfor viste, forudsættes det, at sengedagsforbruget pr. indbygger med givet køn og alder er uændret over tiden.

Denne forudsætning kan selvsagt ikke anvendes uden forbehold. Sengedagsforbruget pr. indbygger ændrer sig over tiden.

Nogle faktorer vil således trække i retning af, at sengedagsforbruget falder.

Det er eksempelvis ved flere lejligheder påvist, at forebyggende arbejde har kunnet påvirke sygeligheden markant (der ~~kan~~ bl.a. henvises til vaccinationsprogrammer, færdselsreguleringer, ernæringspolitik osv.).

Det fald, der er set i den gennemsnitlige liggetid - jf. afsnit 2.B.3.C - er også gjort mulig ved ændrede behandlingsmetoder som følge af ny viden og ny teknik. Ambulante behandlinger har i voksende omfang erstattet indlæggelser. I tilfælde, hvor forundersøgelser og efterbehandling således foretages ambulant fremfor som et led i et samlet behandlingsforløb på sygehuset, vil sengedagsforbruget pr. indlæggelse og dermed liggetiden blive reduceret. I modsat retning trækker det derimod - rent opgørelsesmæssigt - når ambulante behandlinger i sin helhed erstatter en sygehusindlæggelse. Der vil nemlig typisk være tale om behandlingsforløb med relativt lavt sengedagsforbrug. Når disse overgår til ambulant behandling, vil der derfor registreres en stigning i den gennemsnitlige liggetid for øvrige sygehusindlæggelser. Det er ikke muligt at afgøre, hvordan hver af disse to - modsatrettede - påvirkninger

af liggetiden har influeret på udviklingen, bl.a. fordi der ikke, bortset fra selve antallet, finder en registrering sted af de ambulante behandlinger, ~~men~~ generelt er det voksende antal ambulante behandlinger sket samtidig med, at liggetiderne er faldet, jf. afsnit 2.B.3.C.

I øvrigt må faldet i liggetiden formentlig også ses i sammenhæng med udbygningen ældreomsorgen herunder døgnplejefunktioner i kommunerne.

Hertil kommer, at der ses et fortsat fald i forekomsten af infektionssygdomme.

Andre faktorer trækker den modsatte vej.

Ny viden kan som nævnt reducere behovet for sengedage, ~~men~~ kan i andre tilfælde forøge det. Som eksempel kan nævnes, at udviklingen inden for anæstesi gør, at ~~man~~ i dag er i stand til at foretage operationer på ældre patienter, ~~som man~~ tidligere måtte afvise på grund af risikoen ved anæstesi. Denne tekniske udvikling gør, at de praktiserende læger alt andet lige vil begynde at henvise ældre patienter til kirurgiske behandlinger i et større omfang end tidligere.

Et andet eksempel er udviklingen inden for ægtransplantation.

Vellykket livsforlængende behandling af nogle patientgrupper påvirker sygeligheden i en given aldersgruppe i opadgående retning. De overlevende kan nemlig ~~med~~ de nu anvendte metoder i resten af deres levetid have et betydeligt behandlingsbehov. Et eksempel er livsvarig efterbehandling af bløderpatienter. Som et andet eksempel kan nævnes, at i Ugeskrift for Læger (148/46) anslår Dansk endokrinologisk (vedrørende interne kirtler) Selskab en incidens af insulinkrævende sukkersyge til 0,013 procent pr. år. Denne hyppighed forventes ikke at ændre sig de ~~komme~~ år. Alligevel forventer Dansk otal mologisk (vedrørende øjen sygdom ~~omme~~) Selskab og Dansk nefrologisk (vedrørende nyresygdomme) Selskab et stigende antal patienter ~~som~~ følge af senkomplikationer til sukkersygen. Det-

te hænger blandt andet sammen med en bedre overlevelse hos diabetikere (alene inden for områderne dialyse og transplantation af nyrer har 20 procent af patienterne sukkersyge). Men dette hænger selvsagt sammen med hastigheden i de lægevidenskabelige fremskridt på disse områder i de kommende år. Nye metoder betyder også mere ukomplicerede og billigere behandlingsmetoder. F.eks. er en så invaliderende sygdom som børnelammelse praktisk taget udryddet.

Der foregår samtidig en udvikling i den udefra kommende sygelighed. AIDS er et centralt eksempel her. Behandlingen af nye sygdomme vil dog typisk være særlig kostbar i begyndelsen, men med tiden bliver den billigere og mere effektiv.

I ugeskrift for læger (148/46) er gengivet en række vurderinger fra videnskabelige selskaber tilknyttet lægeforeningen om den forventede udvikling i forekomsten af en række sygdomme. Det fremgår bl.a. heraf, at der generelt forventes en stigning i forekomsten af ondartede svulster.

I samme nummer af ugeskriftet er gengivet udviklingen i den aldersstandardiserede dødelighed af udvalgte dødsårsager. Denne viser, at der siden 30'erne er sket en klar stigning i antallet af døde inden for diagnosegrupper, hvor livreddende og ressourcekrævende behandling må forsøges (f.eks. hjertesygdomme og ondartede svulster).

Det samme fænomen kan iagttages, hvis man alene betragter den aldersstandardiserede incidens for en række cancertyper.⁸⁾

Men også i disse tilfælde gælder, at nye lægevidenskabelige fremskridt kan reducere behandlingskravene ganske væsentligt.

Endelig oplever - som allerede nævnt - en stadig større del af befolkningen, at det sociale netværk bliver "tyndere", og dette antages at betyde, at mindre begivenheder end tidligere nødvendiggør hjælp fra den offentlige sektor. Der foretages således en del socialt betingede indlæggelser på sygehusene (mindst 10 procent af alle indlæggelser af alle 65-årige viser

) "Cancer in Denmark 1981-1982).

en undersøgelse).⁹⁾ Endvidere synes der at ligge 2.000 patienter, der er færdigbehandlede, svarende til ca. 7 procent af samtlige somatiske senge.

Disse tendenser kan dog vendes, hvis socialpolitiske foranstaltninger, som er under udbredelse, som f.eks. døgnpleje, viser sig effektive.

Må det står klart, at forskelle i forbruget af sengedage i høj grad er påvirket af den enkelte læges personlige vurderinger. For eksempel finder nogle sygehuse det nødvendigt at overvåge patienter efter hjerteslag i 16 dage, andre i 60 dage. Nogle sygehuse foretager sterilisation ambulant på 1/2 time, andre indlægger i tre dage. Det er påvist, at indikationerne for hysterectomi (fjernelse af livmoder) varierer meget betydeligt. Den egentlige udgiftsudløsende proces er - jvf. afsnit 2.A.4. - således ikke umiddelbart styrbar.

Hvorledes disse modsat rettede tendenser sammenfattende vil påvirke sengedagsforbruget lader sig ikke sige.

I tabel 10 er i indeksform vist resultatet af en opgørelse af udviklingen i antallet af standardiserede somatiske senge dage, beregnet ved multiplikation af sengedagsfrekvenserne i hver køns- og aldersgruppe for de enkelte år med en uændret befolkning i forhold til 1980. Beregningen kan med andre ord siges at illustrere, hvorledes sengedagsforbruget ville have udviklet sig, hvis befolkningsstrukturen havde været uændret gennem hele perioden.

Tabel 10. Standardiseret somatisk sengedagsforbrug 1980-85 ved uændret befolkning.

Indeks 1980=100	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Somatisk	100	96.8	95.3	94.7	92.1	91.3

9) Samordningsudvalgets betænkning A.

Beregningsen viser et samlet fald på 9 pct. igennem perioden. Dette er udtryk for, at der i 1985 anvendes 9 procent mindre antal sengedage - alt andet lige - end den samme befolkning havde behov for i 1980. Dette svarer til et gennemsnitligt fald på ca. 2 pct. om året.

Som det vil fremgå af afsnit 2.B.3 er det faktiske sengedagsforbrug i den betragtede periode faldet med en gennemsnitlig rate svarende til 1 1/2 pct. om året. Beregningerne i afsnit 2.B.2.a og i dette afsnit har vist, at dette fald på 1 1/2 pct. om året er fremkommet på baggrund af en vækst på omkring 1/2 pct. om året i det aldersbetingede sengedagsbehov, forstået som sengedagsforbruget ved uændrede sengedagsfrekvenser, mens udviklingen i sengedagsfrekvenserne samtidig har betinget et fald på ca. 2 pct. om året.

Med andre ord: Hvis befolkningssammensætningen havde været uændret, ville sengedagsforbruget være faldet med ca. 2 pct. om året. På grund af ændringerne i befolkningssammensætningen i retning af flere ældre med et større sengedagsbehov, reduceres faldet i sengedagsforbruget imidlertid til ca. 1 1/2 pct. om året.

Udviklingen i sengedagsfrekvenserne må ses i sammenhæng med, at den behandlingsmæssige betydning af en senge dag er ændret, og at ny viden har givet nye substitutionsmuligheder mellem ambulant behandling og indlæggelse for nogle sygdomme. Dette betyder samtidig, at sengedagsforbruget er et utilfredsstillende ydelsesmål set over en årrække.

2.B.3 Sygehusvæsenets produktion.

Som det er fremgået af det foregående afsnit, må en vurdering af udviklingen i behovet for sygehusenes ydelser forudsætte, at disse ydelser er beskrevet mere nuanceret end ved antallet af sengedage. Som på alle andre områder må en kvantificering af behovet forudsætte kendskab til produktet og til de metoder, der medgår til dets produktion.

Den statistiske belysning af aktiviteten og produktionen i sundhedssektoren generelt og herunder også sygehussektoren giver ikke mulighed for en fuldt dækkende beskrivelse af udviklingen i den analyserede periode. Statistikken er således

mangelfuld, dels generelt i henseende til aktualitet - hvilket eksempelvis gælder landspatientregistret, hvis produktionstid udgør 3/4 år - og dels ~~med~~ hensyn til specifikationsgraden på en række områder. Eksempelvis finder der ikke generelt en registrering af aktiviteten i ambulatorier m.v. sted, ~~men~~ alene af selve antallet af ambulante behandlinger.¹⁰⁾

I det følgende er udviklingen i produktionen i sygehusvæsenet beskrevet på grundlag af de foreliggende generelle mål herfor: antal udskrivninger, antal sengepladser, antal senge-dage, liggetider samt antal ambulante behandlinger.

2.B.3.a. udskrivninger

Antal behandlede patienter kan dels opgøres som det fak-tiske antal udskrivninger og dels som antal udskrevne person-er. Ved opgørelse af det faktiske antal udskrivninger i en gi-ven periode tages der ikke højde for, at den ~~samme~~ person kan være udskrevet flere gange, herunder ved overførsel mellem sy-gehusafdelinger. Sygehusvæsenets produktion kan derved over-vurderes ~~med~~ dette mål.

Opgøres antal udskrevne personer (uden hensyntagen til, om personer udskrives flere gange) i en given periode, tages der modsat ikke højde for, at en enkelt person kan gennemgå flere uafhængige behandlingsforløb i perioden. Produktionen kan altså undervurderes ~~med~~ dette mål.

Det "korrekte" mål for produktionen baseret på antallet af udskrivninger kan derfor siges at ligge mellem disse to y-derpunkter.

I tabel 11 og figur 4 nedenfor er vist udviklingen i an-tal udskrivninger fra somatiske sygehusafdelinger i perioden 1980-1986. I tabel og figur er medtaget såvel det faktiske an-tal udskrivninger ~~som~~ antal udskrevne personer.

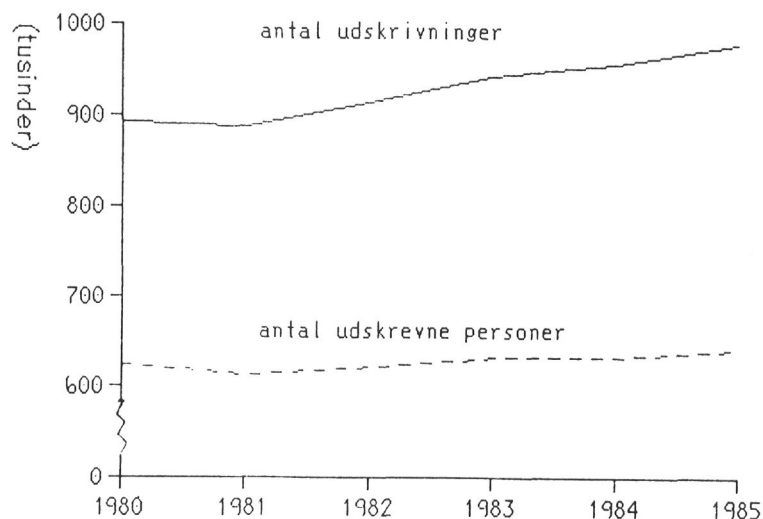
10) En nærmere redegørelse for problemerne i statistikproduk-tionen findes i "Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende dataindsamling og statistikproduktion i sundhedsektoren", Indenrigsministeriet, januar 1987.

Tabel 11. Aktiviteten inden for det somatiske sygehusvæsen, 1980-85.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Antal faktiske udskrivinger ¹⁾	893.000					977.000
- Årlig vækst		-0,6	3,0	3,1	1,5	2,1
Antal udskrevne personer ¹⁾	625.000					641.000
- Årlig vækst		-1,8	1,2	1,7	0,3	1,3
Antal faktiske senge-dage ¹⁾	8.376.000					7.903.000
- Årlig vækst		-3,0	-0,5	-0,1	-2,1	-0,1
Antal normerede senge-dage ²⁾	11.778.000					10.226.000
- Årlig vækst		-3,3	-2,2	-3,4	-4,3	-0,7

- 1) Tallene er baseret på landspatientregistret (LPR). Dette indebærer, at aktiviteten på psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse ikke indgår i tallene.
- 2) Inklusive psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse. Der er fra 1983 korrigeret for, at 5-døgnsenge er lukket i weekender, men der er ikke korrigeret for ferielukninger.

Figur 4. Antal faktiske udskrivinger og antal udskrevne personer fra somatiske og psykiatriske sygehuse 1980-1985.



Antallet af udskrivninger er steget fra 893.000 i 1980 til 977.200 i 1985, hvilket er en samlet stigning på over 9 pct., svarende til en årlig vækst på 1,8 pct.

Antallet af udskrevne personer fra somatiske sygehusafdelinger er i samme periode steget fra 625.000 til 641.400. Det er en samlet stigning på knap 3 pct., svarende til en årlig vækst på 1/2 pct.

Der er således, uanset hvilket mål der lægges til grund, sket en betydelig vækst i antallet af udskrivninger i denne periode. Det "korrekte" mål ligger på måske 4-6 pct. i alt eller en årlig vækst i antallet af sygehusbehandlinger på ca. 1 pct. Den voksende forskel mellem det faktiske antal udskrivninger og antal udskrevne personer kan skyldes, at behandlingen af en given person i stigende grad fordeles på flere indlæggelser, hvor personen måske tidligere forblev indlagt under hele behandlingen, også i ventetiden på prøveresultater m.v.

2.B.3.b. Antal sengedage.

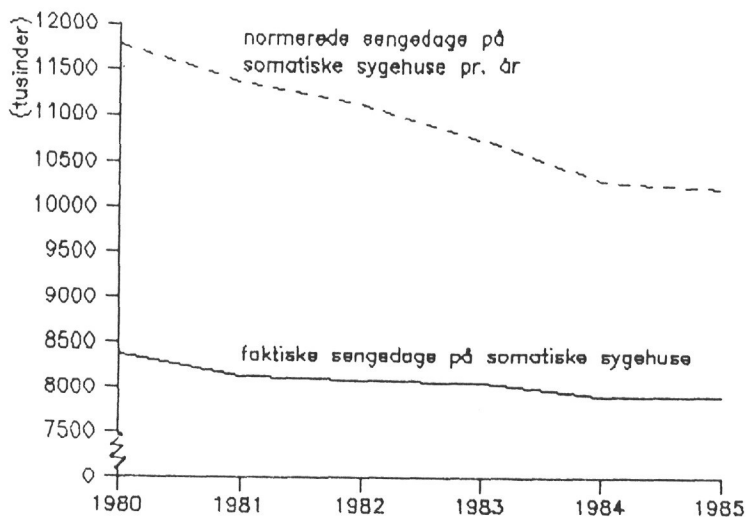
En anden metode til at belyse udviklingen er at anvende antallet af sengedage som måleenhed for sygehusvæsenets produktion.

Udviklingen i antal normerede sengedage på somatiske sygehuse fremgår af tabel 1.1 og figur 5 nedenfor. Antallet af normerede sengedage udgjorde i 1980 11.778.000, mens tallet for 1985 var 10.226.000. Det vil sige, at der i perioden er sket et fald på ca. 13 pct., svarende til 2,8 pct. om året.¹¹⁾

I figuren er også indtegnet udviklingen i antallet af udnyttede sengedage. I 1980 udgjorde de udnyttede sengedage 8.376.000 dage, mens tallet for 1985 var 7.903.000, svarende til et fald på 6 pct., godt 1 pct. om året.

11) Ved opgørelse af det normerede antal sengedage er der ikke nødvendigvis foretaget en korrektion for lukning af sengeafsnit i forbindelse med ferier og lignende. Det normerede antal sengedage kan således ikke fuldt ud tages som udtryk for det disponible antal sengedage. Hertil kommer, at der af hensyn til det akutte beredskab altid vil være flere sengedage til rådighed, end der anvendes.

Figur 5. Antal normerede sengedage og antal faktiske sengedage på somatiske sygehuse 1980-1985.



En nedbringelse af antallet af udnyttede sengedage kan være udtryk for en lavere service, som fører til ventelister og eventuelt dårligere helbredstilstand. Men det kan også være udtryk for en bedre produktivitet.

Tabel 12, som viser udviklingen i procenten for "tom sengetid", altså den tid en seng står tom fra udskrivningen af én patient til indlæggelse af den næste patient. Der ses et fald i tom sengetid, som er et udtryk for en bedre udnyttelse af eksisterende ressourcer, idet personalenormeringer og visse andre udgifter afhænger af antallet af normerede senge.

Tabel 12. Tom sengetid på somatiske sygehuse.

Pct.	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Tom sengetid	2,98	2,98	2,69	2,26	1,93	1,83

2.B.3.c. Liggetid og ambulante behandlinger.

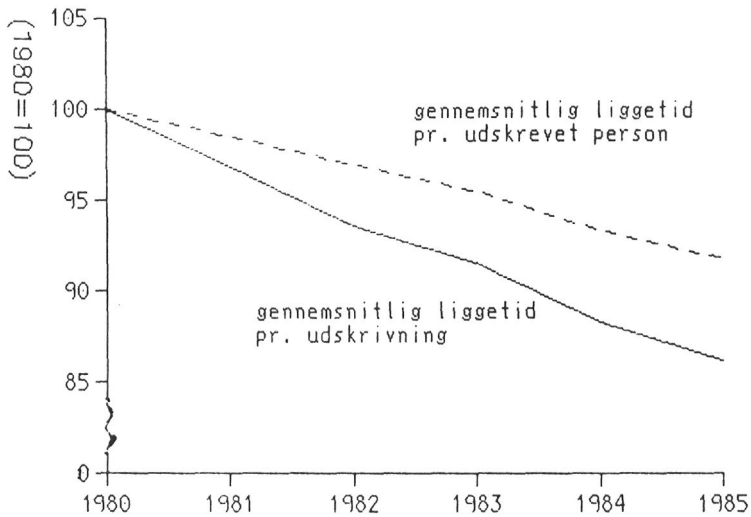
Udviklingen i den gennemsnitlige liggetid på somatiske afdelinger, der er defineret som forholdet mellem antal producerede sengedage og antal udskrivinger (enten det faktiske antal udskrivinger eller antal udskrevne personer) fremgår af tabel 13 og er vist i figur 6. Den gennemsnitlige liggetid pr. udskriving på somatiske afdelinger er faldet fra 9,4 dage i 1980 til 8,1 dage i 1985. Dette svarer til et fald på 13 pct. Den gennemsnitlige liggetid pr. udskreven person er i perioden faldet knap så stærkt, fordi antallet af udskrivinger defineret på denne måde er steget mindre, jf. ovenfor.

Tabel 13. Gennemsnitlig liggetid og antal ambulante behandlinger 1980-86.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Gnst. liggetid pr. udskriving ¹⁾	9,4	9,1	8,8	8,6	8,3	8,1	
- Årlig vækst i pct.	-3,2	-3,3	-2,3	-3,5	-2,4		
Gns. liggetid pr. person ¹⁾	13,4	13,2	13,0	12,8	12,5	12,3	
- Årlig vækst i pct.	-1,5	-1,5	-1,5	-2,3	-1,6		
Ambulante besøg (1.000)	3.295	3.254	3.338	3.361	3.451	3.534	3.602
- Årlig vækst i pct.	-1,2	2,6	0,7	2,7	2,4	1,9	

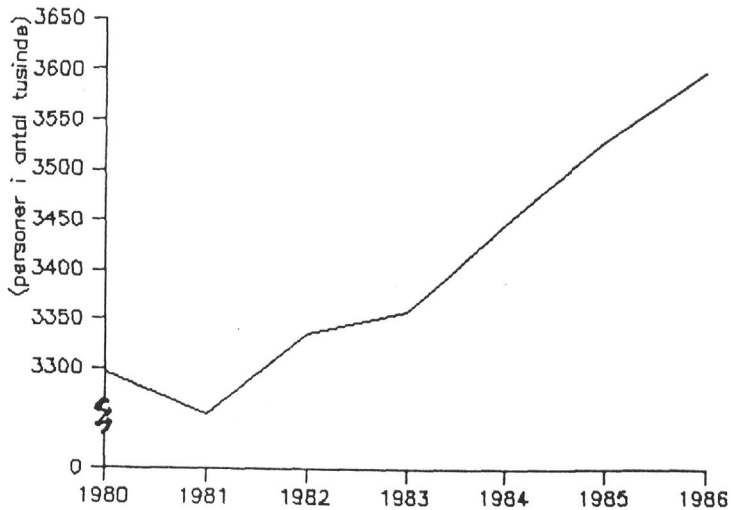
1) Tallene er baseret på Landspatientregistret (LPR).

Figur 6. Udviklingen i gennemsnitlig liggetid på somatiske sygehusafdelinger 1980-1985.



Antallet af ambulante besøg er i perioden vokset fra 3,3 mio. besøg i 1980 til ca. 3,5 mio. besøg i 1985, svarende til en stigning på 7 pct., jf. figur 7.

Figur 7. Antal ambulante besøg.



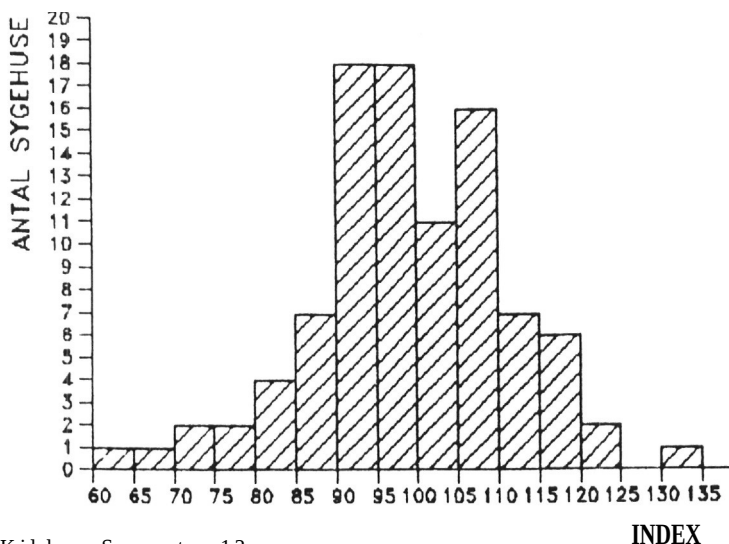
2.B.4. Sygehusenes produktivitet.

Det er, som nævnt, ikke kun antallet af producerede ydelser, der forklarer udgiftsforløbet. Også ændringer i produktiviteten ved frembringelse af disse ydelser spiller en rolle.

Spørgsmålet om sygehusenes produktivitet er behandlet i betænkningen "Sygehusenes organisation og økonomi" fra 1984 fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg.

Indenrigsministeriet har arbejdet videre med udviklingen af et produktivitetsmål for somatiske sygehuse. Resultatet heraf er sammenfattet i en studierapport, som blev udsendt til amtskommunerne i marts 1986.¹²⁾ Denne undersøgelse sandsynliggjorde - med de forbehold, der måtte ligge i sammenligneligheden i regnskabstallene - betydelige forskelle i produktiviteten for forskellige sygehuse såvel indenfor som imellem sygehusgrupperne. Det er umiddelbart indlysende, at en sådan generel målemetode må være behæftet med svagheder. Især har der været mangler i behandlingen af liggetid og ambulant behandling. Det er med forbehold af denne art, den følgende **figur 8** skal vurderes. Den viser antallet af sygehuse med en målt produktivitet henholdsvis over og under gennemsnittet (d.v.s. indeks 100).

Figur 8. Produktiviteten for somatiske sygehuse i Danmark.



Kilde: Se note 12.

12) Standardomkostninger og produktivitet for 96 somatiske sygehuse, Indenrigsministeriet, marts 1986.

Indenrigsministeriets målemetode er udviklet med henblik på sammenligning af sygehusenes produktivitet i en given periode, og metoden gør det således ikke muligt at vurdere, om produktiviteten ændres fra år til år.

Som det imidlertid er fremgået af den ovenfor citerede betænkning, fandt produktivitetsudvalget tegn på en faldende produktivitet. Det hedder direkte, at "sygehusenes generelle produktivitet har ... været vigende indenfor de seneste år, idet det dog må understreges, at budgetter og budgetoverslag for de kommende år (efter 1982) bygger på forudsætningen om stigende produktivitet i sygehusene" (s. 37-38).

I tabel 14 er sammenfattet resultatet af en videreførelse frem til 1986 af de produktivitetsmål, der i produktivitetsudvalgets betænkning anvendtes frem til 1982.

Det skal understreges, at eftersom tallene alene vedrører det somatiske sygehusvæsen, har de måttet baseres på de særlige oplysninger, som Sundhedsstyrelsen indhenter, hvilket har betydet, at tallene for 1985 og 1986 er de budgetterede tal. Selvom de amtskommunale regnskaber set under ét har svaret nogenlunde til budgetterne, er det ikke sikkert, at denne tendens genfindes i udgifterne for de enkelte funktioner. Det skal også bemærkes, at talserien slutter med 1986, et år hvor udgifterne antageligt er regnskabsteknisk undervurderede, og ikke omfatter en forskydning i væksten i udgifter til 1987.

Med disse forbehold vedrørende de to seneste år synes der alligevel klart at være tale om en væsentligt ændret udvikling efter 1982, især sammenlignet med hele den periode, produktivitetsudvalgets betænkning dækker:

Tabel 14. Produktivitetsudviklingen på somatiske sygehuse

	1979-82	1983-84	1983-86
Gennemsnitlig årlig procentvækst i:			
- driftsudgift pr. sengedag	4,4	0,0	-0,6
- driftsudgift pr. udskrivning	1,3	-3,4	-3,9
- antal ambulante behandlinger	0,7	1,6	1,9

Væksten i driftsudgiften pr. sengedag er tilsyneladende ophørt efter 1982, og udgiften pr. udskrivning er fra samme tidspunkt faldet med 3-4 pct. om året. Samtidig er antallet af ambulante behandlinger - som er omfattet af udgiftsopgørelsen i de to første linier - vokset, således at de anførte vækstprocenter for udgifterne pr. sengedag og pr. udskrivning undervurderer produktivitetsudviklingen.

Med henblik på en regnskabsmæssig belysning af udviklingen i de seneste år er i tabel 15 nedenfor vist udviklingen i de samlede nettodriftsudgifter til sygehusvæsenet (hele hovedkonto 4, korrigeret for ændringen vedrørende benyttelsesafgift for Rigshospitalet, jf. foran) i 1986 pris- og lønniveau målt henholdsvis pr. sengedag og pr. udskrivning (somatisk og psykiatrisk).

Tabel 15. Produktivitetsirrviklingen i det samlede somatiske og psykiatriske sygehusvæsen (hele hovedkonto 4) 1980-86.

Mio.kr./pct.	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Nettodriftsudgifter (1986-p/l):							
pr. sengedag	1.782	1.831	1.928	1.935	1.958	2.011	2.058
Årlig vækst	•	2,7	5,3	0,4	1,2	2,7	2,3
1980-82		1 0					
1983-86							
pr. udskrivning	22.684	22.700	22.973	22.147	21.560	21.479	21.061
Årlig vækst	•	0,1	1,2	-3,6	-2,7	-0,4	-2,0
1980-82							
1983-86					• -2		
					2.		

Beregningerne over det samlede sygehusvæsen i tabel 14 synes - for udskrivningernes vedkommende - klart at understøtte antagelsen om en produktivitetsfremgang siden 1982. Fremgangen er dog knap så markant i de to seneste år, som de budgetbaserede beregninger i tabel 14 viste. For sengedagenes vedkommende kan produktivitetsfremgangen ifølge budgetoplysningerne for de to seneste år imidlertid ikke genfindes i regnskabstallene.

Vurderet under ét synes tallene at pege på, at de seneste års pres på den amtskommunale økonomi har ført til en bedre udnyttelse af ressourcerne, ~~men~~ denne konklusion må som det er fremgået tages med et vist forbehold - ikke mindst på grund af

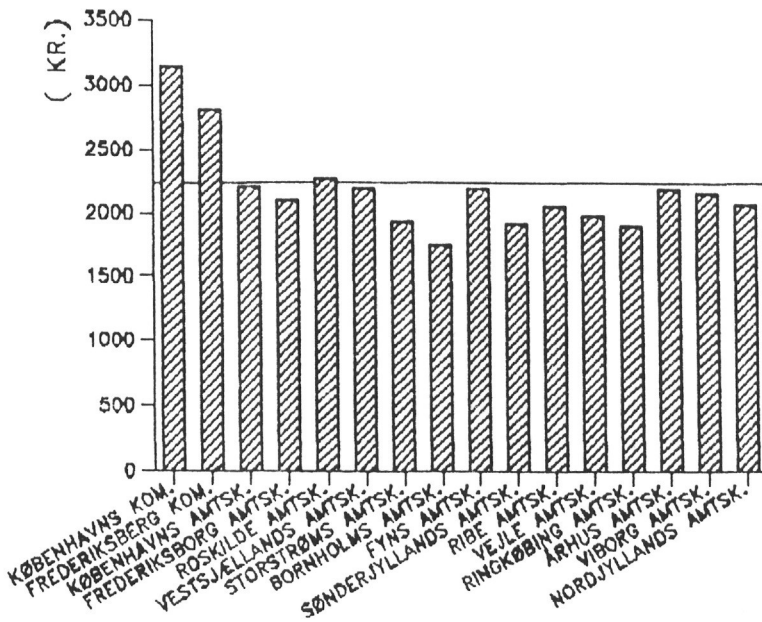
de særlige forhold omkring det sidste år i beregningerne: 1986.

De forskelle fra sygehus til sygehus, som antydedes i figur 8, synes samtidig at vise, at der fortsat er mulighed for at forbedre produktiviteten i de kommende år.

Samme problemstilling kan belyses på amtskommunalt niveau. I figur 9 nedenfor er givet en illustration af spredningen i de amtskommunale nettodriftsudgifter pr. standard-sengedag, dvs. at der er korrigeret for forskelle i køns- og alderssammensætningen mellem amtskommunerne. Det skal bemærkes, at variationen i tallene både omfatter forskelle i antal indlæggelser - som f.eks. i Københavns og Frederiksberg kommuner, der ligger væsentligt over landsgennemsnittet på grund af større sygelighed og anderledes sociale forhold end i de øvrige amtskommuner¹³⁾ og forskelle i produktivitet og liggetider. Figuren siger intet om, hvorvidt de viste forskelle skyldes det ene eller det andet.¹⁴⁾

- 13) Årsagen til det samlede merforbrug i Frederiksberg Kommune til sygehusydelser er beskrevet i "Budgetanalyse af Frederiksberg Kommunes sygehusforbrug", oktober 1986.
- 14) Det skal bemærkes, at tallene for Bornholms Amtskommune må ses i sammenhæng med, at amtskommunen i et vist omfang har adgang til "gratis" benyttelse af Rigshospitalet.

Figur 9, Sygehusvæsenets nettodriftsudgifter 1985 pr. standardsengedag.



2.C. Styringen af sygehusvæsenet.

2.C.1. Udvalgets generelle overvejelser og synspunkter.

Gennemgangen af det foregående viser, at rammestyringen på sygehusområdet har virket som et effektivt middel til at moderere udgiftsvæksten og fremme produktiviteten.

Stillet overfor kravet om en vækstrate, som kan indpasses i nulvækst for den samlede offentlige sektor, synes der dog på længere sigt at være behov for forbedrede styringsmidler.

Forenklet kan udgiftspresset i sygehusvæsenet siges at bero på

samspillet mellem befolkningens sygelighed og sygedomsopfattelse og lægernes visitation, og dermed tilgangen af patienter til sygehusvæsenet og antallet af ambulante behandlinger,

hvor effektivt behandlingen - herunder liggetidens længde og omfanget af ambulante behandling - er i sygehusvæsenet.

De faktorer, der påvirker tilgangen af patienter, er nærmere beskrevet i afsnit 2.B.2.a ovenfor, som sammenfattende omhandler følgende:

Tilgangen af patienter afhænger udover af udviklingen i befolkningens køns- og aldersmæssige sammensætning af en række faktorer med betydning for dannelsen af udgiftspresset.

Den forebyggende indsats har på forskellige områder forbedret sundhedstilstanden, og infektionssygdommene er af faldende betydning. Til gengæld er visse livsstilsbetingede lidelser blevet hyppigere.

Den praktiserende læges adfærd - den grad af "forsigtighed", henvisningerne til sygehus er udtryk for, jf. afsnit 3 C.2.2 - er meget varierende, og kan tænkes at være påvirket af informationer, overenskomstsyste m og organisation. En voksende kapacitet i almen praksis (antal læger pr. indbygger) synes at føre til flere henvisninger til sygehus.

Også antallet af sygehussenge og ventetider er på forskellig vis af betydning for antallet af henvisninger.

Udviklingen i de sociale netværk, i familiemønstrene og i primærkommunernes udbygning af henvisnings-, indlæggelses- og

behandlingsforebyggende foranstaltninger - rækkende fra trafiksikre anlæg til ældreforsorg - spiller også en rolle.

Men tilgangen af patienter afhænger herudover af faktorer, der kan forbindes med begrebet serviceniveau. Dels sænkes befolkningens tærskel for at leve med, hvad der før ansås for sædvanlige og uundgåelige skavanker d.v.s. sygdomsopfattelsen i befolkningen ændres. Dels er det nu teknisk muligt at behandle en række lidelser, og at udstrække behandlingen til aldersgrupper, der ikke før kunne behandles/opereres. Men ny teknik kan også betyde, at behandlinger, der før krævede indlæggelse, nu kan behandles ambulant eller i praksissektoren, og at liggetiden i mange tilfælde kan reduceres.

Det er således samspillet mellem en række forhold, som bestemmer, hvor mange patienter der indlægges, hvor længe de er indlagt.

Men tilbage står, at det er af helt væsentlig betydning, om lægernes behandling er tilstrækkelig tilpasset de mest patientvenlige og mindst ressourcekrævende metoder. Der er store forskelle i behandlingsmetoderne for forskellige læger, sygehuse og forskellige afdelinger, som - jf. afsnittene 2.A.4 og 2.B.2.C - ikke let har ladet sig styre.

2.C.1.a. Prioritering og økonomiske rammer.

Hvad angår behandlingspolitikken synes problemerne tilsyneladende især indenfor sygehusvæsenet at skyldes to - delvist indbyrdes sammenhængende - forhold:

- den stærke specialisering indenfor lægeverdenen
- de hastige ændringer af behandlingsmetoder og -muligheder.

Styringsproblemet består i at sikre en bedre politisk/administrativ styring af de lægelige og andre sundhedsfaglige dispositioner.

Amtsrådet har det formelle ansvar og den formelle kompetence. Men den sundhedsfaglige sagkundskab er spredt på mange specialer, hvilket skaber problemer for det politiske og administrative overblik og vanskeliggør en tilstrækkelig koordination af aktiviteter og udvikling inden for og imellem de mange specialer.

Ændringerne af behandlingsmetoder og -muligheder har flere, tildels modsatrettede, virkninger.

Det mest iøjnefaldende er naturligvis forbedringerne af sygdomsbehandlingen og udvikling af nye behandlingstilbud. Viden herom formidles, dels af de centrale sundhedsmyndigheder, dels af lægeverdenen til befolkningen, hvorefter der opstår et krav om behandling, som amtsrådet vanskeligt kan sidde overhørigt.

Men den teknologiske udvikling virker også i høj grad rationaliserende. Scannere kan erstatte kostbare og smertefulde undersøgelser, medikamentel behandling har overflødiggjort operationer, forbedret kirurgisk teknik har forkortet liggetiderne.

Uden styring er der tendens til, at nye behandlingsmuligheder bliver taget op, så hurtigt det teknisk er muligt, mens rationaliserende ændringer af arbejdsgange, som bliver mulige med den nye teknik, gennemføres i et tempo, tilpasset det allerede uddannede og ansatte personale. De ressourcer, der burde frigøres i forbindelse med rationaliseringer og effektiviseringer bliver således sjældent frigjort eller overført til særligt prioriterede områder.

De seneste års løsning på styringsproblemet har bestået i at underlægge sygehusvæsenet en samlet økonomisk ramme. Prioriteringen af den behandlingsfaglige virksomhed har for en stor dels vedkommende været overladt til lægerne, som til gengæld er blevet tvunget til at rationalisere for at skabe plads til fagligt ønskelige forbedringer.

Alt i alt har resultatet været, at der - som vist i de foregående afsnit - er sket en stigning i antallet af behandlede patienter og en standsning af det fald i produktiviteten, der fandt sted i begyndelsen af 1980'erne.

FORSLAG 1

Udvalget kan således konstatere, at rammestyringen er et effektivt styringsmiddel, som foreslås videreudviklet og nuanceret.

Men stillet overfor målsætningen om nulvækst i de samlede offentlige udgifter kan rammestyringen siges ikke at have været tilstrækkelig effektiv. Udgifterne har i perioden 1980-84 været stabile, men er siden 1985 steget med godt 2 pct. om året.

Der kan derfor være behov for at supplere rammestyringen med andre virkemidler.

En intensiveret styringsproces bør derfor ikke blot bestå i at sætte økonomiske rammer, men må i lige så høj grad bestå i at gøre det muligt at gennemføre helt nødvendige prioriteringer, dels på det politiske niveau i Folketinget, regering og amtsråd - f.eks. med hensyn til nye behandlingsformer og den overordnede sygehus- og specialestruktur - dels lokalt på det enkelte sygehus i form af en øget prioriterings- og ressourcebevidsthed i forbindelse med den daglige udførelse af læge- og sygeplejefaglig virksomhed. Det vigtigste middel i denne sidste del af styringsprocessen vil efter udvalgets opfattelse være en målbevidst styrkelse af ledelsesfunktionen, dels på det enkelte sygehus, dels på den enkelte afdeling.

Udvalget finder, at økonomisk rammestyring er et effektivt og helt nødvendigt styringsmiddel, men det er altså efter udvalgets opfattelse vigtigt, at det kombineres med faglige prioriteringer og i øvrigt en snæver styring af den faglige virksomhed i sygehusvæsenet. Uden en samtidig faglig styring kan generelle rammebegrænsninger nemlig få nogle utilsigtede konsekvenser, fordi ressourceallokeringen i denne situation ofte er uprioriteret og tilfældig. Dels kan det være de forkerte funktioner, der skæres bort, mens mindre prioriterede funktioner overlever, dels bliver forskellige enheders (sygehuse/afdelinger) funktioner ikke afstemt til et optimalt samspil-, hvilket meget hurtigt kan føre til ressourceødende flaskehalse i den samlede organisation, karakteriseret som den er af en stærk specialisering og en stærk indbyrdes afhængighed.

2.C.1.b. Ledelsesfunktionen.

Udvalget har ovenfor konkluderet, at økonomisk rammestyring nødvendigvis må kombineres med andre styringsmidler, som muliggør en faglig prioritering og i øvrigt en snæver styring af den faglige virksomhed i sygehusvæsenet. Ligeledes konkluderedes det, at det vigtigste middel i denne sammenhæng vil være en målbevidst styrkelse af ledelsesfunktionen, på det amtslige område, på det enkelte sygehus, og på den enkelte afdeling.

Baggrunden for udvalgets forslag i dette afsnit om en ændret ledelsesstruktur kan sammenfattes i et ønske om at få

etableret et entydigt ledelseshierarki, som dels omfatter definerede instruktions- og informationsveje fra det politisk/administrative beslutningsniveau helt ud til den enkelte faglige beslutningstager på de respektive afdelinger, og som dels muliggør en dialog mellem den faglige sagkundskab og den politisk/administrative beslutningsproces.

Under amtsrådet består ledelseshierarkiet i sygehusvæsenet af den centrale sygehusforvaltning, sygehusledelsen og afdelingsledelsen. På alle ledelsesniveauer må etableres en fast, entydig ledelsesstruktur, som muliggør definerede instruktions- og informationsveje, og samtidig bør det tilstræbes, at der i ledelserne sker en integration mellem økonomisk/administrativ, lægefaglig og sygeplejefaglig ekspertise.

På det centrale niveau kan det efter udvalgets opfattelse være hensigtsmæssigt, at der tilknyttes lægefaglige og sygeplejefaglige rådgivere til sygehusforvaltningerne. I Københavns Kommune er der eksempelvis ansat en lægelig direktør i sygehusforvaltningen, medens der i enkelte amtskommuner er etableret egentlige koncernledelser også omfattende cheflæger og chef sygeplejesker.

I sygehusledelsen bør administrator (sygehusdirektøren) sammen med en cheflæge og en chef sygeplejerske/forstanderinde indgå i et ledelsesteam. Vægtfordelingen mellem stabs- og liniefunktioner for de faglige ledere er i denne forbindelse ikke afgørende, men det er meget vigtigt, at sygehusledelsen i forhold til omverdenen fungerer som en enhed, og at det overordnede ansvar placeres entydigt.

Den vigtigste opgave bliver imidlertid efter udvalgets opfattelse at få faste ledelsesmæssige forhold på de enkelte sygehusafdelinger (afdelingsledelsen). Det er især vigtigt, at afdelingsledelsen får kompetence og ansvar vedrørende ressourceforbrug og de økonomiske rammer.

Ansaret for den faglige virksomhed på afdelingerne har imidlertid pr. tradition været adskilt fra ansaret for økonomi og administration. Dette har medført en ringe interesse for de økonomiske konsekvenser af den faglige virksomhed, og der har været få incitamenter til at evaluere og udvikle behandlingsregimer og -traditioner med henblik på at opnå den størst mulige effekt af de anvendte ressourcer, dels på den enkelte afdeling, dels og naturligvis i særlig grad i sygehusvæsenet som helhed.

Det er også vigtigt, at ledelsestraditionen bliver ændret. Overlægerne er traditionelt udelukkende blevet ansat på grundlag af en vurdering af deres faglige kunnen. Tilsvarende er administratorene blevet ansat efter deres evner til at administrere. Kun inden for sygeplejen er der skabt en tradition for ledelse.

En rapport om strukturen på sygehuse, som er udsendt af Dansk Sygehus Institut, og som beskæftiger sig med afdelingsniveauet, konkluderer bl.a., at afdelingens driftsforhold er markant præget af stillingsopbygningen i selvstyrende faghierarkier. F.eks. er der ikke en fælles koordinering af de samlede personaleressourcer i afdelingen til trods for, at mange af opgaverne løses i fællesskab.

Den betydelige styrke i den faglige autonomi, som bl.a. skyldes den hidtil svage politisk/administrative tradition for at interessere sig for og påvirke den behandlingsfaglige adfærd, er en af årsagerne til, at lægerne i en vis grad har været i stand til at kontrollere behandlingsudbudet og dermed i realiteten også efterspørgselsstrukturen. Forbrugerne efterspørger nemlig de behandlinger, der udbydes.

Overalt i dansk sygehusvæsen arbejdes der i disse år med at styrke ledelsesfunktionen.

Det er helt afgørende for styringen af sygehusene i fremtiden, at dette arbejde fortsættes og styrkes, så det nødvendige samspil og den nødvendige dialog mellem de faglige og økonomiske administrative roller kan realiseres. Der er tale om en vanskelig tilpasningsproces, når der skal skabes forståelse for og accept af nødvendigheden af et entydigt ledelseshierarki, både hos den, der udpeges som leder og hos den resterende gruppe. Inden for overlægegruppen er der et særligt behov for at tydeliggøre ledelsesforholdene. Overlægegruppen har traditionelt prioriteret den behandlingsmæssige og forskningsmæssige dygtighed meget højt. Det har medført, at overlægegruppen på den enkelte sygehusafdeling med hensyn til ansvar reelt er sideordnede. Dette forhold kan have medvirket til, at følelsen af ansvar for anvendelsen af ressourcerne i forbindelse med den faglige virksomhed har været mindre, men i hvert fald har det vanskeliggjort dialogen og samspillet med det politiske administrative niveau og dermed på en urimelig måde vanskeliggjort lægegruppens medvirken i den overordnede

planlægning og drift, ikke kun i sygehusvæsenet som helhed, men i lige så høj grad på det enkelte sygehus og den enkelte afdeling.

Løsningen på disse problemer vil være en mere bevidst lederrekruttering, når stillingerne som administrerende overlæge/cheflæge skal defineres, beskrives og besættes. Faglig integritet vil stadig være vigtig, når den ansvarlige leder skal afbalancere faglige hensyn med overordnede samfundsmæssige interesser. Men der må i langt højere grad end i dag ved rekrutteringen lægges vægt på vilje og især evne til at påtage sig ansvaret for både den faglige og den økonomisk/administrative ledelse. Princippet om, at den anciennitetsmæssigt ældste overlæge automatisk er den ansvarlige, må forlades.

Endvidere må der sættes på at fremme og styrke den lederudvikling af både nye og kommende ledere, som allerede er i gang i sygehusvæsenet, jf. afsnit 2.C.2.6 nedenfor.

Det helt centrale problem i forbindelse med styringen af ressourceforbruget og udgifterne er problemet med den enkelte læges ret til i forbindelse med behandlingen af den enkelte patient at udøve et personligt klinisk skøn.

Amtsrådet har traditionelt kun øvet indflydelse på afdelingernes faglige adfærd ved at styre på kapacitet og normering, og bevillinger til medico-teknisk udstyr. Men har hidtil ikke i nævneværdigt omfang søgt at få indflydelse på behandlingsniveauet eller den prioritering, der foretages i form af "faglige" beslutninger.

En tydeliggørelse af afdelingsledelsen kræver ikke ændringer i formelle regler om ansvar og kompetence eller i regler om ansvarligheden for udøvelsen af den faglige virksomhed. Men den uformelle struktur har ikke i tilstrækkeligt omfang tilpasset sig den udvikling, som har fundet sted i sygehussektoren og i samfundet som helhed. En stor del af de faglige, ressourceudløsende beslutninger træffes inden for de reelt selvstyrende faglige hierarkier. Men må derfor ønske, at der lokalt på hvert sygehus sker en udvikling af organisationen, så der skabes en struktur, som en mere entydig ledelse kan udfolde sig i, og som derfor passer bedre til løsningen af ledelsesopgaverne.

FORSLAG 2

Udvalget foreslår, at det egentlige ledelsesansvar på afdelingen henlægges til en entydig afdelingsledelse, hvori kun indgår én overlæge, mens de øvrige overlæger som udgangspunkt alene er ansvarlige for deres eget virke som læger, herunder deres vejledning af yngre læger m.v. Den ene ansvarlige overlæge placeres demed klart som chef for afdelingens læger, med ansvar for såvel valget af behandlingsprogrammer som arbejds-tilrettelæggelsen.

Også øvrige personalegrupper, først og fremmest sygeplejersker, kan af hensyn til en hensigtsmæssig udnyttelse af de samlede ressourcer indgå i denne organisation, men dette er efter udvalgets opfattelse ikke af afgørende betydning for styringen af medicinsk praksis, og udvalget har derfor ikke behandlet dette spørgsmål.

FORSLAG 3

Udvalget foreslår, at amtsrådene i højere grad lægger vægt på administrative egenskaber ved opslag og besættelse af stillinger som administrerende overlæge, også selv om det betyder ansættelse af læger, der ikke, vurderet i § 14-udvalgs-udtalelserne, behøver at være lægefagligt bedst kvalificeret.

Det næste led i organisationen må være en klarere indordning af den enkelte afdelings virksomhed under sygehusledelsen. Spørgsmål om gennemsnitlige liggetider for forskellige diagnoser i forbindelse med specifikke behandlingsformer, om hvilke behandlinger der bør udføres ambulant m.v., må vurderes og afgøres af ledelsen i et samspil med afdelingsledelsen.

Amtsrådsforeningens arbejdsgruppe vedrørende lederrekruttering til sygehusenes administration anfører herom:

"Det er arbejdsgruppens opfattelse, at sygehusenes topledelse bør omfatte såvel den administrative ledelse som det lægefaglige og sygeplejefaglige område. Dette kan ske enten ved etablering af en rådgivingsfunktion tilknyttet sygehusadministrator eller i form af et egentligt medansvar i sygehusets øverste ledelse."

De senere år har man flere steder set etableret sygehusledelser bestående af sygehusadministratoren, en cheflæge og en chefsygeplejerske. Sygehusledelsen bør tillægges et omfattende ansvar, dvs. at det også vedrører den behandlingspolitik, der føres på de enkelte afdelinger.

FORSLAG 4

Udvalget foreslår, at der etableres et ledelsessystem, der har ansvar for at løse konflikter og samordning problemer vedrørende behandlingspolitik m.v. på sygehus- og amtsniveau. Udvalget understreger, at ~~mens~~ der på afdelingsniveau kendes delt ledelse, bør der på højere niveauet etableres enhedsledelser, ~~med~~ henblik på at sikre en reel kobling mellem det økonomisk/administrative ansvar og det faglige ansvar. Samtidig sikres, at sygehusets overordnede behandlingspolitik - såvel ~~som~~ økonomiske rammer - helt er undergivet amtsrådet.

Amtsrådet vil i praksis ikke kunne tage stilling til enhver ændring af behandlingspraksis; noget sådant ville føre til et ganske urimeligt bureaukrati. ~~Mange~~ beslutninger må derfor fortsat tages på afdelingen eller sygehuset og på ~~vedkommende~~ ledelses ansvar. Rammestyring vil derfor fortsat være et vigtigt instrument for amtsrådet.

2.C.1.c. Information om nye effektivitetsforbedringer.

Skal amtsrådspolitikkerne i praksis kunne udøve sine beføjelser, bør der i højere grad fra centralt hold ydes støtte til amtsrådenes prioriteringsovervejelser.

Der er et klart behov for, at erfaringer om nyeeffektivisering muligheder og vurderinger af effekten af behandlinger bliver mere alment kendt. Sådanne erfaringer og vurderinger kan være relevante i forhold til diskussioner af nye og meget avancerede (kostbare) behandlingsmetoder. Der foregår i dag - både på de enkelte sygehuse og i de enkelte forvaltninger - et omfattende analysearbejde og planlægningsarbejde, og kendskabet til dette arbejde og detsresultater bør efter udvalgets opfattelse udbredes til en større kreds.

FORSLAG 5

Udvalget foreslår derfor, at Sundhedsministeriet i samarbejde ~~med~~ Sundhedsstyrelsen og sygehusejerne etablerer en periodisk publikation, ~~som~~ orienterer og vejleder amtsrådene om nye udviklinger, og på den ~~måde~~ give den politisk-administrative ledelse et bedre "rygstød" i diskussionen om lægefaglige spørgsmål. En sådan orientering kunne f.eks. vedrøre eksempler på ny viden vedrørende:

lægefagligt lavest forsvarlige liggetider for forskellige diagnosegrupper

diagnoser, der kan behandles ambulant eller i praksissektoren

ressourcebesparelser ved indførelsen af forskellige nye metoder/apparater.

rådgive om speciallægenes fastlæggelse af "medicinsk praksis".

udsender vejledende nøgletal for gennemsnitlige liggetider fordelt på diagnosegrupper, aldersgrupper, standarder for indikationsniveauer o.lign.

En af måderne til at forbedre sundhedsvæsenets samfundsmæssige effektivitet kunne være at standardisere kliniske rutiner, f.eks. gennem vejledende behandlingsprogrammer m.m., og en samtidig styrkelse af sygehus- og afdelingsledelsen, jf. forslag 4 ovenfor, som kan fastlægge niveauet for de anvendte undersøgelses- og behandlingsprogrammer.

Sammenholdes tilgængelige registeroplysninger, vil man kunne konstatere, at liggetiden for behandling af patienter med samme diagnose varierer betydeligt fra amtskommune til amtskommune eller fra ét sygehus til et andet. Både dette og de i afsnit 2.B.2 nævnte eksemplerviser, at tilsyneladende ens sygdomstilfælde bliver behandlet forskelligt, og det er nærliggende på dette grundlag at konkludere, at der også er forskelle i ressourceforbruget i forbindelse med behandlingen af de pågældende sygdomme på de forskellige afdelinger.

I en lang række artikler, der løbende offentliggøres i Ugeskrift for Læger, redegøres der endvidere for undersøgelser og resultater i forhold til omkostningerne af sædvanlige undersøgelses- og behandlingsforløb. Konklusionen på disse undersøgelser er ofte, at en række traditionelle diagnostiske undersøgelser og prøver o.lign. ikke behøver eller ikke bør iværksættes, f.eks. fordi nytten er marginal i forhold til omkostningerne.

Der er altså allerede blandt klinikere en betydelig interesse for løbende at evaluere behandlingskutymerne, både af hensyn til patienterne, som ikke skal belastes med unødvendige undersøgelser, men i lige så høj grad af hensyn til en fornuftig ressourceanvendelse.

Behandlingsprogrammerne er meget vigtige i effektiviserings- og prioriteringsprocessen. Sådanne programmer finder allerede udbredt anvendelse på danske sygehuse.

Det foreslås derfor, at der distribueres vejledende undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Dvs. konkrete informationer om, hvorledes den kliniske virksomhed kunne tilrettelægges, så hensynet til patienterne (behandlingsetik) på rimelig måde afbalanceres med samfundsøkonomiske hensyn (medicinsk teknologivurdering og prioritering).

Disse behandlingsprogrammer m.v. må nødvendigvis udformes af klinisk aktive specialister. Allerede af den grund vil det være vanskeligt at lade Planlægnings- og visitationsudvalget (PVU)¹⁾ eller Sundhedsstyrelsen alene stå for udformningen. En sådan vejledende virksomhed måtte i givet fald baseres på et samarbejde med de lægelige specialselskaber.

Derfor finder udvalget, at arbejdet især bør omfatte diagnoser, som behandles forskelligt blandt de klinisk aktive specialister, og bør tage udgangspunkt i, om den mest patientvenlige og mindst ressourcekrævende metode er lægeligt forsvarelig.

Denne rådgivningsvirksomhed er helt afgørende for sygehusledelsens muligheder for at diktere de kliniske afdelinger at anvende specifikke undersøgelses- og behandlingsprogrammer, da den cheflæge der indgår i sygehusledelsen typisk kun vil dække et enkelt speciale.

FORSLAG 6

Udvalget foreslår således, at den i forslag 5 omtalte rådgivning også kommer til at omfatte vejledende behandlingsprogrammer.

2.C.1.d. Overenskomsterne.

Som nævnt i afsnit 2.A udestår endnu en række spørgsmål vedrørende overenskomsterne med de yngre læger efter indgrebet i lægekonflikten i foråret 1987.

Det er udvalgets opfattelse, at der på lidt længere sigt må gennemføres ændringer i de regler i de gældende overenskomster, der begrænser sygehusledelsens muligheder for at prioritere under de politisk bestemte økonomiske rammer. Der er tale om en række forskellige bestemmelser.

- 1) Nærmere omtalt i afsnit 2.C.2.

Skønt den såkaldte "normeringsspiral" ophævedes i 1984 - jf. afsnit 2.A - virker overenskomsten imidlertid fortsat som et stift regelsæt, der på afgørende vis bestemmer tilrettelæggelsen af de yngre lægers arbejde og i særdeleshed fordelingen af lægernes arbejdstid. Dette har medvirket til, at normeringen af stillinger i nogen grad bestemmes af overenskomstens anvendelse på de enkelte afdelinger, og i mindre grad af sygehusledelsens autonome budgetmæssige dispositioner eller af det egentlige behandlingsbehov.

Overenskomstens regler om arbejdstid m.v. har bl.a. gjort det vanskeligt at tilgodese hensynet til sygehusenes døgnfunktion samtidig med de ressourcemæssige og uddannelsesmæssige hensyn.

Eksempelvis er der lagt betydelige bindinger på arbejdsgivernes muligheder for at styre antallet af normeringer gennem arbejdstilrettelæggelse.

Reglerne for omregning af rådighedstjeneste (vagt) m.v. til arbejdstid har betydet, at det er vagtarbejdets omfang (og ikke patientantallet), der indirekte betinger, hvor mange læger der skal være på den pågældende sygehusafdeling i dagtiden (og dermed normeringsbehovet).

Ændringer i afdelingsstrukturen på et sygehus udgør et særskilt problem. Udspecialiseringen med etableringen af specialafdelinger har kraftige ressourcemæssige konsekvenser på grund af lægeoverenskomstens regler for normering og arbejdstilrettelæggelse, idet en afdeling efter de gældende overenskomster er karakteriseret ved at have selvstændig lægelig normering, vagtdækning og ledelse.

Endelig betyder overenskomstens regler om indregning af rådighedstjeneste og tilkald i arbejdstidsopgørelsen, at de underordnede sygehuslægers faktiske arbejdstid med patientkontakter i gennemsnit ligger mellem 25 og 35 timer.

I forbindelse med Folketingets indgreb i lægekonflikten i foråret 1987 blev det besluttet, at det af finansministeren nedsatte paritetiske nævn senest den 1. september 1987 skulle foretage visse ændringer i overenskomstens regler om arbejdsområde, arbejdstidens placering samt vederlæggelse af rådighedstjeneste fra bopæl og tilkald under rådighedstjeneste.

Det blev endvidere besluttet, at overenskomstens parter inden den 15. september 1987 skulle nå til enighed om en faststillingsreform for de færdiguddannede speciallæger på sygehusene, samt at der skulle nedsættes et udvalg, som skal beskæftige sig med problemstillinger i relation til den underordnede sygehuslæges kliniske uddannelse og arbejdstilrettelæggelse. Dette udvalg er nedsat med forvaltningschef Steen Christensen, Viborg amtskommune som formand.

Hverken det nedsatte paritetiske nævn eller overenskomstens parter - for så vidt angår faststillingsreformen - kunne inden for de af Folketinget opstillede tidsfrister nå til enighed om forholdene. Forligsinstitutionen har herefter udpeget en opmand, som arbejder videre med at foretage de omtalte ændringer i reglerne omkring arbejdsområde, arbejdstidens placering samt vederlæggelse af rådighedstjeneste.

Der er imidlertid også i overenskomsterne for det øvrige sygehuspersonale en række bestemmelser, der gør det vanskeligt at tilgodese hensynet til sygehusenes døgnfunktion samtidig med at de ressourcemæssige og uddannelsesmæssige hensyn tilgodeses.

FORSLAG 7 Udvalget foreslår, at der nedsættes et underudvalg til det i forslag 4, kapitel 1 omtalte forberedelsesudvalg med henblik på at formulere de ændringer i de gældende overenskomster, som de anførte overvejelser giver anledning til.

2.C.1.e. Antallet af henvisninger til sygehusene.

Hvis antallet af patienter, der henvises til sygehuse, kan nedsættes, vil der også herigennem kunne opnås en dæmpning af udgiftspresset.

Det er allerede nævnt, at udvalgets overvejelser går i retning af at styrke mulighederne for, at valget af behandlingspolitik bedre tilpasses amtsrådets overordnede målsætning og rammer. Dette gælder også afgørelsen om, hvilke lidelser, der kræver sygehusindlæggelse, hvilke der kan behandlesambulant, og hvilke der kan udlægges til praktiserende læger. Den i det foregående afsnit foreslåede rådgivning af sygehushyge-

dighederne forudsættes også at omfatte vurderinger på dette område.

I det følgende afsnit (3) nævnes endvidere tanken om på længere sigt at forhøje de praktiserende lægers grundhonorarer, så det kan dække en vis medfinansiering fra lægen til de ydelser, han henviser til, herunder sygehus. Men i afsnittet foreslås også indførelse af registreringer af de enkelte lægers henvisning med henblik på at etablere en bedre kontrol med indlæggelsespraksis.

2.C«2. Overvejelser og forslag vedrørende konkrete styringsmæssige forhold.

2.C.2.1. Specialespredning.

En række funktioner må af tekniske grunde centraliseres såvel af hensyn til en rimelig driftsøkonomi som af hensyn til behandlingskvaliteten. Centralisering af funktioner kan bl.a. være nødvendig for at udvikle den lægelige ekspertise til et tilstrækkeligt kompetent niveau.

Et vigtigt element i den centrale styring og planlægning er derfor at sikre en hensigtsmæssig udvikling i lands- og landsdelsfunktionerne. Det er typisk funktioner med et relativt begrænset antal patienter, som gør det nødvendigt at samle ekspertisen på et eller få steder, eller funktioner, der er så ressourcekrævende med hensyn til teknologi og højt specialiseret faglig ekspertise, at centralisering er en forudsætning for, at funktionen kan varetages på et forsvarligt niveau, både fagligt, teknologisk og økonomisk.

En anden meget vigtig, central styringsopgave er at vurdere behovet for og konsekvenserne af at etablere nye potentielle behandlingstilbud og i givet fald indplacere sådanne funktioner i sygehusstrukturen. Lige så vigtigt er en central evaluering af allerede etablerede funktioner og organisationsformer og overvejelser om eventuelle ændringer heri.

Den subspecialisering, der i dag finder sted på de mindre sygehuse, er en specialisering, der er sket for flere år siden overalt i den lægelige verden. Subspecialiseringen kan på den-

ne måde opfattes som forudsætningen for at opretholde og udvikle behandlingsniveauet.

Et eksempel på denne subspecialisering er det kirurgiske speciale, der på f.eks. de 4-delte sygehuse subspecialiseres i gynækologi, bløddelskirurgi og ortopædkirurgi. På tilsvarende vis sker der en subspecialisering på de øvrige afdelinger på andre sygehuse.

En sådan subspecialisering kan være omkostningsforøgende, såfremt den indebærer oprettelse af egentlige, nye specialafdelinger.

Den subspecialisering, der i dag finder sted på de mindre sygehuse, er en konsekvens af den udvikling, der har været på det behandlingsmæssige område gennem de senere år. Subspecialiseringen er således blandt andet en konsekvens af de postgraduate uddannelsesregler, Indenrigsministeriet har fastsat på lægeområdet efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

Den subspecialisering, der for øjeblikket sker på de 4-delte sygehuse, lader sig næppe standse - men det er afgørende, at subspecialiseringen sker således, at ressourceforbruget ved at behandle de patienter, der behandles i dag, ikke øges ved subspecialiseringen, dvs., at der så vidt muligt ikke oprettes nye specialafdelinger.

FORSLAG 8

Udvalget foreslår, at nye specialer ikke skal føre til oprettelse af selvstændige afdelinger, før patienttallet kvantitativt berettiger det. Det kan bl.a. sikres ved ændringer i den lægelige stabsofbygning på de berørte afdelinger. Afdelingerne kan således komme til at omfatte flere forskellige subspecialer.

Med den udvikling i den medicinske teknologi, der forventes i de nærmeste år, finder udvalget det påtrængende at nyvurdere, om det er rimeligt at basere sygehusbehandlingen - især for den stærkt specialiserede dels vedkommende - på, at den skal tilbydes i hver enkelt amtskommune.

FORSLAG 9

Udvalget foreslår, at PVU - jf. nedenfor - gennemfører en undersøgelse og en vurdering af, om en samling af en række specialefunktioner på færre enheder/centre end i dag vil billiggøre og effektivisere visse højt specialiserede behandlingsformer. En sådan undersøgelse er efter udvalgets opfat-

telse påtrængende i forbindelse med indpasningen af fremtidige specialbehandlinger i det danske sygehusvæsen, f.eks. transplantationskirurgi.

For at give denne planlægning det bedst mulige grundlag, må beslutningsgrundlaget for de enkelte sygehusejere, som skal vurdere fordele og ulemper ved at optage et nyt speciale, være et korrekt billede af omkostningerne ved den ene eller den anden placering af specialet. Derfor bør de takster, der betales for sådanne behandlinger som hovedregel afspejle omkostningerne bedst muligt. Bedre takstberegninger vil bl.a. blive mulige ved indførelsen af de såkaldte DRG-oplysninger i landspatientregistret, jf. forslag 17 nedenfor.

Det er i denne forbindelse vigtigt, at også Rigshospitalets takster beregnes på grundlag af hospitalets egne omkostninger i stedet for som nu, hvor de beregnes på grundlag af omkostningerne ved tilsvarende ydelser på et gennemsnit af amtskommunale lands- og landsdelsafdelinger.

FORSLAG 10

Ca. 30 pct. af Rigshospitalets udgifter vedrører andet end behandling af amtskommunale patienter, nemlig undervisning, forskning, behandling af patienter som ikke betales af en amtskommune m.v. Udvalget foreslår, at disse udgifter så **vidt muligt** konteres særskilt, så finansieringen heraf fremstår som synlig betaling for et statsligt udgiftsområde, som i princippet ikke vedrører takstberegningen.

Omkostningsbestemt betaling for undervisningspladser, som f.eks. den kliniske studenterundervisning på amtskommunale lands- og landsdelssygehuse, bør ligeledes konteres særskilt som synlige tilskud, og de bør holdes adskilt fra takstberegningen.

Planlægnings- og visitationsudvalget (PVU), der administrativt er placeret under Sundhedsstyrelsen har til opgave, at tilvejebringe en bred rådgivning af såvel sygehuskommuneme som centrale myndigheder vedrørende lands- og landsdelsfunktionerne og disses organisation og placering i sygehusstrukturen. I praksis har udvalget også rådgivet de centrale sundhedsmyndigheder om indpasning af nye behandlingsopgaver i sygehusvæsenet. Det er samtidig udvalgets opgave at initiere og styre den medicinske teknologivurdering.

Udvalget er sammensat af repræsentanter fra Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, sygehuskommunerne samt diverse lægelige specialselskaber m.fl. Udvalget som sådan skulle være et meget velegnet forum til at forestå den centrale, overordnede styring og koordination af behandlingspolitikken i sygehusvæsenet og i øvrigt til at tilrettelægge sygehusstrukturen under hensyntagen til den samlede ressourceudnyttelse.

Et tilbageblik på PVUs hidtidige virksomhed viser imidlertid, at det ikke altid er lykkedes i udvalget at skabe den nødvendige dialog mellem det politisk/administrative system og den lægefaglige ekspertise omkring vigtige, overordnede prioriterings- og ressourcespørgsmål i sygehusvæsenet. Der er eksempler på, at sager, der implicerer sådanne spørgsmål, er blevet fremmet i udvalget nærmest som efterretningssager, fordi den faglige planlægning, når den kom på udvalgets bord, var så langt fremme, at muligheden for en reel politisk og samfundsøkonomisk vurdering i realiteten var forskertset, f.eks. fordi et nyt behandlingstilbud allerede var etableret, og de første patienter behandlet. Problemerne kan i nogen grad forstærkes af, at der er en medicinsk- faglig dominans i udvalget.

En anden svaghed ved PVUs virksomhed har været, at de beslutningsgrundlag, der har været forelagt udvalget, i vidt omfang ikke har været fulgt af en tilstrækkelig analyse af de pågældende forslags økonomiske konsekvenser.

FORSLAG 11

Udvalget skal som en løsning på disse problemer, foreslå, at PVU bliver reorganiseret direkte under Sundhedsministeriet, og at der igennem et samarbejde med de kommunale sygehusmyndigheder i PVU-regie etableres gensidige aftaler om processen ved indførelse af nye, højt specialiserede opgaver (tempo for indførelse, geografisk placering m.v.) på de amtskommunale lands- og landsdelssygehuse og Rigshospitalet.

En sådan aftale om en arbejdsdeling vil indebære, at patienter fra hele landet med behov for en given avanceret behandling måske skal behandles samme sted. Alle organtransplantationer skulle måske samles i Århus, al anvendelse af genteknologi og spektroskopi skulle samles i Odense osv.

Alternativt kan en aftale til begrænsningen af specialiseringen lade de enkelte sygehuse udbyde givne behandlinger til faste priser med den tidligere nævnte forpligtelse mellem sygehusejerne til at producere den pågældende behandling.

Det vil under alle omstændigheder være centralt i overvejelserne her, at begrænsningen i antallet af specialafdelinger ikke medvirker til monopol lignende prisfastsættelser - eller medvirker til at tvinge sygehusejerne til at aftage behandlinger fra tilsyneladende mindre effektive sygehuse. Dette vil - jf. forslag 10 - bl.a. modvirkes, hvis takstberegningen gøres mere synligt omkostningsrelateret.

Udvalget skal pege på, at specialespredningen har nær sammenhæng med både den tekniske behandlingsmæssige udvikling og reglerne for den postgraduate uddannelse og af kriterierne for at opnå fast ansættelse på sygehusene.

Gennemførelsen af den postgraduate uddannelse forudsætter - som nævnt i kapitel 2.A - at der opnås ansættelse på uddannelsesrelevante sygehusafdelinger. Relevante sygehusafdelinger er i denne forbindelse især afdelinger på sygehuse med landsdelsfunktioner. Dette indebærer, at læger efter den obligatoriske turnus ikke ønsker ansættelse på mindre sygehuse, da dette ikke er kompetencegivende. En sådan udvikling betyder, at behandlingsmulighederne på de mindre sygehuse indskrænkes.

FORSLAG 12

Udvalget skal derfor foreslå, at det får en høj prioritering i Steen Christensen-udvalget, at der foretages en vurdering af den postgraduate lægeuddannelse og en vurdering af de enkelte sygehusafdelingers klassifikation i forbindelse med denne uddannelse, samt af om de facto kravene for at få f.eks. en uddannelsesstilling er hensigtsmæssige.

2.C.2.2. Udenamtsbehandlinger.

Sygehuslovens bestemmelse om, at patienter kan henvises til udenamtsbehandling, hvis hjemsted samt skommunen påtager sig betalingen (kaution) fortolkes i praksis sådan, at en amtskommune ikke kan nægte kaution i tilfælde, hvor den ønskede behandling ikke findes i amtskommunen, forudsat at der er tale om en almindelig sygehusbehandling, dvs. ikke forsøgel.ign. Amtsrådet har midlertid også mulighed for at styre sygehusafdelingernes praksis med hensyn til omfang og niveauet for henvisning til udenamtsbehandling.

FORSLAG 13 Udvalget foreslår derfor, at Sundhedsministeriet informerer om de muligheder, de enkelte amtsråd - på helt tilsvarende måde som for indenamtspatienter - har for at lægge deres eget indikationsniveau til grund for henvisning til udenamtsbehandling. Der henvises i den forbindelse også til forslag 11.

2.C.2.3. Videreudvikling af produktivitsanalyser og afdelingsbudgetter.

De kommende år vil stille stadig større forventninger og krav til sikring af produktivitsforbedringer, herunder ved etablering af produktivitsfremmende procedurer.

Disse forventninger og krav vil ikke mindst gælde sygehussektoren.

Gennemførelsen af produktivitsforbedringer forudsætter, at der etableres de relevante mål for produktivitet, dvs. for forholdet mellem ressourceforbrug og præsteret produktion. Kvantificeringen af disse produktivitsmål gennem sammenhængende data for ressourceforbrug og produktion repræsenterer imidlertid ofte et alvorligt problem i produktivitsanalyser m.v. Dette problem er helt centralt i forbindelse med analyser af sygehusenes produktivitet.

I Indenrigsministeriets studierapport om "Standardomkostninger og produktivitet for 96 somatiske sygehuse" fra marts 1986 konkluderes det således efter en gennemgang af de eksisterende sygehusdata, at:

"det ikke er muligt at anvende en direkte målemetode af sygehusenes produktivitet. En sådan må afvente omfattende reformer af regnskabsføringen i danske sygehuse, reformer, som på mange måder minder om indførelsen af det kommunale budget- og regnskabssystem, og som kræver registrering og ny målbevidsthed ved udførelsen af alle funktioner på sygehusene."

Desuden vil det blive nødvendigt enten at udskille ambulante behandlingsomkostninger fra omkostninger knyttet til stationære behandlingsforløb, eller at gennemføre en ambulant registrering svarende til det af Sundhedsstyrelsen foreslåede fællesindhold for ambulant registrering.

Dels af hensyn til at forbedre mulighederne for sammenlignende produktivitetsanalyser, og dels - og ikke mindst - for at give den enkelte afdeling oplysninger om afdelingens ressourcer samt den præsterede produktion, må der etableres en bedre registrering af aktiviteten på sygehusene.

FORSLAG 14 Udvalget foreslår derfor, at Sundhedsministeriet tager initiativ til at sikre en egentlig registrering af sygehusenes ambulatoriev irksomhed.

Etableringen af afdelingsspecifikke budget-, regnskabs- og informationssystemer vil formentlig ~~sammen~~ med de ledelsesforslag, der stilles i afsnit 2.C.1.b, påvirke adfærden og forbruget på den enkelte afdeling.

Et særligt problem, når de skal etableres afdelingsbudgetter, er budgetteringen for hjælpeafdelingerne - laboratorier, røntgen, køkken m.v.

En metode er at prissætte ydelserne fra disse afdelinger, og lade deres aktiviteter indgå i rammene for behandlingsafdelingerne. Serviceafdelingerne bliver leverandører, der må prøve af fastlægge deres kapacitet, så det svarer til efterspørgselen ~~med~~ de givne "priser" og de givne rammer for deres kunder. Metoden giver behandlingsafdelingerne en betydelig frihed til at afveje alternativer ~~imod~~ hinanden og at finde den mest effektivemålopfyldelse på bekostning af serviceafdelingernes budgetteringssikkerhed.

En anden metode er at lade de enkelte behandlingsafdelinger forhandle ~~med~~ de centrale amtskommunale myndigheder om rammer kombineret ~~med~~ "trækningsrettigheder" på serviceafdelingerne.

Denne løsning forudsætter altså en vis lokal centralisering af planlægningen.

FORSLAG 15 Udvalget foreslår, at Budget- og regnskabsrådet og Sundhedsministeriet i samarbejde ~~med~~ sygehusejerne iværksætter forarbejdet til en indførelse af afdelingsbudgetter, ~~som~~ et minimum forstået ~~som~~ ressourcemæssige og aktivitmæssige rammer for afdelinger på sygehuse senest 1990.

FORSLAG 16 Til forbedring af afdelingsbudget- og informationssystemene foreslår udvalget, at Sundhedsministeriet tager initiativ til, at der gennemføres en systematiseret registrering af serviceafdelingernes aktivitet.

Et første skridt i retning af at kunne anvende en direkte målemetode til analyser af sygehusenes produktivitet er gjort med det nu udarbejdede forslag til konvertering af de nuværende data i landspatientregistret til systemet af Diagnose Relaterede Grupper (DRG-systemet). Ved hjælp af dette system er det nu muligt med baggrund i data fra landspatientregistret at samle udskrivelser i 467 grupper, som alle er kendetegnede ved at indeholde klinisk beslægtede behandlingsforløb samt at indeholde behandlingsforløb, der implicerer et ensartet forventet ressourcetræk. En rapport, der beskriver DRG-systemet og den danske afprøvelse, der er foretaget af systemet på alle udskrivelser fra 1985, forventes publiceret ultimo 1987.

For at sikre, at alle amtskommuner og sygehuse har kontinuerlig adgang til oplysninger om den somatiske stationære behandlingsaktivitet, foreslår udvalget omlægningen til et online landspatientregister, som er under forberedelse, fremmes mest muligt. Ved en eventuel autorisering af DRG-oplysningerne i landspatientregistret vil amtskommuner, sygehuse og andre brugere af landspatientregistret således i princippet have adgang til helt aktuelle DRG-baserede aktivitetsopgørelser.

Endelig vil selve DRG-grupperingsprogrammet kunne stilles til rådighed for amtskommuner eller sygehuse til brug for analyse, budgetterings- og planlægningsaktiviteter.

FORSLAG 18 Udvalget foreslår - for at støtte sygehusforvaltninger og amtsråd i muligheden for at sammenligne omkostningerne i et sygehus med et andet - at Sundhedsministeriet med baggrund i de eksisterende data forestår en videreudvikling af produktivitetsanalyser baseret på den indirekte målemetode, som er beskrevet i den tidligere nævnte studierapport. Denne videreudvikling kan bl.a. baseres på DRG-systemet, idet man med aktivitetsopgørelser baseret på DRG-grupper vil have adgang til et mål for aktiviteten, som er af betydelig bedre kvalitet end de mål, der hidtil har været anvendt til sammenlignelighed mellem sygehuse og afdelinger.

I takt med, at sygehusene får etableret afdelingsbaserede regnskaber, vil der åbnes mulighed for at "trække" disse produktivitetsanalyser ned på afdelingsniveau.

Sammenligninger mellem sygehuse af mere detaljerede aktivitets- og økonomidata kræver, at man kan udpege sygehuse/afdelinger, som er ensartede med hensyn til patientsammensætning og fordelingen af patienter på forskellige typer af behandlingsforløb. Også i denne sammenhæng kan DRG-systemet være et anvendeligt redskab, idet man med baggrund i aktivitetsopgørelser baseret på DRG-systemet vil kunne bestemme, hvilke sygehuse/afdelinger der er mest direkte sammenlignelige med hensyn til, hvilke typer af behandlingsforløb der foretages. Der kan med andre ord udarbejdes en klassifikation af sygehusene/afdelingerne ud fra, hvilket såkaldt "patient case-mix" der arbejdes under.

Såvel model som datagrundlag vil kunne stilles til rådighed for amtskommuner eller sygehuse til brug for f.eks. konsekvensberegning af, hvilken effekt en ændring af aktiviteten eller af ressourceforbruget vil have på produktiviteten.

Med et landspatientregister indeholdende DRG-oplysninger åbnes der tillige mulighed for at gennemføre sammenligninger af f.eks. genindlæggelseshyppighederne på sygehusene relativt til patienter i de enkelte DRG-grupper. Derved vil man kunne nærne sig analyser og sammenligninger af effektiviteten af de behandlingsmetoder, der anvendes for patienter i en fast DRG-gruppe på forskellige sygehuse.

2.C.2.4. Det primærkommunale ansvar for plejeudgifter vedrørende ældre.

Den eksisterende byrde- og opgavefordeling mellem kommuner og amtskommuner har som udgangspunkt, at amtskommunerne har kompetencen og det økonomiske ansvar for sygehussektoren, mens kompetence og det økonomiske ansvar for ældreplejen er placeret hos kommunerne. Problematikken omkring ventelister til plejehjem, der senest er blevet belyst ved en af Socialstyrelsen gennemført "undersøgelse af ventelister til plejehjem" er imidlertid et udtryk for, at der i praksis er sket en adskillelse af kompetence og økonomisk ansvar.

I undersøgelsen er det beregnet, at der pr. 1. april 1987 var knap 5.000 personer over 65 år, som ventede på (dvs. af kommunerne visiteret/indstillet til) plejehjemsplads. Heraf befandt 1.650 sig på somatisk eller psykiatrisk sygehus.

I det omfang, færdigbehandlede patienter ikke kan udskrives fra sygehuse som følge af manglende kommunale ældreplejeforanstaltninger, vil amtskommunerne komme til at bære de økonomiske konsekvenser af de manglende kommunale foranstaltninger. Der sker hermed en forvridning af byrdefordelingen i forhold til den af Folketinget fastlagte, idet en del af omkostningerne ved ældreplejen overføres fra kommunal til amtskommunal beskatning, uden at amtskommunerne har mulighed for at øve væsentlig indflydelse herpå, og at de kommuner, der måtte misbruge denne mulighed, kan holde lavere skat end kommuner, der udfører de opgaver, de er pålagt.

Dette forhold har ved flere lejligheder, senest i betænkning nr. 1080 om praksissektorens organisation, givet anledning til overvejelser om indførelse af en betalingsordning mellem kommuner og amtskommuner i forbindelse med færdigbehandlede patienter, der afventer tilvejebringelse af de fornødne kommunale plejeforanstaltninger. Sigtet med en sådan betalingsordning er at genoprette byrdefordelingen, samtidig med det økonomiske ansvar bringes i overensstemmelse med kompetenceforholdene.

En ordning af den nævnte karakter gennemføres nu som frikommuneforsøg i Nordjyllands Amtskommune for ældre færdigbehandlede patienter, der ikke kan udskrives til deres eget hjem eller andre foranstaltninger. Ordningen har til formål at tilskynde kommunerne til at tilvejebringe de nødvendige og hensigtsmæssige foranstaltninger for disse ældre og er udformet efter indgående drøftelser mellem amtskommunen og kommunerne i amtet.

Efter ordningen betaler kommunerne 1.200 kr. pr. døgn for at have patienter, der ud fra en lægelig vurdering er meldt færdigbehandlede, liggende på sygehusene. Heraf modsvarer de 800 kr. prisen for plejehjemsplads. De sidst 400 kr. tilbageføres til kommunerne i amtet under ét, idet de samles i en pulje, hvorfra et fællesudvalg nedsat af bl.a. amtskommunen og kommuneforeningen kan yde støtte til nye forsøg på ældreplejeområdet.

I Fyns Amtskommune er på lignende vis indgået forskellige aftaler mellem amtskommunen og kommunerne, som øger overensstemmelsen mellem kompetence og ansvar. Der er således indgået

en aeldreaftale mellem Odense Kommune og Fyns Amtskommune om en nedbringelse af antallet af ventepatienter. Aftalen betyder, at der frisættes mellem 20 og 30 senge til aktiv behandling, idet der er aftalt en kvote for antallet af "ventedage". Det er en del af aftalen, at amtskommunen medfinansierer en række særlige plejeforanstaltninger i kommunens regie med at de praktiserende læger får en mere direkte adgang til at trække på disse for at undgå unødvendige indlæggelser.

Der er som en vigtig del af aftalen iværksat en fælles informations- og motivationsindsats over for de praktiserende læger, personalet på sygehuset og i kommunen.

Det er udvalgets opfattelse, at en betalingsordning for færdigbehandlede patienter, der afventer kommunale plejeforanstaltninger, vil kunne udformes på en sådan måde, at der opnås en mere korrekt byrdefordeling samtidig med, at der tilvejebringes finansielle rammer, der kan understøtte bestræbelserne for en bedre samordning af den kommunale og amtskommunale indsats omkring sygehusbehandling og efterfølgende pleje af ældre.

Det er endvidere udvalgets opfattelse, at "aftalebaseret" amtskommunal medfinansiering af sygehusafastende sociale foranstaltninger vil kunne skabe grundlag for samfundsøkonomiske hensigtsmæssige løsninger også i grænseområdet, hvor ansvarsfordelingen ikke kan defineres knivskarpt, og hvor der nødvendigvis må være et positivt samarbejde mellem sygehus- og socialsektor.

FORSLAG 19 Udvalget foreslår, at der gives amtskommunene hjemmel til, at det enkelte amtsråd efter eget valg kan indføre en betalingsordning som ovenfor skitseret med en daglig takst, der svarer til de omkostninger kommunene sparer, samt til at der kan etableres amtslige samordningspuljer til finansiering af tilskud til kommunene med henblik på efter lokal aftale mellem kommune og amtskommune at kunne understøtte kommunale foranstaltninger for at undgå sygehusindlæggelse.

Der må ved udformningen af reglerne for betalingsordning m.v. lægges vægt på, at ordningen indrettes på en sådan måde, at både sygehusafdelingernes og socialforvaltningernes interesse i et samarbejde også inden færdigbehandlingstidspunktet fastholdes og styrkes.

FORSLAG 20

I tilknytning hertil skal udvalget foreslå, at der foretages en samlet evaulering af forsøgsordningerne i Nordjyllands og Fyns amtskommuner, når resultatet fra de 2 ordninger foreligger.

2.C.2.5. Lagers uddannelse i ledelse og administration.

Traditionelt har den uddannelse, der har dannet baggrund for ansættelse som overlæge, været koncentreret om behandling, undervisning og forskning. Det er da også disse tre områder, der af § 14-udvalg m.fl. lægges vægt på ved vurdering af overlægekandidater. I de senere år er man dog begyndt i stigende omfang også at lægge vægt på administrativ erfaring.

Udvalget finder det vigtigt, at overlægerne sikres bedre uddannelse i ledelse og administration. I de decentrale strukturer, der er under opbygning på sygehusene, vil en styring af ressourceforbruget være afhængig af afdelingernes ledelseskapacitet.

Det har i en del år været overvejet, hvordan man kan sikre et uddannelsestilbud eller -krav til lægerne. I samarbejde mellem Foreningen af Speciallæger og sygehusejerne er etableret de såkaldte LAK-kurser, kurser i ledelse og administration. Kurserne henvender sig i første række til overlæger, og ca. halvdelen af overlægerne i Danmark har nu været gennem kurset. På speciallægeuddannelsesniveau findes de såkaldte SOSA-kurser, der retter sig mod reservelæger og 1. reservelæger.

Der er ingen egentlig koordinering de to kurser imellem, og begge retter sig mere imod administration og indlæring af regelsæt, end mod indlæring af lederholdninger og lederværktøjer. Det sidste gør imidlertid en række tværfaglige lederudviklingskurser, der er igangsat centralt og decentralt. De fleste af disse kurser henvender sig både til ledende sygeplejersker, overlæger og i visse tilfælde til administratorer og andre ledergrupper på sygehusene. På denne måde sikres, at kursusoplevelser ikke fjerner sig fra virkelighedens tværfaglige arbejdsplads.

FORSLAG 21

Udvalget skal derfor foreslå, at Amtsrådsforeningen i samarbejde med Sundhedsministeriet og de øvrige sygehusejere følger op på initiativet fra Amtsrådsforeningen til udviklingen af et omfattende ledelsesuddannelsesprogram for overlæger,

der ønsker at bestride stillinger som administrativ overlæge eller cheflæge.

2.C.2.6. Sygehusapoteker og medicin på sygehuse.

Udgifterne til medicin udgør ca. 15 pct. af sygehusenes samlede udgifter til "øvrig drift".

Den nye apotekerlov begrænser amtskommunernes muligheder for at nedbringe disse udgifter.

Efter den tidligere apotekerlov kunne sygehuskommunerne uden Indenrigsministeriets godkendelse oprette et sygehusapotek på sygehuse med mindst 500 sengepladser. Oprettelse af et sygehusapotek i andre tilfælde krævede Indenrigsministeriets godkendelse i alle tilfælde. Loven kan derfor begrænse amtskommunernes muligheder for rationelt at tilrettelægge lægemiddelforsyningen til de amtskommunale sygehuse.

Som noget nyt er der dog åbnet mulighed for i tilknytning til et sygehusapotek at oprette filialer på sygehuse, der ejes af den pågældende sygehuskommune, dog stadig efter sundhedsministerens tilladelse.

Den eneste ansøgning om oprettelse siden lovens vedtagelse er imidlertid blevet afslået af Sundhedsministeriet.

Når sygehusapoteket eller apoteksfilialen ønsker at levere lægemidler og andre varer til behandling af patienter på sygehusene og institutionerne, må der først indhentes godkendelse fra Sundhedsministeriet, om hvilket sygehus og institution der kan leveres til. Også denne bestemmelse giver anledning til kritik.

Bestemmelsen betyder, at Sundhedsministeriet fastlægger amtskommunernes leveringsområder, og det har i praksis efter den ny lovs ikrafttæden betydet, at sygehusapoteker ikke længere har kunnet levere medicin f.eks. til amtskommunale plejehjem, hvor amtskommunen i øvrigt har det fulde driftsansvar, og ret til at levere andre former for forbrugsvarer og serviceydelser, med merudgifter for amtskommunerne til følge.

Også efter den tidligere apotekerlov krævede leverancer fra sygehusapotek til amtskommunale institutioner ministeriets godkendelse. I praksis skete sådanne leverancer i et vist omfang uden godkendelse. Med den ny apotekerlov blev der imid-

lertid stillet krav om, at samtlige sygehusapoteksleverancer skulle tages op til fornyet godkendelse med indskrænkninger til følge.

De fastsatte rammer for sygehusapotekernes produktion og handel begrænser sygehusapotekernes mulighed for en forretningsmæssig udbygning og videreudvikling af deres aktiviteter.

Disse bestemmelser har til hensigt at sikre de private apoteker mod en ubillig konkurrence, som i værste fald kunne udkonkurrere dem og dermed forringe befolkningens adgang til at købe medicin.

Udvalget har ikke fundet det godtgjort, at der er tale om subventionerede aktiviteter på sygehusapotekerne, men skal i stedet understrege, at sygehusapotekene kan tjene en vigtig funktion som katalysator og "konkurrenceforstærker". De private apotekers priser synes ikke at afspejle de driftsøkonomiske omkostninger. De priskalkulationer, der har været anvendt på såvel private

apoteker som på sygehusapoteker, har indebåret en stiv priskalkulation, som ikke i tilstrækkelig grad har været relateret til omkostningerne.

Det betyder, at de prisbevidste købere ledes til at købe de forkerte varer. Dette er også erkendt, idet det i lovbestemmelserne til apotekerlovens § 44 anføres, "at det er hensigten at fortsætte den udvikling, der er lagt i 1983 i retning af en mere omkostningsrelateret apoteksavance."

Udvalget er bekendt med, at Sundhedsministeriet har bedt Sundhedsstyrelsen om at fremsende med forslag til en ny avancerstruktur, der i højere grad afspejler apotekernes omkostninger ved distribution af det enkelte lægemiddel.

Det er ministeriets hensigt, at nyordningen skal træde i kraft den 1. januar 1988 eller så hurtigt derefter, det er teknisk muligt.

FORSLAG 22

Udvalget foreslår, at Sundhedsministeriets omlægning af apoteksavancerne søges presset igennem indenfor så snævre tidsmæssige rammer som overhovedet muligt.

Gennemførelsen af dette forslag kan gå hånd i hånd med at lade sygehusapotekerne konkurrere mere direkte med de private

apoteker, og tillade udvidelser af sygehusapotekernes aktivitetsområde, hvis de private apoteker ikke reelt er konkurrencedygtige for hele deres sortiment.

FORSLAG 23 Udvalget foreslår derfor, at lovens § 54 (oprettelse af sygehusapotek og filialer) og § 55 (om levering) ændres, således at dispensation ikke kræves.

Sygehusapotekerne kan endvidere fremstille nye præparater, de såkaldte § 15-præparater (§15 i lægemiddeloven), såfremt de er registreret inden den 1. januar 1985 til fremstilling på sygehusapotek. Disse præparater vil typisk finde anvendelse både i og uden for sygehusvæsenet.

Derimod kan sygehusapotekerne kun fremstille farmaceutiske specialiteter udover de nævnte registrerede efter 1. januar 1985, såfremt de pågældende lægemidler helt eller fortrinsvis er bestemt til anvendelse i sygdomsbehandling på sygehuse.

Endelig har sygehusapotekerne ret til at fremstille andre varer, der anvendes i sundheds- og sygeplejen på sygehusene.

Bestemmelserne omkring sygehusapotekernes tilladte produktion indebærer, at sygehusapotekerne ikke kan fremstille et nyt lægemiddel, såfremt dette også finder anvendelse til sygdomsbehandling uden for sygehusene. Det er klart, at der i sygehusenes forbrug af lægemidler kan udskilles en lang række såkaldte sygehusspecifikke lægemidler, dvs. lægemidler der fortrinsvis anvendes til sygdomsbehandling på sygehusene. På den anden side anvendes også inden for sygehusvæsenet de samme lægemidler, som anvendes i primærsektoren. Sygehusapotekerne må efter lovens bestemmelser gerne fremstille de gammelkendte af sådanne lægemidler, der både anvendes inden for og uden for sygehusvæsenet, mens sygehusapotekerne ikke må fremstille et nyt lægemiddel med tilsvarende udbredelse, uanset om økonomiske overvejelser måtte føre til, at en sygehusapoteksproduktion kunne billiggøre præparatet.

FORSLAG 24 Udvalget foreslår derfor, at denne bestemmelse bortfalder.

Sygehusenes medicinordinationer vedrører alene patienter indlagt i sygehusvæsenet. Sygehusene kan ikke levere medicin direkte til patienter i primærsektoren. Dog kan der i et vist

omfang ske udlevering af lægemidler fra sygehuset til patienter, der uden at være sengeliggende på sygehuse behandles af dets afdelinger, herunder laboratorium. Sådant udlevering kan finde sted, hvor det er begrundet i særlig behandlingsmæssige hensyn.

I primærsektoren leveres medicin gennem de private apoteker. Patienten betaler en patientandel af varierende størrelse, mens den offentlige sygesikring dækker resten.

Afgrænsningen mellem de to leveringsområder og de økonomiske konsekvenser for såvel patient som amtskommunene kan i nogle tilfælde give anledning til grænsedragningsproblemer.

Der kan her peges på patienter i ambulant behandling og alvorligt syge eller kronisk syge patienter samt døende patienter, der plejes i hjemmet.

I disse tilfælde vil patienterne som regel have kontakt med sygehusvæsenet, og det kunne af behandlings- og leveringsmæssige årsager være hensigtsmæssigt, om der var mulighed for levering af medicin fra sygehuset til patientens brug uden for sygehuset.

FORSLAG 25 Udvalget foreslår, at der foretages en undersøgelse af konsekvenserne af en lovgivning om en slags udleveringsskranke på sygehuse, hvor medicinen i øvrigt udleveres og finansieres på samme vilkår som i primærsektoren. Samtidig med at sygehuse gratisudlevering af medicin til ikke-indlagte patienter eller patienter, der skal udskrives, ophører.

2.C.2.7. Patientbefordring.

På patientbefordringsområdet har amtskommunene eller patienter, der skal udskrives i 1986 haft udgifter på i alt ca. 575 mio. kr.

Patientbefordring varetages af amtskommunene i henhold til §§ 6 og 7 i lov om sygehusvæsenet og § 1, stk. 4, i lov om svangerskabshygge og fødselshjælp.

Der er dels tale om befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj, og dels siddende patientbefordring og befordringsgodtgørelse.

Opgaven udføres ved hjælp af private og kommunale redningskorps og taxa-selskaber.

Hovedleverandøren er Falcks Redningskorps A/S.

Efter reglerne ydes befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til personer, hvis tilstand nødvendiggør en sådan befordring. Ambulanceberedskab, ambulancekørsel og liggende sygetransport er således fuldstændig overladt til amtskommunene, og amtskommunene kan principielt selv regulere området.

Amtskommunene entrerer således med Falcks Redningskorps A/S om ambulanceberedskab, ambulancekørsel og liggende sygetransport. Entreringen foretages gennem standardoverenskomsten om patientbefordring m.v., der forhandles mellem Amtsrådsforeningen og Falck. Med den seneste standardoverenskomst er der åbnet mulighed for, at de enkelte amtskommuner selv kan fastsætte serviceniveauet for ambulanceberedskabet. Rekvisitioner af ambulancer foretages ud fra et lægeligt skøn, og der gælder på dette område tilsvarende forskelle som de tidligere i betænkningen nævnte vedrørende behandlingstilbud.

Siddende patientbefordring og befordringsgodtgørelse reguleres gennem Indenrigsministeriets befordringsbekendtgørelse af 29. november 1982. Efter denneskal der ydes befordring eller befordringsgodtgørelse til

- pensionister, og
personer, for hvem rejsen ud eller hjem overstiger 50 km.
Endvidere ydes befordring eller befordringsgodtgørelse til patienter, der ikke kan bruge offentlige transportmidler, når patienterne er
- under ambulat behandling,
deldøgnspatienter, eller
midlertidigt hjemsendt.

For samtlige ydelser er der den såkaldte "bagatelregel". Denne indebærer, at udgiften til den enkelte transport skal overstige 25 kr. for pensionister og 60 kr. for andre, for at befordringen eller befordringsgodtgørelsen kan ydes.

FORSLAG 26

Udvalget foreslår, at regelgrundlaget for patientbefordring ændres, således at i det mindste beløbsgrænser og km-grænser forhøjes.

2.C.2.8. Sygehusuddannelse af personale.

Sygehusene beskæftiger mange forskellige personalekategorier.

Uddannelserne er forskellige med hensyn til varighed, opbygning, praktikregler, elevaflønnning m.v. Den mindste faggruppe, audiologiassistenterne, uddanner 15-20 elever pr. år, mens optagelsesskapaciteten for de større grupper (sygehjælpere og sygeplejersker) er mellem 2.000 og 3.000 elever for hver gruppe årligt.

Eleverne er i praktik på forskellige sygehusafdelinger i betydeligt omfang - i gennemsnit er der ca. 11 elever pr. 100 ansatte med pleje- eller beslægtede funktioner.

Dimensioneringen af plejeuddannelserne har historisk set været en lokal eller regional opgave. Amtsrådet dimensionerer uddannelseskapaciteten for de enkelte plejeuddannelser afhængigt af behovet - ikke blot på sygehusene, men også i den primærkommunale sektor. Det er amternes pligt også at uddanne plejepersonale til primærkommunerne. Herudover anvendes en række af disse uddannelser i stigende omfang i den private sektor, f.eks. indenfor den primære sundhedstjeneste, i bedriftssundhedstjenesten og indenfor visse industrisektorer. Det er særlig lægesekretærer, hospitalslaboranter, fysioterapeuter samt sygeplejersker, der her er aktuelle.

I 1982 blev der, bl.a. som led i bekæmpelsen af ungdomsarbejdsløsheden, indgået en aftale mellem regeringen, Kommunernes Landsforening og Amtsrådsforeningen om at udvide uddannelseskapaciteten for plejeuddannelser med i alt 1.000 pladser.

Der er et behov for en mere smidig uddannelsesplanlægning, først og fremmest vedrørende de egentlige plejeuddannelser (sygeplejerskeuddannelsen, sygehjælperuddannelsen, plejeuddannelsen, plejhjemsassistentuddannelsen og til dels radiografuddannelsen). Disse faggrupper har alle en meget lang praktikuddannelse på et sygehus. Sygeplejeeleverne skal således gennem sin uddannelse i og udenfor sygehusvæsenet i praktik 9 forskellige steder (for langt størsteparten af eleverne typisk på 7 forskellige somatiske sygehusafdelinger, 1 praktikophold i psykiatri samt 1 praktikophold i den primære sundhedstjeneste, typisk plejhjem eller hjemmesygepleje). Kapaciteten skal derfor i alle disse afdelinger tilpasses når der

træffes beslutning om at opretholde eller udvide antallet af uddannelsespladser.

Omstillingen i sundhedsvæsenet har medført en reduktion i sengepladsantallet og dermed patientunderlaget. Det betyder, at der bliver vanskeligere at etablere kvalificerede og tilstrækkelige uddannelsesmuligheder. Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse især peget på de afsnit, der beskæftiger sig med sundheds- og sygepleje til børn og unge og sundheds- og sygepleje i forbindelse med svangerskab, fødsler og nyfødthedsperioden, indenfor psykiatri og til dels også medicinsk sundheds- og sygepleje med den nuværende optagelseskapacitet på uddannelserne. Dette viser sig f.eks. allerede ved, at der opstår problemer hvis en elevs uddannelsesforløb forsinkes.

Uddannelsen af de mange elever er en stor økonomisk belastning for sygehusene. Samtidig hermed er det meget vanskeligt at tilrettelægge uddannelserne og fremskaffe kvalificerede praktikpladser til eleverne.

Udvalget er af den opfattelse, at uddannelserne og uddannelsesforløbet bør ændres, således at uddannelserne opbygges i moduler og således at sygehusafdelingerne belastes i mindre omfang end nu. Det bør tilstræbes at opbygge et plejeuddannelsessystem, der udgør et sammenhængende hele eventuelt f.eks. i forbindelse med indførelsen af en efg-uddannelse. De parallelle plejeuddannelser bør erstattes af en samlet uddannelse med en række afgangstrin og med mulighed for igen senere at fortsætte i uddannelsessystemet for at nå til en højere uddannelse.

FORSLAG 27

Udvalget foreslår derfor, at der nedsættes et udvalg til at vurdere uddannelsernes indhold nærmere med henblik på at reducere praktikkens omfang og længde særligt på sygehusene. I forbindelse hermed undersøges, om de nuværende finansieringsordninger er hensigtsmæssige.

3. SYGESIKRINGSOMRÅDET.

3.A. Regelsattet på sygesikringsområdet.

Beskrivelsen af den gældende lovgivning på sygesikringsområdet kan opdeles på følgende måde:

redegørelse for de af sygesikringsloven omfattede ydelser overenskomstsystemet

- reglerne vedrørende medicintilskud m.v.

I den efterfølgende redegørelse for ovennævnte tages udgangspunkt i nedenstående skema, der viser kompetence fordelingen mellem staten, amtskommunerne og kommunerne.

Strukturen på sygesikringsområdet.

	Myndigheder	Styring, økonomisk	Sundhedsfaglig styring
Statsligt niveau	Indenrigsministeriet	Lovgivning. Fastsættelse af overordnede regler an borgernes rettigheder. Godkendelse af overenskomster.	
	Sundhedsstyrelsen		Sundhedsfaglig, rådgivning, tilsyn m.v.
Amtskommunalt niveau	Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU)	Forhandler overenskomster på vegne af det offentlige.	
	Amtskommunerne	Finansiering af hovedparten af sygesikringsydelserne. Samordning mellem praktiserende læge, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed. Tilrettelæggelse af praksis (praksisplanlægning) m.v.	
Kommunalt niveau	Kommunerne	Varetager visse praktiske sygesikringsopgaver (valg af læger m.v.).	
Privat niveau	O/erlæger Praktiserende læger		Lokal faglig indsats
	Apoteker		Indikationsniveau/henvisning

3.A.1. Sygesikringslovens ydelser m.v.

Efter lov om offentlig sygesikring (lovbekendtgørelsen nr. 490 af 21. juli 1986) har enhver med bopæl her i landet ret til lovens ydelser, det vil sige lægehjælp, tandlægehjælp, fysioterapi, kiropraktisk behandling, fodterapi, rejsesygesikring, medicin, begravelseshjælp m.v.

Herudover er der fastsat nærmere regler for adgangen til lovens ydelser for søfarende, personer med bopæl på Færøerne og Grønland, ligesom der i henhold til lovens § 20 er indgået en række aftaler om udlændinges ret til lovens ydelser (nordisk konvention, EF-regler).

Det remgår af lovens § 6, at lægehjælp efter sygesikringsloven hos alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger er vederlagsfri for gruppe 1-sikrede, jf. dog nedenfor.

Ifølge §§ 8 og 9 ydes der tilskud til tandlægehjælp, fysioterapi m.v. efter nærmere af sundhedsministeren fastsatte regler (bekendtgørelser). Tilsvarende gælder, at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om størrelsen m.v. af den befordringsgodtgørelse, der kan ydes efter § 17 og § 18 i sygesikringsloven.

Reglerne for medicintilskud er beskrevet i afsnit 3.A.3.

I henhold til lovens § 12, stk. 1, faststattes de nærmere vilkår for ydelser efter §§ 6, 8 og 9 ved overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de faglige organisationer (Praktiserende Lægers Organisation, Dansk Tandlægeforening m.f 1.) . Overenskomsterne er kun gyldige efter sundhedsministerens godkendelse i henhold til lovens § 26, stk. 2.

Foreligger der ingen godkendt overenskomst for de enkelte områder, fastsætter sundhedsministeren regler om tilskud m.v. I en sådan situation bortfalder retten til vederlagsfri lægehjælp for personer, der er tilmeldt den offentlige sygesikring som gruppe 1-sikrede.

Til personer, der er tilmeldt den offentlige sygesikring som gruppe 2-sikrede, yder sygesikringen et tilskud svarende til det beløb, der for den enkelte ydelse gives til gruppe 1-sikrede.

Gruppe 2-sikrede har ret til at benytte speciallæge uden forudgående henvisning fra alment praktiserende læge, og de

skal heller ikke vælge en bestemt almen praktiserende læge.

I henhold til § 15 i Sygesikringsloven er der etableret en særlig rejsesygesikring, hvorefter den offentlige sygesikring refunderer alle de udgifter, som Europæiske har udlagt til skader, samt et administrationsbidrag på 25 pct. af skadesudgiften, dog maksimalt 1.000 kr. pr. skadestilfælde.

De samlede udgifter til rejsesygesikringsordningen inkl. et administrationsbidrag til Europæiske og SOS-gebyr på i alt 8,8 mio. kr. udgjorde i 1986 55 mio. kr. Denne udgift dækkede i alt 37.000 skadestilfælde.

Der er fastsat særlige regler vedrørende midlertidigt ophold i et andet EF-land. Sikrede, der er omfattet af rejsesygesikringsordningen (dvs. ferie- og studierejsende for egen regning), er frit stillet med hensyn til, om de ønsker at benytte EF-systemet eller rejsesygesikringen.

Langt de fleste benytter rejsesygesikringsordningen, idet denne ordning giver en bedre dækning, og er kendt af de sikrede. Under forudsætning af, at Danmark har en rejsesygesikringsordning, har man kunnet indgå aftaler om gensidigt refusionsafkald med en række EF-lande, idet Danmark har kunnet henvise til, at Danmark ikke belaster andre lande med de mange danske ferierejsende.

Udgifterne til den offentlige sygesikring, bortset fra udgifterne til begravelseshjælp, befordringsgodtgørelse og enkelte andre mindre udgiftsposter, afholdes af amtskommunerne, København og Frederiksberg Kommuner.

3.A.2. Overenskomstsyste­met på sygesikringsområdet.

Overenskomsterne på de enkelte ydelsesområder er med tiden blevet stadigt mere omfattende.

De eksisterende sygesikringsoverenskomster omfatter typisk følgende:

- aftaler om samarbejdsregler (samarbejdsudvalg, voldgiftsregler)

- planlægningsbestemmelser i form af aftaler om praksistilrettelæggelse, praksisregulering m.v.

- aftaler om ydernes rettigheder med hensyn til at rekvirere medicin m.v. på sygesikringens regning

- aftaler om honorarstørrelser og -regulering

- kontrolbestemmelser

beskrivelse af patienternes rettigheder (lægevalg, klage-regler)

fastlæggelse af, hvilke ydelser den offentlige sygesikring giver tilskud til.

Overenskomsterne indgås mellem de pågældende faglige organisationer - PLO, FAS, DIF m.fl. - og Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) er etableret i henhold til sygesikringslovens § 26. SFU varetager på amtskommunernes vegne en lang række fælles funktioner i forbindelse med sygesikringens administration, eksempelvis forhandlinger med de statslige myndigheder og tilvejebringelse af landsdækkende sygesikringsstatistikker.

SFU's sammensætning er fastlagt i sygesikringslovens § 26, stk. 1, hvori det fastsættes, at

"Der nedsættes et centralt forhandlingsudvalg på 7 medlemmer for en 4-årig periode. 6 af medlemmeme vælges af Amtsrådsforeningen i Danmark, og 1 medlem udpeges af Københavns magistrat og Frederiksberg kommunalbestyrelse i forening. Finansministeriet og Sundhedsministeriet hver 1 repræsentant, og Kommunernes Landsforening udpeger 2 repræsentanter, der deltager i udvalgets møder. Sundhedsministeren kan om fornødent fastsætte nærmere regler om fremgangsmåden ved valg af medlemmer."

SFU's væsentligste opgave fremgår af sygesikringslovens § 26, stk. 2, hvori det fastsættes, at udvalget på den offentlige sygesikrings vegne afslutter overenskomster med organisationerne på sygesikringsområdet om vilkårene for lægeydelser, tandlægeydelser m.v. Overenskomsterne har dog kun gyldighed, når de er godkendt af sundhedsministeren.

I lovens § 26, stk. 3, er det endvidere fastsat, at sundhedsministeren, forinden der fastsættes regler i henhold til bemyndigelserne i lovens § 1, stk. 3-6, § 5, stk. 2, § 8, stk. 1, § 9, stk. 1 og § 15, skal indhente en udtalelse fra SFU. Tilsvarende gælder forinden der afsluttes overenskomst med andre stater i henhold til lovens § 20.

Overenskomstsysteet er dels en udfyldning og en udbygning af den administrative struktur på sygesikringsområdet,

som er fastlagt i loven, dels et væsentligt instrument til styring/regulering af sektorens økonomi.

Endvidere er overenskomsterne i nogen grad styrende for det sundhedsfaglige indhold af de ydelser, som loven giver adgang til.

De eksisterende overenskomster fastlægger ikke eksplicit konkrete sundhedspolitiske mål for indsatsen inden for de enkelte overenskomstområder.

Overenskomsterne er udformet sådan, at der både betales for behandlede og i begrænset omfang forebyggende ydelser. Visse profylaktiske ydelser har hjemmel i særlig lovgivning. Mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation er der indgået en aftale om honorering af profylaktisk arbejde i form af vaccinationer af børn for en række sygdomme, profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og af børn fra 0 til og med 5 år. Derudover sker der i begrænset omfang honorering af forebyggende aktiviteter inden for landsoverenskomstens rammer (ydelse honoreres med konsultationshonoraret). Der er aftalt et særligt tillægssydelseshonorar i forbindelse med vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder. Der er i landsoverenskomsten om almen lægegerning aftalt særlig honorering af de alment praktiserende læger i forbindelse med deres samarbejde med kommunernes social- og sundhedsforvaltninger omkring konkrete patienter.

Honoreringen af praktiserende speciallæger og tandlæger er baseret på aftale om honorering for enkeltydelser.

Honoreringen af alment praktiserende læger er baseret på, at en samlet indtjening fordeles med halvdelen på et fast honorar - basishonoraret - pr. tilmeldt gruppe 1-sikret og halvdelen på honorarer for enkeltydelser. Der er fastlagt mekanismer (overenskomstens § 77), der fastholder en balance mellem ydelses- og basishonorarer.

Lægernes muligheder for indtægtsforøgelser er således snævert knyttet til, om de kan/vil udvide antallet af præsterede ydelser (behandlinger), hvilket kan ske ved en forøgelse af antal ydelser pr. patient og/eller gennem en forøgelse af antal tilmeldte patienter i den enkelte praksis.

På grundlag af afregningerne mellem amtskommunerne og lægerne, tandlægerne m.fl. udskrives forskelligt statistisk ma-

teriale vedrørende udgifts- og aktivitetsudviklingen. Dette materiale kan af amtskommunerne anvendes til information og påvirkning af lægerne m.fl., f.eks. ved udsendelse af statistisk materiale, der sammenligner den enkelte læges ydelsesmønster med område- og/eller amts gennemsnit.

I hver amtskommune skal der nedsættes et samarbejdsudvalg. Halvdelen af medlemmene udpeges af det udvalg, amtsrådet nedsætter i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 2. Den anden halvdel udpeges af et lokalt udvalg under PLO (praksisudvalg).

Samarbejdsudvalget varetager en lang række opgaver vedrørende administrationen af almen lægebetjening i amtskommunen. Det drejer sig bl.a. om inddeling af amtskommunen i praksisområder med henblik på praksisregulering, spørgsmål om nedsættelse i lukkede praksisområder og tilrettelæggelse af vagtordninger. Samarbejdsudvalget vurderer også sygesikringens udgifter til lægehjælp vedrørende de enkelte læger. Udvalget kan træffe foranstaltninger til nedbringelse af den enkelte læges regningskrav til sygesikringen, hvis det afviger væsentligt fra de gennemsnitlige udgifter i det pågældende område. Der kan som led i sådanne bestræbelser fastsættes højstegrænser for det samlede honorarkrav fra den enkelte læge.

Der er dog i dag ikke overenskomstmæssig mulighed for at fastlægge en højstegrænse for en praktiserende lægers medicinordinationer. Det er en forudsætning for, at amtskommunerne på en rimelig let måde kan få en eksakt viden om den enkelte læges medicinordinationer, at samtlige de apoteker, der betjener lægens patientkreds, afregninger via edb.

Der er endvidere nedsat landssamarbejdsudvalg (LSU), jf. sygesikringslovens § 27, stk. 1. Udvalget har 6 medlemmer; 3 udpeges af SFU og 3 af PLO.

LSU "skal til fremme af samarbejdet mellem parterne og til brug for udvikling eller ændring af de overenskomstomfattede opgaver på eget initiativ foretage fornødne undersøgelser og kan udarbejde vejledning til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser."

LSU godkender de lokale praksisområdeinddelinger og praksisplaner. Udvalget kan give retningslinier på begge områder.

LSU har pligt til at føre en effektiv kontrol med udgifterne til lægehjælp efter overenskomsten. Både amtskommunene og lægerne har pligt til at give udvalget de statistiske oplysninger, som er nødvendige for udvalgets arbejde.

LSU har efter overenskomsten betydelige sanktionsmuligheder, dels over for den enkelte amtskommune, dels over for den enkelte læge. LSU kan bl.a. idømme bod, og det kan udelukke en læge fra at praktisere for den offentlige sygesikring.

LSU har således en meget central placering, når det gælder administrationen af sygesikringsområdet.

Der er nedsat et voldgiftsråd sammensat af LSU og en af parterne udpeget uafhængig formand.

Voldgiftsrådet behandler sager om fortolkning og anvendelse af overenskomsten samt klagesager, hvorom der ikke kan opnås enighed i LSU. Rådets kendelser er bindende for parterne.

3.A.3. Sygesikringslovens regler om medicintilskud.

Efter sygesikringslovens § 7 fastsætter Sundhedsministeriet efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, hvilke lægemidler der er berettigede til tilskud fra den offentlige sygesikring. Sygesikringstilskuddet ydes uafhængigt af den enkelte patients økonomiske forhold. Ved udarbejdelsen af indstillingen til Sundhedsministeriet indhenter Sundhedsstyrelsen udtalelse fra medicintilskudsnævnet, der er nedsat i henhold til sygesikringsloven. Medicintilskudsnævnet er et særligt sagkyndigt rådgivende organ og består af 3 speciallæger, 2 praktiserende læger og en repræsentant fra Indenrigsministeriet.

Til tilskudsberettigede lægemidler yder amtskommunen (sygesikringen) tilskud med enten 50 pct. (afsnit II - medicin) eller 75 pct. (afsnit I - medicin) af udgiften.

Der er ikke i sygesikringsloven fastsat nærmere regler for, hvilke kriterier der skal lægges til grund for afgørelsen af, om et lægemiddel skal gøres tilskudsberettiget, og om tilskuddet skal udgøre 50 pct. eller 75 pct. Ved indførelsen af det nuværende tilskudssystem i 1973 blev det imidlertid i forarbejderne anført, at 75 pct. tilskud bør gives til særlig værdifuld medicin, som ordineres til behandling af alvorlige, akutte eller kroniske lidelser, og at 50 pct. tilskud bør gi-

ves til lægemidler, hvis terapeutiske betydning er mindre afgørende, eller hvis behandlingsmæssige værdi er usikker, eller hvor det findes forsvarligt at søge tendensen til et overforbrug imødegået gennem nedsættelse af tilskuddet.

Blandt andet i lyset af den terapeutiske udvikling i tiden efter indførelsen af det nuværende tilskudssystem i 1973 blev det tilskudsberettigede sortiment gennemgået i 1980-1981.

I forbindelse med revisionen af tilskudslisterne i 1981 blev praksis for optagelse af et lægemiddel i de to tilskudsgrupper samtidigt ændret.

Herefter placeres lægemidler med sikker og værdifuld terapeutisk effekt i afsnit II (50 pct.-tilskud), medmindre der foreligger risiko for et uønsket overforbrug. Lægemidler får tilskud efter afsnit I (75 pct.), hvis de udover at opfylde ovennævnte krav anvendes til behandling af veldefinerede, ofte livstruende sygdomme, og hvis lægemidlerne ikke umiddelbart kan anvendes på mindre hensigtsmæssige indikationer.

Det tilskudsberettigede sortiment har været gennemgået et par gange i perioden efter 1981, hvilket har resulteret i mindre ændringer i tilskudslisterne.

Sundhedsministeriet kan fastsætte, at der skal ydes tilskud til lægemidler, der kan købes på apotek uden recept. Det er for disse lægemidlers vedkommende en betingelse for ydelse af tilskud (med henholdsvis 50 pct. eller 75 pct.), at lægemidlet udleveres efter recept, og at lægemidlet ved lægens ordination angives som bestemt til folke-, invalide- eller førtidspensionister eller til personer, der lider af en varig lidelse, der kræver fortsat behandling med det pågældende lægemiddel. Bestemmelsen blev indsat i loven i 1984, hvorved ydelse af tilskud til håndkøbslægemidler blev begrænset til pensionister og kronisk syge.

3.A.4. Fastsættelse af medicinpriser.

I henhold til apotekerlovens § 45 fastsættes størrelsen af det samlede beløb, der udgør apotekernes bruttoavance ved salg af lægemidler og andre varer m.v. samt regulering af disse ved aftale mellem sundhedsministeren og apotekernes organisation. Aftale indgås for 2 år, og i aftalen fastlægges de

forudsætninger, under hvilke aftalen kan tages op til forhandling i aftaleperioden.

Der er i aftalen for årene 1987 og 1988 regnet med et overskud til apotekerne under ét på 111 mio. kr., svarende til i gennemsnit 356.000 kr. pr. apotek. Overskuddet skal løbende overvåges og eventuelt justeres med henblik på at nå det aftalte overskud. For at fastholde apotekernes interesse i en fortsat effektivisering af apoteksdriften har apotekerne dog mulighed for at øge overskuddet med op til 25 pct., men kun i det omfang det skyldes forbedret produktivitet. Hvis apotekerne ikke når det aftalte overskud, skal avancen sættes op, hvis den manglende indtjening ikke kan tilskrives apotekernes indsats.

3.A.5. Sygeforsikringen Danmark.

Ved siden af den offentlige sygesikring er der en privat forsikringsordning, Sygeforsikringen Danmark, som tilbyder 3 forskellige forsikringer. De 2 er rettet til personer, der er tilmeldt den offentlige sygesikring som gruppe 1-sikrede. Disse to ordninger er primært rettet mod tilskud til tandpleje, medicin og briller m.v., men ikke lægehjælp.

Den tredje ordning, der er rettet mod gruppe 2-sikrede, omfatter desuden lægehjælp, hvor de gruppe 2-sikrede har en egenbetaling. I dag er 800.000 gruppe 1-sikrede og 125.000 gruppe 2-sikrede medlemmer af Danmark.

3.A.6. Statslige styringsmuligheder, sammenfatning.

De statslige styringsmuligheder består for så vidt angår lægeydelser m. f 1. (sygesikringslovens §§ 6, 7, 8 og 9) i følgende:

Ændring af lovgivningen, herunder ændringer i regler for tilskud til andre ydelser end lægeydelser, der i henhold til lovens § 6 er vederlagsfri for gruppe 1-sikrede.

De statslige udmeldinger af forslag og krav til Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) til brug for overenskomstforhandlingerne med de lægelige organisationer m.fl. Disse statslige udmeldinger må ses i sammenhæng med

bestemmelsen i sygesikringslovens § 26, stk. 2, hvorefter sundhedsministerens godkendelse af sygesikringsoverenskomsterne er en forudsætning for disses gyldighed.

På lægemiddelområdet udøves den statslige indflydelse gennem forhandlingerne med Danmarks Apotekerforening og gennem fastsættelse af regler for medicintilskud samt gennem fastlæggelse af sortiment og tilskudsberettigede lægemidler.

3.A.7. Amtskommunernes styringsmuligheder, sammenfatning.

Sygesikringsloven fastsætter, at der skal indgås landsdækkende sygesikringsoverenskomster. Herigennem udøves en central styring af udviklingen på sygesikringsområdet. Der er ganske vist muligheder for at indgå lokale overenskomster mellem det enkelte amtsråd og yderne, men denne mulighed er kun blevet brugt i ringe omfang. Hertil kommer, at de decentrale aftaler skal godkendes af overenskomstparterne.

Selvom den enkelte amtskommune er bundet af lovgivning og overenskomster indgået af SFU, er den imidlertid ikke afskåret fra at påvirke udgifterne. Som allerede nævnt kan der gennem anvendelse af de statistiske oplysninger, som findes i sygesikringens EDB-registre, øves en påvirkning af lægernes m.fl.'s adfærdsmønster. Den primære lægetjeneste er imidlertid ikke pålagt at indberette data, der oplyser om de kontaktårsager eller diagnoser, som patienterne henvender sig med. Øget information om kontaktårsager og sygdomsmønstre vil øge mulighederne for praksisplanlægningen for den enkelte amtskommune.¹⁾

Oplysning/information til befolkningen er en anden mulighed. Der blev i 1985/86 gennemført en stor kampagne vedrørende rigtig brug af almen lægerne.

Praksisplanlægning er en tredje mulighed for påvirkning af udgifterne på lægeområdet, særligt speciallægeområdet, hvor amtsrådet har kompetencen til at give tilladelser til speciallæger til at praktisere for sygesikringen efter overenskomsten

1) Indenrigsministeriet har i en rapport om statistik i sundhedssektoren fra januar 1987, bl.a. behandlet denne problemstilling.

og kan basere denne kompetence bl.a. gennem en praksisplan. Der er herigennem også mulighed for at samordne de sundhedsmæssige tilbud, som gives i sygeshusvæsenet og i praksissektoren. Mulighederne/reglerne for udarbejdelse af praksisplaner har dog hidtil kun været anvendt i begrænset omfang.

Det fremgår endvidere, at styringen på hele dette område er stærkt præget af paritetiske nævn, der dels har hjemmel i lovgivningen, dels i overenskomsterne. Amtskommunen kan rejse sager, når den mener, at en praktiserende læge udskriver for mange regninger eller for mange recepter eller henviser for hyppigt til speciallæge eller sygehus, mens et direkte indgreb overfor læger kræver den lægelige organisations medvirken i det paritetiske nævn.

3.B. udgiftsudviklingen.

3.B.1. udviklingen i sygesikringsudgifterne 1980-87.

Nettodriftsudgifterne til sygesikring har i perioden 1980-87 udviklet sig som vist i tabel 1.

Tabel 1. Nettodriftsudgifter til sygesikring fordelt på amtskommuner 1980-1987.
Årets priser. (Regnskab).

Mio. kr.	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987*)
Københavns Komm.	470	504	560	590	611	638	665	697
Frederiksberg K.	83	90	100	105	112	121	134	137
Københavns Amt	533	571	635	670	670	734	791	864
Frederiksborg A.	277	301	336	348	360	387	421	462
Roskilde Amt	161	175	198	212	217	242	271	316
Vestsjællands A.	209	225	250	263	268	289	319	338
Storstrøms Amt	204	218	244	255	258	280	308	323
Bornholms Amt	36	38	43	43	46	49	54	53
Fyns Amt	360	387	429	452	465	514	552	597
Sønderjyllands A.	189	202	224	235	240	257	285	304
Ribe Amt	158	168	186	197	203	214	243	262
Vejle Amt	250	266	294	308	314	335	371	389
Ringkøbing Amt	193	207	231	242	247	265	298	304
Århus Amt	456	482	534	557	577	607	en	756
Viborg Amt	178	191	210	222	228	241	268	297
Nordjyllands Amt	353	377	419	440	443	481	533	559
Hele landet i alt	4.112	4.404	4.892	5.138	5.258	5.655	6.190	6.658

*) Skøn baseret på indberetning til Indenrigsministeriet. Korrigeret for mcms.

Kilder: Regnskabs- og budgetoplysninger tilsendt Indenrigsministeriet, SFU statistik og andet materiale fra SFU, Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg Kommuner.

Når der tages højde for den stedfundne prisudvikling, har udgiftsudviklingen været som vist i tabel 2. Men ved denne deflatering af sygesikringens udgifter står man overfor vanskelige problemer.

Der skal deflateres honorarer for ydelser, som måske ikke fandtes eller var definerede anderledes i udgangsåret. Der skal deflateres priser for medicin, som måske er erstattet af nye mærker.

Hertil kommer, at de amtskommunale udgifter ikke blot afspejler forbruget af ydelserne, men også ændringer i de tilskudssatser, som efter lovgivning kommer til anvendelse.

Disse problemer er løst bedst muligt, men principielt utilfredsstillende, ved at deflatere de samlede sygesikringsudgifter med et indeks beregnet som et vægtet gennemsnit af honorarudviklingen på almen- og speciallægeydelser og forbrugerprisindekset, ekskl. bolig.

Tabel 2. Nettodriftsudgifter til sygesikring fordelt på amtskommuner 1980-1987. 1986-priser. Index (1980=100).

1.000 kr.	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987*)
Københavns Komm.	100	98	99	99	99	101	102	102
Frederiksberg K.	100	99	101	100	103	109	117	114
Københavns Amt	100	98	99	99	96	102	107	111
Frederiksborg A.	100	99	101	99	99	104	109	115
Roskilde Amt	100	99	102	103	102	111	120	134
Vestsjællands A.	100	98	99	99	97	103	110	111
Storstrøms Amt	100	98	100	98	96	102	109	109
Bornholms Amt	100	96	97	94	95	99	106	100
Fyns Amt	100	98	99	99	98	106	111	114
Sønderjyllands A.	100	98	99	98	97	101	109	111
Ribe Amt	100	97	98	98	98	101	111	114
Vejle Amt	100	97	97	96	95	99	106	107
Ringkøbing Amt	100	98	99	98	97	102	111	108
Århus Amt	100	96	98	96	96	99	107	114
Viborg Amt	100	98	98	98	97	101	108	114
Nordjyllands Amt	100	97	99	98	95	101	109	109
Amter i alt	100	97	99	98	97	102	109	112
København og Frederiksberg	100	98	99	99	99	102	104	104
Hele landet	100	97	99	98	97	102	108	110

*) Skøn indberettet til Indenrigsministeriet, korrigeret for mans.

Som det ses af tabellen, har udgifterne i faste priser med de forbehold, der ligger i deflateringsteknikken, i perioden 1980-84 stort set været konstante. Det må dog samtidig konstateres, at der er en betydelig variation i udgiftsudviklingen for de enkelte amtskommuner. For perioden 1980-1986 set under ét fremgår, at Københavns Kommune, Bornholms, Århus og Vejle Amtskommuner har haft en udgiftsudvikling under det gennemsnitlige.

Den beskrevne udvikling i sygesikringsudgifterne under ét dækker også over betydelige forskelle i udviklingen på de enkelte udgiftsområder, jf. tabel 3.

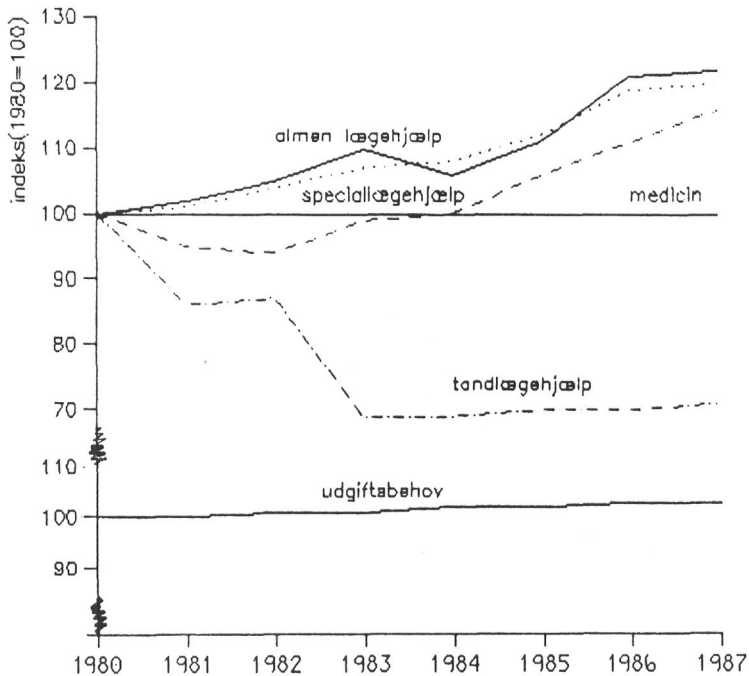
Tabel 3. Fordelingen af amternes udgifter til sygesikring. Faste priser og lønninger, 1986-niveau.

Mio. kr./pct.	Niveau 1986 mio.kr.	Forde- ling pct.	Årlig realvækst								Vækst 1980-87 Årlig gn. pct.
			80/81	81/82	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87		
			pct.								
Almen lægehjælp	2.489	40	2,1	3,2	4,2	-3,8	5,6	8,4	1,2	2,9	
Speciallægehjælp	871	14	1,2	2,3	3,2	0,6	4,1	6,5	0,7	2,6	
Medicintilskud	1.770	29	-5,1	-0,9	5,1	1,4	6,2	4,2	4,6	2,1	
Tilskud til tandlægehjælp	773	13	-14,0	1,4	-20,4	-0,5	0,7	1,2	0,6	-4,8	
Udgifter i alt*)	6.190*	100	-2,5	1,6	-0,7	-1,1	5,1	6,1	2,6	1,5	

*) Inkluderet et antal mindre øvrige poster.

Af tabel 3 og figur 1 fremgår, at mens den samlede gennemsnitlige realvækst har været 1,5 pct., har udgiftsudviklingen på almen og speciallægeområdet været knapt 3 pct. Ud-

Figur 1. udviklingen i sygesikringsudgifter 1980-87. Index 1980 = 100 (1986-priser).



giften til medicintilskud har været i kraftig vækst siden 1982, mens udgiften til tilskud til tandlæger har været direkte negative for perioden set under ét.

Udgiftsudviklingen på de enkelte områder kommenteres i det følgende.

3.B.2. Udviklingen i udgifterne til almen lægehjælp.

Udviklingen i nettodriftsudgifterne til almen lægehjælp fremgår af tabel 4.

Også her er regnskabstallene deflateret, der er anvendt et indeks for de overenskomstmæssige honorarer, som er beregnet som stigningen i det gennemsnitlige reguleringsindeks for honorarer til almenlægeydelser. Hermed opnås et indeks for antallet af ydelser, idet disse i det væsentlige er defineret ens i hele perioden.)

- 2) Til belysning af betydningen af honorarberegningen og andre forhold, der har påvirket udgiftsudviklingen fra 1980-1986, har sygesikringens forhandlingsudvalg skønnet, at honoraromlægningen i 1981 og i 1985 har medført en vækst i udgifterne på 4,2 pct. Endvidere skønnes ferieforlængelsen at have medført knapt 1 pct. i øgede udgifter. Den i tabellen viste realvækst på 23 pct. for amtskommunerne i perioden 1980-86 viser således kun med en vis usikkerhed den reale vækst i antallet af ydelser, idet f.eks. en stigning i basishonoraret fremtræder som en stigning i antallet af ydelser.

Tabel 4. Nettodriftsudgifter til almen lægehjælp fordelt på amter 1980-1987. 1986-priser. Index (1980=100).

1.000 kr.	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Københavns Komm.	100	102	104	106	106	107	106	105
Frederiksberg K.	100	110	112	113	120	115	119	112
Københavns Amt	100	102	106	111	104	115	120	124
Frederiksborg A.	100	102	107	111	111	120	126	135
Roskilde Amt	100	100	105	114	110	123	136	159
Vestsjællands A.	100	103	106	112	107	113	124	126
Storstrøms Amt	100	103	105	109	102	108	119	125
Bornholms Amt	100	102	106	105	101	103	115	109
Fyns Amt	100	103	106	112	108	120	126	129
Sønderjyllands A.	100	104	107	110	106	112	124	117
Ribe Amt	100	101	104	108	105	106	122	126
Vejle Amt	100	101	105	109	104	104	119	117
Ringkøbing Amt	100	102	105	110	104	109	124	122
Århus Amt	100	102	105	109	105	108	122	119
Viborg Amt	100	101	103	107	104	104	117	114
Nordjyllands Amt	100	102	106	110	103	109	121	121
Amter i alt	100	102	105	110	105	112	123	125
København og Frederiksberg	100	103	105	107	108	108	108	106
Hele landet	100	102	105	110	106	111	121	122

*) Skøn baseret på indberetninger til Indenrigsministeriet. Korrigeret for moms.

På almenlægeområdet er udviklingen fra 1983 til 1984 påvirket af lægekonflikten i 1984, der løb fra den 1. oktober 1984 indtil den 6. januar 1985.

Efter sygesikringslovens § 12 yder sygesikringen i tilfælde af konflikt tilskud til delvis dækning af patienternes udgift. Ved konflikten start blev tilskuddet til de enkelte ydelser fastsat til størrelsen af lægernes honorar (inc. værdien af basishonoraret) for de enkelte ydelser efter overenskomsten, dog med fradrag for feriepenge og diverse fondsbi-drag.

Denne fremgangsmåde medførte, at de honorarforhøjelser, som lægerne gennemførte under konflikten, som hovedregel skulle betales af patienterne selv.

Under konflikten konstateredes et fald i forbruget af almen lægehjælp, der for konfliktperioden som helhed blev opgjort til ca. 40 pct. (væsentligt mere i konfliktperiodens begyndelse og mindre i dens sidste fase).

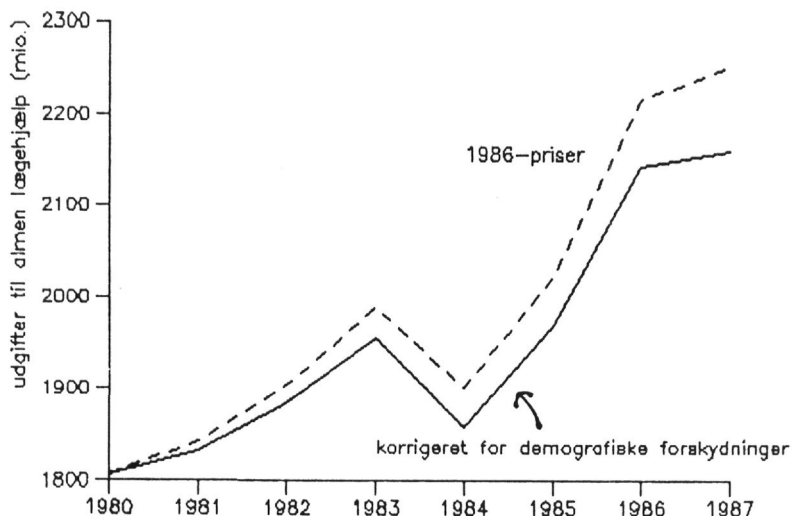
I forbindelse med konflikten blev det endvidere besluttet at henføre visse udgifter fra 1985 til 1984, hvorfor 1985 både er urealistisk lavt vurderet, idet konflikten samtidig berørte 1985 med 2 uger. Korrigeres der for disse forhold, bliver realvæksten 1985/86 omkring 6 pct. Konflikten omfattede dog ikke Københavns og Frederiksberg kommuner.

Udgiftsudviklingen på almenlægeområdet finder sted i et snævert samspil mellem de ydelser, den praktiserende læge kan tilbyde, og de ydelser, befolkningen efterspørger.

Befolkningens efterspørgsel vil bl.a. afhænge af dels udviklingen i befolkningens størrelse, dels ændringerne i aldersfordelingen.

Figuren viser udviklingen i udgifter til sygesikring i faste priser og søger altså at vise udviklingen i antallet af henvendelser om almen lægehjælp. Tallene er dog korrigeret for udviklingen i befolkningens størrelse og aldersstruktur.

Figur 2. Udgifter til almen lægehjælp 1980-1987, korrigeret for befolkningsændringer (1986-priser, 1986-befolkning).



Men den demografiske udvikling er ikke den eneste forklaring på udviklingen i udgifter til almen lægehjælp.

Der er nemlig også sket en stigning i kontaktandelen.

Tabel 5. Antal ydelser på almenlægeområdet 1980-1986.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Antal grundydelse (1.000)	22.561	22.578	22.935	23.935	19.013	23.295	25.490
Antal tillægssydelser (1.000)	1.587	1.656	1.757	1.905	1.786	2.507	2.723
Antal laboratorie- ydelse (1.000)	2.734	2.707	2.629	2.758	2.153	2.902	3.240
Antal grundydelse (index 1980=100)	100	100	102	106	84	103	113
Antal tillægssydelser (index 1980=100)	100	104	111	120	112	158	172
Antal laboratorieydelser (index 1980=100)	100	99	96	101	79	106	119

Kilde: Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Det fremgår af tabel 5, at der har været en ulige udvikling af de forskellige ydelsesarter på almen lægeområdet. Mens udviklingen i grundydelse, der omfatter konsultationer, receptudstedelse og besøg, har haft en mindre vækst, end den generelle realvækst gav udtryk for, har tillægssydelserne haft en vækst på godt 70 pct. Disse ydelser omfatter bl.a. blodprøver, gynækologiske undersøgelser, mindre kirurgiske indgreb og kontrol af svangerskabsforebyggende metoder. Der foreligger ikke undersøgelser, der kan forklare den voldsomme vækst af tillægssydelser.

Det må antages, at der generelt er forøgede forventninger til, at alle lidelse kan behandles, hvilket bevirker, at patienterne oftere henvender sig med anmodning om behandling.

Samtidig er der i højere grad forventninger til, at ældre er i stand til et normalt liv efter pensionering.

Dette betyder, at kravene til sundhedssektoren om behandling øges.

Generelt er der en tendens til, at især unge oftere søger læge end tidligere. Dette betyder, at selv med fastholdte forventninger m.v. vil antallet af lægebesøg med tiden stige som følge af denne generationseffekt.³⁾

Samtidig kan det konstateres, at ældre ikke så hyppigt kontakter lægen som tidligere. Dette kan bl.a. forklares ved, at ældre i dag er yngre helbredsmæssigt, således at det antal lægebesøg, man tidligere havde som 65-årige, nu først kommer som 70-årige. Men til gengæld bliver der flere personer i den sidstnævnte aldersgruppe.

Det samlede resultat vil blive, at antallet af lægebesøg pr. person under ét antageligt vil være stigende.

3.B.3. Udgiftsudviklingen til speciallægehjælp.

Tabel 6 viser udviklingen i udgifterne til speciallægehjælp, deflateret med udviklingen i det gennemsnitlige årlige reguleringsindeks for speciallægehonorarer.

- 3) Den ændrede alderssammensætning medfører samtidig, at en stigende andel af befolkningen er 16 år og derover, hvilket medfører øgede udgifter til basishonorarer.

Tabel 6. Nettodriftsudgifter til speciallægehjælp fordelt p5 amter 1980-1987.
1986-priser. Index (1980=100).

1.000 kr.	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987*)
Københavns Kom.m.	100	99	102	103	104	105	109	106
Frederiksberg K.	100	95	99	100	97	104	120	103
Københavns Amt	100	102	100	105	103	108	116	120
Frederiksborg A.	100	106	110	113	111	112	121	132
Roskilde Amt	100	115	115	123	126	134	147	146
Vestsjællands A.	100	101	108	113	116	123	132	128
Storstrøms Amt	100	104	117	125	125	136	146	155
Bornholms Amt	100	85	86	85	101	114	129	136
Fyns Amt	100	101	104	105	107	115	119	126
Sønderjyllands A.	100	98	97	104	104	107	118	114
Ribe Amt	100	96	99	98	105	102	106	108
Vejle Amt	100	98	92	95	96	99	102	105
Ringkøbing Amt	100	103	109	116	124	127	137	129
Århus Amt	100	101	105	107	107	113	115	119
Viborg Amt	100	105	105	109	108	114	121	109
Nord Jyllands Amt	100	100	104	109	111	116	127	122
Amter i alt	100	102	104	108	109	114	121	124
København og Frederiksberg	100	98	101	102	102	105	111	106
Hele landet	100	101	104	107	108	112	119	120

*) Skøn baseret på indberetninger til Indenrigsministeriet. Korrigeret for mans.

Det fremgår, at "forbruget" af speciallægehjælp for landet som helhed er steget med 20 pct. i faste priser i den beskrevne periode. Udgiftsudviklingen har således været væsentligt stærkere end på de øvrige "store" sygesikringsområder.

Det kan ses, at der er store forskelle mellem enkelte amtskommuner. Årsagerne hertil er ikke klare. Det kan skyldes forskelle i befolkningens "sygelighed". Men det kan også skyldes forskelle i den styring af området, som den enkelte amtskommune udøver, dels gennem regulering af antal nedsættelser, dels gennem tilrettelæggelsen af sygehusvæsenet, idet en tættere forsyning af speciallæger antages at føre til højere udgifter (den såkaldte stærekasse-effekt). Det bemærkes dog, at så forskellige områder som Københavns Kommune, Ribe og Vejle Amtskommuner har haft en markant lavere udgiftsudvikling til speciallæger i perioden 1980-1986.

I tabel 7 er givet en oversigt over antallet af speciallæger og antallet af kontakter.

Tabel 7. Antal heltidsbeskæftigede speciallæger og speciallægeydelser 1980-1986.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Antal øjenlæger	121	118	121	129	134	134	
Antal ørelæger	183	183	186	173	164	171	
Antal anden speciallægehjælp	820	895	900	706	715	718	
Antal speciallæger, i alt	1.124	1.197	1.207	1.007	1.013	1.024	
Antal speciallæger, i alt (index)	100	106	107	90	90	91	
Antal henvisninger (index 1980=100)	100	101	104	108	110	114	117
Antal henvisninger (gr. 1 sikrede) (1.000)	1.650	1.662	1.712	1.780	1.810	1.873	1.929

Kilde: Materiale fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Ann : Antal af speciallæger er en vægtet sum af speciallæger på heltid, deltid og sygehuslæger med begrænset praksis, vægtet med henholdsvis 1/1, 1/3 og 1/6 af heltid.

Antal speciallæger er ikke umiddelbart sammenlignelige for perioden 1980-82 og 1983-85, idet en række ikke aktive ydemumre er fjernet fra registreret i 1982.

Af tabellen ses, at antallet af speciallæger kun har været svagt stigende, mens antallet af henvisninger er steget med ca. 3 pct. i gennemsnit om året i perioden 1980-86.

Antallet af henvisninger til speciallæge afhænger antageligt først og fremmest af antallet af besøg hos almenlæger. Som tidligere nævnt er der i praksis fri adgang til øjen- og ørelæger.

Amtsrådets muligheder for at påvirke antallet af henvisninger til speciallægehjælp ligger dels i styringen af kapaciteten og dels ved fastlæggelsen arbejdsdelingen mellem sygehusenes ambulatorier og de praktiserende speciallæger.

Amtsrådet har principielt større styringsmuligheder i sygehussektoren, idet amtsrådet har et direkte ledelsesansvar og foretager en økonomisk prioritering mellem de enkelte behandlingsområder.

Vedtager amtsrådet f.eks. at forskyde en del af behandlingen for grå stær fra øjenafdelingen til de praktiserende øjenlæger, er det tænkeligt, at de forskellige øjenlæger vil anlægge forskellige indikationsniveauer for, hvornår en behandling i givet fald skal sættes ind.

I det omfang dette fører til en sænkning af indikationsniveauet hos praktiserende øjenlæger, vil et fastholdt indikationsniveau på øjenafdelingen forøge ventelisten. På længere sigt vil øjenafdelingen formentlig øge indikationsniveauet og dermed reducere ventetiden.

Øjenafdelingen har f.eks. valgt først at indlede behandling ved synsnedsættelse på begge øjne. De praktiserende øjenlæger kunne eksempelvis vælge også at behandle patienter med synsnedsættelse på det ene øje.

Resultatet ville blive, at man generelt ville opleve en "bedre" (hurtigere og nemmere adgang til) behandling hos de praktiserende øjenlæger med deraf et stigende antal patienter og et forøget pres på at få udvidet behandlingskapaciteten. Og en udvidelse af behandlingskapaciteten vil oftest være nødvendig for at sikre, at alle, der tidligere blev behandlet (dvs. alle med synsnedsættelse på begge øjne), også bliver behandlet i fremtiden.

Antallet af henvisninger til speciallæge afhænger ofte også af "medicinsk praksis", som endvidere påvirkes af speciallægerne selv.

Nedenstående udsnit af en beskrivelse fra en praktiserende læge kan tjene som en god illustration heraf.

"For nogle år siden oprettede man et ambulatorium til undersøgelse af en speciel type kredsløbsforstyrrelse i hjernen. Det var konstateret, at et vist antal patienter blev henvist til hospital med lidelsen (transitoriske

iskæmiske atakker). Ved efteruddannelseskurser for praktiserende læger bekendtgjorde speciallægerne nu, at ambulatoriet var oprettet, og at alle med denne lidelse burde henvises for at forebygge alvorlig sygdomsudvikling. Henvisning burde ske akut.

Et par uger efter et sådant foredrag havde jeg i en vagt en aften en patient med tegn på lidelsen. Jeg søgte ham henvist til afdelingen akut, men han blev omvisiteret til en anden afdeling. Men kunne ikke modtage ham, for man havde de sidste uger fået henvist langt flere patienter end forventet.

Måske skete det, fordi der var langt flere patienter, end man forventede. Men måske også fordi vi praktiserende læger nu havde fået den opfattelse, at alle med symptomer af denne art burde henvises, ja, at det faktisk var forkert lægelig behandling, hvis de ikke blev det. Disse opfattelser var formidlet af de samme speciallæger, som havde startet det nye ambulatorium. Resultatet var altså, at jeg den pågældende aften måtte indlægge den syge patient på en anden afdeling.

Svaret på en sådan problemstilling kunne være - og det er det stereotype standardsvar - kapaciteten til undersøgelsen af sygdomme var for lille. Svaret kunne også være, at ambulatoriet, inden de bekendtgjorde de nye mulige behandlingsformer, skulle have undersøgt det reelle antal mulige patienter, og derefter have fastslået et sæt kriterier for, hvem der ønskedes henvist; et sæt kriterier, der tog hensyn til den givne behandlingskapacitet. Resultatet var i dette tilfælde, at bl.a. jeg og mange andre praktiserende læger med mig måtte lære ikke at sluge den speciallægestyrede efteruddannelsesaktivitet alt for ufordøjet. Undervisningen var ikke tilpasset den dagligdag, den burde passe ind i. Årsagen var igen den samme: Vor viden om sygdomsmønstret i befolkningen er for dårlig, og vor viden om grænsen mellem almen praksis og hospitalssektoren ligeså. Det gælder måske især for speciallæger, som kun har observeret sundhedssektoren fra den ene side af grænsen."

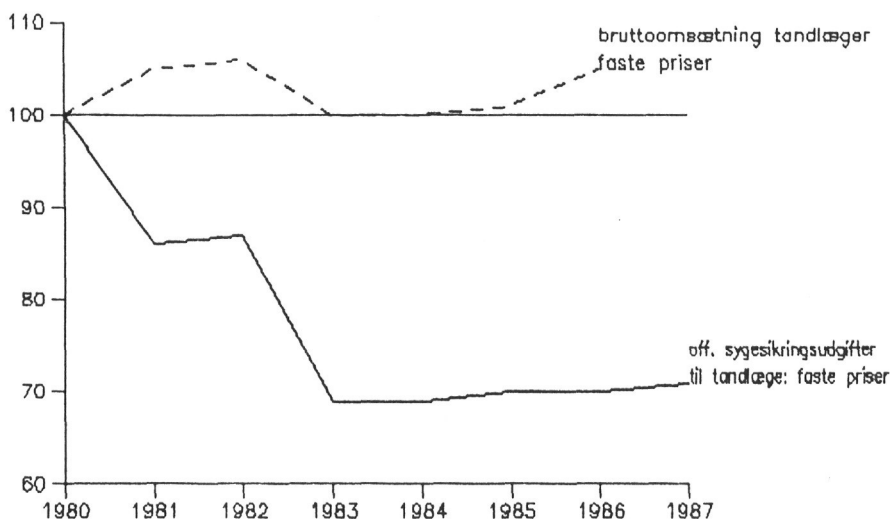
Den medicinske praksis (som beskrevet i eksemplet) kan således påvirkes af holdninger hos speciallæger uddannet på universitetsafdelinger.

Speciallægerne har derfor lettere ved at iværksætte komplicerede behandlinger eller yderligere diagnostiske udredninger, som er mindre rationelle.

3.B.4. Tandpleje.

Udgiftsudviklingen for sygesikringens tilskud til tandlægebehandling har i perioden 1980-1987 været påvirket af kraftige omlægninger i de offentlige tilskud.

Figur 3. Udgifter til tandpleje, 1986-priser og -honorarer, Index 1980 = 100.



Kilde: Regnskabs- og budgetoplysninger indberettet til Indenrigsministeriet, materiale fra SFU og Tal og Data, MEFA.

Når de samlede udgifter inklusive patientbetaling til tandlægehjælp korrigeres for honorarudviklingen, ses en stabil udvikling i antallet af ydelser gennem perioden.

I figur 3 er vist udviklingen i tandlægenes samlede omsætning, korrigeret for honorarudviklingen. Under forudsætning af, at prisudviklingen for tandlægeydelser, der er omfattet af sygesikringen, er den samme som for ydelser, der ikke er, og under forudsætning af, at forholdet mellem disse ydelser er konstant, kan denne fastprisberegning siges at vise udviklingen i ressourceforbruget i tandlægesektoren (antallet af ydelser).

Med disse beregningsmæssige forbehold ses det, at tilskudsnedsettelsen i 1981 og i 1983 medførte et fald i forbruget af tandlægeydelser på godt 4 pct. Efter 1984 ses forbruget dog at stige til niveauet før den kraftige tilskudsnedsettelse. Det kan skyldes, at kunderne har vænnet sig til de højere

priser, eller at tandlægerne har iværksat flere og/eller dyre-
re behandlinger, så deres indtjening er genetableret.

Figuren viser endvidere udviklingen i sygesikringens til-
skud til tandlægebehandling; da der er tale an et tilskud til
husholdningerne, er der deflateret mød et forbrugerprisindeks.

Det forventede fald fra 1986 til 1987 skyldes, at de 16-
17 årige nu er omfattet af den kommunale tandplejeordning,
hvorfor de ikke længere har ret til sygesikringstilskud.

3.B.5. Udviklingen i medicinudgifterne.

Udviklingen i sygesikringsudgifterne til tilskud til me-
dicin deflateret mød et forbrugerprisindeks fremgår af tabel
8.

Tabel 8. Udviklingen i amtskommunernes udgifter til medicintilskud 1980-1987
1986-prisniveau. (Regnskab).

	Niveau 1980 Mio.kr*	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987*)
Københavns Kaum.	183	100	94	93	95	96	101	102	99
Frederiksberg K.	33	100	98	95	100	101	108	113	116
Københavns Amt	185	100	95	95	100	100	106	1 10	115
Frederiksborg A.	90	100	95	94	99	102	108	115	127
Roskilde Amt	53	100	94	96	99	99	108	116	132
Vestsjællands A.	87	100	95	94	96	98	104	109	114
Storstrøms Amt	92	100	93	91	93	94	100	104	113
Bornholms Amt	15	100	93	93	95	99	104	108	104
Fyns Amt	148	100	95	94	100	101	108	112	122
Sønderjyllands A.	74	100	96	96	102	103	109	114	122
Ribe Amt	63	100	95	95	101	103	111	117	122
Vejle Amt	105	100	95	93	98	99	105	110	117
Ringkøbing Amt	74	100	97	98	103	104	112	117	119
Århus Amt	166	100	94	91	99	103	107	114	126
Viborg Amt	77	100	96	96	103	105	112	116	99
Nordjyllands Amt	149	100	95	94	99	100	107	1 11	113
Amter i alt	1.379	100	95	94	99	101	107	112	118
København og Frederiksberg	216	100	95	93	96	97	102	104	102
Hele landet	1.595	100	95	94	99	100	106	111	116

*) Skøn baseret på indberetninger til Indenrigsministeriet. Korrigeret for mans.

Udg if tsuov ikl ingen på medie inom rå de t er påvirket af, at der i den betragtede periode har fundet omlægninger af medicintilskuddet sted, hvilket generelt har betydet, at visse medicingrupper er blevet omklassificeret til enten en lavere tilskudsprocent eller helt har mistet tilskuddet.⁴⁾

Blandt andet i lyset af den terapeutiske udvikling i tiden efter indførelsen af det nuværende tilskudssystem i 1973 blev det tilskudsberettigede sortiment gennemgået i ~~1980—~~ **1981**. Denne gennemgang resulterede i en gennemgribende revision af tilskudslisterne. Revisionen af tilskudslisterne indebar en besparelse for sygesikringen i størrelsesordenen mellem 150 og 200 mio. kr. årligt.

Der har herefter været en vækst i de offentlige tilskud på godt 20 pct. Det vil sige, at selv om det for forbrugeren gennemsnitligt er blevet relativt dyrere at forbruge medicin, har dette ikke været incitament nok til at reducere forbruget. Tværtimod må udgiftsvæksten i slutningen af perioden være udtryk for samlet kraftig vækst i forhold til 1980-forbruget, da tilskudsnedsættelserne i 1981 og 1984 alt andet lige har mindsket det offentliges andel af finansieringen. Ved tolkningen af udg if tsforløbet må der tages hensyn til lægernes ordinationspraksis, der må antages at være påvirket af tilskudsreglernes udformning, der kan give anledning til, at håndkøbsmedicin erstattes af stærkere og dyrere præparater ~~med~~ offentligt tilskud .

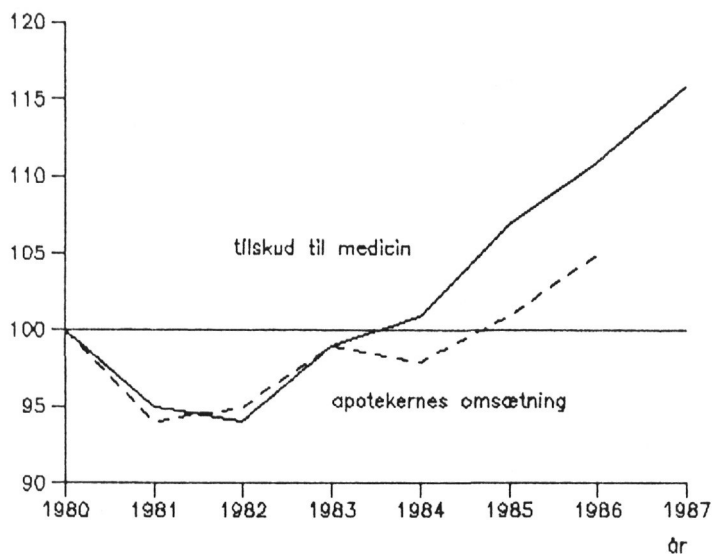
I figur 4 fremgår udviklingen i apotekernes samlede salg af receptpligtig og håndkøbsmedicin, deflateret ~~med~~ prisudviklingen på lægemidler, ~~med~~ henblik på at kurven kan vise udviklingen i antal solgte pakninger. Denne deflatering er imidlertid behæftet ~~med~~ usikkerhed, da produkterne ~~næppe~~ i alle tilfælde er helt de ~~samme~~ i 1987, som de var i 1980.

Det fremgår af figuren, at tilskudsomlægningen i 1981 førte til et fald i medicinsalget, hvorfor faldet i sygesik-

- 4) På baggrund af de forventede besparelser, henholdsvis merudgifter, som tilskudsomlægningerne har givet anledning til, er det beregnet, at udgifterne til medicintilskud ville være øget ~~med~~ 25 pct. i perioden 1980-86 ~~med~~ uændrede tilskudsregler. Sygesikringens forhandlingsudvalg har for ~~samme~~ periode beregnet realvæksten i udgifter til medicintilskud til i alt 19 pct.

ringens udgifter til medieintilskud er et resultat af såvel faldende tilskudsandel som faldende mængde.

Figur 4. Udviklingen i medicinsalg og i medicintilskud 1980-87 (1986-priser).



Kilde: Regnskabs- og budgetoplysninger indberettet til Indenrigsministeriet, materiale fra SFU og Tal og Data, MEF A.

Figuren antyder, at udgiftsudviklingen havde været markant højere, hvis tilskudsreglerne fra 1980 havde været bibeholdt gennem perioden 1980-1987.

3.C» Styringen på sygesikringsområdet.

3.C.1. Indledende bemærkninger, sammenfatning.

Mens udvalget om sygehusområdet kunne konkludere, at rambestyringen havde virket som et effektivt - omend utilstrækkeligt - middel, gælder det om sygesikringen, at systemet, som det er indrettet, ikke lader sig rambestyre på samme måde.

Forholdene, som de er i dag, giver ikke amtskommunerne mange styringsmuligheder. Antallet af henvendelser til lægen er ret upåvirkelig, og styring af de praktiserende lægers henvisninger og ordinationer af medicin er kun mulig i ekstreme tilfælde, og da kun med overholdelse af tidskrævende og komplicerede administrative forskrifter. Vederlæggelsens størrelse bestemmes af overenskomster, der indgås med Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Overenskomsterne indholder et væsentligt "akkord"-element, som gør lægens indtjening afhængig af antallet af konsultationer og af tidspunktet for disse. Det er endvidere fremgået at overenskomsterne på sygesikringsområdet indgås af SFU, og at disse overenskomster giver en ret stram central styring af udviklingen på sygesikringsområdet, idet der som fastsat i sygesikringsloven er tale om landsdækkende overenskomster.

Alt dette har medvirket til realvækstrater af størrelsesordenen 3 pct. om året for lægehjælp og i de seneste år ca. 5 pct. om året for medicintilskud. Selvom sygesikringen kun udgør ca. 15 pct. af de amtskommunale udgifter, udgør disse væksttendenser et af de vanskeligste problemer for den amtskommunale styring.

Udvalgets overvejelser har dels samlet sig om mulighederne for at bedre budgetstyringen på kort sigt, dels har udvalget overvejet forslag, som på længere sigt vil gøre det muligt for amtskommunerne at dæmpe udgiftsudviklingen.

Udvalget har i denne forbindelse drøftet spørgsmålet om virkningerne af indføjeelse af en takstbetaling for almen lægehjælp og speciallægehjælp efter sygesikringsloven. Udvalget er bekendt med, at det eneste større kontrollerede eksperiment har vist en væsentlig reduktion i antallet af henvendelser til

lægen,¹⁾ uden at der har kunnet påvises særlig betydning for sundheden. Udvalget har imidlertid undladt at fremsætte forslag om sådanne ordninger.

Udvalget har i stedet i sine kortsigtede overvejelser foreslået indførelse af systemer, som muliggør en egentlig rammestyring på området.

Udvalget har i sine overvejelser taget udgangspunkt i, at den alment praktiserende læge har en nøglefunktion i sundhedsvæsenet, og at lægen gennem sin behandlings- og ordinationsadfærd har afgørende indflydelse på udviklingen i sygesikringsudgifterne til lægehjælp og i et vist omfang også væsentlig indflydelse på dele af sygehusdrifterne.

Det offentlige tilskud til lægehjælp tænkes begrænset til en politisk fastsat ramme, således at det budgetterede beløb - og ikke mere - kommer til udbetaling, uanset antallet af henvendelser og behandlinger. Hvis regningskravene, der sendes fra lægerne m.fl. til sygesikringen, vokser mere end forudsat, sker der en procentvis nedsættelse af de i overenskomsten anførte takster.

Udvalget erkender, at der ikke i denne mekanisme ligger nogen tilskyndelse for den enkelte læge til at begrænse antallet af regninger (og henvisninger), og ser derfor dette forslag som en løsning af styringsproblemet på kort sigt, indtil mere effektive styringsmidler kan etableres, jf. nedenfor.

Listerne over tilskudsberettiget medicin foreslås revideret årligt i lyset af udviklingen i sygesikringens udgifter til medicintilskud, således at udgifterne kan holdes inden for fastlagte økonomiske rammer.

Udvalgets mere langsigtede overvejelser går i retning af gennem forbedrede statistiske oplysninger om den enkelte læges adfærd at sikre en viden, som kan danne grundlag for nuancerede og afbalancerede vurderinger af, og dermed en bedre baggrund for at amtsrådet i givet fald kan gribe ind overfor lægens behandlingsadfærd på grundlag af en bredere sundhedspolitisk vurdering.

1) Se Manning, W.G. et. al., American Economic Review, p.p. 251-277, June 1987.

En styrket indflydelse på den enkelte læges behandlings og ordinationsadfærd må dog efter udvalgets opfattelse forudsætte, at de amtskommunale råds indflydelse styrkes, og at de paritetiske nævns indflydelse reduceres tilsvarende. Også på dette område er det af væsentlig betydning, at der sikres en øget amtskommunal indflydelse på behandlings- og ordinationsadfærd.

Udvalget forslår endvidere på længere sigt en nærmere undersøgelse af konsekvenserne af væsentlige ændringer i overenskomsterne mellem SFU og speciallægerne og de praktiserende læger. For almen praksis må konsekvenserne af en ændret vægtning mellem basis- og ydelseshonorarerne, undersøges. En sådan honoraromlægning må eventuelt kombineres med enten en tættere regelstyring eller en styring over lægernes medfinansiering af de ydelser, de henviser til.

I sådanne undersøgelser må eventuelt konsekvenser for gruppe 2-sikrede rettigheder inddrages. Endvidere foreslås, at konsekvenserne af at indrette honorarsystemet, så der ydes bedre betaling for arbejde med forebyggelse og samarbejde med de sociale myndigheder, nærmere overvejes.

Endvidere har udvalgets overvejelser drejet sig om at tilskynde til en bedre praksisplanlægning og eventuelt at give amtskommunene nye styringsinstrumenter på dette område, f.eks. en strammere regulering af antallet af ydernumre, herunder en udvidet adgang til at nedlægge ydernumre, eventuelt suppleret med adgang til salg af og forkøbsret til ydernumre.

3.C.2. Overvejelser og forslag vedrørende konkrete styringsmæssige forhold.

3.C.2.1. Den praktiserende læge.

Hvis en praktiserende læge i et år har overskredet det gennemsnitlige antal ydelser pr. sikret inden for amtskommunen/praksisområdet med bestemte procentsatser, foretages efter overenskomsten en undersøgelse af årsagen til de høje udgifter, jf. afsnit 3.A.2. Undersøgelsen kan eventuelt munde ud i en såkaldt "højestegrænse" for den pågældende læges antal ydelser til honorering fra sygesikringen. Fastlæggelse af en højestegrænse for den enkelte læge betyder, at lægen kun får honoreret sine ydelser op til dette loft, idet udskrevne regninger for ydelser herudover ikke honoreres.

Proceduren ved fastsættelsen af høje stegran ser forudsætter en tilbundsgående undersøgelse med obligatorisk høring af lægen gennem det paritetisk sammensatte samarbejdsudvalg, hvor der tages hensyn til alle de forhold, som kan have indflydelse på det høje udgiftsniveau, dvs. klientsammensætning (f.eks. andel af udgiftstunge patienter som ældre), afstand til institutioner og sygehusfaciliteter, geografiske forhold m.m., jf. nærmere i det følgende afsnit.

Ved manglende enighed i samarbejdsudvalget kan en af parterne indbringe sagen for landssamarbejdsudvalget.

Da fastsættelsen af højestegrænser fordrer enighed i det paritetiske samarbejdsudvalg, afhænger afgørelsen således af de lægelige medlemmers villighed til at pålægge en "kollega" en sanktion.

En af forudsætningerne for, at amtskommunerne kan tilrettelægge en sammenhængende sundhedsplanlægning er, at amtsrådene kan få oplysninger om de ydelser, der leveres fra de praktiserende læger, speciallægerne og apotekerne m.v.

Information om de ydelser, der leveres fra apotekerne - herunder især informationen om de enkelte lægers medicinordination - er i dag begrænset. Såfremt samtlige apoteker afregnede sygesikringstilskuddet via edb, ville der kunne opnås en betydelig bedre information - indenfor overskuelige økonomiske og administrative rammer.

Vedrørende oplysninger om den enkelte læges antal henvisninger til speciallæge har amtskommunerne i dag edb-teknisk mulighed for at udarbejde henvisningsstatistik i form af en opgørelse over de enkelte lægers antal henvisninger opdelt på specialer. For sygehushenvisningernes vedkommende eksisterer denne mulighed kun i tre amtskommuner.

FORSLAG 1 Udvalget foreslår, at Sundhedsministeriet pålægger apotekerne at foretage en edb-mæssig registrering af ordineret receptmedicin og ydernumre, således at ordineret receptmedicin kan inddrages i kortlægningen af den praktiserende læges aktivitet.

FORSLAG 2 Endvidere foreslås, at den praktiserende læge pålægges at påføre sine regninger oplysninger om kontaktårsager med henblik på en bedre vurdering af sundhedstilstand og -politik såvel generelt som lokalt.

FORSLAG 3

Herudover foreslås, at de praktiserende læger pålægges at registrere ydenumre ved alle henvisninger til speciallæge og sygehus, herunder ved rekvisitation af laboratorieprøver og billeddiagnostiske ydelser.

FORSLAG 4

Endeligt skal det i denne sammenhæng foreslås en lovændring, så amtsrådenes kompetence forøges, og de paritetiske nævns kompetence reduceres tilsvarende. Dette hænger sammen med, at amtsrådene bør sikres et ansvar og en kompetence vedrørende henvisnings- og behandlingsmønstre i den primære sundhedstjeneste. Herigennem kan der samtidig ske den nødvendige koordinering mellem praksisplanlægningen og sygehusplanlægningen .

En generel budgetstyring eller rammestyring af lægernes ydelsesniveau eller honorar har været et fast tema i overenskomstforhandlingerne med speciallægerne og praktiserende læger.

SFU har senest i forbindelse med de igangværende forhandlinger med Praktiserende Lægers Organisation foreslået en model for en rammestyring af den samlede årlige udgift til almen lægehjælp på landsplan. Udgangspunktet for fastsættelsen af sådanne rammer kan være udgifterne i et givet regnskabsår. Rammen udvides årligt med pris- og lønudviklingen samt med den demografisk betingede udgiftsstigning og endelig med merudgifterne som følge af tilførsel af nye opgaver til almen praksis. Såfremt yderligere opgaver tilføres de alment praktiserende læger, udvides den økonomiske ramme.

Fra lægernes side har man haft indvendinger mod en sådan rammestyring eller budgetstyring især gående på, at lægerne ikke har indflydelse på de faktorer, som bestemmer antallet af ydelser. Patienterne er selvvisiterende til praktiserende læger, og ifølge Praktiserende Lægers Organisation kan lægerne ikke afvise patienterne, og de har heller ikke mulighed for at etablere ventelister og dermed udskyde antallet af leverede ydelser til senere.

Fra sygesikringens side har argumentationen for at etablere rammestyring været, at amtskommunene opererer med en meget stram budgetstyring. Amtskommunene har derfor svært ved at leve med et system med akkordhonorering, hvor det er umuligt at rammestyre. Samtidig indgår i overvejelserne også en

betragtning om, at efterspørgslen efter ydelser i praksissektoren er delvis udbudsbestemt, dvs. at lægerne delvis har en selvstændig indflydelse på antallet og arten af ydelserne.

FORSLAG 5

Udvalget foreslår, at arbejdet med udvikling og indførelse af budgetsikrende mekanismer som den beskrevne model søges fremmet. Udvalget bemærker, at den ovenfor beskrevne model ikke har nogen særlig "selvregulerende" effekt. Forslaget bør efter udvalgets opfattelse suppleres med ændringer i overenskomstsystemet, som tilskynder lægerne til en mere ressourcebevidst behandlingspraksis.

Udvalget skal i øvrigt bemærke, at de forhold, der her er behandlede vedrørende almen lægepraksis, i det væsentlige også gælder for de øvrige overenskomster.

3.C.2.2. Udvikling af "standardlægen".

Som det er fremgået ovenfor ligger der et problem i selve grundlaget for vurderingen af den enkelte praktiserende læges ydelser.

Problemet ved denne vurdering er at adskille, hvor stor en del af afvigelsen i en læges ydelser fra "gennemsnittet", der eventuelt skyldes særlige demografiske, sociale, boligmæssige og andre forhold i lægens patientkreds; forhold, som betinger et særligt behov for lægelige ydelser og dermed en større lægesøgning. Og hvor stor en del som må henføres til lægens egen vurdering af behandlingsbehovet og beslutning herom.

Problemet skyldes flere - sammenhængende - forhold.

For det første er vores viden om de processer og bagvedliggende faktorer, som influerer på behovet for lægeydelser begrænset. Dette hænger bl.a. sammen med de begrænsninger, som de i dag foreliggende data og statistikker lægger på mulighederne for at analysere sammenhænge mellem lægeydelser og forhold i patientkredsen, jf. det foregående afsnit. Enten fordi der ikke finder nogen registrering af disse data sted, eller fordi mulighederne for at anvende - "sammenkæde" - data er begrænsede, bl.a. af registerforskriftsmæssige grunde. For eksempel er vores viden om det behandlingsmæssige indhold af ydelser som konsultation eller hjemmebesøg meget begrænset, idet kun antal ydelser fordelt på en række takstkategorier re-

gistreres. Den af udvalget med forslag 2 foreslåede registrering af kontaktårsager og af sygdom og behandling ville forøge mulighederne for at foretage behovsanalyser.

For det andet er det vanskeligt for amtskommunene i de enkelte tilfælde at stykke oplysningerne om patientkredsens forhold og disses betydning sammen til en sammenfattende vurdering.

At det samtidig er af afgørende betydning i vurderingen af få adskilt de "patient-" eller "behovsbetingede" og de "lægebetingede" faktorer er netop understreget i den af AKF i samarbejde med Fyns Amtskommune gennemførte undersøgelse af de alment praktiserende lægers henvisninger til sygehuse og speciallæger i Fyns Amt, jf. også omtalen heraf i afsnit 2.B.2.a. ovenfor. Et hovedresultat af denne undersøgelse er således, at kun en mindre del af variationen i de praktiserende lægers henvisningshyppighed kan statistisk "forklares" ved patientkredsens køns- og alderssammensætning. Dette kan ikke uden videre tages som udtryk for, at "resten" af forklaringen ligger i de "lægebetingede" faktorer. Men det er en indikator for, at der er et betydeligt råderum for denne faktors indflydelse.

I forbindelse med konstateringen af en - ikke forventet - positiv statistisk sammenhæng mellem henvisningshyppighed til speciallæge og indlæggelseshyppighed kommer man således også i AKF-rapporten ind på betragtninger herover, jf. følgende:

"Der kunne være tale om en "forsigtighedsfaktor", som navnlig kan tænkes at gøre sig gældende over for patienter med diffuse og svært diagnosticerbare symptombilleder, især med psykosomatisk islæt. Såfremt lægen er sikker på, at sygdommen alene er af psykosomatisk natur, vil der ofte ikke være grund til indlæggelse. I mange tilfælde vil det imidlertid være vanskeligt at afgøre endeligt, om der eventuelt ved siden af de psykosomatiske træk også kan være egentlige organiske sygdomsårsager, eventuelt af alvorlig art, som kræver lægelig behandling ud over den psykosomatisk begrundede. Der er som regel en risiko for fejlbehandling med eventuelle alvorlige konsekvenser ved at lægge en usikker psykosomatisk diagnose til grund. For at nedbringe denne risiko vil mange læger henvise til specialist og/eller sygehusindlæggelse med henblik på undersøgelse

ser, der kan bekræfte eller eliminere organisk betingede sygdomsårsager.

Det er muligt, at den positive statistiske sammenhæng mellem indlæggeshyppigheden og henvisningshyppigheden til speciallæge afspejler forskelle i lægernes "risikovillighed", således forstået, at lav "risikovillighed" viser sig ved både stor tilbøjelighed til at indlægge, og stor tilbøjelighed til at henvise til speciallæge, mens omvendt stor "risikovillighed" medfører, at lægen hyppigere selv påtager sig diagnostisering og behandling."

Disse centrale spørgsmål var også udgangspunktet for, at Indenrigsministeriet i 1986 iværksatte et "standardlægeprojekt".

Dette projekts sigte er, gennem statistiske analysemetoder på baggrund af samkøring af et omfattende antal registre²⁾, at søge indkredset de ovennævnte demografiske, sociale, boligmæssige og øvrige forhold vedrørende de praktiserende lægers patientkreds, som øver indflydelse på indholdet og antallet af de praktiserende lægers ydelser. På grundlag af en kvantificering af betydningen af disse forhold kan ydelsesmønstret for en "standardlæge" fastlægges. Det vil herefter være muligt at foretage sammenhængende analyser af det faktiske ydelsesmønster hos de praktiserende læger set i forhold til ydelsesmønstret hos en "standardlæge" med en tilsvarende sammensat patientkreds.

En sådan kvantificering af betydningen af forhold vedrørende patientkredsen, som ligger i projektet - særlig når dette gennemføres på landsplan - vil kunne styrke vurderingsgrundlaget for den enkelte læges ydelser betydeligt.

FORSLAG 6

Udvalget foreslår, at Sundhedsministeriet søger dette arbejde fremmet, og at det sikres, at modellen drøftes indgående med de enkelte amtskommuner med henblik på at give den generel anvendelse.

- 2) De nødvendige tilladelser til samkøring af registrene er indhentet fra Registertilsynet m . f 1 . myndigheder.

3.C.2.3. Overvejelser om løbende tilpasning af tilskudssatser for medicintilskud.

Udgifterne til medicintilskud repræsenterer et styringsmæssigt problem for amtskommunene. Udgifterne er alene bestemt af den solgte ~~mængde~~ af tilskudsberettiget medicin, priserne, det tilskudsberettigede sortiment samt de gældende tilskudssatser. ~~Amtskommunene~~ har således ingen umiddelbar indflydelse på denne udgift, da tilskudssatserne og det tilskudsberettigede sortiment er fastsat af staten, og den solgte medicin i hovedsagen er bestemt af lægernes ordinationspraksis.

Denne problemstilling har givet anledning til overvejelser om mulighederne for at foretage ændringer ~~med~~ henblik på at forbedre amtskommunenes muligheder for at overholde en fast budgetramme.

FORSLAG 7 Udvalget foreslår, at der i lyset af udviklingen i sygesikringens udgifter til medicintilskud årligt foretages en revision af listerne over de tilskudsberettigede lægemidler ~~med~~ henblik på, at sygesikringens udgifter på dette område kan holdes indenfor fastlagte økonomiske rammer.

FORSLAG 8 ~~Med~~ henblik på at sikre, at både sygehus- og praksislæger vælger det ud fra en lægefaglig og farmaceutisk vurdering billigste lægemiddel, foreslår udvalget, at lægemiddelkomitéarbejdet i de enkelte amtskommuner styrkes, og at der sker en samordning af indsatsen både i sygehussektoren og praksissektoren. Lægemiddelkomiteerne skal udarbejde anbefalinger om, hvilke præparater, der fortrinsvis skal anvendes.

De lokale apoteker bør inddrages i lægemiddelkomiteernes arbejde ~~med~~ henblik på farmaceutisk rådgivning om pakningsstørrelser m.v. Forslaget kan enten gennemføres ved aftale eller ved lovgivning.

3.C.2.4. Den offentlige rejsesygesikring.

Udgifter til rejsesygesikringsordningen fordeles mellem amtskommunene ved, at der beregnes et årligt beløb pr. sikret svarende til 80 pct. af den faktiske gennemsnitlige udgift pr. sikret i hele landet. Den del, der ikke dækkes herved - 20 pct. - fordeles ~~mellem~~ de amtskommuner, hvis faktiske udgift pr. sikret overstiger det fastsatte beløb, således at forde-

lingen af de 20 pct. sker i forhold til den enkelte amtskommunes andel af den samlede rejsesygesikringsudgift.

En ophævelse af rejsesygesikringsordningen vil, såfremt der ikke sættes en anden ordning i stedet, have følgende konsekvenser :

For så vidt angår de nordiske lande vil ophævelsen af rejsesygesikringen have som konsekvens, at den supplerende dækning, som den offentlige rejsesygesikring giver i dag, ikke længere gives.

For så vidt angår ferie- og studierejser i EF-landene vil de sikrede blive sikret på samme vilkår, som gælder for landets egne borgere. Dette har som konsekvens, at dækningen vil være forskellig i de 12 EF-lande, og at dækningen ikke vil have samme omfang som under den offentlige rejsesygesikring. En væsentlig indskrænkning vil være, at der ikke ydes dækning for udgifter i forbindelse med hjemtransport efter EF-reglerne.

En konsekvens af, at EF-reglerne vil træde i kraft i fuldt omfang, vil være, at EF-borgere, der bliver behandlet på sygehus, hos praktiserende læge m.fl. i Danmark, skal behandles på samme vilkår som øvrige danskere, herunder at udgiften skal afholdes af amtskommunerne. Amtskommunerne gør herefter deres krav op, og på grundlag heraf vil Sikringsstyrelsen søge at inddrive pengene i EF-borgerens bopælsland. De penge, der bliver opkrævet fra udlandet, vil tilfalde staten.

For så vidt angår øvrige lande, som i dag er omfattet af den offentlige rejsesygesikring, vil der ikke være anden dækningsordning for så vidt angår midlertidigt ophold.

Grundlaget vil herefter være det enkelte lands nationale regler, og som følge af, at disse ikke er let gennemskuelige, må man forvente, at konsekvensen vil være, at der vil blive tegnet private forsikringer, når sikrede opholder sig midlertidigt i udlandet.

Der vil således blive tale om amtskommunale besparelser, omfanget heraf vil bl.a. afhænge af omfanget af refusionsbortfaldet for behandlingen af udlændinge.

FORSLAG 9

Udvalget skal foreslå, at Sundhedsministeriet iværksætter en undersøgelse af virkningerne af indførelsen af en lovpligtig privat rejsesygeforsikring.

3.C.2.5. Overenskomstsspørgsmål, ændret balance mellem basishonorar og ydeshonorar.

Som allerede nævnt indebærer overenskomstsystemet en relativt stram central styring på området. Lokale aftaler er kun brugt i ringe omfang.

Forhandlingerne på sygesikringsområdet er for øjeblikket henlagt til et særligt forhandlingsudvalg - Sygesikringens Forhandlingsudvalg - som forhandler overenskomsterne på sygesikringsområdet, såvel de ydelser, de praktiserende læger skal levere, som den betaling, lægerne skal have for ydelserne.

I sammenhæng med de forslag, der ovenfor er fremsat vedrørende en forøgelse af amtsrådenes kompetence vedrørende indretningen af den primære sundhedstjeneste, bør overenskomstsspørgsmålene alene omhandle aflønningen af de praktiserende læger, fastlæggelse af takster for ydelser og lignende.

Der bør være plads til forskellige ydelser, der kan fastlægges lokalt i overensstemmelse med den lokale sundhedspolitik og praksisplanlægning.

FORSLAG 10

Udvalget foreslår derfor, at det indgår i det i afsnit 1 foreslåede arbejde at sanere overenskomsternes bestemmelser om sundhedsfagligt indhold.

FORSLAG 11

Udvalget foreslår endvidere, at den - jf. forslag 5 i afsnit 1.C - nedsatte forberedelsesgruppe udarbejder forslag til ændringer, der kan sikre større lokal frihed og begrænse kravet om, at overenskomstparterne skal godkende lokale overenskomster.

FORSLAG 12

Udvalget skal ydermere foreslå, at forhandlingskompetencen på sygesikringsområdet udøves på samme måde, som ved øvrige fælleskommunale forhandlinger f.eks. de øvrige lønforhandlinger, hvor kommuner, amter og stat i princippet hver især er parter på arbejdsgiversiden og koordinerer processen.

En sådan fremgangsmåde ville medføre, at det eksempelvis var Amtsrådsforeningens bestyrelse København og Frederiksberg Kommuner, der efter bemyndigelse fra de enkelte amtsråd forhandlede taksterne på området svarende til lønområdet.

På alle overenskomstområder er sygesikringshonoraret opdelt i en nettoandel ("yderens løn") og en omkostningssandel (til dækning af omkostningerne ved drift af praksis). Det betyder, at der ved honoreringen i det eksisterende system ikke tages hensyn til serviceforskelle m.v. mellem praksis. Eksempelvis gælder, at en alment praktiserende læge får ~~samme~~ konsultationshonorar uanset tidsforbrug. Der tages heller ikke hensyn til forskelle i klinikkernes standard ~~med~~ hensyn til laboratorieudstyr, patientservice m.v.

I de eksisterende overenskomster er der ikke generelt indeholdt bestemmelser om honoreringsformer, der kunne tilskynde til samarbejde på tværs af de enkelte sektorer i sundhedssektoren. Eksempelvis findes der ikke i speciallægeoverenskomsten honorar for rådgivning/vejledning af alment praktiserende læger, ligesom der heller ikke er honorering af alment praktiserende lægers deltagelse i "konferencer" ~~med~~ sygehuslæger eller speciallæger.

Udvalget har på denne baggrund gjort sig en række overvejelser om overenskomsternes indretning, ~~som~~ gennemgås i følgende diskussion af balancen mellem basishonorar og ydelseshonorar.

Ved udformningen af et honorarsystem er opgaven, at der både ved fastlæggelse af basishonoraret og ved beregning af ydelseshonorarer tages hensyn til ønsket om, at lægerne får et incitament, ~~som~~ på den ene side sikrer den enkelte patient en bedre behandling i det samlede behandlingsforløb, og på den anden side sikrer, at omkostningerne ved den samlede behandlingsindsats er rimeligt styrbar i forhold til de økonomiske rammer.

I fastlæggelsen af honorarsystemet kan det endvidere indgå, hvorvidt lægen f.eks. ved deltagelse i efteruddannelse til stadighed har en ajourført viden ~~med~~ hensyn til forebyggelse, behandling og visitation af patienter til den øvrige sundhedssektor og samarbejde ~~med~~ de sociale myndigheder.

De ovennævnte forhold kan der tages hensyn til i overenskomstsyste-
met på flere måder.

En model kunne være at indføre et relativt stort grundhonorar (i stedet for det eksisterende basishonorar) og samtidig kombinere det ~~med~~ en pligt for lægen til at udføre nogle be-

stemte opgaver, eventuelt differentieret efter hensyn til patienternes alder og køn. Eksempelvis kunne et grundhonorar omfatte et nærmere fastsat antal ydelser (konsultationer, besøg). For ydelser over det antal, der omfattes af grundhonoraret kunne der eventuelt fastsættes differentierede honorarer, således at der blev et faldende honorar i takt med et stigende antal ydelser pr. patient ud over det fastlagte ydelsesniveau for praksis, eventuelt bortfald af honorar for ydelser over en nærmere aftalt maksimumsgrænse.

En anden model kunne være at ændre balancen mellem grundhonoraret og ydelseshonorarerne i retning af større grundhonorar og eventuelt samtidig fastsætte en række opgaver, eksempelvis samarbejde med kommunens social- og sundhedsforvaltning, som kunne forudsættes honoreret gennem grundhonoraret. Ydelsesfinansieringen kunne følge den i dag kendte struktur.

Der kan i begge modeller indbygges mere vidtgående registreringer lægernes ydelsesforbrug, navnlig vedrørende henvisningen til behandling hos speciallæge/på sygehus. Dette kan følges op med stærkere regler for indførelse af maksimumsgrænser for sygesikringens samlede udbetalinger til lægerne, eventuelt korrigeret for køns- og alderssammensætningen i den enkelte praksis.

En tredje model kunne være at forhøje grundhonoraret så meget, at det kan dække en vis medfinansiering fra lægen af de ydelser, han henviser til, f.eks. speciallægehonorar, medicin, laboratorieundersøgelser og måske sygehus.

Indvendingerne mod den førstnævnte model er først og fremmest, at den kan være vanskelig at administrere og at den kræver en nøje registrering af aktiviteten i den enkelte praksis, bl.a. for at imødegå et øget antal henvisninger til speciallæger og sygehuse af patienter. Indvendingerne mod den tredje model er, at det kan være vanskeligt at fastlægge de nævnte bloktilskud, så de tager hensyn til alle relevante forhold. Modellen må således bero på de fremskridt, der kan opnås med de såkaldte "standardmodeller", jf. afsnit 3.C.2.3.

I alle modeller er der lagt op til en bedre grundhonorering. Dette kan ud over det allerede anførte kombineres med krav om deltagelse i overvejelser om efteruddannelse.

Endeligt kan der overvejes en total ændring af overenskomsternes struktur. En mulighed kunne være at udskille finan-

sieringen af praksisomkostningerne, og gøre den direkte finansiering til en amtskommunal opgave. Efterfølgende kunne der indføres lejeaftaler ell.lign. ~~med~~ lægerne.

FORSLAG 13 Udvalget foreslår, at den ovenfor nævnte forberedelsesgruppe overvejer udvalgets tanker, ~~som de kommer~~ til udtryk i de tre nævnte modeller, om en større vægt på grundhonorering kombineret ~~med~~ mekanismer, der tilskynder bedre patientbehandling og økonomisering ~~med~~ ressourcerne.

FORSLAG 14 Udvalget foreslår, at forberedelsesgruppen udarbejder forslag til ændringer i ydelseshonorarerne, så de nedsættes, når de vedrører henvisning til speciallæge og hospital.

3.C.2.6. Praksisplanlægning.

Som led i bestræbelserne på at styrke amtskommunernes muligheder for at styre sygesikringsudgifterne til lægehjælp fo-

FORSLAG 15 reslår udvalget at der skal udarbejdes fastere praksisplaner. Sådanne planer bør være en del af en samlet plan for almen praksis, speciallægepraksis og sygehusvæsenet.

Planerne bør ~~som minimum~~ omfatte bestemmelserne vedrørende fordelingen af opgaver mellem sygehus-speciallægepraksis, skadestuefunktioner, laboratoriefunktioner, antal praktiserende læger, henvisningsregler, lokalisering af lægepraksis, befordringsregler. Der skal også fastlægges bestemmelser om samarbejdet ~~med~~ kommunerne, f.eks. omkring hjemmeplejens opgaver m.v.

FORSLAG 16 Landsamarbejdsudvalgets godkendelsesbeføjelse foreslås erstattet af en høringsret, så planlægningskompetencen tillægges den enkelte amtskommune.

Når en praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge ønsker at ophøre ~~med~~ at praktisere, sælges det pågældende ydemummer i reglen til en anden læge, der ønsker at købe den ledige praksis.

Et kompliceret regelsæt i forbindelse ~~med~~ nedlæggelse af ydemumre, kombineret ~~med~~ en begrænset anvendelse af praksisplanlægning, betyder at der i realiteten ikke foretages en vurdering af muligheden for at nedlægge et ydemummer i forbindelse ~~med~~ at ydemummeret søges overdraget fra én læge til en anden læge.

Dette betyder, at de enkelte amtskommuner f.eks. ikke kan sikre en overflytning af ressourcer fra én gruppe af speciallæger til en anden gruppe af speciallæger. På samme måde kan det være vanskeligt for en amtskommune at flytte ressourcer fra én del af amtskommunen til en anden del af amtskommunen.

FORSLAG 17

Udvalget foreslår, at amtskommunerne gives adgang til købsret i forbindelse med overdragelse af et ydernummer fra én læge til en anden læge, således at den enkelte amtskommune kan tilpasse praksisstrukturen til den praksis- og sygehusplan, de enkelte amtsråd har udarbejdet.

På tilsvarende vis bør amtsrådene efter udvalgets mening have adgang til at sælge ydernumre efter f.eks. licitationsprincippet blandt de kvalificerede læger.

Det er udvalgets opfattelse, hvis disse forslag ikke kan gennemføres, at reglerne om nedlæggelse af ydernumre og erstatning herfor smidiggøres.

4. DET SOCIALE OMRADE.

Ifølge bestandslovens § 1, skal det offentlige efter lovens regler yde bistand til enhver, der opholder sig i Danmark, og som af hensyn til sine egne eller sin families forhold har brug for rådgivning, økonomisk eller praktisk hjælp, støtte til udvikling eller genoprettelse af erhvervsevnen eller for pleje, særlig behandling eller opdragelsesmæssig støtte. Denne forpligtelse er nærmere konkretiseret gennem lovens bestemmelser, hvor der også er foretaget en fordeling mellem primærkommunale og amtskommunale opgaver.

Endvidere er der i en række særlove fastlagt opgaver for amtskommuner og kommuner på det sociale område.

Amtskommunernes hovedopgaver inden for det sociale område (ekskl. sygesikring) er

Rådgivning og vejledningsfunktioner

- Konsulentopgaver over for kommunernes social- og sundhedsforvaltninger
- Specialrådgivning over for borgerne
- Visitationsopgaver
- Hjælpemiddelcentraler

Institutionsdrift

- Særlige daginstitutioner for børn og unge med vidtgående fysiske og psykiske handicap
- Døgninstitutioner for børn og unge, herunder for børn og unge med vidtgående fysiske og psykiske handicap
- Institutioner for voksne med vidtgående fysiske og psykiske handicap
- Særlige plejehjem og psykiatriske plejehjem
- Revalideringsinstitutioner og beskyttede værksteder m.v.
- Forsorgshjem m.v.

Sekretariatsopgaver for statslige nævn og samråd

- Revaliderings- og pensionsnævn
- Amtsankenævn
- Samråd om abort og sterilisation
- Adoptionssamråd

Social- og sundhedsmæssig planlægning.¹⁾

Endvidere afholder amtskommunerne 50 pct. af udgifterne til anbringelse af børn og unge i døgnpleje (familiepleje), ligesom amtskommunerne for personer under 67 år afholder 50 pct. af udgifterne til hjælpemidler, hjemmehjælp m.v., dag-hjem/dagcentre, beskyttede boliger, bofællesskaber (bistandslovens § 68), plejehjem og hjemmesygepleje.

Af overskuelighedsgrunde er de amtskommunale hovedfunktioner på det sociale område nedenfor samlet i følgende grupper:

Foranstaltninger for børn og unge, hvorunder hører særlige daginstitutioner, døgninstitutioner og den amtskommunale del af døgnpleje (familiepleje) for børn og unge

Foranstaltninger for voksne, hvorunder hører institutioner for personer med vidtgående fysiske og psykiske handicap, særlige plejehjem og psykiatriske plejehjem, revalideringsinstitutioner m.v. og forsorgshjem.

Andre områder med amtskommunal/kommunal fællesfinansiering, det vil sige hjælpemidler, hjemmehjælp m.v., dag-hjem/dagcentre, beskyttede boliger, bofællesskaber, plejehjem og hjemmesygepleje.

De amtskommunale aktiviteter inden for det sociale område finder ikke kun udtryk i drift af institutioner eller medfinansiering af aktiviteter inden for det primærkommunale kompetenceområde. Konsulentfunktionen over for kommunerne og specialrådgivningen over for borgerne, er specielle kendetegn, som har haft stigende betydning. Udgangspunktet for disse funktioner kan være såvel socialcentrene/forvaltningerne som de etablerede institutioner for børn og unge eller voksne eller særlige rådgivningsinstitutioner.

- 1) Endvidere afholder amtskommunerne (incl. Københavns og Frederiksberg kommuners amtsandele) inden for hovedkonto 5 (social- og sundhedsvæsenet) sundhedsudgifter (lægeundersøgelser af børn, sundhedspleje m.m.) af størrelsesordenen 72 mio. kr. og udgifter til arbejdsmarkedsforanstaltninger m.v. af størrelsesordenen 197 mio. kr. i 1986.

I nedenstående tabel 1 er vist udviklingen i amtskommunernes samlede nettodriffts- og anlægsudgifter 1980-86 i løbende priser og lønninger. Tabellen viser bl.a. den kraftige stigning i udgifterne i 1985 i forbindelse med den gennemførte finansieringsomlægning i dette år, jf. nedenfor.

Tabel 1. Amtskommunernes nettodriffts- og anlægsudgifter for socialvæsenet (ekskl. sygesikring) 1980-86, incl. Københavns og Frederiksberg kommuners amsandele, løbende priser.

Mio.kr.	Nettodrifts-udgifter	Nettoanlægs-udgifter	Nettodrifts- og anlægsudgifter	Nettodrifts- og anlægsudgifter excl. arbejdsmarkedsforanstaltninger m.v. og sundhedsudgifter.
1980	1.653	170	1.823	1.432
1981	1.916	232	2.148	1.714
1982	2.314	255	2.569	2.053
1983	2.492	167	2.659	2.061
1984	2.657	199	2.856	2.225
1985	3.004	259	3.263	2.846
1986	3.018	166	3.184	2.915

Ans: Københavns og Frederiksberg kommuners amsandele er fremkommet ved, at hver funktions nettodrifftsudgifter er multipliceret med en "landsvægt". Denne er beregnet som den andel de amtskommunale nettodrifftsudgifter på landsniveau udgør af de samlede primær- og amtskommunale nettodrifftsudgifter for den enkelte funktion.

Af konteringsmæssige grunde indgår i opgørelser over netto- og anlægsudgifter til amtskommunernes socialvæsen ofte udgifter vedrørende arbejdsløshedsforanstaltninger og visse sundhedsudgifter. For at få et indtryk af udgifterne til socialvæsenet er sidstnævnte udgiftsområde fratrukket i tabel 1 i sidste kolonne.

For at få et mere reelt indtryk af det amtskommunale resourceforbrug inden for det sociale område er det nødvendigt at foretage, dels en korrektion for den stedfundne pris- og lønudvikling, og dels en korrektion for ændringerne på døgnplejeområdet i 1985. Disse korrektioner er foretaget i tabel 2, som viser både nettodrifts- og anlægsudgifterne 1980-86 opgjort i 1986 pris- og lønniveau og korrigeret for ændringerne på døgnplejeområdet. Som deflatorer er anvendt vægtede pris- og lønstigningsprocenter, opgjort specifikt for amtskommunernes sociale udgifter.

Tabel 2. Nettodrifts- og anlægsudgifter for attkjnniinaes socialvesen 1980-86, incl. København og Frederiksbergs temanets andele, faste priser og tørringer (1986).

Mio. kr. /pct.	Netto- drifts- udgifter	Netto- ardags- udgifter	Netto- drifts- og anlægs- udgifter	Nettodrift- og anlæg excl. ar- bejdgnarteds- forans. og sund- hedsudgifter	Nettodrifts- udgifter som følge af finansie- ringsmlag- ningai*)	Netto- udgifter (excl. arbejdsmarkeds- foranstaltninger og sundhedsudg.) korrigeret for finansieringsm- lagningen	Realvækst i netto- udgifterne (excl. arbejdsmarkedsforan. og sundhedsudg.) korr. fix finansie- ringsmlagningen
1980	2.542	261	2.803	2.202		2.202	
1981	2.562	310	2.872	2.328		2.328	5,7
1982	2.756	304	3.060	2.445		2.445	5,0
1983	2.771	186	2.957	2.292		2.292	5,3
1984	2.827	212	3.039	2.367		2.367	3,3
1985	3.067	264	3.331	2.906	408	2.498	5,5
1986	3.018	166	3.184	2.915	408	2.507	0,4

- ⁵⁾ I følge lev- og cirkulæprogrammet. Den seneste efterregulering i 1987 af dan krmpensation, der er givet fix attskntmnerres refusionsudgifter til dzgnpleje, er ikke medtaget, da den indgår som en del af et samlet kompensationsbeløb og derved ikke kan udskilles særskilt.

Det billede af den korrigerede udgifts- og ressourceudvikling inden for det sociale område (ekskl. sygesikring,

sundhedsudgifter og arbejdsmarkedsforanstaltninger m.v.) i perioden 1980-86, som ovenstående tabel tegner, er for årene 1980-1983 identisk med det billede, som analysen af udviklingen på det samlede amtskommunale område gav, jf. afsnit 1.B.2. Således var der en aktivitetsudvidelse inden for området i 1981 og 1982, der blev efterfulgt af besparelser i 1983. Herefter tegner billedet for det sociale område sig noget atypisk for de efterfølgende år, idet der er en positiv realvækst i 1984. For 1985 er der tale om en betydelig vækst ud over den gennemsnitlige vækstrate for de amtskommunale udgifter. I 1986 er denne vækst blevet afdæmpet. Der er dog ikke tale om et udgiftsfald, som det ses for det samlede amtskommunale område.

For perioden under ét har der været tale om en årlig gennemsnitlig vækstrate - incl. Københavns og Frederiksberg kommuner - på 2,2 pct., hvoraf 1 pct. alene skyldes, at amtskommunerne på døgnplejeområdet har afholdt større udgifter end det kompensationsbeløb, der fulgte af finansieringsomlægningen i 1985.

For 1987 har amtskommunerne budgetteret med kraftig stigende udgifter på grund af finansieringsomlægningen på det sociale område. Amtskommunerne har i 1987 budgetteret med merudgifter som følge af denne omlægning på 985 mio. kr. Efter afslutningen af overenskomsterne i 1987 må den faktiske lønudvikling i 1987 påregnes at medføre budgetterede merudgifter på 1.015 mio. kr.

Staten har foreløbig i forbindelse med kompensationsforhandlingerne opgjort merudgifterne som følge af finansieringsomlægningen til 750 mio. kr., mens amtskommunerne er af den opfattelse, at merudgifterne andrager op mod det dobbelte.

Udgiftsudviklingen på de enkelte foranstaltninger inden for det sociale område er vist i tabel 3.

Som det fremgår heraf, har de sociale foranstaltninger på voksenområdet beslaglagt godt halvdelen (ca. 60 pct.) af ressourcerne frem til 1985, hvorefter børne- og ungdomsområdet på grund af ændringerne af finansieringen på familiepleje-/døgnplejecmrådet nu vejer tungere.

Fra 1987 vil der på grund af finansieringsomlægningen være 3 ressourcemæssigt tungtvejende hovedområder, nemlig børn og unge, voksenområdet samt betaling til kommunerne på områder med fællesfinansiering.

Tabel 3. Oversigt over de amtskommunale nettodriftsudgifter vedrørende forskellige sociale foranstaltninger 1980-1986, incl. Københavns og Frederiksberg kantminers amtsandele, faste priser og lønninger (1986).

Mio. kr.	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
<u>Børn og unge i alt</u>	878	874	886	855	850	1.302	1.393
Heraf:							
Særlige daginst.	35	39	43	42	43	41	40
Inst. for stofmisbr.	65	81	88	88	86	90	92
Døginst. for b&u	778	754	755	725	721	706	708
Døgnpleje	-	-	-	-		465	553
<u>Voksne i alt</u>	1.069	1.124	1.237	1.251	1.226	1.300	1.306
Heraf:							
Døginst. for voksne	769	765	871	877	850	871	865
Særlige plejehjem	65	60	58	62	69	83	89
Revalideringsinst.	206	267	266	268	266	293	301
Forsorgshjem	29	32	42	44	41	53	51
<u>Rådgivning i alt</u>	77	88	92	94	101	111	110
Heraf:							
Hjælpe-middelcentr.	31	32	35	36	38	43	39
Rådgivningsinst.	46	56	57	58	63	68	71
I alt	2.024	2.086	2.215	2.200	2.177	2.713	2.809

Pct.	Gennemsnitlige realvækst pr. år		
	1980-82	1982-84	1984-86
<u>Børn og unge i alt</u>	0,5	- 2,1	7,6*)
Heraf:			
Særlige daginst.	10,8	0,0	- 3,6
Inst. for stofmisbr.	16,4	- 1,1	3,4
Døginst. for b&u	- 1,5	- 2,3	- 0,9
Døgnpleje	-	-	-
<u>Voksne i alt</u>	7,6	- 0,4	3,2
Heraf:			
Døginst. for voksne	4,4	- 1,2	0,9
Særlige plejehjem	- 5,5	9,1	13,6
Revalideringsinst.	13,6	0,0	6,4
Forsorgshjem	20,3	- 1,2	11,5
<u>Rådgivning i alt</u>	9,3	4,8	4,4
Heraf:			
Hjælpe-middelcentr.	6,3	4,2	1,3
Rådgivningsinst.	11,3	5,1	6,2
I alt	4,6	- 0,9	5,0*)

Anm.: Tabel 3 er ikke umiddelbart sammenlignelig med tabel 2, da først-nævnte tabel dels ikke omfatter anlægsudgifter og dels ikke de amtskommunale plejehjem, hvis drift giver amtskommunerne en nettoindtægt.

*) Der er korrigeret med nettodriftsudgifterne til døgnpleje på 408 mio. kr. (1986-pris- og lønniveau) i hvert af årene 1985 og 1986 som følge af finansieringsomlægningen. Tallet er baseret på lov- og cirkulæreprogrammet.

Det fremgår endvidere af tabel 3, at de samlede amtskommunale nettodriftsudgifter vedrørende de omtalte sociale foranstaltninger i 1986 udgjorde 2,8 mia. kr.

Udgiftsudviklingen på det sociale område er ligesom for det samlede amtskommunale udgiftsområde i årene 1980-1986 præget af et ujævnt forløb, idet der i perioden 1980-1982 var en realvækst på ca. 4 1/2 pct. pr. år, som blev efterfulgt af en periode fra 1982 til 1984 med en negativ realvækst på 0,9 pct. pr. år. Derefter er der fra 1984 tale om en fornyet vækst på 5,0 pct. pr. år.

Der har været tale om en negativ realvækst på børne- og ungdomsområdet fra 1980 til 1986, hvis der ses bort fra døgnplejeområdet. Det er især udgifterne vedrørende døgninstitutioner for børn og unge, der har bidraget til denne udgiftsudvikling. Antallet af børn og unge er dog faldet stærkere, således at en større andel af de unge har haft behov for amtskommunerens sociale foranstaltninger. Hvis der tages hensyn til, at amtskommunernes udgifter til døgnpleje har været større end det kompensationsbeløb, der fulgte af finansieringsomlægningen, har der været tale om en gennemsnitlig årlig realvækst på knap 2 pct.

Udgifterne vedrørende voksenområdet har derimod udvist en større realvækst i perioden, idet den gennemsnitlig har været knap 3 1/2 pct. pr. år.

Udviklingen i nettodriftsudgifterne til de nævnte sociale foranstaltninger i tabel 3 er i tabel 4 fordelt på de enkelte amtskommuner.

Tabel 4. Nettodriftsudgifterne til forskellige sociale foranstaltninger fordelt på amtskommuner 1980-86. 1986-priser. Index (1980 = 100).

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Københavns Kommune	100	112	118	118	110	114	117
Frederiksberg Kern.	100	119	118	126	124	138	142
Københavns Amtsk.	100	83	94	93	94	97	94
Frederiksborg A.	100	105	110	119	121	101	114
Roskilde Amtsk.	100	112	122	112	122	123	132
Vestsjællands A.	100	102	109	110	108	111	110
Storstrøms Amtsk.	100	117	122	104	104	110	108
Bornholms Amtsk.	100	113	120	124	96	100	105
Fyns Amtskommune	100	87	103	103	101	106	102
Sønderjyllands A.	100	98	105	113	105	116	111
Ribe Amtskommune	100	110	111	115	114	125	129
Vejle Amtskommune	100	104	106	97	96	98	97
Ringkøbing Amtsk.	100	111	113	99	124	135	138
Århus Amtskommune	100	105	106	108	109	111	103
Viborg Amtskommune	100	107	111	113	92	110	127
Nordjyllands Amtsk.	100	106	115	115	119	125	124
I alt	100	103	109	109	108	111	111

Amr Grundlaget for tabellen er tabel 3, dog er døgnpleje ikke medtaget. Se iøvrigt amr. til tabel 3.

Som det ses af tabellen, er der en betydelig variation i udgiftsudviklingen for de enkelte amtskommuner. For perioden 1980-1986 set under ét fremgår det, at Frederiksberg Kommune, Ringkøbing, Ribe, Roskilde, Viborg og Nordjyllands amtskommu-

ner har haft en udgiftsudvikling væsentligt over det gennemsnitlige²).

I de efterfølgende afsnit er givet en generel regelbeskrivelse efterfulgt af en beskrivelse af de nærmere regelsæt, udgiftsudviklingen m.v. inden for hver af de større udgiftsområder inden for amtskommunernes sociale sektor.

4.A. Generel regelbeskrivelse for det sociale område.

Grundlaget for det offentliges varetagelse af sociale opgaver er som nævnt indledningsvis den generelle bestemmelse i bistandslovens § 1 samt visse særlove.

Bistandslovens udgangspunkt for hjælp til borgerne er beskrevet i §§ 28 og 29. I § 29 er fastlagt, at primærkommunens sociale udvalg kan tilbyde vederlagsfri løbende vejledning og rådgivning og er forpligtet til ved opsøgende virksomhed at rette sådanne tilbud til enhver, som må antages at trænge hertil. Målet for vejledningsarbejdet er at hjælpe de pågældende over øjeblikkelige vanskeligheder og på længere sigt sætte dem i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp.

I § 29 er bestemt, at amtskommunernes socialcentre i fornødent omfang skal stille sagkyndige til rådighed som støtte for vejlederne og i specielle tilfælde selv påtage sig vejledningsarbejdet. Denne bestemmelse er for så vidt angår børn og unge uddybet i § 32, stk. 5 og 6, jf. herom senere.

Den bærende ide er altså - set i relation til amtskommunernes sociale funktioner - at amtskommunerne skal hjælpe primærkommunerne og i specielle tilfælde borgerne direkte med henblik på, at borgerne på længere sigt selv kan løse opståede problemer, således at mere indgribende foranstaltninger bliver overflødige. Disse rådgivnings- og vejledningsfunktioner udøves såvel før mere indgribende foranstaltninger, herunder in-

- 2) Det skal dog i denne forbindelse bemærkes, at indeksberegningerne i tabellen - som overalt i betænkningen - tager udgangspunkt i et "tilfældigt" år, nemlig 1980. Netop for det sociale område kan valget af dette udgangspunkt imidlertid have en særlig betydning for fortolkningen af udviklingen. Dette skyldes særforborgens udlægning og den udgiftsmæssige udvikling knyttet hertil i de første år af 1980'erne.

stitutionsanbringelse har vist sig nødvendig, som under eller efter en sådan mere indgribende foranstaltning. Amtskommunerne udøver funktionerne fra særlige rådgivningsinstitutioner (rådgivningsinstitutioner for børn og unge samt hjælpemiddelcentre), fra socialcentre/socialforvaltningerne og fra de etablerede institutioner.

Før 1. januar 1985 vedrørte den økonomisk tunge del af amtskommunerens indsats på det sociale område drift af institutioner. Ved finansieringsreformerne med virkning fra 1. januar 1985 og 1. januar 1987, blev amtskommunerne imidlertid også medfinansierende ved væsentlige primærkommunale aktiviteter, der ikke er institutionstilknyttede. Disse aktiviteter er karakteriseret ved, at de i et vist omfang kan erstatte amtskommunale institutionstilbud i social- og sygehusemæssigt regie og ved at manglende tilstedeværelse af de primærkommunale aktiviteter meget ofte vil nødvendiggøre et måske ellers unødigt ophold på en amtskommunal institution.

Amtskommunernes forpligtelser på det sociale område er i lovgivningen fastsat i form af relativt generelle rammebeskrivelser.

På de fleste sociale områder vil efterspørgslen efter en foranstaltning (amts- eller primærkommunal) have sit udgangspunkt i de samfundsmæssige og sociale forhold, f.eks. forholdene på arbejdsmarkedet, arbejdsløshed, boligforhold, erhvervsfrekvens, antal personer med handicap, familiestrukturen, normer (f.eks. for, hvad der er et værdigt liv for en handicappet person), borgerens forventninger og rettigheder m.m. Sådanne forhold er bestemmende for de hyppigheder, hvorved de sociale begivenheder og dermed efterspørgslen forekommer.

Efterspørgslen retter sig i første række mod de primærkommunale foranstaltninger. Herefter vil der for primærkommunen såvel som for den enkelte borger kunne vise sig behov for specielle tilbud, f.eks. rådgivning og vejledning, særlige institutionstilbud, forebyggende projekter etc.

4.1. Foranstaltninger for børn og unge.

4.1.A. Regelsættet vedrørende foranstaltninger for børn og unge.

Amtskommunerne deltager ved tilvejebringelsen af hjælpeforanstaltninger for børn og unge på flere felter:

amtskommunen skal yde primærkommunernes sociale udvalg vejledning og konsulentstøtte med hensyn til udvalgets virksomhed for børn og unge. Denne generelle forpligtelse omfatter såvel planlægningen som udførelse af den samlede virksomhed for børn og unge, som primærkommunernes sociale udvalg er ansvarlig for, herunder skal amtsrådet medvirke til at forebygge, at børn og unges ophold uden for hjemmet bliver nødvendigt

amtskommunen er driftsansvarlig myndighed for døgninstitutioner for børn og unge, herunder til børn og unge med vidtgående fysiske og psykiske handicap. Amtskommunerne driver også institutionerne for børn og unge med sociale adfærdsproblemer (stofmisbrugere m.fl.), jf« bistandslovens § 96

- amtskommunerne deltager i finansieringen af udgifterne ved anbringelse af børn og unge uden for eget hjem.
- amtskommunerne skal sikre det nødvendige antal pladser på særlige daginstitutioner for børn og unge, der på grund af vidtgående handicap har et særligt behov for støtte, behandling m.v., der ikke kan dækkes gennem en almindelig kommunal daginstitution, jf. bistandslovens § 95 a
amtsrådet skal sikre mulighed for undersøgelse og behandling i rådgivingscentre for børn og unge med adfærdsvanskeligheder, jf. bistandslovens § 87.

Beslutningen om anbringelse af børn og unge uden for eget hjem træffes af det sociale udvalg i primærkommunerne. Amtskommunen kan være inddraget forud for beslutningen, herunder i overvejelserne om alternativer til en anbringelse uden for eget hjem.

Når en beslutning om anbringelse er truffet, findes opholdsstedet i et samarbejde mellem det sociale udvalg og amtskommunen.

Forebyggende arbejde og drift af institutioner.

Amtsrådet skal efter bistandslovens § 96 sørge for det nødvendige antal institutionspladser til børn og unge, der skal anbringes uden for eget hjem.

Ved den seneste revision af bistandsloven med hensyn til børn og unges døgnophold uden for eget hjem, blev amtskommunernes deltagelse i forebyggende opgaver styrket. Det blev præciseret, at amtskommunerne både på et generelt plan og i enkeltsager har en forpligtelse til at yde primærkommunernes sociale udvalg bistand ved forebyggelse af, at ophold uden for eget hjem bliver nødvendigt.

Disse ændringer har medført og understøtter en omfattende omstillingsproces på institutionsområdet.

Formidlet døgnpleje, socialpædagogiske kollektiver m.v.

Foruden driften af døgninstitutioner deltager amtskommunerne i tilvejebringelsen og finansiering af formidlet døgnpleje og andre opholdssteder for børn og unge.

Der kan være tale om forskellige typer af anbringelsesformer: "Traditionel familiepleje, kost- og efterskoleophold, socialpædagogiske kollektiver og ophold på eget værelse.

Prisen for ophold i traditionel familiepleje aftales på grundlag af et aflønningssystem, der består af tre dele: en del til betaling for plejeforældrenes arbejdsindsats, en del til betaling for kost, logi og beklædning og en del til ydelser til barnet (lomme penge, enkeltanskaffelser m.v.). Socialstyrelsen har hidtil årligt udsendt vejledende takster. Disse takster udsendes efter aftale med de kommunale parter ikke af Socialstyrelsen efter 1987. De kommunale organisationer vil efter det foreliggende sammen udsende vejledende satser i fremtiden.

Løndelen forhandles for hvert enkelt ophold. Den del, der går til kost og logi, ligger almindeligvis fast, men kan dog også forhandles.

Prisen for ophold i socialpædagogiske kollektiver er almindeligvis en fast pris pr. måned, der dækker samtlige omkostninger. Taksten udregnes på grundlag af et budget for det enkelte opholdssted.

Opholdssteder med op til fire plejebørn skal godkendes af kommunen. For opholdssteder med fast pris er budgettet en af

de parametre, der skal indgå i godkendelsesproceduren.

Eftersom det sociale udvalg kan beslutte anbringelsesstedet, kan udvalget også fastsætte/aftale prisen. Det sociale udvalgs valg af opholdssted skal ganske vist ske i samarbejde med amtskommunen, der, hvis det finder anbringelsen for dyr, kan foreslå et alternativt opholdssted. Det sociale udvalg er imidlertid ikke forpligtet til at følge forslaget.

Opholdssteder med over fire børn og unge skal godkendes af amtskommunerne, herunder skal amtskommunerne godkende prisen.

Finansieringsændringer vedrørende børn og unge.

Der blev med virkning fra 1. januar 1985 foretaget en omfattende revision af bistandsloven med hensyn til børn og unges døgnophold uden for eget hjem. Følgende forhold er især væsentlige i sammenhæng med aktivitetsniveauet og amtskommunernes styringsmuligheder:

- Gennemførelse af finansieringsmæssig neutralitet mellem de forskellige anbringelsesformer. Kommunerne og amtskommunerne deler i alle tilfælde udgifterne. (Tidligere refunderede staten 50 pct. af kommunernes udgifter på døgnplejeområdet. Samtidig blev det hidtidige refusionsloft ophævet.)

Ligestilling mellem opholdsformerne ved, at lovens opfordring til at foretrække døgnpleje udgik.

Det præciseredes, at kommunernes visitation skal ske i samarbejde med amtskommunerne (men amtskommunen kan fortsat ikke afvise socialudvalgets afgørelse vedrørende anbringelse uden for hjemmet og heller ikke beslutte anbringelsesstedet).

Den tidligere gældende regel om ophør af anbringelsen senest, når den unge fylder 20 år, ophævedes.

Det blev præciseret, at samtlige anbringelser af børn og unge uden for eget hjem skal ske i henhold til § 33, og at anbringelsesformerne efter bistandsloven er enten døgnpleje eller døgninstitution.

Forud for 1. januar 1985 blev en række udgifter for børn og unge anbragt uden for eget hjem finansieret efter bistandsloven, især kontanthjælpsbestemmelserne. Efter lovændringen skal alle udgifter vedrørende børn og unge anbragt uden for eget hjem afholdes som institutionsudgift efter § 66. Det er derfor ikke muligt at etablere tidsrækker for disse udgifter, der går længere tilbage end 1985.

Tilbud i forbindelse med stofmisbrug og AIDS.

Udover de to store områder, døgninstitutioner for børn og unge og familiepleje, driver amtskommunerne også nogle institutioner for stofmisbrugere m.v. (amtsungdomscentre).

Institutioner yder således støtte til en bredere kreds. Centrene giver tilbud til unge med narkotikamisbrug og deltager i bekæmpelsen af AIDS. Desuden giver centrene tilbud til unge med alkoholisme eller andre svære psykiske og /eller sociale problemer.

Særlige daginstitutioner.

Amtsrådet skal sørge for det nødvendige antal pladser på særlige daginstitutioner. Beslutning om optagelse træffes af amtskommunernes social- og sundhedsudvalg efter indstilling fra primærkommunernes sociale udvalg.

Finansiering af opholdet afholdes for 50 pct. vedkommende af kommunerne. Resten afholdes af amtskommunen. Denne finansieringsform skal ses i lyset af, at primærkommunerne for de almindelige daginstitutioner afholder samtlige udgifter.

Børnerådgivningscentre.

Amtsrådet skal efter bistandslovens § 87 sørge for, at der er mulighed for undersøgelse og behandling i rådgivningscentre af børn og unge med adfærdsvanskeligheder.

Rådgivningscentrene drives af en eller flere amtskommuner i forbindelse med amtskommunernes socialcentre.

Rådgivningscentrene yder de sociale udvalg bistand til løsning af problemer vedrørende adfærdsvanskelige børn og unge og deres familier i form af konsulentstøtte til medarbejderne i kommunernes socialforvaltning. Centrene kan i komplicerede tilfælde foretage selvstændige undersøgelser og behandling af

et barn eller en ung og familien. Centrene kan endvidere støtte forvaltningen i valg af hjælpeforanstaltninger og udarbejde egentlige behandlingsplaner på længere sigt.

Udgifterne til rådgivningscentre er fuldt amtskommunalt finansierede. Der kan ikke kræves brugerbetaling.

Aktiviteterne på de tre sidst nævnte områder er alene vist i den indledende hovedoversigt over de amtskommunale nettodriftsudgifter på det sociale område.

4.1.B. udgifter og ressourceforbrug i forbindelse med foranstaltninger for børn og unge.

De samlede amtskommunale nettodriftsudgifter vedrørende døgninstitutioner for børn og unge og døgnpleje, der er de vigtigste foranstaltninger for børn og unge, fremgår af tabel 5.

Tabel 5. Nettodriftsudgifter til døgninstitutioner for børn og unge og døgnpleje, løbende og faste priser (1986).

Mio. kr.	Døgninstitutioner for børn og unge			Døgnpleje*)		
	Netto- drifts- udgif- ter	Netto- drifts- udgifter 1986-pl	Real- vækst i netto- dr.udg.	Netto- drifts- udgif- ter	Netto- drifts- udgifter 1986-pl	Real- vækst i netto- dr.udg.
1980	506	778	.		.	.
1981	564	754	-3,1		.	.
1982	634	755	0,1		.	.
1983	652	725	-4,0		.	.
1984	678	721	-0,6		.	.
1985	691	706	-2,1	455	465	.
1986	708	708	0,3	553	553	18,9

*) Inkl. familiepleje for voksne.

Perioden 1980-06 har for døgninstitutionerne for børn og unge været præget af et reelt fald i udgifterne, hvilket kan skyldes, at loven med hensyn til børn og unges døgnophold uden for eget hjem som tidligere omtalt frem til 1. januar 1985 opfordrede til at foretrække døgnpleje. Faldet i udgifterne kan også skyldes, at der ved særforborgens udlægning opholdt sig

grupper af voksne med vidtgående handicap på institutioner, der overførtes til bistandslovens § 96, og at disse institutioner efterhånden er blevet ændret og drives nu efter bistandslovens § 112.

Samspillet mellem anbringelsesformer vises summarisk i tabel 6, som viser, at i perioden 1982-85 er der sket en vækst i anbringelser i familiepleje, men især anbringelser på kost- og efterskoler, socialpædagogiske kollektiver m.v. (de tidligere kontanthjælpsanbringelser). Væksten svarer til udviklingen i det samlede antal anbringelser i samme periode.

Tabel 6. Børn og unge anbragt uden for eget hjem pr. 31. december.

	Døgninstitution	Døgnpleje m.v.	I alt
1980	5.828	11.214	17.042
1981	6.088	11.451	17.539
1982	4.907	9.616	14.523
1983	4.493	9.447	13.940
1984	4.451	10.028	14.479
1985	4.528	11.059	15.587
1986	4.490	11.620	16.110

Anm.: Kilderne til tabellen er statistikken over bistand til børn og unge. Tallene er ikke sammenlignelige med opgørelserne i ressourcetællingerne. Tallene fra 1980 og 1981 er behæftet med fejl, idet der på grund af indberetningsformen er medtaget en række ikke-aktive sager (ca. 20 pct.).

Udgiftsfaldet vedrørende døgninstitutioner alene fra 1980 til og med 1986 på 9 pct. er som vist i tabel 7 sket samtidig med, at der er sket et fald i antal pladser og indskrevne på døgninstitutioner for børn og unge på henholdsvis 20 pct. og 16 pct. Faldet i antal pladser og indskrevne har således været betydeligt større end udgiftsfaldet, hvorved nettodriftsudgiften pr. plads er steget med ca. 14 pct. fra 1980 til 1986. Dette svarer til en gennemsnitlig årlig vækstrate på 2,0 pct.

Ved vurdering heraf skal det bemærkes, at det efter særforborgens udlægning i de fleste amtskommuner har været nødvendigt at etablere nye døgninstitutioner til svært handicappede plejekrævende børn, og at der er udviklet en række nødvendige aflastningstilbud til forældre, der har børn med vidtgående handicap.

Tabel 7. Antal pladsenheder, indskrevne m.v. på døgninstitutioner for børn og unge.

	Antal plads- enheder januar	Antal ind- skrevne januar	Perso- nale/100 pladser	Netto- udg./plads 1.000 kr.
1980	7.748	6.331	81	100
1981	7.680	6.146	82	98
1982	7.392	6.086	91	102
1983	7.075	5.939	95	102
1984	6.760	5.540	98	107
1985	6.482	5.429	100	109
1986	6.219	5.346	106	114

Anm.: Personale er ekskl. langtidsledige m.v.
Antal indskrevne er ekskl. dagklienter.
Pladsenhed: døgnpladser + dagpladser/2

Stigningen i personaleforbruget pr. plads skal dog ses i lyset af faldet i antal pladser, idet de færre pladser anvendes til de mest belastede og/eller handicappede børn og unge.

Desuden har de ændrede arbejdstidsregler på området, jf. bl.a. Arbejdsministeriets bekendtgørelse om hviletid og fri-døgn, øget personaleforbruget specielt fra 1981 til 1982.

For døgnplejens vedkommende findes der ikke tilsvarende konsistente tidsserier for udgiftsudviklingen, jf. afsnit 4.1.A. En beskrivelse af udgiftsudviklingen inden for dette område må derfor begrænses til at kommentere problemerne i forbindelse med amtskommunernes overtagelse af statens andel af finansieringen pr. 1. januar 1985. Budgetoverskridelsen var i 1985 på næsten 30 pct. Bl.a. med udgangspunkt i dette blev spørgsmålet om bloktilskudskompensation til amtskommunerne ved finansieringsomlægningen rejst af Amtsrådsforeningen.

Flere undersøgelser har været gennemført, bl.a. på baggrund af vanskelighederne med at opgøre udgifterne før 1. januar 1985 inden for kontanthjælpsområdet. Senest har Socialstyrelsen og Socialministeriet i samarbejde med de kommunale parter, Indenrigsministeriet og Finansministeriet gennemført en undersøgelse i foråret 1987 af udgiftsudviklingen på døgn-

plejeområdet fra 1984-1986. Flere faktorer bidrog til forklaring af den voldsomme stigning i udgifterne til døgnplejen - og dermed vanskelighederne med hensyn til at budgettere realistisk.

Den ene væsentlige forklaring, som vedrører godt 30 pct. af udgiftsstigningen, er flere anbragte børn og unge i gennemsnitlig lidt længere tid. Godt halvdelen heraf skyldes ophævelsen af 20-års aldersgrænsen. Den anden hovedforklaring er højere aflønning af plejefamilierne, som kan forklare ca. halvdelen af udgiftsstigningen. Plejelønningerne er i gennemsnit fra 1984-85 steget med 16 pct. og fra 1985-86 med ca. 8 pct. udover den almindelige p/1-regulering af satserne. En forklaring på denne stigning i vederlagene kan være ophævelsen af det tidligere gældende loft for kommunernes anmeldelse til refusion på 3 gange det almindelige plejevederlag. Men den øgede efterspørgsel har antageligt også drevet prisen op. Endelig kan det fortsat ikke afvises, at opgørelsen af udgifterne før 1. januar 1985 inden for kontanthjælpsområdet er svær at foretage.

4.2. Foranstaltninger for voksne.

Amtskommunernes social- og sundhedsforvaltning har overtaget store områder, herunder institutionsområder for personer med handicap af forskellig grad. I 1976 overførtes revalideringsinstitutioner, det vil sige optræningsinstitutioner og beskyttede værksteder m.v., mødrehjælpsinstitutioner og forsorgshjem m.v. I 1980 udlagdes særfor sorgen til amtskommuner og kommuner. Videre overførtes i 1987 de psykiatriske plejehjem (H-plejehjem) fra sygehussektoren til social- og sundhedssektoren. Som en fremtidig udviklingslinie må det forudses, at udviklingen inden for psykiatrien væk fra institutionsbehandling vil medføre øgede krav til det amtskommunale social- og sundhedsvæsen.

Ved særfor sorgens udlægning 1. januar 1980 var der i princippet lagt op til en administrativ reform, idet man dog fra såvel afgiver som modtager var klar over - og ønskede - at der ville komme til at ske standardforbedringer og omstillinger. Den ønskede udvikling blev på daværende tidspunkt beskrevet i de udbygningsplaner, som udarbejdedes i medfør af udlægningslovens § 7.

I forbindelse med særforborgens udlægning opsplittedes foranstaltningerne således, at bl.a. institutionerne blev amtskommunale ansvarsområder, mens mange af de andre områder inden for forborgens blev kommunale.

Amtskommunerne har efter bistandslovens § 29 en forpligtelse til at stille sagkyndig bistand til rådighed for kommunerne og til i særlige tilfælde selv at påtage sig f.eks. specialrådgivning over for den enkelte borger i form af hjemmevejledning. Amtskommunernes rådgivningsbistand er en 100 pct. amtskommunal udgift.

For så vidt angår den specialrådgivning, som ydes fra visse lands- og landsdelsdækkende institutioner for handicappede, betaler amterne efter objektive kriterier.

4.2.A. Regelsattet vedrørende foranstaltninger for voksne.

4.2.A.1. Døgninstitutioner for voksne og særlige plejehjem.

Efter bistandslovens § 112, stk. 1, skal amtsrådet sørge for, at der er det nødvendige antal pladser på institutioner for voksne, der på grund af vidtgående fysisk eller psykisk handicap har et særligt behov for pleje, behandling m.v., som ikke kan dækkes gennem optagelse på et sygehus eller ophold på de øvrige i kapitlerne 16 og 17 nævnte institutioner.

Udgangspunktet for tilbuddene til handicappede er fortsat, at institutionsforborg kun skal tilbydes, hvis den handicappedes behov ikke kan dækkes gennem samfundets almindelige tilbud om bolig, pleje, behandling m.v.

Den tidligere opsplitning i forskellige døgninstitutionstyper har ikke længere betydning. Der findes fortsat store boinstitutioner, men tendensen er klart, at der etableres flere og flere mindre boinstitutioner og miniinstitutioner. Der er desuden stor udvikling inden for bofællesskabsområdet.

Beboerne på hovedparten af de institutioner, som drives efter bistandslovens § 112, stk. 1, er psykisk udviklingshæmmede.

For så vidt angår andre handicapgrupper findes der få boinstitutioner, idet disse grupper af handicappede stort set kan klare sig uden institutioner.

Amtsrådet har efter bistandslovens § 112, stk. 2, forpligtelse til at sørge for, at der findes særlige plejehjem. Der findes:

- 1) Særlige plejehjem for yngre fysisk handicappede, der på optagelsestidspunktet er mellem 18 og 45 år.
- 2) Særlige plejehjem for personer med lidelser, der forudsætter en bestemt indretning af institutionen (f.eks. plejehjem for blinde).
- 3) Særlige plejehjem for personer med lidelser, der gør periodevis indlæggelse til rekreation eller behandling påkrævet.

Pr. 1. januar 1987 overførtes de psykiatriske plejehjem (H-plejehjemmene) fra sygehusvæsenet til videreførelse som særlige plejehjem under bistandsloven. I alt forventes overført ca. 2.640 pladser.

Visitationskompetencen til døgninstitutionerne ligger hos amtskommunerne efter indstilling fra det sociale udvalg i opholdskommunen.

Det er i visitationsfasen vigtigt med et tæt samarbejde mellem primær- og amtskommune, således at visitation sker ud fra den bredest mulige faglige synsvinkel. Primærkommunerne vil oftest have det tætte kendskab til den enkelte bruger og de lokale tilbud, mens amtskommunen vil have overblik over hele den eksisterende vifte af tilbud.

Udgifter i forbindelse med institutionstilbud efter bistandslovens § 112 deles med 50 pct. til kommunen og 50 pct. til amtskommunen for personer under 67 år. For personer over 67 år er der tale om en 100 pct. kommunal udgift.

Bofællesskaber m.v.

Bistandslovens § 68 blev 1. januar 1985 ændret således, at den tillige åbner mulighed for etablering af bofællesskaber.

Bofællesskaber, som er kommunale foranstaltninger, kan defineres som en boform, hvor mellem 2 og 6 personer med vidt-

gående handicap bor sammen. Boligen er typisk indrettet således, at der - som i andre kollektiver - findes en række fælles faciliteter. Beboerne får udbetalt førtidspension eller kan eksempelvis have lønindkomst fra beskyttet beskæftigelse og betaler husleje og andre almindelige udgifter på sædvanlig måde.

Den kommune, hvor bofællesskabet er beliggende, bevilger den nødvendige medhjælp, og udgifterne hertil betales af kommune og amt med 50 pct. hver, jf. dog 67-års-reglen.

Bofællesskaber er, og har for mange institutionsbeboere været et fordelagtigt tilbud, og amterne har derfor stor interesse i, at sådanne oprettes. Der er mange steder indgået samarbejdsaftaler mellem kommuner og amt om etablering, drift og tilsyn af bofællesskaber og dertil knyttede foranstaltninger, f.eks. aktivitets-/kulturhuse.

Mange handicappede, som bor alene eller hos forældre, vil ligeledes kunne have fordel af at bo i et bofællesskab. Ved oprettelse af bofællesskaber, navnlig ved "udvælgelse" af institutionsboende handicappede, som vil være egnede til at flytte ind i et bofællesskab, spiller samarbejdet mellem kommune og amtskommune en meget stor rolle for succes'en med etablering og drift af fællesskabet.

Fra 1. januar 1987 er der tilvejebragt finansieringsmæssig neutralitet for amtskommunerne med hensyn til de forskellige foranstaltningstyper.

4.2.A.2. Revalideringsinstitutioner, beskyttede værksteder m.v. (dagcentre, daghjem).

Efter bistandslovens § 91 skal amtsrådet sørge for, at invaliderede og andre erhvervshæmmede har mulighed for optagelse på institutioner til erhvervsmæssig optræning og uddannelse samt arbejdsprøvning og omskoling. Amtsrådet skal endvidere sørge for, at personer, der af fysiske eller psykiske årsager m.v. ikke er i stand til at fastholde eller opnå normal beskæftigelse i det almindelige erhvervsliv, har mulighed for beskæftigelse på beskyttede virksomheder o.lign. eller ved andre erhvervsmæssige foranstaltninger.

Der er, når det drejer sig om revalideringsinstitutioner, primært tale om optræningsinstitutioner, hvor der foregår eg-

entlig optræning til en eller anden form for erhvervsmæssig beskæftigelse enten på det almindelige arbejdsmarked eller på det såkaldte "sekundære" arbejdsmarked, nemlig de beskyttede værksteder. Videre kan optræning ske til beskyttede enkeltpladser på det almindelige arbejdsmarked, enten det offentlige eller det private.

Optræningsinstitutioner er som hovedregel dagforanstaltninger, men der findes enkelte døgn-optræningsinstitutioner, som hovedsagelig anvendes til arbejdsprøvning og optræning af psykisk belastede unge.

Sideordnet med optræning finder der i vidt omfang arbejdsprøvning sted. Formålet hermed er at fastslå, inden for hvilke arbejdsområder, det eventuelt vil være hensigtsmæssigt at tilbyde en genoptræning, men formålet kan også være at afprøve den enkeltes arbejdsevne med henblik på efterfølgende førtidspensionsansøgning.

På revalideringsklinikker foregår også arbejdsprøvning og optræning, men der kan samtidig foretages en lægelig vurdering og eventuelt en funktionsoptræning.

De beskyttede værksteder, som blev udlagt fra staten i 1976, er ofte selvejende institutioner, som har overenskomst med en kommune.

I forbindelse med særforborgens udlægning i 1980 overtoges et stort antal beskyttede værksteder, specielt beregnet på psykisk udviklingshæmmede. Disse er amtskommunale institutioner.

Der findes endvidere særlige daghjem og dagcentre, som ligeledes drives efter § 91, og som specielt er beregnet til ophold og beskæftigelse for psykisk udviklingshæmmede. Med hjemmel i bestemmelsen drives ligeledes enkelte steder klubvirksomhed.

Der findes i dag i alt godt 12.000 pladser på ovennævnte institutionsområde. Heraf anvendes de godt 8.000 pladser til mennesker med vidtgående handicap.

Der finder i samtlige amtskommuner et intensivt arbejde sted med omstrukturering af revalideringsinstitutionernes opgaver.

For så vidt angår de etablerede ordninger med beskyttede enkeltpladser på enten det private eller offentlige arbejds-

marked, findes disse i to former, "1/3's-ordninger" og "40/60-ordninger".

"1/3's-ordningen" er specielt beregnet for pensionister og forudsætter, at arbejdsevnen er nedsat til 1/3 eller mindre. Det offentlige betaler 1/3 af mindstelønnen til arbejdsgiveren, som aflønner den pågældende pensionist med mindst det modtagne tilskud. "40/60-ordningen" forudsætter mere end 1/3 arbejdsevne. Det offentlige betaler 40 pct. af mindstelønnen og arbejdsgiveren resten, dog mindst 60 pct. af mindstelønnen.

Pr. 1. januar 1987 var etableret i alt 821 1/3-ordninger og 1.131 40/60-ordninger.

Af disse var henholdsvis 186 og 367 private, mens resten var kommunale, amtskommunale eller statslige. I 1990 forventes et samlet antal på i alt 2.135 beskyttede enkeltpladser.

Visitationsbeføjelsen til institutioner, som drives med hjemmel i bistandslovens § 91, ligger hos amtskommunen efter indstilling fra kommunens sociale udvalg, medmindre der er tale om beskyttede værksteder, der alene er beregnet for personer med bopæl i en bestemt kommune. I så fald har det sociale udvalg i denne kommune visitationsbeføjelsen.

Finansiering af institutionernes tilbud deles med 50 pct. til kommunerne og 50 pct. til amtskommunerne for personer under 67 år. For personer over 67 år er der tale om en 100 pct. kommunal udgift. Denne regel kan få betydning i de tilfælde, hvor ældre beboere på institutioner for personer med vidtgående handicap fortsat ønsker beskæftigelse på værkstedsinstitutionerne.

4.2.B. udgifter og ressourceforbrug i forbindelse med foranstaltninger for voksne.

4.2.B.1. Døgninstitutioner for voksne.

De amtskommunale nettodriftsudgifter til døgninstitutioner for voksne fremgår af tabel 8.

Tabel 8. Nettodriftsudgifter til døgninstitutioner for voksne 1980-86, løbende og faste priser (1986).

Mio.kr. /pct.	Nettodrifts- udgifter	Nettodrifts- udgifter 1986-pl	Realvækst i nettodrifts- udgifter
1980	500	769	.
1981	572	765	-0,5
1982	731	871	13,9
1983	789	877	0,7
1984	799	850	-3,1
1985	853	871	2,5
1986	865	865	-0,7

Realvæksten i nettodriftsudgifterne indenfor området har ikke været entydige i den betragtede periode. Således var der en markant stigning i 1982, hvorefter der i 1983-84 var en uændret udgiftsmæssig situation efterfulgt af et fald i 1984. Årene 1985 og 1986 udviser de karakteristiske ændringer for den samlede amtskommunale økonomi med en stigning i 1985 og et svagt fald i 1986.

Tabel 9 viser ændringerne i antallet af pladser sammenholdt med udgiftsudviklingen.

Tabel 9. Antal pladsenheder, indskrevne m.v. på døgninstitutioner for voksne.

	Antal pladsenheder	Antal indskrevne	Personale/ 100 pladser	Nettoud- gift/plads 1.000 kr.
1980	8.063	7.695	78	95
1981	7.851	7.303	86	97
1982	7.765	7.333	86	111
1983	7.838	7.429	89	111
1984	7.910	7.450	91	106
1985	7.688	7.302	94	112
1986	7.650	7.185	98	112

Udviklingen i udgifterne synes tilsyneladende ikke at have været ledsaget af en tilsvarende udvikling i aktivitetsni-

veauet. Da tabel 9 alene måler udgiftsniveauet pr. antal institutionspladser, kan denne tabel dog ikke anvendes til at vurdere ændringerne i den totale aktivitet på voksenområdet. Udvides focus fra aktiviteter inden for institutionsområdet til også at omfatte aktiviteter uden for institutionerne, vil ændringerne i aktivitetsniveauet klart aftegne sig.

Hvis målet alene er at vurdere nettodriftsudgiften pr. institutionsplads uden hensyntagen til ovenstående betragtninger om den øvrige aktivitet på området, er disse steget med 19 pct. fra 1980-86. Stigningen er særlig markant frem til 1982. Dette skal bl.a. ses i sammenhæng med, at der som tidligere nævnt i forbindelse med udlægningen af den tidligere særfor-sorg var forudsat, at den administrative reform kunne medføre en standardforbedring på området, ligesom betydelige amtskom-munale investeringer på grund af arbejdstilsynskrav og øvrige myndighedskrav har været nødvendig.

Efter 1982 har nettodriftsudgifterne stabiliseret sig. Udover afhjælpning af driftsmangler indtil 1982 er den væsentligste forklaring på stigningen i nettoudgifterne en stigning i personalekvotienten på knap 26 pct. frem til 1986. Stigningen i personaleforbruget er jævn frem til 1986, hvilket betyder, at der i de senere år har været en væsentlig reduktion i de øvrige driftsudgifter, da nettodriftsudgifterne siden 1982 har været nogenlunde konstante.

Den kraftige stigning i personaleforbruget kan bl.a. skyldes ønsket om standardforbedring også på personalesiden, ligesom Arbejdsministeriets hviletidsbekendtgørelse og en ny overenskomst med nye arbejdsregler for socialpædagogernes personale i 1982 også har haft betydning. Udviklingen skal i øvrigt ses i lyset af den omstrukturering, der har været tilstræbt på området i perioden, jf. afsnit 4.2.A. Dels er der sket en opsplittning af de store institutioner, og dels en markant afinstitutionalisering bl.a. ved flytning af beboere til f.eks. bofællesskaber. Der var i 1980 141 institutioner med tilsammen godt 8.000 pladser. I 1986 var der 236 institutioner med ca. 400 færre pladser. Institutionerne er blevet mindre, og da de bedst fungerende beboere flyttedes til mindre indgribende boformer, er de behandlingskrævende og dermed personalekrævende beboere tilbage på institutionerne.

4.2.B.2. Revalideringsinstitutioner, beskyttede værksteder m.v.

De amtskommunale nettodriftsudgifter vedrørende revalideringsinstitutioner er vist i tabel 10.

Tabel 10. Nettodriftsudgifter for revalideringsinstitutioner m.v. 1980-86, løbende og faste priser (1986).

Mio.kr. /pct.	Nettodrifts- udgifter	Nettodrifts- udgifter 1986-pl	Realvækst i nettodrifts- udgifter
1980	134	206	"
1981	200	267	29,6
1982	223	266	-0,4
1983	241	268	0,8
1984	250	266	-0,7
1985	287	293	10,2
1986	301	301	2,7

Som det fremgår af tabel 10 har der været en kraftig realvækst i 1981 efterfulgt af en Stagnationsperiode fra 1982 til og med 1984, hvorefter årene 1985 og 1986 igen viser en stigende realvækst med det kraftigste spring i 1985.

Tabel 11. Antal pladsenheder, indskrevne m.v. på revalideringsinstitutioner.

	Antal plads- enheder januar	Antal ind- skrevne januar	Perso- nale/100 pladser	Netto- udg./plads 1.000 kr.
1980	9.690	9.592	21	23
1981	10.135	9.781	21	26
1982	10.608	10.108	21	25
1983	11.270	10.926	22	24
1984	11.738	11.715	22	23
1985	11.822	12.142	23	25
1986	12.468	12.545	24	24

Anm.: Heltidsbeskæftigede (personale) er ekskl. langtidsledige m.v.
Pladstal 1980-86 er ekskl. beskyttede arbejdspladser.

Af tabel 11 ses det, at pladstallet frem til 1986 er steget med næsten 30 pct. Antallet af indskrevne er steget med over 30 pct. i samme periode, således at der i januar 1986 er en belægningsprocent på godt 100.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at en del af de pladser, som står til rådighed for psykisk udviklingshæmmede, i praksis er halvdagspladser. Der er således mulighed for, at et større antal udviklingshæmmede, end det normerede pladsantal på værkstederne angiver, kan være i beskyttet beskæftigelse.

Personaleforbruget har været svagt stigende, mens netto-udgifterne pr. plads har været nogenlunde uændrede. Tages det i betragtning, at der har været en væsentlig stigning i antallet af beskyttede arbejdspladser (enkeltpladser), har netto-driftsudgifterne pr. plads været faldende. I 1982, hvor enkeltpladserne opgøres for første gang, var der 753 beskyttede arbejdspladser. I 1986 var der 1.514 pladser. Indregnes disse pladser i pladstallet, er nettoudgiften pr. plads faldet med ca. 8 pct. fra 1982 til 1986.

4.3. Betaling til kommunerne - finansieringsreform pr. 1. januar 1987.

Med virkning fra 1. januar 1987 ændredes finansieringen af de sociale udgifter, der afholdes i medfør af bistandsloven. Ændringerne fremgår af oversigten i bilag 4.1. Hovedprincipperne bag finansieringsændringen var, at de statslige refusioner på bistandslovområdet skal begrænses til særlige tilfælde. Udgifterne deles mellem kommuner og amtskommuner efter følgende fordeling:

For personer under 67 år deles udgifterne ligeligt mellem amtskommuner og kommuner.

- * For personer over 67 år afholdes udgifterne af kommunerne.

For daginstitutionsområdet for børn finansieres udgifterne fuldt ud af kommunerne.

- * For de amtskommunale forsorgshjem m.v. finansierer staten fortsat 75 % af udgifterne.

Ved finansieringsreformen har man i nogle tilfælde fra-
veget hensynet til overensstemmelser mellem kompetence og an-
svar under hensyn til hvad man har benævnt neutralitetshensyn-
et og samordningshensynet.³⁾

Princippet kan nemlig ikke stå alene. På det sociale om-
råde er der på grund af problemernes sammensathed typisk glid-
ende overgange mellem de forskellige myndigheders ansvarsom-
råder, ligesom der er substitutionsmuligheder mellem de for-
skellige myndigheders tilbud til borgerne. Derfor suppleres
ansvarsprincippet med et samordningshensyn og et neutralitets-
hensyn.

Overvejelserne udmøntedes som nævnt bl.a. i den såkaldte
67 års-regel, hvor amtskommunerne og kommunerne deler finansi-
eringen på en række områder for personer under 67 år. Kommu-
nerne finansierer fuldt ud udgifterne ved personer over 67 år.

67-års-reglen omfatter såvel foranstaltninger, hvor pri-
mærkommunerne har aktivitetspligten som foranstaltninger, hvor
amtskommunen har aktivitetspligten.

De nye finansieringsregler betyder altså, at der for både
primærkommunerne og amtskommunerne gælder, at en beslutning
med hensyn til egne aktiviteter og udgifter vil påvirke den
anden myndigheds ressourceforbrug på området. For så vidt an-
går primærkommunale aktiviteter gælder dette dog kun foran-
staltninger for personer under 67 år.

Aktivitetspligt, omfattet af socialfinansieringsreformen.

A. primærkommunal aktivitetspligt:

- Hjælpebidler m.v.
 - a. hjælpebidler
 - b. biler
- Hjemmehjælp og omsorgsarbejde

- 3) **Neutralitetshensynet:** Finansieringsreglerne er neutrale
over for en myndigheds prioritering af alternative måder
at løse en given opgave på.
Samordningshensynet: Finansieringsreglerne bør tilskynde
til, at myndigheden på et givet niveau (eksempel en kom-
mune) i grundlaget for sin prioritering og styring af eg-
et ansvarsområde også har hensynet med til konsekvenserne
for det andet niveau's (eksempel amtskommunens) aktivi-
teter og udgifter.

Daghjem
Dagcentre
Plejehjem
Beskyttede boliger
Hjemmesygepleje

B. Amtskommunal aktivitetspligt:

Døgninstitutioner for voksne handicappede
Særlige plejehjem
Revalideringsinstitutioner m.v.

For voksenområdet er der tale om, at amtskommunerne har aktivitetsforpligtelser med hensyn til foranstaltninger, der i et vist omfang vil være alternativer til de primærkommunale plejeforanstaltninger. Sigtet med gennemførelsen af udgiftsmæssig neutralitet har som nævnt været at give amtskommunerne og kommunerne en fælles økonomisk interesse i at finde frem til de bedste løsninger af opgaverne, under hensyntagen til den mest effektive udnyttelse af ressourcerne.

Man kan således forestille sig, at amtskommunerne i højere grad end tilfældet er det i dag, engagerer sig i forebyggende projekter på forskellige områder, jf. bl.a. de forebyggelsesråd, der nedsættes i de enkelte amtskommuner.

Mange steder er der endvidere lagt op til et udvidet samarbejde omkring foranstaltninger for handicappede med henblik på at undgå anbringelser på døgninstitutioner og plejehjem (bofællesskaber, foranstaltninger i eget hjem m.v.).

Ligeledes er det tidligere nævnt, at mange amtskommuner og kommuner inden for børne- og ungeområdet lægger op til et udvidet samarbejde omkring forebyggelse af døgninstitutions- og familieplejeanbringelser.

4.4. Udgiftsbehov og serviceniveau/produktivitet.

Som omtalt i de foregående afsnit opdeles årsagerne til udgiftsudviklingen på et område i to typer, nemlig dels de såkaldte behovsfaktorer, dels amtskommunens serviceniveau og administrative produktivitet.

Inden for det sociale område vil udviklingen i det amtskommunale udgiftsbehov som udgangspunkt være bestemt af hyp-

pigheden af sociale begivenheder - dvs. hvor stor en andel af en befolkningsgruppe som giver anledning til sociale foranstaltninger. Bag ændringerne i disse hyppigheder - dels over tiden og dels fra amtskommune til amtskommune - vil igen ligge en række samfundsmæssige, sociale og andre forhold, som øver indflydelse på forekomsten af de sociale begivenheder. Det amtskommunale udgiftsbehov på det sociale område vil i langt mindre grad være bestemt af den demografiske udvikling - dvs. den aldersmæssige m.v. udvikling i de befolkningsgrupper, som de pågældende sociale foranstaltninger retter sig mod.

Hermed er imidlertid ikke tilvejebragt en entydig afgrænsning af udgiftsbehovet for amtskommunernes sociale foranstaltninger. Også andre faktorer vil nemlig øve en indflydelse herpå. Det gælder således omfanget af primærkommunale foranstaltninger, som kan gøre amtskommunal indsats helt eller delvis overflødig, og amtsrådets politiske ønske om, hvilke tilbud der skal stilles til rådighed, og dermed hvor grænsen for den offentlige hjælp til løsning af sociale problemer skal gå. Hyppigheden af forekomsten af sociale problemer kan med andre ord ikke ses isoleret som en udgiftsbehovsfaktor. Lovgivningen fastlægger ikke klare kriterier. Også amtsrådenes politiske beslutninger (og de bagved liggende holdninger i folketinget og befolkning) øver påvirkning og kan dermed siges at indeholde et element af "serviceniveau".

På samme måde vil enhedsudgiften pr. social foranstaltning kun som udgangspunkt kunne tages som et udtryk for amtskommunernes serviceniveau/administrative produktivitet. Dette gælder nemlig kun i det omfang, disse "foranstaltninger" er entydigt afgrænset. Er der derimod tale om, at der inden for den enkelte foranstaltningstype er varierende grader af indsats alt efter behovets omfang, vil forskelle i enhedsudgiften pr. foranstaltning - over tid eller fra amtskommune til amtskommune - også i et vist omfang kunne afspejle forskelle i udgiftsbehov. Hertil kommer, at høje enhedsomkostninger f.eks. også kan være et resultat af, at der i amtskommunen er sat en "høj" grænse for, hvornår der ydes behandlingstilbud. Endelig skal som et særligt problem nævnes det betydelige "salg" af foranstaltninger amtskommunerne imellem, som finder sted.

Disse begrebs- og opgørelsesmæssige problemer i adskillelsen af udgiftsbehov contra serviceniveau/administrativ produktivitet er efter udvalgets opfattelse så væsentlige, at udvalget ikke har fundet grundlag for - som på de i de foregående afsnit behandlede udgiftsområder - at søge en talmæssig belysning heraf for den analyserede perioden 1980-87.

Sammenligninger af indskrivningshyppigheder, enhedsudgifter pr. social foranstaltning m.v. i de enkelte amtskommuner ville af de anførte grunde støde på væsentlige fortolkningsmæssige problemer.

4.C. Styringen på det sociale område.

4.C.1. Indledning.

Der er betydelige talmæssige problemer ved at belyse udviklingen på det sociale område de seneste år. Området udgør ca. 7 pct. af de amtskommunale nettoudgifter, og væksten har været moderat, i det mindste indtil de seneste år.

Det er udvalgets opfattelse, at amtskommunernes udgifter på det sociale område er styrbare. Væksten i udgifterne siden 1980 må først og fremmest ses som udtryk for en af amtskommunerne politisk ønsket udvikling. Dog har der været nogle overgangsproblemer ved omlægningen på børne- og ungdomsområdet pr. 1. januar 1985. Virkningerne af den sociale finansieringsomlægning pr. 1. januar 1987 er heller ikke entydigt kortlagt.

For det sociale område gælder, at på kort sigt vil udgiftspresset være bestemt af en række baggrundsfaktorer, der ikke umiddelbart kan påvirkes af amtskommunerne. Efterspørgslen efter de amtskommunale ydelser, der typisk er institutionspladser o.lign. er således i et væsentligt omfang bestemt af de primærkommunale tilbud, der findes, herunder forebyggede arbejder, og den tradition, der er i de primærkommunale forvaltninger for valg af løsninger. Styringsmulighederne på efterspørgselssiden ligger for amtskommunerne i udformningen af tilbud og påvirkning og ændring af den tradition, der ligger til grund for forvaltningen af de enkelte områder. Styringsmulighederne på efterspørgselssiden ligger altså især i at initiere og motivere en omstillingsproces.

Styringsmulighederne synes bedre, når det gælder omkostningerne pr. ydelse. De afhænger af bl.a. behandlingsbehov, serviceniveau, effektivitet og overenskomster for blot at nævne nogle af de væsentlige. De fleste af faktorerne er inden for amtskommunernes indflydelse, men på de fleste områder skal

denne indflydelse udøves i samarbejde med primærkommunerne.

4.C.2. Styringsmuligheder på de enkelte områder.

4.C.2.1. Børne- og ungdomsrådet.

Amtskommunernes styringsinstrumenter på dette område er hovedsagelig af den "bløde" type, idet det er kommunerne, der bestemmer, om anbringelse skal ske, ligesom kommunerne indgår aftalerne om pris m.v. på døgnplejeområdet. Amtskommunerne kan gøre indsigelse, men kommunerne skal ikke nødvendigvis følge amtskommunernes henstillinger. Prisen på døgninstitutionerne er amtskommunernes ansvar.

Med finansieringsomlægningen pr. 1. januar 1985 er der skabt udgiftsmæssig neutralitet mellem de forskellige primær- og amtskommunale foranstaltninger. 50 pct. af udgifterne afholdes af primærkommunerne og resten af amtskommunerne vedrørende alle klienter under 67 år, uanset at det er kommunerne, der har visitationskompetencen for børn og unge. Hensigten med indførelsen af denne finansiering af hele området er at øge begge de kommunale parter motivation for sammen at optimere ressourceudnyttelsen på området som helhed.

Det angives bl.a. at have resulteret i en (begyndende) omstrukturering af området i en række amtskommuner. Eksempelvis har der været tale om en opbygning af regionscentre med en række tværgående funktioner som f.eks. rådgivning og forebyggelse, visitation til institutioner og formidling af og tilsyn med familiepleje og konsulentbistand til kommuner. Til nogle af disse centre er knyttet nogle afspecialiserede områdeinstitutioner og forskellige specialinstitutioner. Endvidere er flere amtskommuner gået ind i forebyggende projekter sammen med kommunerne. Omstruktureringerne sigter på en mere effektiv ressourceudnyttelse, koordinering og kortlægning af tilbud, minimering af indsats, opprioritering af udslusningstilbud og efterværn m.v. - en bedre forebyggelse og en bedre service overfor borgere og kommuner.

Udvalget har overvejet de problemer, der kan opstå ved denne delte finansiering, som prioriterer tilskyndelse til samarbejde på børne- og ungeområdet bredt højere end et mere snævert sammenhæng mellem visitationskompetence og driftsan-

svar for institutionerne, og har ikke helt kunne afvise, at det også - hvis tilskyndelsen ikke virker - kunne tænkes at føre til manglende omkostningsbevidsthed.

Ved anbringelse af børn og unge uden for eget hjem og ved foranstaltninger for voksne betaler primær- og amtskommunerne hver 50 pct. Primærkommunerne betaler dog 100 pct. af udgifterne for personer over 67 år.

Udviklingen i udgifterne ved anbringelse af børn og unge uden for eget hjem har medført, at Amtsrådsforeningen med repræsentation fra Socialministeriet og Kommunernes Landsforening har nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til forbedrede styringsmuligheder, som f.eks. amtskommunal godkendelse af prisen på familiepleje, hvis prisen er over et vist niveau, og større amtskommunal indflydelse på visitation til døgninstitutioner, når socialudvalget først har truffet beslutning om fjernelse fra hjemmet.

Udvalget har med henvisning til sit kommissorium vurderet, at de "bløde" amtskommunale styringsmidler generelt kan anses for tilstrækkelige.

FORSLAG 1

Udvalget skal dog foreslå, som supplement til ovennævnte drøftelser, at overveje ved forsøg at afprøve, om fuld primærkommunal finansiering af udgifterne i forbindelse med børns og unges anbringelse uden for eget hjem vil kunne være et alternativ til den nuværende finansieringsordning.

4.C.2.2. Voksenområdet.

Amtskommunernes styringsmuligheder er på institutioner for voksne set som helhed mere direkte end på børne- og ungdomsområdet. Amtskommunerne er også her direkte ansvarlig for driften af institutionerne og har, i modsætning til området for børn og unge, visitationskompetencen.

Væksten i udgifter efter 1980 ses som et udtryk for en ønsket forbedring af serviceniveauet i forbindelse med særfor sorgens udlægning og ikke udtryk for manglende styringsmuligheder.

Også her ligger mulighederne i omstilling i et tæt samarbejde amtskommuner og kommuner imellem.

Udvalget er bekendt med, at Socialministeriet for tiden overvejer en ændring af refusionsreglerne for overførselsindkomster som kontanthjælp, sygedagpenge og førtidspension. Formålet hermed er at sikre, at finansieringsreglerne ikke vil være afgørende for, hvilke foranstaltninger, der vil blive iværksat for personer, der modtager disse ydelser.

Refusionsomlægningen indgår som et element i en forstærket indsats for at undgå passiv opbevaring og i stedet satse på en tidlig og aktiverende indsats, der kan forebygge, at modtagerne bliver hængende i det sociale system.

Dette stiller forøgede krav til den kommunale beskæftigelses- og revalideringsindsats. Kommunerne må derfor på alle områder, der vedrører beskæftigelse, revalidering m.v. have de fornødne midler i hænde for at kunne løfte opgaven på tilfredsstillende vis.

For så vidt angår de amtskommunale revalideringsinstitutioner antages ca. 2/3 af pladserne at være for personer med vidtgående handicap. Ca. 1/3 af pladserne vedrører egentlig revalidering og har dermed nær sammenhæng med initiativer og ydelser, der iværksættes/udbetales af kommunerne.

FORSLAG 2

Udvalget foreslår, hvis disse omlægninger på det primærkommunale område gennemføres, bør det indgå, at amtskommunerne fritages for finansieringsdeltagelse på det egentlige revalideringsområde, således at ansvaret overføres til kommunerne. De hermed tilhørende institutioner vil f.eks. kunne drives af amtskommunerne.

Udvalget skal i denne forbindelse foreslå, at Socialministeriet overvejer, om dette forslag bør følges op med yderligere støtte til kommunerne og om der iøvrigt bør overføres kompetence til kommunerne i forbindelse med en forstærket beskæftigelses- og revalideringsindsats.

5. UNDERVISNINGSSOMRÅDET.

De amtskommunale aktiviteter på undervisningsområdet omfatter først og fremmest:

- gymnasie- og HF-undervisning
- prøveforberedende enkeltfagsundervisning
- specialundervisning af børn og unge med vidtgående handicap
- specialundervisning af voksne
- undervisning af voksne indvandrere¹⁾

I tabel 1 nedenfor er vist nettodriftsudgifterne i 1980 og 1986 i forbindelse med varetagelsen af de amtskommunale undervisningsopgaver, opgjort i 1986-pris- og lønniveau. Deflateringen er foretaget med pris- og lønstigningsprocenter, opgjort specifikt for amtskommunernes undervisningssektor.

1) Herudover afholder amtskommunerne på undervisningsområdet udgifter til amtscentralerne (størrelsesorden 135 mio. kr.), observationsskoler, folkeskolevæsen samt til visse faglige uddannelser.

Tabel 1. Nettodriftsudgifter for de amtskommunale uddannelsesaktiviteter, faste priser og lønninger (1986).

Mio. kr./pct.	1980	1986	Gennemsnitlig realvækst 1980-86
Gymnasier og HF	2.491	2.452	-0,3
Enkeltfagsundervisning	515	541	0,8
Specialundervisning af børn	557	501	-1,6
Specialundervisning af voksne	226	443	11,9
Undervisning af indvandrere		77	.
I alt	3.789	4.014	1,0

De samlede amtskommunale driftsudgifter vedrørende de nævnte undervisningsaktiviteter udgjorde i 1986 godt 4,0 mia. kr. Heraf tegnede gymnasie- og HF-undervisningen sig for knapt 2 1/2 mia. kr. - 60 pct. - mens de øvrige områder - bortset fra undervisningen af voksne indvandrere, der først blev lovfæstet i 1986 - hver tegnede sig for omkring 1/2 mia. kr.

Undervisningsudgifterne har i perioden 1980-86 udvist en gennemsnitlig årlig realvækst på 1,0 pct. En betydelig del af denne realvækst kan imidlertid henføres til anciennitetsstigninger for lærerne i forbindelse med den stigende gennemsnitsalder, særligt på gymnasieområdet. Den relativt lave realvækst udvikling skal ligeledes ses på baggrund af et fald i udgifterne fra 1985 til 1986, idet den gennemsnitlige realvækst i perioden 1980-1985 er 2,2 pct. Som det fremgår af tabel 1 og det følgende er der imidlertid tale om en meget forskelligartet udvikling på de enkelte undervisningsområder såvel som i de

enkelte år inden for denne periode. Det skal i denne forbindelse nævnes, at konteringsmæssige forhold og særlige foranstaltninger vedrørende overenskomstforhold og lignende i et vist omfang kan påvirke de opgjorte vækstprocenter de enkelte år.

Nedenfor er nærmere redegjort for regelsættet inden for hver af de ovennævnte amtskommunale undervisningsområder og for udgiftsudviklingen i den analyserede periode.

5.1. Gymnasie- og HF-undervisning.

5.1.A. Statslige regler for gymnasie- og HF-undervisning.

Regelsættet for gymnasie- og HF-uddannelsernes opbygning og indhold har hidtil fandtes i Undervisningsministeriets bekendtgørelser udstedt i medfør af gymnasieloven²⁾ og HF-loven.³⁾ I praksis er den nye gymnasiebekendtgørelse, som træder i kraft i 1988, forhandlet så indgående i Folketinget, at spørgsmålet om f.eks. elevernes timetal og valgmuligheder på skoler af forskellig størrelse må betragtes som et folketingspolitisk anliggende.⁴⁾ De enkelte amtsråd har således ingen direkte indflydelse på undervisningsplanen, dvs. hvilke fag der skal undervises i, og hvor mange timer pr. uge. Efter gymnasireformen kan amtsrådet dog inden for visse rammer påvirke udbuddet af valgfag.

Optagelseskravene til gymnasiet har været fastlagt i loven, der bestemmer, at alle elever, der af den afleverende skole erklæres for egnede, skal optages i 1.G.⁵⁾ Også elever, der er blevet erklæret måske egnede eller ikke-egnede kan sikre sig optagelse ved et tilfredsstillende resultat ved folke-

- 2) Bekendtgørelse af lov om gymnasieskoler og studenterkursus nr. 510 af 3. oktober 1984. Bekendtgørelse af lov om amtskommunernes overtagelse af visse statsskoler og -kursus m.v. nr. 438 af 27. juni 1986.
- 3) Bekendtgørelse af lov om højere forberedelseseksamen nr. 263 af 11. maj 1973. Bekendtgørelse om højere forberedelseseksamen nr. 304 af 3. juni 1984.
- 4) Bekendtgørelse nr. 589 af 10. september 1987.
- 5) Bekendtgørelse om optagelse i 1. gymnasieklasse nr. 417 af 16. september 1985.

skolens afgangseksamen og gymnasiets optagelsesprøve. Med disse begrænsninger er der fri adgang til gymnasiet. Dette har også været tilfældet med studenterkurser.

Amtskommunene er forpligtet til at tilvejebringe det fornødne antal elevpladser i gymnasiet, og amtsrådene har ingen direkte indflydelse på antallet af elever, der skal optages på gymnasier. Også fordelingen af elever mellem gymnasieskoler i amtskommunen er i vid udstrækning baseret på elevernes ønsker, dog begrænset af skolernes fysiske kapacitet, som bestemmes af amtsrådet.

Særlig nedsatte udvalg har med udgangspunkt i søgningen den endelige kompetence med hensyn til oprettelsen af 1.G-klasser på de enkelte skoler og fordelingen af elever på skolerne. Et overordnet kontaktudvalg forestår optagelse og fordeling af elever, der søger optagelse i gymnasiet. Under kontaktudvalget fungerer to udvalg. Optagelsesudvalget træffer afgørelse om en elevs optagelse i gymnasiet, mens fordelingsudvalget fordeler eleverne mellem de enkelte skoler.

Amtskommunene er forpligtet til at yde befordringsgodtgørelse til gymnasie- og HF-elever. På dette område er der i 1987 budgetteret med 185 mio. kr. Udgiften på området er - udover antallet af elever - bestemt af et afstandskriterium. Befordringsforpligtelsen kan derudover begrænses med henvisning til, at nærmeste skole/kursus skal være valgt. En tilsvarende befordringsforpligtelse gælder for en række andre ungdomsudannelser.

Optagelse på HF-kursus er betinget af en egnethedsvurdering, der i praksis sker ved en samtale med den pågældende rektor. De enkelte amtskommuner indsender herefter til gymnasiedirektoratet besked om antallet af kvalificerede ansøgere med indstilling om holdoprettelse, og på grundlag heraf træffer direktoratet endelig beslutning om oprettelse af hold ved de enkelte kurser. Formålet med centraliseringen af denne funktion er at sikre en optimal holdudnyttelse også i de tilfælde, hvor det kræver koordination på tværs af amtsgrænserne.

I praksis er alle kvalificerede ansøgere blevet optaget, men eventuelt ikke nødvendigvis i den amtskommune, hvor de bor. Amtsrådene har således heller ikke nogen direkte indflydelse på antallet af elever, som skal optages på HF-kurser i

amtskommunen. Den endelige beslutning om oprettelse af HF-hold ved de enkelte kurser de enkelte år ligger stadig i direktoratet.

Elevernes timetal i de enkelte fag og dermed det samlede timetal er både for gymnasiet og HF fastlagt centralt. Det tilsvarende gælder for lærernes undervisningsforpligtelse og aflønning.

De forhold, som amtsradene har kunnet øve indflydelse på i planlægningen af gymnasie-/HF-undervisningen er:

størrelsen og beliggenheden af nye undervisningsinstitutioner", nedlæggelse af institutioner samt linie- og gren-tilbud ved de enkelte gymnasier dog efter godkendelse i Undervisningsministeriet, klassekvotienten i 1.G (fordelingsudvalgenes arbejdsgrundlag) og den senere grenholdskvotient dog med centralt fastsat maksimumsramme, bevillinger til skolernes drift.

1 henhold til en cirkulæreskrivelse af 18. marts 1982 har den maksimale klassekvotient været sat til 28 for gymnasitklasser/HF-klasser/studenterkursusklasser. For den halvdel af undervisningen, (grenundervisningen), der har bestået af holdundervisning i 2.G og 3.G eller 2. HF-klasse, hvor enten en del af en classes elever deltager i undervisningen, eller hvor elever fra flere klasser danner holdet, har holdstørrelsen været sat til maksimalt 24.

I praksis har klassekvotienten i 1.G ligget på 25-26. Der er således et vist spillerum op til de 28, som ikke har været udnyttet.

Den største frihedsgrad har amtskommunerne haft med hensyn til muligheden for at oprette nye gymnasier. De større ungdomsårgange og den stigende gymnasiefrekvens begrundede en stigning i antallet af gymnasier i slutningen af 1970'erne. Samtidig gennemførtes en større geografisk spredning.

Også efter gymnasiereformen giver gymnasiebekendtgørelsens bestemmelser om gymnasiets struktur og fagfordeling amtskommunerne begrænsede muligheder for at øve indflydelse på lærerforbruget ved de enkelte gymnasier.

Bekendtgørelsen regulerer således liniedeling, timeplaner, fagfordeling og trinplacering af fagene. Den nuværende linie- og grendeling forlades til fordel for en liniedeling med valgfag. Der er fortsat to linier: sproglig og matematisk. Valgfagene starter i 2.G og opdeles i valgfag på højt niveau og på mellemniveau.

Reformen betyder, at eleverne får flere ugentlige timer, 31-32 timer mod hidtil normalt 30 timer. Denne udvidelse "finansieres" så at sige ved, at der bliver flere timer i speilet 2.G, der er fælles for alle elever på linien. Der er alt i alt flere undervisningstimer, hvor klasserne undervises samlet end tidligere. Det giver alt andet lige en forøgelse af den gennemsnitlige holdstørrelse for undervisningen under ét. Men samtidig vil eleverne få et friere valg med hensyn til kombinationen af fag i de resterende timer end under grenordningen. Det kan betyde lavere holdstørrelser i denne del af undervisningen end ved den tidligere grendeling.

Ifølge den nye gymnasiebekendtgørelse bestemmes det minimale udbud af valgfag ved de enkelte skoler af skolens størrelse målt ved antal klasser i det pågældende skoleår i 1., 2. og 3.G tilsammen. De minimale antal valghold pr. klasse for skoler med varierende antal klasser er angivet i bekendtgørelsen. Små skoler får flere valghold pr. klasse end større skoler. Jo mindre skolen er, jo større vil lærerforbruget altså være pr. elev. Amtsrådet kan dog beslutte at tildele flere hold end forudsat til de store skoler.

Amtsrådene træffer efter indstilling fra rektor beslutning om, hvilke valgfag der skal tilbydes på den enkelte skole.

Hvis amtsrådene kun opfylder minimumskravene med hensyn til tildeling af valghold, vil gymnasireformen efter Undervisningsministeriets opfattelse være udgiftsneutral med hensyn til lærertimeforbrug på landsplan i forhold til den nuværende gymnasieordning. Spredningen i lærerforbruget pr. elev i de forskellige amtskommuner vil dog betyde, at nogle amtskommuner kan få merudgifter med uændret klassekvotient, mens andre vil kunne opnå besparelser - medmindre de vælger at gå over minimumskravene.

For HF-uddannelsens vedkommende reguleres holddannelsen af en bestemmelse i bekendtgørelsen om, at oprettelsen af et hold i valgfag kræver mindst 7 tilmeldte studerende. Overgrænsen på holdene er 28.

Amtskommunernes styringsmuligheder inden for rammene af den i Undervisningsministeriets bekendtgørelser fastlagte regulering af undervisningen kan sammenfattende knyttes til :

1. Tilgang
2. Hold
3. Timer.

For tilgangens vedkommende medfører gymnasireformen ingen ændringer. Det vil stadig være søgningen fra år til år, der bestemmer tilgangens størrelse.

For så vidt angår holdenes størrelse og antal vil amtskommunernes styringsmuligheder alene være et spørgsmål om mulighederne for at nå op på en højere klassekvotient i 1.G og om at kunne tillade flere valghold end forudsat i de centrale minimumsbestemmelser vedrørende oprettelsen af valgfag. Hvis amtskommuneme tillader et større udbud end minimum, vil de samlede udgifter til gymnasiet stige, da reformens forudsætning om udgiftsneutralitet er knyttet til det fastlagte minimumsudbud.

Som tidligere nævnt tenderer reguleringsbestemmelserne mod, at lærerforbruget pr. elev bliver større, hvis antallet af elever på et trin bliver mindre. Dette er direkte indbygget i gymnasireformens holdoprettelsesregler. Besparelsesincitamentet til at sikre en høj klassekvotient i 1.G er forøget noget, fordi minimumskravene til antallet af valghold er knyttet til antallet af klasser.

Vedrørende elevernes timetal er de centrale bestemmelser her så nøjagtige, at amtskommuneme ikke har nogen mulighed for at påvirke ressourceforbruget ad denne vej .

Faldende elevtal og i forbindelse herved stigende lærerforbrug pr. elev kan aktualisere nedlæggelse af gymnasier. Den politiske intention bag minimumskravene til oprettelse af valghold har dog været at "beskytte" de små gymnasier. Dette

er baggrunden for, at bestemmelsen om, at undervisningsministeren skal godkende nedlæggelsen af gymnasier, er opretholdt.

De to vigtigste muligheder er påvirkning af klassekvotienten i den udelte undervisning og muligheden for med Undervisningsministeriets godkendelse af nedlægge gymnasier.

Nogle særlige bindinger for lærerløntimeforbruget inden for gymnasieområdet fremgår af den særlige overenskomst for gymnasieagister. Amtsrådsforeningen forhandler på arbejdsgiversiden. Overenskomsten er for gymnasieagister ved gymnasieskoler, studenterkurser, toårige hf-kurser og hf-enkelt fagskurser i princippet identisk med de øvrige AC-overenskomster. Der er således en parallelitet til de øvrige AC-overenskomster, hvor Finansministeriet er hovedforhandler. Direktoratet for Gymnasieskolerne og Højere Forberedelseseksamen fungerer i forhandlingssammenhæng som en art statslig rådgiver for Amtsrådsforeningen på grund af dette pædagogiske ansvar.

Som noget særligt for gymnasieagisterområdet kan fremhæves, at hele arbejdstiden på forhånd er fordelt til henholdsvis undervisningstid, forberedelse m.v., samt at den på forhånd fastlagte arbejdstid er afsat til forskellige arbejdsopgaver. De eksisterende tjenestetidsregler er enten fastsat af Undervisningsministeriet efter forhandling med organisationerne eller er egentlige overenskomster.

Af specielle forhold kan nævnes, at tjenestetiden, herunder forberedelsestiden, er fastsat ens for alle lærere. For rettelse af opgaver, rapporter m.v. ydes der den enkelte lærer en reduktion (timenedsættelse). Reduktionen beregnes i forhold til antallet af elever. Reelt er det Undervisningsministeriet, der fastsætter timereduktionerne, da dette beror på en pædagogisk bedømmelse af kravene til opgaverne og dermed til den tid, der afsættes til rettelser. Der er ikke knyttet en fast arbejdsforpligtelse (antal opgaver årligt) til de fastsatte reduktioner. Det er således i et vist omfang den enkelte lærer selv, der udfylder de pædagogiske forudsætninger for reduktionen. Dette forhold ændres dog i forbindelse med gennemførelse af gymnasiereformen, idet der vil blive udsendt et cirkulære om omfanget af elevernes samlede arbejde.

Det er alene Gymnasieskolernes Lærerforening og Direktoratet for Gymnasieskolerne og Højere Forberedelseseksamen, der forhandler de statsligt finansierede forsøgsreduktioner. Af andre regler, der er fastsat ved overenskomst mellem Amtsrådsforeningen og Gymnasieskolernes Lærerforening kan nævnes regler, som indebærer en timerreduktion eller ydelse af et honorar, kan nævnes indførelse af edb i gymnasiet, støtteundervisning til elever, deling af hold og klasser, studievejledning og tilsyn med samlinger. Endvidere findes særlige regler om flyttegodtgørelse, et længere opsigelsesvarsel i forbindelse med 120-dages reglen og en regel om særlige hensyn, der ved ansættelse skal tages til lærere, der er afskediget fra andre skoler på grund af sygdom eller timemangel. Disse regler stammer fra den tid, hvor lærerne udelukkende var tjenestemandsansatte.

Endelig kan nævnes, at staten yder ekstra honorarer for censur ved reeksamination, samt at skriftlig censur ved studentereksamen holdes uden for lærernes tjenestetid, og vederlag tildeles særskilt. Disse regler stammer fra en periode med lærermangel.

5.1.B. udgifter, ressourceforbrug m.v. og behov i forbindelse med gymnasie- og HF-undervisning.

De samlede amtskommunale nettodriftsudgifter vedrørende gymnasie- og HF-undervisningen 1980-86 fremgår af tabel 2.

Tabel 2. udgifter til gymnasie- og HF-undervisning 1980-87, løbende og faste priser og lønninger (1986).

	Nettodriftsudgifter		Nettodriftsudgifter i 1986-p/l		Realvækst i netto-driftsudgifter Pct.
	I alt mio. kr.	Pr. elev kr.	I alt mio. kr.	Pr. elev kr.	
1980	1.633	22.750	2.491	34.696	.
1981	1.904	25.140	2.604	34.386	4,5
1982	2.175	27.480	2.671	33.743	2,6
1983	2.458	30.410	2.826	34.972	5,8
1984	2.507	31.460	2.706	33.961	-4,2
1985	2.632	34.730	2.727	35.980	0,8
1986	2.452	34.260	2.453	34.260	-10,0
1987(skøn)	2.892	41.510	2.708	38.900	10,4

Note: Skøn for 1987 er baseret på indberetninger til amtsrådsforeningen oktober 1987.

Anm.: Det skal bemærkes, at realvæksttallene for 1985 og 1986 er påvirkede af efterregulering af betalinger mellem staten og amtskommunene vedrørende gymnasierne. Staten opkrævede således for store betalinger vedrørende gymnasierne i 1985, hvilket blev efterreguleret i 1986. Realvæksttallene er således "for høje" i 1985 og "for lave" i 1986.

Gymnasie- og HF-udgifterne har på grund af de stigende ungdomsårgange i perioden op til og med 1983 udvist en betydelig realvækst. For 1986 er der tale om et markant fald, hvorimod 1987-budgettet igen viser en betydelig forøget stigning. Tallene for de sidste tre år er påvirket af budgettekniske forhold, samt omlægning af betaling for overtimer.

Udviklingen i udgifterne skal naturligvis ses i sammenhæng med tilgangen af elever til gymnasier og HF og udviklingen i den samlede elevbestand, jf. tabel 3. Perioden i slutningen af 1970'erne og begyndelsen af 1980'erne var således

præget af en stærk stigning i tilgangen og bestanden af elever. Realvæksten i udgifterne i de første år af 1980'erne har da heller ikke været ledsaget af en stigning - men derimod et vist fald - i den reale udgift pr. elev, jf. tabel 2.

Tabel 3. Tilgang og bestand af elever i gymnasier og HF.

	Tilgang af elever		Bestand af elever	
	Absolut	Index 1975/76 = 100	Absolut	Index 1975/76 = 100
1975/76	23.688	100	57.826	100
1980/81	28.824	122	73.633	127
1981/82	31.991	135	77.933	135
1982/83	32.763	138	80.404	139
1983/84	31.801	134	81.283	141
1984/85	29.147	123	78.124	135
1985/86	27.147	117	73.472	127
1986/87	27.234	115	69.673	120

Omvendt kan det konstateres, at tilpasningen af gymnasieudgifterne i de efterfølgende år ikke er sket i takt med faldet i elevtallet, hvorved der er sket en betydelig stigning i udgifterne pr. elev.

Som det fremgår af tabel 4, er løntimeforbruget pr. elev stigende, og antallet af elever pr. lærer faldende. Ved vurderingen heraf må dog indgå flere faktorer. Ferieforlængelse er blevet givet som en reduktion i årsnormen, og en række opgaver, som før blev betalt ved et tillæg til de eksisterende læreres løn, er gennem de seneste overenskomstændringer lavet om til timerreduktioner, dvs. stillinger. Blandt nye reduktionsordninger kan nævnes datavejledningsordninger. Nye overenskomstmæssige afspadseringsordninger har endvidere konverteret overtimer til lærerstillinger. I 1987 udbetales dog de overtimer, som i de foregående år ikke har kunnet afspadseres. Endvidere påvirker de tidligere nævnte anciennitetsstigninger

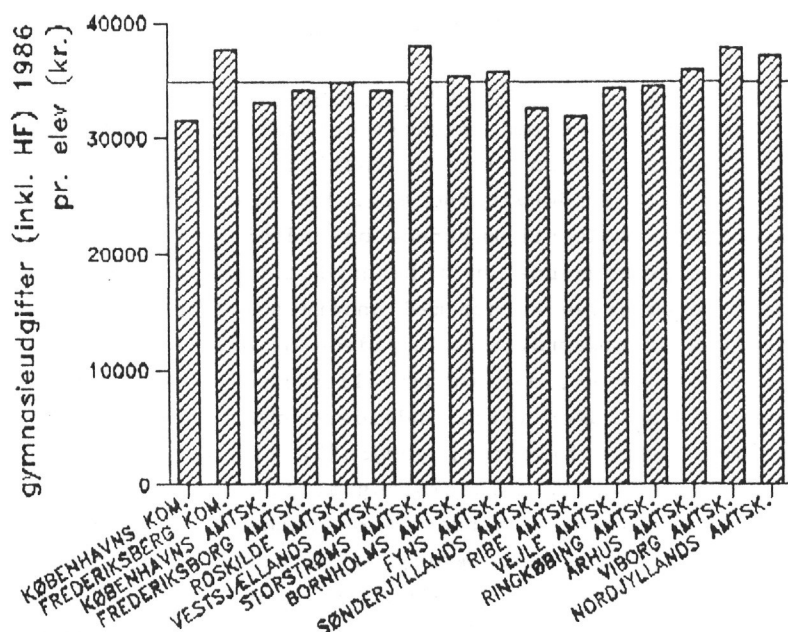
år for år gymnasieudgifterne i opadgående retning

Tabel 4. Antal skoler, lærere m.v. i gymnasier og HF.

	1975/76	1980/81	1984/85	1985/86	1986/87
Antal skoler	134	161	165	164	164
Antal lærere	5.646	6.664	7.795	7.578	7.523
Antal elever pr. lærer	10,2	11,0	10,0	9,7	9,3
Løntimeforbrug pr. elev	2,09	2,07	2,14	2,18	2,17
Gennemsnitlig klassekvotient	22,7	22,8	23,4	23,3	22,8

I figur 1 nedenfor er givet en illustration af spredningen i de amtskommunale nettodriftsudgifter pr. elev (1986-budget). Figuren viser, at der på trods af de bindinger, som regelsættet vedrørende gymnasie- og HF-undervisningen pålægger amtskommunerne, er tale om en vis spredning i enhedsudgifterne. Spredningen i enhedsudgifterne fra 32.000 kr. i det billigste amt til 38.000 kr. i det dyreste kan skyldes forskelle i lærertimeforbrug, varekøb og serviceydelser, i gymnasiernes størrelse og i ejendomsudgifter m.m. Geografisk set er gymnasiområdet mere homogent end f.eks. folkeskoleområdet.

Figur 1. Spredningen i gymnasieudgifterne pr. elev (1986-regnskab).



Der er dog en betydelig spredning i den såkaldte gymnasiefrekvens forstået som den andel af en ungdomsårgang, der søger gymnasiet. I 1987 lå Frederiksborg Amt i top med en gymnasiefrekvens på ca. 40 og Sønderjyllands Amt i bunden med en gymnasiefrekvens lidt under 25.

Ifølge Danmarks Statistiks uddannelsesregistre har overgangen fra grundskoleniveau til det almen-gymnasiale niveau ligget uhyre stabilt i første halvdel af 1980'erne. I perioden 1980 til 1984 udviklede overgangsandelen sig på følgende måde: 1980 30,3, 1981 32,5, 1982 32,6, 1983 32,8 og 1984 31,9. Medtages særligt de lidt ældre ansøgere til hf-uddannelsen, der i en periode har været ude af uddannelsessystemet, kan den samlede overgangsandel beregnes til ca. 37. De seneste tal fra den samordnede tilmelding tyder på en stigning i overgangsandelen siden 1985, således at overgangsandelen direkte fra

grundskolen til det almen-gymnasiale niveau nu udgør ca. 34 pct.

5.2. Prøveforberedende enkeltfagsundervisning.

5.2.A. Regelsættet for enkeltfagsundervisning.

Regelsættet for amtskommunernes indsats i tilknytning til enkeltfagsundervisningen er fastlagt i lov om prøveforberedende enkeltfagsundervisning m.v. for voksne⁶⁾ og Undervisningsministeriets dertil knyttede bekendtgørelse.⁷⁾

Amtskommunerne er i henhold til loven forpligtet til at oprette og drive kursus med undervisning for voksne til folkeskolens afgangsprøver og udvidede afgangsprøver samt undervisning til prøver, der indgår eller kan indgå i den højere forberedelseseksamen (HF). Endvidere skal der tilbydes undervisning i fagene historie, geografi, biologi og samtidssorientering svarende til folkeskolens ældste klasse.

Amtskommunale kurser for voksne opføres på planen for amtskommunernes skolevæsen, og på grundlag af planen udarbejder amtsrådet en årlig tilbudsoversigt, der sammen med en fortegnelse over den etablerede undervisning fremsendes til Undervisningsministeriet.

Der er ikke fastlagt detaljerede regler for udbuddet og placeringen af kurser. Det fremgår således at Undervisningsministeriets vejledning om oprettelse af hold ved prøveforberedende enkeltfagsundervisning for voksne af 17. august 1983, at "loven pålægger ikke amtskommunerne pligt til hvert år at tilbyde oprettelse af undervisning i alle fag på hvert enkelt kursus. Det skal dog sikres, at kursisterne inden for et rimeligt tidsrum eller inden for et rimeligt geografisk område får et undervisningstilbud, der omfatter samtlige fag og niveauer."

Der er således overladt amtskommunerne en vis fleksibilitet i opfyldelsen af sin undervisningsforpligtelse. Selv om tilgangen til enkeltfagsundervisningen som udgangspunkt er udefra bestemt, har amtskommunerne dermed også visse mulighe-

6) Lovbekendtgørelse nr. 320 af 4. juli 1983.

7) Bekendtgørelse nr. 338 af 11. juli 1983.

der for at påvirke dennes omfang i de enkelte år gennem sit udbud - kursernes geografiske placering og udbudshyppigheden for de enkelte fag på det enkelte kursussted. Reelt ligger en væsentlig styringsfaktor i den lovbestemte informationsgivning om kursustilbuddet.

Det er i Undervisningsministeriets bekendtgørelse fastlagt, at tilbudte kurser skal gennemføres, hvis der 14 dage før kursets start er optaget mindst 12 deltagere. Det er endvidere fastsat, at antallet på et hold ikke må overstige 28. De holdstørrelser, som amtskommunen er forpligtet til at oprette, kan altså ligge i intervallet 12-28. Sammenlægning af hold, hvis størrelse er reduceret på grund af frafald, kan i midlertid kun ske under nærmere angivne - og meget restriktive - betingelser. F.eks. er det kun muligt at foretage sammenlægning af hold, der har et 2-årigt forløb, og først efter udløbet af det første år. Ligeledes lægger regelsættet omkring enkeltfagsundervisningen en række bindinger på amtskommunernes muligheder for at etablere en koordination mellem de 2-årige HF-kurser og enkeltfagskurser omkring valgfag.

Den faktiske holdstørrelse må forventes at være noget afhængig af udbudshyppigheden, men amtskommunerne har i øvrigt ikke væsentlige muligheder for at påvirke holdstørrelserne inden for det angivne interval. Holddubleringsreglen kan i sin nuværende udformning bruges til at begrænse tilgangen. Kursist nr. 29 på et hold kan således enten udløse et nyt hold eller henvises til tilsvarende undervisning ved en anden kursusafdeling, såfremt der er geografisk mulighed herfor. Der er dog strenge regler for henvisninger.

Elevernes timetal i undervisningen fastlægges meget entydigt af Undervisningsministeriet for "normalelever"¹¹. Med henblik på folkeskolens afgangsprøver kan der dog for deltagere, der skønnes at have behov for et større henholdsvis mindre timetal, tilrettelægges undervisning, således at f.eks. regning-/matematik til afgangsprøven, hvor kravet normalt er 320 ti-

mer, kan gennemføres med 480 timer og 192 timer i henholdsvis et udvidet og koncentreret kursusforløb.⁸⁾

I henhold til Undervisningsministeriets bekendtgørelse om enkeltfagsundervisning er det fastlagt, at der skal gå 3 år eller mere, før den enkelte kursUSDeltager kan sammenstykke en samlet HF-eksamen.

Der er ingen krav i lovgivningen m.v. om, at amtskommunerne skal gennemføre de udvidede kurser for svage elevgrupper.

Det skal afslutningsvis bemærkes, at der under Undervisningsministeriet er nedsat et udvalg vedrørende den prøveforberedende enkeltfagsundervisning på grundlæggende niveau, som skal vurdere mulighederne for mere fleksibilitet og fornyelse i undervisningstilbud, tilrettelæggelsesformer og kursustlængde, herunder også mulighederne for forenkling af administration og styring, så kurserne får større mulighed for at bestemme over virksomheden inden for de økonomiske rammer, der afstikkes for det enkelte kursus.

5.2.B. udgifter og ressourceforbrug i forbindelse med enkeltfagsundervisning .

I tabel 5 er vist udviklingen i de amtskommunale netto-driftsudgifter vedrørende enkeltfagsundervisningen.

-) Undervisningsministeriets cirkulære af 30. juni 1978 om elevernes timetal ved den prøveforberedende enkeltfagsundervisning for voksne til folkeskolens afgangsprøve og folkeskolens udvidede afgangsprøver.

Tabel 5. Nettodriftsudgifter for enkeltfagsundervisning, løbende og faste priser og lønninger (1986).

Mio. kr. /Pct.	Nettodrifts- udgifter i alt	Nettodrifts- udgifter i 1986 p/l i alt	Realvækst i nettodrifts- udgifter
1980	338	515	.
1981	390	533	3,5
1982	457	561	5,3
1983	486	559	-0,4
1984	499	539	-3,6
1985	524	543	0,7
1986	541	541	-0,4
1987 (støn)*	622	583	7,7

* Skøn indberettet til Amdsrådsforeningen, oktober 1987.

Udgiftsudviklingen viser en realvækst af størrelsesordenen 3-5 pct. i 1980-82. Herefter er der imidlertid - som for det amtskommunale udgiftsområde under ét - tale om et udgiftsfald i 1983 og 1984 og derpå en stabilisering i 1985 og 1986.

Som det fremgår af tabel 6 er udgiftsfaldet i 1983-84 fremkommet på baggrund af en reduktion i antallet af hold og løntimer, mens elevtallet på HF-enkeltfagsområdet var uændret. Antallet af hold og elever er herefter påny vokset på HF-enkeltfagsområdet, mens faldet er videreført for folkeskolens enkeltfag. For 1987 er budgetteret med en fornyet kraftig realvækst i udgifterne.

Tabel 6. Antal elever, hold m.v. på HF-enkeltfagsområdet (HF) og på folkeskolens enkeltfag (FSA/FSU) 1980/81 til 1985/86.

	1980/81	1982/83	1984/85	1985/86
HF:*)				
Antal hold	3.170	3.645	3.662	3.818
Antal holdelever	54.703	69.565	71.716	73.578
Årlige uv.timer	368.741	425.391	429.973	442.436
Pr. hold elev	6,7	6,1	6,0	6,0
Årlige løntimer	460.845	531.423	636.736	553.342
Pr. hold elev	8,4	7,6	8,8	7,5
Gnst. holdstr.	17,3	19,1	19,6	19,3
FSA/FSU:				
Antal hold	4.328	4.338	4.125	4.108
Antal holdelever	74.286	82.951	78.268	76.052
Årlige uv.timer	699.750	722.700	637.801	634.168
Pr. hold elev	9,4	8,7	8,2	8,3
Årlige løntimer	875.008	904.055	823.370	791.401
Pr. hold elev	11,8	10,9	10,5	10,4
Gnst. holdstr.	17,2	19,1	19,0	18,5

5.3. Specialundervisningsområdet.

5.3.A. Regelsattet på specialundervisningsområdet.

Amtskommunernes opgaver inden for specialundervisningen omfatter to hovedområder:

Den vidtgående specialundervisning for børn og unge under 18 år i henhold til folkeskolelovens § 19, stk. 2. Omfatter ligeledes specialpædagogisk bistand til småbørn.⁹⁾

9) Bekendtgørelse af Lov om folkeskolen nr. 541 af 21. august 1986.

Den kompenserende specialundervisning for voksne i henhold til lov om specialundervisning for voksne.¹⁰⁾

5.3.A.a. Den vidtgående specialundervisning for børn.

For hele specialundervisningsområdet for børn og unge er der tale om en opgavedeling mellem amtskommuner og primærkommuner, baseret på graden af handicap og de heraf afledte behov for specialundervisning. Amtskommunerne skal efter loven sikre udbud af og finansiere en velegnet undervisning (vidtgående specialundervisning) for de mest handicappede og herved også oftest den mest omkostningstunge andel af eleverne.

Udbuddene i amtskommunerne til børn med vidtgående handicap koncentrere sig om følgende tilbud:

- amtskommunale folkeskoler, herunder observationsskoler, centerklasser ved primærkommunale folkeskoler, støttetimer til elever integreret i hjemklasse på de primærkommunale folkeskoler, specialpædagogisk bistand til småbørn i børnehaver, hjemmet m.m.

Gruppen af børn med vidtgående handicap omfatter på nuværende tidspunkt ca. 1 pct. af folkeskolens elever. Hvorvidt man også fremover kan påregne at kun ca. 1 pct. af folkeskolens elever vil have behov for vidtgående specialundervisning er på det seneste draget i tvivl, bl.a. gennem undersøgelser foretaget i hovedstadsområdet, der peger på en stigning i hyppigheden af multihandicappede.¹¹⁾

Afgørelsen af om en elev hører ind under den vidtgående specialundervisning sker gennem en visitation, hvor amtsrådet har beslutningsret. Det økonomiske og det pædagogiske/administrative ansvar er således samlet hos en myndighed, med deraf følgende muligheder for koordination og planlægning af den fremtidige udvikling på området, herunder indgåelse af over-

10) Bekendtgørelse af Lov om specialundervisning for voksne nr. 256 af 4. maj 1987.

11) Ugeskrift læger 149/32. 3. august 1987. p.p. 2164-2173.

enskomster med primærkommuner, om at de varetager en del af undervisningstilbuddene.

Fremgangsmåden ved visitationen eller henvisningen til vidtgående specialundervisning er nærmere beskrevet i Undervisningsministeriets vejledning nr. 184 af 22. oktober 1979.

Afgørelsen af om en elev skal have vidtgående specialundervisning baseres på en pædagogisk/psykologisk vurdering (de kommunale skolepsykologiske rådgivninger) med fornøden bistand af andre sagkyndige. På basis af den skolepsykologiske rådgivning, der indeholder forslag om under hvilken form og med hvilket indhold specialundervisningen og anden specialpædagogisk bistand skal gives, træffer lærerrådet ved barnets skole herefter beslutning om, hvorvidt barnet skal have vidtgående specialundervisning. Lærerrådet afgiver i bekræftende fald en indstilling herom til kommunalbestyrelsen, der herefter træffer beslutning om indstilling til amtsrådet. Amtsrådet træffer på dette grundlag, eventuelt efter indhentet udtalelse fra amtsskolepsykologen og/eller andre sagkyndige, den endelige beslutning af:

- a) om eleven skal have vidtgående specialundervisning,
- b) hvor undervisningen skal ydes,
- c) hvordan undervisningen skal ydes.

Mindst en gang om året vurderer en skolepsykologisk rådgivning om den vidtgående specialundervisning skal fortsætte eller ændres og afgiver forslag herom til amtsrådet.

Der fastlægges årligt takster for primærkommunernes betaling til amtskommunerne for elever under vidtgående specialundervisning. Takstsystemet tilsigter nogenlunde udgiftsmæssig neutralitet på landsplan for kommunerne i forhold til udgifterne pr. barn i normalundervisning og til specialundervisning i kommunernes eget regi. Da den vidtgående specialundervisning omfatter den tungeste del af specialundervisningen, er det med andre ord ikke hensigten, taksterne skal dække de faktiske udgifter ved den vidtgående specialundervisning.

Amtsrådets beslutning med hensyn til, hvilke børn der er omfattet, og hvor de skal undervises, betyder, at amtskommunerne ved beslutningen omkring den enkelte elev kan sikre sig

mød en "glidning" af kriterierne for henvisning og dermed overvæltning af opgaver fra primærkommunerne.

At der i primærkommunerne og amtskommunerne er en vis fornemmelse af, om en elev har behov for vidtgående specialundervisning eller almindelig specialundervisning, kan det faldende antal ankesager til Undervisningsministeriet være et udtryk for. Antallet er faldet ganske betragtelig efter de første års indkøringsproblemer i forbindelse med særforsorgens udlægning.

I de normer og standarder der gælder for amtskommunernes vidtgående specialundervisning er der således ikke mange formelle krav, der binder amtskommunernes styringsmuligheder.

Reelt ligger der dog i hele specialundervisningssystemets opbygning, implicit et krav om et større ressourceforbrug pr. elev i den vidtgående specialundervisning end det, der bruges på elever i den primærkommunale specialundervisning.

Hertil kommer ankesystemet, hvor afgørelser vedrørende den enkelte elev kan indbringes for undervisningsministeriet, der kan tage stilling til, om undervisningstilbuddet er et fagligt forsvarligt tilbud.

Amtskommunerne har således inden for disse grænser mulighed for at styre ressourceforbruget pr. elev, men har ingen muligheder for at påvirke de mere bagvedliggende behov - f.eks. ændringer i det samlede elevtal, som en følge af flere multihandicappede børn.

5.3.A.b. Den kompenserende specialundervisning for voksne.

For de voksnes vedkommende sondres der ikke i lovgivningen efter handicappets sværhedsgrad. Amtskommunerne har hele ansvaret for og finansieringen af den undervisning og specialpædagogiske bistand, der tager sigte på at afhjælpe eller begrænse virkningerne af et fysisk eller psykisk handicap, kompenserende specialundervisning.

Udbuddene i amtskommunerne til voksne med fysiske og psykiske handicap koncentrerer sig om følgende tilbud:

amtskommunale specialundervisningsinstitutioner, specialundervisning etableret af private initiativtagere (typisk oplysningsforbund) efter overenskomst med amtskommunen ,

diverse konsulentfunktioner, undervisnings- og specialpædagogisk bistand til enkeltpersoner, diverse undervisningstilbud i kombination med beskæftigelse m.m.

Undervisningen er nærmere reguleret gennem Undervisningsministeriets bekendtgørelse om specialundervisning for voksne nr. 584 af 7. september 1987, og Undervisningsministeriets vejledning om specialundervisning for voksne (udsendt 1985) giver endvidere anvisninger på, hvordan amtskommunerne kan opfylde deres forpligtelser inden for området.

Anmodning om specialundervisning oprettet af amtskommunerne kan fremsættes over for amtsråd eller undervisningsinstitution af den pågældende person, pårørende, sociale myndigheder eller andre, der har kendskab til personens behov for specialundervisning.

Amtsrådet kan forinden stillingtagen til anmodningen foranledige iværksat en pædagogisk-psykologisk undersøgelse, hvor den pågældende selv, eventuelle pårørende og forskellige sagkyndige kan inddrages. Amtsrådet træffer herefter den endelige beslutning af:

- a) om eleven skal have specialundervisning,
- b) hvor undervisningen skal ydes,
- c) hvordan undervisningen skal ydes.

Ved anmodning om specialundervisning, der er oprettet på privat initiativ, kan amtsrådet ligeledes inddrage særlige sagkyndige i forbindelse med afgørelsen af om en person er berettiget til specialundervisning efter Lov om specialundervisning for voksne. Det sædvanlige er dog, at beslutningen om at iværksætte undervisningen træffes af den af amtsrådet godkendte leder. Undervisningens indhold og omfang er i dette tilfælde fastlagt på forhånd. Den voksne handicappede tilmelder sig på samme måde som andre til kurser oprettet under oplysningsforbundene.

Afgørelserne kan indbringes for Undervisningsministeriet. Mindst en gang årligt skal det vurderes, om den kompenserende specialundervisning skal fortsætte.

Tilbuddene inden for den kompenserende specialundervisning kan omfatte enkeltmandsundervisning og holdundervisning, med maximum 6 deltagere pr. hold, med mindre der foreligger særlige forhold. Loven åbner endvidere mulighed for at der i tilknytning til den kompenserende specialundervisning kan etableres specialundervisning, som er tilrettelagt under hensyntagen til deltagerne handicap, hensyntagende specialundervisning. Denne bestemmelse er medtaget for at sikre helheden i den undervisning, der gives ved de tidligere særforborgsskoler samt nyoprettede amtskommunale institutioner.

Amtsrådet kan også beslutte, at private initiativtagere i tilknytning til den kompenserende specialundervisning, kan etableres hensyntagende specialundervisning. Som hovedregel bør private initiativtagere dog etablere en sådan specialundervisning i henhold til Lov om fritidsundervisning m.v. og normalt kan et fag/emne der er godkendt under fritidsundervisningsloven ikke samtidig godkendes som specialundervisning i henhold til lov om specialundervisning for voksne.

De normer og standarder, der er for specialundervisningsområdet for voksne åbner således til en vis grad op for at amtskommunene gennem planlægningen af deres skolevæsen og indgåelse af overenskomster med private initiativtagere kan fastlægge de former for specialundervisning, de skal tilbydes. Styringsmulighederne ligger således i visitationen, i fastlæggelse af undervisningstilbuddene og serviceniveauet pr. elev., idet amtsrådet skal godkende de med undervisningsvirksomheden forbundne udgifter.

Amtsrådet har imidlertid ikke kompetence til at fastlægge en bestemt bevilling for området og herud fra regulere tilbuddene, idet det i vejledningen fremgår at: "amtsrådet kan ikke af økonomiske årsager afvise eller udsætte at inødekomme undervisningsbehov hos voksne fysiske eller psykisk handicappede".

Afgørelser vedrørende anmodning om kompenserende specialundervisning kan ankes til Undervisningsministeriet og afgørelser her kan få indvirkning på amtskommunenes styringsmuligheder. Det samme kan grænsedragningen mellem kompenserende og hensyntagende specialundervisning.

På samme måde som på børneområdet kan amtskommunerne styre ressourceforbruget pr. elev, men har ingen mulighed for at påvirke udefra kommende ændringer i det samlede antal handicappede.

En lov af en vis betydning for specialundervisningsområdet er skolestyrelsesloven. Denne blev i 1986 ændret med henblik på en forenkling af amtskommunernes administration af skolelovgivningen. Bl.a. blev en række bestemmelser om amtsrådets godkendelse af visse kommunale dispositioner ophævet. Derudover ophævedes amtsrådets legalitetstilsyn, men således at amtsrådet i stedet blev pålagt en pligt til at vejlede kommunen efter anmodning fra kommunalbestyrelsen.

Endvidere ophævedes planlægningsbestemmelserne, som erstattedes af en bemyndigelse til at fastsætte regler vedrørende kommuners og amtskommuners planlægning på området. Amtsrådets forpligtelse til at udfærdige instrukser for amtskonsulenternes og amtspsykologernes virksomhed ophævedes, og klageadgangen blev forenklet, således at amtsrådet som ankeinstans nu træffer den endelige administrative afgørelse. Undervisningsministeren kan dog fastlægge regler om særlige forhold.

5.3.B. udgifter og ressourceforbrug i forbindelse med specialundervisning.

De amtskommunale nettodriftsudgifter på specialundervisningsområdet fremgår af tabel 7.

Tabel 7. Nettodriftsudgifter til specialundervisning for børn og voksne 1980-86, løbende og faste priser (1986).

Mio. kr. /pct.	Specialundervisning af børn			Specialundervisning af voksne		
	Netto- drifts- udgifter	Netto- drifts- udgifter 1986-p/1	Realvækst i netto- drifts- udgifter	Netto- drifts- udgifter	Netto- drifts- udgifter 1986-p/1	Realvækst i netto- drifts- udgifter
1980	365	557	.	148	226	.
1981	449	615	10,4	218	298	31,8
1982	490	602	-2,1	307	377	26,8
1983	486	558	-7,2	368	423	12,2
1984	466	503	-9,9	403	435	2,8
1985	497	515	2,4	437	453	4,1
1986	501	501	-2,7	443	443	-2,2
1987 (skøn) *)	581	544	8,6	503	471	6,4

*) Støn indberettet til Amdsrådsforeningen, oktober 1987.

Ved en generel vurdering af udgiftsudviklingen på specialundervisningsområdet bemærkes, at afgrænsningen i amtskommunernes regnskaber mellem børne- og voksenområdet måske ikke er helt entydig. Der er således en tendens til, at de amtskommuner, der har høje udgifter på voksenområdet, har lave udgifter på børneområdet og omvendt. I forbindelse med særforsorgens udlægning har det været svært at indplacere de mange forskellige typer institutioner i den amtskommunale kontoplan. Mange skoler er således fremdeles blandede børne- og voksskoler, hvilket ikke uden videre kan ses af budgetterne. Det er dog blevet indskærpet, at en adskillelse bør finde sted.

Med disse forbehold viser tallene, at for så vidt angår den vidtgående specialundervisning af børn og unge er der efter en kraftig realvækst i 1981 sket et betydeligt reallald

i udgifterne i 1982-84, hvorefter der påny er tale om en stigning i 1985. For 1986 er der på ny et realt fald i udgifterne, mens der fra 1986 til 1987 er budgetteret med godt 7 pct.'s stigning i udgifterne.

Udgiftsstigningen fra 1986 til 1987 er påvirket af ændringer i lærernes overenskomst på dette område. Udgifterne i 1987 er således ekstra ordinært høje på grund af efterbetalinger for tidligere år.

Udgifternes reale niveau ligger dog fortsat under niveauet ved periodens start.

Udgiftsfaldet i 1982-84 er som vist i tabel 8 sket samtidig med, at der er forekommet en stigning i antallet af børn henvist til vidtgående specialundervisning, og udgiften pr. elev er herigennem blevet reduceret væsentligt. Denne udvikling er vendt igen i 1985, hvor udgiftsstigningen er sket på trods af et fald i elevtallet. Det fremgår i øvrigt af tabellen, at mens der i perioden har været tale om et faldende samlet antal elever i folkeskolen, har antallet af elever henvist til vidtgående specialundervisning udvist en stigende tendens.

Tabel 8. Samlet antal elever i folkeskolen og antallet af elever med vidtgående specialundervisning.

	Samlet antal elever	Elever med vidtgående specialundervisning
1982/83	698.690	4.698
1983/84	679.883	4.935
1984/85	660.633	5.206
1985/86	645.537	5.151

Udgifterne i forbindelse med specialundervisningen af voksne er vokset endog særdeles kraftigt i perioden 1981-83.

Realvæksten er videreført i de følgende år, men på et lavere niveau. Det markante fald i udgiftsudviklingen fra 1984 skal ses i sammenhæng med den lovændring, som blev gennemført i 1983, og som indebar, at det ikke længere var muligt at etablere kompenserende specialundervisning på privat initiativ, blot to deltagere havde meldt sig til undervisningen. Undervisningen på privat initiativ kan herefter kun foregå efter overenskomst med amtskommunen. Lovændringen indebar således et fald i antallet af undervisningstimer i den kompenserende specialundervisning fra 294.000 i 1982/83 til 220.000 i 1983/84. Herefter er antallet af timer påny vokset til 230.000 i 1984/85 og 248.000 i 1985/86, hvilket svarer til en vækst på henholdsvis 4 1/2 og 8 pct., altså større end realvæksten i udgifterne.

Stigningen i udgifterne fra 1986 til 1987 kan for ca. 2 procents vedkommende henføres til ekstraordinært høje lønstigninger af størrelsesordenen 17 pct. pr. 1. april 1987 for lærere ansat af oplysningsforbundene og andre private initiativtagere.

5.4. Undervisning af indvandrere.

5.4. Regelsættet for indvandrerundervisningen.

Ifølge loven om undervisning af voksne indvandrere¹²⁾ skal den enkelte amtskommune sørge for, at indvandrere, som bor i amtskommunen, kan få undervisning, der sigter mod at gøre det muligt for dem at fungere i det danske samfund, samt afholde udgifterne hertil.

Før denne nye lov blev indvandrerundervisningen varetaget efter reglerne om hensyntagende specialundervisning for voksne i fritidsundervisningsloven. Dette er ikke længere muligt. Undervisningen af voksne indvandrere (herunder flygninge) i dansk sprog og danske kultur- og samfundsforhold er altså nu udelukkende et amtskommunal udgiftsanslag.

12) Lov nr. 355 af 4. juli 1986 om undervisning af voksne indvandrere.

Amtskommunen opfylder sin forpligtelse ved at indgå overenskomster herom med private skoler, institutioner eller andre private initiativtagere eller eventuelt med en anden amtskommune eller med kommunerne. I særlige tilfælde kan amtskommunen selv etablere undervisning. Der kendes dog ingen eksempler.

Undervisningen skal i henhold til Undervisningsministeriets bekendtgørelse¹³⁾ bestå af undervisning i dansk sprog samt dansk kultur og danske samfundsforhold. Niveauet i dansk skal lægges således, at indvandrerne sættes i stand til at benytte sig af samfundets almindelige uddannelsestilbud, dvs. at amtskommunens særlige forpligtelse over for indvandrere ophører, når de kan følge de almindelige enkeltfagskurser for voksne til folkeskolens afgangsprøver.

Det er amtsrådet, der ud fra en vurdering af den enkelte indvandrers forudsætninger beslutter, hvilket undervisningstilbud indvandrerens skal have. Undervisningen foregår på hold eller i særlige tilfælde som enkeltmandsundervisning (analfabeter). Amtsrådet fastsætter holdstørrelsen bl.a. under hensyn til deltagernes forudsætninger. Det antages, at det er tilladeligt at lade en indvandrer vente på undervisning en vis, begrænset periode, så der kan opnås passende holdstørrelser.

Amtskommunene har ikke mulighed for at påvirke tilgangen til indvandrerundervisning, men de kan i princippet påvirke ressourceforbruget pr. elev, under forudsætning af at undervisningsmålene kan opfyldes med den besluttede ressourceindsats.

Amtskommunene samt Københavns og Frederiksberg kommuner har i 1987 budgetteret med at afholde udgifter til indvandrerundervisning på ca. 190 mio. kr.

13) Undervisningsministeriets bekendtgørelse nr. 450 af 3. juli 1986 om undervisning af voksne indvandrere.

5.C. Styringen på undervisningsområdet.

5.C.1. udvalgets generelle overvejelser og synspunkter.

Den foregående gennemgang af udviklingen i udgiftsniveau og ressourceforbrug på det amtskommunale undervisningsområde har vist, at realvæksten har været forholdsvis behersket og næppe ligget ud over, hvad elevtalsstigninger, aktivitetsstigninger m.v. i begyndelsen af 1980'erne har betinget.

Der vil i hvert fald frem til 1991 stadig være et betydeligt tilgangspres på ungdomsuddannelsesområdet, herunder gymnasie- og hf-området, som amtskommunerne administrerer. Men derefter sker der kraftige fald i ungdomsårgangene, som ikke kan undgå at påvirke tilgangen.

Udvalget finder, at det er af afgørende betydning, at man styringsmæssigt i god tid ruster sig til det betydelige elevtalsfald, der kan forudses i 1990'erne, således at man undgår den glidning i udgifterne pr. elev, som man har registreret på folkeskoleområdet i forbindelse med fald i elevtallet.

Store dele af det amtskommunale undervisningsområde er underlagt forholdsvis stramme og detaljerede regelsæt. Disse regelsæt kan i nogle tilfælde modvirke tendenser til standardglidning, men de kan også være en hindring for at amterne kan udøve en fleksibel styring. På flere områder kan regelændringer være ønskelige.

Det er også af betydning, at styringsinstrumenterne inden for henholdsvis det kommunale og statslige område koordineres på en sådan måde, at man ikke gennem styring af sit eget område skubber forpligtelserne over på andre områder.

a. På gymnasieområdet vil den forventede elevbestand på det almengymnasiale niveau i år 2000 nå sit absolutte minimum på kun 71 pct. af 1985-niveauet. I overvejelserne om gymnasiernes fremtid må der dog tages højde for, at der i perioden 2000-2011 forventes en midlertid stigning i ungdomsårgangene.

Mens den nuværende elevbestand af gymnasie-/hf-elever ligger på ca. 70.000, vil bestanden i år 2000 være ca. 50.000.

Omkring år 2010 vil bestanden udgøre ca. 60.000. Såfremt den samlede fertilitet forbliver lav, vil antallet af elever falde efter år 2010. Med en fertilitet på 1,7 falder elevtallet til 50.000.

En usikkerhed i forbindelse med gymnasieprognoserne knytter sig naturligvis til fordelingen af en ungdomsårgang på henholdsvis erhvervsuddannelser og almengymnasiale uddannelser samt den uddannelsesmæssige restgruppe. Selv om den samlede restgruppe, regnet som den gruppe, der ikke gennemfører en uddannelse udover folkeskolen, fortsat ligger på et niveau på ca., 25 pct. er den restgruppe, der ikke kommer i gang med en uddannelse efter grundskoleniveau, i de senere år faldet helt ned til et niveau på ca. 9 pct. Forskellen skyldes primært det betydelige frafald i uddannelsessystemet, men med faldet i restgruppen i snæver forstand, er der ikke længere så stor en "reserve" at tage af, hvis gymnsie- og erhvervsuddannelsesfrekvenserne skal yderligere øges.

Samtidig er der i de seneste år ikke sket de helt store forskydninger mellem tilgangen til de gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelserne. Begge centrale kategorier af ungdomsuddannelser har haft en stigende frekvens, der først og fremmest er opnået ved nedbringelse af restgruppen.

Undervisningsministeriet stiller inden for den nærmeste fremtid lovforslag om en omfattende erhvervsuddannelsesreform og herved samhørende reform af styringen inden for erhvervsuddannelserne. Et hovedsigte med reformen er, at styrke erhvervsuddannelserne som et sammenhængende uddannelsesstilbud for unge efter folkeskolen.

Det kan forventes, at også erhvervsuddannelserne på ungdomsuddannelsesniveau i fremtiden vil få lovsikret fri adgang, og tilgangen vil dermed blive bestemt af de unges søgningspræferencer. I de enkelte amtskommuner kan der derfor hvert år blive en usikkerhed om, hvordan en ungdomsårgangs fordeling på de enkelte skoleområder vil blive, og da staten finansierer erhvervsuddannelserne, resulterer dette i planlægnings- og budgetteringsusikkerhed.

Det er i den forbindelse vigtigt - både for staten og for amtskommunerne - at der sker en kraftig udbygning af den regionale prognosevirksomhed.

Undervisningsministeriet sigter på, at den centrale elevprognosemodel inden for ungdomsuddannelserne udbygges, således at der årligt udsendes regionale prognoser om tilgangen til ungdomsuddannelserne opdelt på amtskommuner. De frie uddannel-

ses- og skolevalg ved såvel de gymnasiale uddannelser som erhvervsuddannelserne bør understøttes gennem en koordineret vejledning, og det bør sikres, at den frie adgang ikke misbruges til propaganda- eller hetz-lignende konkurrenceformer skolerne imellem. Amtskommunene kan her spille en central rolle i udviklingen af gode samarbejdsrelationer, og organisering af **det** amtslige samarbejde må overvejes nærmere.

I lovforslaget om erhvervsskolerne sikres amtskommunene en repræsentation i erhvervsskolernes bestyrelser. Hermed sikres amtskommunene fuld information om udviklingen på de enkelte erhvervsskoler, og amtskommunene kan udnytte sin repræsentation i koordinerende øjemed, specielt hvis de amtskommunale repræsentanter har direkte forbindelse med amtskommunernes undervisnings- og kulturforvaltning. Den amtskommunale repræsentant kan spille en vigtig koordinerende rolle i skabelsen af effektive regionale informationssystemer, og må være med til at sikre, at de lokale prognosemodeller for henholdsvis gymnasie- og erhvervsuddannelsesområdet i videst muligt omfang blive konsistente.

Udvalget anbefaler, at amtskommunene selv tager initiativ til at der etableres et regionalt samarbejde omkring prognose- og vejledningsindsatsen.

Udvalget finder også, at amtskommunene selv kan tage initiativ til, at der etableres et regionalt samarbejde om udbuddet af uddannelser i amtskommunen. Det kan eventuelt ske i samme forum, som nævnt under det foregående forslag.

Det er som omtalt udvalgets opfattelse, at der på de amtskommunale områder må sikres en tilpasning af ressourceforbruget til det faldende elevtal i 1990'erne, så man undgår tilsvarende standardglidninger som på folkeskoleområdet i slutningen af 1970'erne og begyndelsen af 1980'erne, hvor dette område var præget af elevtalsfald. Det bør samtidig være et afgørende hensyn, at de enkelte amtskommunale skoler får mulighed for at deltage i den ressourcemæssige styring og prioritering.

Med den relativt høje grad af regelstyring på gymnasieområdet er faren for standardglidning ganske vist ikke så høj som på folkeskoleområdet, hvor der er friere spillerum for en varieret standardfastlæggelse, men de regnskabsførte udgifter pr. elev varierer alligevel - jf. afsnit 2.B. - betydeligt.

Udvalget finder, at undervisningsministerens beføjelser ~~må~~ hensyn til godkendelse af nedlæggelse af gymnasier og de dertil knyttede kurser til HF-eksamen er uhensigtsmæssig.

Udvalget accepterer dog, at der er en pædagogisk begrundelse for, at ministeren skal godkende en afviklingsplan ved en skolenedlæggelse.

FORSLAG 1

Udvalget foreslår derfor, at kompetencen ~~må~~ hensyn til nedlæggelse bliver overladt til amtsrådenes suveræne afgørelse, ~~må~~ at ministerens godkendelsesbeføjelser vedrørende afviklingsplanen opretholdes.

b. Efter en række år ~~må~~ kraftig ekspansion på enkeltfagsområdet, ikke mindst ~~som~~ følge af et udækket undervisningsbehov hos den uddannelsesmæssige restgruppe, vil enkeltfagsundervisningen i de ~~kommende~~ år uden tvivl blive underkastet store krav om ændringer. ~~Som~~ det fremgik af ovenstående, er restgruppen i snæver forstand faldet kraftigt i de senere år, og behovet for en række af de traditionelle uddannelsestilbud, særligt for enkeltfagsundervisningen på folkeskoleniveau, kan blive formindsket. Til gengæld kan enkeltfagsundervisningen få nye funktioner i lyset af de stærkt stigende generelle ~~voksen~~-uddannelsesbehov, og ~~må~~ må forvente, at der skal udvikles nye typer voksenuddannelsestilbud.

Det er udvalgets opfattelse, at styringen af enkeltfagssystemet må gøres mere fleksibel både for at sikre uddannelsesfornyelserne og for at sikre tilpasningen af ressourceforbruget til elevtallene samt give muligheder for prioritering af aktiviteter ved de enkelte institutioner og for samarbejde mellem institutionerne.

FORSLAG 2

Udvalget skal derfor foreslå, at der skabes et helt nyt økonomistyringssystem indenfor enkeltfagssystemet - et differentieret system, der stadig baseres på en forpligtigelse for amtsrådene til at udbyde og gennemføre kurser indenfor bestemte fag, hvor både amtskommunernes mulighed for budgetstyring og de enkelte institutioners muligheder bliver kraftigt forbedret:

regelsættet bør ikke længere baseres på holdstørrelsesbestemmelser,

der skal sikres en decentralisering, således at de enkelte amtsråd får større muligheder for at fastlægge fagudbuddet og servicestandarden målt ved gennemsnitsudgifterne pr. elev, de enkelte institutioner bør have mere frie muligheder til at træffe beslutninger om gennemførelse af kurser udenfor givne rammer.

c. Regelsættet for folkeskolens specialundervisning er mindre detaljeret end på gymnasie- og HF-området. Vejledningerne erstatter dog delvist formaliserede regler, og her kan det være et problem, at vejledningerne i første række er rettet mod elevernes behov og rettigheder, og der kan derfor savnes administrative vejledninger, der klargør amternes budgetkompetence.

Styringsproblemerne ligger derfor ikke i detaljerede bindinger for amtskommunerne, men indenfor den vidtgående specialundervisning i kompetencefordelingen med hensyn til henvisning/betaling mellem kommuner og amtskommuner. Det er på den ene side ikke muligt objektivt at fastlægge definitioner for forskellige grader af handicap til brug for opgavefordelingen, men på den anden side er det nødvendigt med mellemkommunale løsninger på en række specialundervisningssager.

Denne nuværende ordning med betaling af primærkommunal takst pr. elev samt amtskommunal visitation er til vurdering bl.a. i enkelte frikommuneforsøg, hvor der arbejdes med andre modeller for styring af området. Udvalget foreslår, at Undervisningsministeriet bl.a. på grundlag af erfaringerne med forsøgene fremkommer med forslag til en eventuel nyordning på området.

FORSLAG 3

d. På indvandrerområdet har man med loven om undervisning af voksne indvandrere, der trådte i kraft den 1. august 1986, samlet forpligtelsen til at sørge for undervisningen af indvandrere hos amtskommunerne. Herved ønsker man at opnå en bedre udnyttelse af ressourcerne ved, at de mange undervisningsstilbud kan koordineres, og at indvandrerne får et ensartet og relevant undervisningstilbud. Det er udvalgets opfattelse, at amtskommunerne i henhold til den nye rammelov har muligheder

for at opbygge hensigtsmæssige økonomiske styringsmodeller i forhold til overenskomstpartnerne, herunder at de har adgang til at fastlægge overenskomstpartneres undervisningstilbud og serviceniveau pr. elev. Amtskommunerne må også gennem evalueringer af undervisningsresultaterne kunne sikre sig mod uhenigtsmæssigt ressourceforbrug.

5.C.2. Overvejelser vedrørende konkrete styringsmæssige forhold.

Udvalget finder det uheldigt, at der indføres en senere ansøgningsfrist til gymnasiet og HF, som følge af samordning af optagelse ved erhvervsskolerne. Det bør overvejes, om en samordnet tilmelding til gymnasiet og HF bør adskilles fra tilmeldingerne til erhvervsskolerne.

Hvis der i det kommende år skal ske indskrænkninger i gymnasiets lærerstab i forbindelse med tilpasninger til det faldende elevtal, er det vigtigt, at man så tidligt som muligt inden undervisningsårets start er i stand til at opgøre personalebehov m.v.

FORSLAG 4 Udvalget foreslår, at hele tilmeldingssystemet revurderes, herunder det netværk af udvalg, der findes i forbindelse med proceduren ved optagelse af elever i 1. gymnasieklasse. Det gælder det såkaldte kontaktudvalg samt optagelsesudvalget og fordelingsudvalget. Efter udvalgets opfattelse bør amtsrådene inden for de centrale bestemmelser om kvalifikationsbedømmelse og elevernes frie skolevalg have det fulde ansvar for holdoprettelser og fordelingen af elever.

FORSLAG 5 På HF-området foreslår udvalget, at der sker en decentralisering, således at det alene er amtsrådene, der fastlægger antallet af klasser i 1. HF.

FORSLAG 6 Udvalget forslår, at der sikres en mere effektiv ressourceudnyttelse ved at åbne mulighed for en bedre koordination ved oprettelsen af valgfag ved 2-årige HF-kurser og enkeltfagskurserne, således at den enkelte elev både kan modtage undervisning ved HF-kursus og ved et enkelte fagskursus.

FORSLAG 7 Udvalget foreslår endvidere, at amtsrådene får mulighed for at udvide fællesskabet mellem HF og enkeltfagskurserne til

at omfatte mere end bygningsfællesskaber, f.eks. fælles lærerkorps.

FORSLAG 8

Udvalget foreslår, at man bør overveje ændringer af befordringsgodtgørelse til elever i ungdomsuddannelserne, således at der i stedet for en kilometergrænse indføres et grundbeløb for transportudgiften som egenbetaling, og at amtskommunernes egne tilskud til befordringsgodtgørelse begrænses til de uddannelser amterne selv har ansvaret for.

Det er i afsnit 1.C.3 foreslået, at der nedsættes forberedelsesgrupper, som skal gennemgå overenskomsterne inden næste overenskomstforhandling.

Udvalget finder, at forberedelsesudvalget for gymnasie- og HF-området skal vurdere, om der er brug for princippielle ændringer i tjenestetidsaftalerne herunder, om forberedelsen til forskellige fag f.eks. matematik og idræt skal være ens.

FORSLAG 9 Amtskommunene varetager stadig en række administrative og rådgivende opgaver i forhold til folkeskolen. Udvalget foreslår, at alle amtslige opgaver og forpligtelser på folkeskoleområdet, bortset fra vidtgående specialundervisning og opgaver som ankeinstans, henlægges til kommunene eller ophæves. Det vil bl.a. sige:

- opgaver med fastlæggelse af lønanciennitet for ledere og lærere og opgaver vedrørende beregning af pensionsvilkår overføres til kommunene,
- amtskommunernes pligt til at vejlede de kommuner, der ønsker vejledning ophæves,

I konsekvens heraf ophæves skolestyrelseslovens bestemmelser om, hvilke typer personale (amtskonsulenter og amtsskolepsykologer), der skal ansættes i de amtskommunale forvaltninger.

FORSLAG 10

Endelig foreslår udvalget, at amtsrådets godkendelse af lærere ved fritidsundervisningen for voksne overføres til kommunerne.

Bilag 1.1.

Opgørelse af pris- og lønudviklingen 1980-87 for amtskommuneme, specificeret på sektorer.

	Vægt	1980-81	1981-82	1982-83	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87
Undervisning								
Prisudvikling	0,321	12,3	13,0	9,3	6,7	5,2	3,8	
Lønudvikling	0,679	11,1	10,6	5,6	6,4	3,8	3,5	
Samlet p/l	1,000	11,5	11,4	6,8	6,5	4,2	3,6	(6,8)
Sygehusvæsen								
Prisudvikling	0,317	14,2	12,0	7,1	6,8	5,0	3,3	
Lønudvikling	0,683	11,6	13,0	6,7	3,8	4,1	1,7	
Samlet p/l	1,000	12,4	12,7	6,8	4,8	4,4	2,2	(6,8)
Sygesikring								
Lægeudgifter m.v.	-	8,3	8,6	5,7	2,7	1,8	2,8	5,3
Medicin		19,0	14,2	5,0	8,4	7,7	4,5	1,4
Socialvæsen								
Prisudvikling	0,282	12,9	10,9	7,2	6,4	4,9	3,3	
Lønudvikling	0,718	15,8	12,9	7,0	3,8	3,9	1,6	
Samlet p/l	1,000	15,0	12,3	7,1	4,5	4,2	2,1	(6,8)
Samlede udgifter								
Prisudvikl. ing	0,433	12,6	11,3	7,1	6,0	4,6	3,4	4,0
Lønudvikling	0,567	10,8	12,4	6,6	4,0	3,7	2,3	9,0
Samlet p/l	1,000	11,6	11,9	6,8	4,9	4,1	2,8	6,8

I oversigten er foretaget en opgørelse af pris- og lønudviklingen for hver af de større amtskommunale sektorer.

Prisudviklingen er for 1981-86 opgjort på grundlag af den metode og de prisindeks, som er fastlagt i rapporten fra arbejdsgruppen vedrørende den kommunale pris- og lønudvikling, men med vægte, der er fastlagt specifikt for hver sektor. Vægtene for hver art er fastlagt ud fra 1984-regnskabet; ved opsplitningen af arterne 2,9, 3,0 og 4,9 på underarter er 1981-regnskabet lagt til grund (det seneste regnskab, hvori disse underarter indgår autoriseret).

Lønudviklingen er for de enkelte sektorer opgjort ud fra en beregning af lønudviklingen for en "gennemsnitsansat" inden for hver personalekategori i de enkelte sektorer, idet der herefter er foretaget en sammenvejning af lønudviklingen for hver personalekategori efter deres andel af lønsommen for den pågældende sektor. For årene 1980-81 og 1981-82 giver denne metode anledning til en ca. 1 procentpoint højere samlet lønudvikling i den amtskommunale sektor end den hidtil opgjorte lønudvikling for den offentlige sektor under ét (baseret på en simpel sammenvejning af lønudviklingen for en LO-arbejder (1/4) og en tjenestemand (3/4)). For de efterfølgende år, hvor lønudviklingen under ét er opgjort specifikt for den amtskommunale sektor efter principperne i p/l-rapporten er der overensstemmelse mellem opgørelsesmetoderne, bortset fra mindre forskudninger. For 1986-87 er alene anvendt det generelle centrale skøn over pris- og lønudviklingen, inklusive virkningen af arbejdstidsforkortelsen pr. 1. januar 1987 (generelt løn-skøn 7,1 pct., tillæg for arbejdstidsforkortelsen 1,92 pct.).

BILAG 2.1

Tabel 1. Bruttodrifts- og anlægsudgifter i sygehusvæsenet 1980-1987, løbende priser.*)

Mio.kr.	Bruttodrifts- udgifter	Bruttoanlægs- udgifter	Bruttodrifts- og anlægsudgifter
1980	15.994	733	16.727
1981	17.676	750	18.426
1982	20.679	702	21.381
1983	21.982	776	22.758
1984	22.783	937	23.720
1985	24.405	1.043	25.448
1986	25.075	1.197	26.272
1987- budget*)	25.394	1.071	26.465

Anm.: Opgørelsen omfatter hele hovedkonto 4 i de amtskommunale regnskaber og budgetter. Dette betyder, at der udover udgifterne til selve sygehusfunktionen tillige indgår udgifter til uddannelsesinstitutioner og servicefunktioner (centralvaskeri-er, apoteker m.v.) i tallene.

*) 1980-86 er endelige regnskabstal. Tallene for 1987 er korrigeret for moms.

Bilag 4.1 .

Kommunernes og amtskommunernes andel af udgifter til visse sociale formål før og efter 1. januar 1987.

	Før 1. januar 1987			Efter 1. januar 1987		
				Under 67 år		67 år og derover
	Stat	Amt	Kom.	Amt	Kom.	Kom.
Alm. daginst.	50		50	-	100	-
Særlige daginst.		50	50 ¹⁾	50	(takst=50) ²⁾	-
Døgninst. for børn og unge		50	50	50	50	
Døgnpleje ³⁾	50		50	50	50	
Beskyttede boliger	50		50	50	50	100
Plejehjem	50		50	(takst=50) ²⁾	50	100 ²⁾
Særlige plejehjem		50	50 ¹⁾	50	(takst=50) ²⁾	(takst=50) ²⁾
Psykiatriske H-plejehjem		100		50	50	100
Pleje-patienter på sygehus		100		100	-	Amt: 100
Særforsorgens inst. incl. boforanstaltninger		50	50 ¹⁾	50	(takst=50) ²⁾	(takst=100) ²⁾
Service for beboere i eget hjem	50		50	50	50	100
Familiepleje for voksne		50	50	50	50	100
Begravelseshjælp m.v.	50		50	0	100	0
Sundhedspleje	50		50	50	50	100
Forsorgshjem	75	25		25	Stat: 75	Stat: 75
Kontanthjælp	50		50	Stat: 50	50	Stat: 50
Fremtidige førtidspensioner	100			Stat: 100	0	Stat: 100

Note 1) Kommunen betaler til amtskommunen efter de faktiske udgifter.

2) Hvis amtskommune/kommune driver institutioner, da kommunal/amtskommunal takst.

3) Med virkning fra 1. januar 1985 ændredes finansieringen af døgnplejeudgifterne.