

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Enhed: Kommunaløkonomi/Sundhedsøkonomi
Sagsbeh.: DEPNOU/SUMMHA
Sags nr.: 1101896
Dok. Nr.: 482193
Dato: 28. marts 2011

Notat om høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering (ændret kommunal medfinansiering)

Udkast til forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering (ændret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet) blev sendt i høring hos KL, Danske Regioner, Finansministeriet og Økonomi- og Erhvervsministeriet mandag den 14. marts 2011.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har modtaget høringssvar fra KL og Danske Regioner. Finansministeriet og Økonomi- og Erhvervsministeriet har ikke fremsendt høringssvar.

Endvidere har Roskilde Kommune fremsendt høringssvar.

I det følgende foretages en samlet gennemgang af høringssvarene fra KL, Danske Regioner og Roskilde Kommune.

Høringssvar fra KL

KL bemærker i høringssvaret, at de økonomiske incitament i medfinansieringen bør styrkes. KL bemærker, at den generelle model i lovforslaget (dvs. at der ikke anvendes differentierede satser efter f.eks. alder eller behandlingstype) tilgodeser de hensyn, der ligger bag ønsket om stærkere incitament. Modellen giver en højre medfinansieringsudgift til især de ældre medicinske patienter, hvor kommunernes forebyggelsesarbejde har størst effekt.

KL understreger imidlertid, at der fremadrettet er behov for yderligere at styrke incitamenterne på de områder, hvor kommunerne kan gøre en forskel, ikke mindst i forhold til de ældre medicinske patienter. KL ønsker derfor, at der snarest igangsættes analyser af, hvordan differentierede elementer kan understøtte en hurtigere udbygning af den forebyggende indsats, når der er skabt finansieringsmæssig mulighed herfor.

KL støtter forslaget om et loft over den enkelte regions indtægter fra kommunal medfinansiering. Med loftet over de regionale indtægter fra den kommunale medfinansiering sikres det, at regionerne ikke selv kan øge deres indtægter, hvilket skaber øget incitament i regionerne til at overholde budgetterne og dermed større budgetsikkerhed i kommunerne.

KL forudsætter imidlertid, at medfinansiering udover loftet tilbageføres til kommunerne, idet KL ikke kan støtte, at det overskydende beløb tilgår staten. KL bemærker også, at KL forudsætter, at der i lovforslaget indbygges en mekanisme, der lægger et loft for kommunernes udgifter til medfinansiering.

KL bemærker endvidere, at modellen ikke giver en vedvarende og stabil finansiering til igangsættelse af forebyggelsesaktiviteter. Kun den kommune, der år efter år forebygger mere effektivt end øvrige kommuner indenfor regionen, vil få et vedva-

rende overskud til finansiering af forebyggelsesindsatser. KL bemærker, at der bør indføres en slags tilbageløbsmekanisme, der sikrer, at ressourcer, der frigives i det regionale sundhedssystem som følge af kommunale sundhedsindsatser, føres tilbage til kommunerne.

KL bemærker også, at de byrdefordelingsmæssige virkninger for kommunerne først kan indgå i Finansieringsudvalgets arbejde, således at det først kan få betydning for udligningen fra tilskudsåret 2013. KL finder på den baggrund, at det er nødvendigt at se på en overgangsordning i 2012 på baggrund af et opdateret grundlag.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets bemærkninger

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer, at KL støtter forslaget om at øge den aktivitetsafhængige del af medfinansieringen, herunder en model, hvor satser og lofter for betaling fastsættes generelt. Endvidere noteres det, at KL støtter forslaget om et loft over den enkelte regions indtægter fra kommunal medfinansiering.

Modellen sigter mod en enkel og generel ordning, fordi det reelt placerer håndteringen af kompleksiteten der, hvor man er tættest på virkeligheden – dvs. ude i den enkelte kommune. Det giver muligheder for at variere indsatsen fra kommune til kommune alt efter behov og præferencer. Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer, at KL ønsker at igangsætte analyser om differentierede elementer i medfinansieringen.

Der indføres et loft over den regionale indtægt fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering. Den øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering indføres for at understøtte overholdelse af udgiftsforudsætningerne, som ligger til grund for fastsættelsen af den samlede finansiering af regionerne. Loftet over de regionale indtægter vil ligeledes øge budgetsikkerheden i kommunerne. For at fastholde det kommunale incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses- og plejeopgaven og sikre, at det ikke påvirkes af regionernes finansieringssystem, indebærer forslaget, at kommunernes aktivitetsbestemte betaling fortsætter, idet den eventuelt overskydende betaling opsamles i staten.

Det vurderes ikke at være hensigtsmæssigt at fastsætte regler, som automatisk tilbagefører den aktivitetsbestemte medfinansiering, som er opsamlet på grund af det regionale indtægtsloft. Det vurderes, at dette vil kunne dæmpe de incitamentsmæssige virkninger af den øgede aktivitetsbestemte medfinansiering. Den kommunale tilskyndelse vil alt andet lige svækkes, såfremt der indføres et loft over kommunernes udgifter til medfinansiering. Det vil stride mod intentionen bag ordningen. Baggrunden for omlægningen er, at kommunernes indsats påvirker aktiviteten på sygehusene, og at kommunerne via en effektiv plejeindsats mv. kan forebygge u hensigtsmæssige sygehusindlæggelser. Det er samlet set vurderingen, at budgetsikkerheden i kommunerne sikres mest effektivt via et loft over regionale indtægter. En yderligere fastlåsning af de kommunale udgifter vurderes at svække intentionen bag omlægningen.

Kommunernes samlede udgifter og indtægter forhandles årligt mellem regeringen og KL. Ved aftalerne sikres det, at der er balance mellem udgifter og indtægter i det kommende budgetår. De enkelte kommuner kan inden for aftalens rammer

tilpasse deres udgifter til lokale præferencer og behov. Den enkelte kommune har derfor altid en tilskyndelse til at varetage sine opgaver bedst muligt under skyldige økonomiske hensyn. For så vidt angår en generel prioritering af forebyggelsesområdet og den kommunale sundhedsindsats, vil det kunne tages op i de årlige forhandlinger om kommunernes økonomi.

Samlet set vil lovforslaget give anledning til begrænsede byrdefordelingsmæssige forskydninger mellem kommunerne. Det indgår i kommissoriet for Indenrigs- og Sundhedsministeriets Finansieringsudvalg for det igangværende arbejde med udligningssystemet for kommunerne, at evt. væsentlige byrdefordelingsmæssige virkninger for kommunerne ved omlægningen af den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet skal indgå i udvalgets arbejde. Opfølgning på Finansieringsudvalgets arbejde vil først kunne få betydning for udligningen fra tilskudsåret 2013.

De opgjorte byrdefordelingsmæssige virkninger for kommunerne ved den foreslåede ændring i kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering vurderes at være relativt begrænsede i 2012. Der er alene beregnede tab på over 0,1 pct. af beskatningsgrundlaget for en enkelt kommune, og der vurderes således ikke at være grundlag for at etablere en generel overgangsordning for kommunerne i 2012. For de kommuner, hvor der kan opgøres de største tab, vil virkningerne i relevant omfang kunne indgå i vurderingen af kommunernes økonomiske situation ved udmøntningen af de kommunale særtilskud i efteråret 2011. Her vil også kunne indgå et evt. opdateret datagrundlag.

Høringssvar fra Danske Regioner

Danske Regioner bemærker i høringssvaret, at lovforslaget ændrer ved incitamenter for både kommuner og regioner.

For så vidt angår virkningerne for kommunerne, bemærker Danske Regioner i høringssvaret, at det er uklart om der er tilstrækkelig viden om, hvilke indsatser der fremmer kommunernes incitament til forebyggelse.

Danske Regioner bemærker, at lovændringen ikke vil give kommunerne sikkerhed mod fremtidige ekstraregninger, som tværtimod fremover vil blive dyrere end i dag. Det vil give øget budgetusikkerhed i kommunerne. Danske Regioner bemærker i den sammenhæng, at ekstraregninger ofte kan afspejle en øget produktivitet hos regionerne, altså at der opnås flere behandlinger for de samme penge.

Det bemærkes også, at lovforslaget ikke vil medføre flere penge til forebyggelse, og i forlængelse heraf, at kommunerne kun kan opnå en gevinst ved at blive mere effektive end de øvrige kommuner. Danske Regioner bemærker i den forbindelse, at formuleringen i forslaget bemærkninger om, at der ikke er tale om en "finansieringsmekanisme" bør uddybes.

For så vidt angår virkningerne for regionerne bemærker Danske Regioner i høringssvaret, at der historisk har været styringsmæssige problemer knyttet til refusionsordninger på velfærdsområderne, og modellen kan således give negative styringsmæssige konsekvenser i regionerne. Danske Regioner bemærker i den forbindelse, at det er uklart, hvordan sygehusafdelingerne og regionerne skal forholde sig til ændrede incitamenter som følge af den foreslåede model.

Danske Regioner bemærker også, at med lovforslagets foreslåede grænse for regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering, vil nogle regioner med en højere aktivitet – herunder som følge af højere produktivitet – miste kommunal medfinansiering, mens andre regioner med lavere aktivitet ikke vil ramme loftet og dermed "nyde godt af den fulde refusion".

Danske Regioner bemærker også i høringssvaret, at idet der ikke er sat et loft for kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering, og disse midler vil blive opsamlet i staten, så vil regionerne fungere som skatteopkrævere i kommunerne på statens vegne.

Danske Regioner bemærker endvidere, at loftet for den regionale indtægt vil blive oplevet som en begrænsning i regionerne i forhold til at skabe så mange behandlinger som muligt inden for den aftalte økonomiske ramme. Danske Regioner bemærker også, at det er uheldigt, hvis regionerne fremover skal søge at begrænse antallet af behandlinger, udover hvad der følger af almindelige hensyn til budgetoverholdelse.

Danske Regioner bemærker endvidere, at det er uklart i hvilket omfang det overhovedet kan lade sig gøre at begrænse aktiviteten med de nuværende patientretigheder. Hvis det er ønsket, at regionerne skal styre mod en specifik aktivitetsvækst i de enkelte år, er der behov for at etablere bedre styringsredskaber.

Danske Regioner bemærker, at det kan undre, at modellen ikke ændrer lofter og satser på det psykiatriske område og den øvrige praksissektor, ud over speciallæger.

Danske Regioner bemærker også, at det er uklart, hvordan beregningen af den kommunale medfinansiering og loftet for regionerne fremover bliver udmøntet i teknisk henseende.

Danske Regioner bemærker slutteligt, at det udvalgsarbejde om kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet, der henvises til i lovforslaget, ikke er blevet afsluttet og afrapporteret i en skriftlig rapport. Det er derfor Danske Regioners opfattelse, at der ikke kan refereres til en samlet vurdering fra udvalgets side.

Der er til Danske Regioners høringssvar knyttet et bilag med foreslåede alternative modeller for omlægningen af den kommunale medfinansiering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets bemærkninger

Formålet med den kommunale medfinansiering er at give et yderligere, generelt incitament for kommunerne til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen – herunder den langsigtede forebyggelse – effektivt. Medfinansieringen skal således ses i sammenhæng med de øvrige udgiftskonsekvenser i forhold til borgeres sundhedstilstand, f.eks. i forhold til arbejdsmarkedet, det sociale system og plejesektoren. For den enkelte kommune vil der derfor altid være en tilskyndelse til at løse opgaverne mere hensigtsmæssigt. Dette er jf. Danske Regioners bemærkninger blevet uddybet i lovforslagets bemærkninger.

Kommunerne får forbedrede informationsmuligheder på tre punkter.

For det første er de netop offentliggjorte sundhedsprofiler et unikt redskab til at målrette indsatser efter lokale behov. Sundhedsprofilerne bygger på svar fra 177.000 danskere og viser bl.a. lokale forskelle på, hvor overvægtige danskerne er, og hvor meget danskerne ryger og drikker og rører sig. Sundhedsprofilerne giver et billede af, hvad der virker, og hvor det virker, og sundhedsprofilerne viser resultatet af en indsats over årene.

For det andet vil den enkelte kommune gennem "KØS" – der er et unikt informations- og sammenligningsværktøj, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udviklet i samarbejde med kommunerne – f.eks. kunne få svar på, hvor mange gange borgerne med forskellige diagnoser bliver indlagt i sammenligning med nabokommunen.

Endelig er der for det tredje netop fremsat et lovforslag, der skal give øget adgang til individuel data for hver enkelt borger. Med forslaget sigtes på at forbedre mulighederne for at planlægge de kommunale tilbud med henblik på, at der bliver fulgt op med hensyn til efterbehandling, forebyggelse og hjælpemidler for de borgergrupper, der har brug for det.

Med lovforslaget indføres et loft for den regionale indtægt fra kommunal medfinansiering. Det vil sige, at regionerne kan ikke længere selv kan realisere yderligere indtægter fra kommunerne, hvis de ikke afstemmer aktiviteten i forhold til det forudsatte i aftalerne. Loftet er således et signal om og skal bidrage til, at regionernes budgetter holdes. Loftet vil endvidere betyde, at der er mindre risiko for større årlige merudgifter for kommunerne.

Loftet for den regionale indtægt fra kommunal medfinansiering vil ikke ændre på de midler, som regionen samlet set var forudsat at have til rådighed. Under forudsætning om lige muligheder regionerne imellem for at levere behandlinger for det givne udgiftsniveau, vil regionerne derudover også under ét have uændrede muligheder for at realisere den forudsatte finansiering. Regionerne, såvel som kommunerne, vil altid have en tilskyndelse til at løse opgaverne mere hensigtsmæssigt, uanset den økonomiske ramme.

Loftet er tænkt individuelt. Det vil sige, at der bliver en parallel til fordelingen af de statslige aktivitetspuljemidler, som forlods fordeles på regionerne efter bloktilskudsnøglen, og hvor regionerne så får andel i puljen, afhængigt af om de leverer den forudsatte aktivitetsvækst fra økonomiaftalen.

Med de nuværende regler vil en region med en aktivitet, der indebærer et højere udgiftsniveau end forudsat ved fastsættelsen af den samlede finansiering i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner, få en ekstra indtægt fra den kommunale medfinansiering. Men det har aldrig været hensigten, at regionerne uden øvre grænse har mulighed for et ekstra dækningsbidrag på ca. 15 pct. af udgiften fra kommunerne.

Dette er baggrunden for det foreslåede loft. Med loftet kan regionerne ikke længere selv realisere indtægter fra kommunerne ud over det forudsatte. Heri ligger også, at tiltaget er et vigtigt element i en samlet set strammere økonomistyring.

Der vil dermed ikke kunne argumenteres for, at nogle regioner mister penge ved omlægningen. Det vil kun være tilfældet, hvis regionen skal kunne oppebære en højere indtægter end forudsat i eget budget.

Udgangspunktet er, at regionerne og sygehusene skal sikre borgerne mest mulig sundhed for de penge, der prioriteres til sundhedsvæsenet, og at den konkrete styring af sygehusenes med fokus på output, omkostninger og målopfyldelse er regionernes ansvar. Dette ansvar har regionerne, uanset hvordan regionerne er finansieret.

Den samlede aktivitetsbestemte finansiering af regionerne – det vil sige kombinationen af såvel den statslige som det kommunale aktivitetsbestemte bidrag – giver tilskyndelse til at realisere de aktivitets- og produktivetsforudsætninger, der bliver fastlagt i de årlige økonomiaftaler. Den kommunale medfinansiering indgår som et delelement i den samlede aktivitetsfinansiering af regionerne.

En stigende kommunal medfinansiering vil således blive modregnet i den statslige finansiering, således at det samlede aktivitetsafhængige niveau for regionen forbliver uændret, og omlægningen giver som sådan derfor ikke tilskyndelse til meraktivitet. Samlet set er det vurdering, at omlægningen med et loft over de regionale indtægter vil virke aktivitetsdæmpende i regionerne. Den øgede aktivitetskomponent er rettet mod kommunerne, der får et øget incitament til at mindske behovet for sygehusindlæggelser, og ikke mod ændret adfærd i regionerne. Dette er efterfølgende blevet præciseret i bemærkninger til lovforslaget.

Den aktivitetsbestemte medfinansiering på det psykiatriske område og i praksissektoren fastholdes uændret, idet der ikke på samme møde som for det somatiske område vurderes at være positive effekter af en øget kommunal medfinansiering på disse områder.

Der er med den foreslåede model for ændret kommunale medfinansiering ikke tale om større tekniske ændringer, når det drejer sig om at fastlægge de samlede økonomiske forudsætninger mv. i forbindelse med de årlige økonomiaftaler med KL og DR. Med den foreslåede indførelse af et loft for regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering forudsættes det, at loftet fastsættes konsistent med den samlede forudsatte kommunale medfinansiering i året.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan ikke genkende beskrivelsen af forløbet omkring afslutningen af udvalgsarbejdet om den kommunale medfinansiering. Efter indarbejdelse af bemærkninger fra bl.a. Danske Regioner og KL blev et udkast til rapport udsendt til medlemmerne pr. 24. maj 2010, med en bemærkning om, at arbejdet herefter ville blive betragtet som værende afsluttet. Dette blev ikke blevet afkræftet af medlemmerne i udvalget.

De alternative modeller for kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet, som Danske Regioner har fremsendt med høringssvaret, har været drøftet med Danske Regioner på embedsmandsplan under høringsperioden. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer dog, at modellerne ikke vil være i overensstemmelse med målsætningerne, som ligger til grund for omlægningen, herunder enkelthed og administrative hensyn.

Høringssvar fra Roskilde Kommune

Roskilde Kommune bemærker i høringssvaret, at Roskilde Kommune fuldt ud kan tilslutte sig det overordnede formål med lovforslaget, som er at tilskynde til en yderligere pleje- og forebyggelsesindsats i kommunalt regi. Det bemærkes dog, at den nuværende finansieringsstruktur ikke tilskynder til et koordineret samarbejde om forebyggelse.

Roskilde Kommune bemærker endvidere, at det forekommer rimeligt, at kommunerne alene medfinansierer sundheds- og sygehusudgifter, som kommunerne har en reel mulighed for at påvirke omfanget af. Roskilde Kommune bemærker, at dette ikke er tilfældet i udkastet til lovforslag. Kommunen bemærker, at det i udvalgsrapporten, som omtales i lovforslaget, nævnes mulighed for at udarbejde en "positivliste" over behandlinger, som kommunerne bedst vurderes at kunne påvirke/forebygge. Endvidere bemærker Roskilde Kommune, at det kan overvejes at udarbejde en "negativliste" over behandlinger, hvor den kommunale betaling fjernes. Roskilde Kommune bemærker ligeledes, at det kan være relevant at overveje en aldersdifferentiering i forhold til de 65+-årige.

Roskilde Kommune bemærker endvidere, at der er behov for at afprøve nye finansieringsstrukturer med belønning til sygehusafdelinger og praktiserende læger for at forebygge. Roskilde Kommune bemærker, at der mangler et isoleret incitament til samarbejde om nye metoder til forebyggelse, behandling og rehabilitering på lavest effektive omkostningsniveau. Roskilde Kommune bemærker, at bortset fra begrænsningen af regionernes indtægter fra den aktivitetsbestemte medfinansiering ses udkastet til lovforslag ikke at indeholde tiltag, der ændrer grundlæggende ved incitamentsstrukturen for sygehuse og praktiserende læger, hvor incitamentet alt andet lige består i at øge produktionen.

Roskilde Kommune bemærker også, at det forventes, at evt. opsamlede beløb af kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering, bliver tilbageført til kommunerne.

Roskilde Kommune bemærker slutteligt, at Roskilde Kommune vil have en årlig merudgift til udligning på 6,3 mio. kr. Roskilde Kommune foreslår, at undtage lovændringen fra udligningssystemet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets bemærkninger

Modellen sigter mod en enkel og generel ordning, fordi det reelt placerer håndteringen af kompleksiteten der, hvor man er tættest på virkeligheden – dvs. ude i den enkelte kommune. Det giver muligheder for at variere indsatsen fra kommune til kommune alt efter behov og præferencer. Løsningen, der er rigtig i Allerød, er ikke nødvendigvis den samme på Langeland. Det skal være de lokale politikere, der afgør, hvad der er vigtigst på Langeland – det skal ikke fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren. Og så er det ikke altid ligetil at afgrænse, hvad kommunen kan forebygge. Men f.eks. påvirkes omkostningen for en fødsel bl.a. af moderens sundhedstilstand og dermed livsstil, og det er forhold, som kommunen kan påvirke.

En differentiering på baggrund af alder ville kunne betyde, at kommunerne ville få en forskellig tilskyndelse i forhold til at hjælpe borgere over og under en bestemt aldersgrænse, uanset at der kan være tale om personer i samme situation. Kombi-

neret med den samtidige risiko for regional kassetækning kan det endvidere betyde, at der f.eks. kan forekomme en regional prioritering af ældre i sygehusbehandlingen, dvs. de samme ældre, som kommunerne via ændringen skulle styrke indsatsen for med henblik på at holde de ældre ude af sygehuse. Desuden kan en differentiering på baggrund af alder indebære en relativt mindre tilskyndelse for kommunerne til at fokusere på andre grupper, hvilket alt andet lige indebærer risiko for en uhensigtsmæssig og kortsigtet prioritering.

Med lovforslaget indføres et loft for regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering. Loftet skal bidrage til, at regionernes budgetter holdes. Dette gælder for regionen som helhed, og må derfor også forudsættes at have betydning for styringen af regionens sygehuse og afdelinger. Med loftet styrkes incitamentet til at holde de fastsatte budgetter, idet der ikke tilføres yderligere midler ved en øget aktivitet.

For at fastholde det kommunale incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses- og plejeopgaven og sikre, at dette ikke påvirkes af regionernes finansieringssystem, indebærer forslaget, at kommunernes aktivitetsbestemte betaling fortsætter, idet den kommunale betaling, der måtte overstige det regionale loft, foreslås opsamlet i staten.

Det vurderes ikke at være hensigtsmæssigt at fastsætte regler, som automatisk tilbageføre den aktivitetsbestemte medfinansiering, som er opsamlet på grund af det regionale indtægtsloft. Det vurderes, at dette vil kunne dæmpe de incitamentsmæssige virkninger af den øgede aktivitetsbestemte medfinansiering.

Samlet set vil lovforslaget give anledning til relativt begrænsede byrdefordelingsmæssige forskydninger mellem kommunerne. Det indgår i kommissoriet for Indenrigs- og Sundhedsministeriets Finansieringsudvalg for det igangværende arbejde med udligningssystemet for kommunerne, at evt. væsentlige byrdefordelingsmæssige virkninger for kommunerne ved omlægningen af den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet skal indgå i udvalgets arbejde.

Det bemærkes i øvrigt, at omlægningen af kommunernes betaling af grundbidrag (som ikke indgår i opgørelsen af kommunernes nettodrifts- og anlægsudgifter i dag) til en aktivitetsafhængig betaling i sig selv øger kommunernes opgjorte nettodrifts- og anlægsudgifter med 6,7 mia. kr. Det vurderes ikke, at denne udgift kan eller bør undtages i tilskuds- og udligningssystemet.