

Orientering om ændring af den kommunale medfinansiering og fuldfinansiering

Formål med orienteringen:

Denne orientering har til formål at give Social- og Sundhedsudvalget et indblik i de vedtagne ændringer af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet.

1

Kommunerne medfinansierer:

- Somatiske indlæggelser
- Somatiske ambulante behandlinger
- Psykiatriske indlæggelser
- Psykiatriske ambulante behandlinger
- Praksissektorens ydelser
- Stationær genoptræning (udgår pr. 1. januar 2017)

Kommunerne fuldfinansierer:

- Hospiceophold
- Færdigbehandlingsdage
- Specialiseret ambulans genoptræning

Kort om kommunal medfinansiering:

Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet blev indført i 2007 i forbindelse med strukturreformen. Formålet var at give kommunerne et incitament til at gennemføre en effektiv forebyggelse, træning og pleje samt indgå i et forpligtende samarbejde med regionerne. Modellen er siden blevet ændret i 2012, i øjeblikket gennemføres en ny ændring af modellen.

Modellen fra 2012:

Ved den første ændring af medfinansieringen afskaffede parterne grundbidraget og forhøjede den aktivitetsbestemte medfinansiering. Ligeledes blev der indført et indtægtsloft for regionerne. Medfinansieringen, der blev afregnet ud over loftet, tilfaldt staten, der herefter tilbageførte midlerne til kommunerne på landsplan gennem bloktilskudsnøglen. Problemet med denne model var, at kun få regioner overskred deres lofter, hvilket medførte, at kommunerne i disse regioner (inkl. Region Sjælland) betalte mere i medfinansiering end kommuner i andre regioner, der ikke nåede loftet. Tilbageførslen skete dog ikke til de kommuner, der havde betalt mere end loftet, men i stedet til samtlige af landets kommuner. Et andet kritikpunkt, der er blevet rettet mod

modellen fra 2012, er, at kommunerne medfinansierede ydelser med ens takster – uanset om de var til at forebygge eller ej.

Den nye model:

Hovedændringerne i den nye model er:

- Aldersdifferentieret medfinansiering (træder i kraft pr. 1. januar 2018)
- Én opkrævning af medfinansiering pr. indlæggelse (er trådt i kraft pr. 1. januar 2017)
- Et reduceret regionalt incitament til øget aktivitet (er trådt i kraft pr. 1. januar 2017)
- En mere målrettet tilbagebetaling til kommunerne (er trådt i kraft pr. 1. januar 2017)
- Ændringerne i fuldfinansieringen af færdigbehandlingsdage (er trådt i kraft pr. 1. januar 2017)

2

Det bemærkes indledningsvis, at medfinansieringen af psykiatrien fortsætter uændret, da der ikke forelå et tilstrækkeligt datagrundlag i forhold til en evaluering af dette område. Det er således alene behandling på somatiske sygehuse og i praksissektoren, der omfattes af den nye ordning.

Aldersdifferentieret medfinansiering:

Når medfinansieringen differentieres på alder, forventer Kommunernes Landsforening, regeringen og Danske Regioner, at det i højere grad end den nuværende model kan støtte op om kommunernes ønske om i højere grad at kunne forebygge indlæggelser. Ved at differentiere på aldersgrupper indrettes systemet således, at der betales mest for de aldersgrupper, hvor kommunerne antages at have de bedste muligheder for at forebygge antallet af indlæggelser. Ligeledes betales der mindst medfinansiering for de grupper, som kommunerne har mindre kontakt med.

Tabel 1 viser den fremtidige aldersdifferentiering i forhold til somatiske behandlinger på sygehusene.

Tabel 1: Aldersdifferentieret kommunal medfinansiering af somatiske sygehuse

0-2-årige	3-64-årige	65-79-årige	+80-årige
45 % af taksten (maks. 25.000 kr. for stationær behandling og maks. 2.500 kr. for ambulat)	20 % af taksten (maks. 15.000 for stationær behandling og maks. 1.500 kr. for ambulat)	45 % af taksten (maks. 25.000 kr. for stationær behandling og maks. 2.500 kr. for ambulat)	56 % af taksten (maks. 30.000 kr. for stationær behandling og maks. 3.000 kr. for ambulat)

Tabel 2 viser aldersdifferentieringen i forhold til praksissektoren.

Tabel 2: Aldersdifferentieret kommunal medfinansiering af praksissektoren

	0-2-årige	3-64-årige	65-79-årige	+80-årige
Speciallægepraksis	45 % af taksten (dog maks. 2.500 kr. pr. ydelse)	20 % af taksten (dog maks. 1.500 kr. pr. ydelse)	45 % af taksten (dog maks. 2.500 kr. pr. ydelse)	56 % af taksten (dog maks. 3.000 kr. pr. ydelse)
Almen praksis	14 % af honorarer på grundydelse	7 % af honorarer på grundydelse	14 % af honorarer på grundydelse	18 % af honorarer på grundydelse
Almen fysioterapi, tandlægepraksis, fodterapi, kiropraktik, psykologhjælp	14 % af honorarer	7 % af honorarer	14 % af honorarer	18 % af honorarer

Én opkrævning af medfinansiering pr. indlæggelse (regionsudskrivning):

Fremadrettet skal der udelukkende betales, når patienten flyttes fra én region til en anden region, samt når patienten endelig udskrives (regionsudskrivning).

Et reduceret regionalt incitament til øget aktivitet:

I den nye model er der indført to lofter. Der vil være et indtægtsloft for hver region, og der vil være et udgiftsloft for kommunerne under ét i hver region.

Regionernes indtægtsloft sænkes samlet set med 4 mia. kr. for at sikre, at regionerne på landsplan sikres den maksimale medfinansiering fra kommunerne. Sænkningen gør, at de når indtægtsloftet tidligere end i dag, og at man forventer, at det vil reducere incitamentet til at holde aktiviteten oppe.

Sænkningen af indtægtsloftet medfører dog ikke, at kommunerne betaler 4 mia. kr. mindre i medfinansiering. Merbetalingen udover regionens indtægtsloft tilfalder staten, og denne merbetaling fra kommunerne anvendes efterfølgende af staten til et forhøjet bloktilskud til regionerne. Total set forventes kommunernes udgifter at forøges med 300 mio. kr. på landsplan.

Det kommunale udgiftsloft betyder, at kommunerne skal betale det fastsatte beløb, uanset om loftet nås eller ej. Dette hænger sammen med ønsket om, at regionerne har ønsket budgetsikkerhed i forhold til indtægter fra den kommunale medfinansiering. Der kan således ske både positiv og negativ efterregulering af kommunernes medfinansiering.

En mere målrettet tilbagebetaling til kommunerne:

Regionerne kan kun have en indtægt fra den kommunale medfinansiering, der svarer til loftet. Penge afregnet over loftet, tilfalder staten og tilbagebetales til kommunerne vha. den aftalte nøgle. Fremadrettet skal tilbagebetalingen ske til de kommuner, der ligger i den region, hvor overskridelsen har fundet sted. Tilbagebetalingen er dermed mere målrettet end i modellen fra 2012.

Fuldfinansieringen:

Fuldfinansieringen af færdigbehandlingsdagene er også ændret. Fuldfinansieringen af færdigbehandlingsdagene har til formål at sikre, at kommunerne har et incitament til at hjemtage borgerne, når sygehusbehandlingen er afsluttet.

I den gamle model fra 2012 var færdigbehandlingstaksten ca. 2.000 kr. i døgnet. Taksten var således fast, uanset hvor længe borgeren lå færdigbehandlet på sygehuset.

I den nye model justeres betalingen, således at det bliver dyrere for kommunen, jo længere tid borgeren ligger færdigbehandlet. Der skal ikke længere kun betales til regionen, men også til staten, og den statslige takst hæves i takt med længden af tid, som borgeren ligger færdigbehandlet på sygehuset, jf. tabel 3.

Tabel 3: De nye takster for færdigbehandlede patienter

	Den gamle model	Den nye model
Betaling til regionen pr. døgn	Ca. 2.000 kr.	Ca. 2.000 kr.
Betaling til staten pr. døgn (1.-2. døgn)	-	Ca. 2.000 kr.
Betaling til staten pr. døgn (Fra 3. døgn og frem)	-	Ca. 4.000 kr.

I den nye model har man – for at give kommunerne yderligere incitament – valgt at tilbagebetale taksten, der er betalt til staten. Tilbagebetalingen sker regionsvist, men ikke nødvendigvis til de kommuner, der har betalt dem. Kort sagt kan det fremadrettet betale sig at have færre færdigbehandlingsdage end de andre kommuner i regionen, da kommunerne med få færdigbehandlingsdage kan se frem til at modtage flest midler fra staten, mens kommuner med mange færdigbehandlingsdage kommer til at betale til kommunerne med få færdigbehandlingsdage. Overordnet set er det et nulsumsspil mellem kommunerne, da staten ikke tilfører flere penge, men internt i en region er der – så længe at der er stor forskel i antallet af færdigbehandlingsdage – mulighed for at få tilført midler.

I Faxe Kommune følges udviklingen løbende. I 2017 har kommunen foreløbigt betalt ca. 46.000 kr. for færdigbehandlingsdage i somatikken. Faxe Kommune har kun ganske få færdigbehandlingsdage imodsætning til andre kommuner i Region Sjælland. Det har medført en indtægt på foreløbigt næsten 227.000 kr. Fratrullet udgifterne til færdigbehandlingsdage har Faxe Kommune dermed fået ca. 180.000 kr. mere retur, end kommunen har betalt. Om dette fortsætter i de kommende år, afhænger både af Faxe

Kommunes egen indsats, og af de 16 andre kommuner i Region Sjællands indsatser, jf. forklaringen ovenfor.

Opsummering:

Hovedændringerne i den nye model for kommunal medfinansiering er:

- Aldersdifferentieret medfinansiering
- Én opkrævning af medfinansiering pr. indlæggelse
- Et reduceret regionalt incitament til øget aktivitet (to lofter)
- En mere målrettet tilbagebetaling til kommunerne
- Ændringerne i fuldfinansieringen af færdigbehandlingsdage

5

Ud af de ovenstående er fire allerede trådt i kraft. Den aldersdifferentierede medfinansiering træder først i kraft den 1. januar 2018, og hensigten er, at kommunerne skal betale mere for de aldersgrupper, hvor kommunerne har de bedste muligheder for at forebygge, og som samtidig er de grupper, der hyppigst benytter sig af sundhedsvæsenet. Konkret drejer det sig om følgende aldersgrupper:

- 0-2-årige (næstdyreste gruppe)
- 3-64-årige (billigste gruppe)
- 65-79-årige (næstdyreste gruppe)
- 80+ årige (dyreste gruppe)

Mht. loftet for medfinansiering kommer der til at være to lofter fremadrettet. Et indtægtsloft for regionerne, hvor de er sikre på at opnå et vist niveau af kommunal medfinansiering, samt et udgiftsloft for kommunerne, der er sikre på at have de tilsvarende udgifter.

Medfinansiering udover lofterne betales fremadrettet tilbage til kommunerne i den region, der har overskredet sit loft.