

**Forslag
til**

Lov om ændring af regionernes finansiering

(Ændret kommunal medfinansiering, indførelse af regional omfordeling som følge af effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfundsprojekter mv.)

§ 1

I lov om regionernes finansiering, jf. lovbekendtgørelse nr. 797 af 27. juni 2011, foretages følgende ændringer:

1. I § 14, stk. 1, ændres "indlæggelse" til "regionsudskrivning".
2. § 14 a, stk. 1, affattes således:
"Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om vilkår for opgørelse og betaling af kommunal medfinansiering i medfør af §§ 13 og 14."
3. § 14 a, stk. 2, affattes således:
"Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering, jf. §§ 13 og 14, og et forudsat niveau for kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering under hensyntagen til regionernes aktivitet. Hvis kommunernes betaling til en region efter §§ 13 og 14 overstiger den øvre grænse for den pågældende regions indtægter fra kommunal medfinansiering, tilfalder det merbetalte beløb staten, jf. dog stk. 3."
4. § 14 a, stk. 3, affattes således:
"Sundheds- og ældreministeren fastsætter tilbagebetaling af betalt medfinansiering udover det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering, som i et regnskabsår er tilfaldet staten efter bestemmelserne i stk. 2, og som kan tilskrives en produktivitet, der er højere end et af sundheds- og ældreministeren forudsat niveau for det pågældende år i en eller flere regioner. Beregningen af tilbagebetalingen foretages af sundheds- og ældreministeren i året efter regnskabsåret."
5. Efter § 14 a, stk. 3 indsættes:
"Stk. 4. Sundheds- og ældreministeren fastsætter en regulering af den kommunale betaling af medfinansiering, hvis betalingen ikke svarer til det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering for det pågældende år i en eller flere regioner, jf. stk. 2. Beregningen af reguleringen foretages af sundheds- og ældreministeren i året efter regnskabsåret."

6. Efter § 15 indsættes:

”§ 15 a. Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om revision af statsligt aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes sygehusvæsen mv. samt kommunal medfinansiering på sundhedsområdet.”

7. § 23 b affattes således:

”§ 23 b. Regionernes andel af det statslige tilskud efter § 3 for 2017 og i årene frem reguleres med summen af følgende beløb:

- 1) Regioner med et beregnet overskud på sundhedsområdet som følge af omlægningen af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, der skete med virkning fra tilskudsåret 2012, i forbindelse med vedtagelsen af lov om ændring af lov om regionernes finansiering (ændret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet) betaler til regioner med et beregnet underskud som følge af samme omlægning.
- 2) Regioner med et beregnet overskud på sundhedsområdet som følge af omlægningen af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, der skete med virkning fra tilskudsåret 2017 i forbindelse med vedtagelsen af lov om ændring af lov om regionernes finansiering (ændret kommunal medfinansiering, indførelse af regional omfordeling som følge af effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfundsprojekter mv.) betaler til regioner med et beregnet underskud som følge af samme omlægning.”

8. Efter § 23 b, stk. 1 indsættes:

”Stk. 2. Regionernes andel af det statslige tilskud efter § 3 reguleres fra og med 2017 med et beløb, der sikrer, at 50 pct. af den samlede effektiviseringsgevinst fra de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier fordeles mellem regionerne efter den enkelte regions andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet. I perioden 2017-2025 indføres denne regulering, således at reguleringen for 2017 udgør 1/9 af den samlede beregnede virkning, og herefter forhøjes reguleringen med 1/9 pr. år frem til 2025.”

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 2017.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Indledning

1.1. Baggrund for lovforslaget

2. Lovforslagets hovedpunkter

2.1. Ændret kommunal medfinansiering

2.1.1. Gældende ret

2.1.2. Overvejelser

2.1.3. Den foreslåede ordning

2.2. Indførelse af revisionsinstruks

2.2.1. Gældende ret

2.2.2. Overvejelser

2.2.3. Den foreslåede ordning

2.3. Fordeling af effektiviseringsgevinster

2.3.1. Gældende ret

2.3.2. Overvejelser

2.3.3. Den foreslåede ordning

3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

5. Administrative konsekvenser for borgerne

6. Miljømæssige konsekvenser

7. Forholdet til EU-retten

8. Hørte myndigheder og organisationer

9. Sammenfattende skema

1. Indledning

Regeringen foreslår ændringer på tre områder, som vedrører regionernes finansiering af sundhedsområdet:

- A. Kommunal medfinansiering
- B. Revisionsinstruks af den kommunale medfinansiering og den statslige aktivitetspulje
- C. Effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfundsprojekter

A. Kommunal medfinansiering

I de kommende år bliver der flere ældre, og flere med kroniske sygdomme. Det er en udfordring, som vil sætte pres på det danske sundhedsvæsen. Samtidig stiller det krav til et samlet sundhedsvæsen på tværs af sektorer, der fokuserer på patientens ønsker og behov, og som står klar med nære og sammenhængende tilbud om en værdig pleje og behandling af høj kvalitet.

I dag er det for ofte, at ældre bliver indlagt med fx blærebetændelse, væskemangel og andre lidelser, som kunne være fanget i opløbet. Det ønsker regeringen at ændre på ved at give de kommuner, som forebygger de mange og ofte gentagne indlæggelser, en større økonomisk gevinst. Det er både godt for borgeren, der undgår sygehusindlæggelse og det bidrager til mere sundhed for pengene.

Regeringen ønsker at gennemføre en ændring af den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen, så der skabes større sammenhæng mellem kommunernes hjemmepleje mv. og det regionale sundhedsvæsen, og som understøtter rettidig

kommunal forebyggelse. Grundlæggende foreslår regeringen at differentiere den nuværende ordning efter alder, så betalingen varierer og afspejler de kommunale muligheder for forebyggelse der, hvor de i forvejen har kontakt og fokus via sundheds- og hjemmepleje. Det vil sige fremover skal kommunerne betale mere for sygehusbehandlingen af småbørn og ældre over 65 år, og mindre for de øvrige borgere. Den samlede kommunale medfinansiering forbliver dermed uændret på de ca. 20 mia. kr.

Den nye ordning skal understøtte, at kommunen sørger for, at hjemmeplejen tænker i løsninger, som kan hjælpe den ældre og svage i nærmiljøet. Og sørger for, at sundhedsplejersken så hurtigt som muligt efter fødsel står klar i hjemmet, og følger op på forløbet, så barnet ikke unødigt indlægges på sygehuset igen. Det skal forebygge genindlæggelser, akutte indlæggelser mv. hos især de ældre svage borgere.

Regeringen ønsker derudover at ændre på en række tekniske elementer af den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen:

- For det første skal afregningen af den kommunale medfinansiering ændres, så der ikke fremadrettet opkræves medfinansiering igen, når patienter bliver overflyttet fra et sygehus til et andet inden for samme region. Det foreslås, at kommuner alene skal betale kommunal medfinansiering på baggrund af hvert indlæggelsesforløb inden for den enkelte region.
- For det andet skal der sikres større sammenhæng mellem evt. kommunale merbetalinger udover det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til medfinansiering og tilbagebetalingen heraf til kommunerne. Det foreslås, at merbetalt medfinansiering fremadrettet tilbagebetales til kommunerne inden for den region, som merbetalingen vedrører, hvormed merbetalinger fra kommuner i en region ikke kan tilbageføres til kommuner i en anden region.
- Og for det tredje skal den kommunale medfinansiering ændres, så ordningen ikke giver regionerne et incitament til u hensigtsmæssigt at øge aktiviteten for at opnå maksimal indtægt fra medfinansiering. Det foreslås, at sænke lofterne for regionernes indtægt fra kommunal medfinansiering, således at regionerne får større sikkerhed for at opnå hele den forudsatte indtægt fra kommunernes medfinansiering, og de årlige lofter samtidig gøres uafhængigt af udviklingen i den enkelte regions aktivitet.

B. Revisionsinstruks af den kommunale medfinansiering og den statslige aktivitetspulje

Regeringen ønsker at give sundheds- og ældreministeren lovhjemmel til årligt at udstede en revisionsinstruks af den statslige aktivitetspulje og den kommunale medfinansiering.

C. Effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfondsprojekter

Det er afgørende, at borgere i hele landet skal have adgang til et godt sundhedsvæsen. Med de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier foretages der en historisk investering i en ny sygehusstruktur, der medfører en samlet forventet effektiviseringsgevinst på 2,3 mia. kr. (17-pl).

Med "Aftalen om regionernes økonomi for 2017" har regeringen indgået aftale med Danske Regioner om en model for effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfondsstøttede byggerier, herunder for indfasning og fordeling mellem regionerne.

Effektiviseringsgevinsten fastholdes på det regionale sundhedsområde og frigøres til ny sygehusaktivitet.

Regeringen ønsker, at effektiviseringsgevinsterne skal komme borgere i hele landet til gode. Der søges derfor lovhjemmel til at foretage en omfordeling af en del af det regionale bloktilskud på sundhedsområdet, der sikrer en balanceret fordeling af effektiviseringsgevinsterne.

1.2 Baggrunden for lovforslaget

Den kommunale medfinansiering

I 2007 blev den kommunale medfinansiering indført med det formål at give kommunerne en yderligere tilskyndelse til en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner.

I "Evaluering af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet" fra foråret 2015 blev det konstateret, at flere kommuner finder incitamenterne ved ordningen beskedne, fordi medfinansieringen inden for de enkelte behandlingsområder omfatter al aktivitet med samme takst uden hensyn til kommunernes mulighed for at påvirke aktiviteten. Dertil er der peget på, at den eksisterende ordning kan give regionerne et økonomisk incitament til at fastholde uhensigtsmæssig aktivitet på sygehusene, der er modsatrettet en prioritering af det sammenhængende og nære sundhedsvæsen.

Med "Aftalen om regionernes økonomi for 2016" mellem regeringen og Danske Regioner, og med "Opfølgning på forhandlingsresultat fra juli 2015" mellem regeringen og KL, blev det derfor aftalt, at en ændret medfinansiering skal fjerne mulige incitamentsvirkninger i regioner, der kan påvirke den marginale aktivitet, og at der bør arbejdes med en yderligere kortlægning af fordele og ulemper ved mulige modeller for at differentiere medfinansieringen.

Dertil blev det i "Opfølgning på forhandlingsresultat fra juli 2015" mellem regeringen og KL aftalt, at der ses på en justering af den kommunale efterregulering med fokus på større sammenhæng mellem afregning og eventuel tilbagebetaling. Yderligere, at mulighederne vurderes for øget gennemslagskraft i afregning mellem de enkelte regioner og kommuner.

Som opfølgning på evalueringen og økonomiaftalerne har Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet samt Social- og Indenrigsministeriet derfor gennemført et arbejde med inddragelse af Danske Regioner og KL, hvor der er vurderet mulighederne for at styrke det kommunale incitament gennem konkrete ændringer af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Ændringerne skal ses i lyset af hensynene bag kommunalreformens elementer på sundhedsområdet. De kommende års udfordringer med et øget behandlingspres på sundhedsvæsenet, bl.a. som følge af flere ældre og flere kroniske patienter, understreger vigtigheden af en effektiv og rettidig forebyggelsesindsats, og for sammenhæng i behandlingen for de patienter, der går på tværs af sektorer. Det stiller også krav til en målrettet struktur for den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen.

Effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfundsprojekter

Med kvalitetsfundsprojekterne investerer staten og regionerne i alt mere end 47 mia. kr. (2016-pl) i en moderne sygehusstruktur i Danmark. De nye bygninger skaber grundlag for

betydelige effektiviseringsgevinster, bl.a. fordi arbejdsgange, patientforløb og logistik kan tilrettelægges mere effektivt og energi- og ressourceforbruget kan reduceres.

Effektiviseringspotentialet i en ny sygehusstruktur er en del af præmissen for at etablere kvalitetsfondsprojekterne. Effektiviseringer indgik som et centralt kriterium, da ekspertpanelet for sygehusinvesteringer vurderede de enkelte ansøgninger fra regionerne og afgav sine indstillinger til regeringen. Ekspertpanelet har for de enkelte byggerier anbefalet et effektiviseringskrav svarende til 4-8 pct. af driftsbudgettet, afhængigt af byggeriets karakter og tidligere gennemførte effektiviseringer.

I de endelige tilsagn om støtte fra kvalitetsfonden har regeringen på baggrund af ekspertpanelets anbefalinger således tildelt de enkelte projekter et konkret nominelt effektiviseringskrav. Når alle effektiviseringer er realiseret, vil det frigøre varigt 2,3 mia. kr. til ny sygehusaktivitet. Realisering af effektiviseringskravene påbegyndes i år 2017. Det samlede krav vil være fuldt realiseret i 2025.

Effektiviseringsgevinsterne er ulige fordelt mellem regionerne. Det afspejler, at tilskuddene fra kvalitetsfonden til investering i nye sygehuse ikke blev fordelt efter den enkelte regions andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet. I stedet blev det lagt til grund, hvordan de enkelte projekter kunne bidrage til den samlede realisering af Danmarks nye sygehusstruktur. Desuden varierer effektiviseringspotentialet fra projekt til projekt, idet der bl.a. er væsentligt større effektiviseringspotentiale i nybyggeri end i ombygningsprojekter.

Den forventede varige effektiviseringsgevinst på 2,3 mia. kr. er imidlertid ulige fordelt mellem regionerne. Idet kvalitetsfondsinvesteringen må ses som en samlet national investering i en ny sygehusstruktur bør afkastet på investeringen i form af effektiviseringsgevinster komme borgere i hele landet til gode. Som udgangspunkt ville den ulige fordeling af effektiviseringsgevinsterne betyde, at nogle regioner i de kommende år ville kunne frigøre væsentligt flere midler til ny sygehusaktivitet end andre.

For at balancere fordelingen af midler til ny sygehusaktivitet omfordeles en del af gevinsterne mellem regionerne. Med "Aftalen om regionernes økonomi for 2017" har regeringen indgået aftale med Danske Regioner om en model for effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfondsstøttede byggerier, herunder for indfasning og fordeling mellem regionerne.

2. Lovforslaget

2.1. Ændret kommunal medfinansiering

2.1.1. Gældende ret

Den kommunale medfinansiering indgår i den samlede finansiering af regionerne og udgør ca. 20 pct. heraf svarende til ca. 20 mia. kr. (2016-pris- og lønniveau).

2.1.1.1. Opgørelse og betaling af kommunale medfinansiering

Efter § 14 a, stk. 1 fastsætter sundheds- og ældreministeren regler om opgørelse og betaling af den kommunale medfinansiering, som omfatter sygehusindlæggelser, ambulans behandling, genoptræning under indlæggelse og sygesikringsydelse.

Ifølge den gældende ordning for 2015 beregnes betalingen for somatiske sygehusindlæggelser som 34 pct. af den såkaldte DRG-takst (DRG-taksterne udtrykker sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter inden for hver DRG-gruppe (Diagnose Relateret Gruppe)). Betalingen beregnet på baggrund af DRG-taksten kan dog maksimalt udgøre 14.811 kr. pr. indlæggelse (2016 pris- og lønniveau).

Betalingen for ambulant behandling opgøres som 34 pct. af den såkaldte DAGS-takst (Dansk Ambulant Grupperings System, der anvendes for ambulante patienter på somatiske afdelinger). Beløbet kan dog maksimalt udgøre 1.461 kr. pr. besøg (2016 pris- og lønniveau).

For psykiatriske sygehusindlæggelser beregnes betalingen som 60 pct. af sengedagstaksten, dog maksimalt 8.568 kr. pr. indlæggelse (2016 pris- og lønniveau). Betalingen for ambulant psykiatrisk behandling opgøres til 30 pct. af besøgstaksten, dog maksimalt 536 kr. pr. besøg.

Betalingen for ydelser fra praktiserende læger efter §§ 60 - 63 i sundhedsloven opgøres som 10 pct. af udgifter til honorarer for grundydelse, der er aftalt ved overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1.

Betalingen for ydelser fra praktiserende speciallæger efter § 64 i sundhedsloven opgøres som 34 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1. Beløbet kan maksimalt udgøre 1.461 kr. pr. ydelse.

Betaling for ydelser efter §§ 65 – 69 og 71 opgøres som 10 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1.

2.1.1.2. Øvre grænse for regionernes indtægter

Efter § 14 a, stk. 2 fastsætter sundheds- og ældreministeren regler om en øvre grænse for regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering. Regionernes indtægter fra medfinansieringen kan således ikke overstige en nærmere fastsat grænse. Hvis kommunernes betaling til en region overstiger den øvre grænse for den pågældende regions indtægter fra kommunal medfinansiering, tilfalder det merbetalte beløb staten.

2.1.1.3. Tilbagebetaling til kommunerne

Efter § 14 a, stk. 3 fastsætter sundheds- og ældreministeren regler om tilbagebetaling af det merbetalte beløb til kommunerne, forudsat det kan tilskrives en produktivitet i regionerne, der er højere end det forudsatte niveau. Udmøntningen sker ved, at sundheds- og ældreministeren i året efter regnskabsåret fastsætter en regulering, som foretages som en efterregulering af bloktilskuddet for det pågældende tilskudsår.

2.1.2. Overvejelser

Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Social- og Indenrigsministeriet har i foråret 2016 gennemført et arbejde med inddragelse af Danske Regioner og KL. I arbejdet er mulighederne for at styrke det kommunale incitament gennem ændringer af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet vurderet.

Der er i arbejdet set på mulige måletninger af den kommunale medfinansiering med udgangspunkt i følgende ni principper/hensyn for en differentiering:

1. Objektiv
2. Enkelt og gennemsigtig/gennemskuelig for kommunerne

3. Stabil over tid
4. Ikke administrativ tung
5. den samlede kommunale medfinansiering ændres ikke i omlægningsåret.
6. Både pct.-satser og maksimale lofter ændres, så de to mekanismer som udgangspunkt følges ad dvs. en stigning i procentsatsen medfører, at loftet også hæves.
7. Såvel den brede borgerrettede og patientrettede forebyggelse understøttes, hvorfor medfinansieringsandelene ikke skal afvige markant fra gruppe til gruppe.
8. Balancen mellem de substituerbare behandlingsformer fastholdes.
9. De bydemæssige konsekvenser efter gennemslag i udligning skal være relativt begrænsede.

Det er vurderet på baggrund af principperne, at en differentiering i forhold til alder er mest hensigtsmæssig på nuværende tidspunkt. Konkret bør medfinansieringen øges for ældre og småbørn med begrundelsen, at disse borgere trækker relativt mere på sundhedsvæsenet end øvrige borgere, og kommunerne i forvejen har fokus på og kontakt med disse borgere via sundheds- og ældreplejen. Differentieringen vil alt andet lige også slå igennem i forhold til uhensigtsmæssige indlæggelser såsom genindlæggelser, idet disse indlæggelser stiger med alderen, og ligeså i forhold til de ældre medicinske patienter. I arbejdet er der set på forskellige aldersdifferentieringer(modeller), hvor medfinansieringsprocenten og de maksimale lofter varierer.

På sigt er det vurderet hensigtsmæssigt at videreudvikle modellen således, at det også bliver muligt at differentiere specifikt ift. gruppen af ældre medicinske patienter og uhensigtsmæssige indlæggelser ved, at denne type patient/indlæggelse pålægges en selvstændig KMF-takst.

I arbejdet er der også set på mulige justeringer af den kommunale medfinansiering med henblik på at fjerne ordningens incitament til uhensigtsmæssig regional aktivitet - som skyldes dels, at fordelingen af lofterne for regionernes indtægter fra medfinansieringen beror på regionernes fremtidige aktivitet og dels, at den kommunale medfinansiering er koblet til den statslige aktivitetspulje.

Det er vurderet, at fordelingen af lofterne for regionernes indtægter fra medfinansiering bør fastsættes efter fordelingen af regionernes andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet. Argumentet er, at fordelingen derved vil bero på en adfærdsuafhængig faktor, og bl.a. vil tage højde for fremtidige demografiske forskydninger mellem regionerne. Dertil er det vurderet, at lofterne for regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering som udgangspunkt bør fastsættes svarende til baseline (udgangspunkt) for den statslige aktivitetspulje for de enkelte regioner. De to ordninger vil dermed være koblet fra hinanden og den statslige aktivitetspulje vil alene indgå i den marginale finansiering af regionerne.

Endelig er der i arbejdet set på mulige ændringer af betalingen af den kommunale medfinansiering. Det har i arbejdet været et hensyn, at kommunerne ikke fremadrettet bør betale for overflyttede patienter inden for samme region, da dette især skyldes den regionale organisering af sygehusstrukturen og ikke kommunernes indsatser for blandt andet forebyggelsesområdet. Dertil har eventuel tilbagebetaling af merbetalt medfinansiering været adresseret, da den nuværende tilbagebetalingsmekanisme har givet anledning til en vis budgetusikkerhed for kommunerne samt en opfattelse af urimelighed – flere midler er overført fra særligt kommuner i hovedstaden til de jyske kommuner, da aktiviteten er steget kraftigt inden for hovedstaden de seneste par år. Det

er vurderet, at tilbagebetalingen bør ændres, så der i højere grad skabes sammenhæng mellem kommuners afholdte merudgifter og tilbagebetalingen.

2.1.3. Den foreslåede ordning

2.1.3.1. Målrettet medfinansiering

Det foreslås, at den kommunale medfinansiering differentieres efter alder i den forstand, at den kommunale betaling pr. behandling øges for småbørn (0-2 år) og ældre borgere (65+ år), mens betalingen for øvrige sænkes, så den samlede kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet bliver på et uændret niveau på ca. 20 pct. af de samlede regionale nettodriftsudgifter (ekskl. udgifterne til medicintilskud) svarende til ca. 20 mia. kr.

Forøgelsen af den kommunale medfinansiering for småbørn (0-2 år) og ældre borgere (65+ år) sker via en forøgelse af lofter for den maksimale betaling pr. behandling samt medfinansieringsprocenten, jf. nedenfor. Modsat sænkes den kommunale medfinansiering for øvrige borgere ved som udgangspunkt at sænke lofterne for den maksimale betaling pr. behandling samt medfinansieringsprocenten.

Med omlægningen får kommunerne et yderligere incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses-, trænings- og plejeindsatsen for de 0-2 årige og 65+ årige. Ændringerne har desuden betydelig effekt for de ældre medicinske patienter og for forebyggelige indlæggelser og genindlægger.

Ændringen foretages med virkning fra 2018.

Somatik og speciallæge

Den kommunale betaling pr. behandling øges blandt de 0-2 årige og de 65-74 årige fra 34 til ca. 45 pct. af DRG/DAGS/honorarer og for de 80+ årige fra 34 til ca. 56 pct. af DRG/DAGS/honorarer, mens den sænkes modsvarende for gruppen 3-64 årige fra 34 pct. til ca. 20 pct. af DRG/DAGS/honorarer. Ændringen omfatter sygehusbehandling og speciallæge, der også i den gældende ordning har samme niveau på grund af substitution mellem ambulans somatik og speciallægeydelser.

Almen læger og øvrig praksissektor

Den kommunale medfinansiering i praksissektoren (ekskl. speciallæge) differentieres ligesom for somatik og speciallæge, men dog på et lavere niveau. Den kommunale betaling pr. behandling øges blandt de 0-2 årige og de 65-74 årige fra 10 til ca. 14 pct. af honorarer og for de 80+ årige fra 10 til ca. 18 pct. af honorarer, mens den sænkes modsvarende for gruppen 3-64 årige fra 10 pct. til ca. 7 pct. af honorarer.

Psykiatri og genoptræning under indlæggelse

Den kommunale medfinansiering på det psykiatriske område og genoptræning under indlæggelse fastholdes uændret, idet der ikke på samme måde vurderes at være positive effekter af en målretning af medfinansieringen på disse områder.

2.1.3.2. Beregningen af den kommunale medfinansiering

Det foreslås, at der gennemføres en ændring af beregningen af den kommunale medfinansiering, så der fremadrettet sker afregning pr. regionsudskrivning inden for samme region.

Hermed vil overflytninger af patienter mellem hospitaler inden for samme region ikke have betydning for den kommunale betaling, da det alene er det sammenhængende indlæggelsesforløb i den enkelte region, som kommunerne fremadrettet afkræves penge for.

Ændringen foretages med virkning fra 2017.

2.1.3.3. Den øvre grænse for regionale indtægter fra den kommunale medfinansiering

Det foreslås, at den øvre grænse for regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering fastsættes under hensyntagen til, at ordningen kobles fra finansieringen af den statslige aktivitetspulje - og dermed ikke indgår i den marginale aktivitetsfinansiering af regionerne. Den samlede finansiering af regionerne bliver derved todelt i hhv. det statslige tilskud (efter § 15) og det kommunale bidrag (efter §§ 13 og 14).

Hermed vil eventuelle forskelle mellem de to ordninger i fx dækningsområde mv. ikke medføre, at den kommunale medfinansiering giver regionerne et incitament til at fastholde uhensigtsmæssig aktivitet på sygehusene.

Derudover foreslås det, at fordelingen af de enkelte regioners loft for den kommunale medfinansiering fastsættes ud fra fordelingen af regionernes andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet, jf. § 3 i lov om regionernes finansiering. Dermed vil den enkelte regions fremtidige andel af indtægter fra den kommunale medfinansiering således ikke afhænge af sygehusaktiviteten i tidligere år.

Det forudsatte kommunale udgiftsniveau til kommunal medfinansiering forbliver uændret, jf. dog 2.1.3.2, og fastsættes svarende til det forudsatte aktivitetsniveau i regionerne for det pågældende tilskudsår. Det skyldes, at det kommunale incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses-, trænings- og plejeopgaven ikke skal påvirkes af regionernes finansieringssystem. Det forudsatte niveau for kommunernes udgifter vil dermed være højere end den øvre grænse for regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering.

Ændringerne foretages med virkning fra 2017.

2.1.3.4. Tilbagebetaling af merbetalt medfinansiering til kommunerne

Det foreslås, at tilbagebetalingen af merbetalt kommunal medfinansiering udover det forudsatte niveau for kommunernes udgifter fremadrettet sker til kommunerne inden for den region, som merbetalingen vedrører. Tilbagebetalingen fordeles til kommunerne i den pågældende region i forhold til den enkelte kommunes andel af regionens befolkningstal. Hermed vil eventuelt merbetalt kommunale medfinansiering i højere grad blive tilbageført til de kommuner, der har afholdt merbetalinger, og merbetalinger fra kommuner i én region kan således ikke tilbageføres til en kommune i en anden region.

Den eksisterende betingelse fastholdes om, at det alene er merbetalt kommunale medfinansiering, der kan tilskrives en produktivitet, der er højere end et af sundheds- og ældreministeren forudsat niveau for det pågældende år i en eller flere regioner, som kan indgå i tilbagebetalingen. Derved bærer kommunerne en andel af eventuelt budgetoverskridelse, som følge af bl.a. øget behandling ud over det generelle forudsatte niveau.

Ændringen foretages med virkning fra 2017.

2.1.3.5. Regulering for manglende merbetalt medfinansiering af kommunerne

For kommunerne under ét er det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering fuldt ud finansieret.

Hvis de faktiske afholdte kommunale udgifter til den kommunale medfinansiering, opgjort regionsspecifikt, ikke fuldt ud modsvarer det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til medfinansiering foreslås det, at der i året efter regnskabsåret sker en regulering af kommunernes betaling til ordningen.. Efterreguleringen opgøres af Sundheds- og Ældreministeriet og fordeles på kommunerne i regionen i forhold til den enkelte kommunes andel af regionens befolkningstal.

Ændringen foretages med virkning fra 2017.

2.2. Indførelse af bemyndigelse til udskrivelse af revisionsinstruks

2.2.1. Gældende ret

Der er ikke i gældende regler særlig fastsat hjemmel til, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om revision af statsligt aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes sygehusvæsen og den kommunale medfinansiering.

Det har dog været opfattelsen, at den generelle hjemmel via finansloven § 16 har været dækkende mht. revisionen.

2.2.2. Overvejelser

Regeringen finder derfor, at der behov for at tilvejebringe en hjemmel til at give sundheds- og ældreministeren bemyndigelse til årligt at fastsætte regler for revision af det statslige aktivitetsafhængige tilskud og den kommunale medfinansiering. Reglerne vedrører alene den regionale virksomhed.

Derudover har Rigsrevisionen også gjort Sundheds- og Ældreministeriet opmærksom på manglende lovhjemmel i forhold til ministeriets årelange praksis med at udskrive bekendtgørelse om revisionsinstruks for det statslige aktivitetsbaserede tilskud til regionernes sygehusvæsen.

2.2.3. Den foreslåede ordning

Regeringen ønsker med forslaget at give hjemmel til, at sundheds- og ældreministeren årligt kan udstede bekendtgørelse om revisionsinstruks for den statslige aktivitetspulje og den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet.

2.3 Omfordeling af effektiviseringsgevinster

2.3.1 Gældende ret

I "Aftalen om regionernes økonomi for 2010" blev det fastlagt, at kvalitetsfundsprojekterne fik stillet krav om effektiviseringsgevinster, som ligger ud over de almindelige, løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. I de endelige tilsagn til de enkelte projekter fastlægges det, at gevinsterne skal realiseres i år ét efter ibrugtagning.

Der er i gældende regler ikke fastsat hjemmel til, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om evt. omfordeling af effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfundsprojekter.

2.3.2 Overvejelser

Kvalitetsfondsinvesteringen giver et afkast i form af mere effektiv sygehusdrift. Konkret skaber regionerne herigennem frem mod 2025 et råderum på 2,3 mia. kr..

Regeringen ønsker, at borgere i hele landet skal have adgang til et godt sundhedsvæsen. Derfor er der behov for en balanceret fordeling af effektiviseringsgevinsterne fra kvalitetsfondsprojekterne mellem regionerne.

Med "Aftalen om regionernes økonomi for 2017" er regeringen og Danske Regioner enige om, at 50 pct. af den samlede effektiviseringsgevinst omfordeles mellem regionerne efter regionernes andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet for 2016 mens de resterende 50 pct. bliver i de regioner, der realiserer gevinsterne.

Provenuet fra effektiviseringerne går til finansiering af ny sygehusaktivitet, jf. også "Aftalen om regionernes økonomi for 2010" og regeringens endelige tilsagn til de enkelte projekter til ny sygehus aktivitet. De 50 pct., som omfordeles, prioriteres i forbindelse med de årlige aftaler om økonomi, mens de øvrige 50 pct. prioriteres i det enkelte regionsråd. Med denne model sikres et politisk prioriteringsrum på både regionalt og nationalt niveau. Med aftalen er det bekræftet, at det samlede effektiviseringskrav på 2,3 mia. kr. skal frigøres til reel politisk prioritering.

Når alle projekter er fuldt ibrugtaget, vil der være en samlet årlig gevinst på 2,3 mia. kr., hvoraf ca. 1,16 mia. kr. omfordeles ml. regionerne. For at sikre en jævn og forudsigelig indfasning af omfordelingen i regionerne realiseres omfordelingen af de 50 pct. af gevinsten lineært fra 2017 til 2025. Således omfordeles der 129 mio. kr. i 2017, hvorefter omfordelingen stiger med 129 mio. årligt (2017-pl) frem til den fulde indfasning i 2025, hvor der samlet omfordeles ca. 1,16 mia. kr. Den konkrete udmøntning af omfordelingen følger bloktilskuddet på sundhedsområdet for 2016 og fastlægges én gang for alle.

Regeringens specifikke og generelle tilsagnskrav til kvalitetsfondsprojekterne er fortsat gældende, ligesom Sundheds- og Ældreministeriet fortsat vil føre tilsyn med realiseringen af det samlede effektiviseringskrav.

2.3.3 Den foreslåede ordning

50 pct. af den samlede effektiviseringsgevinst svarende til ca. 1,16 mia. kr. omfordeles mellem regionerne efter bloktilskuddet på sundhedsområdet for 2016. Omfordelingen indfases lineært i perioden 2017 til 2025 med 1/9 af den samlede effekt pr. år svarende til 129 mio. kr. (2017 pl).

Omfordelingen indebærer en regulering af regionernes bloktilskud som udligner forskellen mellem den faktiske fordeling af effektiviseringsgevinsterne og en fordeling af gevinsterne, som følger bloktilskuddet på sundhedsområdet. Reguleringen af bloktilskuddet for perioden 2017-2025 fremgår af tabellen nedenfor. Fra 2025 og frem fastholdes reguleringen på niveauet for 2025.

Tabel 1 Omfordeling som følge af effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfondsprojekter.									
2017-pl.	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hovedstaden	7	14	20	27	34	41	48	55	61
Sjælland	8	16	24	32	39	47	55	63	71

Syddanmark	-4	-7	-11	-14	-18	-21	-25	-28	-32
Midtjylland	-14	-29	-43	-58	-72	-86	-101	-115	-130
Nordjylland	3	6	10	13	16	19	22	26	29
I alt	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Reguleringen fastlægges én gang for alle efter fordelingen af bloktilskuddet på sundhedsområdet for 2016 og kan alene herefter pl reguleres.

3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

Ændring af den kommunale medfinansiering

Den nuværende kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet er i 2016 forudsat til at udgøre 20,2 mia. kr. Med de foreslåede ændringer kan den kommunale medfinansiering opgøres til 19,9 mia. kr. i 2017-niveau for kommunerne. En reduktion på ca. 0,3 mia. kr. fra nuværende ordning, som kan tilskrives ændringen af beregningsmetoden for den kommunale medfinansiering. Det skal bemærkes, at den kommunale medfinansiering i 2018 øges med 0,3 mia. kr. pga. implementering af den differentierede model.

For regionerne vil de foreslåede ændringer indebære, at den kommunale medfinansiering kan opgøres til 16,7 mia. kr. i 2017-niveau. Med det sigte, at ændringerne af den kommunale medfinansiering ikke skal have betydning for regionernes samlede finansiering øges tilsvarende det regionale bloktilskud med 3,5 mia. kr. Heraf udgør ændringen af beregningsmetoden for den kommunale medfinansiering 0,3 mia. kr. De løbende indbetalinger fra kommunerne udover den øvre grænse for regionernes indtægter fra medfinansiering (på 16,7 mia. kr.) kanaliseres til staten til finansiering af det øgede regionale bloktilskud. De forudsatte indbetalinger til staten kan således opgøres til 3,2 mia. kr.

Lovforslaget har ikke økonomiske konsekvenser for staten. Dog vil der blive opsamlet medfinansiering i staten for de kommunale indbetalinger, som overstiger den øvre grænse for de enkelte regioners indtægter fra medfinansieringen. Som nævnt skal de opsamlede midler finansiere det øgede regionale bloktilskud og eventuelle indbetalinger udover det forudsatte niveau for kommunerne udgifter til medfinansiering (på 19,9 mia. kr.) tilbagebetales til kommunerne. Hvis indbetalingerne fra kommunerne ikke fuldt ud modsvarer de forudsatte indbetalinger på 3,2 mia. kr., vil staten foretage en efterregulering af det manglende beløb.

Samlet vil de økonomiske konsekvenser for kommuner, regioner og staten under ét være udgiftsneutrale. Finansieringsomlægningens økonomiske virkninger for kommuner, regioner og staten er desuden gengivet i tabel 2. Det konkrete niveau for den forudsatte medfinansiering fastlægges årligt.

Finansieringsmekanismen betyder, at den forudsatte niveau for kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering for det kommende år beregnes ud fra det forventede aktivitetsniveau og indregnes i den samlede økonomiske balance, som ligger til grund for fastsættelsen af finansieringen til kommuner og regioner for året. Det er således skønnet for aktiviteten og udgifterne på det regionale sundhedsområde, som er bestemmende for fastsættelsen af regionernes indtægter og kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering.

Hvis den enkelte kommune trækker relativt lidt på de regionale sundhedsydelse, vil kommunen dermed opnå en nettogevinst i det pågældende år, mens det omvendte er tilfældet, hvis sundhedstrækket ligger over sammenlignelige kommuner.

For den enkelte kommune giver medfinansieringen et økonomisk incitament til at udvikle pleje- og forebyggelsesindsatsen, dels for at opnå en nettogevinst i det pågældende år. Den kommunale medfinansiering er imidlertid ikke et finansieringsinstrument til udvikling af egentlige kommunale behandlingstilbud.

Tabel 2 Økonomiske konsekvenser ved ændringer af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, 2017 (eksl. differentiering)			
Mio.kr. (2017-niveau, + =indtægt/- = udgift)	Stat	Regioner	Kommuner
A. Nuværende forudsat kommunal medfinansiering		20,2	-20,2
B. Ny forudsat kommunal medfinansiering		16,7	-19,9
- heraf indbetalinger fra kommunerne til staten	3,2		-3,2
Ændring i tilskud	-3,2	3,5	-0,3
- heraf ændring af beregning af KMF		0,3	-0,3
C. Samlet ændring (C=A-B)	0,0	0,0	0,0

Selvom lovforslaget ikke vurderes at give offentlige merudgifter, vil ændringerne af den kommunale medfinansiering give mindre byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommuner og regioner.

For kommunerne vil forslaget om en aldersdifferentieret kommunal medfinansiering umiddelbart føre til højere udgifter i kommuner med forholdsvis mange småbørn og ældre og lavere udgifter i kommuner med forholdsvis få småbørn og ældre. Disse virkninger vil i vidt omfang blive imødegået i udligningssystemet, idet det aldersbetingede udgiftsbehov vil tage højde for den ændrede udgiftsbelastning i de pågældende aldersgrupper. Forslaget vil derfor alt andet lige have relativt begrænsede byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommunerne efter gennemslag i udligningssystemet. Det bemærkes, at det aldersbetingede udgiftsbehov opdateres årligt på grundlag af de seneste kommunale budgetter.

Ved tilskudsudmeldingen for 2018 vil Social- og Indenrigsministeriet foretage en beregningsmæssig korrektion med henblik på at tage højde for den ændrede udgiftsbelastning i de pågældende aldersgrupper som følge af indførelse af aldersdifferentieret kommunal medfinansiering. Sammensætningen af demografien i den enkelte kommune vil således løbende blive opfanget i opgørelsen. Det betyder, at fx en stigende andel ældre i nogle kommuner relativt set til andre kommuner alt andet lige vil føre til et højere aldersbetinget udgiftsbehov.

Derudover vil forslaget om en ændring af beregningsmetoden have betydning for de kommuner med overflytninger af patienter mellem sygehuse og give anledning til en omfordelingseffekt mellem kommunerne. Ændringen vil slå igennem på kommunernes reelle udgifter til den kommunale medfinansiering.

Ændringen af fordelingen af den kommunale tilbagebetaling vil alt andet lige indebære, at enkelte kommuner ikke længere fremadrettet har mulighed for at opnå en yderligere gevinst fra de øvrige kommuners merbetaling.

For regionerne vil forslaget om en ny fordeling af den øvre grænse for indtægter fra kommunal medfinansiering medføre en byrdefordelmæssig virkning. Det skal ses i lyset af, at der i bloktilskudsfordelingen tages højde for den aldersmæssige fordeling og den socioøkonomiske struktur i regionerne.

Endelig vil forslaget om en ændring af beregningsmetode ligeledes have betydning for regionerne, idet indtægten fra den kommunale medfinansiering vil blive mindre i de regioner med overflytning af patienter mellem sygehuse.

Lovforslaget sigter på at give kommunerne et yderligere incitament til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen effektivt, og dermed ikke på en ændret fordeling af regionernes finansiering. Derfor lægges der med forslaget op til, at der for så vidt angår regionerne indføres en midlertidig kompensationsordning, der neutraliserer de beregnede byrdefordelmæssige virkninger hos regionerne ved omlægningen.

Kompensationsordningen indebærer, at regioner med en beregnet gevinst ved omlægningen betaler til regioner med et beregnet underskud som følge af omlægningen. Det er forudsat, at kompensationsordningen har et gennemslag på 80 pct. af de opgjorte byrdefordelmæssige konsekvenser for hver region. Niveauet på 80 pct. skal ses som en afvejning af, at den eksisterende model dels har medvirket til uhensigtsmæssige regional adfærd mht. aktivitet, og dels har bidraget til at omfordele fra mindre til mere produktive regioner i perioden 2007 til 2015.

Overskud og underskud for regionerne som følge af den fordelingsmæssige omlægning af den kommunale medfinansiering fastsættes af Social- og Indenrigsministeriet én gang for alle i forbindelse med tilskudsudmeldingen for 2018. Kompensationsordningen fastsættes som midlertidig i den forstand, at den forudsættes at bortfalde i forbindelse med en eventuel anden tilpasning af bloktilskudsfordelingen til regionernes sundhedsområde.

Der vurderes ikke at være administrative konsekvenser af lovforslaget for det offentlige.

Revisionsinstruks af den kommunale medfinansiering og den statslige aktivitetspulje

Der vurderes ikke at være økonomiske eller administrative konsekvenser af lovforslaget for staten, kommuner og regioner.

Effektiviseringsgevinster fra kvalitetsfundsprojekterne

Omfordelingen af effektiviseringsgevinster fra kvalitetsfundsprojekterne vil medføre en overførsel af midler mellem regionerne.

Den lineære indfasning af omfordelingen af effektiviseringsgevinster betyder, at den budgetmæssige realisering af effektiviseringsgevinsterne afkobles tidsmæssigt fra den faktiske realisering i de enkelte projekter. Dette vejes imidlertid op af hensynet til, at den lineære indfasning skaber forudsigelighed i de regionale budgetter.

Der vurderes ikke at være administrative konsekvenser for lovforslaget for det offentlige.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

Lovforslaget har ingen økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet.

5. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

6. De miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

7. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast af lovforslaget har i perioden fra den xxx til den xxx været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

9. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/ Mindreudgifter	Negative konsekvenser/ merudgifter
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Lovforslaget vil give anledning til mindre byrdefordelingsmæssige forskydninger mellem hhv. kommunerne og regionerne. Forslaget har ikke økonomiske konsekvenser for staten.	Lovforslaget vil give anledning til mindre byrdefordelingsmæssige forskydninger mellem hhv. kommunerne og regionerne. Forslaget har ikke økonomiske konsekvenser for staten.
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	Ingen
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter	

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Bestemmelsen i den gældende § 14, stk. 1 fastsætter, at kommunerne betaler til regionerne en andel af udgiften til behandling efter sundhedsloven afsnit IV pr. indlæggelse på sygehuse.

Det følger af den foreslåede bestemmelse i § 14, stk. 1, at bestemmelsen tilpasses, så kommunerne i stedet betaler til regionerne for hvert sammenhængende forløb inden for den enkelte region. Dvs. kommunerne betaler pr. regionsudskrivning.

Forslaget indebærer, at kommunerne ikke kommer til at betale for overflytninger mellem sygehusene inden for den enkelte region.

Til nr. 2

Bestemmelsen i den gældende § 14 a, stk. 1 bemyndiger sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om opgørelse og betaling af kommunal medfinansiering i medfør af §§ 13 og 14. Bestemmelsens stk. 1 for praksissektoren udmøntes således:

- Betalingen for ydelser fra alment praktiserende læger efter §§ 60-63 opgøres som 10 pct. af regionens udgifter til honorarer for grundydelse, der er aftalt ved overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1.
- Betalingen for ydelser fra praktiserende speciallæger efter § 64 opgøres som 34 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomst efter sundhedslovens § 227, stk. 1. Beløbet kan dog maksimalt udgøre 1.357 kr. pr. ydelse (2011 pris- og lønniveau).
- Betalingen for ydelser efter §§ 65-69 og 71 opgøres som 10 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomst efter sundhedslovens § 227, stk. 1.

Bestemmelsens stk. 1 for sygehussektoren udmøntes således:

- Betalingen for sygehusindlæggelser beregnes som 34 pct. af DRG-taksten. Betalingen beregnet på baggrund af DRG-taksten kan dog maksimalt udgøre 13.750 kr. (2011 pris- og lønniveau).
- For psykiatrisk behandling udgør betalingen 60 pct. af sengedagstaksten; dog maksimalt 7.954 kr. pr. indlæggelse (2011 pris- og lønniveau).
- Betalingen for ambulante behandling opgøres som 34 pct. af DRG-taksten. Beløbet kan dog maksimalt udgøre 1.357 kr. pr. besøg (2011 pris- og lønniveau).
- For ambulante psykiatrisk behandling udgør betalingen 30 pct. af besøgstaksten.
- Betalingen for genoptræning på sygehus fastsættes som en finansiering baseret på relativt få takster. Regionen betaler for den del af genoptræningsudgiften, som ligger ud over den kommunale medfinansiering.

Med den foreslåede affattelse af § 14 a, stk. 1, ændres reglerne for 2018, så bestemmelsen for praksissektoren udmøntes som udgangspunkt således:

- Betalingen for ydelser fra alment praktiserende læger efter §§ 60-63 opgøres for 0-2 år, 3-64 år, 65-79 år og +80 år som hhv. ca. 14, 7, 14 og 18 pct. af regionens udgifter til honorarer for grundydelse, der er aftalt ved overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1.
- Betalingen for ydelser fra praktiserende speciallæger efter § 64 opgøres for 0-2 år, 3-64 år, 65-79 år og +80 år som hhv. ca. 45, 20, 45 og 56 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomst efter sundhedslovens § 227, stk. 1. Beløbet kan dog maksimalt for 0-2 år, 3-64 år, 65-79 år og +80 år udgøre ca. 2.500, 1.500, 2.500 og 3.000 kr. pr. ydelse.

- Betalingen for ydelser efter §§ 65 – 69 og 71 opgøres for 0-2 år, 3-64 år, 65-79 år og +80 år som hhv. ca. 14, 7, 14 og 18 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomst efter sundhedslovens § 227, stk. 1.

Bestemmelsens stk. 1 for sygehussektoren udmøntes således:

- Betalingen for sygehusindlæggelser beregnes for 0-2 år, 3-64 år, 65-79 år og +80 år som hhv. ca. 45, 20, 45 og 56 pct. af DRG-taksten. Betalingen beregnet på baggrund af DRG-taksten kan for 0-2 år, 3-64 år, 65-79 år og +80 år dog maksimalt udgøre ca. 25.000, 15.000, 25.000 og 30.000 kr. pr. regionsudskrivning.
- For psykiatrisk behandling udgør betalingen 60 pct. af sengedagstaksten; dog maksimalt 8.568 kr. pr. regionsudskrivning. Dette er en videreførelse af de gældende betalingsregler.
- Betalingen for ambulat behandling opgøres for 0-2 år, 3-64 år, 65-79 år og +80 år som hhv. ca. 45, 20, 45 og 56 pct. af DRG-taksten. Beløbet kan for 0-2 år, 3-64 år, 65-79 år og +80 år dog maksimalt udgøre ca. 2.500, 1.500, 2.500 og 3.000 kr. pr. besøg.
- For ambulat psykiatrisk behandling udgør betalingen 30 pct. af besøgstaksten. Dette er en videreførelse af de gældende betalingsregler.
- Betalingen for genoptræning på sygehus fastsættes som en finansiering baseret på relativt få takster. Regionen betaler for den del af genoptræningsudgiften, som ligger ud over den kommunale medfinansiering. Dette er en videreførelse af de gældende betalingsregler.

Medfinansieringsprocenterne og de maksimale lofter kan variere indenfor intervallet hhv. [0; 5 pct.] og [0; 5000 kr.] under hensynstagen til, at ordningen samlet kommer til at udgøre ca. 20 pct. af de regionale nettodriftsudgifter (ekskl. udgifterne til medicintilskud). Hertil kan det på sigt overvejes at videreudvikle modellen således, at det også bliver muligt at differentiere specifikt ift. gruppen af ældre medicinske patienter og u hensigtsmæssige indlæggelser ved, at denne type patient/indlæggelse pålægges en selvstændig KMF-takst. Ordningen vil løbende blive fulgt af Sundheds- og Ældreministeriet med henblik på, om den opfylder formålet.

Niveauerne for lofter og satser fastsættes årligt administrativt via udstedelse af bekendtgørelse.

Til nr. 3

Bestemmelsen i den gældende § 14 a, stk. 2 bemyndiger sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering §§ 13 og 14. Bestemmelsen udmøntes ved, at den enkelte regions øvre grænse for indtægter fra kommunal medfinansiering bliver fastsat med udgangspunkt i regionernes aktivitet.

Med den foreslåede affattelse af § 14 a, stk. 2, vil fastsættelsen af loftet for regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering ske under hensynstagen til, at ordningen kobles fra finansieringen af den statslige aktivitetspulje - og dermed ikke indgår i den marginale aktivitetsfinansiering af regionerne. De øvre grænser for regionernes forudsatte indtægt fra kommunal medfinansiering fastsættes sådan, at alle regioner har opnået indtægtsloftet fra den kommunale medfinansiering ved et aktivitetsniveau svarende til som udgangspunkt baseline for den statslige aktivitetspulje.

Formålet med ændringen er, at eventuelle forskelle mellem den kommunale medfinansieringsordning og den statslige aktivitetspulje i fx dækningsområde mv. ikke skal medføre, at den kommunale medfinansiering giver regionerne et incitament til at fastholde uhensigtsmæssig aktivitet på sygehusene for at sikre et tilstrækkeligt højt aktivitetsniveau.

Det regionale bloktilskud øges med forskellen mellem det forudsatte niveau for kommunerne udgifter til den kommunale medfinansiering og loftet for regionernes samlede forudsatte indtægt fra kommunal medfinansiering, således at den samlede regionale finansiering forbliver uændret.

Forslaget indebærer også, at loftet for den enkelte regions andel af den samlede forudsatte indtægt fra kommunal medfinansiering bliver fastsat efter fordelingen af regionernes andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet, jf. § 3 i lov om regionernes finansiering.

Formålet med ændringen er at fjerne den nuværende ordningens incitamentsvirkning på regioner med hensyn til at fastholde uhensigtsmæssig aktivitet på sygehusene for at sikre et tilstrækkeligt højt aktivitetsniveau og dermed at kunne opnå et højere indtægtsloft i efterfølgende år. Over årene har den nuværende konstruktion ført til en vis skævvridning af fordelingen af regionernes indtægtslofter.

Det forudsatte kommunale udgiftsniveau til kommunal medfinansiering forbliver uændret og fastsættes svarende til det forudsatte aktivitetsniveau i regionerne for det pågældende tilskudsår. Det skyldes, at det kommunale incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses-, trænings- og plejeopgaven ikke skal påvirkes af regionernes finansieringssystem. Det forudsatte niveau for kommunernes udgifter vil dermed være højere end den øvre grænse for regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering.

Hvis en region i et konkret år har modtaget kommunal medfinansiering svarende til den forudsatte øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering, modtager regionen ikke længere medfinansiering. Kommunerne i den pågældende region forudsættes fortsat at betale medfinansiering, og indbetalingerne opsamles i staten til finansiering af det forøgede regionale bloktilskud.

Opgørelsen af aktiviteten opgøres på grundlag af indberetninger til Sundhedsdatastyrelsens Landpatientregister, og på grundlag heraf foretages opgørelse og afregning af den kommunale medfinansiering.

Til nr. 4

Bestemmelsen i den gældende § 14 a, stk. 3 bemyndiger sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om tilbagebetaling til kommunerne af det merbetalte beløb forudsat det kan tilskrives en produktivitet i regionerne, der er højere end det forudsatte niveau. Udmøntningen sker ved, at sundheds- og ældreministeren i året efter regnskabsåret fastsætter en regulering, som foretages som en efterregulering af bloktilskuddet for det pågældende tilskudsår.

Den foreslåede bestemmelse i § 14 a, stk. 3, indebærer, at kommunernes betaling af kommunal medfinansiering i hver enkelt region reguleres i forhold til det forudsatte niveau for kommunal medfinansiering for den pågældende region.

Hvis kommunernes betaling i en region overstiger det forudsatte niveau for kommunernes medfinansiering for den pågældende region, jf. §14 a stk. 2, tilbagebetaler staten beløbet til kommunerne i regionen. Tilbagebetalingen fordeles på kommunerne i regionen i forhold til den enkelte kommunes andel af regionens befolkningstal.

Til nr. 5

Den foreslåede bestemmelse i § 14 a, stk. 4, indebærer, at sundheds- og ældreministeren får hjemmel til at fastsætte regulering af den kommunale betaling, hvis faktiske afholdte kommunale udgifter til den kommunale medfinansiering, opgjort regionspecifikt, er mindre end det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til medfinansieringen i en eller flere regioner i et regnskabsår, jf. §14 a stk. 2. Efterreguleringen af de manglende beløb til staten foretages regionspecifik og fordeles på kommunerne i regionen i forhold til den enkelte kommunes andel af regionens befolkningstal.

Til nr. 6

Den foreslåede bestemmelse i § 15 a, stk. 1, indebærer, at sundheds- og ældreministeren får hjemmel til at fastsætte revisionsinstruks for revision af den statslige aktivitetspulje og den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet.

Til nr. 7

Den foreslåede bestemmelse i stk. 1 indebærer, at de enkelte regioners kompensation via den hidtidige kompensationsordning vedr. den tidligere ændring af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet fra 2012 suppleres med en kompensation for den foreslåede ændring af den kommunale medfinansiering med virkning fra og med 2017.

Den supplerende kompensation for de foreslåede ændringer svarer til 80 pct. af de opgjorte byrdefordelingsmæssige virkninger for hver region. Kompensationen fastsættes én gang for alle af Social- og Indenrigsministeriet i forbindelse med tilskudsudmeldingen for 2018, og lægges teknisk sammen med den hidtidige regionale kompensation til en samlet midlertidig kompensationsordning vedr. kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Til nr. 8

Den foreslåede bestemmelse i stk. 2 indebærer, at der foretages en regulering af bloktilskuddet som sikrer, at 50 pct. af den samlede effektiviseringsgevinst fra kvalitetsfundsprojekterne fordeles efter regionernes andel i bloktilskuddet på sundhedsområdet. Reguleringen indføres lineært i perioden 2017-2025 med 1/9 af den samlede effekt om året svarende til 129 mio. kr. (2017 pl), hvorefter reguleringen fastholdes på 2025-niveau. Reguleringen fastsættes én gang for alle efter bloktilskuddet på sundhedsområdet for 2016.

Bestemmelsen indebærer desuden, at de 50 pct. af den samlede gevinst, som er omfattet af reguleringen, prioriteres i forbindelse med de årlige økonomiaftaler, mens de øvrige 50 pct. prioriteres i det enkelte regionsråd.

Til § 2

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 2017 med virkning fra og med tilskudsåret 2017.

Bilag 1

Lovforslag sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 1

I lov om regionernes finansiering, jf. lovbekendtgørelse nr. 797 af 27. juni 2011, foretages følgende ændringer:

§ 14. Kommunen betaler til regionen en andel af udgiften til behandling efter sundhedslovens afsnit VI pr. indlæggelse på sygehus for patienter fra kommunen.

§ 14 a. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om opgørelse og betaling af kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering i medfør af §§ 13 og 14.

§ 14 a ...

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering, jf. §§ 13 og 14, under hensyntagen til regionernes aktivitet. Hvis kommunernes betaling til en region efter §§ 13 og 14 overstiger den øvre grænse for den pågældende regions indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering, tilfalder det overskydende beløb staten, jf. dog stk. 3."

§ 14 a ...

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel til kommunerne af midler, som i et regnskabsår er tilfaldet staten efter bestemmelserne i stk. 2, og som kan tilskrives en produktivitet, der er højere end et af indenrigs- og sundhedsministeren forudsat niveau for det pågældende år i en eller flere regioner. Beregningen af merproduktivitet foretages af Indenrigs- og sundhedsministeren i året efter regnskabsåret."

1. I § 14, stk. 1, ændres "indlæggelse" til "regionsudskrivning".

2. § 14 a, stk. 1, affattes således:

"Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om vilkår for opgørelse og betaling af kommunal medfinansiering i medfør af §§ 13 og 14."

3. § 14 a, stk. 2, affattes således:

"Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering, jf. §§ 13 og 14, og et forudsat niveau for kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering under hensyntagen til regionernes aktivitet. Hvis kommunernes betaling til en region efter §§ 13 og 14 overstiger den øvre grænse for den pågældende regions indtægter fra kommunal medfinansiering, tilfalder det merbetalte beløb staten, jf. dog stk. 3."

4. § 14 a, stk. 3, affattes således:

"Sundheds- og ældreministeren fastsætter tilbagebetaling af betalt medfinansiering udover det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering, som i et regnskabsår er tilfaldet staten efter bestemmelserne i stk. 2, og som kan tilskrives en produktivitet, der er højere end et af sundheds- og ældreministeren forudsat niveau for det pågældende år i en eller flere regioner. Beregningen af

tilbagebetalingen foretages af sundheds- og ældreministeren i året efter regnskabsåret.”

5. Efter § 14 a, stk. 3 indsættes:

”Stk. 4. Sundheds- og ældreministeren fastsætter en regulering af den kommunale betaling af medfinansiering, hvis betalingen ikke svarer til det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til den kommunale medfinansiering for det pågældende år i en eller flere regioner, jf. stk. 2. Beregningen af reguleringen foretages af sundheds- og ældreministeren i året efter regnskabsåret.”

6. Efter § 15 indsættes:

”§ 15 a. Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om revision af statsligt aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes sygehusvæsen mv. samt kommunal medfinansiering på sundhedsområdet.”

7. § 23 b affattes således:

§ 23 b. Regionernes andel af det statslige tilskud efter § 3 for 2012 og i årene frem reguleres således, at regioner med et beregnet overskud på sundhedsområdet som følge af omlægningen, der skete med virkning fra tilskudsåret 2012, i forbindelse med vedtagelsen af lov om ændring af lov om regionernes finansiering (ændret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet) betaler til regioner med et beregnet underskud som følge af samme omlægning. Overskud og underskud på sundhedsområdet for regionerne som følge af omlægningen beregnes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

”§ 23 b. Regionernes andel af det statslige tilskud efter § 3 for 2017 og i årene frem reguleres med summen af følgende beløb:

- 1) Regioner med et beregnet overskud på sundhedsområdet som følge af omlægningen af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, der skete med virkning fra tilskudsåret 2012, i forbindelse med vedtagelsen af lov om ændring af lov om regionernes finansiering (ændret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet) betaler til regioner med et beregnet underskud som følge af samme omlægning.
- 2) Regioner med et beregnet overskud på sundhedsområdet som følge af omlægningen af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, der skete med

virkning fra tilskudsåret 2017 i forbindelse med vedtagelsen af lov om ændring af lov om regionernes finansiering (ændret kommunal medfinansiering, indførelse af regional omfordeling som følge af effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfundsprojekter mv.) betaler til regioner med et beregnet underskud som følge af samme omlægning.”

8. Efter § 23 b, stk. 1 indsættes:

”Stk. 2. Regionernes andel af det statslige tilskud efter § 3 reguleres fra og med 2017 med et beløb, der sikrer, at 50 pct. af den samlede effektiviseringsgevinst fra de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier fordeles mellem regionerne efter den enkelte regions andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet. I perioden 2017-2025 indfases denne regulering, således at reguleringen for 2017 udgør 1/9 af den samlede beregnede virkning, og herefter forhøjes reguleringen med 1/9 pr. år frem til 2025.”

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 2017.