



Fremsat den 30. marts 2011 af indenrigs- og sundhedsministeren (Bertel Haarder)

## Forslag

til

### Lov om ændring af lov om regionernes finansiering

(Ændret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet)

#### § 1

I lov om regionernes finansiering, jf. lovbekendtgørelse nr. 829 af 25. juni 2010, foretages følgende ændringer:

1. § 2, nr. 2, affattes således:

»2) aktivitetsafhængige bidrag fra kommunerne og staten til finansiering af sundhedsområdet, jf. § 1, stk. 1. nr. 1, og«

2. Overskriften før § 6 affattes således:

»Udviklingsbidrag fra kommunerne«

3. § 6 ophæves.

4. I § 8, stk. 2, udgår »grundbidrag henholdsvis« og i § 9, stk. 1, 1. pkt., og i § 9, stk. 2, 1. pkt., udgår »grundbidraget henholdsvis«.

5. § 13, stk. 2, ophæves.

Stk. 3 bliver herefter stk. 2.

6. I § 14, stk. 1, ændres »anden« til: »andel«.

7. § 14, stk. 4, ophæves.

8. Efter § 14 indsættes:

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

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering, jf. §§ 13 og 14. 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.«

9. § 16 affattes således:

»§ 16. Et regionsråd kan i særlige tilfælde med tilladelse fra indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte udviklingsbidraget i henhold til § 7, uanset bestemmelserne i § 7, stk. 2 og 3.«

10. Overskriften før § 22 affattes således:

»Overgangs-, regulerings- og ikrafttrædelsesbestemmelser«

11. Efter § 23 a indsættes:

»§ 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 kommunale 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.«

#### § 2

Loven træder i kraft den 1. juni 2011 og har virkning fra tilskudsåret 2012.

#### § 3

Regler fastsat i medfør af de hidtil gældende regler forbliver i kraft, indtil de ophæves af regler fastsat i denne lov.

# Bemærkninger til lovforslaget

## Almindelige bemærkninger

### Indholdsfortegnelse

1. Lovforslagets baggrund og formål
2. Lovforslagets indhold
  - 2.1. Gældende ret
    - 2.1.1 Grundbidrag
    - 2.1.2 Kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering
  - 2.2. Overvejelser fra udvalget om kommunal medfinansiering
  - 2.3. Lovforslaget
    - 2.3.1 Somatik og speciallæger
    - 2.3.2 Praksisområdet og psykiatri
    - 2.3.3 Effekten af omlægningen
    - 2.3.4 Regionernes indtægter fra aktivitetsbestemt medfinansiering
3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige
4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet
5. Administrative konsekvenser for borgerne
6. Miljømæssige konsekvenser
7. Forholdet til EU-retten
8. Hørte myndigheder og organisationer
9. Sammenfattende skema

#### 1. Lovforslagets baggrund og formål

Forslaget er et led i udmøntningen af regeringens arbejdsprogram Danmark 2020 Viden > vækst > velstand > velfærd fra februar 2010 samt aftale fra 8. november 2010 med Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne om finansloven for 2011. Forslaget indebærer en omlægning af kommunernes medfinansiering af sundhedsområdet, hvor kommunerne til regionerne betaler et aktivitetsafhængigt bidrag, som betales for hver behandling, og et indbyggertalsafhængigt grundbidrag. Med omlægningen skal den kommunale aktivitetsafhængige finansiering øges, mens det kommunale grundbidrag afskaffes. Omlægningen vil forøge den kommunale betaling pr. behandling og vil dermed give tilskyndelse til en effektiv plejeindsats. Omlægningen vil ikke mindst berøre kommunernes betaling for gruppen af ældre medicinske patienter.

Kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsområdet er et særligt, 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.

#### 2. Lovforslagets indhold

##### 2.1. Gældende ret

Den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet består af et grundbidrag (beregnet pr. indbygger og uafhængigt af aktivitet) som udgør ca. 7 pct. af de regionale udgifter til sundhedsvæsenet og et aktivitetsafhængigt bidrag, som udgør ca. 11 pct. af de regionale sundhedsudgifter.

##### 2.1.1 Grundbidrag

Det kommunale grundbidrag til regionerne udgør i 2011 1.214 kr. pr. indbygger. Samlet set udgør det kommunale grundbidrag til regionerne i 2011 6.739 mio. kr. Størrelsen af grundbidraget skal drøftes mellem den enkelte region og kommunerne i det kontaktudvalg, der er nedsat i henhold til regionsloven. Udgangspunktet for fastsættelsen af grundbidraget har været et grundbidrag på 1.000 kr. pr. indbygger i 2003-pris- og lønniveau. Grundbidraget kan årligt reguleres, idet stigninger ud over den forventede pris- og lønudvikling, som fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren, dog kan blokeres af 2/3 af kommunerne i regionen. Eventuelle stigninger i grundbidraget ud over det forudsatte niveau neutraliseres ved en kombination af individuelle og kollektive reguleringer af tilskuddet til regionerne.

##### 2.1.2 Kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering

Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter reglerne for den kommunale aktivitetsafhængige betaling. Ifølge den gældende for ordningen for 2011 beregnes betalingen for sygehusindlæggelser som 30 pct. af den såkaldte DRG-takst (DRG står for Diagnose Relaterede Grupper. DRG-taksterne udtrykker sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter inden for hver DRG-gruppe). Betalingen beregnet på baggrund af DRG-taksten kan dog maksimalt udgøre 4.973 kr. (2011 pris- og lønniveau). Betalingen for ambulante behandling opgøres som 30 pct. af den såkaldte DAGS-takst (Dansk Ambulant Grupperings System, der anvendes for ambulante patienter på somatiske afdelinger). Beløbet kan dog maksimalt udgøre 332 kr. pr. besøg (2011 pris- og lønniveau).

For psykiatriske sygehusindlæggelser beregnes betalingen som 60 pct. af sengedagstaksten, dog maksimalt 7.954 kr. pr.

indlæggelse (2011 pris- og lønniveau). Betalingen for ambulant psykiatrisk behandling opgøres til 30 pct. af besøgskaksten.

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 30 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1. Beløbet kan maksimalt udgøre 332 kr.

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.

## 2.2. Overvejelser fra udvalget om kommunal medfinansiering

Det indgik i økonomiaftalen for regioner for 2010, at der skulle nedsættes et udvalg, sammensat af repræsentanter fra KL, Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Finansministeriet (formand). Udvalget har vurderet mulighederne for at styrke det generelle kommunale incitament gennem mulige ændringer af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Analysen har taget udgangspunkt i fem parametre/hensyn, som også indgik som centrale parametre i forbindelse med indførelsen af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet ved kommunalreformen i 2007:

- 1) Adfærd og incitament set i forhold til formålet: en yderligere tilskyndelse til en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats.
- 2) Hensyn om at undgå risiko for kassetænkning
- 3) Hensyn om at begrænse byrdefordelingseffekter
- 4) Stabilitetshensyn i forhold til den kommunale økonomi (kommunal budgetsikkerhed)
- 5) Enkelthed/administrative hensyn.

Fokus for analyserne har været overvejelser på det somatiske område, i forhold til i hvilket omfang ændrede satser, herunder ændrede lofter, for den kommunale medfinansiering pr. behandling kan understøtte det kommunale incitament til bedre opgavevaretagelse. Udvalget har set på mulighederne for generelle takstændringer i form af øgede medfinansieringsprocenter og/eller ændrede takstlofter og har herudover belyst muligheden for differentierede takster bl.a. mellem sygdomsområder og efter alder.

Analysen af mulige ændringer af den kommunale medfinansiering er foretaget under iagttagelse af overordnede hensyn om at undgå kassetænkning, usikkerheden i forhold til at identificere specifikke diagnoser med en sammenhæng mellem den kommunale indsats og behov for sygehusbehandling, byrdefordelings- og stabilitetshensyn (kommunal budgetsikkerhed) samt hensynet til enkelthed i det samlede finansieringssystem.

Det var udvalgets samlede vurdering, at en model bør tage udgangspunkt i en generel ændring af medfinansieringssatserne, frem for differentierede ændringer. Udvalget anførte, at en generel ændring bør fokusere på en ændring af de maksi-

male lofter for den kommunale medfinansiering, frem for en ændring af den kommunale medfinansieringssats.

## 2.3. Lovforslaget

Med lovforslaget foreslås det, at den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering øges samtidigt med, at det kommunale grundbidrag afskaffes, sådan at den samlede kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet bliver på et uændret niveau på ca. 18 mia. kr. (2011-niveau), svarende til ca. 20 pct. af regionernes sundhedsudgifter ekskl. sygesikringsmedicin og anlæg. For kommunerne under ét er forslaget udgiftsneutral, idet den forøgede aktivitetsbestemte medfinansiering modsvares af bortfald af udgifter til grundbidraget (samt en mindre tilpasning i bloktilskuddet), jf. afsnit 3.

### 2.3.1 Somatik og speciallæger

Forøgelsen af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering sker ved en forøgelse af lofter for den maksimale betaling pr. behandling samt en forøgelse af medfinansieringsprocenten på det somatiske område (sygehuse ekskl. psykiatri), der er det område, hvor potentialet for effekter af en forøgelse af medfinansieringen vurderes at være størst. Speciallægerne omfattes også, da der skal være konsistens i finansieringsstrukturen mellem ambulant somatik og speciallægeydelser.

De præcise niveauer for de nye lofter og satser fastsættes administrativt under hensyntagen til, at den kommunale medfinansiering samlet kommer til at udgøre ca. 20 pct. af de regionale sundhedsudgifter ekskl. sygesikringsmedicin og anlæg. Der bliver tale om en forøgelse af loftet for betalingen pr. stationær behandling fra knap 5.000 kr. til omkring 13.750 kr. (2011-pris- og lønniveau), og for ambulante behandlinger fra godt 330 kr. til omkring 1.357 kr. (2011-pris- og lønniveau). Medfinansieringsprocenten pr. behandling øges fra 30 pct. til 34 pct.

### 2.3.2 Praksisområdet og psykiatri

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

### 2.3.3 Effekten af omlægningen

Omlægningen betyder en forøget kommunal medfinansiering på både det stationære og ambulante område. Effekten vil være relativt størst for de behandlinger, hvor DRG-taksten ligger over det nuværende loft, idet det øgede loft (i forhold til de gældende regler) og den øgede finansieringsandel (fra 30 til 34 pct.) sammen trækker i retning af en højere kommunal medfinansieringsandel. For de behandlinger, der ikke omfattes af betalingsloftet pr. behandling, vil effekten først og fremmest være en forøgelse af finansieringen fra 30 til 34 pct.

Der er med den øgede kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering tale om et yderligere incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses- og plejeopgaven.

Fokus skal både være på den typisk langsigtede forebyggelse og på plejeopgaven, der har en mere kortsigtet karakter. Med en generel ordning lægges der op til, at kommunerne lokalt identificerer de områder, hvor de kan arbejde mere målrettet med den indsats, der kan øge kvaliteten og sammenhængen i den kommunale forebyggelse på tværs af de kommunale sektorer. Modellen giver samtidig mulighed for, at regioner og kommuner i fællesskab kan tilrettelægge og samordne deres indsats på sundhedsområdet, ud fra de konkrete lokale forhold og prioriteringer.

Ændringerne har betydelig effekt for kommunernes betaling for de ældre medicinske patienter. Med omlægningen øges den andel af den kommunale medfinansiering, der er rettet mod ældre medicinske patienter med ca. 0,9 mia. kr., svarende til en forøgelse på omtrent 89 pct. Dette skal ses i lyset af en samlet forøgelse af den aktivitetsbestemte medfinansiering på ca. 60 pct.

Omlægningen er generel i den forstand, at der ikke laves differentierede sats efter f.eks. alder eller behandlingstype. En generel model er valgt, idet en generel model vurderes at kunne sikre samme effekt i forhold til de medicinske patienter som en model, hvor den kommunale medfinansiering differentieres efter f.eks. alder og diagnoser. En generel model kan gennemføres uden de betydelige problemer, der vurderes at kunne være forbundet med en differentieret model, herunder manglende enkelthed, risiko for kassetænkning samt risiko for nedprioritering af andre patientgrupper inden for den kommunale forebyggelse og pleje.

Sammenhængen mellem indsats og sparede behandlinger vil typisk være kompleks. Dertil kan der være et varierende størrelsesforhold mellem udgifterne til forebyggelse og udgifterne til behandling. Både i forhold til den langsigtede forebyggelse og den mere kortsigtede, der handler om, at kommunen skal varetage sin primære opgave med pleje- og træningsindsatsen så godt som muligt. De afledte omkostninger ved borgernes sygdom er ligeledes komplekse, fordi sygdommen f.eks. også kan medføre større kommunale plejeudgifter, sygedagpenge mv. Den generelle omlægning placerer reelt håndteringen af kompleksiteten der, hvor man er tættest på virkeligheden. Det giver muligheder for at variere indsatsen fra kommune til kommune alt efter behov og præferencer.

#### 2.3.4 Regionernes indtægter fra aktivitetsbestemt medfinansiering

I sammenhæng med den øgede kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet gennemføres en ændring af finansieringen af regionerne sådan, at der fastsæt-

tes en grænse for den enkelte regions indtægter fra aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering. Grænsen for regionernes indtægter fra aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering fastsættes svarende til det niveau for regionernes samlede indtægter fra aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering, som er forudsat i årets økonomiaftale fordelt på regioner efter regionernes andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet, jf. § 3 i lov om regionernes finansiering, for det pågældende tilskudsår. Hvis kommunernes betaling til en region overstiger den øvre grænse for den pågældende regions indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering, tilfalder det overskydende beløb staten.

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, jf. § 3 i lov om regionernes finansiering.

Den samlede aktivitetsbestemte finansiering af regionerne – det vil sige kombinationen af såvel den statslige (efter § 15) som det kommunale aktivitetsbestemte bidrag (efter §§ 13 og 14) – 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 aktivitetsbestemte finansiering

#### 3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

Den nuværende kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet er i 2011 forudsat til at udgøre 11,2 mia. kr. Med den foreslåede omlægning ville den aktivitetsbestemte medfinansiering kunne opgøres til 17,9 mia. kr. i 2011-niveau. Den kommunale merudgift finansieres ved afskaffelsen af grundbidraget, som medfører en mindreudgift for kommunerne på 6,7 mia. kr. (samt en mindre tilpasning af bloktilskuddet). Regionernes indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering forøges tilsvarende til 17,9 mia. kr. Merindtægten modsvares af bortfald af indtægter via grundbidraget (samt en mindre tilpasning af bloktilskuddet). Samlet set er de økonomiske konsekvenser for kommuner og regioner under ét udgiftsneutrale.

Finansieringsomlægningsens samlede økonomiske virkninger for kommuner og regioner under ét er desuden gengivet i tabel 1. Det konkrete niveau for den forudsatte aktivitetsbestemte medfinansiering fastlægges årligt og første gang i forbindelse med økonomiaftalerne for 2012.

**Tabel 1: Økonomiske konsekvenser ved omlægning af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet**

Mio. kr. (+ = indtægt/- = udgift)	Kommuner	Regioner
Nuværende forudsat kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering	11.178	-11.178
Ny forudsat kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering	-17.940	17.940
Afskaffelse af grundbidrag	6.739	-6.739
Ændring i bloktilskud	23	-23
I alt	0,0	0,0

Note: Beregninger er foretaget på grundlag af data for forudsat niveau i 2011.

Finansieringsmekanismen betyder, at den kommunale aktivitetsbestemte 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, herunder kommunernes medfinansiering.

Hvis den enkelte kommune trækker relativt lidt på de regionale sundhedsydelser, 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. Kommunernes prioritering af forebyggelsesområdet og den kommunale sundhedsindsats vil 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. Ved beregningen af udligning og tilskud for tilskudsåret 2012 vil den skønnede ændring i kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering for 2012 blive indregnet i de kommunale netto-drifts- og anlægsudgifter, der ligger til grund for beregningen. Ved opgørelsen af det aldersbestemte udgiftsbehov indregnes udgiftsændringerne som følge af omlægningen af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet i forbindelse med vægtningen af de enkelte aldersgrupper.

For regionerne vil omlægningen fra et indbyggertalsfordelt grundbidrag til et aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne alt andet lige medføre en byrdefordelingsmæssig virkning. Det skyldes, at der i bloktilskudsfordelingen også indgår forhold som den aldersmæssige fordeling og den socioøkonomiske struktur i regionerne. Idet lovforslaget sigter på at give

kommunerne et yderligere incitament til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen effektivt, og således ikke sigter på en ændret fordeling af regionernes finansiering, lægges der med forslaget op til, at der for så vidt angår regionerne indføres en midlertidig kompensationsordning, der neutraliserer de beregnede byrdefordelingsmæssige 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. Overskud og underskud for regionerne som følge af den fordelingsmæssige omlægning af det kommunale grundbidrag beregnes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet en gang for alle i forbindelse med tilskudsudmeldingen for tilskudsåret 2012.

Kompensationsordningen fastsættes som midlertidig i den forstand, at den forudsættes at bortfalde i forbindelse med en eventuel anden tilpasning af bloktilskudsfordelingen til regionernes sundhedsområde.

Lovforslaget har ikke økonomiske konsekvenser for staten. Dog vil der kunne blive opsamlet overskydende beløb i staten, hvis kommunernes betaling til en region overstiger den øvre grænse for den pågældende regions indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering.

Der vurderes ikke at være administrative konsekvenser for det offentlige.

#### 4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet

Lovforslaget har ingen økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet.

#### 5. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

#### 6. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

#### 7. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

#### 8. Hørte myndigheder og organisationer

Lovforslaget har været i høring i KL og Danske Regioner.

### 9. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindre udgifter	Negative konsekvenser/udgifter
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Lovforslaget har ikke økonomiske konsekvenser for staten og regioner. Forslaget vil give anledning til mindre byrdefordelingsmæssige forskydninger mellem kommunerne.	Ingen

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 ikke EU-retlige aspekter.	

*Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser*

*Til § 1*

Til nr. 1

Forslaget indebærer, at det kommunale grundbidrag til regionerne afskaffes og omlægges til kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering. Ifølge forslaget tilpasses bestemmelsen i § 2, således at det fremgår, at regionerne til finansiering af sundhedsområdet som hidtil modtager et generelt tilskud fra staten samt aktivitetsafhængige bidrag fra kommunerne og staten, men ikke længere modtager et grundbidrag fra kommunerne. Til finansiering af udviklingsområdet modtager regionerne som hidtil et generelt tilskud fra staten og et udviklingsbidrag fra kommunerne.

Til nr. 2

Kapitelloverskriften ændres, således at »grundbidrag« udgår af kapitelloverskriften. Hermed fremgår det, at kapitlet alene vedrører kommunernes udviklingsbidrag til regionerne.

Til nr. 3

Bestemmelsen efter § 6 i de nugældende regler fastsætter, at kommunerne betaler et årligt grundbidrag, der udgør en del af finansieringen af regionernes opgaver på sundhedsområdet. Forslaget indebærer, at dette grundbidrag afskaffes, hvorfor § 6 med forslaget bliver ophævet.

Til nr. 4

Bestemmelserne i §§ 8 og 9 vedrører skøn for pris- og lønudvikling og reduktion af statens tilskud ved forhøjelser af grundbidraget og udviklingsbidraget ud over det fastsatte skøn for pris- og lønudvikling. Som følge af at det kommunale grundbidrag med forslaget afskaffes, foreslås det, at grundbidraget udgår af bestemmelserne.

Til nr. 5

Bestemmelsen i den gældende § 13, stk. 2, bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om kommunernes betaling af regionernes udgifter til ydelser leveret af praktiserende sundhedspersoner efter sundhedslovens §§ 60-69 og 71. Bestemmelsen foreslås ophævet og erstattet med en ny bestemmelse, jf. nr. 8.

Til nr. 6

Ændringen omfatter en korrekturrettelse, således at »anden« ændres til »andel«.

Til nr. 7

Bestemmelsen i den gældende § 14, stk. 4, bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om kommunernes betaling af regionernes udgifter til behandling efter sundhedslovens afsnit VI, samt til udgifter til genoptræning under indlæggelse på sygehus. Bestemmelsen foreslås ophævet og erstattet med en ny bestemmelse, jf. nr. 8.

Til nr. 8

Stk. 1 i den foreslåede § 14 a. indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren får hjemmel til at fastsætte regler om opgørelse og betaling af kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering.

Bestemmelsens stk. 1 foreslås for praksissektoren udmøntet 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. Dette er en videreførelse af de gældende betalingsregler.
- 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). Dermed bliver den kommunale betaling for ydelser fra praktiserende speciallæger, som det også er tilfældet med de gældende betalingsregler, tilrettelagt parallelt med betalingen for ambulant somatisk behandling i sygehusvæsenet.
- 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. Dette er en videreførelse af de gældende betalingsregler.

Bestemmelsens stk. 1 foreslås for sygehussektoren udmøntet 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). Dette er en videreførelse af de gældende betalingsregler.
- Betalingen for ambulat behandling opgøres som 34 pct. af DRG-taksten. Beløbet kan dog maksimalt udgøre 1.357 kr. pr. besøg (2011 pris- og lønniveau).
- 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.

Den kommunale medfinansiering vil løbende blive fulgt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på, om den opfylder formålet herunder den forventede størrelse. Det forudsættes, at finansieringsmodellen videreudvikles over tid med henblik på at optimere målopfyldelsen.

Stk. 2 i den foreslåede bestemmelse indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren får hjemmel til at fastsætte regler om en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering.

Bestemmelsen foreslås udmøntet ved, at regionernes maksimale indtægter fra aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering vil blive fastlagt årligt i forbindelse med udmeldingen af det statslige tilskud til regionernes sundhedsområde. Indtægterne for regionerne under ét bliver fastlagt i forbindelse med fastsættelsen af det statslige tilskud til regionernes sundhedsområde, jf. § 3 i lov om regionernes finansiering. Den enkelte regions andel af den samlede forudsatte indtægt fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering vil blive fastsat som den pågældende regions andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet, jf. § 3 i lov om regionernes finansiering, for det pågældende tilskudsår.

Opgørelsen af aktiviteten opgøres på grundlag af indberetninger til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, og på grundlag heraf foretages opgørelse og afregning af den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering. Hvis en region i et konkret år samlet har modtaget kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering svarende til den fastsatte maksimale medfinansiering, modtager regionen ikke længere aktivitetsbestemt medfinansiering.

Kommunerne i den pågældende region forudsættes fortsat at betale den aktivitetsbestemte medfinansiering, idet den eventuelt overskydende betaling opsamles i staten. Dette skyldes, at det kommunale incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses- og plejeopgaven ikke skal påvirkes af regionernes finansieringssystem.

Formålet med den øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet er at understøtte overholdelse af de udgiftsforudsætninger, som ligger til grund for fastsættelsen af den samlede finansiering af regionerne, jf. § 3 i lov om regionernes finansiering.

Til nr. 9

Forslaget indebærer, at det kommunale grundbidrag fra kommuner til regionerne afskaffes og omlægges til kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering. Det foreslås, at bestemmelsen i § 16 tilpasses, således at bestemmelsen alene omfatter regionernes fastsættelse af udviklingsbidraget.

Til nr. 10

Kapiteloverskriften foreslås ændret, således at det fremgår, at kapitlet også omfatter reguleringsordningen, jf. nr. 11.

Til nr. 11

Der indføres fra 2012 og årene frem en kompensationsordning, som indebærer, at regioner med en beregnet gevinst ved den fordelingsmæssige ændring af den kommunale aktivitetsafhængige finansiering, betaler til regioner med et beregnet underskud som følge af omlægningen. Overskud og underskud for regionerne som følge af den fordelingsmæssige omlægning af de kommunale bidrag beregnes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet en gang for alle i forbindelse med tilskudsudmeldingen for tilskudsåret 2012.

Beregningen vil tage udgangspunkt i aktivitets- og udgiftsforudsætninger, som ligger til grund for tilskudsudmeldingen for 2012. Beregningerne foretages på grundlag af aktiviteten i 2010 med DRG-takster for 2011 og opregnet til 2012-pris og lønniveau og forudsat aktivitetsniveau. Det lægges til grund for beregningen, at regionernes andel af den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering svarer til regionernes andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet, jf. § 3 i lov om regionernes finansiering, for tilskudsåret 2012. Det vil med udgangspunkt heri blive beregnet, hvad den samlede virkning for de enkelte regioner er af det afskaffede grundbidrag (beregnet på grundlag af grundbidraget for 2011 fremskrevet til 2012-pris- og lønniveau), bortfald af forudsat aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering for 2012 efter de nugældende regler og indførelse af aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering efter de med lovforslaget foreslåede regler, inkl. loft for den regionale indtægt fra kommunal medfinansiering, dvs. fordelt efter den pågældende regions andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet, jf. § 3 i lov om regionernes finansiering, for det pågældende tilskudsår.

Kompensationsordningen fastsættes som midlertidig i den forstand, at den forudsættes at bortfalde i forbindelse med en eventuel anden tilpasning af bloktilskudsfordelingen til regionernes sundhedsområde.

#### Til § 2

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. juni 2011 med virkning fra og med tilskudsåret 2012. Ændringerne vil således kunne indgå i Indenrigs- og Sundhedsministeriets udmelding til regionerne ultimo juni 2011 af tilskudsbeløb for 2012.

#### Til § 3

Det foreslås, at bekendtgørelser og cirkulærer om kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering fastsat i medfør af de

hidtil gældende regler forbliver i kraft, indtil de ophæves af regler fastsat i denne lov.



## Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

### Gældende formulering

### Lovforslaget

#### § 1

I lov om regionernes finansiering, jf. lovbe-  
kendtgørelse nr. 829 af 25. juni 2010, foretages  
følgende ændringer:

#### § 2. ...

2) et grundbidrag fra kommunerne til finan-  
siering af sundhedsområdet, jf. § 1, stk. 1, nr.  
1, og

1. § 2, nr. 2, affattes således:

»2) aktivitetsafhængige bidrag fra kommuner-  
ne og staten til finansiering af sundhedsområ-  
det, jf. § 1, stk. 1, nr. 1, og«

*Grundbidrag og udviklingsbidrag fra  
kommunerne*

2. Overskriften før § 6 affattes således:

»Udviklingsbidrag fra kommunerne«

§ 6. Den enkelte kommune betaler et årligt  
grundbidrag til finansiering af sundhedsområ-  
det til den region, hvori kommunen ligger.  
Grundbidraget udgør et fast beløb pr. indbyg-  
ger i kommunen.

3. § 6 ophæves.

*Stk. 2.* Størrelsen af det årlige grundbidrag  
fastsættes af regionsrådet, jf. dog stk. 3, efter  
drøftelse i kontaktudvalget mellem regionen  
og kommunerne, jf. §§ 6 og 7 i lov om regioner  
og om nedlæggelse af amtskommunerne, Ho-  
vedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens  
Sygehusfællesskab. Regionsrådet vil ikke  
kunne gennemføre forhøjelser af grundbidra-  
get ud over grundbidraget fra året før reguleret  
med den forventede pris- og lønudvikling, jf.  
§ 8, såfremt 2/3 af de kommunale repræsen-  
tanter i kontaktudvalget modsætter sig denne  
forhøjelse.

*Stk. 3.* Grundbidraget til sundhedsområdet  
kan højst udgøre 1.500 kr. pr. indbygger i  
2003-pris- og -lønniveau. Beløbet reguleres én  
gang årligt med den forventede pris- og løn-  
udvikling, jf. § 8.

#### § 8. ...

*Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan bestemme, at hvis den gennemsnitlige stigning i grundbidrag henholdsvis udviklingsbidrag for et budgetår overstiger den forventede pris- og lønudvikling efter stk. 1, reguleres statens tilskud til regionerne i henhold til § 3 efter bestemmelserne i §§ 9-12.

**§ 9.** For de regioner, der for et budgetår forhøjer grundbidraget henholdsvis udviklingsbidraget med mere end den forventede pris

*Stk. 2.* For de regioner, der fastsætter grundbidraget henholdsvis udviklingsbidraget til et lavere beløb end bidraget for året før reguleret med den forventede pris

**§ 13. ...**

*Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om kommunens betaling efter stk. 1, herunder om beregning af andelens størrelse og om afgrænsningen af, hvilke patienter der henregnes til kommunen.

*Stk. 3.* Staten yder et aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes udgifter til de af indenrigs- og sundhedsministeren nærmere fastsatte ydelser. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for og fordeling, udbetaling m.v. af det statslige tilskud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan herunder fastsætte, at regionsrådet skal sikre, at budgetrammen for de enheder, der har bidraget til øget aktivitet, øges med de nævnte tilskud eller andele heraf.

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

**§ 14. ...**

*Stk. 4.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om kommunens betaling efter stk. 1-3, herunder om beregning af andelens størrelse og om afgrænsningen af, hvilke patienter der henregnes til kommunen.

**4.I § 8, stk. 2,** udgår »grundbidrag henholdsvis« og i § 9, *stk. 1, 1. pkt.*, og i § 9, *stk. 2, 1. pkt.*, udgår »grundbidraget henholdsvis«.

**5. § 13, stk. 2,** ophæves.

Stk. 3 bliver herefter stk. 2.

**6.I § 14, stk. 1,** ændres »anden« til: »andel«.

**7. § 14, stk. 4,** ophæves.

**8.** Efter § 14 indsættes:

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

*Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering, jf. §§ 13 og 14. 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«

9. § 16 affattes således:

§ 16. Et regionsråd kan i særlige tilfælde med tilladelse fra indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte grundbidraget og udviklingsbidraget i henhold til §§ 6 og 7, uanset bestemmelserne i § 6, stk. 2 og 3, og § 7, stk. 2 og 3.

»§ 16. Et regionsråd kan i særlige tilfælde med tilladelse fra indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte udviklingsbidraget i henhold til § 7, uanset bestemmelserne i § 7, stk. 2 og 3.«

*Overgangs- og ikrafttrædelsesbestemmelser*

10. Overskriften før § 22 affattes således:

»Overgangs-, regulerings- og ikrafttrædelsesbestemmelser «

11. Efter § 23 a indsættes:

»§ 23 b. Regionernes andel af det statslige tilskud efter § 3 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 kommunale 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.«

## § 2

Loven træder i kraft den 1. juni 2011 og har virkning fra tilskudsåret 2012

## § 3

Regler fastsat i medfør af de hidtil gældende regler forbliver i kraft, indtil de ophæves af regler fastsat i denne lov.