



Fremsat den 10. november 2016 af sundheds- og ældreministeren (Sophie Løhde)

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven

(Justering af takster for somatiske færdigbehandlingsdage)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016, som ændret ved § 39 i lov nr. 620 af 8. juni 2016 og ved § 33 i lov nr. 618 af 8. juni 2016, foretages følgende ændringer:

1. I § 238 indsættes efter stk. 1, som nyt stykke:

»Stk. 2. Udover den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.«

Stk. 2-4 bliver herefter stk. 3-5.

2. § 238, stk. 3, som bliver stk. 4, affattes således:

»Den betaling, som er nævnt i stk. 1 og 3, kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.«

3. I § 238, stk. 4, som bliver stk. 5, ændres »stk. 1-3« til: »stk. 1-4«.

4. I § 238 indsættes efter stk. 4, som bliver stk. 5, som nyt stykke:

»Stk. 6. Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 til kommunerne.«

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 2017.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. **Indledning**
2. **Lovforslagets hovedindhold**
 - 2.1. Gældende ret
 - 2.2. Sundheds- og ældreministeriets overvejelser
 - 2.3. 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

Formålet med loven er, at den skal styrke kommunernes incitament til at hjemtage somatiske, færdigbehandlede borgere fra sygehuset. Det gøres ved at øge de kommunale færdigbehandlingstakster. Der er mellem 35.000 – 40.000 færdigbehandlingsdage om året, hvor en færdigbehandlet borger optager en sengeplads på et sygehus. Og heraf er ca. 40 pct. af dagene dele af forløb med over 10 færdigbehandlingsdage. Færdigbehandlede patienter optager sygehusenes kapacitet og plejeresressourcer. Det er ineffektiv brug af specialiserede sygehusressourcer og uværdigt for borgeren. En reduktion af antallet af færdigbehandlingsdage er centralt for at undgå overbelægning, for at ingen patienter oplever unødigt lange indlæggelser og for at sikre mere sundhed for pengene.

I et samlet sundhedsvæsen, der går på tværs af sektorer, er en klar arbejdsdeling mellem regioner og kommuner vigtig. Det indebærer bl.a., at kommunerne hjemtager færdigbehandlede borgere, så snart behandlingen på sygehuset er afsluttet. Det er en fordel for de færdigbehandlede borgere, som kan være hjemme i trygge, nære omgivelser. Og det er en fordel for sygehusvæsenet, som får frigjort kapacitet. Nogle kommuner varetager i dag ikke deres ansvar for at hjemtage patienter godt nok, og med denne lov vil hver kommune få et større incitament til at hjemtage sine færdigbehandlede patienter.

I dag opkræver regionerne færdigbehandlingstakst hos patientens bopælskommune efter sundhedsloven § 238, stk. 3, på 1.522 kr. pr. færdigbehandlingsdag (pris- og lønniveau for 2014), hvilket svarer til 1.976 kr. i pris- og lønniveau for 2016. En færdigbehandlingsdag er en dag, hvor patienten fortsat ligger på sygehuset efter registrering som færdigbehandlet, enten fordi vedkommende er færdigbehandlet, eller fordi indlæggelse ikke længere forudsættes for videre behandling. Baggrunden for færdigbehandlingstaksten er, at kommunerne skal have et økonomisk incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter fra sygehusene.

Med lovforslaget bliver kommunerne opkrævet en statslig færdigbehandlingstakst oveni den takst, regionerne i dag opkræver. Den statslige færdigbehandlingstakst skal øge kommunernes incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter. Kommunens betaling vil følge en trappemodell, hvor den samlede kommunale betaling for somatiske færdigbehandlingsdage fordobles fra og med første dag og tredobles fra og med tredje dag sammenlignet med i dag. Trappemodellen styrker særligt det økonomiske incitament til at undgå forløb med mange færdigbehandlingsdage.

Den statslige færdigbehandlingstakst skal tilbagebetales til kommunerne. I udgangspunkt skal tilbagebetalingen fordeles på kommunerne i den enkelte region i forhold til indbyggertallet. Med lovforslaget bemyndiges sundheds- og ældreministeren til at ændre denne tilbagebetaling til en pulje, såfremt antallet af somatiske færdigbehandlingsdage fortsætter med at være meget højt. Puljen målrettes i givet fald tiltag mod nedbringelse af somatiske færdigbehandlingsdage.

En justering af færdigbehandlingstaksten indgår som et led i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient (»Styrket indsats for den ældre medicinske patient») fra juni 2016 mellem regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti.

2. Lovforslagets hovedindhold

2.1. Gældende ret

Efter sundhedslovens § 238, stk. 1, opkræver bopælsregionen bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter for kommunen. Dette er efter § 238, stk. 2 også muligt for patienter, der er indlagt på et hospice, som er nævnt i sundhedslovens § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2.

Den kommunale betaling til regionerne er fastsat til maksimalt at udgøre 1.522 kr. (pris- og lønniveau for 2014), jf. § 238, stk. 3. Dette svarer til 1.976 kr. (pris- og lønniveau for

2016). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Sundheds- og ældreministeren er efter § 238, stk. 4, bemyndiget til at fastsætte de nærmere regler om bopælskommunens betaling, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning. Sundheds- og ældreministeren har ikke udnyttet denne bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler.

2.2. Overvejelser

For at øge kommunernes incitament til at nedbringe antallet af somatiske færdigbehandlingsdage ønsker regeringen, at staten opkræver en supplerende færdigbehandlingstakst med henblik på at øge bopælskommunens incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter. En nedbringelse af antallet af færdigbehandlingsdage vil give en mere effektiv anvendelse af sygehusvæsenets ressourcer samt være en fordel for patienten, der kan være hjemme i trygge omgivelser.

2.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at den gældende ordning, hvorefter regionerne opkræver en færdigbehandlingstakst hos bopælskommunen videreføres, og således at niveauet for denne takst fastholdes på det aktuelle niveau, hvilket svarer til 1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016).

Det foreslås med lovforslagets § 1, nr. 2, at fastsætte, at staten - som et supplement til den takst, der allerede i dag opkræves af regionerne - opkræver en supplerende færdigbehandlingstakst hos bopælskommunen for somatiske færdigbehandlingsdage knyttet til sygehusbehandling. Den statslige færdigbehandlingstakst udformes som en trappemodel, hvor taksten for første og anden dag fastsættes til 1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016), mens det fra tredje dag og frem fordobles, så taksten er 3.952 kr. (pris- og lønniveau for 2016). Trappemodellen styrker særligt det økonomiske incitament for forløb med mange dage, idet der samtidig sendes et signal om, at alle færdigbehandlingsdage principielt skal undgås.

Såfremt en færdigbehandlet patient skifter bopælskommune i perioden som færdigbehandlet vil patienten blive betragtet som "ny" færdigbehandlet patient, og den nye bopælskommune vil blive afkrævet statslig færdigbehandlingstakst i relation hertil. Det vil sige svarende til taksten for første og anden sengedag de første to sengedage med bopæl i den nye kommune (1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016) pr. sengedag) og derefter taksten for tredje sengedag og frem (3.952 kr. (pris- og lønniveau for 2016) pr. sengedag). Det foreslås, at de nærmere regler om betaling af den statslige færdigbehandlingstakst fastsættes i bekendtgørelse.

Færdigbehandlingstaksten for kommunerne bliver med betaling til både region og stat samlet 3.952 kr. for første og anden dag og 5.928 kr. fra og med tredje dag (pris- og lønniveau for 2016). I forhold til det gældende niveau svarer det til en fordobling for dag ét og to og en tredobling fra dag tre og frem.

Med lovforslagets § 1, nr. 4, foreslås det, at sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter den foreslåede bestemmelse i sundhedslovens § 238, stk. 2, til kommunerne.

For at undgå at de øgede takster i sig selv modvirker de regionale incitamentet til at få patienterne udskrevet, skal den statslige færdigbehandlingstakst ikke tilgå regionerne, men tilbageføres til kommunerne, jf. lovforslagets § 1, nr. 4. I udgangspunktet tilbageføres den statslige færdigbehandlingstakst til kommunerne i den enkelte region, som merbetalingen vedrører, og fordeles på kommunerne i den enkelte region i forhold til indbyggertallet. Det vil sige, at betalinger i en region ikke omfordeles til øvrige regioner, men kun mellem kommunerne indenfor den enkelte region. Det foreslås, at bemyndige sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler herom i en bekendtgørelse.

For det tilfælde at kommunerne ikke nedbringer antallet af somatiske færdigbehandlingsdage væsentligt, vil sundheds- og ældreministeren med bemyndigelsen i lovforslagets § 1, nr. 4, kunne fastsætte regler om at ændre tilbageførslen til kommunerne fra en tilbagebetaling til kommunerne i den region, som merbetalingen vedrører via indbyggertallet, til at ske via en ansøgningspulje målrettet kommunale initiativer, der har til formål at nedbringe antallet af somatiske færdigbehandlingsdage. Ansøgningspuljen vil i givet fald blive administreret af Sundheds- og Ældreministeriet.

3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

Baseret på 2014-aktivitetsniveau og en uændret adfærd i kommunerne vil takstjusteringen for kommunerne under ét betyde en øget takstbetaling på ca. 150 mio. kr. (baseret på 2014-aktivitet), som dog tilbageføres til kommunerne inden for den enkelte region.

Lovændringen vil kræve administrative tilpasninger i Sundhedsdatastyrelsen, som er driftsansvarlig for opkrævning af færdigbehandlingstakster fra kommunerne.

Derudover må forventes en incitamenteffekt i kommunerne, som forventeligt vil få kommunerne til at prioritere området yderligere, hvilket forventeligt vil betyde at kommunerens udgifter til færdigbehandlingstakster vil falde, jf. afsnit 2.3 ovenfor.

Det vurderes, at forslaget ikke vil have økonomiske konsekvenser for regionerne og staten.

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. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

7. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

8. Hørte myndigheder og organisationer

Et udkast til lovforslaget har i perioden fra den 2. september 2016 til den 3. oktober 2016 været sendt til høring hos følgende myndigheder og organisationer mv.:

Danske Regioner, KL, Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, 3F, Dansk Rehab Group, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Ortopædisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Socialrådgiverforening, Dommerfuldmægtigforeningen, FOA, Foreningen af Speciallæger, Foreningen af socialchefer i Danmark, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Praktiserende Lægers Organisation, Yngre Læger, Landsforeningen SIND, Bedre Psykiatri, Den uvildige konsulentordning på handicapområdet, Dansk Handicapforbund, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Ældreråd, Det Centrale Handicapråd, Demenskoordinatorer i Danmark, Forbrugerrådet, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerteforeningen, Hospice Forum Danmark, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen for Evnesvage (LEV), LMS- Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Retspolitisk Forening, Sjældne Diagnoser, Udviklingshæmmedes Landsforbund, ÆldreForum, Ældremobiliseringen, Ældresagen, Alzheimerforeningen, Bedre Psykiatri – landsforeningen for pårøren-

de, Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Anker Fjord Hospice, Arresødal Hospice, Center for Hjerneskade, Center for Sundhed og Træning i Middelfart, Center for Sundhed og Træning i Skælskør, Center for Sundhed og Træning i Aarhus, Dansk Erhverv, Dansk Kvindesamfund, Brancheforeningen for Private Hospitaler og Klinikker, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Industri, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Distriktskykiatri, Diakonissestiftelsens Hospice, Epilepsihospitalet Filadelfia, Hospice Djursland, Hospice Fyn, Hospice Limfjord Skive, Hospice Sjælland, Hospice Sydvestjylland, Hospice Sønderjylland, Hospice Vendsyssel, KamillianerGaardens Hospice, Kvinderådet, PTU's RehabiliteringsCenter, RCT Jylland, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Sankt Lukas Hospice, Sclerosehospitalet i Haslev, Sclerosehospitalet i Ry, Sct. Maria Hospice Center, Sygeforsikringen "danmark", Vejlefjord, Rådet for Digital Sikkerhed, Ankestyrelsen, Dansk Selskab for Folkesundhed, Datatilsynet, Den Nationale Videnskabetiske Komité, Det Ethiske Råd, Det Nordiske Cochrane Center, Forbrugerombudsmanden, Færøernes Landsstyre, Grønlands Selvstyre, Hjælpeinstituttet (Socialstyrelsen), Institut for Menneskerettigheder, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Nationalt Videnscenter for Demens, Patientforsikringen, Styrelsen for Patientsikkerhed, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rigsombudsmanden på Grønland, Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut, Sundhedsdatastyrelsen, Statsforvaltningerne, Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri, Københavns Universitet, Aarhus Universitet, Syddansk Universitet, Aalborg Universitet og Roskilde Universitet.

9. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/ mindreudgifter (hvis ja, angiv omfang)	Negative konsekvenser/ merudgifter (hvis ja, angiv omfang)
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Kommunerne får tilbagebetalt takstbetaling på ca. 150 mio. kr. (2014-aktivitet).	Kommunerne får øget takstbetaling på ca. 150 mio. kr. (2014-aktivitet).
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner		Sundhedsdatastyrelsen skal tilpasse opkrævning af færdigbehandlingstakster.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.	
Overimplementering af EU-retlige minimumsforpligtelser (sæt X)	JA	NEJ X

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Efter den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 238, stk. 1, fremgår det, at bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen.

Med lovforslagets § 1, nr. 1, foreslås det, at der indsættes et nyt *stk. 2* i sundhedsloven § 238, *hvorefter staten*, udover den betaling, der opkræves efter *stk. 1*, opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Det foreslås, at denne betaling maksimalt kan udgøre 1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016) pr. sengedag for første og anden sengedag og 3.952 kr. (pris- og lønniveau for 2016) for hver sengedag fra og med tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Den foreslåede ændring retter sig alene mod sygehusbehandling og omfatter således ikke bopælskommunens betaling til bopælsregionen for patienter, der er indlagt på et hospice, der er nævnt i sundhedslovens § 75, stk. 4 og § 79, stk. 2, jf. sundhedslovens § 238, stk. 2., som bliver *stk. 3*.

Den foreslåede statslige færdigbehandlingstakst vil blive opkrævet hos bopælskommunen for somatiske færdigbehandlingstakst knyttet til sygehusbehandling som et supplement til den takst, der i dag opkræves af regionerne. Formålet med lovforslagets § 1, nr. 1, er, at den statslige færdigbehandlingstakst skal øge bopælskommunens incitament til at hjemtage somatiske færdigbehandlede patienter. Den foreslåede trappemodel med en lavere betaling på 1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016) for første og anden sengedag og en højere betaling på 3.952 kr. (pris- og lønniveau for 2016) fra og med den tredje dag og frem skal særligt styrke det økonomiske incitament til at undgå forløb med mange færdigbehandlingstakst.

For at undgå, at de øgede takster i sig selv modvirker de regionale incitamenter til at få patienterne udskrevet, skal den statslige færdigbehandlingstakst ikke tilgå regionerne, men tilbageføres til kommunerne, jf. den foreslåede bestemmelse i lovforslagets § 1, nr. 4.

Såfremt en færdigbehandlet patient skifter bopælskommune i perioden som færdigbehandlet, vil patienten blive betraget som "ny" færdigbehandlet patient, og den nye bopælskommune vil blive afkrævet statslig færdigbehandlingstakst i relation hertil. Det vil sige svarende til taksten for første og anden sengedag de første to sengedage med bopæl i den nye kommune (1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016) pr. sengedag) og derefter taksten for tredje sengedag og frem (3.952 kr. (pris- og lønniveau for 2016) pr. sengedag). Det foreslås, at de nærmere regler om betaling af den statslige færdigbehandlingstakst fastsættes i bekendtgørelse, jf. den foreslåede bestemmelse i lovforslagets § 1, nr. 3.

Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne, hvilket vil sige, at den reguleres for den forventede pris- og lønudvikling i den regionale sektor mellem foregående år og tilskudsåret, som det er beskrevet i § 3, stk. 2, nr. 2, i lov om regionernes finansiering, jf. lovbekendtgørelse nr. 797 af 27. juni 2011.

Til nr. 2

I den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 238, stk. 3, er det fastsat, at det maksimale beløb, som regionerne kan opkræve for færdigbehandlede er 1.522 kr. (pris- og lønniveau for 2004).

Med lovforslagets § 1, nr. 2, foreslås det at nyaffatte sundhedslovens § 238, stk. 3, som bliver *stk. 4.*, således at det af bestemmelsen vil fremgå, at den betaling, som er nævnt i *stk. 1* og *3*, maksimalt kan udgøre 1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Der er tale om en konsekvensændring som følge af lovforslagets § 1, nr. 1. Samtidigt opregnes taksten fra 2004-pris- og -lønniveau til 2016-pris- og -lønniveau.

Til nr. 3

I den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 238, *stk. 4*, er der fastsat hjemmel til, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter *stk. 1-3*, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning

Med lovforslagets § 1, nr. 3, foreslås at ændre sundhedslovens § 238, *stk. 4*, der bliver *stk. 5*, som en konsekvens af den foreslåede indsættelse af et nyt *stk. 2* i sundhedslovens § 238, jf. lovforslagets § 1, nr. 1, således at det nye *stk. 2* også omfattes.

Med ændringen vil sundheds- og ældreministeren kunne fastsætte nærmere regler for betalingen af taksterne i sundhedslovens § 238, *stk. 1-4*, såvel for den nuværende færdigbehandlingstakst som for den statslige færdigbehandlingstakst.

Til nr. 4

Med lovforslaget § 1, nr. 4, foreslås det, at indføre en ny bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren, hvorefter ministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter den foreslåede bestemmelse i sundhedslovens § 238, *stk. 2*, til kommunerne.

Forslaget er en konsekvens af lovforslagets § 1, nr. 1, hvorefter staten opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen.

I udgangspunktet tilbageføres den statslige færdigbehandlingstakst til kommunerne i den enkelte region, som merbetalingen vedrører, og fordeles på kommunerne i den enkelte region i forhold til indbyggertallet. Det vil sige, at betalinger i en region ikke omfordeles til øvrige regioner, men kun

mellem kommunerne indenfor den enkelte region. Nærmere regler herom vil blive fastsat i en bekendtgørelse.

Hvis den statslige færdigbehandlingstakst ikke ændrer kommunernes adfærd væsentligt, sådan at antallet af færdigbehandlingsdage nedbringes, kan sundheds- og ældreministeren fastsætte regler om, at tilbageførslen til kommunerne i stedet bliver ændret til en ansøgningspulje. Ansøgningspuljen vil i givet fald blive administreret af Sundheds- og Ældreministeriet og vil blive udmøntet til kommunale initiati-

ver, der har til formål at nedbringe antallet af somatiske færdigbehandlingsdage. De nærmere betingelser for indførelse af ansøgningspulje samt evt. udformning af ansøgningspulje vil blive fastsat i en bekendtgørelse.

Til § 2

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

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 238. *Stk. 1* ---*Stk. 2.* ---

Stk. 3. Den i stk. 1 og 2 nævnte betaling kan maksimalt udgøre 1.522 kr. Beløbet er anført i 2004-pris- og -lønniveau. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Stk. 4. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1-3, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

§ 1

I bekendtgørelse af sundhedsloven, jf. lovbe- kendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016, fore- tages følgende ændringer:

1. I § 238 indsættes efter stk. 1, som nyt stykke:

»*Stk. 2.* Udover den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sen- gedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktil- skuddet til regionerne.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

2. § 238, *stk. 3*, som bliver *stk. 4*, affattes således:

»Den betaling, som er nævnt i stk. 1 og 3, kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau). Tak- sten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.«

3. I § 238, *stk. 4*, som bliver *stk. 5*, ændres »stk. 1-3« til: »stk. 1-4«

4. I § 238 indsættes efter *stk. 4*, som bliver *stk. 5*, som nyt stykke:

»*Stk. 6.* Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter *stk. 2* til kommunerne.«