



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

Forslag

til

Lov om ændring af lov om regionernes finansiering

(Ændret kommunal medfinansiering, indførelse af regional omfordeling som følge af effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier m.v.)

§ 1

I lov om regionernes finansiering, jf. lovbekendtgørelse nr. 797 af 27. juni 2011, som ændret ved lov nr. 584 af 18. juni 2012 og ved § 4 i lov nr. 1258 af 18. december 2012, foretages følgende ændringer:

1. I § 14, stk. 1, ændres »indlæggelse« til: »regionsudskrivning«.

2. § 14 a affattes således:

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

Stk. 2. 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. Overstiger kommunernes betaling til en region efter §§ 13 og 14 den øvre grænse for den pågældende regions indtægter fra kommunal medfinansiering, tilfalder det merbetalte beløb staten, jf. dog stk. 3.

Stk. 3. Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om tilbagebetaling til kommunerne 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.

Stk. 4. Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om yderligere opkrævning af kommunal medfinansiering til staten, hvis den kommunale betaling til regionerne 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 eventuel yderligere opkrævning af kommunal medfinansiering foretages af sundheds- og ældreministeren i året efter regnskabsåret.«

3. Efter § 15 indsættes i *kapitel 2*:

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

4. § 23 b affattes således:

»§ 23 b. Regionernes andel af det statslige tilskud efter § 3 reguleres med summen af:

- 1) Regionale beregnede mer- og mindreindtægter 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).
- 2) Regionale beregnede mer- og mindreindtægter 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 kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier m.v.).

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 omfordeles mellem regionerne. Reguleringen foretages af Social- og Indenrigsministe-

riet efter den enkelte regions andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet.«

§ 2

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2017.

Stk. 2. Regler fastsat i medfør af § 14 og 14 a i lov om regionernes finansiering, lovbekendtgørelse nr. 797 af 27.

juni 2011 forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af regler fastsat i medfør af denne lov.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Indledning
2. Baggrund for lovforslaget
3. Lovforslagets hovedpunkter
 - 3.1. Ændret kommunal medfinansiering
 - 3.1.1. Gældende ret
 - 3.1.2. Ministeriets overvejelser
 - 3.1.3. Den foreslåede ordning
 - 3.2. Indførelse af revisionsinstruks
 - 3.2.1. Gældende ret
 - 3.2.2. Ministeriets overvejelser
 - 3.2.3. Den foreslåede ordning
 - 3.3. Indførelse af revisionsinstruks
 - 3.3.1. Gældende ret
 - 3.3.2. Ministeriets overvejelser
 - 3.3.3. Den foreslåede ordning
4. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige
5. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
6. Administrative konsekvenser for borgerne
7. Miljømæssige konsekvenser
8. Forholdet til EU-retten
9. Hørte myndigheder og organisationer
10. Sammenfattende skema

1. Indledning

Enhver sygehusindlæggelse, der kunne være forebygget, skal forebygges, og i dag sker det for ofte, at ældre bliver indlagt med fx blærebetændelse, væskemangel og andre lidelser, som kunne være fanget i opløbet.

Regeringen ønsker at give de kommuner, som forebygger de mange og ofte gentagne indlæggelser, en større økonomisk gevinst. Med lovforslaget gives bemyndigelse til at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om 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. Fremover kommer kommunerne til at 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 kommunerne i højere grad sørger for, at hjemmeplejen tænker i løsninger, som kan hjælpe den ældre og svage i nærmiljøet. Derudover skal den nye ordning understøtte, at sundhedsplejersken i højere grad følger op på nyfødte og småbørn, så børnene ikke unødigt indlægges på sygehuset.

Regeringen ønsker samtidig at foretage tre tekniske justeringer af den kommunale medfinansiering for at styrke ordningen, herunder fremme samarbejdet mellem kommuner og regioner. For det første ændres afregningen af den kommunale medfinansiering, så der ikke fremadrettet opkræves medfinansiering på ny, når patienter bliver overflyttet fra et

sygehus til et andet inden for samme region. For det andet bemyndiges ministeren til at fastsætte regler om, at eventuelt merbetalt medfinansiering fremadrettet tilbagebetales til kommunerne inden for den region, som merbetalingen vedrører. Dermed sikres større sammenhæng mellem evt. kommunale merbetalinger og tilbagebetalingen heraf til kommunerne. Og for det tredje bemyndiges ministeren til at fastsætte regler om 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 gøre de årlige lofter uafhængigt af udviklingen i den enkelte regions aktivitet. Dermed sikres, at ordningen ikke i praksis giver regionerne et incitament til uhensigtsmæssigt at øge aktiviteten for at opnå maksimal indtægt fra medfinansiering.

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

Endelig ønsker regeringen, at effektiviseringsgevinsterne ved de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier skal komme borgere i hele landet til gode. Regeringen ønsker derfor hjemmel til at foretage en omfordeling af en del af det regionale bloktilskud på sundhedsområdet, der sikrer en balanceret fordeling af effektiviseringsgevinsterne.

2 Baggrunden for lovforslaget

2.1 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«(2015) udarbejdet af Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Social- og Indenrigsministeriet, Danske Regioner og KL 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.

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 mulighederne for en styrkelse af det kommunale incitament gennem konkrete ændringer af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet er blevet vurderet.

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.

2.2. Effektiviseringsgevinster ved de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier

Med de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier investerer staten og regionerne i alt mere end 47 mia. kr. (pris og lønniveau for 2016) 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 resourceforbruget kan reduceres.

Effektiviseringspotentialer i en ny sygehusstruktur er en del af præmissen for at etablere de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier. 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 effektiviseringspotentialer fra projekt til projekt, idet der bl.a. er væsentligt større effektiviseringspotentialer i nybyggeri end i ombygningsprojekter.

Den forventede varige effektiviseringsgevinst på 2,3 mia. kr. er imidlertid ulige fordelt mellem regionerne. Idet kvalitetsfundsinvesteringen 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 de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier, herunder for indfasning og fordeling mellem regionerne.

3. Lovforslaget

3.1. Ændret kommunal medfinansiering

3.1.1. Gældende ret

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

Efter § 14, stk. 1. betaler kommunerne til de enkelte regioner en andel af udgiften til behandling efter sundhedslovens afsnit VI pr. indlæggelse på sygehus for patienter fra kommunen. Det betyder, at kommunerne betaler kommunal

medfinansiering for hver gang en patient overflyttes fra et sygehus til et andet sygehus.

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

I medfør af bemyndigelsen i § 14 a, stk. 1 har sundheds- og ældreministeren udstedt cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet, cirkulære nr. 102 af 6. december 2011.

Det fremgår af cirkulærets bilag 3, at betalingen for somatiske sygehusindlæggelser er 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 14.025 kr. pr. indlæggelse (pris- og lønniveau for 2012). Betalingen for ambulante behandling er 34 pct. af den såkaldte DAGS-takst (Dansk Ambulant Grupperings System, der anvendes for ambulante patienter på somatiske afdelinger). Beløbet kan dog maksimalt udgøre 1.384 kr. pr. besøg (pris- og lønniveau for 2012). Betalingen for psykiatriske sygehusindlæggelser er 60 pct. af sengedagstaksten, dog maksimalt 8.113 kr. pr. indlæggelse (pris- og lønniveau for 2012). Betalingen for ambulante psykiatriske behandling opgøres til 30 pct. af besøgstaksten. Betalingen for ydelser fra praktiserende læger efter §§ 60 - 63 i sundhedsloven er 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 er 34 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomsten, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1. Beløbet kan maksimalt udgøre 1.384 kr. pr. ydelse. Betaling for ydelser efter §§ 65 - 69 og 71 er 10 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1.

Efter § 14 a, stk. 2 fastsætter sundheds- og ældreministeren regler om en øvre grænse for regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering. I medfør af bemyndigelsen har sundheds- og ældreministeren udstedt bekendtgørelse om opgørelse for øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet, bekendtgørelse nr. 974 af 28. juni 2016.

Overstiger kommunernes betaling til en region den øvre grænse for den pågældende regions indtægter fra kommunal medfinansiering, tilfalder det merbetalte beløb staten, jf. § 14 a, stk. 2.

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 tilbagebetaling, som foretages som en efterregulering af bloktilskuddet for det pågældende tilskudsår.

3.1.2. Ministeriets 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 målretninger 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 medfinansieringsandelen ikke skal afvige markant fra gruppe til gruppe.
8. Balancen mellem de substituerbare behandlingsformer fastholdes.
9. De byrdemæssige konsekvenser efter gennemslag i udlicning 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 kommunal medfinansieringstakst.

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 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 sundhedsom-

rådet. 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.

3.1.3. Den foreslåede ordning

3.1.3.1. Beregningen af den kommunale medfinansiering

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

Dermed vil en patientoverflytning mellem hospitaler inden for samme region ikke have betydning for den kommunale betaling, da det alene er det sammenhængende indlæggelsesforløb inden for den enkelte region, som kommunerne fremadrettet afkræves penge for. Betalingen svarer til den indlæggelse, der giver den højeste kommunale medfinansiering i forløbet.

Ændringen træder kraft den 1. januar 2017, jf. lovforslagets § 2

3.1.3.2. Måltrettet medfinansiering

Det foreslås, at bemyndigelsen i § 14 a stk. 1 ændres, så sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om at differentiere kommunale medfinansiering 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.

Med bemyndigelsen kan sundheds- og ældreministeren fastsætte regler om, at 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 ambulansomatik og speciallægeydelse.

Der kan fastsættes regler om, at 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.

Der kan fastsættes regler om, at den kommunale medfinansiering for genoprætning under indlæggelse ophøres, idet den kommunale medfinansiering ikke indgår i den marginale aktivitetsfinansiering af regionerne, jf. nedenfor, og derfor ikke kan anvendes som incitamentsinstrument for regionerne.

Der kan desuden fastsættes regler om, at den kommunale medfinansiering på det psykiatriske område fastholdes uændret, idet der ikke på samme måde vurderes at være positive effekter af en målretning af medfinansieringen på disse områder.

Reglerne forventes at træde i kraft den 1. januar 2018.

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

Det foreslås, at bemyndigelsen i § 14 a stk. 2 ændres, så sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om, at den kommunale medfinansiering kobles fra finansieringen af den statslige aktivitetspulje og dermed ikke indgår i den marginale aktivitetsfinansiering af regionerne. Derved bliver den samlede finansiering af regionerne todelt i hhv. det statslige tilskud (efter § 15) og det kommunale bidrag (efter §§ 13 og 14).

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

Derudover kan sundheds- og ældreministeren fastsætte regler om, 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. Derved vil den enkelte regions fremtidige andel af indtægter fra den kommunale medfinansiering ikke afhænge af sygehusaktiviteten i tidligere år.

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, jf. § 14 a, stk. 2.

Med bemyndigelsen i § 14 a, stk. 2 kan sundheds- og ældreministeren desuden fastsætte regler om det forudsatte kommunale udgiftsniveau til kommunal medfinansiering, som fastsættes svarende til det forudsatte aktivitetsniveau i regionerne for det pågældende tilskudsår. Det betyder, at det forudsatte kommunale udgiftsniveau til kommunal medfinansiering forbliver uændret med dette lovforslag. Det skyldes, at det kommunale incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses-, trænings- og plejeopgaven ikke skal påvirkes af regionernes finansieringssystem. Dermed vil det forudsatte niveau for kommunernes udgifter være højere end den øvre grænse for regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering.

Ændringen træder kraft den 1. januar 2017, jf. lovforslagets § 2

3.1.3.4. Tilbagebetaling af merbetalt medfinansiering til kommunerne

Det foreslås, at bemyndigelsen i § 14 a stk. 3 ændres så sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om, at tilbagebetalingen af merbetalt kommunal medfinansiering udover det forudsatte niveau for kommunernes udgifter 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. Eventuelt merbetalt kommunal medfinansiering vil hermed 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.

Tilbagebetalingen vedrører merbetalt kommunal 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. Kommunerne bærer derved en andel af eventuelt budgetoverskridelse, som følge af bl.a. øget behandling ud over det generelle forudsatte niveau.

Ændringen træder kraft den 1. januar 2017, jf. lovforslagets § 2

3.1.3.5. Yderligere opkrævning af kommunal medfinansiering

Det foreslås, at der gives bemyndigelse til, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om, at der i året efter regnskabsåret sker en yderligere opkrævning af kommunal medfinansiering til staten, hvis de faktiske afholdte kommunale udgifter til medfinansieringen, opgjort regionsspecifikt, ikke fuldt ud modsvarer det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til medfinansieringen. Den yderligere opkrævning opgøres regionsspecifikt på baggrund af den enkelte kommunes andel af regionens befolkningstal. Opkrævningen opgøres af Sundheds- og Ældreministeriet.

Lovforslaget ændrer ikke på, at det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering er fuldt ud finansieret for kommunerne under ét.

Ændringen træder kraft den 1. januar 2017, jf. lovforslagets § 2

3.2. Indførelse af bemyndigelse til udskrivelse af revisionsinstruks

3.2.1. 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.

3.2.2. Ministeriets 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.

3.2.3. 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.

3.3 Omfordeling af effektiviseringsgevinster

3.3.1 Gældende ret

I »Aftalen om regionernes økonomi for 2010« blev det fastlagt, at de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier fik stillet krav om effektiviseringsgevinster, som ligger ud over de almindelige, løbende produktivitetsforbedringer 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 de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier.

3.3.2 Ministeriets overvejelser

Kvalitetsfundsinvesteringen giver et afkast i form af mere effektiv sygehusdrift. Konkret skaber regionerne herigenem 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 de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier 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.

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

3.3.3 Den foreslåede ordning

Når alle kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier er fuldt ibrugtaget, vil der være en samlet årlig gevinst på 2,3 mia. kr., hvoraf ca. 1,16 mia. kr. indgår i omfordelingen mellem regionerne.

For at sikre en jævn og forudsigelig indfasning af omfordelingen i regionerne realiseres den lineært fra 2017 til 2025. Det vil sige omfordelingen for 2017 udgør 129 mio. kr. og vil herefter forhøjes med 129 mio. årligt (pris og lønniveau for 2017) frem til den fulde indfasning i 2025.

Den foreslåede omfordeling 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 med 2025.

Tabel 1

Omfordeling som følge af effektiviseringsgevinster ved de kvalitetsfundsstøttede projekter sygehusbyggerier.

2017-pris og lønniveau, mio.kr	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Region Hovedstaden	7	14	20	27	34	41	48	55	61
Region Sjælland	8	16	24	32	39	47	55	63	71
Region Syddanmark	-4	-7	-11	-14	-18	-21	-25	-28	-32
Region Midtjylland	-14	-29	-43	-58	-72	-86	-101	-115	-130
Region 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 pris og lønniveau reguleres.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

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. Denne reduktion på ca. 0,3 mia. kr. fra den nuværende ord-

ning 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 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 (ekskl. differentiering)

Mio.kr.	Stat	Regioner	Kommuner
(2017-pris og lønniveau, + =indtægt/- = udgift)			
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. Sammenligningen 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 i andre regioner.

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. Niveaet 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.

Omfordelingen af effektiviseringsgevinster fra de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier 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.

Indførelsen af revisionsinstruks har ikke økonomiske konsekvenser for det offentlige.

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

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

Lovforslaget har ingen økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet.

6. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

7. De miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

8. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

9. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

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

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, Landsf. af nuværende og tidligere psykiatrirbrugere (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 pårørende, Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Anker Fjord Hospice, Arresødal Hospice, Center for Hjernesgade, 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, Brancheorganisationen for Private Hospitaler og Klinikker, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Industri, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Distriktpsychiatri, 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 Lands-

styre, Grønlands Selvstyre, Hjælpemiddelinstitutet (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, RUC.

10. Sammenfattende skema

Samlet vurdering af konsekvenser af lovforslaget

	Positive konsekvenser/ mindredgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	<p>Lovforslaget vurderes ikke at give offentlige merudgifter, men ændringerne af den kommunale medfinansiering vil give mindre byrdefordelmæssige konsekvenser for kommuner og regioner.</p> <p>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 og forslaget vil derfor alt andet lige have relativt begrænsede byrdefordelmæssige konsekvenser.</p> <p>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.</p> <p>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 i andre regioner.</p> <p>For regionerne vil forslaget om en ny fordeling af den øvre grænse for indtægter fra kommunal medfinansiering medføre en byrdefordelmæssig virkning. Desuden vil forslaget om en ændring af beregningsmetode betyde, at indtægten fra den kommunale medfinansiering vil blive mindre i de regioner med overflytning af patienter mellem sygehuse.</p>	<p>Lovforslaget vurderes ikke at give offentlige merudgifter, men ændringerne af den kommunale medfinansiering vil give mindre byrdefordelmæssige konsekvenser for kommuner og regioner.</p> <p>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 og forslaget vil derfor alt andet lige have relativt begrænsede byrdefordelmæssige konsekvenser.</p> <p>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.</p> <p>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 i andre regioner.</p> <p>For regionerne vil forslaget om en ny fordeling af den øvre grænse for indtægter fra kommunal medfinansiering medføre en byrdefordelmæssig virkning. Desuden vil forslaget om en ændring af beregningsmetode betyde, at indtægten fra den kommunale medfinansiering vil blive mindre i de regioner med overflytning af patienter mellem sygehuse.</p>

	Der lægges derfor op til, at der for så vidt angår regionerne indføres en midlertidig kompensationsordning, der neutraliserer de beregnede byrdefordelmæssige virkninger hos regionerne ved omlægningen.	Der lægges derfor op til, at der for så vidt angår regionerne indføres en midlertidig kompensationsordning, der neutraliserer de beregnede byrdefordelmæssige virkninger hos regionerne ved omlægningen.
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	Ingen
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	Forslaget har ikke EU-retlige konsekvenser	
Overimplementering af EU-retlige minimumsforpligtelser (sæt X)	JA	NEJ X

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 foreslås, at betalingen ændres fra pr. indlæggelse til pr. regionsudskrivning. Det betyder, at kommunerne ikke skal betale regionerne for hver indlæggelse, men alene skal betale for hvert sammenhængende forløb inden for den enkelte region. Betalingen svarer til den indlæggelse, der giver den højeste kommunale medfinansiering i forløbet (regionsudskrivning).

Forslaget medfører, at kommunerne fremover ikke kommer til at betale for hver gang en patient overflyttes fra et sygehus til et andet sygehus inden for den enkelte region. Kommunerne kommer til at betale for det sammenhængende forløb 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 er for praksissektoren udmøntet således, jf. cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfi-

nansiering på sundhedsområdet, cirkulære nr. 102 af 6. december 2011:

Betalingen for ydelser fra alment praktiserende læger efter §§ 60-63 er 10 pct. af regionens udgifter til honorarer for grundydelse, der er aftalt ved overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1., jf. bilag 3 til cirkulæret.

Betalingen for ydelser fra praktiserende speciallæger efter § 64 er 34 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomst efter sundhedslovens § 227, stk. 1. Beløbet kan dog maksimalt udgøre 1.384 kr. pr. ydelse (pris- og lønniveau for 2012).

Betalingen for ydelser efter §§ 65-69 og 71 er 10 pct. af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomst efter sundhedslovens § 227, stk. 1.

Bestemmelsens stk. 1 er for sygehussektoren udmøntet således, jf. cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet, cirkulære nr. 102 af 6. december 2011:

Betalingen for sygehusindlæggelser er 34 pct. af DRG-taksten. Betalingen beregnet på baggrund af DRG-taksten kan dog maksimalt udgøre 14.025 kr. (pris- og lønniveau for 2012), jf. bilag 3 til cirkulæret. Betalingen for ambulante behandling er 34 pct. af DRG-taksten. Beløbet kan dog maksimalt udgøre 1.384 kr. pr. besøg (pris- og lønniveau for 2012).

Betalingen for psykiatrisk behandling er 60 pct. af senge-dagstaksten, dog maksimalt 8.133 kr. pr. indlæggelse (pris- og lønniveau for 2012). Betalingen for ambulante psykiatrisk behandling er 30 pct. af senge-dagstaksten.

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.

Det foreslås, at § 14 a, stk. 1 affattes til, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om vilkår for opgørelse og betaling af kommunal medfinansiering i medfør af §§ 13 og 14.

Det er hensigten, at sundheds- og ældreministeren ved bekendtgørelse skal fastsætte følgende regler for medfinansiering for praksissektoren fra 2018 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.

Endvidere er det hensigten, at sundheds- og ældreministeren ved bekendtgørelse skal fastsætte følgende regler for medfinansiering for sygehussektoren fra 2018 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.

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.

Betalingen for psykiatrisk behandling er 60 pct. af senge-dagstaksten, dog maksimalt 8.722 kr. pr. regionsudskrivning. Dette er en videreførelse af de gældende betalingsregler.

Betalingen for ambulat psykiatrisk behandling er 30 pct. af besøgstaksten. Dette er en videreførelse af de gældende betalingsregler.

Betalingen for genoptræning på sygehus ophøres.

Der vil blive taget hensyn til, at medfinansieringsprocenterne og de maksimale lofter kan variere indenfor intervallet hhv. 0 til 5 pct. og 0 til 5000 kr., så 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 uhensigtsmæssige indlæggelser ved, at denne type patient/indlæggelse pålægges en selvstændig kommunal medfinansiering-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.

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, jf. bekendtgørelse nr. 974 af 28. juni 2016. Bestemmelsen udmøntes ved, at den enkelte regions øvre grænse for indtægter fra kommunal medfinansiering bliver fastsat med udgangspunkt i regionernes aktivitet.

Det foreslås, at § 14 a, stk. 2 affattes så sundheds- og ældreministeren kan fastsætte 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.

Lovforslaget indebærer, at den kommunale medfinansiering kobles fra finansieringen af den statslige aktivitetspulje og dermed ikke indgår i den marginale aktivitetsfinansiering af regionerne. Det betyder, at de øvre grænser for regionernes forudsatte indtægt fra kommunal medfinansiering fastsættes så 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 medfinansiering 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.

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 ordnings 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.

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, jf. § 14 a, stk. 2.

Bestemmelsen i den gældende § 14 a, stk. 2 bemyndiger sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om det forudsatte kommunale udgiftsniveau til kommunal medfinansiering, som fastsættes svarende til det forudsatte aktivitetsniveau i regionerne for det pågældende tilskudsår. Det betyder, at det forudsatte kommunale udgiftsniveau til kommunale medfinansiering forbliver uændret med dette lovforslag. 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.

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, jf. § 3, stk. 2, punkt 1 i bekendtgørelse nr. 797 af d. 27. juni 2011.

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

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 sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om, at tilbagebetalingen af merbetalt kommunal medfinansiering udover det forudsatte niveau for kommunernes udgifter sker til kommunerne inden for den region, som merbetalingen vedrører. Det vil sige overstiger kommunernes betaling i en region det forudsatte niveau for kommunernes medfinansiering for den pågældende region, jf. § 14 a stk. 2, tilbagebetaler staten beløbet til kommunerne i regionen.

Tilbagebetalingen fordeles til kommunerne i den pågældende region i forhold til den enkelte kommunes andel af regionens befolkningstal.

Eventuelt merbetalt kommunal medfinansiering vil dermed 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 foreslåede bestemmelse i § 14 a, stk. 4, indebærer, at sundheds- og ældreministeren får hjemmel til at fastsætte regler om, at der i året efter regnskabsåret sker en yderligere opkrævning af kommunal medfinansiering til staten, hvis faktiske afholdte kommunale udgifter til den kommunale

medfinansiering, opgjort regionsspecifikt, er mindre end det forudsatte niveau for kommunernes udgifter til medfinansieringen i en eller flere regioner i et regnskabsår, jf. § 14 a stk. 2. Den yderligere opkrævning opgøres regionsspecifikt på baggrund af den enkelte kommunes andel af regionens befolkningstal. Opkrævningen opgøres af Sundheds- og Ældreministeriet

Til nr. 3

Der er ikke i gældende regler fastsat særlig 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.

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

Til nr. 4

Bestemmelsen i den gældende § 23 b bemyndiger Social- og Indenrigsministeriet til at foretage regulering af regionale mer- og mindreindtægter som følge af den tidligere ændring af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet fra 2012. Det vil sige, at der blev indført en midlertidig kompensationsordning, hvor regioner med beregnede merindtægter på sundhedsområdet som følge af ændringen betaler til regioner med beregnede mindreindtægter. Den tidligere ændring af den kommunale medfinansiering betød en afskaffelse af det kommunale grundbidrag og en forøgelse af den kommunale medfinansiering.

Den foreslåede bestemmelse i § 23 b, stk. 1, indebærer, at Social- og Indenrigsministeriet får hjemmel til at foretage regional regulering af summen af § 23 b, stk. 1, *nummer 1* og 2. Den foreslåede bestemmelse i *nummer 1* er en videreførelse af gældende § 23 b. Derimod er den foreslåede bestemmelse i *nummer 2* ny og indebærer, at Social- og Indenrigsministeriet kan foretage kompensation til de enkelte regioner af den foreslåede ændring af den kommunale medfinansiering med virkning fra og med 2017.

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.

Den foreslåede bestemmelse i *stk. 2* indebærer, at der foretages en regulering af bloktilskuddet som sikrer, at 50 pct. af den samlede effektiviseringsgevinst fra de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier (udmøntet af finansloven § 16.91.60.10) fordeles efter regionernes andel i bloktilskuddet på sundhedsområdet. Reguleringen indføres lineært i pe-

rioden 2017-2025 med 1/9 af den samlede effekt om året svarende til 129 mio. kr. (pris og lønniveau for 2017), hvorefter reguleringen fastholdes på 2025-niveau. Reguleringen fastsættes én gang for alle efter bloktilskuddet på sundhedsområdet for 2016.

Bestemmelsen indebærer, at regioner, som opnår en gevinst, som følge af de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier, der overstiger regionens andel af den samlede effektiviseringsgevinst fordelt efter bloktilskuddet på sundhedsområdet, får en negativ regulering af deres bloktilskud. Regioner, som ikke opnår en gevinst, som følge af de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier, der overstiger regionens andel af den samlede effektiviseringsgevinst fordelt efter bloktilskuddet på sundhedsområdet, får modsat en positiv regulering.

Til § 2

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 2017.

Stk. 2. Regler fastsat i medfør af § 14 og 14 a i lov om regionernes finansiering, lovbekendtgørelse nr. 797 af 27. juni 2011 forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af regler fastsat i medfør af denne lov.

Til § 3

Lovforslaget gælder ikke for Færøerne og Grønland, jf. også § 24 i gældende lov.

Lovforslaget sammenholdt med gældende ret

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 1

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

Stk. 2-3. - - -

§ 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, under hensynstagen 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.«

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.«

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

1. I § 14, *stk. 1*, ændres »indlæggelse« til: »region- sudskrivning«.

2. § 14 a affattes således:

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

Stk. 2. 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. Overstiger kommunernes betaling til en region efter §§ 13 og 14 den øvre grænse for den pågældende regions indtægter fra kommunal medfinansiering, tilfalder det merbetalte beløb staten, jf. dog stk. 3.

Stk. 3. Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om tilbagebetaling til kommunerne 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.

Stk. 4. Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om yderligere opkrævning af kommunal medfinansiering til staten, hvis den kommunale

§ 15 - - -

§ 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.

betaling til regionerne 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 eventuel yderligere opkrævning af kommunal medfinansiering foretages af sundheds- og ældreministeren i året efter regnskabsåret.«

3. Efter § 15 indsættes i *kapitel 2*:

»**§ 15 a.** Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om revision af statsligt aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes sygehusvæsen m.v. samt kommunal medfinansiering på sundhedsområdet.«

4. § 23 b affattes således:

3) Regionernes andel af det statslige tilskud efter § 3 reguleres med summen af:

4) Regionale beregnede mer- og mindreindtægter 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).

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 kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier omfordeles mellem regionerne. Omfordelingen fortages af Social og Indenrigsministeriet efter den enkelte regions andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet.«

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 2017.

Stk. 2. Regler fastsat i medfør af § 14 og 14 a i lov om regionernes finansiering, lovekendtgørelse nr. 797 af 27. juni 2011 forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af regler fastsat i medfør af denne lov.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.