

Sundhedsudvalget (SUU)
Økonomigruppen i Folketinget

3. April 2007

Oversigtsnotat:
Hvordan finansieres
sundheds- og hospitalssektoren
efter strukturreformen

1. Indledning

Sundhedsudvalget har anmodet Økonomigruppen om **kort** at redegøre for, hvordan sundhedsvæsenet finansieres (og fungerer) efter 1. januar 2007, hvor den nye strukturreform trådte i kraft. Strukturreformen medfører en del **ændringer på sundhedsområdet** både opgavemæssigt og finansielt, som gennemses i store hovedtræk nedenfor. Men allerførst skal hovedtallene for sundhedssektoren **før** reformen lige gennemgås.

2. Hvordan blev sundhedssektoren finansieret før reformen?

Nedenfor i **tabel 1** er vist en oversigt over de samlede **offentlige** sundhedsudgifter i 2005.

Tabel 1 Offentlige udgifter til sundhedsvæsenet (2005)

Udgifter (mia.kr.)		Finansiering
- Sygehuse	54	Amtsskat (11% i gns.), grundskatter og bloktilskud fra stat
- Sygesikring	12	
- Medicin	7	
Udgifter for amterne (i alt)	73	
- Ældrepleje	ca. 28	Kommuneskat (22% i gns.), grundskatter og bloktilskud fra stat
- Hjemmesygepleje	ca. 4	
Kommunale udgifter (i alt)	ca. 32	
Andet (administration mv.)	2	
I alt (amt og kommune)	107	(107)

Kilde: **Minianalyse** fra Økonomigruppen: "Sundhedssektoren i Danmark" (januar 2007). De **private** udgifter til sundhedsvæsenet udgjorde 19 mia.kr. i 2005 og er **ikke** med i oversigten.

Det er vigtigt at pointere, at sundhedsudgifterne her er opgjort efter Danmarks Statistiks opgørelse i Nationalregnskabet, hvor den **kommunale sektors udgifter til ældrepleje og hjemmesygepleje er en integreret del af det danske sundhedsvæsen.**

Ud af de samlede offentlige sundhedsudgifter på 107 mia. kr. i **2005** betalte **amterne** de 73 mia. kr. (ca. 70 pct.), der gik til driften af sygehuse, sygesikring (praktiserende læger m.v.) og medicin. Disse udgifter blev primært finansieret over amtsskatten på ca. 11 pct. **Kommunerne** stod for ca. 28 mia.kr. (ca. 30 pct.) af udgifterne primært til ældreplejen og hjemmesygepleje. Også disse udgifter blev finansieret over skattebilletten via kommuneskatten på ca. 22 pct. En anden finansieringskilde for både amt og kommune var også bloktilskuddet fra staten samt grundskatterne (jf. **tabel 1**).

3. Nye sundhedspolitiske foranstaltninger (oprettelse af regionerne og større rolle for kommunerne).

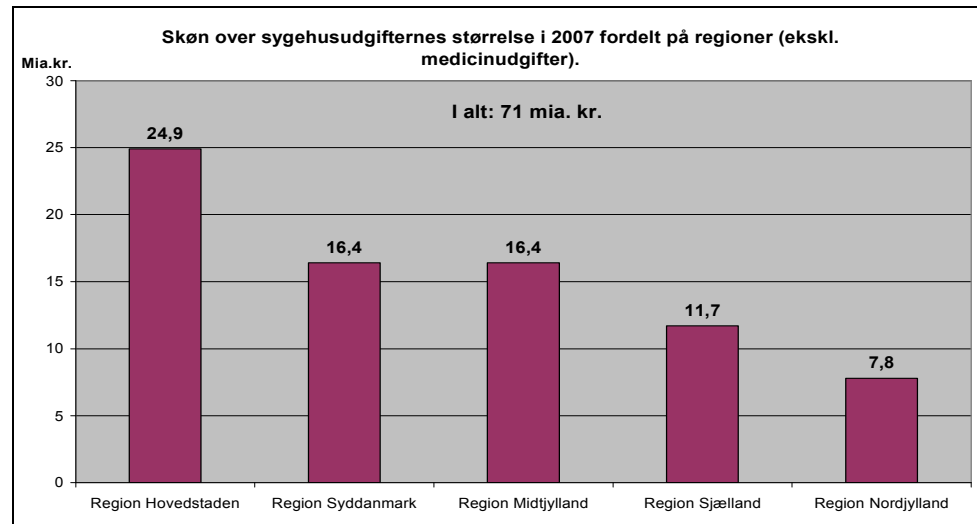
Før der ses på finansieringen skal kort gennemgås de **vigtigste nye** sundhedspolitiske foranstaltninger på sundhedsområdet i medfør af strukturreformen.

a. Regionerne

Den største ændring er nok, at de 14 amter (og H:S), der hidtil har stået for administrationen og gennemførelsen af store dele af sundheds- og sygehusvæsenet i Danmark, nedlægges. For **2005** drejede det sig om offentlige udgifter til **sygehuse** (54 mia.kr.), **sygesikring** (12 mia.kr.) og **medicin** (7 mia.kr.), dvs. **i alt** 73 mia. kr. (jf. **tabel 2**). Administrationen og gennemførelsen af de tre sundhedsområder er nu lagt over i de fem regioner, der hver får et langt **større** sundhedsvæsen at administrere end de 14 ”gamle” amter (plus H:S). Regionerne ledes af et politisk valgt regionalråd, der **ikke** kan opkræve skat. Så pengene skal altså komme fra et andet sted (jf. nedenfor).

For at få et overblik over de enkelte regioners størrelse er i **figur 1** nedenfor foretaget en skønsæssig fordeling af sygehusudgifterne og udgifter til sygesikring (ekskl. medicinudgifterne) fordelt på de nye regioner.

Figur 1



Kilde: Forslag til lov om regionernes finansiering (L 71). 2003-tallene i lovforslaget er skønsæssigt fremskrevet til 2007-niveau. **Note:** Udgifterne for alle regioner i 2007 er opgjort til 81 mia. kr. inkl. medicin- og anlægsudgifter (se eventuelt figur 2 på side 8).

Det ses, at Region Hovedstaden – ikke uventet – er den største, og at Region Nordjylland er den mindste region med hensyn til sygehusudgifter.

b. Kommunerne

Det skal indledningsvist tilføjes, at der **ikke** sker nogen ændringer for den kommunale ældrepleje og hjemmesygepleje, der koster ca. 32 mia. kr. om året (i 2005) og som i øvrigt beskæftiger ca. 100.000 personer.

Den store ændring ved reformen er, at hver **kommune** nu skal **medfinansiere** udgifterne til hospitalsbehandling samt lægebehandling for kommunernes borgere. **Det er en stor substantiel ændring i dansk sundhedspolitik.**

Det fremgår af lovforslaget om regionernes finansiering, at hensigten med denne ændring er at give **kommunerne mere synlige incitamenter til at investere i og samarbejde om sammenhængende patientforløb.** Den kommunale medfi-

nansiering skal således give kommunerne en tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelse, trænings- og plejeindsats. Kommunerne får med reformen større ansvar indenfor forebyggelse og sundhedsfremme.

Kommunernes bidrag til regionerne for 2007 består dels af et **grundbidrag på 1.102 kr.** pr. indbygger i kommunerne, og dels af et **aktivitetsafhængigt bidrag**, der opgøres ud fra DRG – og DAG taksterne, dvs. de omkostninger der er ved behandlingen af de enkelte sygdomme på hospitalerne. I hovedtal er de aktivitetsafhængige ydelser følgende (jf. **tabel 2**).

Tabel 2: Oversigt over kommunernes aktivitetsafhængige ydelser. (Både offentlige og private sygehuse), 2007.

Ydelser/yder	Betaling fra bopælskommune til regionerne ¹⁾	Maksimumbeløb for bopælskommunen
Sygehusindlæggelser - somatik - psykiatri	30% af DRG – taksten 60% af sengedagstaksten	4476 kr. 7159 kr.
Ambulant behandling på sygehuse - somatik - psykiatri	30% af DAG – taksten 30% af besøgstaksten	298 kr. pr. behandling (maks. 4.476 kr.) -
Genoptræning på sygehus	70 % af genoptræningstakst	
Specialpraktiserende læge	30% af honorarer	298 kr. per ydelse (samme som ambulant behandling)
Alm. praktiserende læge	10% af honorarer for grundydelse.	-
Tandlæge/kiropraktor/Fysioterapeut/fodterapeut/psykolog/andet	10% af honorarer	-

Kilde: Cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet (cirk. nr. 114 af 24/11/2006)

¹⁾**Note:** Det tilføjes, at der før reformen var aftalt en takst mellem kommunerne og sygehusene om betaling af færdigbehandlede patienter på sygehusene. For patienter over 60 år er taksten 1.522 kr. og under 60 år er taksten 761 kr..

De **samlede udgifter** for kommunerne er for 2007 anslået til ca. 6 mia. kr. i **grundbidrag** og ca. 9,4 mia. kr. i **aktivitetsbestemte udgifter**. Altså i alt ca. 15½ mia.kr. i årlig medfinansiering af regionernes sygehusudgifter.

Det er en meget vigtig del af strukturreformen, at kommunerne nu **yderligere** inddrages i sundhedssektorens aktiviteter. I forvejen står kommunerne for ældreplejen og hjemmesygeplejen med årlige udgifter på ca. 32 mia. kr. (2005), der primært skattefinansieres. Med strukturreformen kommer kommunernes samlede udgifter til sundhedsvæsenet op i nærheden af 50 mia. kr. årligt. Kommunerne bliver hermed et meget vigtigt led i dansk sundhedspolitik, både finan-

sielt, samt behandlings- og forebyggelsesmæssigt. For 2007 er der således afsat yderligere 400 mio. kr. på kommunernes budgetter til sundhedscentre og forebyggelsesarbejde.

De årlige kommunale merudgifter i alt 15½ mia. kr. for 2007 er primært finansieret over det samlede statslige bloktilskud til kommunerne for 2007. Hertil kommer, at kommunerne har fået lov til at beholde en mindre del af den tidligere amtsskat. **Så i princippet er der altså taget højde for kommunernes merudgifter.** Problemet opstår fra kommunens synspunkt, hvis nogen kommuner har større udgifter til aktivitetsbidrag og grundbidrag end de får tildelt ved fordelingen af bloktilskuddet mv.

Hertil kommer, at kommunernes udgifter til forebyggelse og genoptræning ved denne nye aktivitet kan blive større end forventet, og det kan i sig selv lægge yderligere pres på de kommunale budgetter. Disse spørgsmål vil indgå i de årlige budgetforhandlinger mellem staten og Kommunernes Landsforening.

3. Hvordan finansieres sygehusudgifterne m.v. i de nye regioner?

a. Ny skat til staten (sundhedsbidrag)

Før vi går i detaljer med den **samlede** finansiering af sygehus- og sundhedsvæsenet, skal det nævnes, at hovedingrediensen i den nye finansieringsreform er opkrævning af et såkaldt **sundhedsbidrag på 8 pct.** af den skattepligtige indkomst til staten. Sundhedsbidraget erstatter amtsskatten. På **finansloven for 2007 skønnes det at give 56 mia. kr. i indtægter til staten.** De 56 mia. kr. i ”øremærkede” skatteindtægter er, sammen med et bortfald af det årlige bloktilskud på ca. 16 mia. kr til amterne, hovedfinansieringskilderne for statens tilskud til regionernes sygehusvæsen.

b. Statens og kommunernes finansiering af regionerne

Udgifterne til regionernes sygehusudgifter, sygesikringsudgifter og medicin finansieres for tre fjerdedele vedkommende **via** et nyt **bloktilskud** fra staten på 62 mia. kr. i 2007.

Dette bloktilskud fordeles på en anden måde end de generelle eller almindelige bloktilskud, der ydes fra staten, idet der er anvendt en **særlig fordelingsnøgle**, der tager hensyn til borgernes træk på sygehusvæsenet m.v. Bloktilskuddet fordeles i hovedtræk således¹:

- **75 pct.** af bloktilskuddet på de 62 mia.kr. til regionerne bestemmes af aldersfordelingen af regionens indbyggere. For hver aldersgruppe (5-årige aldersintervaller) bestemmes et aldersbestemt udgiftsbehov på sundhedsområdet og beløbet fordeles efter aldersfordeling med tilhørende udgiftsbehov.
- De resterende **25 pct.** fordeles efter såkaldte socioøkonomiske kriterier jf. **tabel 3** nedenfor:

Tabel 3

Socialøkonomiske kriterier ved bloktilskudsberegningen på sundhedsområdet	Pct.
Antallet af børn af enlige forsørgere	15,0
Antallet af enlige i aldersgruppen 65 år og derover	25,0
Antallet af personer i udlejningsboliger	15,0
Antallet af familier på overførselsindkomst	17,5
Beregnet antal tabte leveår opgjort i forhold til den region, der har den højeste middellevetid	10,0
Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen	5,0
Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter med skizofreni, der i en periode på 10 år har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen	5,0
Antallet af indbyggere på øer uden fast forbindelse	2,5
Gennemsnitlig rejsetid til 18.000 indbyggere ganget med antal af indbyggere ¹	5,0

Kilde: Forslag til lov om regionernes finansiering (L 71)

¹⁾ **Note:** Dette noget særprægede kriterium er medtaget for at tage højde for særlige udgiftsforhold forbundet med tyndt befolkede områder.

Fordelingen af bloktilskuddet på de 62 mia. kr. sker altså efter en detaljeret fordelingsmekanisme, der i meget stor grad tager højde for regionernes udgiftsmæssige behov på sygehus- og sundhedsområdet. Hvor det tidligere primært var amtets skattegrundlag, der var afgørende for finansieringen, er der med reformen skabt et mere målrettet finansieringsgrundlag for regionernes udgifter.

¹ Note: I fordelingsnøglen er dog indeholdt et beløb på 100 mio.kr. i **basisbeløb**, der tildeles hver region.

Udover bloktilskuddet er der for 2007 også fastsat et såkaldt **aktivitetsafhængigt tilskud** på 2,4 mia. kr. til regionerne. Tilskuddet udbetales med udgangspunkt i **stigningen** i sygehusenes aktivitet og er baseret på DRG- og DAG taksterne.

Endelig er det aftalt for 2007, at der stilles 0,7 mia. kr. yderligere til rådighed for sygehusområdet til generel aktivitetsudvikling, nye behandlingsformer, kræftmedicin og uddannelse m.v.

Sammenlagt betyder det, at **staten** for 2007 i alt betaler ca. 66 mia. kr. til regionerne og **kommunerne** betaler 15½ mia. kr. i grundbidrag og aktivitetsbestemt bidrag, altså i alt ca. 81 mia. kr., hvilket svarer til de anslåede udgifter for regionernes sygehusudgifter i 2007.

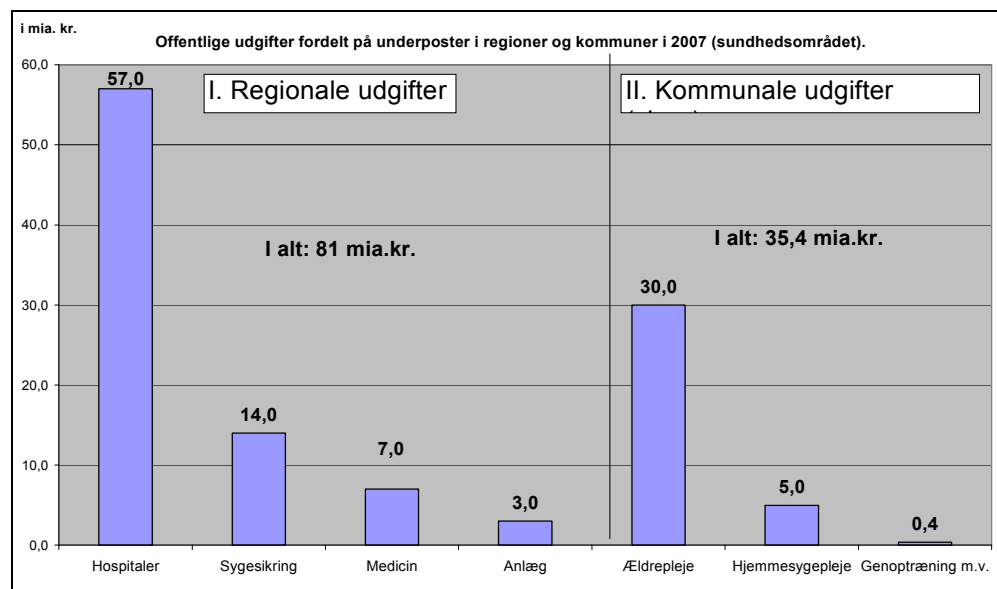
Det tilføjes, at selvom strukturreformen trådte i kraft 1. januar 2007 vil der være en **overgangsordning** frem til **2012**, der regulerer visse byrdefordelmæssige forskydninger i sundhedsudgifterne **mellem** regionerne. Nogle regioner vil have behov for større vækst i sundhedsudgifterne end gennemsnittet, og det medfører visse overførsler mellem regionerne frem til 2012. Der er dog kun tale om mindre beløb i forhold til de samlede udgifter.

I **figurerne 2 og 3** nedenfor er vist det samlede billede for regionernes og kommunernes udgifter til sundhedsområdet samt finansieringen. Tallene er for 2007.

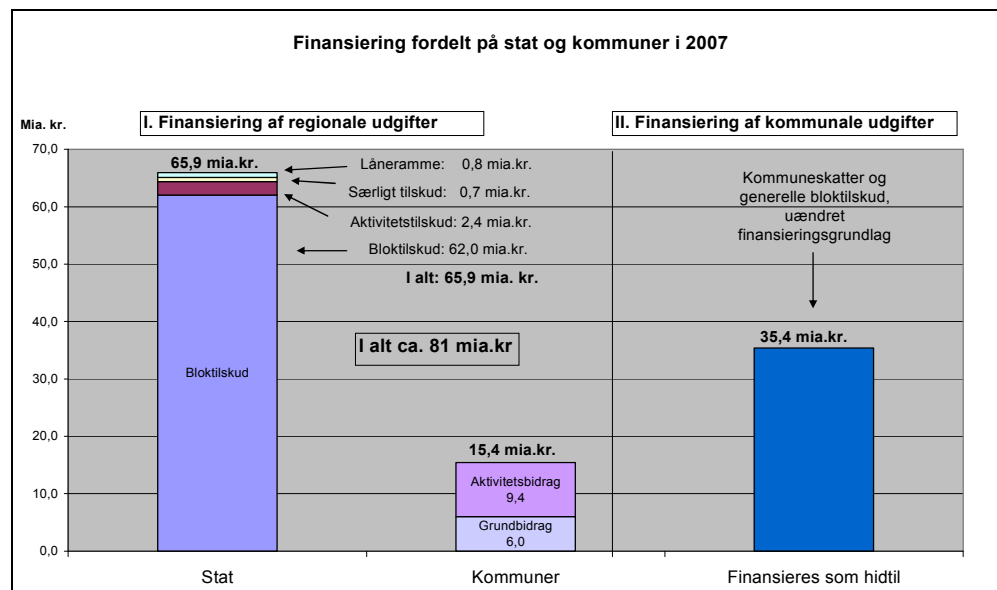
Medens kommunerne før reformen stod for ca. 30 pct. af de offentlige udgifter og finansiering (jf. side 3 i notatet), er deres andel af finansieringen af de samlede offentlige sundhedsudgifter efter reformen steget til ca. 44 pct. Det skyldes kommunernes betaling af grundbidrag og aktivitetsbidrag til regionernes sygehuse.

Det samlede billede for udgifter og finansiering i 2007

Figur 2



Figur 3



Kilde: Aktstykke 189 (Finansudvalget) af 30. juni 2006. De kommunale udgifter til ældrepleje m.v. er for 2007 skønnet ud fra tallene i tabel 1 (side 3 i notatet)

Note: I Nyt fra Danmarks Statistik (nr. 134, 27. marts 2007) er kommunernes samlede bidrag tilsyneladende budgetteret til 17 mia. kr. og regionernes udgifter er også budgetteret lidt højere, nemlig til 83,5 mia. kr. Det ændrer ikke noget afgørende, at kommunerne og regionerne i deres konkrete budgetter har opjusteret noget i forhold til Aktstykket af 30. juni 2006.

Med venlig hilsen

Niels Hoffmeyer(3602)