



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

T +45 7226 9000  
F +45 7226 9001  
M sum@sum.dk  
W sum.dk

Folketingets Social-, Indenrigs- og Børneudvalg

Dato: 07-12-2018  
Enhed: SUNDOK  
Sagsbeh.: DEPSGC  
Sagsnr.: 1808787  
Dok. nr.: 756314

Folketingets Social-, Indenrigs- og Børneudvalg har den 17.10.2018 stillet følgende spørgsmål nr. 33 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kirsten Normann Andersen (SF).

Spørgsmål nr. 33:

”Hvad er ministerens forklaring på, at udviklingen i udgifterne til den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet i 2018 ikke harmonerer med budgetterne i flere kommuner, og kan ministeren fuldstændig afvise, at det skyldes den aldersdifferentiering af taksterne, som blev indført i 2018?”

Svar:

Enhver sygehusindlæggelse, der kunne være forebygget, er én for mange. I dag sker det for ofte, at ældre borgere bliver indlagt med fx blærebetændelse, væskemangel og andre lidelser, som kunne være fanget i opløbet, og dermed kunne have forebygget en sygehusindlæggelse.

En differentiering af den kommunale medfinansiering var et konkret ønske fra KL, jf. KL-udspillet ”Sammen om sundhed” fra 2015. Efter et udvalgsarbejde med inddragelse af DR og KL, blev den kommunale medfinansiering (KMF) aldersdifferentieret fra 2018 og frem, så betalingen varierer og afspejler de kommunale muligheder for forebyggelse der, hvor de i forvejen har kontakt og fokus via sundheds- og hjemmepleje.

#### **Den kommunale medfinansiering for kommunerne**

I de årlige økonomiaftaler fastsættes det forudsatte kommunale udgiftsniveau til KMF for det pågældende tilskudsår, som beregnes ud fra den forudsatte aktivitet i regionerne.

Kommunerne modtager finansiering for det forudsatte kommunale udgiftsniveau til KMF fra staten via det kommunale bloktilskud. Finansieringen indgår ikke i det kommunale udgiftsloft for de samlede serviceudgifter.

I den kommunale budgetlægning for det pågældende aftaleår kan en kommune budgettere med det forudsatte kommunale udgiftsniveau til KMF (fordelt på kommuneniveau på baggrund af aktivitetsfordelingen to år før aftaleåret) eller budgettere over/under niveauet. Det skyldes, at kommunerne i forbindelse med budgetlægningen også tager stilling til, hvilken udvikling kommunen selv forventer pba. kommunens kendskab til egne borgere og tilbud.

Det bemærkes, at kommunerne under ét har budgetteret ca. 0,2 mia. kr. under det forudsatte niveau i 2018, mens de har budgetteret ca. 0,7 mia. kr. over det forudsatte niveau i 2017. I 2018 dækker det over, at der er kommuner, der har budgetteret op til

16 pct. under det forudsatte niveau, og kommuner, der har budgetteret op til 7 pct. over det forudsatte niveau. Jeg kan henvise til min besvarelse af SOU alm. del spørgsmål nr. 60 for en oversigt over kommunernes budgetterede niveau for KMF.

Det forudsatte kommunale udgiftsniveau til KMF fastsættes ud fra principperne om at være det bedst mulige skøn for de faktisk kommunale udgifter til KMF. Når året er omme kan det derfor vise sig, at de faktiske udgifter ikke stemmer overens med det forudsatte niveau for kommunerne under ét inden for hver af de 5 regioner. I det tilfælde, hvor:

- den faktiske betaling til KMF for kommunerne under ét i en region er *højere* end det forudsatte niveau fra økonomiaftalen, så tilbagebetales "merbeløb" til kommunerne i året efter regnskabsåret. Tilbagebetalingen fordeles til kommunerne i den pågældende region i forhold til den enkelte kommunes andel af regionens befolkningstal, *jf. § 14 a, stk. 3, i bekendtgørelse af lov om regionernes finansiering.*
- den faktiske betaling til KMF for kommunerne under ét i en region er *lavere* end det forudsatte niveau fra økonomiaftalen, foretager staten en yderligere opkrævning af det "manglende" beløb (forskellen ml. det faktiske og forudsatte kommunale udgiftsniveau til KMF) i året efter regnskabsåret, *jf. § 14 a, stk. 4, i bekendtgørelse af lov om regionernes finansiering.*

Det vil altså sige, at det forudsatte kommunale udgiftsniveau til KMF fra økonomiaftalen udgør det maksimale udgiftsniveau, som kommunerne under ét i en region kan have. For betalingen ud over niveauet, vil kommunerne modtage en kompensation.

Samtidig udgør det forudsatte kommunale udgiftsniveau til KMF fra økonomiaftalen også det mindste udgiftsniveau, som kommunerne under ét i en region kan have. For "manglende" betaling op til niveauet medfører en yderligere opkrævning fra staten.

### ***Den kommunale medfinansiering for 2018***

I oktober 2018 foretog Sundheds- og Ældreministeriet en beregning af den forventede afregning af den kommunale medfinansiering (KMF) for kommunerne i 2018.

Beregningen er baseret på den foreløbige opgørelse for KMF pr. 10. september 2018 og dertil opskrevet med samme faktor som forholdet mellem endelige opgørelse for KMF for 2017 pr. 10. april 2018, og foreløbig opgørelse for KMF for 2017 pr. 10. september 2017. Det vil sige, opskrevet med den antagelse, at efterregistreringsforholdene og aktivitetsfordelingen på de resterende dage i året 2018 er som i 2017. Der er således tale om en beregningsteknisk fremskrivning, som er forbundet med betydelig usikkerhed.

Beregningen viste, at der er stort set ingen ændring for hele landet under ét mellem den forventede afregning af KMF for kommunerne i 2018 og de forudsætninger, der lå til grund for den kommunale budgetlægning for 2018 - det samlede forudsatte kommunale udgiftsniveau for KMF fra økonomiaftalen for 2018.

Men der ses betydelige udsving på kommuneniveau. Flere kommuner kan forvente en øget afregning af den kommunale medfinansiering (KMF) for 2018, og omvendt kan flere kommuner opleve et fald i afregningen af KMF, i forhold til det forudsatte niveau.

Forklaringen på en øget afregning af den kommunale medfinansiering for 2018 i forhold til det forudsatte niveau formodes at kunne tilskrives følgende faktorer:

- a. en større aktivitet (flere sundhedsydelse) i det regionale sundhedsvæsen *eller*
- b. en forskydning i sundhedsforbruget mod de +65 årige og især mod befolkningsgrupperne over 80 år og under 2 år *eller*
- c. en større andel af forbruget bliver leveret på sygehuset - især i det somatiske sygehusvæsen - fremfor i almen praksis

Den dominerende effekt af ovenstående tre effekter varierer på tværs af kommunerne. Effekt b) kan tilskrives, at den kommunale medfinansiering er blevet aldersdifferentieret for 2018.

En aldersdifferentieret kommunal medfinansiering indebærer, at småbørn og ældre borgere fremadrettet vægtes mere (bl.a. på grund af højere medfinansieringsstakster) i afregningen end aldersgruppen 3-64 år. Det betyder, at hvis kommunerne ikke forebygger især småbørn og ældre borgerne i at komme unødigt på sygehuset, så vil det ses i afregningen – og det vil ses i langt højere grad pba. aldersdifferentieringen end førhen. Det skal samtidig bemærkes, at de demografiske faktorer i udligningssystemet har en kompenserende virkning for så vidt angår en evt. stigning i antallet af ældre og småbørn i den enkelte kommune.

Som nævnt ovenfor var hensigten med en aldersdifferentiering at styrke det økonomiske incitament til at forebygge unødige indlæggelser af ældre og småbørn. De kommunale sundhedsplejersker og hjemmeplejere er netop dagligt i kontakt med kommunens nyfødte og ældre medborgere, og de har dermed mulighed for både at holde øje med og påvirke disse borgeres helbred og sundhed.

- . / .
- For nogle kommuner er der hertil en effekt af, at der er budgetteret under det forudsatte niveau for 2018, hvilket er uddybet i svaret på SUU alm. del spm. 60.

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Stephanie Gantzel Christiansen