



Bilag 3

**Redegørelse for aktivitetsbestemt medfinansiering –
aktivitetsudvikling i 2010 og 2011 samt initiativer**

Dette notat beskriver udviklingen i den aktivitetsbestemte medfinansiering; betaling af aktivitetsbestemte sundhedsudgifter til Regionen, og redegør herefter for hvilke initiativer, der er igangsat på baggrund af udviklingen.

Københavns Kommune har i forhold til det vedtagne budget for 2010 et betydeligt merforbrug til kommunalt medfinansiering under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Forbruget til kommunal medfinansiering er ikke styrbart for kommunen, idet udgifterne fastsættes af aktivitetsniveauet i Regionen (kommunerne betaler en fast DRG-takst pr. behandling på hospitalerne).

Aktivitetsniveauet i Region Hovedstaden har været kraftigt stigende fra 2009 til 2010. Stigningen er væsentlig større i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner, og overgår den forudsatte vækst i regeringsaftalen, som kommunens budget er lagt ud fra. Det

17-11-2010

Sagsnr.
2010-163460

Dokumentnr.
2010-793864

Sagsbehandler
Jannie Kilsmark/SUF
Lars Engberg/SUF
Maria Vitved
Andersen/ØKF

Center for Økonomi

Rådhuset, 2. sal, 50
1599 København V

Telefon
3366 2136

Telefax
3366 7013

E-mail
MVA@okf.kk.dk

EAN nummer
5798009800206

www.kk.dk

aktivitetsbestemte tilskud fra Staten til Regionerne er fastlåst. Det aktivitetsbestemte tilskud fra kommunerne hæves derimod med det øgede aktivitetsniveau. Hermed ender flere kommuner i hovedstadsområdet med en merudgift på området.

Kommunernes aktivitetsbaserede finansieringsandel udgør som udgangspunkt i gennemsnit ca. 14 % af prisen på en hospitalsydelse. Den pris som danner grundlaget for kommunernes betaling er lagt fast i et budgetår. Dette indebærer at såfremt sygehusene øger deres produktion i et regnskabsår, udover det som er forudsat i regeringsaftalen, får kommunerne en merudgift. Det betyder også, at såfremt produktionsstigningen skyldes en øget produktivitet på regionernes sygehuse - dvs. hvis produktionsforøgelsen er større end forøgelsen af udgifterne - finansierer kommunerne en øget andel af enhedsudgifterne og regionerne en mindre del af enhedsudgifterne i et givet budgetår.

Dette forhold indebærer en væsentlig budgetusikkerhed for kommunerne på et område, hvor kommunerne på kort sigt ikke har mulighed for at påvirke aktiviteten og dermed udgifterne.

Dette gælder både for kommunerne under ét og for enkeltkommuner, hvor usikkerheden kan være særdeles stor.

I budgetåret 2010 er Københavns Kommunes finansieringsandel steget med 7%, når midtvejsregulering af området medtages. Andre kommuner oplever den samme udvikling. Det drejer sig om kommuner i hele landet, men især i hovedstadsregionen, hvor kommuner som bl.a. Brøndby, Hørsholm og Ballerup er hårdt ramt.

Københavns Kommune mener, at problemstillingen skal undersøges og belyses yderligere med henblik på at etablere ordninger som giver kommunerne øget budgetsikkerhed på kort sigt. På lang sigt bør fortsat gælde at kommunernes indsats med at fremme sundhedstilstanden blandt borgerne har konsekvenser for kommunens betalinger til regionerne for sygehusbehandlingen af de patienter, som har bopæl i kommunen.

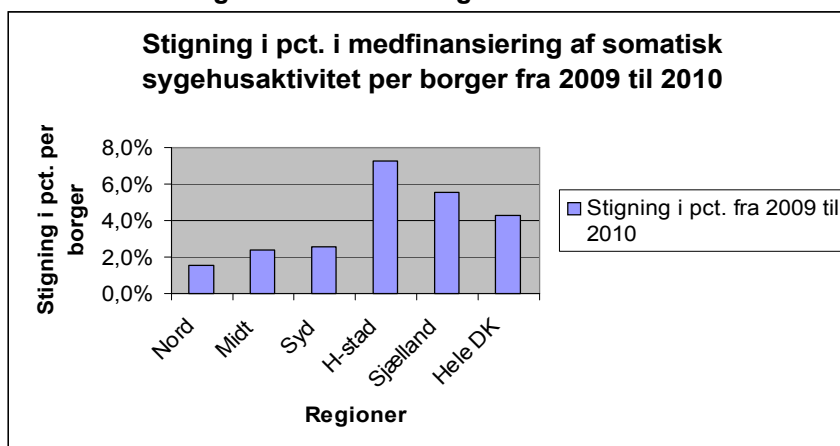
Baggrund

På baggrund af de løbende prognoser identificerede Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i maj en stærk vækst i aktivitetsniveauet på hovedstadens hospitaler i 2010, udover hvad der var forudsætningerne for budgettet.

Udviklingen er ikke isoleret til Københavns Kommune. Også en lang række af de øvrige kommuner i Region Hovedstaden forventer et betydeligt merforbrug til den kommunale medfinansiering i 2010.

Merforbruget skyldes især en stor stigning i den somatiske aktivitet.¹ En stigning fra 2009 til 2010 som sagt er væsentlig større i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner, og overstiger den forudsat vækst i regeringsaftalen.

Tabel 1: Udviklingen i de enkelte Regioner fra 2009-2010



Kommunernes udgifter styres af aktivitetsniveauet i Regionen. Kommunen kompenseres økonomisk for området samlet set via bloknøglefordelingen ved årets start samt via en midtvejsregulering. Kommunerne kompenseres således ikke ud fra deres faktiske forbrug.

Midtvejsreguleringen, som er givet medio 2010, dækker ikke de forventede merudgifter i Hovedstadsområdet. Kommunerne i Hovedstaden vil samlet set mangle omkring 90 mio. kr. i kompensation i 2010 i medfinansiering.

I forbindelse med 3. prognose forventer Sundheds- og Omsorgsforvaltningen et merforbrug på 53,7 mio. kr.² Merforbruget bliver håndteret via en tillægsbevilling.³

Tabel 2: Sundheds- og Omsorgsforvaltningens budget og forventet regnskab på aktivitetsbestemt medfinansiering i 2010

	VEDTAGET BUDGET	KORRIGERET BUDGET	FORVENTET REGNSKAB
--	-----------------	-------------------	--------------------

¹ Den somatiske aktivitet ligger under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen mens psykiatrien – der er stabil set i forhold til de øvrige Regioner i 2010 - ligger under Socialforvaltningen.

² Merforbruget i 2010 er i reelle tal på 94,5 mio. kr. (jf. tabel 1) Heraf har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen selv finansieret de første 20 mio. kr. ved omflytninger inden for bevillingen (jf. budgetaftale 2010). Endvidere er 20,1 mio. kr. blevet dækket af midtvejsregulering. Dermed er der nu et resterende merforbrug på 53,7 mio. kr.

³ Indstilling er godkendt af ØU den 9. nov. og skal på BR den 18. nov. 2010.

Ar	Funktion	Netto	Netto	Netto
2010	046281 - Aktivitetsbestemt medfinansiering	905.429.000	946.346.000	1.000.046.000

Kommunens umiddelbare analyse viste, at den demografiske udvikling kun kan forklare en begrænset del af meraktivitetsniveauet (se underbilag A for uddybning). Interessen har derfor samlet sig om den særlige takststyringsmodel i Region Hovedstaden, hvor meraktivitetsniveauet på hospitalerne udover det aftalte aktivitetsniveau synes at blive honoreret mere favorabelt end i de øvrige regioner med en betaling på 50% af takstværdien for den pågældende meraktivitet.

Med baggrund i ovenstående udvikling fremsendte Overborgmesteren og Sundheds- og Omsorgsborgmesteren d.15. oktober et brev til Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen, hvor kommunen udbeder sig en redegørelse fra regionen omhandlende følgende punkter:

- Hvad er Region Hovedstadens forklaring på det stigende aktivitetsniveau i 2010 sammenlignet med 2009?
- Om Regionen vurderer, at en del af forklaringen skal findes i den særlige takststyringsmodel?
- En redegørelse for, hvilke initiativer Region Hovedstaden vil iværksætte for at dæmpe aktivitetsniveauet allerede i 2010, samt forslag til sikring af budgetoverholdelse i 2011

I forlængelse af brevet har Regionen afholdt en række møder med kommunen (repræsenteret ved Økonomiforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen) med henblik på at afklare omstændighederne bag aktivitetsudviklingen nærmere. Regionen har fremsendt sin redegørelse d.12. november (underbilag B). Redegørelsens hovedpointer og Københavns Kommunes kommentarer hertil gennemgås efter et kort afsnit omkring Regionens økonomistyring.

Regionens økonomistyring

Regionen økonomistyrer ved at udmelde et budget til hospitalerne på baggrund af økonomiaftalen mellem Regionen og Regeringen, Regionens besparelseskra v mv. I løbet af året bliver evt. øget aktivitet finansieret af en central pulje i de enkelte Regioner.

Regionerne opererer med forskellige takststyringsmodeller, som fremgår af nedenstående figur.

Figur 1: Regionernes takststyringsmodeller for det somatiske sygehusvæsen i 2010

Region	Områder	Afregning af 'almindelig' aktivitet (% af DRG-taksten)	Afregning af aktivitet over baseline (% af DRG-taksten)		Produktivtetskrav
Hovedstaden	Somatik	Præstationsbudget fastsat pba. seneste års produktion tillagt produktivtetskravet	50 %		2 % + 1,6 %
Sjælland	Somatik	70 %	55 %	10 %	3,5 %
Syddanmark	Elektiv	Baseline fastsættes pba. seneste års produktion tillagt produktivtetskrav	55 %		Differenterede krav – samlet set 2 %
	Medicinsk		0 % og 55 %		
	Særlige ydelser*		Visse særlige ydelser afregnes særskilt, jf. uddybende afsnit		
Midtjylland	Generel aktivitet	Baseline fastsættes pba. seneste års produktion tillagt produktivtetskrav	50 %	0 %	1,8 % - 2,2 %
	Medicinsk		0 %	0 %	
	Øvrig aktivitet		takststyres ikke	takststyres ikke	
	Stråleaktivitet		Afregning sker i regi af stråleplanen		
Nordjylland	Somatik	70 %	20 %		2 %

Der er to gange to tal, som er meget forskellige. Region Hovedstaden har to gange et tal på 50 %. Region Nordjyllands tilsvarende tal er på to gange 20 %.

I begge tilfælde betaler regionerne for den merproduktion, som ligger ud over den ”absolut lavest mulige mindste-produktion” på hospitalerne. Hovedstaden betaler sygehusene 50 % af produktionsværdien for – i princippet – al produktion som ligger ud over den ”absolut lavest mulige mindste-produktion”. Region Nordjylland betaler sygehusene 20 %.

Der er meget stor forskel på om et sygehus på marginalen modtager 20 % eller 50 % af værdien af den senest frembragte udskrivning eller ambulante besøg.

I langt flere tilfælde vil marginalomkostningen være dækket af 50 % af produktionsværdien end af 20 % af produktionsværdien.

Dermed har hospitalerne i Region Nord en stærkere tilskyndelse til at ændre på arbejdsgangene for at begrænse omkostninger og aktivitet

sammenlignet med hospitalerne i Region Hovedstaden.

Region Hovedstadens redegørelse

I forhold til aktivitetsstigning understreger Regionen, at stigningen fra 2009 til 2010 for indlagte patienter alene kan henføres til akutte indlæggelser, som hospitalerne ikke selv har indflydelse på omfanget af.

Regionen anfører endvidere, at mere end 1/3 af stigningen vedrører børn i aldersgruppen 0-4 år. Regionen angiver, at indlæggelserne for denne aldersgruppe for en stor dels vedkommende vedrører sygdomme i åndedrætsorganer eller infektiose sygdomme. Regionen formoder, at der kan være en sammenhæng med influenza-epidemien i starten af 2010.

I forhold til spørgsmålet om takststyringsmekanismen svarer Regionen, at det ikke er deres opfattelse, at den økonomiske mekanisme i takststyringsmodellen er forklaringen på den øgede vækst. Regionen begrundet det med, at 50%-mekanismen har været et generelt minimumskrav fra statslig side siden 2007.

Endvidere forklarer Regionen, at hospitalerne i 2010 er tvunget til at realisere den budgetterede aktivitet (aktiviteten i 2009) samt et merproduktivitetskrav på 3,6 % uden honorering, grundet effektiviseringskrav. Hertil kommer yderligere besparelser, som følge af andre effektiviseringskrav. Først når hospitalerne er over dette niveau, gives der honorering med 50 % af takstværdien af meraktivitet.

Det er Regionens opfattelse, at vilkårene i takststyringsmodellen er rimelige set i sammenhæng med de vilkår vedrørende effektiviseringer mv., som hospitalerne er underlagt.

Regionsrådet besluttede med vedtagelse af Budget 2011 en ændring af takststyringsordningen, således at der i 2011 ikke kan ske udbetaling af takststyringsmidler for meraktivitet, med mindre der på forhånd foreligger en godkendelse af meraktiviteten.

Det er Regionens foreløbige vurdering, at der bør ske godkendelse af meraktivitet, hvis: 1) væksten vedrører akutte patienter, eller hvis 2) regionen har en venteliste, hvor patienterne efter det udvidede frie sygehusvalg har krav på at blive behandlet på et offentligt eller privat hospital uden for regionen, hvor ventetiden er kortere, men hvor betalingen også er højere end de 50% af takstværdien på et af regionens egne hospitaler.

Regionen formoder på denne baggrund, at tiltaget vil medføre en mere afdæmpet aktivitetsudvikling på områder med kort og sundhedsfaglig

forsvarlig ventetid.

Københavns Kommunes vurdering af redegørelsen fra Regionen

Københavns Kommune er enige i at aldersgruppen 0-4 år skiller sig ud, som gruppen med den største stigning - både målt i kr. og procent. Stigningen i 2010 kan ikke forklares alene ud fra demografien. For gruppen er den kommunale medfinansiering steget med 32 %, mens antallet af 0-4 årige københavnere ”kun” er steget 5%.

Det vurderes dog, at Regionens formodning om, at forklaringen ud fra diagnoserne kan skulle findes i influenza-epidemien er utilstrækkelig. Der ses godt nok en kraftig stigning i februar 2010, men generelt ligger alle måneder højere i 2010 i forhold til 2009. Såfremt der har været en stigning, som følge af en influenza-epidemi, burde den være synlig i flere regioner eller i alle Hovedstadens kommuner. Københavns Kommunes tal viser, at den absolutte stigning af indlæggelser for influenza af 0-4 årige (og øvrige aldersgrupper) kun udgør en lille del af den samlede stigning i samtlige indlæggelser. Således bidrager ”influenza-forklaringen” kun til at forklare en mindre del af stigningen.

I forhold til henvisningsmønstre er det svært at gennemskue Regionens fremsendte materiale, og dermed om en mulig forklaring kan findes heri. Der er bl.a. sket ændringer i registreringspraksis mellem årene, hvilket gør det vanskelig at bruge tallene. Det ses dog, at der kommer færre patienter uden henvisning, mens flere patienter henvises fra almen praksis og endnu flere fra sygehusene selv.

Det kan i den forbindelse undre, at Regionen svarer, at hospitalerne ikke selv har indflydelse på omfanget af akutte indlæggelser, som de angiver er årsagen til væksten i 2010. Den store stigning i henvisninger fra andre sygehusafsnit (4.349 flere i 2010 end i 2009) vidner netop om, at en stor del af indlæggelserne foretages af hospitalerne selv.

Regionen skriver, at væksten i 2010 alene kan henføres til akutte indlæggelser som de fra 2011, i de ovenstående angivne retningslinjer for merproduktivitet, bør godkende merhonorering af. Hvis væksten i akutte indlæggelser fortsætter i 2011 kan der derfor stilles spørgsmålstejn ved om indføringen af godkendelse af merproduktivitet i takststyringsmodellen vil få nogen fremadrettet effekt for udgifterne til aktivitetsbestemt medfinansiering i Københavns Kommune.

Herudover skal det fremhæves, at det ikke af redegørelsen fra regionen fremgår, hvorfor Region Hovedstaden får væsentlig større aktivitetsstigninger i 2010 end de øvrige regioner.

Endvidere undrer Københavns Kommune sig over, at Region Hovedstaden svarer, at 50%-mekanismen har været et generelt

minimumskrav fra statslig side siden 2007, i og med nogle af de øvrige regioner har en andre takstmodeller (jf. figur 1), fx har Region Nordjylland en 20%-mekanisme for merproduktion.

Endelig stiller Københavns Kommune spørgsmålstegn ved rimeligheden i en række strukturelle forhold i den aktivitetsbestemte medfinansiering. Regionen vurderer, at enhedsomkostningerne på hospitalerne alt andet lige falder i 2010 som følge af den forholdsvis begrænsede økonomiske kompensation for den øgede aktivitet. Produktivitetstaksten tilfalder dog alene hospitalerne. Regionen regulerer ikke kommunernes DRG-takst ud fra deres enhedsomkostninger på udgiftssiden i løbet af året. Kommunerne finansierer dermed den stigende aktivitet med samme takst, mens den statslige aktivitetsfinansiering ikke øges tilsvarende. Kommunerne finansierer dermed en relativt større andel af regionens udgifter i året. Da området midtvejsreguleres, men ikke efterreguleres, er den øgede aktivitet dyr for kommunerne. En løsning på dette problem kunne være at låse kommunernes betalinger til regionerne på midtvejsreguleringsniveauet, eller lave en reel efterregulering i lighed med budgetgarantien på beskæftigelsesområdet.

Forventet aktivitetsudvikling i 2011

I Økonomiaftalen mellem Regeringen og Regionerne er der indlagt en aktivitetsstigning på 3,5 pct. Region Hovedstadens vedtagne budget 2011 er lagt efter aftalen.

Herefter beregnes kommunernes forventede forbrug på medfinansiering på landsplan baseret på sidste års aktivitetsniveau samt den forventede stigning. I denne beregning indgår således også den demografiske vækst fra året før. KL udmelder herefter hvad de forventer, at den enkelte kommune har af udgifter til medfinansiering. Københavns Kommune har valgt at lægge deres budget efter KL's udmeldte forventede niveau. Ligeledes tilføres kommunens midtvejsregulering området efter behov.

Initiativer som følge af udviklingen

Københavns Kommune vil kontakte Regionen med henblik på at drøfte vores bemærkninger til Regionens redegørelse af 12. november 2010.

Ud over dialogen med Regionen er der også igangsat andre tiltag på området.

Sagen drøftes i Kommunekontaktråd (KKR)

KKR har på deres møder i år drøftet emnet.⁴ KKR-embedsmands-

⁴ På KKR's møde d. 25. august 2010, hvor man behandlede grundaftale for sundhedsaftale II besluttede man på kommende møder, bl.a. at drøfte stigningen i medfinansieringen af sundhedsudgifter, herunder forskelle mellem regionerne, og

udvalget har ligeledes drøftet sagen på sit møde i oktober og besluttet at gå videre på administrativt niveau med sagen i forhold til Regionen. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens direktør Anne Mette Fugleholm er formand for KKR-embedsmandsudvalget, og vil dermed naturligvis følge sagen tæt.

KKR-embedsmandsudvalg holder møde igen d. 19. november 2010, hvor kontakten til Regionen vil blive planlagt. Der er et nyt møde i KKR i begyndelsen af februar 2011, hvor sagen kan bringes op af Embedsmandsudvalget. KL indgår i processen via KKR.

Påvirke udformningen af den nye betalingsmodel for kommunerne

Regeringen har nedsat et udvalg til at se på en ny betalingsmodel på den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, hvor hele bidraget lægges over på aktivitetssiden.⁵ Ændringen er planlagt til at træde i kraft 1. januar 2012. Udvalgets anbefalinger er endnu ikke kendt. Hvis det sker under den nuværende regering, må det forventes at blive snart, i og med der er indgået finanslovsforlig, hvor ændringen nævnes.

Konsekvenserne for Københavns Kommunes afhænger af, hvilken model der vælges. Vi kan i værste fald ende med at tabe omkring 64 mio. kr. København har i samarbejde med de øvrige 6-byer bekendtgjort, at de ønsker en differentieret model, idet den vil skabe et større incitament til at styrke forebyggelsesindsatsen i kommunerne.

Såfremt kommunerne med den kommende sundhedsudgiftsfinansieringsmodel ikke får dækket de faktiske udgifter, bør der gøres opmærksom herpå gennem KL. Københavns Kommune vil tage initiativ hertil evt. gennem KKR, såfremt det nødvendigt, når den nye model kendes.

Forbedring af datagrundlag for prognosticering

Prognosticeringen af aktivitetsbestemt medfinansiering er generelt forbundet med stor usikkerhed. Intern Revision har igangsat en undersøgelse af budgetlægning og prognosticering af området på grund af udsving i indmeldingerne til de månedsvise risikolister.

I løbet af 2011 må det forventes, at der træder en ny lov i kraft, som vil give kommunerne bedre adgang til individdata. Parallelt hermed vil Sundhedsministeriet færdigudvikle et nyt redskab (Kommunaløkonomisk Sundhedsinformation, KØS) til kommunerne, som vil bygge på den bedre adgang til individdata. Det vil give kommunerne nye muligheder for at gennemføre analyser af forbruget af

kommunernes styringsmuligheder på området.

⁵ Pt. betales et grundbidrag, som er baseret på kommunens indbyggertal samt et aktivitetsafhængigt bidrag, som er baseret på antal af hospitalsindlæggelser mv.

regionale sundhedsydelser. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil afsøge mulighederne for at forbedre prognosen, når det nye arbejdsredskab er i drift.

Konklusion

Københavns Kommune mener, at problemstillingen skal undersøges og belyses yderligere med henblik på at etablere ordninger, som giver kommunerne øget budgetsikkerhed på kort sigt. På lang sigt bør fortsat gælde, at kommunernes indsats med at fremme sundhedstilstanden blandt borgerne har konsekvenser for kommunens betalinger til regionerne for sygehusbehandlingen af de patienter, som har bopæl i kommunen.