

24. maj 2006

/AIJ & AJ

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens bemærkninger til budgetudmøntning af nye sundhedsopgaver som følge af kommunalreformen

Med kommunalreformens ikrafttræden 1. januar 2007 pålægges Sundheds- og Omsorgsudvalget et finansierings- og til dels myndighedsansvar for en række opgaver på sundhedsområdet.

I et tæt samarbejde med Økonomiforvaltningen har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i den seneste tid forsøgt at få skabt et overblik over de økonomiske konsekvenser vedrørende kommunalreformen. Arbejdet med de budgetmæssige afklaringer pågår fortsat. På nuværende tidspunkt tegner det til, at Sundheds- og Omsorgsudvalgets budget netto reduceres med ca. 6 mia. kr. og forvaltningen har ca. 1,4 mia. kr. der skal dække alle udgifter forbundet med overførsler til regionen. Det gælder betaling for sygehusydelse, sygesikringsydelse, genoptræningsopgaver, betaling for indlagte færdigbehandlede patienter mv.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i det hidtidige budgetforslag taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens beregninger for de forventede udgifter for Københavns Kommune i relation til sundhedsudgifter.

Det skal understreges, at der hersker meget stor usikkerhed hvad angår de faktiske udgifter, som kommunen vil få vedrørende de kommende sundhedsudgifter, særligt i relation til betalinger for sygehusydelse og genoptræningsopgaver. Det er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens klare vurdering, at man må imødesee en opgaveglidning fra den sekundære til den primære sektor, måske i betragteligt omfang. Det vil indebære, at der ikke vil være tilstrækkelige midler til at dække de faktiske udgifter i henhold til den budgetmæssige fordeling, der tegner til på nuværende tidspunkt.

Grundlæggende set er det Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vurdering, at budgetlægningen, herunder fordelingen på bevillingstyper, bør afspejle udvalgets og forvaltningens reelle muligheder for at tilrettelægge og påvirke opgavevaretagelsen og dermed styre udgifternes størrelse.

På baggrund af ovenstående indstiller Sundheds- og Omsorgsforvaltningen:

- At budgetter der indebærer betalinger for sygehusydelse placeres under bevillingen efterspørgselsstyrede overførsler, dvs. betalinger til grundbidrag, behandlings ydelse, sygesikring,

Økonomistaben**Sjællandsgade 40
2200 København N****Telefon
35 30 35 30****Telefax
35 30 39 55****Direkte telefon
35 30 37 71****E-mail
KW 86@suf.kk.dk****www.kk.dk**

stationær genoptræning samt specialiseret ambulat genoptræning.

- At budgetter til almindelig ambulat genoptræning, betalinger for færdigbehandlede borgere, sundhedsfremme, specialtandpleje placeres under bevillingerne til Pleje, service og boliger for ældre, efterspørgselsstyret service og rammebelagt sundhed.
- At budgetlægningen af de nye sundhedsopgaver ud fra et forsigtighedsprincip følger model 2, jf. afsnittet vedr. budgetudmøntning nedenfor.

Endvidere skal der anmodes om følgende:

- At der tilføres 44 mio. kr. til betaling for færdigbehandlede indlagte patienter.
- At der tilbageføres ca. 12 mio. kr. til administration.

Væsentlige økonomiske udfordringer relateret til de nye kommunale sundhedsopgaver

Nedenfor følger en kort præsentation af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens nye sundhedsopgaver og ikke mindst de væsentligste udfordringer, som knytter sig til den fremtidige styring af udgiftsniveauet.

Kommunal finansiering af regionale sundhedsydelser

Ifølge Lov om regionernes finansiering skal kommunerne i fremtiden medfinansiere sundhedsydelser leveret af regionerne.

Med kommunalreformen pålægges kommunerne nye genoptræningsopgaver, som hidtil har været varetaget af regionerne. Sundhedsloven skelner mellem specialiseret og almindelig ambulat genoptræning, idet den specialiserede indsats er karakteriseret ved et behov for tæt speciallægekontakt mm., og må derfor udelukkende finde sted i sygehusregi.

Kommunal finansiering vedrørende sundhedsydelser består af følgende dele:

- *Grundbidrag* – kommunen skal årligt betale et fast beløb til regionen pr. indbygger i kommunen.

- *Stationær behandling* - kommunen skal afholde 30 procent af behandlingsudgifterne under indlæggelse.
- *Ambulant behandling* - kommunen skal afholde 30 procent af behandlingsudgifterne ved ambulante besøg.
- *Sygesikring* – kommunens skal afholde mellem 10-30 procent af honoraret til praktiserende læger, speciallæger mv.
- *Stationær genoptræning* – kommunen skal afholde 70 procent af udgifterne til genoptræning under indlæggelse.
- *Specialiseret ambulant genoptræning* - regionen har det fulde myndighedsansvar for opgaven via tildeling af genoptræningsplaner og organisering af opgaven. Kommunen skal finansiere 100 procent af indsatsen.
- *Almindelig ambulant genoptræning* – kommunen er berettiget til at organisere opgaven, men er samtidig forpligtet til at levere genoptræning til borgere med en genoptræningsplan udstedt af regionen. Regionen har således delvis myndighed over opgaven, men kommunen skal finansiere 100 procent af indsatsen. Kommunen har valgt at organisere hele denne indsats i eget regi.

Økonomiske og styringsmæssige udfordringer

Øget genoptræningsaktivitet

Det er en generel antagelse, at genoptræning i hospitalsregi de senere år har været varetaget på baggrund af et differentieret serviceniveau. Det har kunnet konstateres via drøftelser med H:S, at hospitalerne i København har et meget forskelligartet serviceniveau. Når hospitalerne og lægerne i fremtiden helt eller delvist omkostningsfrit kan henvise patienter til genoptræning, er der således betydelig risiko for, at genoptræningsaktiviteten vil stige. Som skitseret i næste punkt, må stigningen forventes at være størst for den ambulante genoptræning.

Glidning fra stationær til ambulant genoptræning

Kortere indlæggelser på hospitalerne og generel omlægning fra stationær til ambulant behandling vil samtidig medføre en omlægning af genoptræningsindsatsen fra stationært til ambulant regi. Dertil kommer, at dels finansieringsstrukturen, dels regionens medfødte underskud overordnet tilskynder regionen til at organisere størst mulig genoptræning ambulant, således at kommunerne skal finansiere hele indsatsen.

Såfremt henvisningspraksis bliver, at der overvejende tildeles genoptræningsplaner til specialiseret ambulant genoptræning, vil Sundheds- og Omsorgsforvaltningen have meget begrænsede muligheder for at afstemme serviceniveauet med antallet af genoptræningsforløb. Kommunen vil kun få meget begrænsede og indirekte muligheder for at påvirke aktivitetsniveauet via sundhedsaftaler. Reelt vil det blive de

mange behandlende læger på hele sygehusområdet, der fastlægger serviceniveauet.

Glidning fra behandling til stationær genoptræning under indlæggelse
Der vil være et klart økonomisk incitament for hospitaler og læger til hurtigere at definere hvornår der er behov for stationær genoptræning under et indlæggelsesforløb. Det vil i givet fald ske på baggrund af en lægefaglig vurdering, hvilket ikke vil kunne påvirkes fra kommunens side.

Glidning fra Servicelov til Sundhedslov
Sundheds- og Omsorgsforvaltningens eksisterende træningscentre leverer genoptræning efter Serviceloven og det er politisk besluttet, at kun borgere over 65 år skal have tilbudt genoptræning. Med genoptræning efter Sundhedsloven er der en risiko for, at der vil ske et serviceløft i hele opgavevaretagelsen, idet borgere under 65 år vil have relativt nemmere ved at modtage genoptræningstilbud.

Ændret befolkningstal og -sammensætning
Et øget indbyggertal eller en ændret demografi vil påvirke forbruget af regionale sundhedsydelse og dermed den kommunale medfinansiering. Københavns Kommune oplever i disse år begge dele.

Medicinsk-teknologisk udvikling
Den løbende udvikling af nye og overvejende omkostningstunge behandlingsmetoder påvirker medfinansieringen negativt.

Generel omlægning fra stationær til ambulante behandling
I forlængelse af ovenstående har der de seneste år været en udpræget tendens til helt at omlægge mindre tiltag fra stationær til ambulante behandling i hospitalsregi. Med et lavere loft for den kommunale finansiering på stationær behandling taler dette for et fald i den kommunale medfinansiering. Tendensen kan dog som anført ovenfor skabe kommunale udfordringer på andre områder.

Politiske prioriteringer
Politiske tiltag kan øge den kommunale medfinansiering, eksempelvis nedsættelse af ventetidsgarantien til behandling eller øget fokus på særlige diagnosegrupper.

Revideret takstsystem
Ændringer i registrerings- og grupperingspraksis kan med københavnernes særegne forbrugsmønstre alene påvirke den kommunale medfinansiering.

Forøget grundbidrag
Grundbidraget ligger fast i 2007, men derefter kan regionsrådet forhøje bidraget med op til 50 procent i forhold til udgangspunktet. En

eventuel forhøjelse skal foreligges kontaktudvalget mellem regionen og kommunerne, hvor forhøjelsen ikke må møde modstand blandt 2/3 af regionens kommuner. Det kan ikke udelukkes, at en række kommuner med tiden vil have økonomiske interesser i at forhøje grundbidraget for derved at spare på den aktivitetsbestemte medfinansiering. Som følge af grundbidragets omfang vil selv marginale stigninger medføre væsentlige udgifter for Københavns Kommune.

Bevillingstype vedr. specialiseret ambulante genoptræning

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen anerkender, at der mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Økonomiforvaltningen tidligere er indgået aftale vedr. placeringen af hele den ambulante genoptræningsopgave på Sundheds- og Omsorgsudvalgets ramme.

Siden indgåelsen af denne aftale er Sundheds- og Omsorgsforvaltningen imidlertid blevet opmærksomme på, hvor begrænsede muligheder forvaltningen har for at påvirke serviceniveauet for den specialiserede ambulante genoptræning. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker derfor den specialiserede ambulante genoptræningsopgave placeret på bevillingstypen efterspørgselstyret overførsel.

Såfremt den specialiserede ambulante genoptræning fortsat skal ligge på Sundheds- og Omsorgsudvalgets ramme, kan den skitserede og forventede opgaveglidning mm. på sigt medføre, at der ikke er tilstrækkelige midler til at dække de faktiske udgifter. Konsekvensen vil være serviceforringelser på en række af forvaltningens andre områder, eksempelvis plejehjems- eller hjemmeplejeområdet.

Plejetakst for færdigbehandlede patienter

For at tilskynde kommunerne til hurtigst muligt at tilbyde færdigbehandlede patienter et botilbud eller anden hjælp efter hospitalsindlæggelse, skal kommunerne i fremtiden finansiere de sengedage, som patienterne tilbringer i hospitalsregi efter færdigbehandling.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har baseret på data for aktivitet i H:S i 2004 og nye plejetakster budgetlagt området til 33,3 mio. kr. i 2007. Data for aktivitet i H:S i 2005 viser imidlertid en væsentlig forøgelse i forhold til 2004 og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker derfor området tilført yderligere 10,7 mio. kr. i 2007.

Dette beløb indeholder foruden den øgede aktivitet en vækst på 10 procent, således at der tages højde for evt. aktivitetsforøgelser i 2006

og ikke mindst de af kommunens borgere, der er behandlet udenfor H:S.

Når der foreligger pålidelige data for aktiviteten i 2006, vil Sundheds- og Omsorgsforvaltningen genberegne de forventede udgifter til færdigbehandlede patienter i et samarbejde med Økonomiforvaltningen.

Administration

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens administrationsbudget er blevet beskåret med 28,1 mio. kr. som følge af kommunalreformen. Forvaltningen har ved tidligere lejlighed anført, at 12 mio. kr. af denne reduktion er sket på et fejlagtigt grundlag.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen anmoder derfor om, at disse midler tilbageføres Sundheds- og Omsorgsudvalgets ramme.

Kvalitetssikring og konkret budgetudmøntning

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Økonomiforvaltningen har den seneste tid kvalitetssikret de økonomiske konsekvenser af kommunalreformen. Som det ses af tabel 1, bliver Sundheds- og Omsorgsudvalgets ramme reduceret med ca. 6 mia. kr. som følge af de ændrede opgaver.

Tabel 1: Korrektioner på Sundheds- og Omsorgsudvalgets ramme som følge af kommunalreformen.

	1000 kr. (06 P/L)
Budget 2006:	
Sundhed mv.	39.701
Sygesikring	1.668.780
H:S	5.727.609
Budget 2006 i alt	7.436.090
ØKF korrektioner:	
Indkaldescirkulære	-5.556.974
Tekniske korrektioner	-148.254
Korrektion for realvækst	-307.419
Modregning af DUT til sygesikring	26.416
ØKF korrektioner i alt	-5.986.230
Budget 2006 efter korrektioner	1.449.860

Grundet de store økonomiske og styringsmæssige udfordringer vedr. det fremtidige udgiftsniveau for de nye sundhedsopgaver, er det særdeles vanskeligt at budgetlægge opgaverne.

I tabel 2 nedenfor præsenteres 3 modeller for, hvorledes de nye sundhedsopgaver kan budgetlægges og hvilke konsekvenser det får for Sundheds- og Omsorgsudvalgets ramme.

Tabel 2: Modeller for budgetlægning af de nye sundhedsopgaver

1000 kr. (06 P/L)	Model 1: SST data, 2004 aktivitet	Model 2: SST data, 2004 aktivitet inkl. vækst	Model 3: H:S data, 2005 aktivitet inkl. vækst
Budget 2006	1.449.860	1.449.860	1.449.860
Grundbidrag	544.669	555.562	555.562
Stationær behandling	376.126	399.148	359.794
Ambulant behandling	249.192	264.444	270.643
Sygesikring	133.918	142.115	137.506
Stationær genoptræning	43.283	45.932	45.932
Specialtandpleje	4.132	4.385	4.385
Spec. ambulant genoptræning på sygehus	28.832	30.597	30.597
Alm. ambulant genoptræning	20.132	21.364	21.364
Befordring til genoptræning	1.963	2.083	2.083
Anlægsmidler til genoptræning	1.510	1.510	1.510
Sundhedsfremme	30.267	30.267	30.267
Frie midler/ vækst	15.837	-47.547	-9.784

Forskellene på modellerne er først og fremmest omfanget af den aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsydelse leveret af regionen (stationær og ambulant behandling samt sygesikring) og korrektion for vækst i aktivitet.

- Model 1 viser beregninger af Københavns Kommunes medfinansiering af sundhedsydelse foretaget af Sundhedsstyrelsen med afsæt i aktivitetsdata for 2004. Alle budgetposter er pris- og lønregulerede, men der er ikke korrigeret for vækst i aktivitet.
- Model 2 tager ligeledes udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens beregninger på baggrund af aktiviteten i 2004, og her er der foruden pris- og lønregulering korrigeret for en årlig vækst på 2 procent fra 2004-07 i aktiviteten på alle poster vedr. aktivitetsbestemt medfinansiering.

Budgettallene stemmer overens med Sundheds- og Omsorgsforvaltningens indstilling af 30. marts 2006 vedr. konsekvenser af kommunalreformen (SOU 84/2006).

- Model 3 tager udgangspunkt i aktivitetsdata for 2005 leveret af H:S. Budgetposterne for den aktivitetsbestemte medfinansiering er foruden pris- og lønfremskrivning korrigeret med differentierede vægte på baggrund af udviklingen fra 2004 til 2005.

Budgetposterne grundbidrag, specialtandpleje, specialiseret og almindelig ambulant genoptræning samt befordring er som udgangspunkt budgetlagt identisk på tværs af modellerne i 2005 niveau.

I model 1 er disse poster kun pris- og lønfremskrevet til 2006 niveau, mens de i model 2 og 3 tillige er korrigeret for 2 procent årlig vækst som følge af de nævnte økonomiske og styringsmæssige udfordringer.

Sundhedsfremme og anlægsmidler til genoptræning er som de eneste budgetposter identiske over alle 3 modeller, da opgaverne ikke er aktivitetsafhængige.

Finansieringsudvalget har tildelt Københavns Kommune en samlet kompensation på 47,4 mio. kr. for varetagelsen af den ambulante genoptræningsopgave (05 P/L). Da den specialiserede ambulante genoptræning efter Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vurdering skal placeres på bevillingstypen efterspørgselsstyret overførsel og den almindelige ambulante genoptræning skal placeres på Sundheds- og Omsorgsudvalgets ramme, har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen delt den tildelte kompensation på baggrund af personalenormeringen i H:S.¹ Det kan dog ikke udelukkes, at en senere deling med udgangspunkt i de faktiske ansættelsesforhold for de overførte medarbejdere er mere hensigtsmæssig.

Som det ses af de opstillede modeller, belaster de Sundheds- og Omsorgsudvalgets ramme i varierende grad. Kun model 1 - der vel at mærke ikke tager højde for en forøget aktivitet - kan rummes indenfor udvalgets korrigerede ramme. Såfremt den endelige budgetudmøntning af de nye sundhedsopgaver samlet set overskrider udvalgets ramme, anmoder Sundheds- og Omsorgsforvaltningen om, at den nyligt foretagne korrektion som følge af realvækst i H:S fra 2003-2006 reduceres i samme takt.

Med afsæt i de økonomiske og styringsmæssige udfordringer, som de nye sundhedsopgaver står overfor, indstiller Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at der ud fra et forsigtighedsprincip budgetlægges efter model 2, hvor budgetposterne i forhold til model 1 er øget med samlet 63 mio. kr. i vækst.

Da det ikke kan udelukkes, at de faktiske udgifter til de nye sundhedsopgaver vil overstige dette budget, indstiller Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at der tillige reserveres midler til uforudsete aktivitetsstigninger.

¹ H:S har i forbindelse med delingsforhandlingerne vurderet, at 120,1 årsværk samlet benyttes til ambulant genoptræning af H:S kommunernes borgere. Heraf modtager H:S kommunerne ifølge delingsaftalen 49,4 årsværk til varetagelse af den almindelige ambulante genoptræning i kommunalt regi. Den tildelte kompensation er således fordelt med 59 og 41 procent til henholdsvis specialiseret og almindelig ambulant genoptræning.