

Beskrivelse og vurdering af incitamentsvirkninger i regionerne

MAJ 2015

KL
Danske Regioner
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Økonomi- og Indenrigsministeriet
Finansministeriet

Indledning

I økonomiaftalen for 2014 og for 2015 blev regeringen og Danske Regioner enige om at igangsætte en evaluering af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. På den baggrund gennemføres et arbejde, som skal analysere den kommunale medfinansieringsordning specielt med hensyn til ordningens incitamentsvirkninger.

I denne analyse beskrives den kommunale medfinansiering set i forhold til kommuner samt regioner, og der belyses to tilfælde, hvor den kommunale medfinansiering har en incitamentsvirkning i regionerne.

- Kapitel 1 – beskriver den kommunale medfinansiering generelt
- Kapitel 2 – gennemgår mere detaljeret den kommunale medfinansiering ift. den enkelte kommune
- Kapitel 3 – gennemgår mere detaljeret den kommunale medfinansiering ift. den enkelte region, herunder sammenhængen mellem den kommunale medfinansiering og den statslige pulje samt grundlaget for fordeling af den kommunale medfinansiering

1. Generelt om den kommunale medfinansiering

Den kommunale medfinansiering udgør ca. 20 pct. af regionernes finansiering. Princippet med medfinansiering er, at kommunerne bidrager til at finansiere aktiviteten på sygehuse og i praksissektoren.

Hensigten med den kommunale medfinansiering er:

- at skabe et yderligere incitament til og øget fokus på en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses-, trænings- og plejeopgaven, herunder at styrke samarbejdet på tværs af fagområder
- at styrke det forpligtende samarbejde mellem kommuner og regioner om sammenhængende patientforløb

Med den kommunale medfinansiering er der lagt op til, at kommunerne lokalt identificerer de områder, hvor de kan arbejde mere målrettet med den indsats, der kan øge kvaliteten og sammenhængen i den kommunale forebyggelse på tværs af kommunale fagområder. Fokus er således både på den typisk langsigtede borgerrettede forebyggelse på fx børne- og ældreområdet, på plejeopgaven og den patientrettede forebyggelse, der har en mere kortsigtet og – ofte – akut karakter.

Formålet med ordningen er dermed bl.a. at understøtte, at færre patienter kommer i kontakt med sygehusvæsenet, at undgå unødvendige indlæggelser og genindlæggelser mv. og således understøtte en indsats med fokus på forebyggelse af sygdom frem for behandling.

For regionerne indebærer ordningen, at den indgår som et element af den samlede aktivitetsbestemte finansiering af regionerne, som blev behandlet af Incitamentsudvalget.

2. Den kommunale medfinansiering ift. den enkelte kommune

Kommunerne har generelt et incitament til at sikre en effektiv sundhedsfremmende indsats og forebyggelse af sygdomme, da en sund og funktionsdygtig befolkning har positiv indflydelse på kommunens varetagelse af opgaverne på f.eks. beskæftigelsesområdet, det sociale område samt ældreområdet. Tillige påhviler det kommunerne at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgere i medfør af sundhedsloven.

Hensigten med den kommunale medfinansiering er som nævnt at give kommunerne et yderligere incitament til at varetage forebyggelsesindsatsen så effektivt som muligt i de enkelte kommuner.

Kommunernes finansiering af den forudsatte medfinansiering sker via det kommunale bloktilskud, men indgår ikke i det kommunale udgiftsloft for de samlede serviceudgifter. Det indebærer for kommunerne under ét, at overskridelser ikke udløser sanktioner. Ændringer i udgifterne til medfinansieringen vil dog typisk påvirke prioriteringen af øvrige udgifter, da kommunerne typisk styrer efter en samlet økonomisk balance. I konkrete tilfælde kan ændringer i medfinansieringen dog finansieres af kassebeholdningen, hvilket dog vil udfordre økonomistyringen i fx kommuner med en nul-tillægsbevillingskultur.

Kommunernes forventede udgifter til medfinansiering beregnes ud fra den forudsatte regionale aktivitet på sundhedsområdet og indgår som en del af de økonomiske forudsætninger i de årlige økonomiaftaler. Der er som udgangspunkt et udgiftsloft for de kommunale udgifter, da de forudsatte aktivitetsniveauer angiver de enkelte regioners loft for

indtægt fra den kommunale medfinansiering. Eventuelle regionale indtægter (og herved kommunale udgifter) udover det regionale loft for medfinansieringen tilbagebetales til staten og herfra til kommunerne under ét fordelt som bloktilskud.

For den enkelte kommune betyder ordningen, at hvis borgerne i den pågældende kommune anvender de regionale sundhedsydelse relativt mindre end gennemsnitligt for kommunerne, vil kommunen opnå en nettogevinst i det pågældende år. Omvendt gælder, at hvis borgerne i den pågældende kommune anvender de regionale sundhedsydelse relativt mere end gennemsnitligt for kommunerne, vil kommunen opnå en nettotab i det pågældende år.

Såfremt kommunernes udgifter under ét er lavere end det forudsatte pga. lavere aktivitet i regionerne, vil det indgå i fastsættelsen af bloktilskuddet to år senere og kommunens bloktilskud vedrørende kommunal medfinansiering vil alt andet lige reduceres. Hvis aktiviteten i regionerne er højere end forudsat, indebærer dette alt andet lige, at en større andel af den regionale finansiering fremadrettet vil komme fra den kommunale medfinansiering, og bloktilskuddet til kommunerne vil tilsvarende forøges.

Da den kommunale medfinansiering er en generel ordning giver den ikke et specifikt incitament i forhold til bestemte grupper eller behandlinger. Den eksisterende model indeholder dog en implicit differentiering af den kommunale medfinansiering i forhold til tyngden af behandlingen, idet de fastlagte nominelle lofter indebærer, at den kommunale medfinansieringsandel er relativt lav på de dyreste behandlinger. Omlægningen i 2012 betød endvidere en relativ stor forøgelse af den relative kommunale medfinansiering for behandlinger omfattende ældre medicinske patienter.

3. Den kommunale medfinansiering ift. den enkelte region

Den kommunale medfinansiering indgår i den samlede finansiering af regionerne og udgør ca. 18,4 pct. heraf, svarende til ca. 20 mia. kr. i 2015. Bloktilskuddet og den statslige aktivitetspulje udgør den resterende del af regionernes finansiering på hhv. ca. 80,4 og 1,2 pct.

Det fastsatte bloktilskud ydes uden direkte sammenhæng med den faktiske aktivitet i regionerne. Såvel den statslige som den kommunale aktivitetsfinansiering medvirker til, at en del af regionernes finansiering er aktivitetsafhængig. Det betyder, at regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering afhænger af den faktiske aktivitet, og finansieringsstørrelsen i regionerne vil således automatisk tilpasses til ændringer af aktiviteten. Den fulde forudsatte kommunal medfinansiering kan kun opnås i indeværende år ved at levere mindst det aktivitetsniveau, der forudsættes i de årlige økonomiaftaler. Ordningen giver dermed som udgangspunkt regionerne incitament til som minimum at realisere de aftalte aktivitetsniveauer på sygehusområdet.

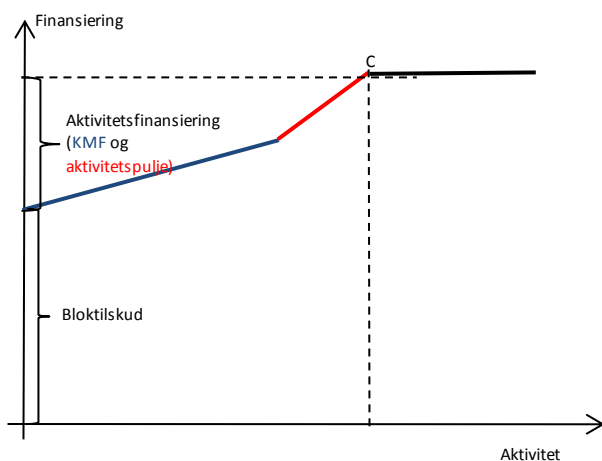
Generelt kan aktivitetsafhængig finansiering medføre en række fordele og ulemper, hvilket er belyst i Incitamentsudvalget rapport "Bedre incitament i sundhedsvæsenet"¹. Heraf fremgår bl.a., at den eksisterende aktivitetsfinansiering har bidraget til at hæve sygehusaktiviteten og derved nedbringe ventelisterne, men omvendt risikerer at danne barriere for anvendelse af LEON-princippet og sammenhængende patientforløb. Der henvises i øvrigt til Incitamentsudvalgets rapport for yderligere uddybning heraf.

¹ "Bedre incitament i sundhedsvæsenet", 2013:

http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Tal_og_analyser/2013/Maj/~media/Filer%20-%20dokumenter/Afrapportering-fra-Udvalget-for-bedre-incitament/Hovedrapport%20Bedre%20incitament%20i%20sundhedsvsenet.ashx

Sammenhængen mellem den forudsatte aktivitet og de tre finansieringselementer er illustreret i boks 1.1.

Boks 1.1
De tre finansieringselementer og den forudsatte aktivitet



- Det statslige bloktilskud til regionerne udgør en **grundbevilling**, som den aktivitetsbaserede finansiering bygger videre på.
- Den første aktivitetsfinansiering er **den kommunale medfinansiering**, som udgør gennemsnitligt 25,2 pct. af DRG-taksten. Den anden del er **aktivitetspuljen**, som udbetales med 40 pct. af DRG-taksten.²

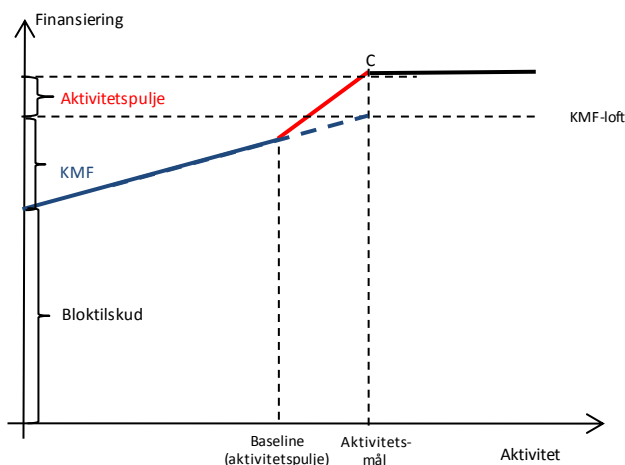
Anm.: Figuren er en skitse, der ikke afspejler de konkrete fordelinger.

I økonomiaftalerne fastsættes et loft for den enkelte regions indtægter fra kommunal medfinansiering. Det betyder, at regionens indtægter fra kommunerne ikke kan overstige den øvre grænse(loftet), jf. boks 1.2. Al aktivitet, som en region leverer ud over loftet fører således ikke til større indtægt fra kommunal medfinansiering. Det overskydende beløb opsamles som førnævnt af staten og sendes tilbage til kommunerne under ét. Lofterne indførtes ved omlægningen af ordningen i 2012 for at understøtte overholdelse af de udgiftsforudsætninger, som ligger til grund for fastsættelsen af den samlede finansiering af regionerne i økonomiaftalerne. Hensigten med loftet er således at fjerne et muligt incitament til regional meraktivitet for at sikre budgetoverholdelse i regionerne, som følge af den kommunale medfinansiering. Bemærk, at der i afsnit 3.2 ses på lofternes betydning for de regionale incitamentsvirkninger.

² Som følge af Incitamentsudvalgets arbejde 2013 blev afregningssatsen reduceret fra 70 pct. til 40 pct. med det formål at dæmpe de aktivitetsdrivende elementer, der er indeholdt i ordningen.

Boks 1.2

Loftet for den kommunale medfinansiering



- Ved det aftalte aktivitetsniveau stopper den aktivitetsbaserede afregning af regionerne, da den statslige aktivitetspulje her er fuldt udmøntet og loftet for indtægter fra den kommunale medfinansiering er nået. Der er således et **loft** for, hvor meget afregning regionerne kan modtage.

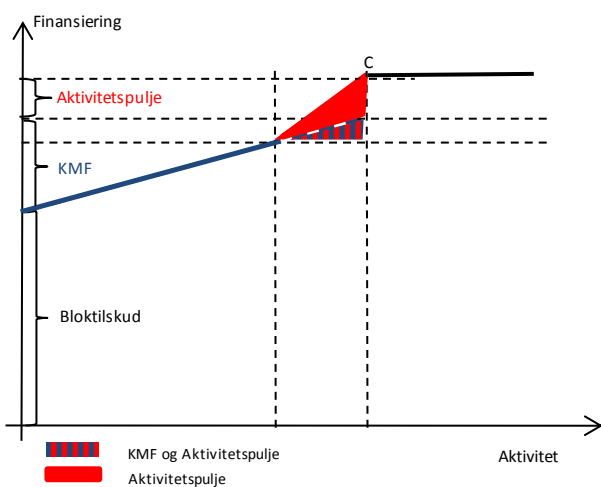
Den kommunale medfinansiering er ikke synlig ude på de enkelte sygehuse, herunder de enkelte afdelinger. Men da regionerne har ansvaret for den løbende styring af sygehuse, og da styringen skal sikre, at den forudsatte aktivitet nås, kan den kommunale medfinansiering potentielt have en implicit incitamentsvirkning, der vil slå igennem i regionernes styring af sygehusene.

3.1 Sammenhæng mellem den kommunale medfinansiering og den statslige aktivitetsfinansiering

Den statslige aktivitetspulje og det kommunale aktivitetsbidrag udgør en delt finansiering for den aktivitet, der ligger udover baseline³. For at den samlede marginale finansiering ikke skal overstige det fastsatte niveau i den statslige aktivitetspulje, modregnes den kommunale medfinansiering derfor i den statslige aktivitetspulje for afregningen, der kan henføres til medfinansieringen. Dette sker ved en nettoficering af taksterne i den statslige aktivitetspulje. Dvs. taksterne vedrørende den enkelte patientkontakt under den statslige aktivitetspulje reduceres med det konkrete beløb, regionerne modtager fra kommunerne i kommunal medfinansiering. Dette omtales generelt som den marginale finansieringseffekt af medfinansieringen bliver søgt neutraliseret via en nettoficering i den statslige aktivitetspulje jf. bl.a. Incitamentsudvalget.

Aktivitetspuljen udbetales med 40 pct. af DRG/DAGS-taksten, hvoraf i gennemsnit 25,2 pct. kan henføres til den kommunale medfinansiering, Det betyder, at den faktiske udmøntning af den statslige aktivitetspulje udgør 14,8 pct. af DRG/DAGS-taksten, jf. boks 1.3.

³ For hver region beregnes et baseline, der er udgangspunkt for beregningen af regionens aktivitet, der udløser statsmidler fra aktivitetspuljen.

Boks 1.3**Sammenhængen mellem den kommunale medfinansiering og den statslige pulje**

- Det skraverede område illustrerer den andel af den statslige aktivitetspulje, der kan henføres til den kommunale medfinansiering

Der er imidlertid ikke fuldstændig parallelitet mellem den statslige aktivitetspulje og den kommunale medfinansiering. Eksempelvis er der forskelle i dækningsområdet mellem de to ordninger. Den kommunale medfinansiering dækker både det somatiske og psykiatriske sygehusområde samt praksissektoren, mens den statslige aktivitetspulje alene vedrører det somatiske sygehusområde.

Endvidere er det muligt, at foretage diverse korrektioner i den statslige aktivitetspulje i forbindelse med, at den forudsatte afregningstakst og den faktiske ikke stemmer overens. Korrektionsomlægning kunne henføres til omkostningseffektive omlægninger af patientbehandling, herunder øget anvendelse af LEON-princippet⁴⁵. Tilsvarende korrektionsmuligheder findes ikke, for så vidt angår den kommunale medfinansiering.

Forskellene mellem de to ordninger betyder, at den kommunale medfinansiering ikke nødvendigvis neutraliseres via den statslige aktivitetspulje.

⁴ LEON-princippet: Laveste Effektive Omkostnings Niveau

⁵ Denne korrektionsmulighed blev indført i forlængelse af Incitamentsudvalgets arbejde 2013.

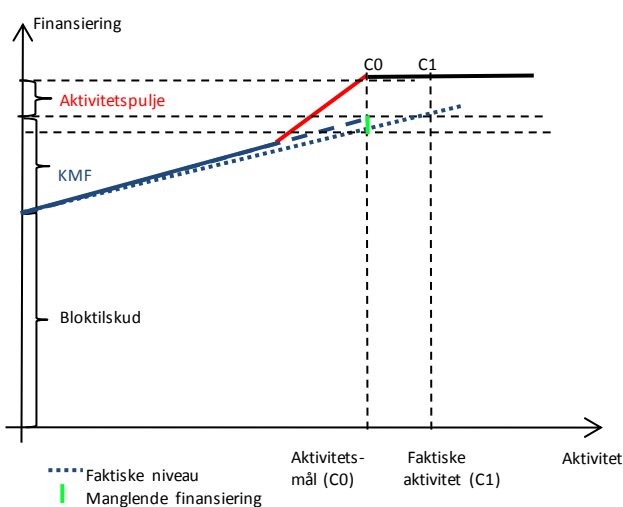
Boks 1.4

Forskelle i det aktivitetsniveau, der medfører fuld udmøntning af de to ordninger

Forskellene mellem de to ordninger betyder, at der i praksis kan være forskelle i det aktivitetsniveau, der medfører fuld udmøntning af den kommunale medfinansiering og den statslige aktivitetspulje.

Hvis det eksempelvis viser sig, at den faktiske afregningsandel for den kommunale medfinansiering er mindre end den afregningsandel, der ligger til grund for økonomiaftalen på 25,2 pct. af DRG/DAGS-taksterne⁶, vil regionerne på grund af manglende korrektionsmuligheder afregnes efter den faktiske og ikke det forudsatte afregningsniveau.

Det forudsatte aktivitetsmål, som er aftalt i økonomiaftalerne, er som følge heraf lavere end det faktiske aktivitetsniveau, der giver den budgetterede finansiering. Det betyder, at en region, der har leveret det forudsatte aktivitetsniveau, vil opnå mindre finansiering fra den kommunale medfinansiering end det budgetterede.



- Den faktiske afregningstakst er lavere end det forudsatte (hældningen på den kommunale medfinansiering formindskes).
- Den faktiske aktivitet (C1), der giver det forudsatte finansiering er højere end det aftalte aktivitetsmål (C0).
- En realisering af aktivitetsmålet vil medføre mindre finansiering end forudsat (det markerede blå område)

Denne manglende korrektionsmulighed er bl.a. årsag til, at to regioner ikke opnåede den forudsatte finansiering fra den kommunale medfinansiering i 2013 på trods af, at samtlige regioner leverede det forudsatte aktivitetsmål for året. Den faktiske kommunale medfinansiering var samlet set 48 mio. kr. under det forudsatte niveau, svarende til 0,3 pct. Region Nordjylland og Region Midtjylland oplevede en afvigelse mellem den forudsatte og faktiske kommunale medfinansiering på knap 46 mio. kr. og 2 mio. kr.

3.2 Grundlaget for fordeling af KMF mellem regionerne

I økonomiaftalerne fastsættes et loft for regionernes indtægter som nævnt ovenfor. Loftene beregnes dynamisk ved at fordele den samlede kommunale medfinansiering på landsplan med en fordelingsnøgle baseret på den faktiske aktivitet to år tidligere.

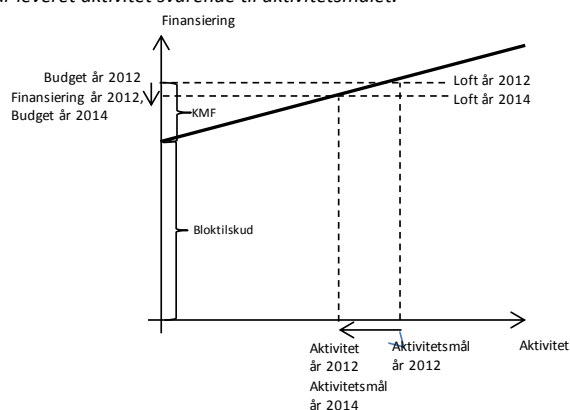
Med anvendelse af loftet betyder det, at den faktiske aktivitet har betydning for muligheden for at opnå kommunal medfinansiering i de efterfølgende år. Eksempelvis kan en region forøge sin kommunale medfinansieringsandel i fremtiden ved at levere et højere aktivitetsniveau (i forhold til det forudsatte aktivitetsniveau) relativt til de andre regioner i dag. En større andel i en region er dog alt andet lige medvirkende til en lavere andel i øvrige regioner og omvendt.

I boks 1.5 er der fremført to eksempler på en region, der hhv. har leveret mindre/mere aktivitet end forudsat.

Boks 1.5

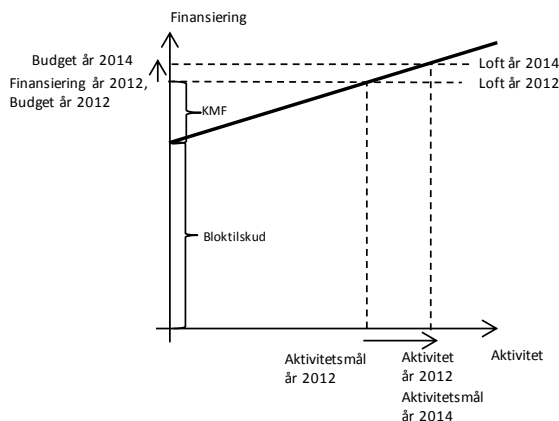
Eksempler på en region, der hhv. har leveret mindre/mere aktivitet end forudsat

Eksempel 1: En region har leveret mindre aktivitet end aktivitetsmålet i 2012. De øvrige regioner har leveret aktivitet svarende til aktivitetsmålet.



En region har leveret mindre aktivitet i 2012 end det forventede aktivitetsniveau. Regionen modtager en mindre finansiering i 2012 end forventet. Den manglende opfyldelse af aktivitetsmålene indebærer yderligere lavere aktivitetsmål, budgetterede finansiering og hermed lavere loft i 2014.

Eksempel 2: En region har leveret mere aktivitet end aktivitetsmålet i 2012. De øvrige regioner har leveret aktivitet svarende til aktivitetsmålet.



En region har leveret større aktivitet i 2012 end det forventede aktivitetsniveau. Regionen modtager finansiering svarende til loftet i 2012 og afregnes ikke for meraktivitet. Det forventede aktivitetsniveau, den budgetterende finansiering og således også loft for kommunal medfinansiering i 2014 øges.

Hensynet til fordelingskonstruktionen af den kommunale medfinansiering var at sikre en bedre overensstemmelse mellem loftet og regionernes udgangspunkt for at realisere indtægter fra den kommunale medfinansiering i forhold til et indtægtsloft, der følger bloktilskuddet. Konstruktionen indebærer desuden, at de regioner, der leverede en højere aktivitet via bl.a. højere produktivitet end øvrige regioner belønnes, og dermed overføres finansiering fra regioner med en lav aktivitet til regioner med en høj aktivitet.

Grundlaget for fordelingen af den kommunale medfinansiering har betydet, at hhv. Region Hovedstaden og Region Sjælland har fået tildelt en større andel fra 2013 til 2015, som følge af en relativ større aktivitetsvækst via bl.a. forbedret produktivitet sammenlignet med øvrige regioner i perioden 2011-2013. Omvendt har Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark fået en lavere andel af den kommunale medfinansiering fra 2013 til 2015 jf. tabel 1.1

Tabel 1.1
Sammenhæng mellem ændring i produktivitet og fordelingsnøgle for de enkelte regioner

Pct.	2013	2014	2015	Ændring i nøglefordelingen fra KMF, 2013-2015 (procentpoint)	Ændring i produktivitetens niveau, 2011- 2013 (indekspoint)
Region Nordjylland	9,69	9,50	9,36	-0,33	-3,5
Region Midtjylland	21,30	21,20	21,15	-0,15	-0,6
Region Syddanmark	22,28	22,18	22,12	-0,15	-2,1
Region Hovedstaden	31,59	31,98	32,18	0,59	2,3
Region Sjælland	15,15	15,13	15,19	0,04	1,1

Det bemærkes, at den relative fordeling af indtægtslofterne mellem regioner også slår igennem på fordelingen af udgiftssiden mellem regioner. Det skyldes, at regionerne i fællesskab anvender fordelingen af indtægter til fordelingen af udgiftssiden.

4. Sammenfattende vurdering af incitamentsvirkninger

Medfinansieringen blev indført med bl.a. det formål at understøtte, at færre patienter kommer i kontakt med sygehusvæsenet, og således understøtte en indsats med fokus på forebyggelse af sygdom frem for behandling, jf. kapitel 1.

Den kommunale medfinansieringsordning har til hensigt at give den enkelte kommune et yderligere incitament til at varetage pleje-, trænings- og forebyggelsesindsatsen, så effektivt som muligt, jf. kapitel 2.

Den kommunale medfinansiering indgår som et delelement i den generelle aktivitetsfinansiering af regionerne. Som udgangspunkt er den marginale finansieringseffekt søgt neutraliseret af den kommunale medfinansiering. Aktivitetselementet i regionernes finansiering udmøntes på marginalen således alene som udgangspunkt via den statslige aktivitetspulje, jf. kapitel 3. Den kommunale medfinansiering har således som udgangspunkt ikke på marginalen incitamentsvirkning i regionerne.

Nærværende analyse har bl.a. identificeret to tilfælde, hvor den kommunale medfinansiering har en incitamentsvirkning i regionerne:

- De regionale indtægtslofter for kommunal medfinansiering fastsættes med udgangspunkt i regionernes aktivitet to år tidligere.

Den enkelte region har således mulighed for at øge sin andel af kommunal medfinansiering over tid ved at levere en aktivitet, der er relativt højere end de øvrige regioner.

Dette kan medføre, at den kommunale medfinansiering giver et incitament til uhensigtsmæssig regional adfærd, herunder fastholdelse af uhensigtsmæssige behandlingsformer, manglende omlægning fra stationær til ambulatbehandling, manglende understøttelse af LEON mv., jf. afsnit 3.2.

Denne effekt slår også igennem på udgiftssiden, da regionerne anvender fordelingen af indtægter til fordelingen af udgifter.

- Der er forskelle i forudsætningen for udmøntning af den kommunale medfinansiering og den statslige aktivitetspulje. Eksempelsvis er der mulighed for at korrigere niveauet for fuld udmøntning af den statslige aktivitetspulje ved fx strukturomlægninger, mens der ikke er mulighed for at korrigere det regionale indtægtsloft for kommunal medfinansiering. Forskellene betyder, at der i praksis kan være uoverensstemmelse i det aktivitetsniveau, der medfører fuld udmøntning af de to ordninger. Dette kan føre til den marginale finansieringseffekt af kommunal medfinansiering ikke neutraliseres fuldt ud af den statslige aktivitetspulje og kan henlede til uhensigtsmæssig regional adfærd, herunder fastholdelse af uhensigtsmæssig behandlingsformer, manglende omlægning fra stationær til ambulatbehandling, manglende understøttelse af LEON mv., jf. afsnit 3.1.

I Incitamentsudvalgets rapport "Bedre incitament i sundhedsvæsenet" indgik følgende tre overvejelser om mulige justeringer af den kommunale medfinansiering. Forslagene havde til hensigt at sikre, at den marginale finansieringseffekt af kommunal medfinansiering neutraliseres fuldt ud:

1. Korrektionsmuligheder i den kommunale medfinansiering
Der indføres korrektionsmuligheder for den kommunale medfinansiering i forbindelse med konkrete omlægninger af behandlingen, svarende til korrektionsmulighederne i den statslige aktivitetspulje.
2. Afkobling af den kommunale medfinansiering fra regionernes finansiering
Den kommunale medfinansieringsordning gøres til et rent statsligt/kommunalt anliggende, så ordningen ikke påvirker regionernes finansiering. Det nuværende incitament over for kommunerne i ordningen fastholdes
3. Neutralisering af den kommunale medfinansierings evt. incitamentsvirkninger i regionerne
Loftet for regionernes indtægt fra den kommunale medfinansiering sænkes, så medfinansiering udover loftet ikke betales til regionerne, men i stedet tilbagebetales til kommunerne under ét. Dermed afkobles medfinansieringen på den øverste regionale aktivitet fra regionerne, så den marginale aktivitetsafregning af regionerne alene sker via den statslige aktivitetspulje.

Et flertal i Incitamentsudvalget pegede på, at model 3 blev overvejet nærmere, mens et mindretal pegede på model 2. Det bemærkes, at justeringsmulighed 1 og 3 alt andet lige skal kombineres med en ikke-påvirkelig fordelingsmodel for de reducerede indtægtslofter for at imødekomme de uhensigtsmæssigheder identificeret i afsnit 3.2.