

Ændring af den kommunale medfinansiering

Sundheds- og Ældreministeriet
Social- og Indenrigsministeriet
Finansministeriet

Juni, 2016

1. Indledning og sammenfatning	3
1.1 Indledning.....	3
1.2 Sammenfatning	4
1.3 Evalueringen af den kommunale medfinansiering (2015)	5
2. Baggrund - den eksisterende kommunale medfinansiering	8
3. En differentieret KMF.....	9
3.1 Den eksisterende generelle ordning	9
3.2 En differentieret KMF.....	10
3.2.1 Overordnede principper for en differentieret KMF	10
3.2.2 En differentieret ordning – mulige modeller	10
3.2.3 En differentieret ordning ift. alder.....	12
4. Fjernelse af ordningens u hensigtsmæssige incitamentsvirkning i regionerne	20
5. Ny beregningsmetode for KMF	21
6. En ændret tilbagebetaling.....	23
7. Øget behov for centrale data	25
8. Implementering af ændringer	26
Bilag.....	27
B.1. Regneeksempel vedr. udgifter og udgiftsbehov som følge af omlægning af KMF	27
B.2. ØA16.....	29
B.3. De byrdemæssige konsekvenser for kommunerne.....	30

1. Indledning og sammenfatning

1.1 Indledning

I 2007 blev den kommunale medfinansiering (KMF) indført med det formål at give kommunerne en yderligere tilskyndelse til en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner.

I en evaluering af ordningen gennemført i foråret 2015 konstateres det, at flere kommuner finder incitamenterne ved ordningen beskedne, fordi medfinansieringen inden for de enkelte behandlingsområder omfatter al aktivitet med samme takst uden inddragelse af kommunernes mulighed for at påvirke aktiviteten. Dertil peges der på, at den eksisterende ordning kan give regionerne et økonomisk incitament til at fastholde uhensigtsmæssig aktivitet på sygehusene. Dvs. ordningen kan skabe et regionalt incitament, der er modsatrettet kommunernes incitament til at reducere uhensigtsmæssige indlæggelser – sygehusaktivitet.

Med aftalen om regionernes økonomi for 2016 mellem regeringen og Danske Regioner, og med den opfølgende aftale om kommunernes økonomi fra juli 2015 mellem regeringen og KL, blev det derfor aftalt, at en ændret medfinansiering skal fjerne mulige incitamentsvirkninger i regionerne og at der bør arbejdes med en yderligere kortlægning af fordele og ulemper ved mulige modeller for at differentiere medfinansieringen.

I den opfølgende aftale om kommunernes økonomi fra juli 2015 mellem regeringen og KL blev det derudover aftalt, at der skal ses på en justering af den kommunale efterregulering med fokus på større sammenhæng mellem afregning og eventuel tilbagebetaling. Yderligere, at mulighederne vurderes for øget gennemsigtighed i afregning mellem de enkelte regioner og kommuner.

Som opfølgning på evalueringen og økonomiaftalerne er der gennemført et arbejde, som ser på en række ændringer af KMF. Sigtet med denne rapport er at skitsere og opstille disse ændringer, herunder konsekvenser.

Ændringerne skal ses i lyset af hensynene bag kommunalreformens elementer på sundhedsområdet. De kommende års udfordringer med et øget behandlingspres på sundhedsvæsenet (bl.a. som følge af flere ældre og flere kroniske patienter) understreger vigtigheden af en effektiv og rettidig forebyggelsesindsats, og hertil sammenhæng i behandlingen for de patienter, der går på tværs af sektorer. Det stiller også krav til en målrettet

finansieringsstruktur mellem kommuner og regioner, der understøtter LEON-princippet¹ og den rette adfærd.

1.2 Sammenfatning

Med sigte om, at KMF i endnu højere grad skal understøtte hensigten med ordningen, er der set på følgende ændringer:

- en differentieret KMF efter alder, så betalingen varierer afspejlende de kommunale muligheder for forebyggelse, der hvor kommunerne i forvejen har kontakt med borgerne.
- en ændret beregning af KMF, så der kun sker kommunal betaling for ét indlæggelsesforløb for en patient inden for samme region i stedet for pr. udskrivning fra et sygehus. Med ændringen fjernes de merudgifter, som en kommune afholder ved den eksisterende ordning, når en borger overflyttes mellem hospitaler i samme region.
- en justeret tilbagebetalingsmekanisme af merbetalt medfinansiering ud over de regionale lofter, så kommunerne i regioner med merudgifter (større sygehusforbrug i forhold til det forudsatte loft) i højere grad kompenseres i forhold til deres udgifter.
- en afkoblet KMF fra den marginale aktivitetsbestemte finansiering af regionerne, så ordningen i praksis ikke længere kan påvirke den regionale adfærd.
- en øget gennemsigtighed og enkelthed i afregningen af den kommunale medfinansiering - bl.a. kan informationsgraden i faktura og i standardrapporter fra KØS styrkes.

Flere af ændringerne er blevet nævnt og anbefalet i KLs sundhedsudspil 2016 (Sammen om sundhed), *jf. boks 1*.

¹ LEON-princippet: Laveste Effektive Omkostnings Niveau

Boks 1

KL anbefalinger – ”Sammen om sundhed”

I KLS seneste sundhedsudspil ”Sammen om sundhed” anbefaler KL blandt andet følgende ændringer (s. 41):

- *”At regeringen justerer den kommunale medfinansiering”....”efterregulering af afregnet medfinansiering, der ligger over det regionale loft, tilbageføres til kommunerne dér, hvor overskridelsen har fundet sted.*
- *”At regeringen differentierer taksterne for kommunal medfinansiering, så medfinansieringen i højere grad afspejler kommunernes påvirkningsmulighed”.*
- *”At regeringen sikrer, at der ikke kan opkræves kommunal medfinansiering, når patienter bliver overflyttet mellem afdelinger eller sygehuse”.*
- *”At regeringen ændrer mekanismen for fastsættelse af lofterne for regionernes indtægt fra kommunal medfinansiering. Dels skal regionerne tidligere opnå deres finansiering fra medfinansiering fx ved at lofterne ligger lavere end aktivitetspuljen. Dels skal fastsættelsen af regionernes lofter ikke (alene) defineres af seneste opgjorte aktivitetsniveau.”*
- *”At regeringen sikrer, at kommunerne får adgang til relevante data og relevante koblingsmuligheder på relevant niveau til brug for planlægning og opfølgning af forebyggelsesindsatsen ”*

1.3 Evalueringen af den kommunale medfinansiering (2015)

I evalueringen af den kommunale medfinansiering fra 2015 blev der gennemført fire selvstændige analyser:

1. Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner.
2. Analyse af virkningerne for den kommunale og regionale økonomi af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet.
3. Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats.
4. Beskrivelse af incitamentsvirkninger i regionerne.

På baggrund af delanalyserne blev der foretaget en samlet evaluering af ordningen, og fremlagt overvejelser/skitseret et katalog for mulige ændringer af ordningen.

Resume af evalueringen

Evalueringen (kvalitative analyse, punkt 1) viser overordnet, at medfinansieringen i det kommunale perspektiv lever op til det forudsatte i den forstand, at medfinansieringen har bidraget til et styrket kommunalt fokus på forebyggelses- og plejepgaven. Selve størrelsen af medfinansieringen til regionerne er en væsentlig faktor for det skærpede kommunale fokus. KMF opleves endvidere af kommunerne som en adkomst og styrke i et samarbejde med regionerne, der generelt ses med risiko for asymmetri.

Analysen afdækker også, at mange kommuner ikke oplever at de kan påvirke alle dele af sygehusaktiviteten gennem forebyggelse, hvilket synes at betyde en aftagende effekt af KMF som motiverende faktor i kommunerne. Det kan tale

for at genoverveje mulighederne for en differentieret (målrettet) KMF, som senest blev overvejet i KMF-udvalget (2010).

Evalueringen viser også, at der er grundlag for fortsatte forbedringer af ordningen. Det gælder ift. effekterne af forebyggelsesindsatsen, hvor der fortsat er spredning mellem kommunerne, og det gælder ift. samarbejdet mellem kommuner og regioner, der fungerer flere steder og er blevet væsentligt bedre end i opstarten, men hvor der også udfordringer i forhold til at sikre et tæt og forpligtende samarbejde.

Evalueringen (kvantitative kortlægning, punkt 3) viser, at på typiske indikatorer for effekten af den patientrettede forebyggelse, genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser, er der sket en positiv udvikling siden 2007. Det kan anvendes som indikator for en rettidig og effektiv kommunal forebyggelse, og forskelle kan indikere potentialer for forbedringer. Genindlæggelser kan dog også skyldes andre forhold, herunder indsatser i regionalt regi.

Set fra regionalt perspektiv viser evalueringen (kvalitative analyse, punkt 1) indikation af en vis skepsis overfor den kommunale medfinansiering set fra det regionale perspektiv. Regionerne ser således i stigende grad KMF som et instrument, der ikke understøtter et godt samarbejde. Det synes at afspejle en generel skepsis i forhold til effekten af den kommunale indsats på den regionale hverdag, men kan også ses i sammenhæng med, at KMF især på to konkrete områder har en selvstændig incitamentsvirkning ind i regionerne i forhold til at levere aktivitet (Beskrivelse af incitamentsvirkninger i regionerne, punkt 4). Det kan give risiko for at modvirke den ønskede bevægelse af patienter ud af sygehusene, ligesom problematikken har byrdefordelingsmæssige virkninger.

Herudover har evalueringen generelt afdækket forskelle i den kommunale håndtering af KMF. Et element heri synes at være forståelsen af KMF, herunder i hvilket omfang KMF ses som et supplerende økonomisk incitament, der har visse fælles træk med fx overførselsudgifter (og dermed ikke ses som fuldt styrbart med en-til-en sammenhæng mellem konkrete kommunale indsatser og medfinansieringen). Evalueringen viser samtidig, at der ikke fra regional side stilles noget samlet eller løbende analysegrundlag til rådighed for den kommunale indsats.

Disse sidste konstateringer taler for, at det uanset evt. tilpasninger i selve medfinansieringsordningen overvejes, i et samarbejde mellem Danske Regioner og KL, at kommunikere gode fælles erfaringer for håndteringen og forståelsen af den kommunale medfinansiering.

En fælles forståelse af, hvad KMF kan og ikke kan, hvilke dataanalyser der kan understøtte en effektiv kommunal pleje, og hvordan og på hvilke emner

dialogen mellem regioner og kommuner tilrettelægges, vurderes i sig selv at kunne medvirke til at mindske mulige udfordringer i et samarbejde, der er helt centralt for at sikre sammenhængende og omkostningseffektive løsninger for patienterne.

Evalueringen (kvantitative kortlægning, punkt 2) har ikke konstateret væsentlige byrdefordelmæssige effekter af den kommunale medfinansiering. Det svarer til konklusionerne fra tidligere analyser. Der er dog vist, at loftfastsættelsen i regionerne giver udslag i en øget byrdefordelmæssig effekt i konkrete regioner og kommunerne i de pågældende regioner.

2. Baggrund - den eksisterende kommunale medfinansiering

Den kommunale medfinansiering (KMF) blev indført med kommunalreformen i 2007. Hensigten med ordningen er at give kommunerne et yderligere incitament til en effektiv forebyggelses-, træning- og plejeindsats, herunder at styrke samarbejdet på tværs af kommunale fagområder samt at styrke det forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner. Medfinansieringen skal således ses i sammenhæng med de øvrige udgiftskonsekvenser ift. borgernes sundhedstilstand f.eks. i forhold til arbejdsmarkedet, det sociale system og plejesektoren.

Med ordningen medfinansierer kommunerne sundhedsaktiviteten i regionerne. Frem til 2012 bestod medfinansieringen af et grundbidrag på ca. 7 mia. kr. i alt (fast takst pr. borger uanset sundhedsforbrug) og et aktivitetsbestemt bidrag på ca. 13 mia. kr. i alt.

I 2012 blev ordningen ændret. Grundbidraget blev omlagt, og indgik derefter som en del af det aktivitetsafhængige bidrag. I forbindelse med ændringen blev den generelle medfinansieringspct.sats og det maksimale loft pr. indlæggelse hævet. Ordningen udgør herefter ca. 20 mia. kr.

Samtidig med omlægningen i 2012 blev der indført en øvre grænse(loft) over den regionale indtægt fra kommunal medfinansiering, således at en regions indtægter fra kommunerne ikke kunne overstige et fastsat loft. Aktivitet ud over loftet fører således ikke til større regional indtægt fra kommunal medfinansiering, men opsamles af staten og sendes (forudsat det er afledt af øget produktivitet i regionerne) tilbage til kommunerne under ét. Hensigten med loftet er at begrænse et muligt incitament til regional meraktivitet for at sikre budgetoverholdelse i regionerne, som følge af den kommunale medfinansiering.

3. En differentieret KMF

I evalueringen for den kommunale medfinansiering (KMF) fra 2015 blev det konstateret, at flere kommuner peger på et beskedent økonomisk incitament til forebyggelse som følge af KMF. Årsagen er, at bl.a. en stor del af medfinansieringen er relateret til sygehusaktivitet, som kommunen oplever, er vanskelig at påvirke. Det taler for at differentiere KMF, så incitamentet til forebyggelse bliver stærkere, og så der skabes større sammenhæng mellem kommunernes indsats og afregning af medfinansiering.

En differentiering har tidligere været overvejet i bl.a. *Udvalget om kommunal medfinansiering på sundhedsområdet* under Finansministeriet (2010), *Udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet* under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013), men er hidtil ikke blevet gennemført pga. bl.a. risikoen for regional kassetænkning (regionerne ændrer adfærd med sigtet om at forbedre egen økonomi på bekostning af kommunerne). En forudsætning for at differentiere KMF er derfor, at denne risiko elimineres - hvilket alt andet lige kræver, at ordningens uhensigtsmæssige incitamentsvirkning på regionerne fjernes, *jf. kapitel 4*.

Nedenfor argumenteres for implementeringen af en aldersdifferentieret KMF, og forslag til ændring (model) opstilles.

3.1 Den eksisterende generelle ordning

Den eksisterende ordning er generel og er dermed ikke differentieret ift. specifikke patientgrupper, diagnoser mv. Det er henset til bl.a. enkelthed, risiko for regional kassetænkning samt risiko for nedprioritering af andre grupper.

Med ordningen anvendes en procentvis betaling for hver gang en borger har modtaget en regionalt finansieret sundhedsydelse (inden for dækningsområdet). Samtidig er der sat en grænse for medfinansieringens størrelse, et loft for den maksimale betaling pr. indlæggelse. Den procentvise sats og det maksimale loft er den samme for al behandling inden for samme behandlingsområde. Fx udgør pct.-satsen 34 pct. af behandlingsudgiften opgjort ved DRG-taksten med et maksimalt loft på 14.811 kr. pr. indlæggelse på hele det somatiske område, *jf. tabel 3.1*.

Mellem behandlingsområder er der forskel på pct.sats og maksimal lofter fx er afregningstaksten 10 pct. af lægernes honorar (på grundydelse) på alm. praksis området, mens taksten for speciallæger er 34 pct.

Ordningen gælder samtlige udskrivninger fra sygehusene (psykiatriske og somatiske) som er finansieret af regionerne, samtlige ydelser under

sygesikringsområderne (dog alene grundydelse hos de almene praktiserende læger). Endelig er der en relativ høj takst for genoptræning under indlæggelse, som skal ses i lyset af, at den ambulante genoptræning er en kommunal opgave.

Tabel 3.1	
De konkrete satser fordelt på område (takster og maksimale lofter)	
Nuværende satser (16-pl)	
Somatik	
- stationær	34 pct. DRG, dog max 14.811 kr./indlæggelse
- ambulat	34 pct. DAGS, dog max 1.461 kr./besøg, max gråzone 14.811 kr.
- genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst
Praksissektoren	
- speciallæger	34 pct. af honorarer, max 1.461 kr./ydelse
- almen læger	10 pct. af honorarer på grundydelse
- fysioterapi, tandlæger, fodterapi, psykolog, kiropraktor	10 pct. af honorarer
Psykiatri	
- stationær	60 pct. af sengedagstakst, max 8.568 kr./indlæggelse
- ambulat	30 pct. af besøgstakst, max 536 kr./besøg

3.2 En differentieret KMF

3.2.1 Overordnede principper for en differentieret KMF

Såfremt den generelle ordning skal målrettes grupper af borgere danner følgende principper rammen for en differentiering:

Differentieringen skal være:

1. *objektiv - bero på objektive kriterier/ vurderinger*
2. *enkelt og gennemsigtig/ gennemsæuelig for kommunerne*
3. *stabil over tid*
4. *ikke administrativ tung*

Ved en differentiering skal:

5. *der ikke ændres på KMF-niveauet i omlægningsåret*
6. *både pct.satser og maksimal lofter ændres, så de to mekanismer som udgangspunkt følges ad dvs. en stigning i procentsatsen medfører, at loftet også hæves*
7. *såvel den brede borgerrettede og patientrettede forebyggelse understøttes, hvorfor medfinansieringsandelene ikke skal afvige markant fra gruppe til gruppe*
8. *balancen mellem de substituerbare behandlingsformer fastholdes*
9. *de byrdemæssige konsekvenser efter gennemslag i udligning skal være relativt begrænsede*

3.2.2 En differentieret ordning – mulige modeller

I evalueringen af den kommunale medfinansiering (2015) beskrives forskellige differentieringsmodeller af ordningen målrettet afgrænsede grupper af borgere.

Konkrete behandlinger/ diagnoser

Af evalueringen fremgår det, at en differentieret tilgang kan baseres på *konkrete behandlinger / diagnoser*. Med argumentet om, at nogle diagnoser kan forebygges i kommunerne i højere grad, mens andre ikke entydigt kan forhindres hverken på kort eller langt sigt.

På baggrund af principperne ovenfor vurderes det, at en differentieret tilgang ift. konkrete behandlinger/diagnoser ikke umiddelbart er hensigtsmæssig. Differentieringen vil blive en tilnærmelse på et overordnet niveau baseret på subjektive vurderinger. Det vil både være tidskrævende, usikkert, administrationstungt og vanskeligt at afgrænse og definere de behandlinger, hvor kommunen reelt har/ikke har en påvirkningsmulighed. En udsondring af behandlinger, hvor der ingen kommunal påvirkning er alt andet lige også relativt begrænset. Et eksempel herpå er fødsler og kræftområdet, *jf. boks 3.2*. Yderligere vil en differentieret medfinansiering med fx forskellige medfinansieringssatser for tæt-substituerbare diagnoser alt andet lige være problematisk.

Boks 3.2

Fødsler og kræftområdet – kommunernes påvirkningsmulighed

Kommunerne skal ikke forebygge fødsler, men deres indsats har alligevel indflydelse på den konkrete belastning af det regionale sundhedsvæsen. Forhold som fx høj forekomst af overvægt, rygning mv. blandt gravide kan føre til flere og mere komplicerede og dermed mere udgiftskrævende fødsler.

Tilsvarende gælder på kræftområdet, hvor kommunerne ikke umiddelbart har en opgave i det konkrete tilfælde, hvor en patient har behov for det regionalt specialiseret tilbud. Men livsstilsrelaterede forhold har også betydning for, hvilken regional behandlingsindsats der er behov for, og dermed hvilket udgiftstræk, der er for det enkelte behandlingsforløb. Kommunale fokus på livsstilsrelaterede forhold har således et vist gennemslag på det samlede regionale ressourcetræk, der er forbundet med kræftbehandlingsforløbet. Ligeledes har den kommunale opfølgende rehabiliterende indsats stor betydning for den kræftramte, *jf. Evalueringen af den kommunale medfinansiering (2015)*.

Ældre patienter

Det fremgår yderligere af evalueringen, at en differentieret tilgang kan baseres på *ældre patienter (alder eller ældre medicinske patienter)*. Med argumentet om, at kommunerne særligt ift. de ældre borgere har en tæt og daglig kontakt via plejeindsatsen, og at kommunerne derigennem har bedre muligheder for at forebygge bl.a. unødige indlæggelser mv. ift. denne gruppe.

På baggrund af principperne ovenfor vurderes det, at en differentieret tilgang i forhold til gruppen af ældre medicinske patienter og uhensigtsmæssige indlæggelser ikke er mulig på nuværende tidspunkt. Forskelle og fremtidige ændringer i organisationsstrukturen på sygehusene mv. gør en differentiering relativ ustabil, ugennemsigtig og mindre fair. At knytte en finansiering op på disse indlæggelser/patienter vil derfor alt andet lige være risikofyldt. Når rette forudsætninger på sigt er tilstede kan det umiddelbart være hensigtsmæssigt, så denne type patient/indlæggelse pålægges en selvstændig KMF-takst, hvilket imidlertid må bero på en analyse på pågældende tidspunkt.

En aldersdifferentieret tilgang vurderes derimod at opfylde principperne dvs. en model ift. alder vil være objektiv, gennemsigtig, stabil over tid og alt andet lige ikke være for administrativ tung. Da de uhensigtsmæssige indlæggelser

stiger med alderen vil en aldersdifferentiering også slå igennem ift. disse indlæggelser, og alt andet lige også i forhold til de ældre medicinske patienter.

3.2.3 En differentieret ordning ift. alder

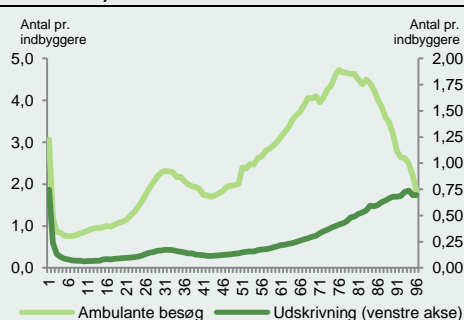
Småbørn og ældre borgere trækker relativt mere på sundhedsvæsenet end øvrige borgere og dertil har kommunerne i forvejen fokus på og kontakt med denne gruppe, *jf. boks 3.3*. En differentieret KMF kunne derfor baseres på en øget betaling for ældre og småbørn.

Boks 3.3

Ældre borgere og småbørn

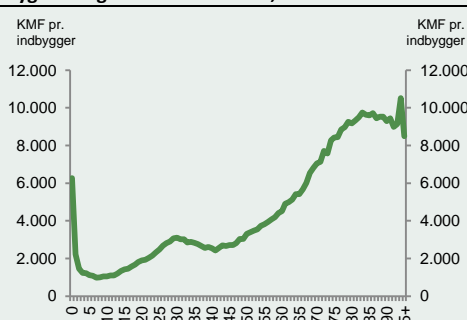
Generelt trækker ældre borgere mere på sundhedsvæsenet end de yngre afledt af bl.a. mange indlæggelser og ambulante besøg. Det er derved også denne gruppe, der trækker flest udgifter til KMF, *jf. figur 3.4*. Det gennemsnitlige bidrag til KMF for en 40-årig var ca. 2.500 kr. i 2014, mens det for en 80-årig var ca. 9.000 kr., *jf. figur 3.5*. Dertil ses det, at særligt små børn (0-2 år) også har hyppigt kontakt til sygehusvæsenet².

Figur 3.4
Antal udskrivinger og ambulante besøg fordelt efter alder, 2015



Amn.: Eksl. ikke-taktsbærende besøg.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Figur 3.5
Kommunal medfinansiering for somatik og sygesikring fordelt efter alder, 2014

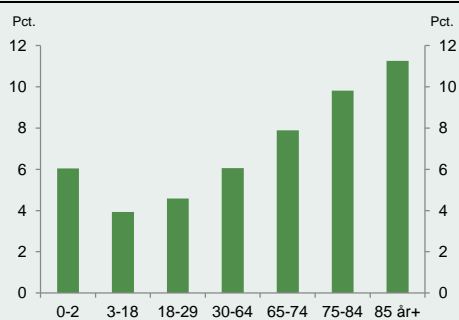


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Antal akutte genindlæggelser stiger også med alderen. I alderen 30-64 fører knap 6 pct. af indlæggelserne til en genindlæggelse, mens det for en 85+årige er godt 11 pct. af indlæggelserne, som efterfølges af en genindlæggelse, *jf. figur 3.6*. Småbørn (0-2 år) afviger dog fra tendensen – antal genindlæggelser for 0-2-årige udgjorde 6 pct. af alle indlæggelser i 2014, heraf udgjorde antal genindlæggelser knap 8,2 pct. af indlæggelserne for 1-årige børn.

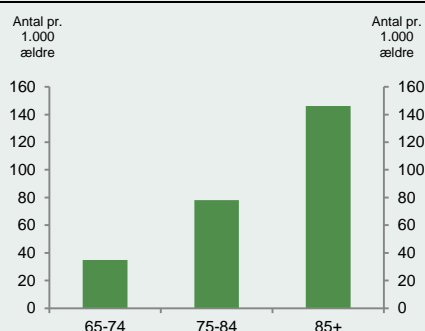
² Bemærk: 0-2 år er ekskl. fødsler, da det følger moderen.

Figur 3.6
Andel akutte genindlæggelser
(genindlæggelsesfrekvens), fordelt efter alder,
2014



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

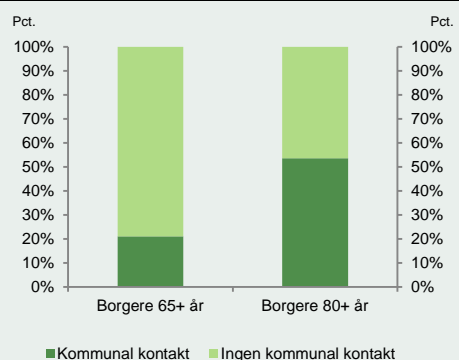
Figur 3.7
Antal forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+)
fordelt efter alder(65+), 2014



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

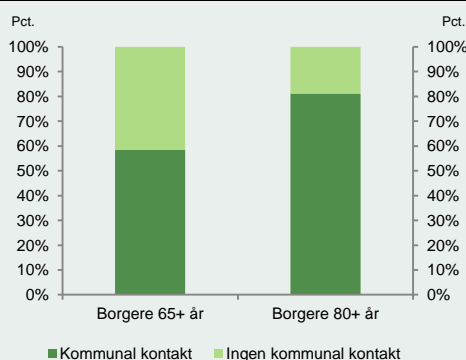
Kommunerne har i forvejen fokus på og en tæt kontakt med småbørn og ældre borgere, og har derved direkte påvirkningsmulighed ift. adfærd og vilkår (fx via plejeindsatsen, sundhedsplejersken mv.). Fx havde kommunerne kontakt til knap 5 ud 10 borgere på 80+ år i 2014, og i 8 ud 10 akutte indlæggelser (borger på 80+ år) havde kommunen kontakt med borgeren, jf. figur 3.8 og 3.9.

Figur 3.8
Andelen af borgere i kontakt med kommunen,
fordelt på 65+ og 80+, 2014



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Figur 3.9
Andelen af akutte indlæggelser med kontakt til
kommunen, fordelt på 65+ og 80+, 2014



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Med sigtet om at målrette KMF ift. ældre og småbørn, har KL og staten set på forskellige aldersdifferentieringer (modeller), hvor pct.sats og lofter varierer, jf. boks 3.10.

Boks 3.10**Forskellige differentieringsmodeller**

I de opstillede modeller differentieres der i forhold til fire aldersgrupper hhv. 0-2 år, 3-64 år, 65-79 år og 80+ år. I de forskellige modeller ses der på forskellige medfinansieringsprocenter og maksimale lofter.

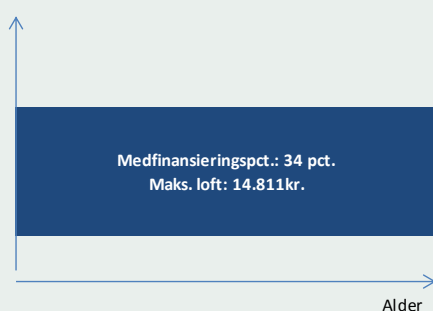
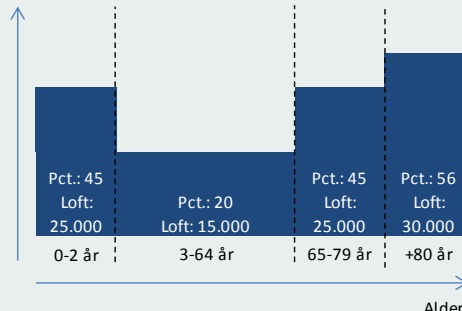
Nedenfor er vist de opstillede differentieringsmodeller for sygehusbehandling. Fx fremgår det, at der i model 1 ses på: 41 pct. DRG for 0-2 år og 65-79 år, dog max 20.000 kr./regionsudskrivning, 26 pct. DRG for 3-64 år, dog max 10.000 kr./ regionsudskrivning, og 56 pct. DRG for 80+ årige, dog max 25.000 kr./ regionsudskrivning.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6
Loft	20.000/10.000/20.000/25.000			25.000/15.000/25.000/30.000		
Pct.	41/26/41/56	42/25/42/50	34/30/34/50	45/20/45/56	42/20/42/50	35/25/35/45

Der er udvalgt en konkret aldersdifferentiering, som opfylder principper ovenfor (princip 5-9) – model 4, *jf. boks 3.10*.

I denne model:

- fastholdes den samlede volumen af KMF på de ca. 20 mia. kr. Dermed ændres der ikke på ordningens størrelse og hermed gennemslag ift. kommunernes incitament (*princip 5*).
- differentieres kun på tre niveauer: a. 0-2 år og 65-79 år (samme niveau), b. 3-64 år. og c. 80+ år, *jf. boks 3.11*. Dermed fastholdes et enkelt og gennemsigtig model med høj grad af stabilitet over tid (*princip 2, 3, og 4*).
- øges både pct.sats og maksimal lofterne blandt små børn(0-2 år) og ældre (65+ år), mens de sænkes modsvarende for gruppen 3-64 år (*princip 6*), *jf. boks 3.11*. Pct.satserne og lofterne er som nævnt ovenfor ens for de 0-2 år og 65-79 år (45 pct./25.000 loft), mens de for 80 +år er øget det yderligere (56 pct./30.000 loft). Dermed målrettes ordningen der, hvor kommunerne har de bedste muligheder for at påvirke trækket på det regionale sundhedsvæsen, *jf. ovenfor*.
- forskellene i medfinansieringsandelen mellem de forskellige aldersgrupper er ikke for stor (*princip 7*). De tre niveauer ligger ikke langt fra hinanden, hvorfor kommunerne fortsat vil have et incitament til en borgerrettede forebyggelsesindsats samtidig med, at incitamentet styrkes ift. især de ældste borgere.
- balancen mellem behandlingsformer fastholdes (*princip 8*). Sygehusbehandling og speciallægerne vil ligesom i dag få tildelt samme differentieringsniveauer på grund af substitution, *jf. boks 3.11*. For almen praksis og øvrige praksisydelser differentieres der på et lavere niveau ligesom den nuværende ordning – kommunerne skal ikke forhindre borgere i at gå til lægen, men den brede forebyggende indsats har også en betydning her. Medfinansieringen på psykiatrisk behandling og genoptræning under indlæggelse ændres ikke, idet taksterne i forvejen er høje.

Boks 3.11**Nuværende og differentieret ordning – stationær, ambulant og speciallæge****Nuværende ordning****Differentieret ordning**

Anm.: De praktiserende læger har samme model, men er på et lavere niveau. Den ambulante somatik er samme model, men lavere lofter.

Den specifikke udspecificering af maksimal lofter og pct.satser er gengivet i tabel 3.12.

Tabel 3.12**De konkrete satser fordelt på område (takster og maksimale lofter)**

	Nuværende satser	Nye satser
Somatik		
- stationær	34 pct. DRG, dog max 14.811 kr./indlæggelse	45 pct. DRG, dog max ca. 25.000 kr./regionsudskr. for 0-2 år 20 pct. DRG, dog max ca. 15.000 kr./ regionsudskr. for 3-64 år 45 pct. DRG, dog max ca. 25.000 kr./ regionsudskr. for 65-79 år 56 pct. DRG, dog max ca. 30.000 kr./ regionsudskr. for +80 år
- ambulant	34 pct. DAGS, dog max 1.461 kr./besøg, max gråzone 14.811 kr.	45 pct. DRG, dog max ca. 2.500 kr./besøg for 0-2 år 20 pct. DRG, dog max ca. 1.500 kr./ besøg for 3-64 år 45 pct. DRG, dog max ca. 2.500 kr./ besøg for 65-79 år 56 pct. DRG, dog max ca. 3.000 kr./ besøg for +80 år
- genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst	Uændret
Praksissektoren		
- speciallæger	34 pct. af honorarer, max 1.461 kr./ydelse	45 pct. DRG, dog max 2.500 kr./ydelse for 0-2 år 20 pct. DRG, dog max 1.500 kr./ydelse for 3-64 år 45 pct. DRG, dog max 2.500 kr./ydelse for 65-79 år 56 pct. DRG, dog max 3.000 kr./ydelse for +80 år
- almen læger	10 pct. af honorarer på grundydelse	14 pct. af honorarer på grundydelse for 0-2 år 7 pct. af honorarer på grundydelse for 3-64 år 14 pct. af honorarer på grundydelse for 65-79 år 18 pct. af honorarer på grundydelse for +80 år
- fysioterapi, tandlæger, fodterapi, psykolog, kiropraktor	10 pct. af honorarer	14 pct. af honorarer for 0-2 år 7 pct. af honorarer for 3-64 år 14 pct. af honorarer for 65-79 år 18 pct. af honorarer for +80 år
Psykiatri		
- stationær	60 pct. af sengedagstakst, max 8.568 kr./indlæggelse	Uændret
- ambulant	30 pct. af besøgstakst	Uændret

En aldersdifferentiering vil skabe større sammenhæng mellem kommunernes afregning af KMF og påvirkningsmuligheder. Differentieringen vil isoleret set alt andet lige give regionerne incitament til at prioritere behandlinger, hvor de opnår størst afregning af KMF. Dette er midlertidigt håndteret ved, at regionernes indtægtsloft for regionerne sænkes og fordelingen af lofterne ændres, så en differentiering ikke vil påvirke regionernes adfærd, *jf. kapitel 4.*

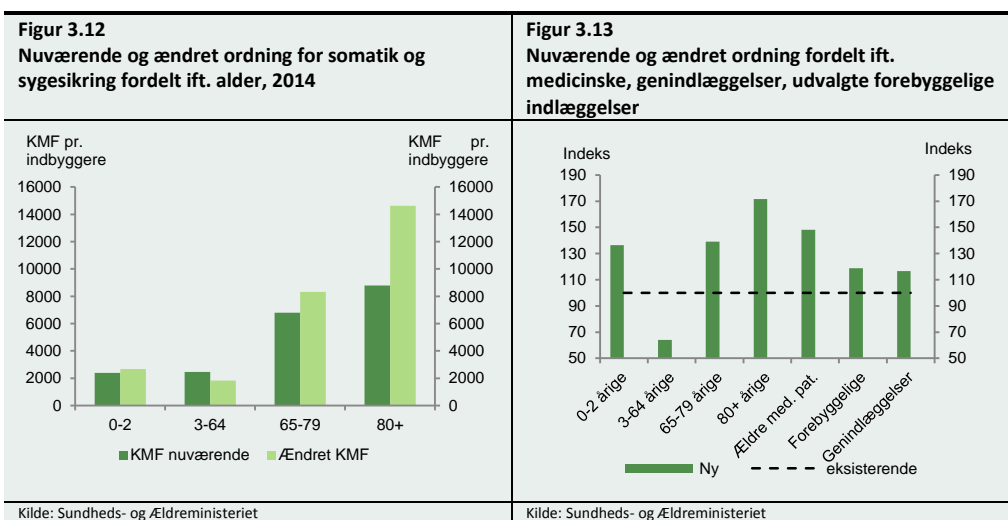
Effekten af den aldersdifferentierede model

Med ændringen vil den samlede KMF forblive konstant, mens fordelingen mellem aldersgrupperne ændres. Fx vil kommunerne komme til at betale gennemsnitlig ca. 15.000 kr. pr. 80-årig mod tidligere 9.000 kr. Modsat vil kommunerne betale 1.800 kr. pr. 40-årig mod tidligere 2.500 kr., *jf. figur 3.12*.

Ændringerne har også betydelig effekt for de ældre medicinske patienter og for antallet af genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser mv. Gennemslaget ses især for den ældre medicinske patient *jf. figur 3.13*.

Med ændringer vil en kommune kunne spare:

- 17 pct. for hver genindlæggelse, der forebygges.
- 19 pct. for hver forebyggelige indlæggelse, der forebygges.
- 49 pct. for hver ældre medicinsk indlæggelse, der forebygges.



Økonomiske konsekvenser af en aldersdifferentieret KMF

Forslaget om en aldersdifferentieret KMF vil umiddelbart føre til højere udgifter i kommuner med forholdsvis mange småbørn og ældre, og lavere udgifter i kommuner med forholdsvis få småbørn og ældre.

Disse virkninger bliver i vidt omfang imødegået i udligningssystemet, fordi det aldersbetingede udgiftsbehov tilpasses til den ændrede udgiftsbelastning i de pågældende aldersgrupper, *jf. boks 3,14*. Derfor vil forslaget om aldersdifferentieret medfinansiering alt andet lige have relativt begrænsede byrdefordelmæssige konsekvenser for kommunerne efter gennemslag i udligningssystemet.

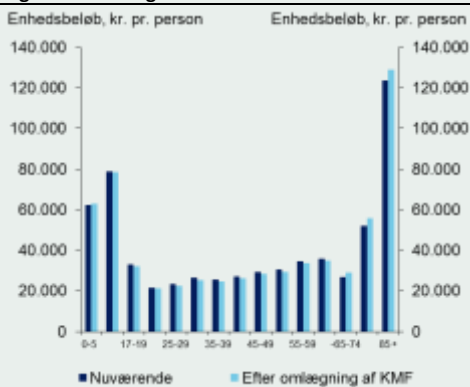
Boks 3.14**Kommunernes udgiftsbehov**

I udligningssystemet opgøres for hver kommune et udgiftsbehov. Det udgøres af en sammenvejning af et aldersbetinget udgiftsbehov og et socioøkonomisk udgiftsbehov. Det aldersbetingede udgiftsbehov vægtes i 2016 med 67,75 pct. og det socioøkonomiske udgiftsbehov med 32,25 pct. Vægten på det socioøkonomiske udgiftsbehov forhøjes årligt med 1/4 procentpoint, mens vægten på det aldersbetingede nedsættes tilsvarende.

Det aldersbetingede udgiftsbehov opgøres på den måde, at der for hver aldersgruppe beregnes et enhedsbeløb, som afspejler de gennemsnitlige kommunale udgifter til en person i den pågældende aldersgruppe. Befolkningen er i den forbindelse opdelt i 15 aldersgrupper. En kommunes samlede aldersbetingede udgiftsbehov opgøres ud fra antallet af personer i hver aldersgruppe ganget med enhedsbeløbet for den pågældende aldersgruppe. Enhedsbeløbene opdateres årligt ud fra det seneste kendte budget samt en række fordelingsnøgler baseret på statistiske kilder.

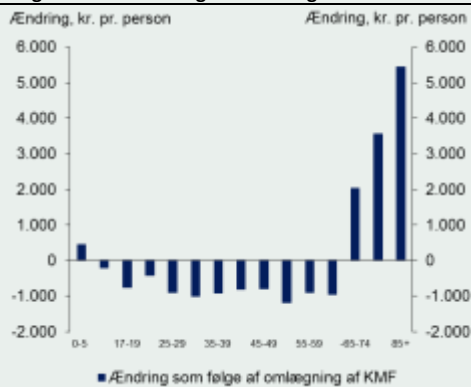
I figur 3.15 og 3.16 nedenfor er illustreret, hvordan enhedsbeløbene i det aldersbetingede udgiftsbehov for 2016 vil være ændret ved en korrektion for ændringen i udgifterne til KMF. Som det fremgår, vil det indebære betydelige stigninger i enhedsbeløbene for de tre aldersgrupper, der omfatter de ældre borgere, dvs. aldersgrupperne 65-74 årige, 75-84 årige og de 85 årige og derover.

Figur 3.15
Enhedsbeløb i det aldersbetingede udgiftsbehov før og efter ændring af KMF



Kilde: Social- og Indenrigsministeriet

Figur 3.16
Ændring af enhedsbeløb i det aldersbetingede udgiftsbehov som følge af ændring af KMF



Kilde: Social- og Indenrigsministeriet

Hvis det foreslåede aldersdifferentiering gennemføres med udgangspunkt i den faktiske aktivitet i 2015 er der teknisk beregnet en gevinst for ca. 55 kommuner: den maksimale gevinst er 0,08 pct. af beskatningsgrundlaget. Der er 4 kommuner med tab over 0,05 pct. af beskatningsgrundlaget, det maksimale tab er 0,14 pct. af beskatningsgrundlaget, jf. tabel 3.17 (se også tabel B.3.1 i bilag 3 for det fulde billede for 2015)

Som det fremgår af tabel 3.17 har fx den kommune med størst byrdefordelmæssigt tab efter udligning fået dækket ca. 50 pct. af merudgifterne.

Tabel 3.17
Økonomiske konsekvenser for top ti kommunerne af en aldersdifferentieret KMF opdelt ift. ændring i udligningssystemet og kommunal medfinansiering, 2015

	Ændring i tilskud og udligning		Kommunal merudgift (-) vedr. ændret KMF		Samlet ændring af en differentieret KMF	
	Mio. kr. (+=gevinst)	Pct. af beskatningsniveau (=-gevinst)	Mio. kr. (+=gevinst)	Pct. af beskatningsniveau (=-gevinst)	Mio. kr. (+=gevinst)	Pct. af beskatningsniveau (=-gevinst)
Ærø	3,4	-0,35	-2,6	0,27	0,8	-0,08
Randers	6,6	-0,04	1,5	-0,01	8,1	-0,05
Tønder	7,1	-0,12	-4,1	0,07	3,0	-0,05
Ishøj	-1,0	0,03	2,5	-0,07	1,5	-0,04
Vejen	4,2	-0,06	-1,6	0,02	2,5	-0,04
Horsens	0,8	-0,01	4,6	-0,03	5,4	-0,04
Billund	2,5	-0,05	-0,7	0,02	1,7	-0,04
Morsø	4,7	-0,15	-3,5	0,11	1,2	-0,04
Samsø	1,8	-0,28	-1,5	0,25	0,2	-0,04
Hillerød	2,6	-0,02	1,2	-0,01	3,8	-0,04
Rødovre	3,7	-0,05	-5,5	0,08	-1,9	0,03
Roskilde	5,3	-0,03	-10,6	0,06	-5,3	0,03
Rudersdal	11,5	-0,06	-18,8	0,10	-7,3	0,04
Lynby-Taarbæk	7,2	-0,05	-13,6	0,09	-6,4	0,04
Gentofte	6,2	-0,02	-17,2	0,07	-11,0	0,04
Glostrup	1,8	-0,04	-3,8	0,09	-2,0	0,04
Frederiksberg	-1,1	0,00	-12,3	0,05	-13,4	0,06
Dragør	3,0	-0,09	-5,5	0,16	-2,5	0,07
Tårnby	2,6	-0,03	-8,4	0,10	-5,8	0,07
Fanø	0,9	-0,12	-1,9	0,27	-1,0	0,14

Anm.: Til opgørelse af de byrdefordelmæssige virkninger er foretaget tekniske konsekvensberegninger. Beregningerne er foretaget ud for antagelser om "alt andet lige" forhold, hvor alene de foreslåede ændringer af ordningen gennemføres med udgangspunkt i den faktiske aktivitet i 2015. Der er i beregningerne foretaget en korrektion for gennemslag i det aldersbetingede udgiftsbehov. Der er ikke foretaget vurderinger og/eller antagelser om de adfærdsmæssige muligheder for påvirkning af de byrdefordelmæssige konsekvenser.
Kilde: Sundhed- og Ældreministeriet

I 2015 er der beregnet en gevinst for en række kommuner i regionerne Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark, mens flere kommuner i Region Hovedstaden, og nogle af de større bykommuner har et beregnet tab, jf. tabel 3.18.

Tabel 3.18
Økonomiske konsekvenser for kommunerne af en aldersdifferentieret KMF, 2015, regionsfordelt

	Beregnet ændring (mio.kr.)	Beregnet ændring i pct. af beskatningsgrundlag (=-gevinst)
Region Nordjylland	6,9	-0,01
Region Midtjylland	31,2	-0,01
Region Syddanmark	17,4	-0,01
Region Hovedstaden	-44,5	0,01
Region Sjælland	-11,0	0,01
Hele landet	0,0	0,0

Anm.: Til opgørelse af de byrdefordelmæssige virkninger er foretaget tekniske konsekvensberegninger. Beregningerne er foretaget ud for antagelser om "alt andet lige" forhold, hvor alene de foreslåede ændringer af ordningen gennemføres med udgangspunkt i den faktiske aktivitet i 2015. Der er i beregningerne foretaget en korrektion for gennemslag i det aldersbetingede udgiftsbehov. Der er ikke foretaget vurderinger og/eller antagelser om de adfærdsmæssige muligheder for påvirkning af de byrdefordelmæssige konsekvenser.
Kilde: Sundhed- og Ældreministeriet

Det bemærkes, at det aldersbetingede udgiftsbehov opdateres årligt. Sammensætningen af demografien i den enkelte kommune vil således løbende blive opfanget i opgørelsen. Det betyder, at f.eks. en tendens til en stigende andel ældre i nogle kommuner også vil føre til et højere aldersbetinget udgiftsbehov.

Der er generelt en tendens til en stigende ældreandel i befolkningen, men for de kommuner, hvor ældreandelen stiger kraftigere end i andre kommuner, vil

det vise sig i et stigende aldersbetinget udgiftsbehov og dermed også et stigende udligningstilskud. Disse kommuner bliver således via udligningssystemet i vidt omfang kompenseret for, at alderssammensætningen i kommunen udvikler sig anderledes end landsgennemsnittet, illustreret ved beregningseksempel i bilag 1.

4. Fjernelse af ordningens u hensigtsmæssige incitamentsvirkning i regionerne

I evaluering af den kommunale medfinansiering (2015) blev det konstateret, at den eksisterende ordning kan give regionerne et selvstændigt økonomisk incitament til at fastholde u hensigtsmæssig aktivitet på sygehusene. Mulige justeringer af KMF for at løse problemet fremgår nedenfor.

Ændring af KMF, så de u hensigtsmæssige regionale incitament er fjernes.

Det fremgår af evalueringen(2015), at der er elementer i den eksisterende ordning, som har en økonomisk incitamentsvirkning på regionerne. Det skyldes forskelle mellem KMF og den statslige aktivitetspulje, og grundlaget for fordelingen af KMF.

Et muligt tiltag for at imødegå ordningens incitamentsvirkning på regionerne er at justere på ordningen ved, at:

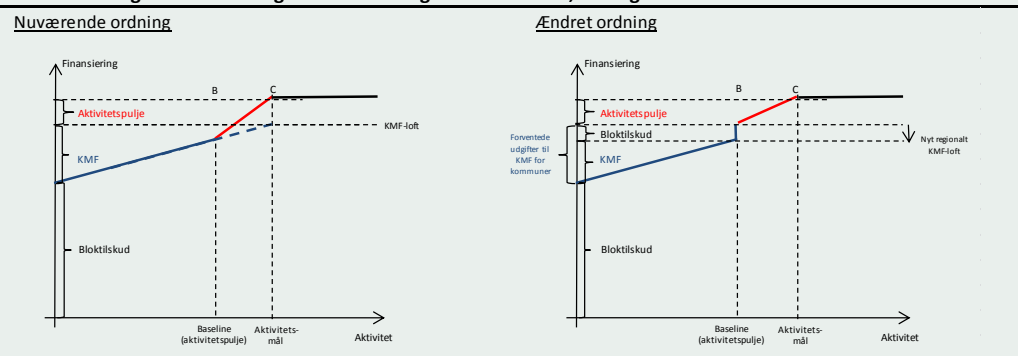
- afregningen af KMF afkobles fra den statslige aktivitetspulje. Dermed indgår ordningen ikke længere i den marginale aktivitetsfinansiering af regionerne, *jf. figur 4.1.*

Det forudsatte kommunale udgiftsniveau for KMF vil forblive uændret og de løbende indbetalinger fra kommunerne udover det regionale indtægtsloft kanaliseres til staten til finansiering af det øgede regionale bloktilskud. Hvis indbetalingerne fra kommunerne ikke fuldt ud modsvarer det forudsatte og finansierede niveau, foretages en efterregulering i det midtvejsregulerede kommunale bloktilskud.

- fordelingen af KMF-loftet ændres, så regionernes fremtidige andel af indtægterne ikke beror på regionernes aktivitet.

Figur 4.1

Nuværende og ændret ordning – sammenhængen mellem KMF, SAP og bloktilskud



Afkoblingen er en forudsætning for at differentiere, *jf. kapitel 3.*

5. Ny beregningsmetode for KMF

Med den nuværende ordning betaler kommunerne medfinansiering, når en patient bliver overflyttet mellem sygehuse, og en kommune kan derfor risikere at betale utilsigtet medfinansiering (dobbel for et patientforløb). Muligt tiltag for at løse problemet med ”overbetalingen” fremgår nedenfor.

Ændring af den beregnet KMF

Den nuværende ordning indebærer, at overflytninger af patienter mellem hospitalerne har et gennemslag på KMF for hvert isolerede sygehusforløb og ikke alene inden for det sammenhængende forløb på tværs af sygehuse. Det medfører, at den regionale organisering af sygehusstrukturen direkte har utilsigtet betydning på den kommunale medfinansiering.

Under den eksisterende ordning har kommuner, hvis borgere alene bruger ét sygehus, således alt andet lige betalt mindre KMF i forhold til de kommuner, hvis borgere typisk har haft forløb, der går på tværs af forskellige sygehuse.

I 2015 har kommunerne i Region Hovedstaden betalt ca. 119 mio. kr. i medfinansiering pga. overflytninger mellem sygehuse, mens kommunerne i Region Sjælland har betalt ca. 4 mio. kr., *jf. tabel 5.1.*

Mio.kr. årets pl	2014	2015
Region Nordjylland	-37,0	-31,1
Region Midtjylland	-82,2	-75,2
Region Syddanmark	-57,3	-48,7
Region Hovedstaden	-160,6	-118,6
Region Sjælland	-4,7	-3,9
Hele landet	-341,8	-277,6

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

Et muligt tiltag for at fjerne denne tekniske uhensigtsmæssighed er at ændre på betalingsmetoden, så kommunerne fremadrettet betaler KMF på baggrund af hvert sammenhængende forløb inden for den enkelte region. Dvs. kommunerne betaler pr. regionsudskrivning i stedet for pr. sygehusudskrivning.

Økonomiske konsekvenser for kommunerne af en ændret betalingsmetode

Ændringen af beregningsmetoden vil have betydning for de kommuner med overflytninger af patienter mellem sygehuse og give anledning til en omfordelingseffekt mellem kommunerne. Ændringen vil slå igennem på de reelle KMF-udgifter, som de enkelte kommuner afholder.

Hvis den foreslåede ændring gennemføres med udgangspunkt i den faktiske aktivitet i 2015 er der teknisk beregnet gevinst for især kommunerne i Region Hovedstaden (32,4 mio.kr, svarende til 0,01 pct. af beskatningsgrundlag), mens kommunerne i Region Sjælland oplever tab (36,9 mio.kr, svarende til 0,03 pct. af beskatningsgrundlag), *jf. tabel 5.2.*

Udfaldet kan begrundes med, at kommunerne i Region Hovedstaden har flere overflytninger af patienter mellem sygehuse fx Herlev og Gentofte Sygehus og dermed større udgift, grundet dobbeltbetaling for en behandling. Derudover bruger kommunerne i Region Sjælland allerede et sygehusnummer for samtlige sygehuse i regionen, hvorved der ikke afregnes for overflytninger overfor kommuner i den region.

Tabel 5.2		
Økonomiske konsekvenser for kommunerne af en ændret betalingsmetode, 2015, regionsfordelt		
	<i>Beregnet ændring (mio. kr.)</i>	<i>Beregnet ændring i pct. af beskatningsniveau (=-gevinst)</i>
Region Nordjylland	2,8	0,00
Region Midtjylland	13,3	-0,01
Region Syddanmark	-11,6	0,01
Region Hovedstaden	32,4	-0,01
Region Sjælland	-36,9	0,03
Hele landet	0,0	0,00
Kilde: Sundhed- og Ældreministeriet		

6. En ændret tilbagebetaling

Med den nuværende ordning tilbagebetales evt. kommunal medfinansiering udover loftet til kommunerne under ét. Tilbagebetalingskonstruktion indebærer således, at en kommune med merudgifter ikke nødvendigvis får tilbagebetalt de reelle merudgifter. Muligt tiltag for at løse problemet med tilbagebetalingskonstruktionen fremgår nedenfor.

Ændring af tilbagebetalingen

Efter den nuværende ordning er kommunerne under ét sikret finansiering i henhold til det fastlagte KMF-loft. Kommunal medfinansiering udover loftet opsamles af staten, og den del, der kan henføres til øget produktivitet i regionerne tilbagebetales til kommuner under ét. Beløbet fordeles mellem alle kommuner via en forhøjelse af bloktilskuddet, dvs. efter den enkelte kommunes andel af befolkningstallet.

Tilbagebetalingen udgør således summen af medfinansieringen fra kommunerne i de enkelte regioner.

Under forudsætning af budgetoverholdelse af de regionale sundhedsopgaver, indebærer den eksisterende konstruktion følgende principper:

- Kommunerne er under ét sikret fuld finansiering til de samlede udgifter til KMF.
- Finansieringen af kommunerne sker over bloktilskuddet i budgetåret og en evt. tilbagebetaling sker efterfølgende også som bloktilskud.

Fastlæggelsen af tilbagebetalingens størrelse foretages af sundheds- og ældreministeren senest 1. juli i året efter regnskabsåret. Den gennemføres via en regulering af det kommunale bloktilskud i budgetårets tre sidste måneder.

For regnskabsåret 2013 og 2014 blev der tilbageført hhv. ca. 400 og 700 mio. kr. til kommunerne under ét (i de respektive år efter), *jf. tabel 6.1*. Alle kommunerne har fået del i denne tilbagebetaling.

Som det fremgår af tabel 6.1 fluktuerer de overskydende KMF-udgifter (og dermed også fordelingen af tilbagebetalingen) årligt. I 2015 nåede samtlige regioner deres indtægtsloft, mens det i 2013 alene var Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden, der nåede loftet.

Tabel 6.1
Den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen ud over indtægtsloft, 2012-2015

Mio.kr. årets pl	2012	2013	2014	2015
Region Nordjylland				49
Region Midtjylland			125	203
Region Syddanmark		32	67	84
Region Hovedstaden		245	332	324
Region Sjælland		116	143	214
Hele landet	0	392	667	873

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

Tilbagebetalingskonstruktionen har givet anledning til en vis budgetusikkerhed samt en opfattelse af urimelighed, idet det på tilbagebetalings-tidspunktet er kendt i hvilke regioner, der er kommuner, som har afholdt ekstraudgifter, og da disse er relativt skævt fordelt ift. regionerne.

Et muligt tiltag for at undgå bl.a. væsentlig geografiske omfordelinger, er at ændre tilbagebetalingskonstruktionen, så overskydende KMF-udgifter fremadrettet sker til kommunerne inden for den region, som merbetalingen vedrører. Inden for regionen fordeles beløbet efter kommunernes indbyggertal. Derved fastholdes det kommunale incitament i ordningen og ordningen svarer ikke til en 100 pct. refusion

Med ændringen vil eventuelle kommunale merudgifter i højere grad blive tilbageført til de kommuner, der har afholdt merudgifterne og merudgifter fra kommuner i en region kan ikke tilbageføres til en kommune i en anden region.

Ændringen vil gavne de kommuner, der er beliggende i regioner, hvor der er sket en merbetaling udover regionsloftet. Omvendt vil kommuner uden merbetaling ikke fremover kunne opnå en gevinst på bekostning af andre kommuner – alene hvis den eventuelle merbetaling sker inden for samme region.

Det bemærkes, at kommunerne alene kan opnå den relative gevinst, som er givet ved det samlede forudsatte KMF-niveau.

7. Øget behov for centrale data

Med evaluering af den kommunale medfinansiering konstateres det, at kommunerne generelt oplever alt for ringe mulighed for at gennemskue, hvad der betales for via KMF-afregningen, og der efterspørges langt større gennemsigtighed og enkeltheden i afregningen af den kommunale medfinansiering.

Et muligt tiltag for at imødekomme kommunernes behov er fx indførelsen af pre-definerede standardrapporter eller fakturaer i KØS. Med rapporterne kan kommunerne løbende danne sig et overblik over udvikling og afvigelser på forskellige niveauer, og i forhold til forskellige afgrænsninger.

Standardrapporterne skal kunne anvendes både i forhold til forudsat og faktisk niveau, samt med mulighed for at foretage lokale tilpasninger. Et hensyn med disse rapporter/fakturaer er dog alt andet lige at de ikke bliver et enkeltbilagskontrol fra kommunal side.

8. Implementering af ændringer

Lovgivning fremsættes i efteråret 2016.

Konsekvenserne af differentieret medfinansiering indgår i udligningen med en tidsmæssig forsinkelse. Udgiftsbehovet i udligning vil først afspejle differentieringen, når kommunernes udgifter til en differentieret medfinansiering indgår i opgørelse af kommunernes udgiftsbehov. Dette indebærer, at de byrdefordelmæssige konsekvenser i år 1 skal håndteres særskilt, så der opnås en tidsmæssig overensstemmelse mellem implementering af en differentieret model og udligningen.

Bilag

B.1. Regneeksempel vedr. udgifter og udgiftsbehov som følge af omlægning af KMF

En aldersdifferentiering i den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, KMF, hvor taksterne er højere for ældre og de mindste børn, vil for nogle kommuner betyde højere udgifter. Det drejer sig typisk om kommuner med forholdsvis mange ældre og kommuner, hvor de ældre har et relativt højt forbrug af sundhedsydelser i forhold til gennemsnittet for disse aldersgrupper. Andre kommuner vil få lavere udgifter. Det drejer sig typisk om kommuner med en lavere ældreandel end gennemsnittet.

Disse virkninger imødegås i et vist omfang igennem den kommunale udligning, fordi det aldersbetingede udgiftsbehov i udligningen tilpasses til den ændrede udgiftsbelastning fra de forskellige aldersgrupper. Udligningen opdateres årligt. Dermed opfanges også løbende udviklingen i de enkelte kommuners alderssammensætning.

Nedenfor er dette illustreret i et regneeksempel. Der er taget udgangspunkt i situationen i 2015.

Konkret er der set på de ti kommuner, hvor en aldersdifferentieret KMF beregnet på grundlag af data for 2015 ville have medført henholdsvis den største vækst i udgifterne og det største fald i udgifterne. I den første gruppe ville en aldersdifferentieret KMF beregnet for 2015 have medført en vækst i udgifterne på gennemsnitligt set ca. 329 kr. pr. indbygger. I den anden gruppe ville omlægningen medføre et fald i udgifterne på gennemsnitligt set ca. 186 kr. pr. indbygger.

Med henblik på at illustrere, hvordan udgifter og udgiftsbehov vil kunne udvikle sig over en periode, er der foretaget en standardberegning for perioden 2007-2015, hvor der ud fra den enkelte kommunes alderssammensætning for hvert år i perioden 2007-2015 er foretaget en beregning af betydningen af en aldersdifferentiering af KMF, hvis en sådan ændring havde været gennemført i denne periode. Beregningen er for hele perioden baseret på beregnede KMF-takster i 2015 niveau.

På samme måde er der foretaget en beregning af ændringen i det aldersbetingede udgiftsbehov i denne periode under antagelse af, at ændringen af KMF havde været gennemført i perioden, dvs. at beregningen for hele

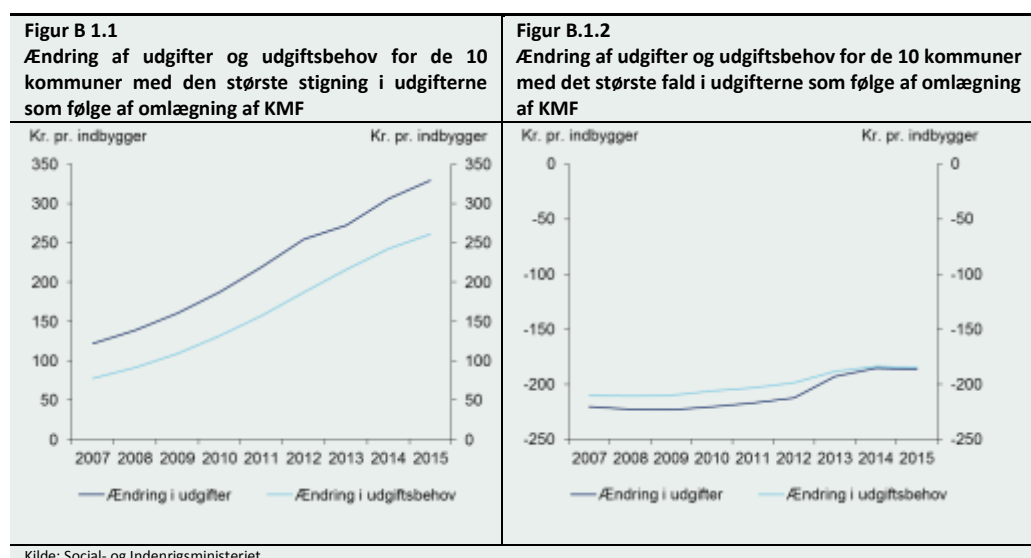
perioden er gennemført ud fra aldersbetingede enhedsbeløb i udligningen i 2015 niveau.

I figur B.1.1 er vist den beregnede udvikling for de ti kommuner, der ville have fået den største udgiftsvækst som følge af ændringen, hvis den havde været gennemført i 2015. Denne gruppe af kommuner består af en række udkantskommuner og nogle få hovedstadskommuner. Disse kommuner har en forholdsvis høj andel af ældre og også et forholdsvis højt forbrug af sundhedsydelser i forhold til gennemsnittet for disse aldersgrupper.

Som det fremgår af figuren, ville disse ti kommuner have haft en betydelig vækst i udgifterne i perioden 2007-2015, hvis omlægningen havde været gældende i hele perioden. Men som det også fremgår af figuren, ville disse kommuner tilsvarende have fået et højere aldersbetinget udgiftsbehov i perioden, og dette udgiftsbehov ville være vokset i takt med stigningen i udgifterne.

I figur B.1.2 er vist den tilsvarende figur for de ti kommuner, der ville have fået det største fald i udgifterne, hvis omlægningen havde været gennemført i 2015. Denne gruppe af kommuner består af nogle hovedstadskommuner og nogle jyske bykommuner, som alle er karakteriseret ved en forholdsvis lav andel af ældre.

Som det fremgår af figuren, kan der for denne gruppe af kommuner beregnes et lavere udgiftsniveau i hele perioden, og dette indebærer et tilsvarende lavere aldersbetinget udgiftsbehov.



Samlet set illustrerer dette regneeksempel, at det aldersbetingede udgiftsbehov i vidt omfang udvikler sig i takt med udviklingen i de ændrede udgifter, som følger af en model med aldersdifferentieret KMF.

B.2. ØA16

Opfølgning på forhandlingsresultat fra juli 2015:

”Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet

På baggrund af en evaluering af ordningen gennemført i foråret 2015 er regeringen, KL og Danske Regioner enige om, at en ændret medfinansiering skal fjerne mulige incitamentsvirkninger i regionerne, ligesom den kommunale efterreguleringsmekanisme justeres med fokus på større sammenhæng mellem afregning og eventuel tilbagebetaling. Der er samtidig enighed om, at der bør arbejdes med en yderligere kortlægning af fordele og ulemper ved mulige modeller for at differentiere medfinansieringen, så den målrettes de grupper af borgere, hvor kommunerne har størst mulighed for at påvirke indlæggelser. I den forbindelse vurderes mulighederne for øget gennemsigtighed i afregningen mellem de enkelte regioner og kommuner. ”

Aftale om regionernes økonomi for 2016:

”Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet

På baggrund af en evaluering af ordningen gennemført i foråret 2015 er regeringen og Danske Regioner enige om, at en ændret medfinansiering skal fjerne mulige incitamentsvirkninger i regionerne, der kan påvirke den marginale aktivitet, og samtidig håndtere de byrdefordelmæssige konsekvenser. Der er endvidere enighed om, at der bør arbejdes med en yderligere kortlægning af fordele og ulemper ved mulige modeller for at differentiere medfinansieringen målrettet afgrænsede grupper af borgere. ”

B.3. De byrdemæssige konsekvenser for kommunerne

I tabel B.3.1 ses de byrdefordelmæssige konsekvenser af forslaget om en differentieret KMF fordelt ift. gennemslag i udligning og kommunale merudgifter vedr. ændret KMF, og samlede ændring (top-ti kommunerne fremgår også i tabel 3.17) for 2015.

	Ændring i tilskud og udligning		Kommunal merudgift (-) vedr. ændret KMF		Samlet ændring af en differentieret KMF	
	Mio. kr. (+gevinst)	Pct. af beskætningsniveau (-gevinst)	Mio. kr. (+gevinst)	Pct. af beskætningsniveau (-gevinst)	Mio. kr. (+gevinst)	Pct. af beskætningsniveau (-gevinst)
REGION HØVEDSTADEN						
København	-122,1	0,11	113,7	-0,10	-8,4	0,01
Frederiksberg	-1,1	0,00	-12,3	0,05	-13,4	0,06
Ballerup	6,8	-0,07	-8,7	0,09	-1,9	0,02
Brøndby	3,1	-0,05	-2,3	0,04	0,7	-0,01
Dragør	3,0	-0,09	-5,5	0,16	-2,5	0,07
Gentofte	6,2	-0,02	-17,2	0,07	-11,0	0,04
Gladsaxe	1,7	-0,01	-5,1	0,04	-3,4	0,02
Glostrup	3,8	-0,04	-3,8	0,09	-2,0	0,04
Herlev	1,9	-0,04	-1,7	0,03	0,2	0,00
Albertslund	0,3	-0,01	1,3	-0,03	1,7	-0,04
Hvidovre	1,9	-0,02	-0,5	0,00	1,4	-0,01
Høje-Taastrup	0,3	0,00	1,4	-0,02	1,7	-0,02
Lyngby-Taarbæk	7,2	-0,05	-13,6	0,09	-6,4	0,04
Rødovre	3,7	-0,05	-5,5	0,08	-1,9	0,03
Ishøj	-1,0	0,03	2,5	-0,07	1,5	-0,04
Tårnby	2,6	-0,03	-8,4	0,10	-5,8	0,07
Vallensbæk	0,7	-0,02	-1,1	0,03	-0,3	0,01
Furesø	6,0	-0,06	-7,7	0,08	-1,7	0,02
Allerød	2,6	-0,04	-1,6	0,03	0,9	-0,01
Fredensborg	4,8	-0,05	-3,5	0,04	1,3	-0,01
Helsingør	10,5	-0,08	-8,5	0,07	2,0	-0,02
Hillerød	2,6	-0,02	1,2	-0,01	3,8	-0,04
Hørsholm	8,0	-0,10	-9,7	0,12	-1,7	0,02
Rudersdal	11,5	-0,06	-18,8	0,10	-7,3	0,04
Egedal	0,8	-0,01	0,5	-0,01	1,3	-0,01
Frederikssund	6,6	-0,08	-4,3	0,05	2,3	-0,03
Halsnæs	6,1	-0,11	-5,1	0,09	1,0	-0,02
Gribskov	8,9	-0,10	-7,1	0,08	1,8	-0,02
Bornholm	12,2	-0,19	-10,5	0,17	1,6	-0,03
REGION SJÆLLAND						
Gribe	4,0	-0,04	-6,3	0,06	-2,3	0,02
Køge	3,8	-0,04	-2,6	0,02	1,2	-0,01
Roskilde	5,3	-0,03	-10,6	0,06	-5,3	0,03
Solrød	0,9	-0,02	-1,2	0,03	-0,3	0,01
Odsherred	10,7	-0,18	-11,3	0,19	-0,5	0,01
Holbæk	4,6	-0,04	-6,8	0,06	-2,2	0,02
Faxe	3,5	-0,06	-3,2	0,06	0,2	0,00
Kalundborg	7,7	-0,09	-5,9	0,07	1,8	-0,02
Ringsted	0,0	0,00	0,1	0,00	0,2	0,00
Slagelse	8,1	-0,06	-10,7	0,08	-2,6	0,02
Stevns	4,1	-0,10	-5,0	0,13	-0,9	0,02
Sorø	2,5	-0,05	-2,7	0,05	-0,2	0,00
Lejre	2,8	-0,05	-3,7	0,07	-0,9	0,02
Lolland	13,9	-0,21	-13,3	0,20	0,6	-0,01
Næstved	6,5	-0,05	-8,6	0,06	-2,1	0,02
Guldborgsund	15,1	-0,16	-13,1	0,14	2,0	-0,02
Vordingborg	10,8	-0,15	-10,5	0,14	0,2	0,00
REGION SYDDANMARK						
Middelfart	5,1	-0,08	-3,7	0,06	1,4	-0,02
Assens	6,1	-0,09	-7,1	0,11	-1,0	0,02
Faaborg-Midtfyn	10,1	-0,12	-9,3	0,11	0,8	-0,01
Kerteminde	4,6	-0,12	-5,6	0,14	-1,0	0,03
Nyborg	5,9	-0,11	-5,5	0,11	0,3	-0,01
Odense	-1,8	0,01	-2,4	0,01	-4,2	0,01
Svendborg	8,6	-0,09	-7,2	0,08	1,4	-0,02
Nordfyns	3,5	-0,07	-3,8	0,08	-0,3	0,01
Langeland	5,9	-0,29	-6,3	0,31	-0,4	0,02
Ærø	3,4	-0,35	-2,6	0,27	0,8	-0,08
Haderslev	6,8	-0,08	-5,6	0,06	1,2	-0,01
Billund	2,5	-0,05	-0,7	0,02	1,7	-0,04
Sønderborg	14,7	-0,12	-11,7	0,09	3,0	-0,02
Tønder	7,1	-0,12	-4,1	0,07	3,0	-0,05
Esbjerg	5,7	-0,03	-1,0	0,01	4,7	-0,02
Fana	0,9	-0,12	-1,9	0,27	-1,0	0,14
Varde	6,1	-0,07	-3,9	0,04	2,2	-0,03
Vejen	4,2	-0,06	-1,6	0,02	2,5	-0,04
Aabenraa	8,0	-0,09	-6,0	0,06	1,9	-0,02
Fredericia	4,1	-0,05	-3,6	0,04	0,5	-0,01
Kolding	2,4	-0,02	-4,8	0,03	-2,4	0,01
Vejle	4,7	-0,02	-2,4	0,01	2,3	-0,01
REGION MIDTJYLLAND						
Horsens	0,8	-0,01	4,6	-0,03	5,4	-0,04
Herning	3,2	-0,02	-1,6	0,01	1,6	-0,01
Holstebro	4,1	-0,04	-4,8	0,05	-0,7	0,01
Lemvig	4,1	-0,11	-4,7	0,13	-0,6	0,02
Struer	3,9	-0,11	-2,6	0,07	1,2	-0,03
Syddjurs	7,3	-0,10	-5,7	0,08	1,6	-0,02
Norddjurs	6,5	-0,11	-4,8	0,08	1,7	-0,03
Favrskov	1,1	-0,01	1,3	-0,02	2,5	-0,03
Odder	2,2	-0,05	-1,4	0,03	0,8	-0,02
Randers	6,6	-0,04	1,5	-0,01	8,1	-0,05
Silkeborg	3,3	-0,02	-4,0	0,03	-0,6	0,00
Samsø	1,8	-0,28	-1,5	0,25	0,2	-0,04
Skanderborg	0,5	0,00	3,4	-0,03	3,9	-0,04
Aarhus	-16,2	0,03	18,2	-0,03	2,0	0,00
Ikast-Brande	2,3	-0,04	-1,8	0,03	0,5	-0,01
Ringkøbing-Skjern	7,2	-0,07	-6,7	0,07	0,5	-0,01
Hedensted	2,9	-0,04	-2,6	0,03	0,2	0,00
Skive	6,7	-0,09	-5,2	0,07	1,5	-0,02
Viborg	5,0	-0,03	-3,5	0,02	1,5	-0,01
REGION NORDJYLLAND						
Morsø	4,7	-0,15	-3,5	0,11	1,2	-0,04
Thisted	6,3	-0,09	-4,4	0,06	1,9	-0,03
Brønderslev	4,9	-0,09	-3,4	0,06	1,5	-0,03
Frederikshavn	13,0	-0,13	-11,5	0,11	1,4	-0,01
Vesthimmerlands	5,7	-0,10	-5,4	0,10	0,4	-0,01
Læsø	1,0	-0,32	-1,0	0,29	0,1	-0,02
Rebild	1,5	-0,03	-2,4	0,05	-0,9	0,02
Mariagerford	4,4	-0,07	-4,3	0,06	0,1	0,00
Jammerbugt	5,8	-0,09	-5,1	0,08	0,7	-0,01
Aalborg	0,6	0,00	-1,9	0,01	-1,3	0,00
Hjørring	9,4	-0,09	-7,5	0,07	1,9	-0,02

I tabel B.3.2. ses de byrdefordelmæssige konsekvenser af både forslaget om en differentieret KMF og ændret beregningsmetode fordelt ift. gennemslag i udligning og kommunale merudgifter vedr. ændret KMF, og samlede ændring for 2015. (Bemærk: det samlede KMF-niveau er mindre i B.3.2 sammenlignet med B.3.1, pga. den ændret beregningsmetode.)

	Ændring i tilskud og udligning		Kommunal merudgift (-) vedr. ændret KMF		Samlet ændring af de to forslag	
	Mio. kr. (=gevinst)	Pct. af beskatningsniveau (=gevinst)	Mio. kr. (=gevinst)	Pct. af beskatningsniveau (=gevinst)	Mio. kr. (=gevinst)	Pct. af beskatningsniveau (=gevinst)
REGION Hovedstaden						
København	-150,5	0,14	145,3	-0,13	-5,2	0,00
Frederiksberg	-5,8	0,02	-6,1	0,03	-12,0	0,05
Ballerup	4,2	-0,04	-5,8	0,06	-1,6	0,02
Brøndby	1,2	-0,02	0,4	-0,01	1,6	-0,03
Dragør	2,5	-0,07	-4,0	0,11	-1,5	0,04
Gentofte	2,8	-0,01	-13,7	0,05	-11,0	0,04
Gladsaxe	-1,6	0,01	-1,2	0,01	-2,8	0,02
Glostrup	0,7	-0,02	-2,3	0,05	-1,5	0,03
Herlev	0,5	-0,01	0,1	0,00	0,5	-0,01
Albertslund	-1,3	0,03	3,4	-0,07	2,1	-0,04
Hvidovre	-0,9	0,01	3,6	-0,04	2,6	-0,03
Høje-Taastrup	-2,2	0,03	4,4	-0,05	2,2	-0,02
Lyngby-Taarbæk	4,6	-0,03	-11,0	0,07	-6,4	0,04
Rødovre	1,6	-0,02	-2,9	0,04	-1,3	0,02
Isbjerg	-2,4	0,07	4,3	-0,12	1,9	-0,05
Tårnby	0,6	-0,01	-4,7	0,06	-4,1	0,05
Vallensbæk	0,1	0,00	-0,2	0,01	-0,1	0,00
Furesø	4,3	-0,04	-5,8	0,06	-1,5	0,02
Allerød	1,5	-0,02	0,4	-0,01	1,9	-0,03
Fredensborg	3,0	-0,03	-0,2	0,00	2,8	-0,03
Helsingør	7,4	-0,06	-2,6	0,02	4,8	-0,04
Hillered	0,3	0,00	4,9	-0,05	5,2	-0,05
Hørsholm	6,9	-0,09	-7,8	0,10	-0,9	0,01
Rudersdal	8,9	-0,05	-15,7	0,09	-6,8	0,04
Egedal	-0,9	0,01	2,6	-0,03	1,7	-0,02
Frederikssund	4,5	-0,05	-0,3	0,00	4,2	-0,05
Halsnæs	4,5	-0,08	-1,5	0,03	3,0	-0,06
Gribskov	7,0	-0,08	-2,6	0,03	4,4	-0,05
Bornholm	10,1	-0,16	-4,4	0,07	5,7	-0,09
REGION Sjælland						
Greve	1,8	-0,02	-6,0	0,06	-4,2	0,04
Køge	0,8	-0,01	-2,4	0,02	-1,6	0,01
Roskilde	1,5	-0,01	-10,3	0,06	-8,8	0,05
Solrød	0,0	0,00	-1,2	0,02	-1,2	0,02
Odsherred	9,0	-0,15	-11,2	0,19	-2,1	0,04
Holbæk	1,2	-0,01	-6,5	0,05	-5,3	0,04
Faxe	1,8	-0,03	-3,1	0,05	-1,4	0,02
Kalundborg	5,1	-0,06	-5,6	0,07	-0,5	0,01
Ringsted	-1,7	0,03	0,2	0,00	-1,4	0,02
Slagelse	4,1	-0,03	-10,3	0,08	-6,2	0,05
Stevns	3,0	-0,08	-4,9	0,12	-1,9	0,05
Sorø	1,0	-0,02	-2,6	0,05	-1,5	0,03
Lejre	1,6	-0,03	-3,6	0,07	-2,0	0,04
Lolland	11,4	-0,17	-13,0	0,19	-1,6	0,02
Næstved	2,5	-0,02	-8,3	0,06	-5,8	0,04
Guldborgsund	12,0	-0,12	-12,8	0,13	-0,8	0,01
Vordingborg	8,4	-0,11	-10,1	0,14	-1,7	0,02
REGION Syddanmark						
Middelfart	3,3	-0,05	-1,8	0,03	1,6	-0,02
Assens	4,1	-0,06	-6,9	0,10	-2,8	0,04
Faaborg-Midtfyn	7,6	-0,09	-9,1	0,11	-1,5	0,02
Kerteminde	3,4	-0,09	-5,5	0,14	-2,1	0,05
Nyborg	4,2	-0,08	-5,5	0,11	-1,2	0,02
Odense	-11,6	0,04	-1,7	0,01	-13,3	0,04
Svendborg	5,8	-0,06	-7,0	0,07	-1,2	0,01
Nordfyns	2,0	-0,04	-3,6	0,08	-1,6	0,03
Langeland	5,2	-0,25	-6,2	0,31	-1,0	0,05
Ærø	3,1	-0,32	-2,6	0,26	0,5	-0,05
Haderslev	4,0	-0,04	-2,4	0,03	1,6	-0,02
Billund	1,1	-0,03	0,8	-0,02	1,9	-0,04
Sønderborg	10,8	-0,09	-7,0	0,06	3,8	-0,03
Tønder	5,1	-0,09	-1,4	0,02	3,7	-0,06
Esbjerg	-0,1	0,00	5,2	-0,03	5,1	-0,03
Fanø	0,7	-0,10	-1,8	0,24	-1,0	0,14
Varede	3,6	-0,04	-1,2	0,01	2,4	-0,01
Vejen	2,0	-0,03	1,1	-0,02	3,1	-0,05
Aabenraa	5,0	-0,05	-2,4	0,03	2,6	-0,03
Fredericia	1,5	-0,02	0,2	0,00	1,7	-0,02
Kolding	-2,0	0,01	2,2	-0,01	0,2	0,00
Vejle	-0,7	0,00	4,1	-0,02	3,4	-0,02
REGION Midtjylland						
Horsens	-3,5	0,02	12,0	-0,09	8,5	-0,06
Herning	-1,0	0,01	3,5	-0,02	2,5	-0,02
Holstebro	1,2	-0,01	-0,6	0,01	0,7	-0,01
Lemvig	3,1	-0,09	-2,9	0,08	0,1	0,00
Struer	2,8	-0,08	-1,0	0,03	1,8	-0,05
Syddjurs	5,3	-0,07	-2,5	0,03	2,8	-0,04
Norddjurs	4,6	-0,08	-1,5	0,03	3,1	-0,05
Favrskov	-1,1	0,01	4,3	-0,05	3,3	-0,04
Odder	1,1	-0,03	0,3	-0,01	1,5	-0,04
Randers	1,9	-0,01	9,9	-0,06	11,7	-0,08
Silkeborg	-0,9	0,01	2,4	-0,01	1,4	-0,01
Samsø	1,6	-0,25	-1,5	0,23	0,1	-0,02
Skanderborg	-2,2	0,02	7,0	-0,06	4,8	-0,04
Aarhus	-31,9	0,05	21,9	-0,04	-10,0	0,02
Ikast-Brande	0,3	-0,01	0,7	-0,01	1,1	-0,02
Ringkøbing-Skjern	4,4	-0,05	-3,0	0,03	1,4	-0,01
Hedensted	0,7	-0,01	0,9	-0,01	1,5	-0,02
Skive	4,4	-0,06	-1,4	0,02	3,0	-0,04
Viborg	0,4	0,00	4,8	-0,03	5,3	-0,03
REGION Nordjylland						
Morsø	3,6	-0,11	0,0	0,00	3,6	-0,11
Thisted	4,0	-0,06	3,0	-0,04	7,0	-0,10
Brønderslev	3,1	-0,06	-1,2	0,02	1,9	-0,03
Frederikshavn	9,9	-0,10	-6,0	0,06	3,9	-0,04
Vesthimmerlands	3,8	-0,07	-4,8	0,09	-1,0	0,02
Læsø	0,9	-0,28	-0,8	0,26	0,1	-0,02
Rebild	0,2	0,00	-2,0	0,04	-1,9	0,04
Mariagerfjord	2,3	-0,03	-3,7	0,06	-1,4	0,02
Jammerbugt	3,9	-0,06	-2,6	0,04	1,3	-0,02
Aalborg	-9,3	0,03	1,1	0,00	-8,2	0,02
Hjørring	6,2	-0,06	-1,9	0,02	4,3	-0,04