



Konsekvenser af ny medfinansieringsmodel for kommunerne

Disposition.

- 1) Den nye medfinansieringsmodel
- 2) Byrdefordelingsmæssige konsekvenser
- 3) Styringsmæssige udfordringer
- belyst ved analyse fra Aarhus Kommune
vedr. forebyggelige indlæggelser
- 4) Samlet vurdering af den nye model

Den nye model



Formål og baggrund:

• "en tilskyndelse til effektiv plejeindsats – ikke mindst i forhold til ældre medicinske patienter" (fra bemærkninger til lovforslaget)

"at reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser via en effektiv forebyggelse og plejeindsats (fra udvalgsarbejdets rapport om kommunal medfinansiering på sundhedsområdet).

Omlægning af grundbidraget til aktivitetsafhængigt bidrag (fra regeringsgrundlaget – sundhedspakken fra 2009)

En generel ændring (ingen differentiering – bange for kasse-tænkning).

Fokus på det somatiske område (psykiatri – ingen positive effekter af en øget kommunale medfinansiering).

Ny medfinansieringsmodel



Nuværende model			Lovforslaget		
	Område	Takst	Aarhus kom. udgifter (2010-niveau) mio. kr.	Takst	Aarhus Kom. .niv – anslået *
Aarhus Kommune	Somatik -Stationær -Ambulant	30 % af DRG – med loft på henholdsvis 4.804 kr. og 320 kr.	233 196	34 % af DRG – med loft på henholdsvis 13.750 kr. og 1.357 kr.	477 348
	-Genoptræ. under indlæg.	70 % af taksten	18	Uændret	18
Sundhed og Omsorg	Psykiatri -Stationær	60 % af sengedagstakst max på 7.684 kr. 30 % af besøgstakst	17	Uændret	17
	-Ambulant		23	Uændret	23
Mål- og økonomistyring	Praksisområdet -Spec. læger	30 % af honorar, max 320 kr.	46	34 % af honorar, max 1.357 kr.	56
	-Almen læge, fysioterapi, kiroprak. mv.	10 % af grundhonorar	33	Uændret	33
	I alt		566		972

Sundhedsstyregruppen den 8. september 2011

*: Fremskrevet via tallene taget fra Finansministeriets rapport, scenarie 2



Andre elementer i forslaget

- Loft over regionernes indtægter. Dvs. hvis aktiviteten er over aftalte niveau i en enkelt region, betaler regionens kommuner til staten.
- En evt. merbetaling fordeles mellem alle kommuner efter bloktilskudsnøglen.
- Der sker stadig midtvejsregulering – kan betyde, at en evt. besparelse ved en forebyggelig indsats bliver fjernet
- Dvs. øget budgetsikkerhed – men dog meget større tal – hvad der øger budgetusikkerheden.
- Omfordeling mellem regionerne i forhold til om-lægning af grundbidraget.

Ny medfinansieringsmodel

Byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommunerne



- Udligningsmæssige konsekvenser 2012 – udgifter indregnes i balancen og fordeles efter befolkningsandel ---> tab for kommuner med relativ høj medfinansieringsandel i forhold til landsgennemsnittet
- Udligningsmæssige konsekvenser 2013 – indgår i Finansieringsudvalgets arbejde

Aarhus Kommune

Sundhed og Omsorg

Mål- og økonomistyring

Sundhedsstyregruppen den 8.
september 2011

Ny medfinansieringsmodel



FORELØBIG: Samlet virkning af forhøjet aktivitetsbestemt kom. medfinansiering, 2011-niveau ud fra 2009 aktiviteten.	
Beløb i 1.000 kr. + = Gevinst (for kommunerne)	
Region Hovedstaden	-44.242
Region Sjælland	241
Region Syddanmark	-25.313
Region Nordjylland	38.485
Region Midtjylland	30.829
Favrskov	2.773
Hedensted	-2.807
Horsens	-2.967
Norddjurs	-111
Odder	2.289
Randers	7.170
Samsø	-246
Silkeborg	236
Skanderborg	1.518
Syddjurs	-82
Aarhus	19.550
Herning	6.257
Holstebro	-1.309
Ikast-Brande	3.898
Lemvig	231
Ringkøbing-Skjern	3.343
Skive	-3.810
Struer	740
Viborg	-5.844
Hele landet	0
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet	

Sundhedsstyregruppen den 8.
september 2011

Aarhus Kommune

Sundhed og Omsorg

Mål- og økonomistyring



Konsekvenser for kommunerne - 1

Styringsmuligheder - generelt

- Ingen ændringer i de grundlæggende principper ("bare" en forøgelse af medfinansieringen)
- Kommunerne medfinansierer – men det er stadig regionen der fastlægger omfanget (tomme senges lov er stadig gældende) -> intet økonomisk incitament til at forhindre sygehusbehandling
- Ingen differentiering – kommunerne betaler også for det, der ikke kan påvirkes

Konsekvenser for kommunerne - 2



Analyse fra Aarhus Kommune

Fokus på om kommunerne får "øget incitament til en effektiv plejedrift "(forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser) ?

Metode (analyse via KØS – KommunalØkonomiske Sundhedsinformationsgrundlag):

- a) Forebyggelige diagnoser i forhold til de borgere kommunen har kontakt med
- b) Kendte borgere på lokalcentrene (i plejebolig og i frit valg) – konkrete cpr. nr. – godt 5.000 cpr. nr. for første ½ år 2010 – analyse af hvad deres medfinansieringsudgifter er.

Sundhedsstyregruppen den 8. september 2011
*: Forebyggelige diagnoser, Sundhedsstyrelsens afgrænsning, bl.a. knoglebrud, luftvejssygdomme, forstoppelse, sukkersyge, væskemangel, tryksår mv.



Resultat af analysen - 1

Oversigt over Aarhus Kommunes udgifter til medfinansiering i 2010

Borger-gruppe	Antal borgere	Alle diagnoser alt/år	Kr. i Forebyggelige diagnoser Kr. i alt/år	Alle diagnoser kr/borger/år
Alle	303.107	432.000.000	44.000.000	1.425
" +65 årige"	38.203	140.000.000 (1)	19.000.000	3.665
Lokalcenterborger				
Fritvalg	4.096	32.135.998	6.359.998	7.846
Lokalcenterborgere VIP	1.756	6.175.948	1.502.920	3.517
Lokalcenterborger i alt	5.852	38.311.946 (2)	7.862.918 (3)	6.547

- De ældre udgør knap 1/3 af alle samtlige udgifter (1)
- De "kendte" ældre udgør under 10 % af samtlige udgifter (2)
- De "kendte" ældre, hvor vi måske kan gøre en forskel (forebyggelige diagnoser) , udgør ca. 2 % af udgifterne (3)

Sundhedsstyregruppen den 8.
september 2011



Resultat af analyser - 2

Hvad gør kommunen i dag på området ?

Det er undersøgt, hvad de borgere som kommunen har kontakt med udløser af medfinansiering.

Kommunal medfinansiering pr. borger vedr. forebyggelige diagnoser for forskellige plejekategorier, 1. halvår 2010 (gennemsnit af 5 plejecentre)

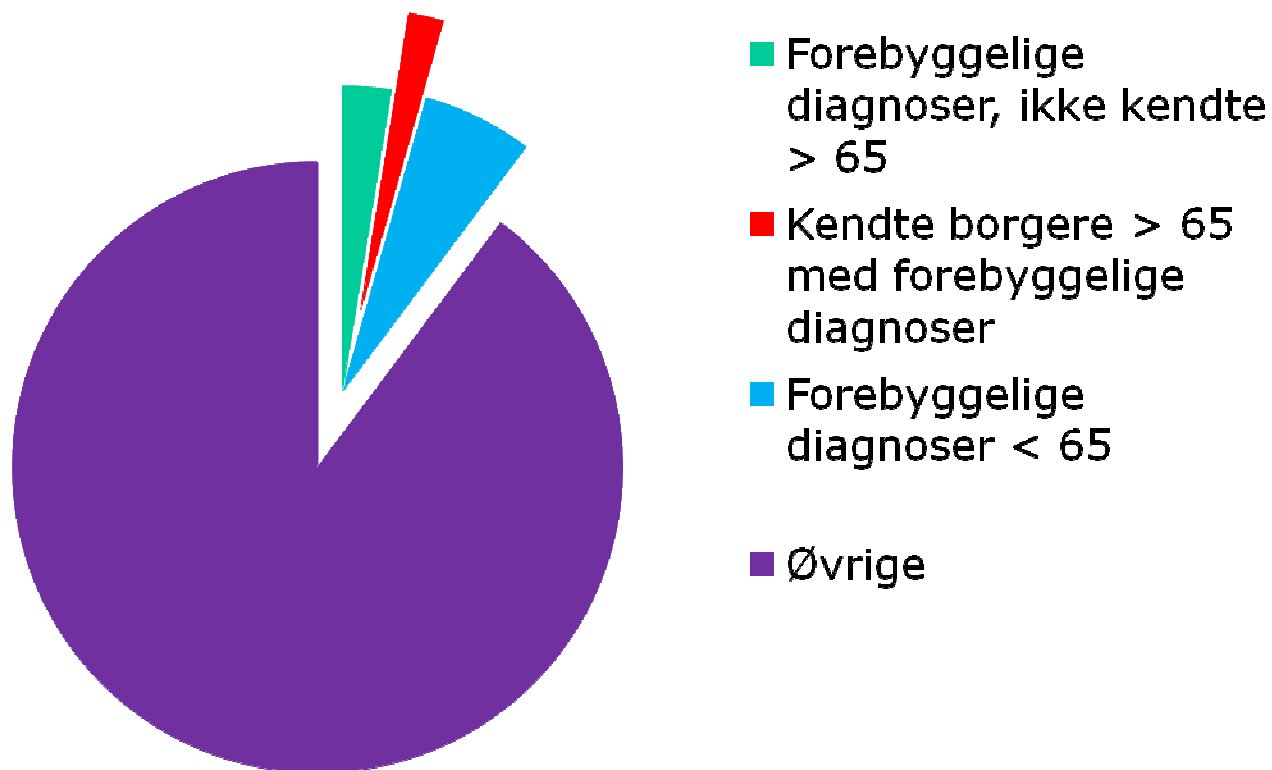
	Fritvalg < 10 timer	Fritvalg > 10 timer	Plejebolig – A,B,C	Plejebolig – D,E
Komm. medfina.	745	1.175	356	348

De borgere der er tættest kontakt med, udløser de laveste udgifter.



Illustration af omfanget af forebyggelige diagnoser

Kommunal medfinansiering fordelt på forebyggelige diagnoser og andre diagnoser



Den nye model øger medfinansiering, men andelen ændre sig ikke

Sundhedsstyregruppen den 8.
september 2011



Samlet vurdering

- Ingen væsentlige ændring i principperne i modellen og i kommunernes styringsmuligheder
- Større medfinansiering giver større budgetusikkerhed, men loft over regionernes indtægter giver budgetsikkerhed
- De såkaldte forebyggelige diagnoser overvurderes, mangler differentiering
- Byrdefordelingsmæssige konsekvenser ukendte efter 2012
- Større medfinansiering – større kommunal indflydelse bør følge med – hvordan ?