



NOTAT

Aftale om decentral økonomi for overenskomsten mellem RLTN og PLO version 2.0

Den 29. maj 2015

Sags ID: 2038479

Dok.ID: 2038479

Side 1/6

Overenskomsten indgået mellem PLO og RLTN giver mulighed for decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi svarende til, at der årligt overføres ca. 210 mio. kr. årligt fra den centrale overenskomst til det lokale niveau, samt at hhv. kommuner og regioner i overenskomstperioden i forlængelse af decentraliseringen samlet bidrager med minimum 200 mio. kr. (2x100 mio. kr.) til aftalt opgaveudvikling for at understøtte praksisplanlægningen.

Decentral udmøntning af de ca. 210 mio. kr. forudsætter, at der i de fem Praksisplanudvalg (PPU) opnås enighed om praksisplaner og underliggende aftaler om udmøntning af sygebesøg og samtaleterapi. De 200 mio. kr. udmøntes alene, hvis der opnås enighed om decentralisering.

De ca. 210 mio. kr. udgør det samlede årlige udgiftsniveau til sygebesøg og samtaleterapi i 2013. Udgifterne til sygebesøg udgjorde ca. 110 mio. kr., mens udgifterne til samtaleterapi udgjorde ca. 100 mio. kr. For sygebesøg gælder det, at regionerne finansierer 90 pct. af udgifterne, mens kommunerne finansierer 10 pct. af udgifterne. For samtaleterapi gælder det, at regionerne finansierer 100 pct. af udgifterne.

I forlængelse af decentraliseringen bidrager kommunerne og regionerne med hver minimum 100 mio. kr. ved fuld indfasning. De 2x100 mio. kr. finansieres af det generelle bloktilskud til hhv. kommuner og regioner.

Samlet giver overenskomsten mulighed for, at der decentralt kan ske prioriteringer for mindst ca. 410 mio. kr. årligt ved fuld indfasning. Prioriteringen sker i de fem Praksisplanudvalg (PPU).

Nærværende aftale mellem KL og Danske Regioner fastlægger principperne for udmøntningen af den decentrale økonomi.

KL og Danske Regioner er enige om følgende elementer i finansieringsmodellen:

Fordeling af de ca. 210 mio. kr.

Det er i overenskomstaftalen fastlagt, at fordelingen mellem de fem PPU'er af de ca. 210 mio. kr., som svarer til forbruget i 2013, sker iht. seneste opgjorte forbrug af samtaleterapi og hjemmebesøg, der decentraliseres.

Fordelingsnøgle for udmøntning af 2x100 mio. kr.

I det omfang der opnås enighed om sygebesøg og samtaleterapi i praksisplaner og underliggende aftaler, er det i overenskomsten aftalt, at kommuner og regioner i perioden hver minimum tilfører yderligere 100 mio. kr. til decentral prioritering. Fordelingsnøglen for de 200 mio. kr. mellem de fem PPU er ikke fastlagt i overenskomsten.

KL og Danske Regioner er enige om at anvende bloktilskudsnøglen til fordeling af de 200 mio. kr. til prioritering i de fem PPU'er. Kommunerne anvender den kommunale bloktilskudsnøgle. Regionerne anvender den regionale bloktilskudsnøgle.

Fordelingen mellem de fem PPU'er fremgår af nedenstående tabeller.

For kommunerne:		
Kommunerne i Region	Nøgle	Beløb (mio. kr.)
Hovedstaden	0,3111	31
Sjælland	0,1469	15
Syddanmark	0,2168	22
Midtjylland	0,2232	22
Nordjylland	0,1021	10

For regionerne:		
Region	Nøgle	Beløb (mio. kr.)
Hovedstaden	0,315339	32
Sjælland	0,152292	15
Syddanmark	0,215197	22
Midtjylland	0,213350	21
Nordjylland	0,103822	10

KL udarbejder tabeller for de enkelte kommuneres bidrag.

Afregning af aktivitet

De praktiserende læger bliver afregnet på baggrund af deres registrerede aktivitet. Kommunerne afregner til regionerne iht. den afholdte aktivitet.

Afregningen med de praktiserende læger vil ikke adskille sig fra den afregning, der i dag sker. Regionerne afregner de praktiserende læger på baggrund af aktivitet. Afregning mellem region og kommune vil tilsvarende følge det flow, der kendes fra den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet.

Afregningen med kommunerne vil imidlertid afhænge af, hvilke ydelser der afregnes for. A) For de to ydelsesgrupper, der bliver decentraliseret (sygebesøg og samtaleterapi), bliver den enkelte kommune fortsat afregnet på baggrund af aktiviteten i pågældende kommune. B) For de nye ydelser og aktiviteter, der aftales decentralt, afregner kommunerne kollektivt med en fordeling på baggrund af den kommunale bloktilskudsnøgle.

KL og Danske Regioner er enige om, at sygebesøg fortsat bliver afregnet efter den eksisterende model, hvor den enkelte kommune på baggrund af aktivitet medfinansierer 10 pct. af det nuværende udgiftsniveau.

For begge ydelser gælder det imidlertid, at i det omfang parterne i PPU aftaler et øget udgiftsniveau til sygebesøg og samtaleterapi, så finansieres dette af de nye midler, der tilføres området (andel af de 2 x minimum 100 mio. kr.). Det bevirker, at kommunernes andel af den samlede finansiering af sygebesøg bliver højere end den kommunale medfinansiering på 10 pct., idet kommunerne finansierer 50 pct. af den aftalte merudgift.

Tilsvarende vil der skulle beregnes en finansieringsnøgle for samtaleterapi fra de nuværende 0 pct. til et nyt niveau, der afspejler, at kommunerne ligeledes finansierer 50 pct. af den aftalte merudgift for denne ydelse.

På baggrund af fordelingen af udgifter mellem kommuner og regioner beregnes derfor potentielt to nye medfinansieringsnøgler (en for hver ydelse) såfremt der i PPU aftales at prioritere flere midler til begge de to decentraliserede ydelser.

De nye medfinansieringsnøgler beregnes for at undgå, at samtaleterapi og sygebesøg afregnes med forskellige takster over året. Som udgangspunkt vil regionerne og kommunerne have en finansieringsandel for sygebesøg på hhv. 90 og 10 procent og for samtaleterapi på hhv. 100 og 0 procent op til det niveau, der svarer til de 210 mio. kr. Herefter vil finansieringsandelen være 50/50. Dette kan give styringsmæssige udfordringer i både regioner og kommuner. For at gøre det administrativt lettest, vil KL og Danske

Regioner søge statens tilslutning til, at sygebesøg for kommunernes vedkommende afregnes som en udgift indenfor udgiftsloftet, og pengene vil gå ind på ind som en regional indtægt på en udgiftskonto. Mens kommunal medfinansiering i dag er udenfor det kommunale udgiftsloft, vil den nye model betyde, at de 11 mio. kr., som kommunerne medfinansierer til sygebesøg kommer ind under det kommunale udgiftsloft fremadrettet. Derfor hæves det kommunale udgiftsloft med 11 mio. kr. og det regionale sænkes tilsvarende. Dermed vil kommunerne have plads til at afholde udgiften indenfor udgiftsloftet, samtidig med at de 11 mio. kr. ikke længere vil påvirke regionernes nettodriftsudgifter, da indtægten flyttes fra KMF-kontoen til at være en indtægt på en udgiftskonto. Omfordelingen af udgiftsniveau vil kunne ske teknisk i forbindelse med Økonomiaftalen for 2016 og forudsætter som anført statens tilslutning.

Denne model med disse to nye finansieringsnøgler såfremt PPU prioriterer yderligere midler til én eller begge de decentrale ydelser løser den potentielle problematik om, at udmøntningen af midler i de fem PPU'er ikke nødvendigvis vil være helt ensartede, dels hvad angår den konkrete anvendelse og dels hvad angår tidspunktet for anvendelse af midlerne. Det vil således være muligt - indenfor det enkelte PPU - at fastsætte de eksakte finansieringsnøgler til afregning af sygebesøg og samtaleterapi, så de passer til de lokale forhold og aftaler.

Samtidig sikrer modellen, at udgiftsniveauerne kun skal justeres én gang. En anden model hvor de 100 mio. kr. fra kommunerne indarbejdes i den kommunale medfinansiering vil kræve, at der sker en tilpasning af udgiftsloftet mellem regioner og kommuner ad flere omgange, svarende til det forventede afløb af midlerne. I praksis i både ØA16 og ØA17. Der vil stadig være behov for en baseline beregning for de 210 mio. kr. Dette beskrives nedenfor.

KL og Danske Regioner er enige om, at nye ydelser og aktiviteter, der ligger udover sygebesøg og samtaleterapi, og som finansieres af løftet (2 x minimum 100 mio. kr.), alle bliver afregnet kollektivt. Den del af løftet, der ikke prioriteres til sygebesøg og samtaleterapi indgår i en pulje, der prioriteres af PPU. De enkelte kommuner bliver for hver deres andel afregnet efter DUT-nøglen. Afregningen sker i takt med, at lægerne afholder aktiviteten.

Aktivitetsopfølgning

KL og Danske Regioner er enige om, at det skal være muligt at følge udviklingen i udgifter og aktiviteter aftalt i de enkelte PPU'er. Dette med henblik på, at PPU'erne kan følge med i, om de leverede ydelser og aktiviteter er overensstemmende med det forudsatte niveau i aftalerne. Endvidere er der behov for at følge udviklingen på landsplan med henblik

på at sikre aftaleoverholdelse og evt. om der kan være behov for centrale tiltag. Opfølgningen sker kvartalsvis.

KL og Danske Regioner er enige om, at regionerne, på baggrund af de afregnede aktiviteter, systematisk udarbejder ledelsesinformation over aktiviteter og udgifter. Afrapportering sker efter en fælles standard/skabelon for de fem PPU'er. Der udarbejdes en skabelon for de ydelser, der ikke indgår som en del af afregningssystemet. Dette med henblik på at tilgodese både decentrale og centrale behov for opfølgning. Danske Regioner opsamler informationerne. Danske Regioner og KL er i dialog om udveksling af informationerne.

Det er med PLO aftalt, at PPU'erne skal indgå aftale om, hvordan et eventuelt mindre forbrug af sygebesøg og samtaleterapi kan anvendes på andre områder.

For de nye midler, der aftales i praksisplanen til aftalt opgaveudvikling, er det ikke aftalt, hvordan anvendelse af et eventuelt mindre forbrug skal ske. Dette er op til lokal forhandling.

Baseline

KL og Danske Regioner er enige om, at der forud for indgåelse af de lokale aftaler er behov for en opgørelse af baseline for aktiviteter, der flyttes fra central til decentral prioritering. Samtidig skal det sikres, at aktivitet der i dag er del af den almindelige lægegering ikke fremover undtages det centrale loft, og bliver til decentral aktivitet, som dermed er udenfor rammen.

I situationer, hvor eksisterende ydelser bliver brugt til også at afregne decentrale aktiviteter, er der behov for at kunne skelne mellem aktiviteten leveret frem til decentraliseringen og den ønskede meraktivitet. Det betyder, at der skal ske en stillingtagen til det forventede træk på den centrale ramme.

Klarhed om dette er for alle parter afgørende for vurdering af, om de indgåede aftaler er indfriet. Endvidere kan der være behov for en afgrænsning af, hvilke ydelser praktiserende læger skal levere som del af den centrale overenskomst og hvilke ydelser, der finansieres decentralt.

KL og Danske Regioner udarbejder inspirationsmateriale til opgørelsesmetoder af baseline i forskellige scenarier. Der oprettes nye ydelseskoder hvis der aftales nye aktiviteter. Opgørelsen af baseline og opfølgning på budget og forbrug er en opgave som udføres af regionerne. Status på forbrug sendes efter aftale til kommunerne og til Danske Regioner.

Decentrale styringsmuligheder

KL og Danske Regioner er enige om, at de enkelte PPU'er skal have mulighed for at forholde sig til styringsredskaber, der kan indgå i de underliggende aftaler til praksisplanerne. Styringsredskaberne skal give PPU'erne handlemuligheder i situationer, hvor fx aktivitet og økonomi overstiger det aftalte niveau eller i situationer, hvor der ikke bliver leveret den aftalte aktivitet.

Danske Regioner og KL udarbejder inspirationsmateriale til aftaleelementer omkring styringsværktøjer med konkrete handlingsanvisninger. Materialet tager afsæt i erfaringer fra centrale overenskomster, med eventuelle tilpasninger til decentral kontekst.