



Institut for Statskundskab • Aarhus Universitet

# Kommunalreformen - de generelle økonomiske konsekvenser

*Jens Blom-Hansen  
Institut for Statskundskab  
Aarhus Universitet  
6. april 2005*



# Kommunalreformens tre elementer

- Ændringer i opgavefordelingen i den offentlige sektor
- Ændringer i det kommunale finansieringssystem
- Ændringer i den kommunale inddeling
  - Kommunesammenlægninger



# Ændringer i opgavefordelingen - følger pengene opgaverne?

- Mellem niveauerne
  - Bloktilskudsregulering:
    - Business as usual - eller bliver DUT-maskinen spændt for hårdt?
    - Den farlige fristelse: "Hold kæft"-bolsjer
- Mellem kommunerne
  - Påvirkes byrdefordelingen?
  - Opgavernes belastning og skattegrundlagsnøglen
  - Det store spørgsmål: Den mellemkommunale udligning



# Ændringer i det kommunale finansieringssystem

- Nyt system for regionerne:
  - Statsligt bloktilskud (75%)
  - Statsligt aktivitetsafh. tilskud (5%)
  - Kommunalt grundbidrag (10%)
  - Kommunalt aktivitetsafh. bidrag (10%)
- Direkte skatteudskrivningsret ophæves
- Indirekte beskatning, men:
  - Kommunal vetoret
  - Statslig vetoret
- Ingen sammenhæng mellem beslutningskompetence og økonomisk ansvar
  - Nye udgiftsalliancer?



# Kommune- sammenlægninger (I)

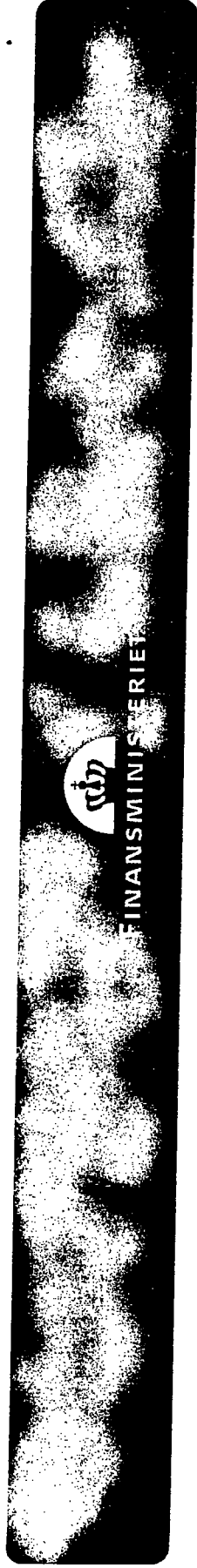
- Stordriftsfordele
  - Er der stordriftsfordele på institutionsniveauet?
  - Er der sammenhæng mellem kommunestørrelse og institutionsstørrelse?
- Kassebeholdningen: Kan man modstå fristelsen?
- Ruster man sig til de kommende sammenlægninger?



# Kommune- sammenlægninger (II)

- Harmonisering af serviceniveauer

	Nettodrifts- udgifter pr. indb.	Børnepasn.- udgifter pr. 0-10-årig	Folkeskole- udgifter pr. 7-16-årig	Hjemmehjælps- udgifter pr. 67+-årig
Bjerringbro	29.093	33.292	40.115	1.705
Fjends	28.685	30.041	41.070	2.472
Karup	31.893	38.901	47.007	26.885
Møldrup	28.357	29.845	40.332	10.715
Tjele	29.857	26.467	37.463	59
Viborg	31.830	37.979	39.102	32.554



## Kommunalreformens økonomiske konsekvenser

Kristian Wendelboe, Finansministeriet

6. April 2005

## Økonomiske konsekvenser af kommunalreformen

Kommunalreformen og opgaveflytningerne håndteres i tre delvist overlappende forløb:

1. Opgørelse af udgifter før opgaveflytningen og fordeling af udgifterne efter opgaveflytningen:
  - Amtskommunale sektor => Stat, regioner og kommuner
  - Kommuner => Stat
  - Stat => Kommuner
2. Tilpasning i finansierings- og udligningssystemet:
  - Fastlæggelse af finansieringssystem for regioner
  - Ændringer i finansierings- og udligningssystemet for kommuner
3. Den faktiske deling af den amtskommunale sektor i 2006





## Overordnede principper ved fastlæggelse af de økonomiske konsekvenser af kommunalreformen

Det fremgår af aftale om strukturreformen, at:

- ”Ændringer i opgavefordelingen vil blive gennemført ud fra princippet om, at reformen er udgiftsneutral, og at pengene følger med opgaverne”
- ”Derved sikres at de myndigheder, der får ansvaret for nye opgaver, kompenseres herfor af de myndigheder, der afgiver opgaverne”
- ”Fordelingen sker på baggrund af regnskaberne for 2003/2004, reguleret for pris- og lønudviklingen, evt. ny lovgivning, ændret demografi mv., jf. de almindelige DUT-principper”



## Fastlæggelsen af de økonomiske konsekvenser (I)

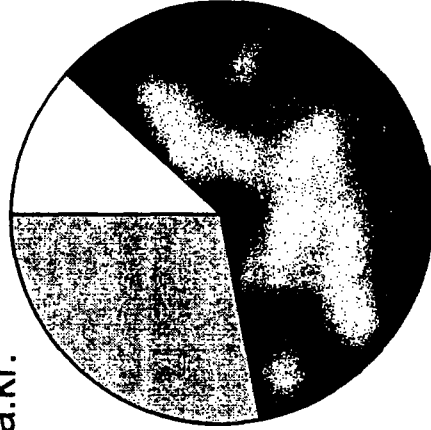
- De regeludstedende ministerier, KL og Amtsrådsforeningen har siden efteråret 2004 og på baggrund af de foreløbige lovforslag, der er sendt i høring, drøftet de økonomiske konsekvenser af kommunalreformen
- I drøftelserne er de enkelte opgaveområder blevet gennemgået mhp. at opnå enighed – eller subsidiært fælles forståelse – af udgiftsniveauer og fordeling på sektorer som følge af den nye opgavefordeling
- Lovforslagene, der udmønter kommunalreformen, blev fremsat den 24/2-2005
- Lovforslagene indeholder skøn for amtskommunale udgifter på hovedkonto 0-5 og visse direkte henførbare udgifter på hovedkonto 6 (administration)
- I forbindelse med fremsættelse af lovforslagene blev der afholdt politiske møder med de kommunale organisationer for at drøfte udeståender og videre proces

## Fastlæggelsen af de økonomiske konsekvenser (II)

- Drøftelserne om de økonomiske konsekvenser af kommunalreformen vedrørende udgifter på hovedkonto 0-5 fortsætter i foråret 2005
- Der er endvidere påbegyndt drøftelser af størrelsen og fordelingen af:
  - Amtskommunale administrationsudgifter (hovedkonto 6)
  - Væksten i den amtskommunale sektor fra 2003 til 2006
  - Amtskommunale anlægsudgifter
  - Udgifter på finansielle konti (hovedkonto 7 og 8)
- I juni 2005 forventes drøftelserne med de kommunale organisationer om de økonomiske konsekvenser at være endeligt afsluttet
- Der søges tilslutning i Folketinget til den endelige regulering i forbindelse med finansieringsreformen i efteråret 2005

## Fordeling af de amtskommunale nettodriftsudgifter, ex. administration, 2003-niveau

Ca. 89 mia.kr.

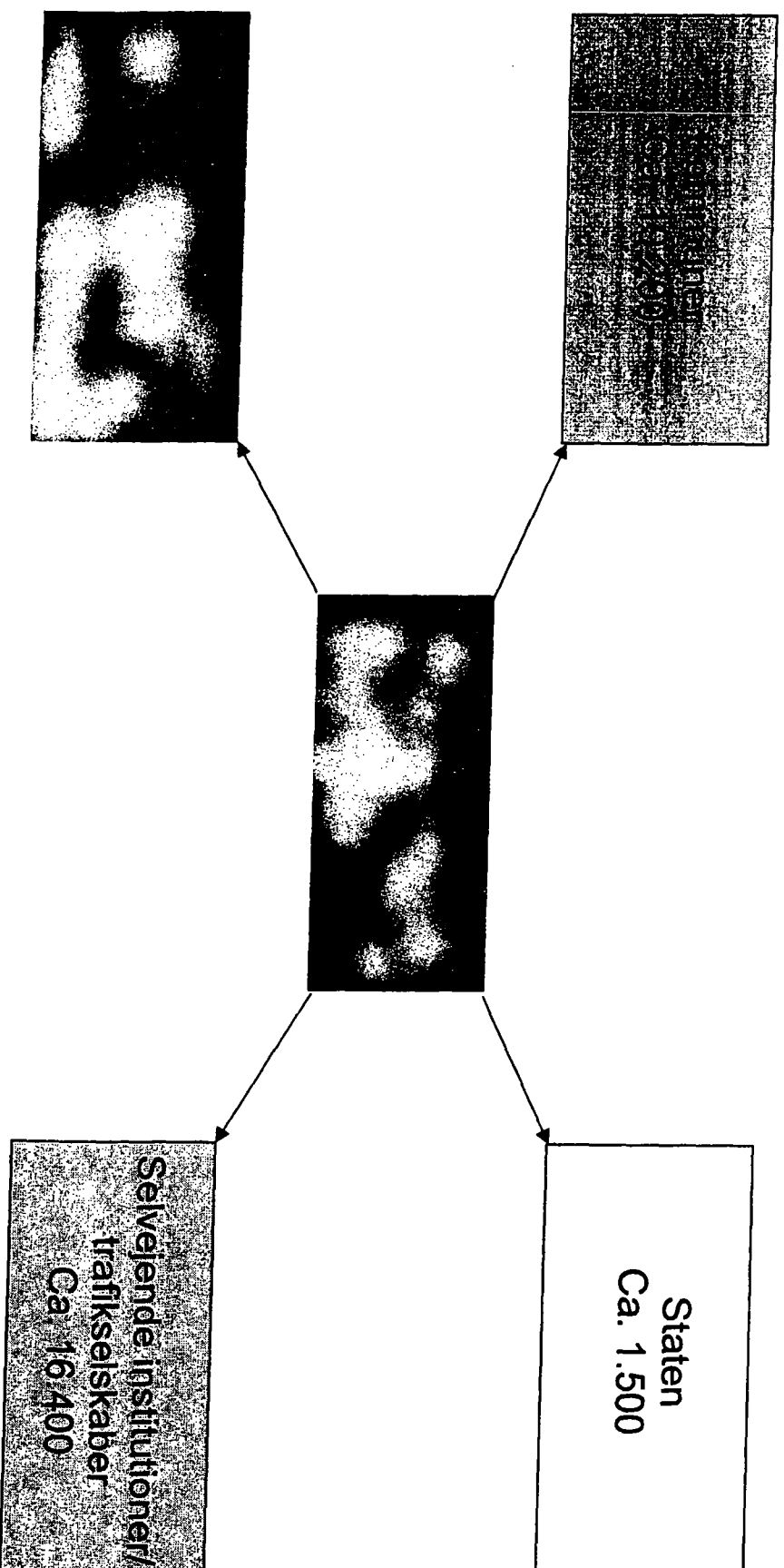


■ Amtskommunale sektor

□ Staten ■ Regioner □ Kommuner

Anm.: Nettodriftsudgifter ex. administration på hovedkonto 0-5 i regnskab 2003 (2005-pl)  
Kilde: Brev fra finansministeren til Finansudvalget vedr. foreløbig status for opgørelsen af de økonomiske konsekvenser af kommunalreformen

## Skøn over personaleflytning som følge af reformen



Anm.: Skønnene er behæftet med usikkerhed.  
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.



FINANSMINISTERIET

## Fordeling af de amtskommunale aktiver og passiver mv.

Det fremgår af aftale om strukturreform, at:

- *I forbindelse med ændringerne i opgavefordelingen vil den del af den afgivende myndigheds aktiver/passiver og rettigheder/pligter, der knytter sig til varetagelsen af opgaven, skulle overføres til den modtagende myndighed.*
  - *Der vil derfor være behov for konkret at opgøre hvilke aktiver og passiver og rettigheder/pligter, der skal overføres til hvilken myndighed"*
- Principperne for fordeling af aktiver/passiver, rettigheder/pligter, personale mv. fastsættes i indenrigs- og sundhedsministerens lovforslag om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen

## Fordeling af de amtskommunale aktiver og passiver mv.

Procedurelovsforslaget fastsætter frister for fordelingen af aktiver og passiver:

- 1. januar 2006: Frist for amtets forelægelse af aftaleudkast for de modtagende myndigheder
- 1. april 2006: Frist for indgåelse af aftale – *hvis uenighed =>*
- 1. Juni 2006: Frist for mæglingforslag fra Delingsrådet – *hvis uenighed =>*
- 15. Juni 2006: Frist for beslutning fra Delingsrådet om fordeling

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har igangsat et arbejde med henblik på at udforme regler mv. for fordelingen af aktiver og passiver mv.

De kommunale organisationer og Finansministeriet er inddraget i arbejdet.

Reglerne sendes i høring hos relevante myndigheder og organisationer.

Fordelingen af udgifter til tjenestemandspensioner og pensionsforpligtelser for endnu aktive tjenestemænd drøftes fortsat særskilt mellem Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og de kommunale organisationer.





## Regionernes finansiering

Regionernes økonomi består af tre særskilte områder:

1. Sundhedsområdet, som omfatter sygehus- og sygesikringsområdet
2. Udviklingsopgaver mv.
3. Drift af institutioner på social- og undervisningsområdet

Sundhedsområdet finansieres via:

- Generelt tilskud (bloktilskud) fra staten - ca. 75 pct.
- Grundbidrag fra kommunerne - ca. 10 pct.
- Aktivitetsbestemt tilskud til sundhedsområdet fra staten - ca. 5 pct.
- Aktivitetsbestemt bidrag til sundhedsområdet fra kommunerne - ca. 10 pct.

Udviklingsopgaver mv. finansieres via:

- Generelt tilskud (bloktilskud) fra staten
- Udviklingsbidrag fra kommunerne

Regionernes drift af institutioner på social- og undervisningsområdet finansieres via kommunernes takstbetaling.

## Finansierings- og udligningsreform for kommunerne

Kommunerne vil, udover de finansieringskilder de råder over i dag, få tilført finansiering i form af:

- Den amtslige indkomstskat (fratrullet andel til sundhedsbidrag)
- Den amtskommunale grundskyld og andel af ejendomsværdiskatten
- Den amtslige dækningsafgift for offentlige ejendomme (justeret mhp. at skabe ensartede regler i hele landet)

Bloktilskuddet fastsættes på baggrund af opgaveflytningen og de nye kommunale indtægtskilder mhp. at sikre balance i den kommunale økonomi

Reform af tilskuds- og udligningssystemet

Overgangsordning ved finansieringsreformen => Maksimalt opleves et tab på 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget

# **Økonomiske konsekvenser på sundhedsområdet**

Det Politisk-Økonomiske Udvalgs høring  
6. April 2005

Kjeld Møller Pedersen  
Syddansk Universitet

# For god ordens skyld!

Strukturreformen på sundhedsområdet har

- gode sider

*OG*

- dårlige sider

I den nuværende fase fokuseres på forbedringsmuligheder med fare for at glemme de gode sider

# Det politiske forlig om strukturreform juni 2004

## Hovedkomponenter:

- **struktur** (antal enheder)
  - betydelig ændring
  - **rigtigt** med færre regionale politisk-administrative enheder
    - primært en fremtidssikring: ingen forbedring her-og-nu
      - antallet af regioner (5) næppe det optimale
- **opgavefordelingen region-kommune**
  - mindre justering
    - **godt** med styrkelse af kommunerne på sundhedsområdet (forebyggelse/sundhedsfremme/genoptræning/alkohol/socialpsyk.)
      - men i et vist omfang ønsketækning
        - især fordi det understøttes af et økonomisk troldspejl
- **finansiering**
  - den afgørende ændring på sundhedsområdet
    - reformens **achilles-hæl**
      - burde justeres

**De nye  
økonomiske mekanismer  
på sundhedsområdet**

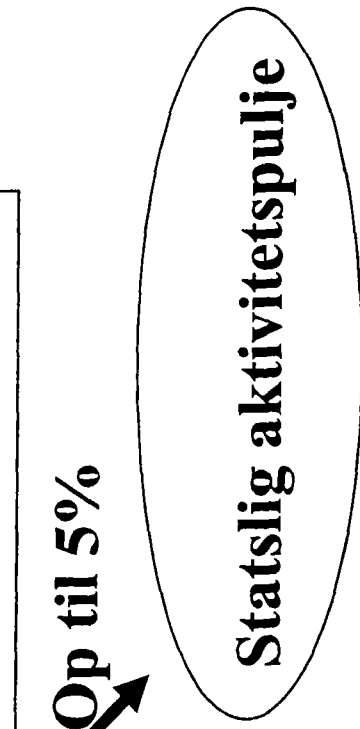


# STATEN

## Sundhedsbidrag – 8%

Udskrevet på det kommunale udskrivningsgrundlag

1.



2.

### Bloktilskud

Baseret på objektive udgiftsbehov

20% – 80%

grundbidrag

??  
(sandsynligvis samme afregningsform, som for 'Løkke-puljen')



### KOMMUNERNE

### REGIONERNE

Kommunal betaling, fx. pr. indlæggelse & konsultation

Afregningsmekanisme (blanding af basisbudget og DRG-afregning & sygesikring)

### Kommunal medfinansiering

### Sygehusene



### Praksissektoren



# Tre nyskabelser

1. Øremærket skat: sundhedsbidraget
2. Bloktilskud til sundhedsområdet
3. Kommunal medfinansiering

**Og** tilsammen er det et komplekst og uigennemskueligt system

*”Det nye er ikke godt, og det gode er ikke nyt”*



# 1. Den øremærkede skat

1. Svært at se **rational**et for den
  - Ofte baseret på, at det skaber større forståelse for en konkret skat
  - MEN kan i reformen blot være løsningen på fortsat at have en proportional skat (som amsskatten)
    - Nok den mest sandsynlige forklaring
    - MEN får alligevel en langt mere synlig sundhedsskat
2. Under et **skatteloft** skal ændringer (læs: stigning) modregnes andre steder. Bliver meget synligt, hvis det ikke sker

# 'Sundhedsbidrag = øremærket skat? Hvorfor?

## Det seneste bidrag til 'øremærket' vs. 'general fund taxing'

“...it has recently been claimed that earmarking would imply that the population would better understand the rationale of taxation, that public expenditures would be chosen in closer accordance with the individual citizen's preferences, and that earmarking would imply pressure on the government to operate more efficiently. Are these arguments correct?

I am not convinced that this is true.

**Firstly**, does earmarking really lead to a better understanding of the rationale of taxation? As long as we deal with rational taxpayers, this cannot serve as a special argument for earmarking. A rational taxpayer would also anticipate the connection between the general taxes he pays and the various public expenditures for which they are used.

**Secondly**, does earmarking really imply that public expenditures are chosen in closer accordance with individual preferences? This is not correct. ...

**Thirdly**, is there really a pressure on the government to operate more efficiently? It has become very clear through the analysis of the present paper that this is not the case due to the asymmetric-information problem and the consideration of the internal organization of the government.

**Hence, the particular advantages which have often been claimed for earmarked taxation cannot be shown to hold ...”,** Bös, [10], p. 406.

## 2. Bloktilskud

1. Vil det blive en del af reform af udligningssystemet?
2. Kommunerne vil være meget opmærksomme på, om de får nok til den aktivitetsbaserede del af den kommunale medfinansiering
3. Analyser viser, at det kan blive svært at finde en tilfredsstillende formel
  - Fx. er der 'overforbrug' i kommuner med et sygehus
  - Disse kommuner vil mene, at de bliver underkompenserede
  - MEN man kan heller ikke medregne det som en ekstraudgift (?)

### **3. Begrundelse for kommunal medfinansiering**

Med et delvist betalingsansvar for egne borgeres behandling i sundhedsvæsenet, der afhænger af borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet får kommunerne en yderligere tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats.

De kommuner, der via en effektiv forebyggelses- og plejeindsats nedsætter behovet for sygehusbehandling, belønnes ved, at de skal betale mindre til borgernes sygehusindlæggelser. Borgerne får gavn af, at flere behov meningsfyldt kan opfyldes i nærmiljøet – tæt på eget hjem og egen læge.

*p. 37-38 i Forligsteksten, juni 2004*

# Forventningerne: begrundelse i forligsteksten

Med et delvist betalingsansvar for egne borgeres behandling i sundhedsvæsenet, der afhænger af borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet får kommunerne **en yderligere tilskyndelse** til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats.

De kommuner, der via en effektiv forebyggelses- og plejeindsats nedsætter behovet for sygehusbehandling, **belønnes** ved, at de skal betale mindre til borgernes sygehusindlæggelser. Borgerne får gavn af, at flere behov meningsfyldt kan opfyldes i nærmiljøet – tæt på eget hjem og egen læge.

p. 37-38

# Takster ifølge lovforslaget

Ydelse/yder	Betaling fra bopælskommunen	Maksimumbeløb for bopælskommunen
Sygehusindlæggelser • somatik • psykiatri	30% af DRG-taksten 60% af sengedagstaksten	Kr. 4.000 Kr. 6.398
Færdigbehandlede patienter på sygehuse	Kr. 1.522 for patienter > 66 år Kr. 761 for patienter <67 år	Kr. 1.522 Kr. 761
Ambulant behandling på sygehuse • somatik • psykiatri	30% af DRG-taksten 30% af besøgstaksten	Kr. 200 pr. besøg Ingen øvre grænse angivet/ikke p.t. fastsat
Genoptræning på sygehus	'baseres på relativt få takster' Regionen betaler restfinansieringen	Endnu ikke fastsat
Alm praktiserende læge	10% af regionens udgifter til grundhonorarer, jfr. overenskomsten	Ingen angivet. Skyldes (nok?), at de er 10% på tværs af en række ydelser
Specialpraktiserende læge	30% af regionens udgifter til takster, jfr. overenskomsten	Kr. 256 (af hensyn til ambulant behandling i sygehusvæsenet)
Tandlæge/kiropraktor/ fysioterapeut/fodterapeut psykolog	10% af regionens udgifter til takster, jfr. overenskomsten	Ingen angivet

# 'Alt' er omfattet: strider mod ordningens logik

- En væsentlig forudsætning for, at ordningen er meningsfyldt er, at kommunerne har reel mulighed for at udvikle et alternativ til det, man betaler for/kan påvirke det.
  - ét af Strukturkommissionens klare anbefalinger, ligesom KL gentagne gange har fremhævet det
- **Problem:** kommunerne kan i bedste fald kun påvirke 10% af det, de betaler for
- **Konsekvens:** kommunernes forsøg på at kontrollere deres udgifter til regionens sundhedsvæsen bliver Don Quixotes kamp mod vindmøllerne
  - 'betaler for alt – kan kun påvirke lidt'
  - vil føre til mange (meningsløse) diskussioner med regionen

# Observation

1. En gennemsnitsindlæggelse på sygehus
  - kostede i 2004 knap 24.000 kroner
2. Den kommunale medfinansiering må være baseret på, at kommunerne kan lave
  - alternativer til en sygehusindlæggelse for **4.000 kroner**, dvs. i gennemsnit til 1/6 af gennemsnits-indlæggelsen.



# Den centrale antagelse bag kommunal medfinansiering

Hvis øget kommunal  
indsats på  
sundhedsområdet  
(kort- mellemlang  
og -lang sigt)

**Så**



**Antagelse 1:**  
Der eksisterer  
betydelige,  
uudnyttede  
substitutions-  
muligheder

**Antagelse 2:**  
Økonomiske  
incitamenter  
kan drive processen

**Reduceret forbrug af**

- sygehusindlæggelser
- benyttelse af sygehus ambulatorier
- reduceret forbrug af almen praksis
- reduceret forbrug af speciallægepraksis
- reduceret forbrug af øvrige ydere i Sygesikringen

**MEN: det er en tvivlsom antagelse!**

**I bedste fald udokumenteret**

# Ingen analyser eller datamæssigt grundlag

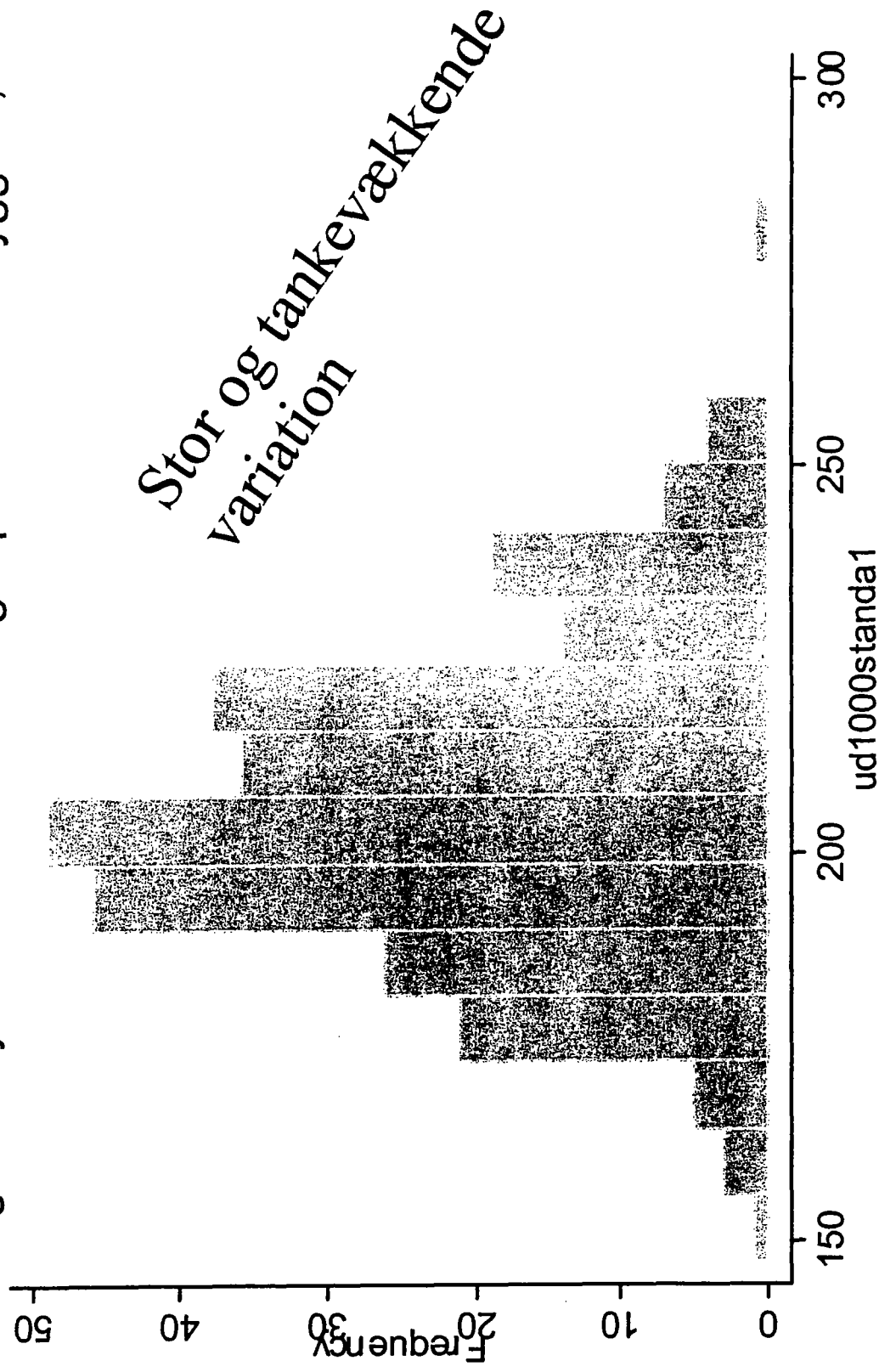
1. Ny model (en verdensnyhed)
  - Ikke en indvending – men giver anledning til eftertanke
2. Virker som sund (købmands)formuft

**MEN**

3. Forslaget har ikke på noget tidspunkt været underkastet en analyse
  - Hvad er de kritiske antagelser – og er der belæg for dem?
  - Hvad siger erfaringerne (i det omfang de findes)
4. En hurtig analyse skulle give (mange) panderynker

# Illustration med kommuneopdelte tal: somatik

Køns- og aldersjusterede udskrivninger per 1000 indbyggere, 2002



Udskrivn. : MINIMUM: 155

Sengedage: ” : 742

MAKSIMUM: 316

” : 1.532

**Sandsynlig konsekvenser af kommunal medfinansiering  
(primært den aktivitets-baserede)**

# Sammenfatning

1. At man får en 'udvidet service-strategi' frem for en substitutions-strate
  - Konsekvens: **samlet set øgede sundhedsudgifter**
2. Hvis ikke dette (altså effektiv substitutionsstrategi):
  - så i det mindste på kort (0-3 år)
  - og mellemlang sigt (3-5 år) **øgede sundhedsudgifter**
  - Fordi der skal 'investeres før der kommer afkast'
  - Forebyggelse tager tid – og 'rigtig forebyggelse' rigtig lang tid.
3. **Øget kassetækning**
4. **Øgede administrationsomkostninger**

# Simpelt regnestykke

1. **En gennemsnitskommune har ca. 200 indlæggelser per år per 1000 indbyggere.**
  - En kommune med 20.000 indbyggere har således 4000 indlæggelser per år.
  - En kommune med 50.000 indbyggere har således 10.000 indlæggelser
  - En kommune med 100.000 indbyggere har således 20.000 indlæggelser
2. **Hvor stor en procent-del kan realistisk set forebygges? (substitutions-relationen)**
  - Meget få forskningsresultater, jfr. gennemgangen
  - Vil (nok) primært være medicinske indlæggelser
    - Undersøgelse fra 2003 fra mellemstort sygehus: 2-5% kan muligvis flyttes/undgås
  - Dvs. kan 'forebygge' 80-200 indlæggelser i kommune m. 20.000 indbyggere
  - 200-500 i kommune m. 50.000 og 400-1.000 i kommune med 100.000 indbygg.
3. **Ved indlæggelsestakst på kr. 4.000 (størrelsen af det økonomiske incitament)**
  - En kommune m. 20.000 indbyggere kan *brutto* spare.: 320.000-800.000 kr.
  - En kommune m. 50.000 indbyggere kan brutto spare: 800.000 – 2 mio. kr
  - En kommune m. 100.000 indbyggere kan brutto spare: 1,6 – 4 mio. kr.
  - **OG beregnet for alle indlæggelser fra kommunen**, ikke kun de medicinske, som er omtalt i punkt 2, dvs. der benyttes de mest optimistiske antagelser.
4. **Ikke meget at finansiere en øget kommunal sundhedsindsats med (nettoresultatet)**
  - Den lille kommune kan ikke en gang finansiere en ekstra sygeplejerske ved mindsteeffekten
  - Må hertil skelne mellem kort, mellemlang og lang sigt
  - Virkning slår tidligst igennem på mellemlang sigt (3-5 år)
  - **Prognose: kan samlet set let få forøget de samlede sundhedsudgifter**

# Endnu et regnestykke: Sundhedscenter for kroniske patienter Østerbro, Københavns Kommune, åbner april 2005 (spændende forslag, men det er økonomien, der interesserer her)

1. Budget på 3,5 mio. kr.
2. Der forventes ca. 1.500 patienter, henvist fra almen praksis og sygehus
3. En indlæggelsestakst på kr. 4.000 og en ambulans-takst på kr. 200, hvis den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering var i kraft
4. For at få økonomisk neutralitet, dvs. centret finansieres alene ved besparelser på den kommunale betaling og dermed uden kommunale ekstraudgifter, skal der spares
  - enten 875 indlæggelser
  - eller 17.500 ambulante besøg.
5. Med ca. 1.500 patienter i centret
  - skal der 'spares' 0,58 indlæggelse eller 11,7 ambulatoriebesøg per patient,
  - for at få økonomiske neutralitet
6. Forekommer ikke videre sandsynligt, hvortil kommer at
  - Centret ikke er døgnåbent og har ikke åbent i week-enderne, hvilket betyder, at akutte indlæggelser og akutte behov i lukningstimerne ikke kan afhjælpes.

# Og ...

1. Løsningen er **ikke** at øge den kommunale betaling – hvis grundproblemet er,
  - at effektiv kommunal substitution ikke er mulig
    - 'effektiv': med samme sundhedsmæssige effekt og mindst 30% billigere end det regionale tilbud.
2. OG 'rigtig forebyggelse' (livsstilsændring m.m.) tager 10-15 år
  - Påvirker folkesundheden
  - **MEN** påvirker det forbrugt af sundhedsydelser?
    - Det ved man ikke ret meget om



# Incitamenter har to sider: hvordan vil/kan sygehusene reagere?

1. Som udgift og som indtægt
2. Hvordan sikres, at udviklingen mod eksempelvis 'hospital at home' (udgående aktiviteter) ikke går i stå
  - og mere generelt, at sygehusene ikke vil/kan samarbejde på grund af økonomien
  - På grund af, at forebyggelse fører til færre indlæggelser og dermed både et indtægtstab og en udgift
3. Kan kommunal medfinansiering medføre mere kassetækning og ikke mindre som tænkt?
  - Sandsynligvis
4. Kan sygehusene tilpasse deres omkostninger til (meget) små ændringer (fx et fald på 0,5 - 1% indlæggelserne)

# Eksempel

1. En afdeling ønsker at indføre hospital at home, fx for KOL-patienter ('rygelunger')
1. MEN hvordan vil sygehusledelsen vurdere forslaget:
  - Sygehuset betaler for hospital-at-home (udgående aktiviteter)
  - HVIS antal indlæggelser falder
    - Sygehuset mister kr. 4.000 per indlæggelse i kom. Betaling
    - OG sygehuset mister yderligere en del af DRG-betalingen
2. Sygehusledelsen svarer: 'ren tilsæt – desværre'
3. Kassetænkning: JA – men det er skabt af den nye incitament-struktur
  - Under den nuværende ordning, kunne det være en nettofordel for sygehuset

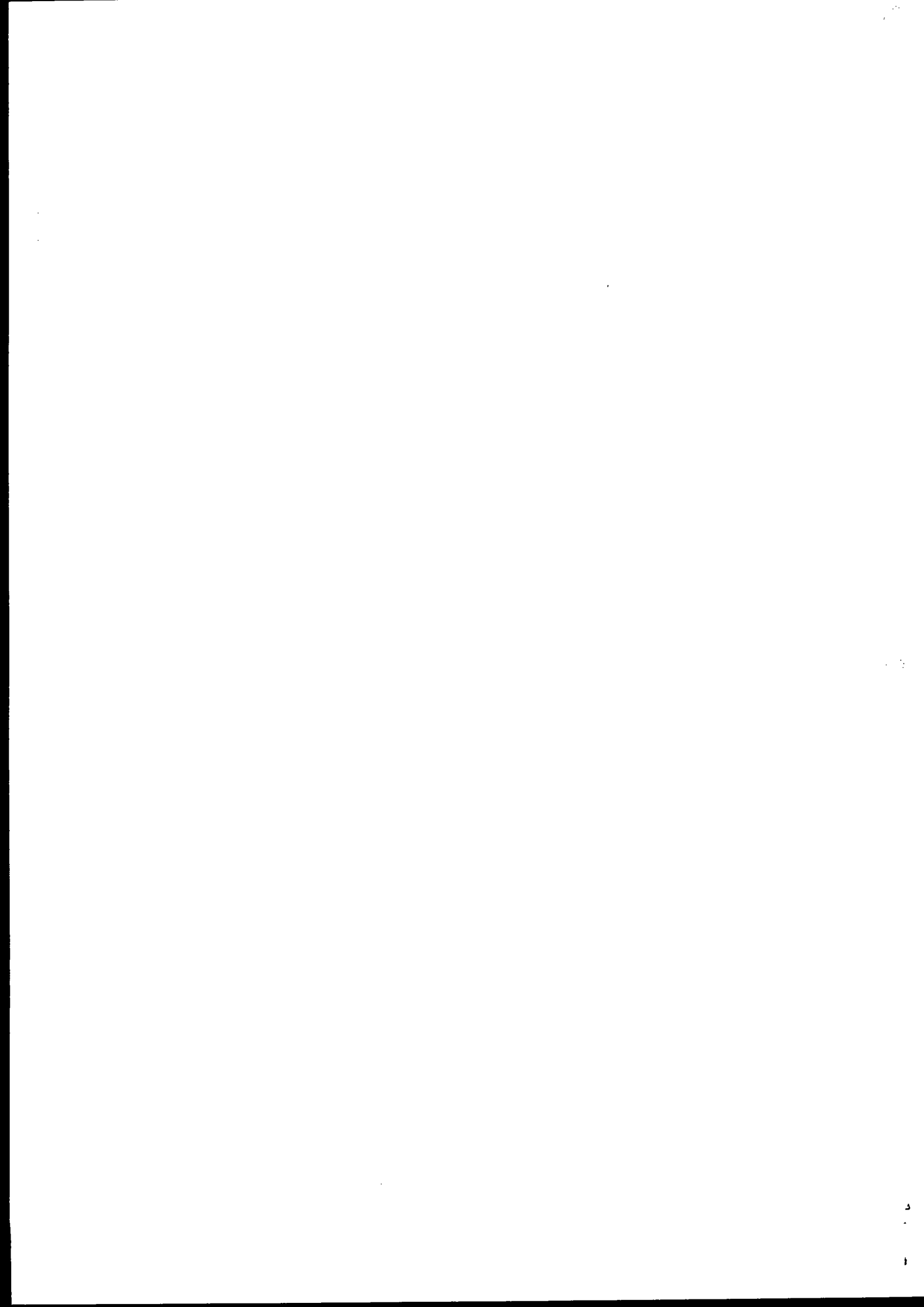
# Grundsynspunkt

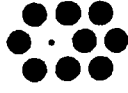
**Mål:** øget kommunal involvering i sundhedsarbejdet  
(sundhedsfremme og forebyggelse)

**Middel:** kommunal medfinansiering

**Konklusion:** kommunal medfinansiering er et  
meget dårligt middel – nærmest skadelig

Må finde andre veje at inddrage  
kommunerne på





SOCIAL  
FORSKNINGS  
INSTITUTTET

# Økonomiske konsekvenser af kommunalreformen inden for socialområdet

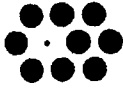
Jørgen Søndergaard

Høring om kommunalreformens økonomiske konsekvenser 06-04-05



# Hvad indebærer reformen på det sociale område

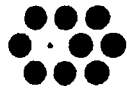
- **Amternes nuværende opgaver omfatter:**
  - De dyre og specialiserede (institutions)tilbud på børneområdet
  - De dyre og specialiserede (institutions)tilbud for voksne handikappede
  - Rådgivning mv.
  - Institutionstilbuddene er omfattet af grundtakstfinansieringsmodellen.
  - Amternes samlede udgifter på det sociale område er ca. 10 mia. kr. inkl. anlæg og administration.
- **Reformen indebærer:**
  - Finansierings- og myndighedsansvaret for de nuværende amtslige tilbud flyttes til kommunerne, men driften af institutionerne placeres i regionerne finansieret med en kommunal betalingsordning; dog overtager kommunerne institutioner for børn med sociale eller adfærdsmæssige vanskeligheder
  - Der indføres en refusions-/udligningsordning for dyre enkeltsager
  - Rådgivning mv. overtages dels af staten (oprettelse af VISO) dels af kommunerne.



## Grundtakstområdet

- Indtil 2002 samfinansiering mellem kommune og amt af alle tilbud.
- Grundtakstmodellen medførte at de fleste tilbud (2/3) blev rent kommunalt finansieret.
- De resterende tilbud er fortsat samfinansieret, men efter en ny model, hvor kommunen betaler en på forhånd fastsat grundtakst (0,3-0,4 mio. pr. tilbud), mens amtet, der har beslutningskompetencen i disse sager, finansierer resten.

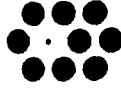
## Bestanden af tilbud ultimo 2003



SOCIAL  
FORSKNINGS  
INSTITUTTET

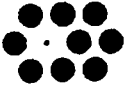
	Kommunale	Amtslige med grundtakst	I alt
Anbringelser af børn og unge	8.000	5.000	13.000
Øvrige tilbud børn og familier	36.000	3.000	39.000
<b>Børn- og unge-området i alt</b>	<b>44.000</b>	<b>8.000</b>	<b>52.000</b>
Botilbud	6.000	9.000	15.000
Øvrige tilbud	8.000	14.000	22.000
<b>Handikap-området i alt</b>	<b>14.000</b>	<b>23.000</b>	<b>37.000</b>
<b>Total</b>	<b>58.000</b>	<b>31.000</b>	<b>89.000</b>





## De økonomiske fordelingsvirkninger

- Kommunerne kompenseres i gennemsnit over bloktilskuddet.
- Ingen analyser af kommunale udgiftsbehov på dette område, men formodentlig en vis sammenhæng med kommunernes sociale profil. I så fald er der også mulighed for at kompensere ved at øge vægten på det sociale kriterium i udligningsordningen.
- Der et tilfældigt element i udgiftsbehovene, og det øges ved finansieringsomlægningen. Større kommuner kan i højere grad bære en sådan "forsikringsopgave" selv, men de tilbageværende små kommuner er sårbare, hvis de rammes af uventet mange dyre enkeltsager.



## **Virkninger på aktivitetsniveau og udgifter**

- **Antallet af tilbud vil næppe blive påvirket af reformen.**
- **Ikke noget sikkert grundlag for at vurdere effekt på tilbuddenes indhold og omkostninger.**
- **Incitamentet til at økonomisere ændres i princippet ikke, men derfor kan adfærden muligvis godt ændres.**
- **Den dobbelte sagsbehandling af ca. 10.000 enkeltsager årligt afskaffes. Burde give grundlag for lavere administrationsomkostninger.**
- **Dynamikken på institutionsområdet på længere sigt er en ubekendt faktor, der kan påvirke udgiftsniveauet.**