

Den 20. januar 2022

Kontakt: Karen Hauberg Toft  
Mail: [takst@viborg.dk](mailto:takst@viborg.dk)  
Telefon: 87874310

# Notat

## ***Finansieringsmodel for sundhedslovsydelser i Midtjylland***

### **Indledning**

Formålet med dette notat er at redegøre for de ændringer af serviceloven, der giver social- og ældreministeren bemyndigelse til at fastsætte regler om, at tilbud efter serviceloven kan indregne udgifter til visse former for sundhedsfaglig indsats, der ydes som led i opholdet på tilbuddet i beregning af taksterne for tilbuddet (lovforslag 27).

Notatet vil ligeledes kort redegøre for de ændringer i sundhedsloven, som fastsætter regler om mellemkommunal refusion for kommunale sundhedsydelser til borgere i sociale botilbud (lovforslag 85).

Med afsæt i det nye lovgrundlag redegør notatet for den forståelse takstgruppen anlægger. Det er således en fælles forståelsesramme, som forelægges DASSOS med henblik på, at midtjyske kommuner og region agerer efter det aftalte i implementeringen af ny lovgivning

Lovændringen af serviceloven forventes ikke at føre til takststigninger, og ændringen vedrørende adgang til mellemkommunal refusion på sundhedslovsydelser, for borgere i botilbud har ingen betydning for takstfastsættelsen.

### **Baggrund**

Mange borgere i sociale tilbud har behov for både socialfaglige og sundhedsfaglige indsatser under deres ophold. Det er således normalt at borgerne modtager sundhedslovsydelser parallelt med ydelser efter serviceloven. Det kan både være sundhedslovsydelser, der leveres som en integreret del af opholdet og ydelser, som leveres af hjemmesygeplejen i beliggenhedskommune.

### **Nuværende praksis i det midtjyske takstsamarbejde aftalt i DASSOS**

Det har i mange år været gængs praksis i Region Midtjylland, at sundhedslovsydelser, der leveres som en integreret del af opholdet (af botilbuddets fagpersonale), indregnes i botilbuddets takster. Der har i DASSOS været en fælles forståelse for og accept af gængs praksis velvidende, at der hidtil ikke har eksisteret lovhjemmel hertil. Hensynet til en administrativ effektiv håndtering har vejet tungt i den nuværende praksis.

De sundhedslovsydelser, der leveres af hjemmesygeplejen, finansieres af borgerens opholdskommune (dvs. den kommune hvor botilbuddet er beliggende), jf. gældende regler.

### **Ny lov lovliggør indregning af visse sundhedsfaglige indsatser i takster fastsat efter Serviceloven**

Lovforslag 27 "Lov om ændring af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, lov om social service og lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet (Forenkling og præcisering af

regler om finansiering, mellemkommunal refusion og satsregulering m.v.) åbner op for indregning af visse sundhedsfaglige indsatser.

De gældende regler om fastsættelse af takster for ydelser og tilbud efter serviceloven fremgår af § 174 i serviceloven. Ift. eksisterende praksis, betyder lovændringen at det fortsat kun er *visse former* for sundhedsfaglige indsatser i beregningen af takster for tilbud efter serviceloven.

Desuden gælder fortsat at den sundhedsfaglige indsats der ydes af tilbuddet til borgeren, skal ske som led i opholdet på tilbuddet for at kunne indregnes i taksten for tilbuddet efter servicelovens § 174, stk. 1. Det er således kun den sundhedsfaglige behandling, der *ydes af tilbuddet selv*, der vil kunne indregnes i taksten.

Lovændringen betyder at eksisterende praksis de facto i al væsentlighed lovliggøres.

### **Sundhedsfaglig indsats, Servicelov og Sundhedslov**

L 27 indebærer at § 174 stk. i Serviceloven (omhandlende takstfastsættelse) er ændret, så social- og ældreministeren har mulighed for at fastsætte regler om, at udgifter til visse former for sundhedsfaglig indsats efter sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2018 som senest ændret ved lov nr. 1184 af 8. juni 2021, indregnes i taksterne for tilbud efter serviceloven.

*Sundhedsfaglig indsats* skal forstås i overensstemmelse med behandlings-begrebet, som det er defineret i sundhedslovens § 5, og som omfatter undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Det er dog ikke alle former for sundhedsfaglig behandling, jf. sundhedslovens § 5, der vil kunne indregnes i de sociale tilbuds takster.

### **Afgrænsning af sundhedsindsatser, hvor der kan ske indregning i taksten**

Generelt gælder, at den sundhedsfaglige indsats, hvor omkostninger vil kunne indgå i taksterne, skal være indsatser, der ligger tæt op ad den almindelige omsorg, der er en *naturlig del af dagligdagen i et botilbud*.

De typer af udgifter, der ville kunne indregnes i tilbuddets takser udgøres overordnet af:

- Udgifter til sundhedsfaglig behandling, der ikke er forbeholdt visse specifikke faggrupper (forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).
- Udgifter til sundhedsfaglig behandling, der er forbeholdt visse specifikke faggrupper, men hvor tilbuddets personale udfører de sundhedsfaglige opgaver på baggrund af delegation fra f.eks. en læge.

Sidstnævnte betegnes ofte uddelegerede ydelser. Jf. ovenstående vil udgifter til f.eks. simpel sårpleje og til medicin håndtering kunne indregnes i taksterne, mens eksempelvis kompliceret sårpleje, der udføres af specialiserede sårsygeplejersker eller andet sundhedspersonale som ikke er en del af tilbuddet personale, *ikke* vil kunne indregnes i taksterne. Det er således kun et meget begrænset antal ydelser efter Sundhedsloven § 5, der kan indregnes i taksterne. Udgifter, der følgelig ikke vil kunne indregnes, vil bl.a. være udgifter til:

- hjemmesygeplejeydelser efter sundhedsloven § 138,
- forebyggende ydelser efter sundhedsloven §§ 120-123,

- kommunale børne- og ungdomstandpleje efter sundhedslovens §§ 127 og 129,
- tandpleje efter sundhedslovens §§ 131, 133, 134a og 135,
- genoptræningsydelse efter sundhedslovens § 140,
- fysioterapiydelser m.v. efter sundhedslovens §§ 140a og 140b,
- behandling for alkoholmisbrug efter sundhedslovens § 141,
- lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142,
- befordringsgodtgørelse efter sundhedslovens § 170,
- befordring i forbindelse med genoptræning efter sundhedslovens § 140 og § 168, stk. 1.

### **Konsekvenser for takstfastsættelsen**

Intentionen i L27 er, at taksten for et tilbud bør afspejle den hjælp, støtte og behandling, som tilbuddet yder til borgeren og, at de sundhedsfaglige indsatser ligger tæt op ad den almindelige omsorg, der er en naturlig del af dagligdagen i et botilbud. Det fremgår tydeligt af L 27, at *”Der ændres ikke på fordelingen af ansvar mellem kommune og tilbud i forhold til, hvem der skal levere sundhedsydelser til borgere, der har ophold på et servicelovstilbud.”*

Intentionen er således identisk med den eksisterende praksis i Midtjylland, hvor alle driftsherrer har haft mulighed for at indregne de sundhedsfaglige indsatser der ligger tæt op ad den almindelige omsorg jf. ovenstående.

Driftsherrerne i Midtjylland har forskellige måder at organisere opgaveopløsningen på, og det kan ikke udelukkes, at der vil være eksempler, hvor en ændret organisering vil kunne medføre mindre ændringer i taksten. Det bemærkes i den sammenhæng, at udgifterne til de sundhedsfaglige indsatser, der kan indregnes vurderes generelt at være marginale ift. de øvrige udgifter, der indgår i takstfastsættelsen. Det anerkendes, at der, primært i regionalt regi, kan være særlige tilbud, hvor de sundhedsfaglige indsatser udgør en større del af taksten, og hvor det endvidere i øvrigt af praktiske årsager kan give mening at indregne øvrige sundhedsindsatser (L85 underbygger dette rationale – se herunder).

Det er vigtigt at sådanne undtagelser altid er baseret på individuelle aftaler mellem sælger og køber.

### **Ny lov muliggør mellemkommunal refusion for kommunale sundhedsydelser til borgere på sociale botilbud m.v.**

Lovforslag L85 (Lov om ændring af sundhedsloven, lov om elektroniske cigaretter m.v. og lov om tobaksvarer m.v.) giver mulighed for mellemkommunal refusion for sundhedsindsatser givet efter Sundhedsloven til borgere i botilbud mv. Lovforslaget betyder i praksis overordnet, at udgifterne til de sundhedsindsatser, som det ikke er muligt at indregne i taksten for tilbud fastsat efter serviceloven jf. L27 kan der søges om mellemkommunale refusion.

L85 ændrer ikke på fordelingen af ansvar mellem kommune og tilbud i forhold til, hvem der skal levere sundhedsydelser til borgere, der har ophold på et servicelovstilbud, men ændrer på finansieringsansvaret. Mulighederne for mellemkommunale refusion for borgere i botilbud mv. sidestilles således med mulighederne for mellemkommunale refusion kendt fra bl.a. ældreområdet.

Loven træder i kraft 1. august 2022.

### **Fastsættelse af mellemkommunal refusion**

Det fremgår tydeligt af L85, at refusionen skal svare til bopælskommunens *faktiske udgifter* ved levering af ydelsen, og at refusionen ydes af den kommune, der endeligt afholder udgifterne efter lov om social service. Mellemkommunalrefusion opgøres generelt på baggrund af CPR-registreringer. Forudsætningen for at kunne få mellemkommunal refusion er således, at der sker registrering af de leverede sundhedsindsatser i botilbud mv. på den enkelte borger. En sådan registrering kan ikke antages at ske i dag, og vil uanset hvad betyde en administrativ byrde for den enkelte driftsherre.

For nogle typer af sundhedsindsatser, eks. tandpleje (sundhedslovens §§ 127, 129, 131, 133 og 135) og fysioterapi (sundhedslovens § 140 og §140) vil det være relativt ukompliceret at fastsætte den kommunale refusion, mens det for sygeplejeydelser efter sundhedslovens § 138 vurderes noget mere kompliceret.

Den administrative opgave kunne ift. sidstnævnte sandsynligvis lattes ved, at de midtjyske driftsherre via takstsamarbejdet bliver enige om en fælles timepris, som udgangspunkt for fastsættelsen af den mellemkommunale refusion, hvilket ikke vurderes at være uforeneligt med grundprincippet om fastsættelse på baggrund af de *faktiske udgifter*.

En administrativ lettelse ville også være at aftale en nedre bagatelgrænse for mellemkommunal refusion.

Indtil andet bliver aftalt, er det op til den enkelte driftsherre (opholdskommunen) at opgøre de faktiske udgifter som grundlag for mellemkommunal refusion, og sikre den nødvendige dokumentation over for betalingskommunen.

### **Økonomiske konsekvenser**

L85 har ingen betydning for takstfastsættelsen, men flytter jf. ovenstående finansieringsansvaret fra opholdskommunen til kommunen der i dag betaler for anbringelsen. Afhængig af hvordan den enkelte driftsherre er organiseret kan det betyde ændringer i de interne økonomistyringsprincipper. Mere væsentlig vil det betyde, at nogle driftsherrer samlet vil opleve en merudgift, mens andre vil opleve en mindre udgift.

Lovforslaget indebærer slutteligt en administrativ udgift, som er afhængig af den enkelte driftsherrers organisering af opgaveløsningen og den systemmæssige understøttelse.

### **Samlet konklusion**

Ændringen med L27 drejer sig om at lovliggøre en eksisterende praksis, hvorfor det ikke bør føre til takststigninger. Det vil udelukkende være sundhedsfaglig behandling der ydes af tilbuddet selv, der vil skulle indregnes i taksten for tilbuddet efter servicelovens § 174, stk.1.

Ændringen med L85 giver mulighed for mellemkommunal refusion for sundhedsindsatser givet efter sundhedsloven til borgere i botilbud mv.

Lovforslaget betyder i praksis overordnet, at der kan søges mellemkommunal refusion for udgifterne til de sundhedsindsatser, som det ikke er muligt at indregne i taksten for botilbud fastsat efter serviceloven. Således kan bopæls- og opholdskommunen opkræve refusion for faktiske udgifter til kommunale sundhedsydelser, fra den kommune, der betaler for borgerens ophold på tilbuddet.