



Udligning af AIDS-udgifter

Redegørelse fra
den tekniske arbejdsgruppe vedrørende regional
udligning af visse AIDS-udgifter



ex 2

BETÆNKNING NR. 1069

MARTS 1986



ISBN 87-503-6079-5
In 00-67-bet.
Eloni Tryk . København

Indholdsfortegnelse

	<u>Side</u>
KAPITEL 1. ARBEJDSGRUPPENS KOMMISSORIUM OG SAMMENSÆTNING.	7
KAPITEL 2. RESUMÉ OG ARBEJDSGRUPPENS FORSLAG.....	10
KAPITEL 3. DEFINITION, SYGDOMSFORLØB OG UDBREDELSE	18
3.1 Definition af erhvervet immundefekt syndrom (AIDS).	18
3.2 Sygdomsforløbet	19
3.3 Sygdommens udbredelse på forskellige kriterier i Danmark	20
3.4 Sygdommens regionale fordeling.	25
3.5 Indsatsen over for spredning af sygdommen AIDS.	25
3.6 Sygdommens udbredeshastighed.	26
KAPITEL 4. UDGIFTER VED AIDS.	28
4.1. Indledning	28
4.2. Bevillinger til AIDS.	28
4.3. Afgrensning af udgifter til AIDS.	29
4.4. AIDS-udgifter, der er skævt regionalt fordelt	31
4.4.1. Forebyggende helbredsundersøgelser.	31
4.4.2. Opfølgende helbredsundersøgelser.	33
4.4.3. Behandling af personer med sygdommen AIDS eller forstadier hertil/symptomer herpå	34
4.4.3.1. Sengedagsforbruget for en AIDS-patient	34
4.4.3.2. Sengedagsudgifterne for en AIDS-patient	36
KAPITEL 5. OPGØRELSE AF AIDS-UDGIFTSBEHOV.	39
5.1. Indledning	39
5.2. Antal helbredsundersøgelser og AIDS-patienters senge- dagsforbrug	39
5.3. Udgiftsbehovsopgørelse pr. nyregistreret AIDS-patient	42
KAPITEL 6. UDLIGNING AF AIDS-UDGIFTSBEBOV.	46
6.1. Indledning	46
6.2. Det eksisterende generelle udligningssystem	46
6.3. Eksisterende specielle udligningsordninger.	49
6.4. En speciel udligningsordning for AIDS-udgifter.	51
6.4.1. Indkredsning af specialmodel for udligning af AIDS-udgifter.	51
6.4.2. Udmøntning af rammerne for den valgte specialmodel.	52
6.4.2.1. Opgørelse af udgiftsbehov/valg af udgiftsbehovs- kriterium.	53
6.4.2.2. Valg af fordelingsnøgle	54
6.4.2.3. Valg af udligningsniveau	56
6.4.3. Konkret(e) model(ler) for udligning af AIDS- udgifter.	57
6.4.3.1. Modellens inddata.	57
6.4.3.2. Udmelding, efterregulering og afregningsform (bagudrettet og tidsaktuel udligning).	59
6.4.3.3. Ikrafttræden	61
6.4.3.4. Beregningseksempel	61
6.4.3.5. Revision af udligningsordningen.	62

BILAG

Bilag 1.	Definition af AIDS.	.65
Bilag 2.	Hospitalsudgifter til AIDS-patienter.	.67
	1. AIDS-patienters hospitalsforbrug (sengedagsforbrug).	.68
	2. Sengetid udgiften for en AIDS-patient.....	.72
Bilag 3.	Antal helbredsundersøgelser/blodprøveundersøgelser for AIDS i 1985.	.79
	Underbilag 1. undersøgelser på statens seruminstitut	.81
	Underbilag 2. Undersøgelser på de særlige undersøgelses- klinikker.	.82
	Underbilag 3. Undersøgelser på Rigshospitalet	.83
Bilag 4.	Det generelle udligningssystemets muligheder for at udligne AIDS-udgifterne.	.85
	1. Indledning og disposition.	.86
	2. Det generelle udligningssystemets formål og virkemåde.	.86
	3. Forudsætninger for, at det generelle udligningssystem opfanger et nyt område med udligningsmæssig effekt.	.90
	4. Det generelle udligningssystemets udligningseffekt i relation til skævt fordelte udgiftsområder.	.91
	5. Konklusion.	.93
Bilag 5.	Anmeldelse til sundhedsstyrelsen, formular 4102.	.95

FIGUROVERSIGT

Kapitel 3	
3.1.	Sygdomsforløb.
	.19
Kapitel 5	
5.1.	Grafisk illustration af antal henvendelser, undersøgelser m.v. vedrørende sygdommen AIDS, 1985-88.
	.41
Bilag 2	
1.	Gennemsnitligt antal sengedage for 42 døde AIDS-patienter fordelt efter patienternes dødsår, 1980-85.
	.76
2.	Andel af 42 døde AIDS-patienters sengedage før diagnosen i forhold til patienternes samlede antal sengedage fordelt efter patienternes dødsår, 1980-85.
	.77

TABELOVERSIGT**Kapitel 2**

2.1.	Udgifter ved helbredsundersøgelser for AIDS og sygehus-indlæggelser af AIDS-patienter.	12
2.2.	Den forventede gennemsnitlige udgift pr. nyregistreret AIDS-patient	13
2.3.	Udligningsordningens konsekvenser, et eksempel.	16

Kapitel 3

3.1.	Antallet af AIDS-tilfælde pr. 31. december 1985.	20
3.2.	Bordeling af 72 AIDS-patienter på køn og risikogrupper.	21
3.3.	72 AIDS-patienter fordelt på bopælsamt	22
3.4.	Sammenhæng mellem fødested og bopælsamt for 47 AIDS-dødsfald	24
3.5.	Forventet udvikling i tilgangen af AIDS-patienter i 1980'erne	26

Kapitel 4

4.1.	Forebyggende helbredsundersøgelser for smitte med AIDS-virus i 1985	32
4.2.	Sengedagsudgifter for AIDS-patienter (Hvidovre hospital) ...	37

Kapitel 5

5.1.	Beregning af udgifter ved sygehusophold og helbredsundersøgelser i alt og pr. AIDS-patient, 1986-88.	44
------	--	----

Kapitel 6

6.1.	Virkningen af ny opgave i 1987.	48
6.2.	De specielle udligningsordningers størrelse i 1986.	50
6.3.	Beregningseksempel for udligningsordningens konsekvenser for forventet udgiftsniveau i 1986.	63

Bilag 2

Tabel 1.	Antal sengedage og antal ambulante behandlinger før og efter diagnose for AIDS-patienter på Rigshospitalet og Hvidovre hospital i årene 1980-85.	69
Tabel 2.	AIDS-patienters forbrug af sengedage og ambulante behandlinger på Rigshospitalet og Hvidovre hospital fordelt på bopælsamtskommuner, 1980-85.	70
Tabel 3.	Sengedagsforbrug og antal ambulante behandlinger for 42 døde AIDS-patienter på Rigshospitalet og Hvidovre hospital, 1980-85.	71

Bilag 3

Tabel 1.	Udbetalte AIDS-tilskud til amtskommunale sygehuse i 1985.	82
Tabel 2.	Almindelige forebyggende helbredsundersøgelser i 1985 ...	82
Tabel 3.	Immunologiske undersøgelser for AIDS i 1985.	82
Tabel 4.	Udvidede immunologiske undersøgelser for AIDS i 1985	82

Bilag 4

Tabel 1.	Amtskommunale kriterier og disses vægte	87
Tabel 2.	Virkningen af ny opgave i 1987	92

KAPITEL 1. ARBEJDSGRUPPENS KOMMISSORIUM OG SAMMENSÆTNING.

Indenrigsministeren drøftede på møder den 10. september 1985 og 9. december 1985 med Amtsrådsforeningen i Danmark, Københavns og Frederiksberg kommuner de forskellige initiativer, der var iværksat eller skulle iværksættes for at imødegå en videre udbredelse af sygdommen AIDS. På det første møde tilkendegav indenrigsministeren, at der i første række måtte arbejdes med de konkrete initiativer vedrørende bekæmpelsen af sygdommen AIDS. Når denne fase var overstået, kunne de økonomiske aspekter af AIDS-initiativerne tages op.

På det andet møde den 9. december 1985 blev finansieringsspørgsmålene taget op. Indenrigsministeren fandt det naturligt at drøfte kompensationsspørgsmålene vedrørende AIDS-initiativerne i forbindelse med de almindelige økonomiske drøftelser i foråret 1986. I disse forhandlinger vil der blive taget stilling til den overordnede finansieringsfordeling mellem stat, amtskommuner og kommuner af AIDS-indsatsen. Tilbage bliver herefter, om der skal gennemføres særlige foranstaltninger med hensyn til den skæve regionale udgiftsfordeling vedrørende visse dele af AIDS-indsatsen, idet ca. 70 pct. af AIDS-patienter, der indlægges på sygehus, har bopæl i Københavns og Frederiksberg kommuner. Dette sammenholdt med udsigten til meget kraftige stigninger i antallet af AIDS-patienter og dermed i behandlingsbehovet har aktualiseret behovet for at undersøge, om der skal gennemføres en mere rimelig regional udgiftsfinansiering end de gældende bestemmelser om opgavefordeling og finansiering umiddelbart fører til.

Amtsrådsforeningen foreslog på mødet den 9. december 1985, at problemerne analyseres i tiden op til møderne i kommunekontaktudvalget i foråret 1986.

På denne baggrund foreslog indenrigsministeren, at der på embedsmandsplan blev nedsat en arbejdsgruppe med 2 repræsentanter fra hver af de parter, der deltog i mødet. Ministeren ville gerne stille formand og sekretariat til rådighed for arbejdsgruppen, der skulle afslutte sit arbejde i løbet af februar 1986. På det sidste møde blev kommunernes udgifter på narkoområdet, der kan henføres til sygdommen AIDS, trukket

frem. Da disse udgifter hovedsageligt er primærkommunale, endes man om at tilbyde Kommunernes Landsforening en observatørpost i arbejdsgruppen.

Indenrigsministeriet udsendte herefter den 20. december 1985 et forslag til kommissorium for arbejdsgruppens arbejde til de nævnte parter og sundhedsstyrelsen.

Kommissoriet fik efter drøftelse på arbejdsgruppens indledende møde følgende ordlyd:

"Embedsmandsgruppen skal på baggrund af en generel gennemgang af (amts)kommunernes udgifter til AIDS udpege udgiftsområder, hvor der er væsentlige udgiftsvariationer mellem (amts)kommunerne.

I denne forbindelse skal arbejdsgruppen på grundlag af en klarlagt definition af sygdommen AIDS undersøge bl.a.

hvilke udgifter/patienter, der bør være omfattet af en eventuel fremtidig udligningsordning,
 hvad en AIDS-patient gennemsnitlig koster sygehusvæsenet, herunder hvilke beregningsmetoder, der bør anvendes, og
 hvilke afledte udgifter, AIDS-patienter medfører inden for det sociale område.

På dette grundlag udarbejder arbejdsgruppen forskellige modeller til en udligningsordning.

Embedsmandsgruppen kan ikke tage stilling til spørgsmålet om en statslig finansiering af AIDS-udgifterne, eller spørgsmål vedrørende kompensation i henhold til det udvidede totalbalanceprincip eller spørgsmål om udgiftsrammer for (amts)kommunerne.

Arbejdsgruppen afslutter sine overvejelser i løbet af februar 1986."

Københavns og Frederiksberg kommuners repræsentanter har tiltrådt kommissoriet, men fastholder dog deres principielle opfattelse af, at AIDS-opgaven er en statslig opgave.

Arbejdsgruppen blev sammensat således:

Udpeget af indenrigsministeriet:

Kontorchef Jens Gunst (formand).

Udpeget af Amtsrådsforeningen i Danmark:

Afdelingschef Arne Grünfeld og kontorchef Lis Lauritsen.

Udpeget af Københavns kommune;

Kontorchef Morten Rand Jensen og kontorchef Gert Fischer.

Udpeget af Frederiksberg kommune;

Hospitalsdirektør Ø1e Rosbo og afdelingschef Ivar Koed.

Udpeget af sundhedsstyrelsen;

Overlæge Michael von Magnus.

Sekretariatet har bestået af:

Fuldmægtig John Nørregaard, indenrigsministeriet

Fuldmægtig Torben Gaarskær, indenrigsministeriet

Fuldmægtig Mogens Køllner, indenrigsministeriet

Fuldmægtig Karen-Birgitte Frobenius, Københavns kommunes økonomidirektorat har deltaget i et af arbejdsgruppens møder som stedfortræder for kontorchef Gert Fischer.

Kommunernes Landsforening blev som nævnt tilbudt at deltage i arbejdsgruppens arbejde. Landsforeningen meddelte i skrivelse af 27. januar 1986, at den ikke finder det påkrævet at være repræsenteret i embedsmandsgruppen, da undersøgelse og behandling vedrørende AIDS henhører under sygehusene eller sygesikringen.

Arbejdsgruppen har afholdt 4 møder.

Arbejdsgruppen afgiver hermed sin rapport.

København, den 20. marts 1986.

Jens Gunst
(formand)

Arne Grünfeld

Lis Lauritsen

Morten Rand Jensen

Gert Fischer

Ø1e Rosbo

Ivar Koed

Michael von Magnus

/

Mogens Køllner

Torben Gaarskær

John Nørregaard

KAPITEL 2. RESUME OG ARBEJDSGRUPPENS FORSLAG.

Fra kapitel 3.

Sygdommen AIDS blev første gang opdaget i 1981 i USA. Siden er sygdommen konstateret i det meste af verden. I Danmark er der pr. 31. december 1985 fundet ca. 2.000 personer, der er smittet med AIDS-virus, men kun 72 personer er blevet diagnosticeret som AIDS-patienter. Heraf er 47 døde inden 31. december 1985. Den overvejende del af AIDS-patienterne har hidtil været homo-biseksuelle mænd, men også intravenøse stofmisbrugere må fremover antages at indgå blandt AIDS-patienterne, idet der er konstateret betydelig smitte med AIDS-virus i denne gruppe.

De nævnte tal giver imidlertid ikke det fulde billede af sygdommens udbredelse i Danmark. Antallet af smittede personer er meget usikkert, men skønnes ved udgangen af 1985 at være mellem 5.-10.000 personer. På trods af en begrænset viden om sygdommens udbredelseshastighed peger udenlandske, men også danske erfaringer på, at mindst 10-25 pct. af de smittede vil udvikle selve sygdommen AIDS mellem 1/2 og 8 år eller mere efter, at de er påført smitte med AIDS-virus. Endvidere er antallet af nye AIDS-patienter indtil nu tilnærmelsesvis fordoblet årligt.

Der er fra det offentlige iværksat en målrettet indsats over for en yderligere spredning af AIDS-smitten/sygdommen.

Øget information til befolkningen og risikogrupperne om hvorledes smitterisikoen formindskes, tilbud om helbredsundersøgelser samt krav om varmebehandling af faktorpræparater (blodprodukter) til hæmofilibehandling og obligatorisk undersøgelse af donorblod ved hver enkelt tapning er gennemført for at forebygge yderligere smittespredning. Men AIDS-smitten/sygdommen har også medført øgede udgifter på andre områder. Sygehuse - flere sygehusindlæggelser - og sygesikringen - flere konsultationer og blodprøveanalyser - er eksempler herpå.

Ikke mindst amtskommunernes¹⁾ udgifter til undersøgelse og behandling af AIDS-smittede og personer med AIDS-sygdommen

1) I denne rapport indeholder betegnelsen amtskommuner også Københavns og Frederiksberg kommuner, med mindre andet fremgår af sammenhængen.

vil vokse betydeligt i de kommende år, hvis sygdommen udvikler sig som omtalt ovenfor. Da man samtidig kan konstatere, at ca. 56 pct. af de diagnostiserede AIDS-patienter har bopæl i Københavns kommune mod kun godt 9 pct. af landets samlede befolkning, og at ca. 15 pct. af AIDS-patienterne har bopæl i Frederiksberg kommune mod knapt 2 pct. af landets befolkning, jfr. tabel 3.3., er der tale om en meget skæv regional fordeling af amtskommunernes sygehusudgifter til undersøgelse og behandling af AIDS-patienter. En opgørelse over sammenhængen mellem fødested og bopælsamt ved dødsfald for de 47 personer, der er døde af AIDS, viser, at den skæve regionale fordeling af AIDS-patienter ikke viser sig i samme grad, når disse personers fødested lægges til grund. Hovedparten af de københavnske og frederiksbergske AIDS-patienter er således født uden for hovedstaden eller i udlandet.

Fra kapitel 4.

Med dette udgangspunkt har arbejdsgruppen i overensstemmelse med kommissoriet foretaget en gennemgang af de amtskommunale udgifter i forbindelse med AIDS med henblik på at udpege de områder, hvor der er væsentlige udgiftsvariationer mellem amtskommunerne.

Arbejdsgruppen har herefter udpeget følgende udgiftsområder:

- forebyggende helbredsundersøgelser af personer, der frygter at være smittet med AIDS-virus
- opfølgende helbredsundersøgelser af personer, som er smittet med AIDS-virus
- sygdomsbehandling af personer med forstadier til AIDS/symptomer herpå
- sygdomsbehandling af personer, der har udviklet sygdommen AIDS

Arbejdsgruppen har på baggrund af foreliggende materiale, der belyser den regionale fordeling på disse udgiftsområder, kunnet konstatere en meget skæv regional fordeling, hvor specielt Københavns og Frederiksberg kommuners andele langt overstiger det landsgennemsnitlige undersøgelses- og sygdomsbehandlingsbehov vedrørende AIDS, jfr. tabel 3.3. og 4.1.

Arbejdsgruppen skal dog generelt bemærke, at de forskellige aktiviteter i tilknytning til AIDS-udbredelsen i sagens

natur ikke kan antages at have fundet en endelig form, hverken hvad angår aktiviteternes karakter eller disses relative betydning i udgiftssammenhæng.

Arbejdsgruppen har derudover foretaget konkrete opgørelser af udgifterne ved de nævnte undersøgelser og sygehusbehandlinger med udgangspunkt i forholdene på Hvidovre Hospital og Rigshospitalet, som har behandlet næsten alle AIDS-patienter.

Tabel 2.1. Udgifter ved helbredsundersøgelser for AIDS og sygehusindlæggelser af AIDS-patienter.¹⁾

	Udgift pr. undersøgelse/sengedag kr.
<u>Forebyggende helbredsundersøgelser:</u>	
a. undersøgelsesklinikkerne	
- alle henvendelser	590
- yderligere undersøgelse af antistofpositive	2.717
b. hos egen læge m.v.	150
<u>Opfølgende helbredsundersøgelser:</u>	2.643
<u>Sengedagsudgift:</u>	4.500

1) Uddrag af afsnit 4.4

Arbejdsgruppen har endvidere ladet foretage en opgørelse over det samlede sengedagsforbrug, som 41 afdøde AIDS-patienter har forbrugt i hele sygdomsforløbet på Rigshospitalet og Hvidovre Hospital. Opgørelsen viser, at disse patienter har haft et gennemsnitligt sengedagsforbrug på 97. Når der yderligere tages højde for, at nogle af disse patienter også har været indlagt på andre sygehuse i forbindelse med AIDS m.m., når arbejdsgruppen frem til, at det samlede sengedagsforbrug for en AIDS-patient sættes til 100 dage som udtryk for en gennemsnitspatients belastning af sygehusvæsenet.

Fra kapitel 5.

Som grundlag for udgiftsbehovsopgørelsen for AIDS har arbejdsgruppen valgt at anvende antal nyregistrerede AIDS-patienter.

Udgiften til behandling af hver person, der får stillet diagnosen AIDS, svarer til den gennemsnitlige sygehusudgift for behandlingen af en AIDS-patient.

For så vidt angår forebyggende og opfølgende helbredsundersøgelser har arbejdsgruppen valgt at beregne et tillæg til sygehusbehandlingsudgiften for en AIDS-patient. Baggrunden herfor er, at arbejdsgruppens analyser af den regionale fordeling af amtskommunernes udgifter til helbredsundersøgelser og sygdomsbehandling af personer med forstadier til AIDS i overvejende grad svarer til den regionale fordeling af amtskommunernes sygehusudgifter til behandling af personer, der har udviklet sygdommen AIDS.

På grundlag af forskellige forudsætninger om antal henvendelser, undersøgelser og behandlinger, jfr. figur 5.1, samt udgifterne herved, har arbejdsgruppen beregnet et samlet tilskud pr. nyregistreret AIDS-patient, der fremgår af tabel 2.2.

Tabel 2.2. Den forventede gennemsnitlige udgift pr. nyregistreret AIDS-patient¹⁾.

	1986	1987	1988
	Udgift (kr.) pr. AIDS-patient ----- 1986-PL-niveau -----		
Sygehusophold	450.000	450.000	450.000
Beregnet tillæg for:			
Opfølgende helbredsundersøgelser	275.000	190.000	125.000
Forebyggende helbredsundersøgelser	95.000	50.000	25.000
I alt	820.000	690.000	600.000
Forv. antal AIDS-patienter	72	144	288
Samlet udgift (mio. kr.)	59	100	173

1) Den detaljerede udgiftsopgørelse fremgår af tabel 5.1

De samlede udgifter inkl. tillæg kan således opgøres til 820.000 pr. AIDS-patient i 1986 faldende til 600.000 kr. i 1988 under de givne antagelse om udviklingen i undersøgelses- og behandlingsbehovet.

De samlede amtskommunale udgifter, der eventuelt skal gøres til genstand for udligning, skønnes således til ca. 59 mio. kr. i 1986, til 100 mio. kr. i 1987 og til ca. 173 mio. kr. i 1988 under forudsætning af en fordobling pr. år af antallet af nyregistrerede AIDS-patienter.

Fra kapitel 6.

Arbejdsgruppen har undersøgt, hvorvidt de nuværende AIDS-udgifter udlignes i det eksisterende generelle system for udligning af udgiftsbehov mellem amtskommunerne. Konklusionen er, at udligningsvirkningen er meget beskeden, fordi det nuværende generelle udligningssystem bygger på den tankegang, at det er den samlede sum af udgiftsbehov - og ikke udgiftsbehovene på enkelte områder - der skal udlignes.

Det anses generelt for betænkeligt at supplere det generelle udligningssystem med specielle udligningsordninger, idet det samlede udligningssystem herved bliver kompliceret og uoverskueligt.

Hvis der imidlertid er politisk ønske om at opnå en effektiv udligning af udgiftsbehov på "marginale" områder, må det nødvendigvis ske i en speciel udligningsordning, som må konstrueres til formålet.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at den længeresigtede bestræbelse må være, at AIDS-udgifterne udlignes i det generelle udligningssystem, når behandlingsformerne m.v. fremstår med en større grad af afklaring, og hvis udgifterne i øvrigt udvikler sig til et niveau, hvor de med en vis vægt kan optages i systemet, eventuelt med et særligt udgiftsbehovskriterium.

Det er derfor arbejdsgruppens opfattelse, at et specielt udligningssystem for AIDS-udgifterne bør udformes således, at en eventuel fremtidig optagelse i det generelle system lettes.

Arbejdsgruppen har overvejet forskellige modeller og når frem til en speciel udligningsordning for amtskommunernes AIDS-udgifter, der bygger på de principper, der er lagt til

grund i det generelle udligningssystem. I en sådan udligningsordning skal bl.a. følgende tre forhold fastlægges:

- 1) opgørelse af udgiftsbehovene - dvs. de udgifter, der ønskes udlignet - samt valg af udgiftsbehovskriterium
- 2) valg af fordelingsnøgle, dvs. den "ønskede" udgiftsfordeling
- 3) valg af udligningsniveau

Ad 1.

Med grundlag i principielle overvejelser om opstilling af et udgiftsbehovskriterium anbefaler arbejdsgruppen kriteriet: "antal nyregistrerede AIDS-patienter".

Kriteriet opsamler, som det er beskrevet i kapitel 5, de centrale skævdelte AIDS-udgifter (j.fr. kapitel 4). Kriteriet antages endvidere at udvise samvariation med amtskommunernes udgifter til AIDS, ligesom det er upåvirkeligt af amtskommunale beslutninger og løbende registreres via anmeldelsespligt til sundhedsstyrelsen.

Ad 2.

Ved valg af fordelingsnøgle har arbejdsgruppen ligeledes lagt vægt på den bedst mulige "korrespondance" med det gældende generelle system.

Arbejdsgruppen kan efter en vurdering af forskellige fordelingsnøgler pege, at på folketallet som fordelingsnøgle svarer til fordelingsnøglen i den generelle udgiftsbehovsudligning.

Ad 3.

Arbejdsgruppen skal særligt bemærke, at måleproblemer ved opgørelsen af udgiftsbehovene kan begrunde et udligningsniveau, der er mindre end 100 pct.

Arbejdsgruppen har ikke kunnet pege på særlige forhold, der begrundes, at udligningsniveauet i en eventuel speciel AIDS-udligningsordning afviger fra udligningsniveauet på 85 pct. i det generelle system. Arbejdsgruppen peger således på et udligningsniveau på 85 pct., ligesom man anbefaler, at der foretages korrektion for regionale lønforskelle som i det generelle system.

På grundlag af arbejdsgruppens overvejelser i pkt. 1-3 opstilles i nedenstående tabel 2.3 et simpelt beregningseksempel, hvorefter der alene sker en registrering af en AIDS-patient i 1986. I eksemplet modtager den amtskommune, hvor patienten har bopæl, et tilskud på 697.000 kr. svarende til 85 pct. af 820.000 kr., som angivet i tabel 2.2. Tilsvaret til udligningsordningen fordeles efter amtskommunernes folketal. De enkelte amtskommuners tilsvare fremgår af tabellens anden søjle.

nyregistreres en AIDS-patient i 1986 (1986-prisniveau)¹⁾.

	Tilskud	Tilsvare fordelt efter folketal 1/1-86
Københavns kommune		64.400
Frederiksberg kommune		11.900
Københavns amt		83.000
Frederiksborg amt		46.000
Roskilde amt		28.800
Vestsjællands amt		38.200
Storstrøms amt		35.000
Bornholms amt		6.400
Bornholms amt		6.400
Fyns amt		62.100
Sønderjyllands amt		34.000
Ribe amt		29.400
Vejle amt		44.700
Ringkøbing amt		36.100
Århus amt		79.700
Viborg amt		31.500
Nordjyllands amt		65.800
I alt	697.000 ²⁾	697.000

- 1) Der er ikke foretaget korrektion af tilsvare for regionale lønforskelle. Der henvises i øvrigt til afsnit 6.4.3 (specielt beregningseksempel i tabel 6.3) om udligningsordningens nærmere udformning.
- 2) 85 pct. af 820.000 kr. Beregningen af tilsvare er uafhængig af, hvilken amtskommune tilskuddet placeres i.

Eksemplet viser således udligningsordningens konsekvenser ved registrering af én AIDS-patient i en vilkårlig amtskommune. De faktiske konsekvenser af den foreslåede udligningsord-

ning vil afhænge af det samlede antal nyregistrerede AIDS-patienter og disses regionale fordeling.

Den konkrete og specificerede udformning af modeller for udligning er nærmere beskrevet i afsnit 6.4.3.

Arbejdsgruppen har i den forbindelse bl.a. overvejet de betalings- og tilskudsproblemer, der opstår, hvis AIDS-patienter flytter mellem amterne. Arbejdsgruppen peger på, at det er vanskeligt at opstille en generel ordning, der både er administrativt overkommelig, og som virker hensigtsmæssig ved det enkelte AIDS-tilfælde. Arbejdsgruppen peger på mulige modeller for flyttekorrektur, men anbefaler, at flyttemonstret følges med henblik på en særlig vurdering heraf, inden der eventuelt indbygges flyttekorrektur i modellen.

Arbejdsgruppen har endvidere overvejet, hvorvidt udligningen skal være tidsaktuel, eller baseres på data, der er opgjort i året forud for tilskudsåret. Arbejdsgruppen har opstillet to forskellige konkrete ordninger herfor, men har i øvrigt ikke taget stilling til tidsaktualiteten i ordningen eller det år, fra hvilket udligningsordningen skal have virkning.

Den bagudrettede udligning vil være i overensstemmelse med principperne i det gældende generelle udligningssystem og vil lette en optagelse heri, mens væksten i antal AIDS-patienter kan tale for tidsaktuel udligning.

Arbejdsgruppen foreslår desuden, at en eventuel udligningsordning vedrørende visse amtskommunale AIDS-udgifter foreløbigt fastlægges for en periode af 3 år. Denne anbefaling må dels ses i lyset af den korte erfaringsperiode, arbejdsgruppen har bygget sine anbefalinger på, dels vil der på længere sigt kunne opstå nye og ændrede undersøgelses- og behandlingsformer, som vil kunne ændre forudsætningerne for den opstillede udligningsordning.

En eventuel speciel udligningsordning foreslås således taget op til revision senest den 31. december 3 år efter det år, for hvis data ordningen har haft virkning.

Det skal afsluttende bemærkes, at en eventuel udligningsordning ikke vil øve indflydelse på realvækstberegningen i 1986, og derved heller ikke på en eventuel tilskudsnedsættelse.

KAPITEL 3. DEFINITION, SYGDOMSFORLØB OG UDBREDELSE.

3.1. Definition af erhvervet immundefekt syndrom (AIDS).

AIDS er en smitsom sygdom, der forårsages af et virus. Smittespredningen sker gennem blod og ved seksuel kontakt. AIDS anses for at være en ny sygdom og blev første gang opdaget i 1981 i USA. Sygdommen er siden konstateret i det meste af verden. Det hurtigt stigende antal AIDS-tilfælde og de endnu manglende helbredelsesmuligheder har givet anledning til stor uro omkring sygdommen.

Sygdommen AIDS omfatter alene de alvorligste følger af smitte med AIDS-virus.

En definition blev første gang fastlagt i 1982. Definitionen blev fastlagt af de amerikanske sundhedsmyndigheder af hensyn til den epidemiologiske overvågning af sygdommen. Den daværende definition hvilede alene på kliniske kriterier og blev tiltrådt af WHO.

I juli 1985 inkluderede man i USA visse laboratorieresultater og visse sjældne tumorformer. Denne seneste definition er ligeledes tiltrådt af WHO og benyttes i Danmark.

¹ bilag 1 angives sundhedsstyrelsens kriterier for sygdommen AIDS. Det fremgår heraf, at kriterier for AIDS er, at en eller flere af 3 tilstande/sygdomme kan konstateres hos personer, hvor der ikke kan påvises anden årsag til immundefekt.

Patienter med disse sygdomme (1-3), men uden påviselig LAV/-HTLV-III-infektion og med normale lymfocytsubpopulationer har ikke AIDS.

Foreligger der ikke LAV/-HTLV-III-antistof undersøgelse, accepteres AIDS-diagnosen alene på kliniske kriterier. For nærmere uddybning af kriterier for AIDS henvises til bilag 1.

3.2. Sygdomsforløbet.

Ved smitte med AIDS-virus er det almindeligt, at den pågældende 1-2 uger efter smitten udvikler en akut infektionssygdom. Infektionen går relativt hurtigt over, og efter 3-6 uger - i nogle tilfælde måneder (år) - kan der måles antistoffer mod AIDS i den smittede persons blod, men herudover har den pågældende ingen symptomer.

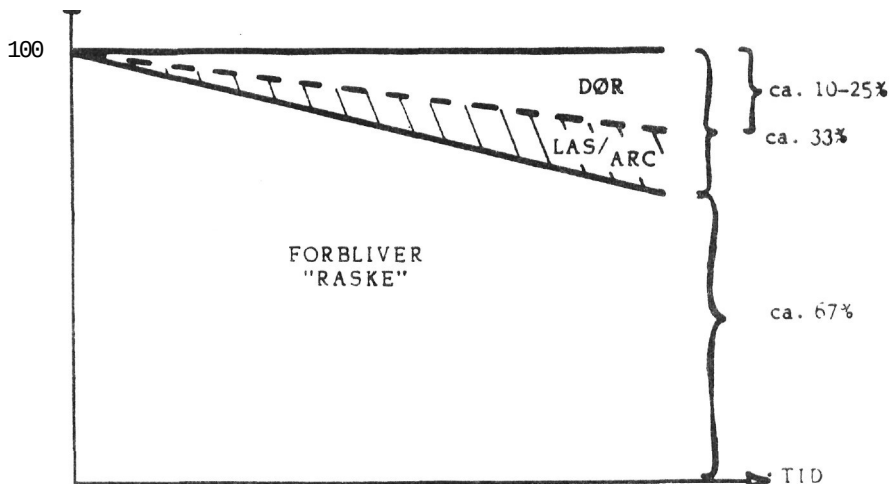
På grundlag af udenlandske erfaringer antages det, at omkring 2/3 af de smittede forbliver raske, selv om de er antistof positive over for AIDS-virus. Den resterende del på omkring 1/3 antages at udvikle tiltagende immundefekt og få forskellige symptomer, såsom lymfadenopati-syndrom (LAS) og AIDS related complex (ARC).

Det antages endvidere, at mindst 10-25 pct. af de smittede vil udvikle selve sygdommen AIDS mellem 1/2 og 8 år eller mere efter, de er påført smitte.

Den korte erfaring med sygdommen AIDS medfører, at den antagne del af de smittede, der udvikler selve sygdommen, og selve sygdomsforløbet er meget usikkert. Forløbet kan groft illustreres således:

Figur 3.1. Sygdomsforløb.

SMITTEDE MED
AIDS-VIRUS



3.3. Sygdommens udbredelse på forskellige kriterier i Danmark.

Der er pr. 31. december 1985 formentlig undersøgt ca. 17.000 personer herhjemme for antistoffer mod AIDS (ekskl. bloddonorer). Ca. 2.000 personer er pr. 31. december 1985 fundet antistofpositive, dvs. smittede. Antallet af smittede personer i Danmark er meget usikkert, men skønnes pr. 31. december 1985 at være mellem 5-10.000 personer.

I den anden ende af spektret findes det antal personer, der i overensstemmelse med sundhedsstyrelsens kriterier for AIDS er blevet diagnosticeret som AIDS-patienter. Dette antal pr. 31. december 1985, herunder antallet af døde, fremgår med angivelse af diagnosetidspunkt af tabel 3.1.

Tabel 3.1. Antallet af AIDS-tilfælde pr. 31. december 1985.

Diagnosetidspunkt	Tilgang af patienter i året	Døde i året
Før 1983	7	6
1983	12	10
1984	17	11
1985	36	20
Total	72	47

Det fremgår af tabel 3.1, at der indtil udgangen af 1985 er anmeldt 72 patienter med AIDS-diagnose, og at 47 af disse patienter er døde. Med de nuværende erfaringer og behandlingsmuligheder dør ca. 80 pct. af AIDS-patienterne inden for 3 år efter, at de har udviklet selve sygdommen. Det fremgår endvidere, at antallet af AIDS-patienter overvejende skal henføres til perioden 1983-85, ligesom antallet af patienter er fordoblet fra 1984 til 1985.

Det første tilfælde af AIDS i Danmark blev opdaget i 1981. Det kan ikke udelukkes, at der i perioden, før opmærksomheden blev rettet mod AIDS, er sket dødsfald, som i dag ville have medført en AIDS-diagnose.

De 72 AIDS-patienter fra tabel 3.1 er i tabel 3.2 fordelt på køn og risikogruppe.

Tabel 3.2. Fordeling af 72 AIDS-patienter på køn og risikogrupper.

Risikogruppe	Mænd	Kvinder
Homo-biseksuelle	66	-
Hæmofilipatienter	1	-
Intravenøse stofmisbrugere	-	-
Transfusionsassocieret	-	1
Andre	3	1
Total	70	2

Målt på erhvervet AIDS-diagnose fremgår det af tabel 3.2, at risikogruppen helt overvejende er homo-biseksuelle mænd. På det seneste er der endvidere konstateret en betydelig smitte-udbredelse blandt intravenøse stofmisbrugere, der følgelig også må rubriceres som en betydelig risikogruppe.

Mellem gruppen af smittede personer (antageligvis 5-10.000 personer) og gruppen af AIDS-patienter (pr. 31. december 1985 25 nulevende, jfr. tabel 3.1) findes den delgruppe af de smittede, der efter en periode udvikler tiltagende immundefekt og får forskellige symptomer, såsom lymfadenopati-syndrom (LAS) og AIDS related complex (ARC).

Disse personer/patienter er ikke diagnosticeret som AIDS-patienter, idet de ikke opfylder kriterierne for diagnosen. LAS- og ARC-tilstanden kan vare i adskillige år. Der er ikke i dag viden om, nøjagtigt hvor mange af de smittede, der udvikler LAS eller ARC, som vil udvikle AIDS på et senere tidspunkt.

Det skal endelig nævnes, at den samlede tilgang af AIDS-patienter på 72 indtil 31. december 1985 har været fordelt på aldersgrupper således:

Under						Over
20 år	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	59 år	
1	17	26	20	6	2	

3.4. Sygdommens regionale fordeling.

Sundhedsstyrelsen har foretaget en fordeling på bopælsamt af de pr. 31. december 1985 anmeldte 72 AIDS-patienter, jfr. tabel 3.3.

Tabel 3.3. 72 AIDS-patienter fordelt på bopælsamt.

Bopælsamt	Antal	Procentvis- fordeling	Andel af landets befolkning pr. 1.1.1986
Københavns kommune	40	56	9
Frederiksberg kommune	11	15	2
Københavns amt	5	7	12
Frederiksborg amt	5	7	7
Roskilde amt	2	3	4
Vestsjællands amt	0	0	6
Storstrøms amt	0	0	5
Bornholms amt	0	0	1
Fyns amt	1	1	9
Sønderjyllands amt	1	1	5
Ribe amt	0	0	4
Vejle amt	2	3	6
Ringkøbing amt	0	0	5
Århus amt	2	3	11
Viborg amt	0	0	5
Nordjyllands amt	0	0	9
Ukendt + andet	3	4	-
I alt	72	100	100

Sundhedsstyrelsen har baseret fordelingen på den adresse, som er anført på anmeldelsesblanketten. Hvorvidt denne adresse svarer til patientens faktiske folkeregisteradresse, har sundhedsstyrelsen ikke haft mulighed for at kontrollere. Opdelingen af patienterne mellem Københavns og Frederiksberg kommuner er behæftet med en mindre usikkerhed.

I gruppen "ukendt + andet" figurerer 2 personer, som sundhedsstyrelsen ikke har præcis adresse på, idet de er anmeldt retrospektivt. Ifølge anmeldelserne har den ene haft bopæl i Københavns kommune, og den anden i Københavns kommune eller amt. I denne gruppe er der desuden en amerikansk statsborger, som blev indlagt og døde på Rigshospitalet. Den pågældende blev indlagt fra en adresse i Københavns kommune.

Det fremgår af tabel 3.3, at tilgangen indtil 31. december 1985 på 72 AIDS-patienter for ca. 88 pct.'s vedkommende skal henføres til hovedstadsområdet med udtalt koncentration i Københavns og Frederiksberg kommuner. Sundhedsstyrelsen antager, at dette fordelingsmønster fortsat vil være gældende i de nærmeste år. I tabellen er der tillige anført folketalsandel for amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner, hvorved skævdelingen fremtræder markant.

Sammenfattende fremgår det, at der er og i de nærmest kommende år vil være tale om en udtalt skæv fordeling af AIDS-patienter/udgiftsbehov.

Pr. 31. december 1985 er der af sundhedsstyrelsen for de 47 AIDS-dødsfald foretaget en opgørelse over sammenhængen mellem fødested og bopælsamt ved dødsfaldet, jfr. tabel 3.4.

Det fremgår af tabel 3.4, at ca. 90 pct. havde bopæl i hovedstadsområdet ved dødsfaldet, mens kun ca. 38 pct. havde fødested i samme område. 9 af de 47 personer var født i udlandet. Der er således tale om en betydelig "tilvandring" til hovedstadsområdet.

Tabel 3.4. Sammenhæng mellem fødested og bopælsamt ved dødsfald for 47 AIDS-dødsfald (pr. 31. december 1985).

Bopæl Rødested	København komm.	Frederiks- berg k.	København amt	Frederiks- borg a.	Roskilde amt	Vestsjæl. amt	Stor- strøms amt	Born- holms amt	Fyns amt	Sønder- jyl. amt	Ribe amt	Vejle amt	Ringkø- bing amt	Århus amt	Viborg amt	Nord- jy.- amt	Ud- lan- det	I alt
Københavns komm.	5	1																6
Frederiksb. komm.	3	2			2													7
Københavns amt	1																	1
Frederiksb. amt				1														1
Roskilde amt	1			1							1							3
Vestsjæl. amt	1																	1
Storstrøms amt	2																	2
Bornholms amt																		0
Fyns amt	1	1																2
Sønderjyl. amt	1																	1
Ribe amt	1																	1
Vejle amt	2											1						3
Ringkøbing amt	1	1																2
Århus amt		2																2
Viborg amt	2													1				3
Nordjyll. amt	1	1										1						3
Udlandet	5	1	1		1												1	9
I alt	27	9	1	2	3	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	47

3.5. Indsatsen over for spredning af sygdommen AIDS.

Oplysning om sygdommen AIDS til befolkningen i almindelighed samt målrettet information til risikogrupperne er centrale elementer i indsatsen over for spredning af sygdommen. Dette er indtil videre sket med oplysende materiale i form af pjecer og brochurer. Oplysningsvirksomheden formidles gennem de offentlige sundhedsmyndigheder og forventes fortsat og udbygget.

Et andet element i indsatsen over for spredningen af AIDS-smitten er tilbud om helbredsundersøgelse til risikogrupperne og andre, som frygter at være blevet smittet.

Sundhedsstyrelsen har anbefalet, at der gives mulighed for, at alle personer kan henvende sig til egen læge eller en veneriaklinik eller en af de særlige undersøgelsesklinikker, såfremt de føler sig usikre på, om de er smittet med AIDS-virus. Ved en sådan henvendelse kan der anonymt tages blodprøve for antistoffer mod AIDS-virus samt gives information og rådgivning om sygdommen. Det er anbefalet, at såfremt en blodprøve ved undersøgelse hos en praktiserende læge eller veneriaklinik er positiv, henvises den pågældende til en af de etablerede særlige undersøgelsesklinikker (rigshospitalet, Hvidovre hospital/Bispebjerg hospital afdeling A, Odense sygehus, Marselisborg hospital), hvor der udover undersøgelse for antistoffer mod AIDS foretages en udvidet undersøgelse for AIDS-sygdommen. Det er ikke anbefalet, at befolkningen generelt lader sig undersøge.

Det skal endelig nævnes, at der som et led i forebyggelse af smittespredning pr. 1. oktober 1985 er stillet krav om varmebehandling af faktorpræparater (blodprodukter) til hæmofili-behandling, og der er pr. 1. januar 1986 indført obligatorisk undersøgelse af donorblod (screening) ved hver enkelt tapning.

3.6. Sygdommens udbredelseshastighed.

Den begrænsede viden om sygdommens inkubationstid samt størrelsen af risikogrupperne m.v. medfører, at anvendelse af statistiske metoder til forudsigelse af AIDS-udbredelsen ikke giver resultater, som er særlig vejledende for planlægning m.v.

Denne usikkerhed afspejles også i den internationale litteratur, hvoraf det fremgår, at der ikke kan gives rimeligt præcise prognoser over antallet af fremtidige AIDS-patienter.

Udenlandske erfaringer har dog hidtil peget mod et mønster, hvor antallet af nye AIDS-patienter fordobles årligt, hvilket også var tilfældet i Danmark fra 1984 til 1985, jfr. tabel 3.1.

Der skal ikke her gøres forsøg på egentlige fremskrivninger af danske forhold. Der skal alene opridses et par taleksempler, der løseligt skitserer nogle rammer omkring mulige udviklingstræk på helt kort sigt.

Ifølge afsnit 3.2 og 3.3 er der i dag formentlig 5-10.000 smittede i Danmark, hvor mindst 10-25 pct. vil udvikle AIDS inden for en periode af 8 år eller mere.

Hvis det eksempelvis antages, at der er 10.000 smittede, hvoraf 10 pct. vil få AIDS inden for 4-5 år, fås en tilgang på 1.000 nye AIDS-patienter i perioden indtil omkring udgangen af 1980'erne. Hertil skal lægges de AIDS-patienter, som følger, hvis antal smittede udvides i perioden.

Som en anden indfaldsvinkel kan der tages udgangspunkt i de udenlandske erfaringer om, at antallet af nye AIDS-patienter fordobles årligt. Disse erfaringer blev i øvrigt bekræftet af danske forhold i 1985, hvor der blev anmeldt 36 nye AIDS-patienter mod 17 i 1984, jfr. tabel 3.1. En sådan mekanisk fremskrivning giver følgende mulige udvikling i tilgangen af AIDS-patienter i resten af 1980'erne:

Tabel 3.5. Forventet udvikling i tilgangen af AIDS-patienter i 1980'erne.

Inden 1986	1986	1987	1988	1989	I alt 1986-89
72	72	144	288	576	1.080

Det forekommer således sandsynligt, at tilgangen af nye AIDS-patienter i 3-års perioden 1986-88 vil være af størrelsesordenen ca. 500 fordelt med ca. 72 i 1986, ca. 144 i 1987 og ca. 288 i 1988.

Overvejelser om tilgangen af AIDS-patienter udover en sådan helt kort periode forekommer ikke at være meningsfulde. Eksempelvis vil en fortsat mekanisk fremskrivning - baseret på en årlig fordobling af nytilgangen af AIDS-patienter - udrydde den danske befolkning kort efter årtusindskiftet.

Sådanne fremskrivninger tager bl.a. ikke hensyn til udtynding af risikogrupperne og til effekten af de foranstaltninger, der er, og vil blive truffet i lyset af en sådan tænkt udvikling, herunder informationsbetinget adfærdsomlægning m.v., resultatet af øget forskning i forebyggelse og helbredelse m.v.

KAPITEL 4. UDGIFTER VED AIDS.

4.1. Indledning.

På grundlag af den generelle sygdomsbeskrivelse m.v. i kapitel 3 foretages der her i kapitel 4 en generel gennemgang af udgifter i forbindelse med AIDS. I tilslutning hertil sker der en afgrænsning af de udgiftsområder, hvor der er væsentlige udgiftsvariationer mellem (amts)kommunerne.

De regionalt skævt fordelte udgiftsområder undergår her efter i afsnit 4.4 en nærmere belysning både af skævdelingen og af de udgiftsmæssige aspekter ved de forskellige aktiviteter.

I afsnit 4.4.3.1-2 foretages der en opgørelse af det senge- og afdelingsforbrug, der er knyttet til en AIDS-patient (1), ligesom sengedagsudgiften belyses (2).

4.2. Bevillingsafgrænsning af udgifter ved AIDS.

Arbejdsgruppen har foretaget en række undersøgelser over omfanget af særligt afsatte bevillinger, herunder tillægsbevillinger til sygdommen AIDS.

Til brug for arbejdsgruppens overvejelser har Amtsrådsforeningen således indhentet oplysninger fra amterne om bl.a. "AIDS-mærkede" bevillinger i perioden 1984-85. Endvidere har Københavns kommune under udvalgsarbejdet fremlagt et udkast til bevillingsansøgning til borgerrepræsentationen om tillægsbevilling vedrørende hospitalsvæsenets merudgifter til AIDS i 1986.

Det er sammenfattende arbejdsgruppens opfattelse, at omfanget af "AIDS-mærkede" bevillinger ikke kan anvendes som målestok for de udgifter, der er forbundet med forskellige aktiviteter ved AIDS. Der er specielt 2 årsager til, at denne indfaldsvinkel ikke er anvendelig. For det første er der tale om en forholdsvis ny sygdom, hvor antallet af patienter - i hvert fald for amternes (ekskl. Københavns og Frederiksberg kommuner) vedkommende - har været så begrænset, at den økonomiske

belastning har været minimal. For det andet vil behandlingsindsatsen over for AIDS-patienter - indtil et vist punkt - blive absorberet af sygehusvæsenet uden egentlige merudgifter til senge og personale etc.

Den manglende mulighed for at aflæse AIDS-udgifterne på bevillingerne er imidlertid ikke ensbetydende med, at AIDS-udbredelsen ikke har medført øgede udgifter. Disse må så søges afgrænset, opgjort og dokumenteret på anden måde.

4.3. Aktivitetsafgransning af udgifter ved AIDS.

Det fremgår af den mere generelle sygdomsbeskrivelse m.v. i kapitel 3, at der er knyttet adskillige udgiftsudløsende aktiviteter til AIDS-udbredelsen.

Disse aktiviteter kan udover administration, overvågning, forskning o.lign. generelt sammenfattes i

- forebyggende aktiviteter
- opfølgende aktiviteter
- behandlende aktiviteter.

Af forebyggende aktiviteter kan, jfr. kapitel 3, afsnit 3.5, om indsatsen over for spredning af sygdommen, AIDS nævnes:

- oplysning og information
- varmebehandling af blodprodukter
- undersøgelse af donorblod
- forebyggende helbredsundersøgelser (blodprøver)

De opfølgende aktiviteter er især:

- opfølgende helbredsundersøgelser af personer, der har fået påvist antistoffer mod AIDS-virus i blodet (smittede)

De behandlende aktiviteter kan sammenfattes i:

- sociale og psykiske (støtte)foranstaltninger
- behandling af personer med forstadier til AIDS, såsom LAS og ARC, jfr. kapitel 3, afsnit 3.2
- behandling af personer, der har udviklet selve sygdommen AIDS, jfr. definitionen kapitel 3, afsnit 3.1.

Ifølge arbejdsgruppens kommissorium skal der - ud fra denne generelle gennemgang af udgifter i forbindelse med AIDS

- foretages en udpegning af udgiftsområder, hvor der er væsentlige udgiftsvariationer mellem (amts)kommunerne.

For så vidt angår de forebyggende aktiviteter i form af oplysning og information, varmebehandling af blodprodukter og undersøgelse af donorblod, er det arbejdsgruppens opfattelse, at der ikke er væsentlige udgiftsvariationer mellem amtskommunerne. Om informationsindsatsen kan nævnes, at finansieringen er sket fra flere sider, herunder bl.a. fra amtskommunerne, sundhedsstyrelsen, komiteen for sundhedsoplysning og Dansk Røde Kors.

Blandt de behandlende aktiviteter har arbejdsgruppen været opmærksom på, at sociale og psykiske støtteforanstaltninger kan udvise væsentlige udgiftsvariationer mellem (amts)kommunerne. Disse aktiviteter skal henføres til sociale og psykiske støtteforanstaltninger over for antistofpositive personer samt patienter med AIDS eller forstadier hertil. Det skal bemærkes, at sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe, der inden 1. marts 1986 skal beskrive de sociale og psykiske følger af sygdommen AIDS og komme med forslag til modeller til støtteforanstaltninger.

Med dette aktivitetsområdes uoplyste karakter har arbejdsgruppen ikke set sig i stand til at vurdere hverken udgiftsstørrelse eller fordeling. Det kan dog formodes, at udgifterne hertil regionalt vil følge de opfølgende helbredsundersøgelser.

I den forbindelse skal det i øvrigt generelt bemærkes, at de forskellige aktiviteter i tilknytning til AIDS-udbredelsen i sagens natur ikke kan antages at have fundet en endelig form, hverken hvad angår aktiviteternes karakter eller disses relative betydning i udgiftssammenhæng.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at specielt omfanget af den sociale sektors fremtidige inddragelse i AIDS-aktiviteterne forekommer usikker. Denne usikkerhed udtrykker manglende viden om såvel den nuværende som den fremtidige udgiftsbelastning af primærkommunerne. Bl.a. de snævre tidsfrister for arbejdsgruppens afgivelse af rapport har medført, at det ikke har været muligt at give en belysning af udgiftsbelastningen i den sociale sektor.

Arbejdsgruppen skal således i den forbindelse alene pege på, at man ved eventuel udvikling af AIDS-aktiviteter i den

socialle sektor skal være opmærksom på, at der ikke via en finansieringsordning på dette område - herunder eventuel udligningsordning - skabes økonomiske incitamerter til uhensigtsmæssige valg mellem diverse alternative AIDS-foranstaltninger. Arbejdsgruppen peger derfor på en model, der ikke indeholder incitamerter til ressourceforvridninger, og foreslår i øvrigt en 3-årig forsøgsperiode for en eventuel udligningsordning, således at der kan indhøstes erfaringer med behandlingsformerne.

Med de angivne forbehold vedrørende sociale og psykiske støtteforanstaltninger og mere generelt den (fremtidige) udgiftsbelastning af den sociale sektor, skal arbejdsgruppen herefter udpege følgende aktiviteter som værende kendetegnet ved væsentlige udgiftsvariationer mellem amtskommunerne:

- forebyggende helbredsundersøgelse
- opfølgende helbredsundersøgelse
- behandling af personer med forstadier til AIDS/symptomer herpå
- behandling af personer, der har udviklet sygdommen AIDS.

4.4. AIDS-udgifter, der er skævt regionalt fordelt.

Nedenfor belyses skævdelingen og de udgiftsmæssige aspekter ved forebyggende helbredsundersøgelse (4.4.1), opfølgende helbredsundersøgelse (4.4.2) og behandling af personer med sygdommen AIDS eller forstadier hertil/symptomer herpå (4.4.3).

4.4.1. Forebyggende helbredsundersøgelse af personer, der frygter at være smittet med AIDS-virus.

Blodundersøgelser for smitte med AIDS-virus kan i dag ske

- a) enten hos egen læge,
- b) på klinikker for veneriske sygdomme eller
- c) på de særlige undersøgelsesklinikker.

Som følge af anonymiteten, jfr. kapitel 3, afsnit 3.5, kan der ikke foretages en samlet opgørelse over den regionale fordeling af helbredsundersøgelser. Nedenstående tabel 4.1 over foretagne helbredsundersøgelser på undersøgelsesklinikkerne giver dog en stærk indikation for den regionale fordeling.

Tabel 4.1. Forebyggende helbredsundersøgelser for smitte med AIDS-virus i 1985.¹⁾

Undersøgelsesklinik	Antal
Rigshospitalet	1.671 ²⁾
Hvidovre hospital	603
Bispebjerg hospital	436
Odense sygehus	446
Marselisborg sygehus	581
I alt	3.737

- 1) Opgørelsen er foretaget på grundlag af indberetninger over aktiviteten til brug for udbetaling af statstilskud. Herudover har man på Bispebjerg hospital afdeling A/Københavns venereaklinik foretaget ca. 2.000 undersøgelser, som ikke har udløst statstilskud.
- 2) En delundersøgelse har vist, at ca. 58 pct. af helbredsundersøgelserne er foretaget for personer med bopæl i Københavns kommune.

Ud fra tabellens oplysninger kan det skønnes, at ca. 60 pct. af samtlige helbredsundersøgelser er foretaget for personer med bopæl i Københavns og Frederiksberg kommuner. Det er på den baggrund udvalgets opfattelse, at de amtskommunale udgifter til forebyggende helbredsundersøgelse indtil nu har udvist væsentlige udgiftsvariationer mellem amtskommunerne og skal indgå i udligningsovervejelserne. Muligvis vil der vise sig mindre udgiftsvariationer mellem amtskommunerne om nogle år.

Udgiften for undersøgelse hos egen læge vil være prisen for blodprøven (ca. 150 kr.). I København vil der alene skulle betales ca. 100 kr. for hver blodprøveundersøgelse.

Prisen for en blodprøve på de veneriske klinikker vil ligge i samme størrelsesorden. Blodprøven vil ofte blive taget i forbindelse med undersøgelse for kønssygdomme i øvrigt.

Prisen for en forebyggende helbredsundersøgelse på de særlige undersøgelsesklinikker udgør ca. 590 kr. (fælles for Hvidovre hospital/Bispebjerg hospital afdeling A og Rigshospitalet).

talet). Heri er også inkluderet udgifter til psyko-social rådgivning.

Udgifterne i forbindelse med helbredsundersøgelse af personer, der frygter at være smittet med AIDS-virus, vil afhænge af det samlede antal henvendelser og disses fordeling på de forskellige undersøgelsessteder. I 1985 er der, jfr. kapitel 5, foretaget ca. 15.000 helbredsundersøgelser, heraf 3.737 på de særlige undersøgelsesklinikker, jfr. tabel 4.1., og 2.000 på Bispebjerg Hospital, hvortil der ikke er ydet statstilskud. Om udgiftsopgørelsen for de forebyggende helbredsundersøgelser i øvrigt henvises til kapitel 5.

Ønsket om at blive undersøgt og dermed udgifterne vil bl.a. afhænge af sygdommens udvikling, herunder presseomtale og opfordringer til at blive undersøgt m.v.

4.4.2. Opfølgende helbredsundersøgelse af personer, som er smittet med AIDS-virus.

Personer, der ved en forebyggende helbredsundersøgelse har fået påvist antistoffer mod AIDS, vil få tilbud om opfølgende helbredsundersøgelse hver 3.-6. måned. Man har heller ikke her mulighed for nøjagtigt at opgøre disse personers regionale fordeling på grund af anonymiteten. Det forekommer dog sandsynligt, at disse personers regionale fordeling er stærkt sammenfaldende med fordelingen af personer, der har fået stillet diagnosen AIDS, jfr. kapitel 3, afsnit 3.4, tabel 3.3. Det er på den baggrund arbejdsgruppens opfattelse, at også amtskommunernes udgifter til opfølgende helbredsundersøgelse udviser væsentlige udgiftsvariationer mellem amtskommunerne og skal indgå i udligningsovervejelserne.

Uanset hvor blodprøven er taget, vil dér ved positiv prøve for antistoffer mod AIDS blive foretaget en bekræftende prøve (western blotting). Denne prøve foretages på Statens Seruminstitut og koster 1.000 kr.

Såfremt den bekræftende prøve er positiv, anbefaler sundhedsstyrelsen, at patienten henvises til en af de særlige undersøgelsesklinikker. I forbindelse hermed foretages der yderligere en udvidet immunologisk undersøgelse, der af Rigshospitalet anslås at koste 1.717 kr.

En antistofpositiv patient uden andre symptomer følges i øjeblikket ved 3.-6. måned med en opfølgende helbredsundersøgelse, der for Rigshospitalet og Hvidovre hospital er anslået at koste 2.643 kr.

Om antallet og den nærmere opgørelse af udgifterne til opfølgende helbredsundersøgelser i øvrigt henvises til kapitel 5.

4.4.3. Behandling af personer med sygdommen AIDS eller forstadier til/symptomer herpå.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at personer med sygdommen AIDS eller symptomer herpå henvises til de særlige undersøgelsesklinikker/hospitalsafdelinger med henblik på nærmere udredning.

Pr. 31. december 1985 var der i Danmark diagnosticeret 72 tilfælde af AIDS, jfr. kapitel 3, tabel 3.3. Hertil kommer en række patienter med forstadier til eller symptomer på AIDS, uden at de opfylder de diagnostiske kriterier for, at AIDS-diagnosen bringes i anvendelse. Disse patienter kan også kræve indlæggelse i kortere eller længere tid, afhængigt af det nødvendige omfang af udredningen samt eventuelle symptomers sværhedsgrad.

Når en patient har udviklet selve sygdommen AIDS, foreligger der en alvorlig livstruende sygdom, der kræver intensiv behandling, selv om patienten i perioder kan være symptomfri.

Der vil således ofte være tale om et betydeligt forbrug af sengedage for personer med klare symptomer på følger af smitte med AIDS-virus, men hvor kriterierne for AIDS-diagnosen ikke er opfyldt.

4.4.3.1. Sengedagsforbruget for en AIDS-patient.

Som bilag 2 er optaget "Notat om udgifter i hospitalsvæsenet vedrørende AIDS-patienter". Notatet er på arbejdsgruppens anmodning udarbejdet af Københavns kommunes repræsentanter i arbejdsgruppen med udgangspunkt i en undersøgelse, som indenrigsministeriet lod foretage på Rigshospitalet sammen med en særlig undersøgelse i Københavns kommune.

Notatet belyser dels sengedagsforbruget m.v. for en AIDS-patient (1)_f dels sengedagsudgifterne for en AIDS-patient (2).

Opgørelsen af sengedagsforbruget er foretaget ved for perioden 1980-85 at gennemgå journalerne for 20 patienter fra Hvidovre hospital og 44 patienter fra Rigshospitalet, dvs. i alt 64 patienter, svarende til næsten alle AIDS-patienter i perioden.

Af bilag 2, tabel 1, fremgår det, at sengedagsforbruget for de 64 AIDS-patienter har udgjort knap 6.000 i perioden, hvor dette sengedagsforbrug har været omtrent lige fordelt på antal sengedage før og efter diagnosestillelsen.

Det fremgår i øvrigt af materialet, at det samlede sengedagsforbrug er fordoblet årligt i perioden 1983-85. Dette sammenholdt med at fordoblingstiden for nye AIDS-patienter er af tilsvarende længde indikerer, at forbruget af sengedage pr. patient har været nogenlunde konstant i perioden 1983-85.

Ved en fordeling af sengedagsforbruget på patienternes bopælsamtskommuner fremgår det endvidere af tabel 2, at Københavns og Frederiksberg kommuners andel af det samlede sengedagsforbrug tilnærmelsesvis svarer til de 2 kommuners andel af landets AIDS-patienter.

Det samlede sengedagsforbrug knyttet til en AIDS-patient må imidlertid opgøres på grundlag af afdøde patienter, idet de resterende patienter fortsat vil bruge sengedage. Man har derfor foretaget en særskilt opgørelse for de 42 afdøde ud af de 64 patienter.

Denne opgørelse giver et gennemsnitligt sengedagsforbrug pr. patient på 112 dage med den største del af sengedagsforbruget knyttet til perioden før AIDS-diagnosestillelsen og med en varians fra 6 til 686 sengedage. Det atypiske forbrug på 686 sengedage er for den første patient på Hvidovre hospital.

En beregning foretaget for de øvrige 41 patienter giver et gennemsnitligt sengedagsforbrug på 97 pr. patient med et omtrent lige stort antal sengedage før og efter AIDS-diagnosestillelsen. Da den gennemsnitlige levetid har været ca. 1 1/2 år efter første indlæggelse, svarer det gennemsnitlige sengedagsforbrug på 97 pr. patient til gennemsnitligt 65 sengedage pr. år fra første indlæggelse til dødstidspunktet.

Det er sammenfattende arbejdsgruppens opfattelse, at undersøgelsen af sengedagsforbruget giver en grundig dokumenta-

tion for det hidtidige sengedagsforbrug knyttet til en AIDS-patient.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at det samlede gennemsnitlige sengedagsforbrug ~~mød~~ det nuværende undersøgelses- og behandlingsprogram tilsyneladende har stabiliseret sig på små 100 dage, fordelt ~~mød~~ omtrent 1/3 af sengedagsforbruget før og 2/3 efter, at AIDS-diagnosen stilles.

Da der i opgørelsen af sengedagsforbruget for de 41 døde AIDS-patienter ikke indgår et eventuelt sengedagsforbrug inden indlæggelsen på Hvidovre hospital eller Rigshospitalet, vil det gennemsnitlige sengedagsforbrug på 97 dage reelt skulle forhøjes. I udgiftsmæssig ~~sammenhæng~~ trækker det i ~~samme~~ retning, at der kan være tale om et vist sengedagsforbrug for patienter ~~mød~~ tiltagende immundefekt, såsom LAS og ARC, hvor ikke alle disse patienter nødvendigvis får stillet AIDS-diagnosen.

I modsat retning, altså ~~mød~~ et mindre forbrug af antal sengedage, trækker den øgede viden, herunder at antallet af undersøgelser for andre sygdomme end AIDS formentlig mindskes, efterhånden ~~som~~ kendskabet til AIDS-symptomer bliver almindelig kendt. Denne udvikling har dog ikke kunnet spores.

Arbejdsgruppen ~~kommer~~ på den baggrund frem til, at det samlede sengedagsforbrug for en AIDS-patient indtil videre sættes til 100 dage ~~som~~ udtryk for AIDS-sygdommens behandlingsmæssige belastning af sygehusvæsenet.

4.4.3.2. Sengedagsudgifterne for en AIDS-patient.

Undersøgelsen omfatter også en tilnærmet opgørelse af sengedagsudgiften for en AIDS-patient, jfr. bilag 2 (2).

Opgørelsen er baseret på udgiften på Hvidovre hospital, der har haft knap 30 pct. af alle AIDS-patienter i behandling. Opgørelsen tager udgangspunkt i de gennemsnitlige udgifter pr. sengedag, der så suppleres ~~mød~~ vurderinger af de særlige udgifter, ~~som~~ følger af behandling og pleje af AIDS-patienter.

De gennemsnitlige sengedagsudgifter er opgjort til ca. 3.500 kr. inkl. forrentning og afskrivning, og ca. 3.000 kr. ekskl. forrentning og afskrivning. Hvilken af de 2 sengedagsudgifter, der er det relevante udgiftsudtryk, beror på, hvor-

vidt tilgangen af AIDS-patienter kan rummes inden for den nuværende kapacitet - kapacitet her forstået både kvalitativt og kvantitativt.

Ved opgørelsen/vurderingen af de særlige ekstraudgifter til behandling og pleje af AIDS-patienter, er der i opgørelsen peget på særlige udgifter til dels personale som følge af ekstra plejebehov, og dels varekøb som følge af større diagnosticerings- og medicinudgifter samt kapacitetstræk på tværgående afdelinger.

De særlige udgifter til pleje skyldes, at AIDS-patienter følges ambulant meget langt i forløbet, og ved indlæggelser ofte er i en så dårlig tilstand, at der bliver tale om intensiv observation, pleje og behandling. Merudgifterne til plejepersonale er specificeret opgjort til 570-645 kr. pr. sengedag for AIDS-patienter (1985-PL-niveau). For så vidt angår specifikationer henvises til bilag 2.

De øvrige særlige udgifter skal henføres til ekstra diagnosticeringsundersøgelser på Statens Seruminstitut samt merudgifter til lægemidler og diverse ekstra undersøgelser på tværgående afdelinger.

Det har ikke været muligt at foretage en præcis opgørelse af merudgifterne til diagnosticering, medicin og undersøgelser på tværgående afdelinger. I undersøgelsen er disse udgifter vurderet til mellem 500 og 1.000 kr. pr. sengedag for AIDS-patienter.

Konklusionen på undersøgelsen af sengedagsudgiften for AIDS-patienter på Hvidovre hospital kan sammenfattes således:

Tabel 4.2. Sengedagsudgiften for AIDS-patienter (Hvidovre hospital).

Udgiftstyper	Minimum	Maksimum
-- kr. i 1986 pl-niveau --		
Grundudgift	3.000	3.500
Merudgifter, pleje	580	660
Merudgifter i øvrigt	500	1.000
I alt ca.	4.000	5.000

Arbejdsgruppen har på dette grundlag fundet, at en relevant sengedagsudgift for en AIDS-patient må være omkring 4.500 kr. i 1986 pl-niveau.

Det er sammenfattende arbejdsgruppens opfattelse, at der ved undersøgelsen af sengedagsudgiften for AIDS-patienter på Hvidovre hospital er foretaget et grundigt analysearbejde.

Det står imidlertid tilbage, at udgifter i størrelsesordenen 500-1.000 kr. pr. sengedag kun kan sandsynliggøres, men ikke dokumenteres som merudgifter ved AIDS-patienter. Beregningen af sengedagsudgiften bygger på en gennemsnitsudgift pr. sengedag, som i sammenligning med andre sygehuse er ret høj, men som skyldes, at der er tale om et højt specialiseret hospital. Da AIDS-patienterne med det nuværende undersøgelses- og behandlingsprogram netop kræver et højt specialiseret sygehus, kan den relativ høje gennemsnitlige sengedagsudgift være berettiget som grundlag for opgørelsen.

Arbejdsgruppen er opmærksom på, at den valgte metode til opgørelse af sengedagsudgiften for AIDS-patienter afviger fra de gældende regler for beregning af betalingen pr. sengedag, jfr. indenrigsministeriets cirkulære af 22. december 1980 om beregningen af betalingen for sygehusbehandling. Dette indebærer, at den her beregnede sengedagsudgift på 4.500 kr. for AIDS-patienter vil ligge højere end den udifferentierede takst på ca. 3.470 kr. (1985-priser), som Hvidovre hospital vil kunne afkræve amtskommuner, som har indlagt AIDS-patienter på hospitalet.

Arbejdsgruppen er endvidere opmærksom på, at det af indenrigsministeren nedsatte statsligt-kommunale udvalg om vejledende retningslinier for sygehusplanlægningen, revision af betalings- og visitationsordningerne m.v. i januar 1986 til indenrigsministeriet har afgivet en redegørelse om vurdering og eventuel revision af reglerne om beregning og betaling for sygehusbehandling. Det fremgår af denne redegørelse, at sengedagsudgiften på lands- og landsdelssygehuse bør beregnes på afdelingsniveau, og det er arbejdsgruppens opfattelse, at en sådan beregningsmåde vil give et mere velunderbygget grundlag for beregningen af, hvad de faktiske sengedagsudgifter pr. AIDS-patient andrager.

Arbejdsgruppen finder, at der bør skabes harmoni mellem de almindelige principper og metoder for opgørelse af sengedagsudgifter i henhold til sygehusloven og beregningen af sengedagsprisen for AIDS-patienter, når betingelserne herfor er til stede. Arbejdsgruppen har ikke haft tidsmæssige muligheder for nærmere at undersøge mulighederne for at gennemføre en sådan harmonisering.

KAPITEL 5. OPGØRELSE AF AIDS-UDGIFTSBEHOV-

5.1. Indledning.

I dette kapitel vil der blive foretaget en opgørelse af AIDS-udgiftsbehov på baggrund af fremstillingen i kapitel 4 af udgiftsområder, hvor der er en skav regional udgiftsfordeling.

Beregning af udgiftsbehovet på de udvalgte områder henføres til kriteriet: antal nyregistrerede AIDS-patienter.

5.2. Beskrivelse af antal helbredsundersøgelser og AIDS-patienters sengedagsforbrug.

På baggrund af arbejdsgruppens overvejelser om, hvilke udgiftsområder, der skal inddrages i udligningsovervejelserne, foretages der i dette afsnit en statistisk beskrivelse af antal forebyggende og opfølgende helbredsundersøgelser i 1985. Tilsvarende opgøres antal AIDS-patienter og sengedagsforbruget.

På grundlag af de foreløbige erfaringer har arbejdsgruppen skønnet over udviklingen i antal helbredsundersøgelser og sengedagsforbrug i de nærmeste år. Det skal fremhæves, at den foreliggende viden om sygdomsforløbet for AIDS er meget begrænset på baggrund af den korte erfaringsperiode. Arbejdsgruppen har derfor måttet opstille nogle forudsætninger om sygdommens udbredelse i de kommende år. Samtidig er der taget udgangspunkt i det nuværende undersøgelses- og behandlingsprogram.

De forebyggende helbredsundersøgelser for smitte med AIDS-virus foretages enten hos egen læge, på klinikker for veneriske sygdomme eller på de særlige undersøgelsesklinikker. Det samlede antal forebyggende helbredsundersøgelser kan opgøres til ca. 15.000 i 1985, heraf udføres ca. 4.000 på undersøgelsesklinikkerne, jfr. b i 1 og 3. Der er nogen usikkerhed omkring dette antal, da der kan være dobbeltregistreringer for eksempelvis personer, som hos egen læge får konstateret antistoffer i blodet.

Personer, der hos den praktiserende læge findes antistofpositive, henvises til en undersøgelsesklinik, hvor der yderligere foretages en konfirmatorisk prøve og en udvidet immunologisk undersøgelse.

Det antages, at der findes AIDS-virus i blodet på ca. 25 pct. af samtlige personer, som henvender sig på undersøgelses-klinikkerne.

Ud fra erfaring med LAV/-HTLV-III-lignende virus må det antages, at infektionen er livslang. Disse patienter følges i øjeblikket hver 3.-6. måned med en opfølgende helbredsundersøgelse.

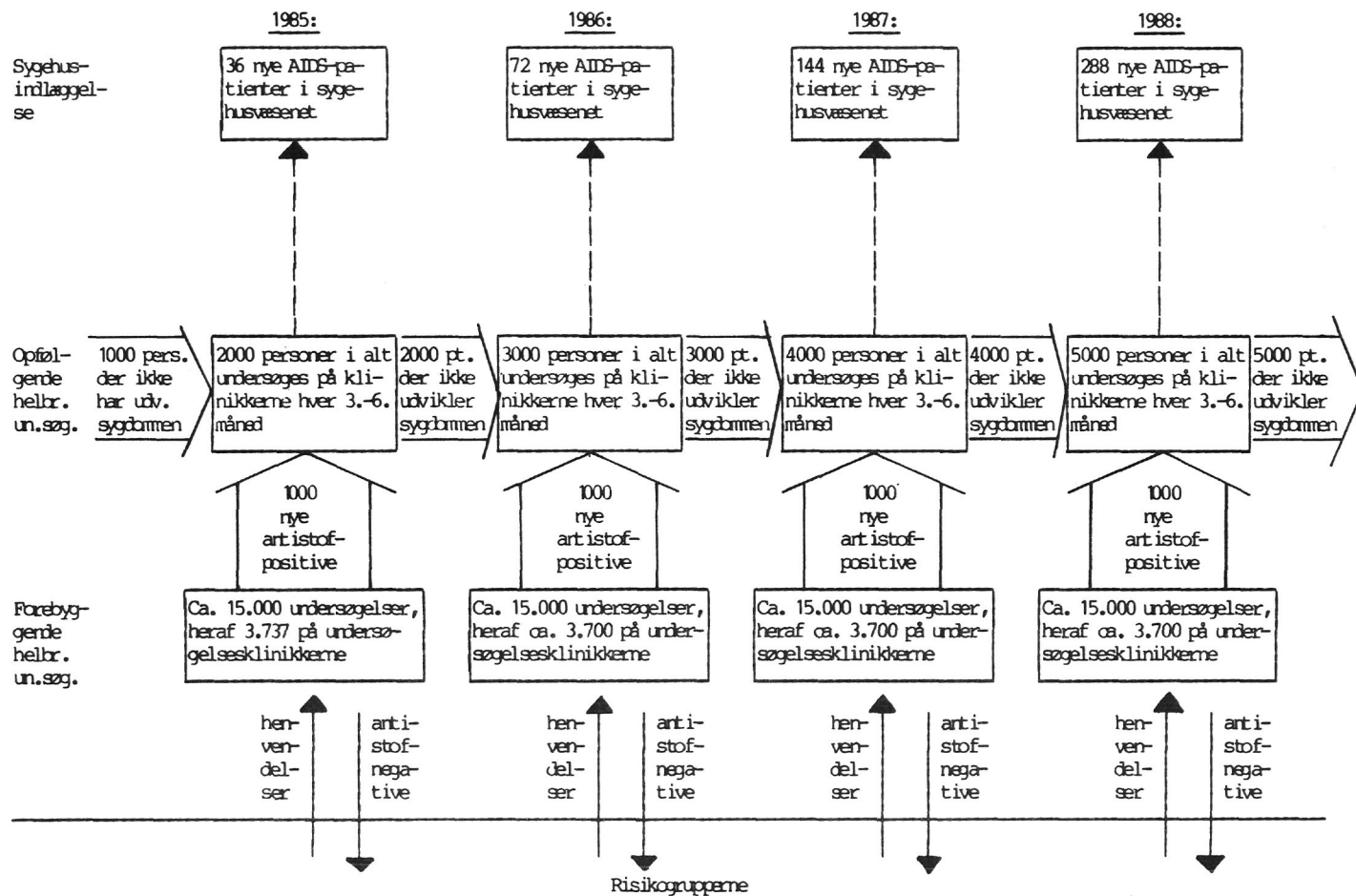
Endvidere har man i 1985 registreret 36 nyanmeldte AIDS-tilfælde, jfr. tabel 3.1. Udenlandske erfaringer viser, at der sker en årlig fordobling af AIDS-tilfælde. Som det fremgår af tabel 3.1. har disse erfaringer vist sig at passe nogenlunde på danske forhold.

På baggrund af den korte erfaringsperiode med hensyn til sygdommens udvikling og spredning er det forbundet med usikkerhed at forudsige sygdommens udvikling i de kommende år og dermed også undersøgelses- og behandlingsbehovet. Arbejdsgruppen har derfor forudsat, at mønsteret for undersøgelses- og behandlingsbehovet videreføres i de kommende år. Dette indebærer, at

- antallet af henvendelser på undersøgelsesklinikkerne og hos egen læge m.v. for at få foretaget en forebyggende helbredsundersøgelse bibeholdes på 1985-niveauet, 25 pct. af henvendelserne på undersøgelsesklinikkerne er antistofpositive, og antallet af nye AIDS-patienter fordobles hvert år.

Under disse forudsætninger angives det faktiske og forventede antal henvendelser, undersøgelser m.v. vedrørende sygdommen AIDS i figur 5.1.

Figur 5.1. Grafisk illustration af antal henvendelser, undersøgelser m.v. vedrørende sygdommen AIDS, 1985-88.



Figuren viser, at der i 1985 er foretaget ca. 15.000 immunstatusundersøgelser/blodprøveundersøgelser, hvoraf ca. 3.700 er foretaget på undersøgelseskiinikker. Ved disse forebyggende helbredsundersøgelser findes ca. 1.000 personer at have AIDS-virus i blodet. Disse personer vil blive tilbudt en konfirmatorisk prøve.

Hvis også denne prøve er positiv, vil personer uden andre symptomer blive tilbudt en opfølgende helbredsundersøgelse hver 3.-6. måned. Det antages, at ca. 1.000 personer har fået konstateret AIDS-virus i blodet i årene forud for 1985. I alt vil der således være ca. 2.000 personer, som i 1985 har fået tilbudt en opfølgende helbredsundersøgelse, og som også i årene herefter får tilbudt disse undersøgelser, medmindre personen udvikler sygdommen AIDS eller forstadier til/symptomer herpå.

I 1985 er der registreret 36 nye AIDS-patienter i Danmark.

Det er forbundet med stor usikkerhed at skønne over sygdommens udbredelse. Arbejdsgruppen har derfor forudsat, at antallet af henvendelser for at få foretaget en forebyggende helbredsundersøgelse vil svare nogenlunde til forholdene i 1985.

Antages det videre, at der blandt disse findes den samme procentuelle andel, som har AIDS-virus i blodet, får man en nytilgang på 1.000 personer, som skal tilbydes en opfølgende helbredsundersøgelse. I 1986 vil der således være ca. 3.000 personer, som skal tilbydes disse undersøgelser. Med disse forudsætninger stiger antallet af personer, som tilbydes en opfølgende helbredsundersøgelse årligt med ca. 1.000.

Endelig viser udenlandske erfaringer, at der sker en årlig fordobling af nye AIDS-patienter. Et forhold, som viser sig at passe nogenlunde på danske forhold.

5.3. Udgiftsbehovsopgørelse pr. nyregistreret AIDS-patient.

Som nævnt i indledningen tages der udgangspunkt i kriteriet: antal nyregistrerede AIDS-patienter. Til dette kriterium knyttes dels de sengedagsudgifter (herunder ambulante behandlinger og deldøgnsbehandlinger), som en AIDS-patient i gennemsnit koster i hele sygdomsforløbet, dels et tillæg til senge-

dagsudgiften for udgifter til helbredsundersøgelser i det pågældende år.

Arbejdsgruppen har valgt denne løsning af flere grunde. For det første kan man herved undgå at benytte flere kriterier. For det andet kan antal henvendelser for at få foretaget en forebyggende helbredsundersøgelse påvirkes af amtskommunerne og dermed minde om en refusionsordning.

Kriteriet antal nyregistrerede AIDS-patienter beskrives nærmere i kapitel 6.

I dette kapitel opstilles alene en opgørelse af udgifter, der henføres til hver AIDS-patient. Det skal understreges, at denne udgift alene opgøres af hensyn til udligningen af AIDS-udgifterne mellem amtskommunerne og altså ikke er et udtryk for de samfundsmæssige omkostninger ved en AIDS-patient.

Under forudsætning af, at hver AIDS-patient under hele sygdomsforløbet i gennemsnit bruger 100 sengedage, jfr. kapitel 4, og at sengedagsudgifterne andrager 4.500 kr., jfr. kapitel 4, koster en AIDS-patient i gennemsnit 450.000 kr. i hele sygdomsforløbet (1986-prisniveau), jfr. nedenstående tabel 5.1.

Amtskommunernes udgifter til opfølgende helbredsundersøgelser kan i 1986 opgøres til i alt ca. 20 mio. kr., hvoraf ca. 16 mio. kr. vedrører personer, der har fået påvist antistoffer i blodet i årene op til og med 1985. Hver af disse forventes at få 3 helbredsundersøgelser årligt, svarende til en samlet årlig udgift på ca. 16 mio. kr. i 1986. Nytilgangen i 1985 forventes at andrage ca. 1.000 personer, som gennemsnitligt forventes at få 1 1/2 helbredsundersøgelse svarende til en samlet årlig udgift på ca. 4 mio. kr. i 1986. Dette medfører et tillæg for hver af de 72 AIDS-patienter på 275.000 kr. i 1986.

I de efterfølgende år forøges antallet af personer, der skal have foretaget opfølgende helbredsundersøgelser, med 1.000. Tillægget for opfølgende helbredsundersøgelser bliver derfor 190.000 kr. i 1987 og 125.000 kr. i 1988, når der tages hensyn til den forventede fordobling af nye AIDS-patienter i disse år.

Tabel 5.1. Beregning af udgifter til sygehusophold og helbredsundersøgelser i alt og pr. AIDS-patient, 1986-88. (1986-prisniveau.)

Forventet antal patienter, der får stillet AIDS-diagnosen i året:		1986			1987			1988		
		72 nye AIDS-patienter			144 nye AIDS-patienter			288 nye AIDS-patienter		
	Udgift pr. sengedag/unders. kr.	Antal sengedag/unders.	Udgift i alt mio.kr.	Udgift pr. AIDS-patient kr.	Antal sengedag/unders.	Udgift i alt mio.kr.	Udgift pr. AIDS-patient kr.	Antal sengedag/unders.	Udgift i alt mio.kr.	Udgift pr. AIDS-patient kr.
Sygehusophold: ¹⁾	4.500	7.200	32	450.000	14.400	65	450.000	28.800	130	450.000
<u>Opfølgende helbredsundersøgelser:</u>										
- påvist antistofpositiv i tidl. år ²⁾	2.643	6.000	16	275.000	9.000	24	190.000	12.000	32	125.000
- påvist antistofpositiv i påg. år ³⁾	2.643	1.500	4		1.500	4		1.500	4	
<u>Forebyggende helbredsundersøgelser:</u>										
a. Undersøgelsesklinikkerne.										
- alle henvendelser	590	3.700	2	95.000	3.700	2	50.000	3.700	2	25.000
- yderligere undersøgelse af antistofpositive ⁴⁾	2.717	1.000	3		1.000	3		1.000	3	
b. Hos egen læge m.v.	150	11.000 ⁵⁾	2		11.000	2		11.000	2	
I alt			59	820.000		100	690.000		173	600.000

1) Der er forudsat et gennemsnitligt sengedagsforbrug pr. AIDS-patient på 100 i hele sygdomsforløbet.

2) Det forudsættes, at der gennemsnitligt foretages 3 opfølgende helbredsundersøgelser pr. år.

3) Det forudsættes, at der gennemsnitligt foretages 1 1/2 opfølgende helbredsundersøgelser pr. år.

4) Undersøgelser viser, at der konstateres AIDS-virus hos 25 pct. af personerne, der henvender sig på undersøgelsesklinikkerne.

5) Skøn, jfr. teksten.

For så vidt angår udgifterne til de forebyggende helbredsundersøgelser er der forudsat en uændret søgning og en uændret andel af undersøgelserne, hvor der findes antistoffer i blodet. De samlede årlige udgifter kan herefter opgøres til ca. 7 mio.kr. årlig.

Udgiften pr. AIDS-patient kan i årene 1986-88 opgøres til henholdsvis 95.000 kr., 50.000 kr. og 25.000 kr.

De samlede forventede udgifter til undersøgelse og behandling af AIDS kan skønsmæssigt ansættes til ca. 59 mio. kr. i 1986, ca. 100 mio. kr. i 1987 og ca. 173 mio. kr. i 1988.

De angivne udgiftsbehovsskøn pr. nyregistreret AIDS-patient er behæftet med nogen usikkerhed. For det første er der taget udgangspunkt i en videreførelse af nuværende undersøgelses- og behandlingsbehov i de kommende år. For det andet er det gældende undersøgelses- og behandlingsprogram lagt til grund for beregningen af udgiftsskønnene. Disse forhold er da også begrundelsen for, at arbejdsgruppen anbefaler, at en eventuel udligningsordning foreløbig løber i 3 år og derefter skal genvurderes i lyset af de da indhøstede erfaringer.

Endelig har arbejdsgruppen overvejet, hvorvidt udgiftsbehovsopgørelsen for kriteriet nye AIDS-patienter giver et tilstrækkeligt sikkert udtryk for den pågældende amtskommunes faktiske udgifter til undersøgelse og behandling for AIDS i det år, hvor tilskuddet udløses. På den ene side vil AIDS-smittede patienter, der ikke har fået stillet AIDS-diagnosen, belaste sygehusvæsenet, fordi de ikke indgår i kriterieopgørelsen. Trækket på sygehusvæsenet kan enten ske i form af ambulante behandlinger/deldøgn eller ved egentlige sygehusophold af kortere eller længere varighed.

På den anden side viser undersøgelser i bilag 2, at ca. 2/3 af sengedagene efter de seneste erfaringer for en AIDS-patient falder, efter at AIDS-diagnosen er stillet. Arbejdsgruppen har vurderet, at disse to modsatrettede forhold i det væsentlige ophæver hinanden.

KAPITEL 6. UDLIGNING AF AIDS-UDGIFTSBEHOV.

6.1. Indledning.

Under henvisning til bilag 4 indledes kapitel 6 med en summarisk beskrivelse af formål og virkemåde i det generelle system for udligning af udgiftsbehov mellem amtskommunerne. Det fremgår heraf, at det generelle system er indrettet således, at det ikke udligner de nuværende AIDS-udgifter med nogen nævneværdig effekt.

Et politisk ønske om udligning af de nuværende AIDS-udgifter peger således mod en specielt konstrueret udligningsordning til dette formål. På den baggrund gives der herefter i afsnit 6.3 et rids af de eksisterende specielle udligningsordninger.

I afsnit 6.4.1-2 indkredses og udmøntes rammerne for en speciel udligningsordning for AIDS-udgifterne. Herefter opstilles der i afsnit 6.4.3 model(ler) for en speciel udligningsordning for AIDS-udgifterne. Modelopstillingen er bygget på udgiftsbehovsopgørelsen i kapitel 5 og er forberedt til en eventuel fremtidig optagelse i det generelle udligningssystem.

6.2. Det eksisterende generelle udligningssystem.

I bilag 4 er der givet en summarisk beskrivelse af det eksisterende generelle system for udligning mellem amtskommunerne.

Det fremgår af denne beskrivelse, at systemets formål er at give amtskommunerne mere ensartede økonomiske vilkår i betydningen mere lige muligheder for at kunne yde en gennemsnitlig service over for borgerne til en gennemsnitlig skatteprocent.

Med det formål foretages der en generel udligning mellem amtskommunerne med hensyn til de ydre vilkår, som på den ene side spiller en væsentlig rolle for den enkelte amtskommunes økonomi, men som den enkelte amtskommune på den anden side ikke selv kan påvirke.

Der sondres mellem to typer af sådanne ydre vilkår, nemlig dels de amtskommunale udgiftsbehov, som er de "udgifts-krav", den enkelte amtskommune er stillet over for som følge af befolkningens størrelse og alderssammensætning, særlige sociale forhold etc., dels amtskommunens skattegrundlag.

Ved den i bilag 4 angivne beskrivelse af principperne for og udformningen af den generelle udgiftsbehovsudligning fremgår det, at denne ikke udligner de nuværende AIDS-udgifter.

Det skyldes, at de nuværende AIDS-udgifter - og dermed udgiftsbehovene - er meget skævt fordelt i forhold til de udgiftsbehovskriterier, der i dag indgår i det generelle system. Udtrykt anderledes indeholder det eksisterende udligningssystem ikke "udgiftsmålere" (udgiftsbehovskriterier), som tilstrækkeligt præcist registrerer AIDS-udgiftsbehovene. Dette kunne løses ved at udbygge det eksisterende generelle udligningssystem med et udgiftsbehovskriterium, der foretager en mere præcis geografisk registrering af udgiftsbehovene.

En sådan registrering er imidlertid ikke i sig selv tilstrækkelig, idet de samlede nuværende AIDS-udgifter relativt er for små til, at et eventuelt selvstændigt "AIDS-kriterium" med de i dag anvendte opgørelsesprincipper kan gøre sig gældende med nogen særlig vægt. Udtrykt anderledes skal der til et eventuelt AIDS-udgiftsbehovskriterium kunne henføres adskillige 100 mio. kr., før det vil kunne gøre sig gældende med nogen særlig vægt i udgiftsbehovsmålingen blandt de andre 9 kriterier, idet vægtberegningen er baseret på udgifter på i alt ca. 40 mia. kr.

I nedenstående tabel 6.1 er gengivet et forenklet beregningseksempel fra bilag 4, punkt 4. Eksemplet viser, at det eksisterende generelle system for udgiftsbehovsudligning ikke skaber nogen nævneværdig udligning af AIDS-udgifterne med den størrelse og fordeling, de er kortlagt med i kapitel 3-5. I beregningseksemplet er merudgiften på 100 mio. kr. af forenklingensmæssige grunde alene henført til Københavns og Frederiksberg kommuner. Om beregningseksemplets forudsætninger i øvrigt henvises til bilag 4.

Det anses generelt for betænkeligt at supplere det generelle udligningssystem med specielle udligningsordninger, idet det samlede udligningssystem hermed bliver kompliceret, tungt og uoverskueligt.

Tabel 6.1. Virkningen af ny opgave i 1987, jfr. bilag 4.

	(Forenklet) Udgiftsfor- deling for ny opgave	Ændring i udlig- ning (+)gev./ (-)tab	Netto- ud- gift
	----- 1.000 kr. -----		
Københavns kommune	80.000	2.352	+77.648
Frederiksberg kommune	20.000	552	+19.448
Københavns amt	0	-516	+516
Frederiksborg amt	0	-720	+720
Roskilde amt	0	-540	+540
Vestsjællands amt	0	-12	+12
Storstrøms amt	0	228	-228
Bornholms amt	0	12	-12
Fyns amt	0	156	-156
Sønderjyllands amt	0	-84	+84
Ribe amt	0	-240	+240
Vejle amt	0	-192	+192
Ringkøbing amt	0	-396	+396
Århus amt	0	-396	+396
Viborg amt	0	-48	+48
Nordjyllands amt	0	-156	+156
Hele landet	100.000	0	100.000

Det nuværende generelle udligningssystem bygger på den tankegang, at det er den samlede sum af udgiftsbehov (og ikke udgiftsbehovene på enkelte områder), der skal udlignes. Hvis der imidlertid er politisk ønske om at opnå en effektiv udlig-ning af udgiftsbehov på "marginale" områder, må det nødvendigvis ske i en speciel udligningsordning, som må konstrueres til formålet.

Den længeresigtede bestræbelse må imidlertid være, at AIDS-udgifterne udlignes i det generelle system, når behandlingsformerne m.v. fremstår med en større grad af afklaring, og udgifterne i øvrigt eventuelt har udviklet sig til et niveau, hvor de med en vis vægt kan optages i systemet, eventuelt med et særligt udgiftsbehovskriterium.

Et eventuelt specielt udligningssystem for AIDS-udgifter bør derfor udformes således, at en eventuel fremtidig optagelse i det generelle system lettes mest muligt.

6.3. Eksisterende specielle udligningsordninger.

Arbejdsgruppen har kort drøftet de eksisterende specielle ordninger, der er etableret for at give (amts)kommunerne mere lige muligheder for at kunne yde en gennemsnitlig service over for borgerne til en gennemsnitlig skatteprocent.

Disse ordninger kan opdeles på flere måder. Nedenfor gives der alene et summarisk rids med den hensigt at give et indtryk af, at specielle ordninger - alt efter det mere specifikke formål - kan detailkonstrueres på mange måder. Understregningerne nedenfor fremhæver centrale træk ved de forskellige ordninger.

Af sådanne specielle udligningsordninger kan nævnes øtilskudsordningen, hvis formål er at give støtte til de udgiftskrav øerne er stillet over for i form af transportudgifter (sejlads). Tilskuddet fordeles efter kriterier, der hovedsagelig afspejler transportudgifter.

For amtskommunerne kan nævnes den særlige ordning for udligning af udgifter til bløderpatienter, der finansieres ved en reduktion af de generelle statstilskud. Afregningen sker 2 år efter det år, hvor udgifterne er afholdt. Denne ordnings særlige kendetegn er herudover, at den har et bundfradrag på 500.000 kr. pr. patient, men herudover er det en 100 pct.'s refusionsordning.

Endvidere kan nævnes indvandrerstilskud til kommuner, der er særlig belastet med udgifter til indvandrere. Dette tilskud fordeles efter befolkningskriterier, der antages at afspejle de udgiftskrav kommunerne er påført som følge af indvandrere.

Endelig kan nævnes ordningen med tilskud til særligt vanskeligt stillede kommuner. Disse tilskud fordeles efter en bedømmelse af kommunens økonomiske situation.

Af øvrige specielle udligningsordninger kan nævnes ordningen på ungdomsarbejdsløshedsområdet ("lov-488-udligningsordningen"). Denne ordning har karakter af en "cigarkasseord-

ning", idet kommunerne indbetaler et bestemt beløb pr. indbygger til ordningen, hvorefter den herved etablerede pulje fordeles mellem kommunerne efter nogle vægtede og til dels objektive kriterier, der skal afspejle kommunernes belastning på ungdomsarbejdsløshedsområdet.

Endvidere kan nævnes den særlige udligningsordning inden for arbejdstilbudsordningen. Efter denne ordning får kommunerne statsrefusion på 35 kr. pr. løntime, hvorefter der er knyttet en udligningsordning til nettolønudgiften (lønnen til arbejdstilbudsmodtageren minus 35 kr. pr. time). Ordningen udligner 75 pct. af forskellen mellem kommunernes nettolønudgifter og deres befolkningsbetingede andel af hele landets nettolønudgifter.

Tabel 6.1 giver et indtryk af de forskellige specielle udligningsordningers størrelse. Der indgår statsfinansiering i de fleste af disse ordninger.

Tabel 6.2. De specielle udligningsordningers størrelse i 1986.¹⁾

Ordning	Mio. kr.
Ø-tilskud	10,2
Blødertilskud ²⁾	43,6
Indvandertilskud	41,7
Tilskud til særlig vanskeligt stillede kommuner	103,7
488-udligning ³⁾	332,2
ATB-udligning ⁴⁾	1.391,9

- 1) Som optaget på finansloven for 1986/udmeldt ca. medio 1985.
- 2) Som modregnet i det generelle tilskud for 1986.
- 3) Udligningspuljen.
- 4) Landets nettolønudgifter. ATB betyder arbejdstilbud.

6.4. En speciel udligningsordning for AIDS-udgifter.

6.4.1. Indkredsning af specialmodel for udligning af AIDS-udgifter.

Det fremgår af afsnit 6.2, at det eksisterende generelle udligningssystem ikke giver nogen nævneværdig udligning mellem amtskommunerne af de nuværende AIDS-udgifter, jfr. også beregningseksemplet i tabel 6.1.

Det fremgår endvidere, at det langsigtede mål må være en udbygning af det generelle system, men samtidig at AIDS-udgifterne indtil videre relativt er for små til at kunne opfanges med nogen særlig vægt i det generelle system. Hertil kommer, at der er behov for at indvinde erfaringer med udviklingen i behandlingsformerne m.v.

Endelig fremgår det af afsnit 6.2, at det anses for betænkeligt at udbygge det generelle udligningssystem med specielle udligningsordninger, idet det samlede udligningssystem herved bliver kompliceret, tungt og uoverskueligt.

I tidens løb har der imidlertid været et politisk ønske om at opnå en effektiv udligning af udgiftsbehov på "marginale" områder, hvilket har ført til etablering af nogle få ordninger, der er udformet med specielt sigte, jfr. afsnit 6.3.

Arbejdsgruppen har overvejet, om nogle af de særlige kendetegn ved de eksisterende specielle udligningsordninger enten enkeltvis eller i kombinationer hensigtsmæssigt kunne lægges til grund ved opstilling af en speciel model for udligning af AIDS-udgifterne.

Således har arbejdsgruppen bl.a. kort drøftet en "cigar-kasseordning" (jfr. afsnit 6.3 om den statsfinansielt neutrale 488-udligningsordning), hvorefter alle amtskommunerne kunne indbetale et bestemt beløb, f.eks. pr. indbygger, til en pulje, der så efter AIDS-udgiftsbehov kunne fordeles til de amtskommuner, som har AIDS-udgifterne/udgiftsbehovene.

Sammenfattende er det arbejdsgruppens opfattelse, at de eksisterende specielle udligningsordninger har fortrin hver på sit område.

Arbejdsgruppen har i overvejelserne i øvrigt om en mulig udligningsordning for AIDS-udgifter herefter været vejledt af det hensigtsmæssige i, at en eventuel AIDS-udligningsordning opbygges med størst mulig parallellitet til det generelle udligningssystem.

Denne vejledning af overvejelserne har været bestemt af to forhold. For det første har arbejdsgruppen ikke kunnet finde afgørende grunde til ikke at anvende principperne i det generelle udligningssystem (jfr. bilag 4) ved udarbejdelsen af forslag til model(ler) for udligning af AIDS-udgifter. For det andet er det arbejdsgruppens opfattelse, at en fortsat vækst i AIDS-udgifterne og en stabilisering af behandlingsformer m.v. bør føre til, at det generelle udligningssystem tilpasses således, at AIDS-udligningen optages heri.

En optagelse i det generelle system er således til dels forberedt ved at holde overvejelserne om udformningen af en speciel udligningsordning inden for rammerne af de principper, der ligger til grund for opbygningen af det generelle udligningssystem.

6.4.2. Udmøntning af rammerne for den valgte specialmodel.

Ved opstilling af et specielt AIDS-udligningssystem inden for rammerne af de principper, der er lagt til grund i det generelle system, må der tages stilling til flere forhold, der kan opdeles således:

- 1) opgørelse af udgiftsbehovene - dvs. de udgifter, der ønskes udlignet - samt i den forbindelse udmøntning af et udgiftsbehovskriterium,
- 2) valg af fordelingsnøgle, dvs. den "ønskede" udgiftsfordeling,
- 3) valg af udligningsniveau.

Efter afklaring af 1-3 kan der foretages en konkret udformning af en udligningsordning, hvilket gøres i afsnit 6.4.3.

I afsnit 6.4.2.1-3 nedenfor behandles 1-3.

6.4.2.1. Opgørelse af udgiftsbehov/valg af udgiftsbehovskriterium.

Udgiftsbehovene kan principielt opgøres på to forskellige måder, nemlig enten som de faktiske udgifter på området eller som en beregnet "standardudgift".

Anvendelse af faktiske udgifter kan komme på tale i det omfang, den enkelte amtskommune kun har en meget beskeden eller ingen indflydelse på udgifternes størrelse (dvs. såvel på antallet af patienter som på udgiften i kroner pr. behandling pr. sengedag o. lign.). I dette tilfælde vil de faktiske udgifter afspejle udgiftsbehovene.

I det her behandlede tilfælde må det dog realistisk antages, at den enkelte amtskommune - som ved anden sygehusbehandling - i et vist omfang selv kan påvirke omend ikke antallet af patienter så udgifterne. For at undgå, at den enkelte amtskommune herved kan påvirke udligningsberegningen, må udgiftsbehovene derfor opgøres på anden vis, dvs. som en standardtakst. Herved undgås det, at udligningen i praksis kommer til at virke som en refusionsordning, der vil betale størst støtte til den mindst effektive behandling og den mest kostbare pleje.

Overvejelser af bl.a. den anførte karakter har ligget til grund for den indfaldsvinkel, arbejdsgruppen har valgt ved belysningen, afgrænsningen og opgørelsen af amternes AIDS-udgifter, jfr. kapitel 3-5.

Arbejdsgruppen er således kommet til den slutning, at de regionalt skævt fordelte AIDS-udgifter kan måles ved hjælp af kriteriet "antal nyregistrerede AIDS-patienter".

Dette kriterium opsamler, som det er beskrevet i kapitel 5, de centrale skævdelte udgifter (jfr. kapitel 4) i forbindelse med forebyggende og opfølgende helbredsundersøgelser for smitte med AIDS-virus, samt det sengedagsforbrug m.v., der er knyttet til behandlingen af tiltagende immundefekt og sygdommen AIDS. Kriteriet antages, som beskrevet i kapitel 5, at udvise samvariation med amtskommunernes udgifter til AIDS, ligesom det er upåvirkeligt af amtskommunale beslutninger og løbende registreres via anmeldelsespligt til sundhedsstyrelsen.

I kapitel 5 er der redegjort for forudsætningerne for og beregningen af kriteriets udgiftsmæssige værdi i årene 1986-88.

usikkerhed omkring smitte- og sygdomsudbredelse m.v. samt udviklingen i behandlingsformer har medført, at arbejdsgruppen ikke finder det forsvarligt at fastlægge kriteriets værdi foreløbig for mere end en 3-årig periode.

Med den eksisterende viden på området finder arbejdsgruppen ikke, at kriteriets udgiftsværdi på nuværende tidspunkt kan fastlægges bedre, end det er anvist i kapitel 5. Man erkender imidlertid, at der i 3-års perioden kan ske udvikling i de forudsætninger, som beregningen af kriteriets udgiftsværdi er opbygget på.

Arbejdsgruppen skal således foreslå, at der opbygges informationssystemer, der kan give sikker viden om udviklingen i de forhold, som kriteriets udgiftsværdi er opbygget på.

Såfremt det herved måtte vise sig, at forudsætningerne for kriteriets udgiftsværdi i 3-års perioden afgørende bryder, må kriteriets udgiftsværdi tages op til en ny beregning for så vidt angår dets fremtidige værdi.

Sundhedsstyrelsen bør inden 1. januar 1989 tilvejebringe et grundlag, der belyser udviklingen i årene 1986, 1987 og 1988.

Under disse forudsætninger kan arbejdsgruppen foreslå, at kriteriet "antal nyregistrerede AIDS-patienter", som det er beskrevet i kapitel 5, anvendes til at måle AIDS-udgiftsbehov i en eventuel udligningsordning foreløbig for en 3-årig periode, hvorefter den samlede udligningsordning bør tages op til revision, herunder til, overvejelse om indplacering i det generelle udligningssystem.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at opbygning af de ovenfor nævnte informationssystemer må foretages således, at der sikres videst mulig parallellitet til det generelle systems informationssystemer.

6.4.2.2. Valg af fordelingsnøgle.

Ved valg af fordelingsnøgle forekommer det ligeledes hensigtsmæssigt at bygge på de principper, der er gældende for det generelle system for udligning af udgiftsbehov. Herved

skabes der den bedst mulige "korrespondance" mellem de to systemer, ligesom det vil skabe de mindst mulige overgangsproblemer, såfremt det på et tidspunkt måtte vise sig muligt at indarbejde en eventuel speciel AIDS-udligningsordning i det generelle system.

Arbejdsgruppen når på den baggrund frem til, at udligningen kan foretages på udgiftsbehovet opgjort i kroner pr. indbygger i den enkelte amtskommune, således at der udlignes i forhold til det landsgennemsnitlige udgiftsbehov.

Tilskud/tilsvar for den enkelte amtskommune beregnes i en sådan ordning som differencen mellem amtskommunens udgiftsbehov pr. indbygger og det landsgennemsnitlige udgiftsbehov pr. indbygger ganget med amtskommunens folketal. Amtskommunernes folketal anvendes således som fordelingsnøgle. Tilskud/tilsvar kan herefter som udgangspunkt på beregningsform opstilles således for amtskommune "X":

X's tilskud(+)/tilsvar(-) =

$$\left[\frac{\text{X's "antal nyregistrerede AIDS-patienter" i året gange med kriteriets udgiftsværdi i året}}{\text{X's folketal}} - \frac{\text{landets "antal nyregistrerede AIDS-patienter" i året gange kriteriets udgiftsværdi i året}}{\text{landets folketal}} \right] \times \text{X's folketal}$$

Tilskud/tilsvar nedsættes/reguleres herefter ved at gange med det valgte udligningsniveau og foretage korrektioner for regionale lønforskelle, jfr. 6.4.2.3.

Et alternativt synspunkt kunne være, at den finansielle belastning i form af ændring i beskatningsniveauet, der følger af udgiftsbehov og udligningsordning, bør være den samme i alle amtskommuner.

Dette ville indebære, at amtskommunernes beskatningsgrundlag skulle indgå som fordelingsnøgle i udligningen i stedet for folketallet. Med et udgiftsniveau, som det for 1987 er forudsat i kapitel 5, ville det ved fuld udligning svare til

en forøgelse af beskatningsniveauet i alle amtskommunerne med 0,04 procentpoint.

Det er vanskeligt ud fra principielle kriterier at anbefale den ene fordelingsnøgle frem for den anden. Valget af beskatningsgrundlag betyder reelt, at udligningsniveauet for udgiftsbehov og beskatningsgrundlag for amtskommunerne ikke længere er ens. Valget af folketal som fordelingsnøgle betyder, at udligningsniveauerne er de samme, og at det derfor senere vil være lettere at indarbejde ordningen i det generelle system. Derfor har arbejdsgruppen arbejdet videre med folketallet som fordelingsnøgle.

6.4.2.3. Valg af udligningsniveau.

I det generelle system udlignes ikke fuldt ud, idet "kun" 85 pct. af forskellene i udgiftsbehov (og beskatningsgrundlag) amtskommunerne imellem udlignes i 1987. Endvidere foretages der korrektion for regionale lønforskelle.

Udligningsniveauet på under 100 pct. er bl.a. begrundet i de måleproblemer, der er ved opgørelsen af udgiftsbehovene. Tilsvarende er opgørelsen af ÅIDS-udgiftsbehov forbundet med måleproblemer. Der forekommer således ikke at være særlige argumenter, der kan begrunde, at udligningsniveauet i en eventuel speciel AIDS-udligningsordning afviger fra udligningsniveauet i det generelle system. Ved anvendelse af samme udligningsniveau er en eventuel senere indarbejdelse i det generelle system så at sige samtidig forberedt.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at udligningsniveauet i den specielle AIDS-ordning skal svare til udligningsniveauet for udligning af udgiftsbehov i det generelle system, dvs. udgøre 85 pct. Endvidere foreslås det, at der foretages korrektion for regionale lønforskelle.

I det følgende er modellen konkretiseret som en overgangsordning med et udligningsniveau på 85 pct. og med et bidrag fastsat efter befolkningsandelen. Det er en politisk afgørelse, hvilket udligningsniveau der vælges, og hvorledes ordningen finansieres. Eksemplet viser, hvilke administrative aspekter der indgår i udligningsordningen.

6.4.3. Konkret(e) model(ler) for udligning af AIDS-udgifter.

6.4.3.1. Modellens inddata.

Modellens inddata (udgiftsbehovskriterium) er "antal ny-registrerede AIDS-patienter" i løbet af et kalenderår.

Kriteriet indgår for perioden 1986-1988 i modellen med den i kapitel 5, tabel 5.1, opgjorte udgiftsværdi i 1986 pi-niveau. Der foretages pl-regulering af udgiftsværdien, svarende til den pl-regulering, der anvendes ved reguleringen af den kommunale økonomi.

Ligesom i det generelle system for udligning af udgiftsbehov anvendes folketallet som fordelingsnøgle, og der anvendes et udligningsniveau på 85 pct., ligesom der foretages korrektion for regionale lønforskelle..

Det er dateringen for diagnosen på sundhedsstyrelsens formular nr. 4102, jfr. sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 498 af 8. november 1985 om lægers anmeldelse af AIDS, der er afgørende for, til hvilket kalenderår en patient skal henregnes.

Patienten henføres til den amtskommune, hvor den pågældende har folkeregisteradresse på datoen for diagnosens datering på formular nr. 4102, jfr. adresseangivelsen. (Formular nr. 4102 - der er vedlagt som bilag 5 - skal muligvis ændres, så det sikres, at adresseangivelse oplyses som folkeregisteradresse på datoen for diagnosen).

Senest den 1. marts året efter kalenderåret fremsender sundhedsstyrelsen en amtsfordelt AIDS-patientoversigt for det forløbne kalenderår til indenrigsministeriet. Hvis der indbygges flyttekorrektion i modellen, jfr. nedenfor, supplerer sundhedsstyrelsen oversigten med de flyttekorrektioner, der skal foretages for det forløbne kalenderår.

Problemer ved AIDS-patienters flytning mellem amterne.

Arbejdsgruppen har overvejet de betalings- og tilskudsproblemer, der opstår, hvis AIDS-patienter flytter mellem amterne.

Det er arbejdsgruppens principielle opfattelse, at kriteriets udgiftsværdi (tilskuddet) bør fordeles på de amter, der

afholder udgifterne ved en AIDS-patients sygdom, dvs. at tilskuddet følger AIDS-patienten, hvis denne flytter mellem amterne. Arbejdsgruppens overvejelser fra dette udgangspunkt har på den anden side gjort det klart, at det er vanskeligt at opstille en generel ordning, der både er administrativt overkommelig, og som virker hensigtsmæssig ved det enkelte AIDS-tilfælde.

Arbejdsgruppen skal indskrænke sig til at pege på 3 muligheder for delvis at løse de problemer, der opstår ved flytning.

En mulig løsning kunne være, at der i en eventuel lovgivning om en AIDS-udligningsordning optages en bestemmelse om, at betalingsforpligtelserne, uanset bestemmelserne i sygehusloven, påhviler den sygehuskommune, der får tilskuddet, dvs. den amtskommune, hvor patienten har folkeregisteradresse på datoen for diagnosens datering på formular nr. 4102.

Denne ordning er enkel, men er baseret på en fravigelse af det generelle princip i sygehusloven, hvorefter det er bopælsamtskommunen, som har betalingsforpligtelserne for hjemmehørende patienter.

En anden løsning kunne være, at $1/3$ af kriteriets udgiftsværdi henføres til den amtskommune, hvor patienten har folkeregisteradresse på datoen for diagnosens datering på formular nr. 4102, og de resterende $2/3$ følger patienten ved en eventuel flytning.

De flytningsbaserede $2/3$ af kriteriets udgiftsværdi kunne fordeles således: Såfremt en AIDS-patient efter anmeldelsen på formular nr. 4102 flytter folkeregisteradresse til et andet amt, overføres der fra fraflytningsamtet til tilflytningsamtet $2/3$ af $X/12$ af kriteriets udgiftsværdi, hvor $X = 12$ minus det hele antal måneder, der er forløbet siden diagnosens datering på formular nr. 4102.

Denne løsning er baseret på et gennemsnitligt sygdomsforløb for AIDS-patienter, hvorefter 1. indlæggelse, jfr. afsnit 4.4.3.1, sker ca. 1 $1/2$ år før dødsfald, og ca. $1/3$ af senge-dagsforbruget er placeret før diagnosestillelsen.

Det ligger i sagens natur, at en løsning, der er baseret på en gennemsnitsbetragtning, kan virke uhensigtsmæssig i det

enkelte tilfælde. Endvidere indebærer ordningen en vis administration.

Arbejdsgruppen skal endelig pege på den mulighed, at en eventuel udligningsordning etableres uden indbygget flyttekorrektur.

En sådan løsning kan begrundes med, at der ikke på forhånd synes at kunne opstilles rimeligt sikre antagelser om et bestemt ensidigt flyttemønster, hvorved effekten af flytninger i tidens løb vil være begrænset. Hvis den antagelse viser sig ikke at holde, kan der efterfølgende indbygges flyttekorrektur i modellen.

Arbejdsgruppen anbefaler, at flyttemønstret følges i den 3-årige periode med henblik på en særlig vurdering heraf, inden der eventuelt indbygges flyttekorrektur i modellen.

6.4.3.2. Udmelding, efterregulering og afregningsform.

a) Generelt om udmelding og efterregulering.

Af hensyn til budgetlægningen foretages der udmelding af den foreløbige udligning for et givet år, senest den 1. juli året forud for tilskuds-/tilsvarsåret (tilskudsåret)¹⁾. En AIDS-udligning for 1987 kan - forudsat lovvedtagelse - efter denne model optages i og udmeldes sammen med den generelle udligning i øvrigt senest den 1. juli 1986.

I de tilfælde, hvor der i de eksisterende tilskuds- og udligningssystemer sker en efterfølgende endelig beregning, foretages denne i princippet, når de anvendte data er endelige, dvs. stabile. En endelig beregning foretages typisk i året efter tilskudsåret.

b) Bagudrettet udligning, udmelding og efterregulering.

I det generelle udligningssystem udlignes der med ca. 1 års forsinkelse i den forstand, at udligning i et givet år overvejende er baseret på data i det foregående år. Bidrag til hovedstadsrådet er dog tidsaktuelt baseret.

1) Tilskuds-/tilsvarsåret benævnes herefter tilskudsåret i overensstemmelse med den almindelige terminologi på området.

Hensynet til parallelliteten tilsiger en tilsvarende bagudrettet udligning i en eventuel AIDS-udligningsordning. Efter en sådan parallelordning vil udligning i 1987 skulle være baseret på 1986-data.

Efter denne model kunne antallet af AIDS-patienter i den foreløbige udmelding fastlægges ved en fremskrivning som 2 gange patientantallet i året 2 år forud for tilskudsåret. Patientantallet kan fordeles svarende til patientfordelingen 2 år forud for tilskudsåret.

I det generelle udligningssystem beregnes tilskud og udligning på endeligt regnskabsgrundlag senest den 1. juli året efter tilskudsåret. Hensynet til parallellitet tilsiger en tilsvarende endelig beregning af tilskud/tilsvar i en eventuel AIDS-udligningsordning.

Den endelige beregning af tilskud/tilsvar for et givet år vil efter denne model skulle baseres på det faktiske antal AIDS-patienter og disses faktiske amtsfordeling i året forud for tilskudsåret.

c) Tidsaktuel udligning, udmelding og efterregulering.

Udligning i et givet år kan også baseres på data for samme år. En sådan tidsaktuel udligning vil eliminere den betydelige forsinkelse i udligningseffekten, der følger af den eksponentielle udvikling i antallet af AIDS-patienter, i forhold til den tidsforsinkelse, der indgår i det generelle udligningssystem. Den årlige fordobling i antallet af AIDS-patienter kunne tilsige anvendelse af tidsaktuel udligning og dermed fravigelse af den almindelige bagudrettede udligning. På den anden side stiger usikkerheden om størrelsen af efterreguleringen i en sådan tidsaktuel udligning, idet datagrundlaget i den foreløbige udmelding skal fremskrives endnu et år.

Efter modellen for tidsaktuel udligning kunne antallet af AIDS-patienter i den foreløbige udmelding for 1987 (udmeldes senest den 1. juli 1986) fastlægges som 4 gange patientantallet i 1985, og fordeles som i 1985.

Den endelige beregning af tilskud/tilsvar for et givet år vil i den tidsaktuelle model for udligning skulle baseres på det faktiske antal AIDS-patienter og disses faktiske amtsfor-

deling i tilskudsåret. Beregningen vil kunne foretages senest den 1. juli året efter tilskudsåret, dvs. tidsmæssigt som i modellen for bagudrettet udligning.

d) Afregningsform.

Arbejdsgruppen foreslår, at afregningen foretages af statsskattedirektoratet via tolvtedelsafregningerne i lighed med de øvrige tilskuds- og udligningssystemer.

e) Ddligningsordning og eventuel tilskudsnedsættelse for realvækst i 1986.

Vedrørende en eventuel AIDS-udligningsordning skal det bemærkes, at indenrigsministeren overfor folketetinget har tilkendegivet, at det på linie med de generelle kommunale udligningsordninger er tanken, at tilskud/tilsvar konteres på hovedkonto 8 under finansiering. Da der ved denne kontering ikke er tale om driftsindtægt/udgift, vil en eventuel udligningsordning ikke øve indflydelse på den realvækstopgørelse, der lægges til grund for en eventuel tilskudsnedsættelse i 1986.

6.4.3.3. Ikrafttræden.

En bagudrettet udligning vil, hvis den starter 1. januar 1987, være baseret på de seneste skøn for udgiftsniveauet i 1986. Udgiftsniveauet i 1987 er forventeligt 50 pct. til 100 pct. højere end udgiftsniveauet i 1986.

En tidsaktuel udligning vil, hvis den starter 1. januar 1987, være baseret på et skøn over udgiftsniveauet i 1987 og i 1986, hvis det er forudsat, at ordningen skal gælde for de tre år 1986-88.

Arbejdsgruppen har ikke taget stilling til, hvorvidt ordningen skal gælde fra 1. januar 1986 eller 1. januar 1987.

6.4.3.4. Beregningseksempel.

Af tabel 6.3 nedenfor fremgår et beregningseksempel, der er opstillet under antagelse af et udgiftsbehovsniveau på 59 mio. kr., som anført i kapitel 5 i tabel 5.1 for 1986.

De 59 mio. kr. er i kolonne 1 fordelt på amtskommunerne svarende til disses andel af den samlede tilgang på 72 AIDS-patienter indtil den 31. december 1985, jfr. kapitel 3, tabel 3.3, hvor de 3 patienter under "ukendt + andet" i beregningen

er fordelt med 1 til Københavns kommune, 1 til Frederiksberg kommune og 1 til Københavns amt.

I kolonne 3 er udgiftsbehov pr. indbygger beregnet, og tilskud/tilsvar i kolonne 4 er herefter beregnet ved at trække landets udgiftsbehov pr. indbygger fra amtskommunens udgiftsbehov pr. indbygger og gange differencen med amtskommunens folketal.

I kolonne 5 nedsættes de beregnede tilskud/tilsvar i kolonne 4 ved at gange med udligningsniveauet på 85 pct.

I kolonne 6-9 foretages korrektion for regionale lønforskelle således: I kolonne 6 er anført indeks for regionale lønforskelle. I kolonne 7 beregnes tilskud/tilsvar i lokalt lønniveau ved at gange tilskud/tilsvar i kolonne 5 med indeks i kolonne 6.

I kolonne 8 foretages der herefter korrektion for neutralitet ved at fordele summen af kolonne 7 negativt med andel af beskatningsgrundlag (1986-budget) som fordelingsnøgle. Tilskud/tilsvar i kolonne 9 er således tilskud/tilsvar i lokalt lønniveau korrigeret for neutralitet, dvs. kolonne 7 + 8.

Beregnet tilskud/tilsvar fremgår af kolonne 10, som er en tolvtedelsafrounding af kolonne 9.

1/12 af tilskud/tilsvar i kolonne 10 er det beløb, der månedligt skal afregnes af statsskattedirektoratet.

6.4.3.5. Revision af udligningsordningen.

Arbejdsgruppen foreslår, at en eventuel speciel udligningsordning får virkning for foreløbig en 3-årig periode med henblik på at indvinde erfaringer til en eventuel permanent ordning, herunder overvejelser om eventuel indarbejdelse i det generelle udligningssystem.

En eventuel speciel udligningsordning skal således tages op til revision senest den 31. december 3 år efter det år, for hvis data ordningen har haft virkning.

Tabel 6.3. Beregningseksempel for udligningsordningens konsekvenser for forventet udgiftsniveau i 1986.

Amt	AIDS-ud- gifts- behov i 1.000 kr.	Indb.tal pr. 1/1 1986	Udgifts- behov i kr. pr. indb. (kol.1: kol.2)	Tilskud(+)/ tilsvar(-) i 1.000 kr. ((kol.3 - 11,53) x kol.2))	Nedsat til 85%'s udlignings- niveau i 1.000 kr. (kol.4 x 0,85)	Indeks for re- gionale lønforsk. (fore- løbigt)	Tilsk./ tilsv. i lokalt lønniv. i 1.000 kr. (kol.5 x kol. 6)	Korre- ktion f. neutra- litet i 1.000 kr.	Tilsk.(+)/ tilsv.(-) efter korr. for neutra- litet i 1.000 kr. (kol.7 + kol. 8)	Tilskud (+)/ tilsvar(-) i 1.000 kr. (kol. 9 delelig med 12)
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Kbh. kommune	33.597	473.000	71,03	28.142	23.921	1,0192	24.380	-84	24.296	24.300
Fr.berg komm.	9.833	87.616	112,23	8.823	7.500	1,0216	7.662	-20	7.642	7.644
Københavns a.	4.917	609.500	8,07	-2.112	-1.795	1,0210	-1.833	-147	-1.980	-1.980
Frederiksborg a	4.097	337.241.	12,15	208	177	1,0138	179	-73	106	108
Roskilde a.	1.639	211.625	7,75	-801	-681	1,0054	-685	-43	-728	-732
Vestsjællands a	0	280.577.	0	-3.236	-2.750	0,9880	-2.717	-45	-2.762	-2.760
Storstrøms a.	0	257.229	0	-2.966	-2.521	0,9886	-2.492	-40	-2.532	-2.532
Bornholms a.	0	47.039	0	-543	-461	0,9826	-453	-7	-460	-456
Fyns a.	819	455.483	1,80	-4.434	-3.769	0,9904	-3.733	-71	-3.804	-3.804
Sønderjyll. a.	819	249.525	3,28	-2.059	-1.750	0,9868	-1.727	-37	-1.764	-1.764
Ribe a.	0	215.984	0	-2.491	-2.117	0,9892	-2.094	-34	-2.128	-2.136
Vejle a.	1.639	327.607	5,00	-2.139	-1.818	0,9868	-1.794	-51	-1.845	-1.848
Ringkøbing a.	0	264.889	0	-3.055	-2.597	0,9826	-2.552	-40	-2.592	-2.592
Århus a.	1.639	585.303	2,80	-5.111	-4.344	0,9976	-4.334	-95	-4.429	-4.428
Viborg a.	0	230.948	0	-2.663	-2.263	0,9832	-2.225	-32	-2.257	-2.256
Nordjyllands a.	0	482.707	0	-5.567	-4.732	0,9910	-4.689	-74	-4.763	-4.764
Hele landet	59.000	5.116.273	11,53	0	0	-	893	-893	0	0

Note: Visse af tabellens tal er udregnet med færre afrundinger og et større antal decimaler, end der fremgår af tabellen.

BILAG 1.

DEFINITION AF AIDS,

SUNDHEDSSTYRELSENS KRITERIER FOR AIDS:

1. Alvorlig opportunistisk infektion, tydende på nedsat cellulær immunitet, diagnosticeret ved mikrobiologisk eller histologisk undersøgelse*),

og/eller

2. Kaposi's sarkom verificeret ved histologisk undersøgelse, og/eller

3. Visse former for histologisk verificeret malignt lymfom**),

hos personer, hvor der ikke kan påvises anden årsag til immundefekt. Patienter med ovennævnte sygdomme, men uden påviselig LAV/HTLV-III-infektion og med normale lymfocytsubpopulationer har ikke AIDS.

Foreligger der ikke LAV/HTLV-III-antistof undersøgelse eller lymfocytsubpopulations undersøgelse, accepteres AIDS-diagnosen alene på kliniske kriterier.

*) Det kan dreje sig om følgende infektioner: Pneumoni, meningitis eller encephalitis forårsaget af Pneumocystis carinii, aspergillose, candidiasis, cryptococcose, cytomegalovirus, nocardiose, strongyloides, toxoplasmose, zygomycosis, atypiske mycobakterier (species andre end tuberkulose og lepra). Oesophagitis som følge af candidiasis, cytomegalovirus eller Herpes simplex virus. Progressiv multifokal leukoencephalopati, kronisk enterocolitis (af mere end 4 ugers varighed) fremkaldt af cryptosporidier, usædvanlig udbredt mucokutan Herpes simplex virus infektion af mere end 5 ugers varighed.

**) Non Hodgkin's lymfom af udifferentieret type og af B-celle eller ukendt immunologisk type.

Kilde; Retningslinier ved optræden af erhvervet immundefekt syndrom (AIDS), sundhedstilsynet, december 1985.

BILAG 2.

HOSPITALSUDGIFTER TIL AIDS-PATIENTER.

KØBENHAVNS KOMMUNE
HOSPITALSDIREKTORATET
Økonomikontoret

J.nr. B.00.06.06
6. marts 1986
B 89/li

Notat om udgifter i hospitalsvæsnet vedrørende AIDS-patienter

1. AIDS-patienters hospitalsforbrug.

Tidligere opgørelser over sengedagsforbruget for AIDS-patienter har været skønsmæssige og derfor behæftet med usikkerhed. For at få en mere præcis opgørelse er der foretaget en gennemgang af journalerne for patienter, der i perioden 1980-1985 har været i behandling på Rigshospitalet og Hvidovre hospital. Materialet omfatter 64 patienter, fordelt med 44 på Rigshospitalet og 20 på Hvidovre hospital. Da der ved udgangen af 1985 var anmeldt i alt 72 tilfælde af AIDS, omfatter materialet næsten alle AIDS-patienter i Danmark.

Man må dog være opmærksom på, at sengedagsforbruget i forbindelse med AIDS er større, end opgørelsen viser. For det første omfatter den alene sengedagsforbruget på Rigshospitalet og Hvidovre hospital. Sengedagsforbruget for de pågældende patienter på andre hospitaler indgår ikke, selv om de har været indlagt for AIDS eller forstadier hertil. For det andet omfatter materialet alene patienter, der har fået stillet diagnosen AIDS. Herved ses der bort fra på den ene side patienter, der har AIDS-relaterede sygdomme, men ikke udvikler AIDS, og på den anden side AIDS-patienter, for hvem diagnosen endnu ikke er stillet.

Det samlede antal sengedage og ambulante behandlinger for de 64 AIDS-patienter i perioden 1980-1985 fremgår af tabel 1.

Tabel 1.

Antal sengedage og antal ambulante behandlinger før og efter diagnose for AIDS-patienter på RH + KKHH i årene 1980-1985

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1980-1985 I alt
Antal sengedage før diagnose	209	299	529	554	479	837	2907
Antal sengedage efter diagnose	0	0	0	171	839	2052	3062
Sengedage i alt	209	299	529	725	1318	2889	5969
Ambulante beh. før diagnose	8	45	62	70	56	60	301
Ambulante beh. efter diagnose	0	0	0	20	135	364	519
Ambulante beh. i alt	8	45	62	90	191	424	820

Opgørelsen viser forbruget både før og efter diagnosen er stillet. Ser man på det samlede sengedagsforbrug og antallet af ambulante behandlinger, er det karakteristisk, at forbruget er nogenlunde fordoblet hvert år i de seneste tre år. Da dette svarer til fordoblingstiden for antallet af nye tilfælde, indikerer opgørelsen, at forbruget af sengedage og ambulante ydelser pr. patient har holdt sig konstant i perioden 1983-1985.

Forbrugets fordeling efter patienters bopælskommune fremgår af tabel 2.

Tabel 2.

AIDS-patienters forbrug af sengedage og ambulante behandlinger på KKHH og RH fordelt på bopælsamtskommuner.

	Sengedage før diagnose	Sengedage efter diagnose	Sengedage i alt	Heraf sengedage i 1985	Ambulante beh. før diagnose	Ambulante beh. efter diagnose	Ambulante beh. i alt
København	2317	1748	4065	1874	266	291	557
Frederiksberg	200	692	892	483	13	123	136
Københavns amt	32	68	100	93	15	31	46
Roskilde amt	38	184	222	171	7	46	53
Frederiksborg amt	142	366	508	243	0	28	28
Vejle amt	157	0	157	0	0	0	0
Sønderjyllands amt	21	4	25	25	0	0	0
I alt	2907	3062	5969	2889	301	519	820

Af sengedagsforbruget på i alt 5969 udgør Københavns og Frederiksbergs andel 4957 svarende til 83%. Tages der højde for 3 patienter fra andre amtskommuner, der ikke har været behandlet på Rigshospitalet og Hvidovre hospital, bliver Københavns og Frederiksbergs andel af forbruget på landsplan formentlig omkring 75%, hvilket svarer til de to kommuners andel af anmeldte AIDS-tilfælde. Fordelingen af ambulante behandlinger viser et lignende mønster.

Af de 64 patienter er 42 døde. Skal man vurdere en AIDS-patientes samlede forbrug af sengedage, er det mest korrekt at beskrive det på baggrund af disse 42 patienter, idet de øvrige 22 også fremover må forventes indlagt. Opgørelsen fremgår af tabel 3.

Tabel 3.

Sengedagsforbrug og antal ambulante behandlinger for 42 døde AIDS-patienter på RH + KKH

	Total for 42 patien- ter	Gns. pr. patient	Gns. excl. én tungt- vejende pt.
Sengedage før diagnose	2627	63	47
Sengedage efter diagnose	2060	49	50
Sengedage i alt	4687	112	97
Amb. ben. før diagnose	218	5	5
Amb. beh. efter diagnose	233	6	6
Amb. beh. i alt	451	11	11

Det fremgår af tabellen, at de 42 patienter havde et gennemsnitligt sengedagsforbrug på 112. Da den gennemsnitlige levetid har været omkring halvdet år efter den første indlæggelse, svarer det til et sengedagsforbrug på ca. 75 dage årligt fra første indlæggelse til død tidspunktet.

Antallet af sengedage varierer imidlertid meget betydeligt, nemlig fra 6 til 686. Det var den 1. patient på Hvidovre hospital, der havde et meget højt sengedagsforbrug. Da dette må antages at være atypisk, er beregningen tillige foretaget for de 41 øvrige patienter. En sådan beregning giver et sengedagsforbrug på 97 i gennemsnit pr. patient, svarende til 65 sengedage pr. år fra første indlæggelse til død tidspunktet. Heri indgår som tidligere nævnt alene sengedagsforbruget i forbindelse med AIDS og alene sengedagsforbrug på Rigshospitalet og Hvidovre hospital.

Ud over det allerede nævnte illustrerer tabellerne sengedagsforbruget før og efter anmeldelsestidspunktet (ca. diagnosetidspunktet). Det fremgår således af tabel 3, at når man ser bort fra den 1. AIDS-patient udgør sengedagsforbruget før anmeldelsestidspunktet halvdelen af det samlede sengedagsforbrug.

2. Sengedagsudgiften for en AIDS-patient.

En præcis opgørelse over udgifterne ved en AIDS-patient er ikke mulig. Det følgende bygger derfor på betragtninger over de gennemsnitlige udgifter pr. sengedag på Hvidovre hospital suppleret med vurderinger af de særlige udgifter, der knytter sig til behandling og pleje af AIDS-patienter.

De udgifter, der danner grundlag for beregningen af sengedagspriser på Hvidovre hospital i 1984, udgjorde ca. 968 mill.kr., hvilket med ca. 292.000 sengedage gav en takst på 3315 kr. (ca. 3470 kr. i 1985-priser). Fradrages forrentning og afskrivning, ville udgifterne pr. sengedag være 2813 kr. (ca. 2940 kr. i 1985-priser).

Udgiften ved yderligere sengedage vil afhænge af, om tilgangen kan rummes inden for den eksisterende kapacitet eller ej. I det omfang en øget tilgang af AIDS-patienter kan rummes inden for den nuværende kapacitet, vil udgifterne pr. sengedag excl. forrentning og afskrivning være et relevant udgangspunkt. Dog vil udgifterne selv under den forudsætning kunne være højere, fordi der vil være behov for ombygninger, apparaturanskaffelser m.v. Hvis tilgangen omvendt ikke kan rummes inden for den eksisterende kapacitet, vil sengedagsudgiften incl. forrentning og afskrivning være et relevant udgangspunkt.

Hvidovre hospital havde i 1985 en samlet belægningsprocent på over 85. På reumatologisk afdeling var belægningsprocenten 92,2. Yderligere tilgang af AIDS-patienter har derfor fortrængt hovedsagelig reumatologiske patienter, idet AIDS-patienter har været indlagt på reumatologisk afdeling. Såfremt de fortrængte patienter har været betalende udenamtpatienter, har Hvidovre hospital derfor mistet sengedagstaksten, dvs. udgifterne incl. forrentning

og afskrivning. Det forekommer derfor lige så relevant at tage udgangspunkt i en sengedagsudgift incl. forrentning og afskrivning som i en sengedagsudgift excl. forrentning og afskrivning.

AIDS-patienter er imidlertid betydelig mere udgiftskrævende end gennemsnitspatienter. Der er dels meget større personaleudgifter på grund af AIDS-patienternes plejebehov, og dels merudgifter til varekøb m.v. især på grund af større diagnosticerings- og medicinudgifter samt kapacitetstræk på tværgående afdelinger.

Det store plejebehov skyldes bl.a., at patienterne følges ambulant meget langt i forløbet og ved indlæggelsen er i så dårlig tilstand, at der er tale om intensiv observation, pleje og behandling. Patienternes tilstand bevirker, at plejeopgaverne ikke varierer meget døgnet igennem, og det er derfor nødvendigt med en relativt høj bemanning også i aften- og nattevagt.

Hvidovre hospital har i en periode i 1984 detaljeret opgjort ressourceforbruget i forbindelse med pleje og behandling på reumatologisk afdeling. Opgørelsen viser, at en AIDS-patient kræver 3-10 timers sygeplejeassistance pr. døgn ud over grundnormeringen. I gennemsnit har merforbruget på afdelingen været 5 timer pr. døgn pr. AIDS-patient. De seneste måneders erfaringer viser ingen ændringer heri.

Dette sandsynliggøres af en supplerende opgørelse over afdelingens merforbrug af plejetimer i de første elleve måneder af 1985, der viser følgende:

normaltimer (sygeplejersker)	2.600	48%
overarbejdstimer (sygeplejersker)	1.541	28%
FADL-ventilatorer	<u>1.304</u>	<u>24%</u>
I alt	5.445	100%

Omregnet til hele året bliver dette ialt 5.940 plejetimer. Da der i 1985 har været forbrugt 994 sengedage til AIDS-patienter, bliver merforbruget pr. AIDS-sengedag 6 timer. En mindre del af merforbruget kan dog have vedrørt andre patientgrupper, hvorfor 5 timer pr. sengedag til AIDS-patienter stadig forekommer realistisk.

Merudgiften til pleje af AIDS-patienter pr. sengedag kan på baggrund af ovenstående opgøres som følger:

Lønnen (incl. pensionstilskud, ferietillæg og ATP/AUD-bidrag) for en sygeplejeassistent på skalatrin 18 var i 1.4.1985 lønniveau 169.253 kr. pr. år. Det effektive antal arbejdstimer excl. ferie og skæve helligdage var 1.796, hvilket giver en faktisk udgift pr. time på 94 kr. Udgiften pr. overarbejdstime var 107 kr. Udgiften pr. time til FADL-ventilatorer har skønsmæssigt været 100 kr. Med den ovenfor nævnte relative fordeling af merforbruget bliver merudgiften 99 kr. pr. time eller 495 kr. pr. sengedag.

Selv dette beløb undervurderer imidlertid merforbruget af plejeter, idet patienterne i skønsmæssigt 5-10% af indlæggelsesdagene har været i respirator på anæstesiologisk afdeling. Her er plejenormeringen 3,5 pr. seng mod 0,8 på rheumatologisk afdeling, svarende til et merforbrug på over 20 timer pr. sengedag. For disse 5-10% af sengedagene har merforbruget altså været omkring 1500 kr. ud over de 500 kr. pr. sengedag, eller gennemsnitlig 75-150 kr. pr. sengedag. Alt i alt har merforbruget til plejepersonale således været 570-645 kr. pr. sengedag.

Mens vurderingen af personaleforbruget til AIDS-patienter må anses for pålidelig, er det vanskeligere at fastlægge merudgifterne til specialundersøgelser og medicinsk behandling med en rimelig grad af sikkerhed. Det er dog utvivlsomt, at AIDS-patienter er dyrere end gennemsnitspatienter. Som indikation herpå kan for det første nævnes, at rheumatologisk afdelings udgifter til diagnosticeringsundersøgelser på Statens Seruminstitut i perioden 1982-1985 er vokset med 470.000 kr., svarende til 250%. Stigningen må helt overvejende tilskrives AIDS-patienter, idet der ikke er sket væsentlige ændringer i afdelingens indtag af andre patienter eller i undersøgelser og behandlingsprocedurer for disse patienter. Merudgifterne til lægemidler kendes ikke, men som en anden indikator på merudgifterne for AIDS-patienter kan nævnes, at alene udgifterne til en 6-ugers specialbehandling af 2 patienter i 1985 har været omkring 150.000 kr., svarende til knap 1700 kr. pr. patient pr. sengedag.

Patienter med AIDS gennemgår under deres indlæggelse et betydeligt antal undersøgelser på tværgående afdelinger. Det gælder øre-næse-halsafdelingen, gastromedicinsk afdeling, røntgenafdelingen, klinisk-kemisk afdeling samt for visse patienters vedkommende flere af de øvrige afdelinger på Hvidovre hospital og thoraxkirurgisk afdeling på Bispebjerg hospital. Ressourceforbruget for AIDS-patienter til disse undersøgelser må vurderes at ligge væsentligt over ressourceforbruget til undersøgelser af andre patientkategorier. Eksempelvis har forbruget på klinisk-kemisk afdeling været 2-3 gange højere, på klinisk-mikrobiologisk afdeling mindst 5 gange højere og på røntgenafdelingen 4-5 gange så højt som for en gennemsnitspatient.

Selv en sådan kvantitativ opgørelse over merforbruget i antallet af undersøgelser undervurderer imidlertid det faktiske merforbrug. Det er de involverede lægers opfattelse, at tidsforbrug m.v. ved de undersøgelser, der er foretaget i forbindelse med AIDS-behandling, har været væsentligt højere end de tilsvarende undersøgelser for andre patientkategorier.

En præcis vurdering af merudgifterne til diagnosticering, medicin og undersøgelser på tværgående afdelinger er som nævnt ikke mulig, men de gennemsnitlige merudgifter pr. sengedag pr. AIDS-patient ligger formentlig mellem 500 og 1000 kr.

En opsummering af ovenstående giver følgende sengedagsudgift pr. AIDS-patient (1985 PL-niveau):

kr.	minimum	maksimum
Grundudgift	2940	3470
Merudgift, pleje	570	645
Merudgift, i øvrigt	500	1000
laet	4010	5115

Opgørelsen sandsynliggør, at den sengedagspris på 3000 kr., som er grundlaget for sundhedsstyrelsens udgiftsopgørelse i AIDS-redegørelsen fra sommeren 1985, ikke afspejler de faktiske udgifter ved behandling af AIDS-patienter. En mere realistisk sengedagsudgift må på baggrund af ovenstående være omkring 4500 kr.

SAMLET
ANTAL
SENGEDAGE

FIG. 1.

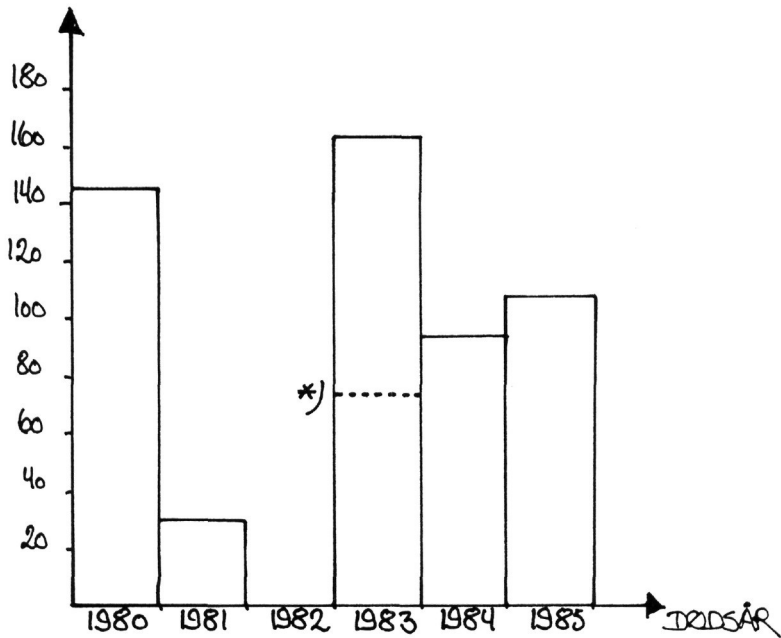


FIG. 1. GENNEMSNITLIGT ANTAL SENGEDAGE FOR 42 DØDE AIDS-PATIENTER FORDLT EFTER PATIENTERNES DØDSÅR.

*) DEN STIPLEDE LINIE ANGIVER GENNEMSNITLIG LIGGETID FOR PATIENTER, DØDE I 1983 EXCL. ÉN PATIENT, SOM VAR INDLAGT I 690 DAGE.

Fife. i.

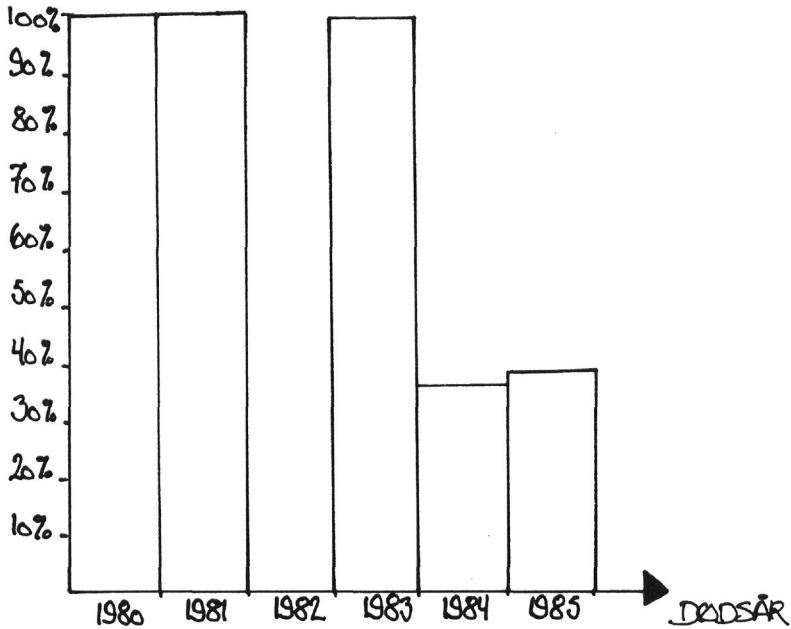


FIG. 2: %-ANDEL AF 42 DØDE AIDS-PATIENTERS
 SENGEDAGE FØR DIAGNOSE I FORHOLD
 TIL PATIENTERNES SAMLEDE ANTAL
 SENGEDAGE FORDALT EFTER PATIEN-
 TERNES DØDSÅR.

BILAG 3.

ANTAL HELBREDSUNDERSØGELSER/BLODPRØVEUNDERSØGELSER FOR AIDS
I 1985.

Antal helbredsundersøgelser/blodprøveundersøgelser for AIDS i 1985.

Helbredsundersøgelser/blodprøveundersøgelser for AIDS-virus foretages/udtages

- a) enten hos egen læge,
- b) på klinikkerne for veneriske sygdomme, eller
- c) på de særlige undersøgelsesklinikker.

Selve blodanalysen er næsten udelukkende sket på Statens Seruminstitut og på Fibiger-instituttet.

Statens Seruminstitut har i 1985 udført 9.840 immunstatusundersøgelser, jfr. underbilag 1, og Fibiger-instituttet har oplyst, at instituttet har udført ca. 6.500 immunstatusundersøgelser. Det samlede antal immunstatusundersøgelser må imidlertid reduceres med et ukendt antal undersøgelser, der i indkøringsperioden for disse undersøgelser er foretaget begge steder.

Det må derfor skønnes, at det samlede antal immunstatusundersøgelser i 1985 udgør ca. 15.000.

Af underbilag 2 og 3 fremgår antallet af forebyggende helbredsundersøgelser på undersøgelsesklinikkerne. Oplysningerne i underbilag 2 stammer fra indberetninger til indenrigsministeriet, der ligger til grund for ministeriets tilskudsudbetalinger, jfr. akt 367 af 29. juni 1984. Denne ordning er ophørt med udgangen af 1985. Rigshospitalet har ligeledes opgjort antallet af forebyggende helbredsundersøgelser, jfr. underbilag 3.

I alt er der i 1985 foretaget 3.737 helbredsundersøgelser på undersøgelsesklinikkerne. Herudover har man på Bispebjerg Hospital, afdeling A/Københavns veneriaklinik foretaget ca. 2.000 undersøgelser, som ikke har udløst statstilskud.

Underbilag 1.AIDS-undersøgelser på Statens Seruminstitut.

Det kan oplyses, at der i 1985 er udført 13.231 AIDS-prøver, som fordeler sig således:

Art nr. 1790 AIDS-HTLV-III immunstatus	9.840
Art nr. 1795 AIDS-HTLV-III udvidet	1.400
Art nr. 1800 AIDS. Lymfocyt.	<u>1.991</u>

I januar 1986 er der udført 1.991 AIDS-prøver, som fordeler sig således:

Art nr. 1790 AIDS-HTLV-III	
immunstatus 1.734 af 1000 kr. =	172.600
Art nr. 1795 AIDS-HTLV-III	
udvidet 194 af 1000 kr. =	194.000
Art nr. 1800 AIDS. Lymfocyt.	
63 af 700 kr. =	44.100
	<u>kr. 410.700</u>

Af prøveantallet i januar vedr. 1000 stk. Hvidovre Hospital og 319 stk. Bispebjerg Hospital.

AIDS-prøverne fordeler sig på hospitalerne således:

Hvidovre

Art nr. 1790	47	stk.	=	kr.	4.700
Art nr. 1795	32	-	=	-	32.000
Art nr. 1800	21		=	-	14.700

Bispebjerg

Art nr. 1790	267	stk.	=	kr.	26.700
Art nr. 1795	30	-	=	-	30.000
Art nr. 1800	22	-	=	-	15.400

Tabel 1. Udbetalte AIDS-tilskud til amtskommunale sygehuse i 1985.

kr.	jan.kvt.	april kvt.	juli kvt.	okt.kvt.	ialt
Hvidovre hospital	36.800	36.480	57.920	61.760	192.960
Bispebjerg hosp.	28.800	27.520	41.600	41.600	139.520
Odense sygehus	23.500	25.510	76.210	89.050	214.270
Marselisborg sgh.	72.120	44.840	77.060	123.900	317.920
I alt	161.220	134.350	252.790	316.310	864.670

Tabel 2. Almindelige forebyggende helbredsundersøgelser for AIDS i 1985.

antal	jan.kvt.	april kvt.	juli kvt.	okt.kvt.	ialt
Hvidovre hospital	115	114	181	193	603
Bispebjerg hosp.	90	86	130	130	436
Odense sygehus	50	53	158	185	446
Marselisborg sgh.	56	107	168	250	581
I alt	311	360	637	758	2.066

Tabel 3. Immunologiske undersøgelser for AIDS i 1985.³⁾

antal	jan.kvt.	april kvt.	juli kvt.	okt.kvt.	ialt
Hvidovre hospital ¹⁾	-	-	-	-	-
Bispebjerg hosp. ¹⁾	-	-	-	-	-
Odense sygehus	46	61	171	199	477
Marselisborg sgh.	46	56	82	124	308
I alt	92	117	253	323	785

Tabel 4. Udvidede immunologiske undersøgelser for AIDS i 1985.⁴⁾

antal	jan.kvt.	april kvt.	juli kvt.	okt.kvt.	ialt
Hvidovre hospital ¹⁾	-	-	-	-	-
Bispebjerg hosp. ¹⁾	-	-	-	-	-
Odense sygehus	-	-	-	-	-
Marselisborg sgh.	43	2	10	23	78
I alt	43	2	10	23	78

1) Undersøgelser foretages på Rigshospitalet og Statens Seruminstitut, der også afholder udgifter forbundet hermed.

2) Tilskud pr. almindelig helbredsundersøgelse: 320 kr.

3) Tilskud pr. immunologisk undersøgelse: 150 kr.

4) Tilskud pr. udvidet immunologisk undersøgelse: 1.100 kr.

**RIGSHOSPITALET**

DIREKTIONEN

Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. Telf.: *(01) 386633 og *(01) 396633

TP/mg

Indenrigsministeriet
Christiansborg Slotsplads 1
1218 København K.

Ref. 1986-42822

Dato 21. februar 1986

Indenrigsministeriet har anmodet Rigshospitalet om at indsende en opgørelse over antal forebyggende undersøgelser for AIDS, foretaget på Rigshospitalet i perioden 1. januar 1985 til 31. december 1985, fordelt på almindelige undersøgelser og vævstypeundersøgelser. Antallet af vævstypeundersøgelser skulle fordeles på patienter almindeligt undersøgt på Rigshospitalet og patienter almindeligt undersøgt på Hvidovre hospital. Opgørelsen ønskedes suppleret med en opgørelse over antal henvisninger til immunologisk undersøgelse på seruminstitutet.

Antallet af forebyggende undersøgelser for AIDS på Rigshospitalet i perioden 1. januar 1985 til 31. december 1985:

a) Almindelige undersøgelser:

Epidemiafdeling M:	1261
Dermatologisk afdeling H:	295
Børneafdeling G:	115

b) Henvisninger til immunologisk undersøgelse på seruminstitutet:

Epidemiafdeling M:	1261
Dermatologisk afdeling H:	162
Børneafdeling G:	82

c) Vævstypeundersøgelser:

Vævstypelaboratoriet	for Rigshospitalet	471
	for Hvidovre og Bispebjerg	92

Endvidere er der i foråret udført 57 immunologiske screeningsundersøgelser for at aflaste Statens Seruminstitut.

P.d.v.

e.b.

Tove Pedersen

BILAG 4.

**DET GENERELLE UDLIGNINGSSYSTEMS MULIGHEDER FOR AT UDLIGNE
AIDS-UDGIFTERNE.**

1. Indledning og disposition.

I dette bilag gives en summarisk belysning af det eksisterende generelle udligningssystems muligheder for at udligne AIDS-udgifterne, som de er kortlagt i kapitel 3-5.

Problemer vedrørende AIDS-udgifternes afgrænsning og opgørelse drøftes ikke, idet disse emner er behandlet i rapportens kapitel 4 og 5. Behovet for en evt. udligning drøftes heller ikke.

Belysningen er disponeret således, at der først gives en kort redegørelse for det generelle udligningssystems formål og virkemåde (2).

I forlængelse heraf angives forudsætningerne for, at et nyt udgiftsområde - som f.eks. AIDS-udgifter - vil blive opfanget med udligningsmæssig effekt i det generelle system (3).

På det således etablerede grundlag kvantificeres med et regneeksempel, i hvilket omfang det eksisterende generelle udligningssystem kan "opfange" de nuværende AIDS-udgifter.

Bilaget afsluttes med en kort konklusion (5).

2. Det generelle udligningssystems formål og virkemåde.

Formålet med det generelle udligningssystem er at give amtskommunerne mere ensartede økonomiske vilkår i betydningen mere lige muligheder for at kunne yde en gennemsnitlig service over for borgerne til en gennemsnitlig skatteprocent.

Med det formål foretages der en generel og ganske omfattende udligning mellem amtskommunerne med hensyn til de ydre vikar, som på den ene side spiller en væsentlig rolle for den enkelte amtskommunes økonomi, men som den enkelte amtskommune på den anden side ikke selv kan påvirke.

Der sondres mellem to typer af sådanne ydre vilkår, nemlig dels de amtskommunale udgiftsbehov, som er de "udgifts-

krav", den enkelte amtskommune er stillet overfor som følge af befolkningens størrelse og alderssammensætning, særlige sociale forhold etc., dels amtskommunernes skattegrundlag (indkomstgrundlag og grundværdier).

Den generelle udligningsordning består derfor af en ordning for udligning og forskelle i amtskommunernes udgiftsbehov og af en ordning for udligning af forskelle i amtskommunernes skattegrundlag.

Nedenfor gives en kort beskrivelse af principperne for og udformningen af det gældende, generelle udligningssystem for amtskommunerne med særlig vægt på udgiftsbehovsudligningen.

For en uddybende beskrivelse af systemet henvises til betænkning nr. 1059 om Statsfinansieret Udligning, december 1985.

Udgiftsbehovsudligningen.

Udgiftsbehovene opgøres i praksis på grundlag af en række såkaldte "objektive udgiftsbehovskriterier", som efter nærmere undersøgelser antages at afspejle helt centrale aspekter af de ydre vilkår, der giver anledning til amtskommunale udgifter.

I tabel 1 er vist de kriterier, der indgår i udligningsordningen for de amtskommunale udgiftsbehov i 1986 og 1987.

Tabel 1. Amtskommunale kriterier og disses vægte.

Kriterier	1986	1987
	----- pct. -----	
Samlet indbyggertal	12,1	12,3
Antal 0-20 årige	1,8	2,4
Antal 15-19 årige	8,4	7,9
Beregnet ant. sengedage	46,6	45,2
Aldersbet. sygelighed	12,7	11,3
Antal vejkm. 1.1.82	0,9	0,9
Antal børn af enlige forsørgere	10,0	10,0
Antal enlige 65 årige og derover	7,5	5,0
Beregnet antal døde	-	5,0
I alt	100,0	100,0

I tabellen er endvidere vist nogle vægtprocenter, som udtrykker, hvor stor en del af amtskommunernes samlede nettoudgifter (dvs. bruttoudgifterne fratrukket refusioner og driftsindtægter), der ud fra en statistisk sammenhæng kan henføres til de enkelte kriterier. Vægtprocenterne viser således kriteriernes relative betydning for amtskommunernes samlede udgiftsbehov (det skal bemærkes, at vægtene for de såkaldte sociale kriterier, dvs. de tre sidste i tabellen, ikke som de øvrige vægte kan beregnes ved en sådan udgiftsfordeling, men er politisk fastlagte. Ligeledes er vægten for kriteriet antal vejkilometer fastlåst ved en politisk beslutning).

De i tabellen viste forskydninger i vægtene fra 1986 til 1987 skyldes dels den omlægning af refusionerne på de sociale serviceområder til generelle tilskud, som foretages med virkning fra 1. januar 1987, dels en ajourføring af datagrundlaget for vægtprocentfastlæggelsen.

I praksis foregår opgørelsen af en amtskommunes udgiftsbehov på den måde, at man for hvert enkelt kriterium beregner, hvor stor en andel af landstotalen for det pågældende kriterium, den enkelte amtskommune har, dvs. hvor stor er dens andel af det samlede folketal, af antallet af 0-20 årige, etc. Disse andele for den pågældende amtskommune vejes dernæst sammen med de i tabellen anførte vægtprocenter til et såkaldt udgiftsbehovstal for amtskommunen.

Dette tal, som for alle amtskommuner summer til 1, er derfor et sammenvejet udtryk for, hvor stor en andel udgiftsbehovene i amtskommunen udgør af de samlede udgiftsbehov på landsplan.

Som det sidste led i opgørelsen omregnes disse andele - udgiftsbehovstallene - til kronebeløb ved at multiplicere den enkelte amtskommunes udgiftsbehovstal med de samlede netto-drifts- og anlægsudgifter på landsplan. Dette tal viser således, hvor store den enkelte amtskommunes udgifter ville være, hvis dens andel af de samlede udgifter svarede til dens andel af de samlede udgiftsbehov.

I udligningsordningerne opgøres dette beregnede beløb pr. indbygger, og det er altså denne størrelse, der udlignes.

Beregnet ud fra 1986-budgettet (som ligger til grund for 1987-udligningen, idet udligningsberegningen foretages med et års "forsinkelse") er det gennemsnitlige udgiftsbehov for amtskommunerne 7.853 kr. pr. indbygger og varierer fra 7.088 kr. til 9.705 kr. pr. indbygger.

Den enkelte amtskommunes tilskud/tilsvar til ordningen beregnes som differencen mellem amtskommunens og det landsgennemsnitlige udgiftsbehov pr. indbygger ganget med et udligningsniveau på 85 pct. (i 1987) ganget med amtskommunens folketal. 85 pct. af forskellene udlignes altså.

Skattegrundlagsudligningen.

Udligningsordningen for skattegrundlag er opbygget på tilsvarende måde, idet amtskommuner' med et skattegrundlag pr. indbygger over landsgennemsnittet yder et tilskud til amtskommuner med et skattegrundlag under gennemsnittet. Tilskuddet beregnes som 85 pct. (i 1987) af skatteværdien af denne difference ganget med amtskommunens folketal.

Den skatteprocent, der indgår i denne beregning, opgøres som de samlede nettodrifts- og anlægsudgifter divideret med skattegrundlaget. Det skal altså bemærkes, at ændringer i udgiftsforholdene også vil påvirke udligningen af skattegrundlag.

Som det fremgår, hviler begge udligningsordningerne finansielt i sig selv.

Afslutningsvis må det bemærkes, at der er tale om en generel ordning i den forstand, at der udlignes på sammenvejede størrelser, som antages rimeligt præcist at afspejle amtskommunernes gennemsnitlige udgiftsbehov. Herved opnås, at det meget klart fremgår, hvor stor en del af forskellene mellem amtskommunerne, der egentlig udlignes.

I tæt sammenhæng hermed kunne det anføres, at særlige udligningsordninger på enkelte udgiftsområder så vidt muligt bør undgås, idet sådanne ordninger forringer gennemskueligheden i det samlede udligningssystem.

Det bør dog tilføjes, at der i forvejen findes særlige tilskuds- og udligningsordninger på afgrænsede opgaveområder, hvor det politisk er fundet nødvendigt med en særskilt udlig-

ning (eksempelvis kan nævnes den særlige bløderordning, udligningsordningen vedrørende langtidsledige og udligningsordningen vedrørende ungdomsarbejdsløse, samt ø- og indvandrertilskuddene). De fleste af disse særlige ordninger indeholder dog et væsentligt element af statsfinansiering.

3. Forudsætninger for at det generelle udligningssystem opfan- ger et nyt udgiftsområde med udligningsmæssig effekt.

Normalt indarbejdes nye opgaver i udligningen ved, at de indgår i den samlede udgift, og på et tidspunkt kan give anledning til en vis vægtforskydning. Men der tilstræbes normalt ikke kompensation fordelt på præcis de kommuner, der i den givne situation berøres.

Men for at et nyt udgiftsområde af den her behandlede karakter direkte kan indarbejdes gennem et selvstændigt kriterium i udgiftsbehovsopgørelsen må to forudsætninger være opfyldt:

For det første skal området være af en vis udgiftsmæssig vægt, før det overhovedet kan "registreres" i udgiftsbehovsmålingen.

Til illustration heraf kan det nævnes, at det vægtmæssigt mindste område i opgørelsen, vejområdet, omfatter udgifter i størrelsesordenen 600 mio. kr. ud af de i alt knap 40 mia. kr. i samlede amtskommunale nettodriftsudgifter, der ligger til grund for vægtfordelingen vist i tabel 1. Med det i kapitel 5 nævnte niveau for AIDS-udgifterne i de nærmeste år fremgår det, at udgiftsniveauet endnu er for beskedent til at kunne blive registreret med en vægt, der vil slå særlig meget igennem i udgiftsbehovsmålingen. For det andet skal der findes et udgiftsbehovskriterium, som på tilfredsstillende måde afspejler udgiftsbehovene på det pågældende område, hvis der ikke er nogle af de gældende kriterier, der også kan anvendes som et præcist udgiftsbehovsmål på det nye område. Hvis dette er tilfældet vil det gældende system så at sige automatisk tage højde for det nye område gennem den forøgede udgift på det pågældende område (sygehusområdet) og dermed gennem en større vægt til det pågældende kriterium.

Er der tale om et område med en relativt beskeden udgiftsmæssig vægt, og er endvidere ingen af de eksisterende kriterier et præcist mål for udgiftsbehovet, vil det gældende udligningssystem ikke marginalt set, dvs. set isoleret for det pågældende nye opgaveområde, sikre en udligning af udgiftsbehovene. Dette synes i hvert fald i den nærmeste årrække at være tilfældet for det her behandlede område.

Der må derfor - hvis der alligevel ønskes en specifik udligning på dette område - udformes et særligt udligningssystem.

Som nævnt ovenfor anses det generelt for betænkeligt at komplicere de gældende generelle ordninger af denne art, idet det bidrager til at gøre systemet tungt og uoverskueligt. Når der derfor er tale om områder, hvor' der kan forventes udgiftsmæssig vækst, må den langsigtede bestræbelse være at søge at indarbejde området i det generelle udligningssystem. Et eventuelt særligt udligningssystem for AIDS-udgifter bør derfor udformes således, at en eventuel fremtidig optagelse i det generelle udligningssystem lettes mest muligt.

4. Belysning af det generelle udligningssystems udligningsmæssige effekt i relation til skævt fordelte udgiftsområder.

Til illustration af, hvorledes det gældende udligningssystem så at sige "automatisk" ville håndtere en ny opgave, hvorom det gælder:

at udgiftsbehovene er meget skævt fordelt i forhold til alle de gældende kriterier, samt

- at det nye område har en relativ beskeden udg if tsmæssig vægt,

er lavet et tænkt regnestykke for udligningen mellem amtskommunerne i 1987.

Det er i regnestykket forudsat,

- at den nye opgave vedrører sygehusområdet,
- at den giver anledning til en merudgift på 100 mio. kr. alene i Københavns (80) og Frederiksberg (20) kommuner (som ikke modsvares af kompenserende besparelser, idet der i modsat fald ikke vil forekomme nogen nævneværdig ændring i udligningen) samt

at udgiften ikke skal kompenseres af staten i henhold til totalbalanceprincippet.

I tabel 2 er vist resultatet af dette regnestykke, hvor merudgiften på 100 mio. kr. er indarbejdet i udligningen (gennem en forøgelse af udgiftsbehovene, gennem en korrektion af vægten for kriteriet antal sengedage og gennem korrektion af skatteprocenten i skattegrundlagsudligningen. Derimod er kriterieværdierne for den enkelte amtskommune ikke korrigeret, da beregnet antal sengedage beregnes ud fra de landsgennemsnitlige sengedagshyppigheder, som kun kan påvirkes i ubetydeligt omfang).

Tabel 2. Virkningen af ny opgave i 1987.

	Udgiftsfor- deling for ny opgave	Ændring i udlig- ning (+)gev./ (-)tab ¹)	Netto- ud- gift
	----- 1.000 kr. -----		
Københavns kommune	80.000	2.352	+77.648
Frederiksberg kommune	20.000	552	+19.448
Københavns amt	0	-516	+516
Frederiksborg amt	0	-720	+720
Roskilde amt	0	-540	+540
Vestsjællands amt	0	-12	+12
Storstrøms amt	0	228	-228
Bornholms amt	0	12	-12
Fyns amt	0	156	-156
Sønderjyllands amt	0	-84	+84
Ribe amt	0	-240	+240
Vejle amt	0	-192	+192
Ringkøbing amt	0	-396	+396
Århus amt	0	-396	+396
Viborg amt	0	-48	+48
Nordjyllands amt	0	-156	+156
Hele landet	100.000	0	100.000

1) Virkningen er uafhængig af, i hvilke amtskommuner merudgiften falder.

Som det fremgår, er udligningsvirkningen marginalt set af de ovenfor anførte grunde ganske beskeden (blev de 100 mio. kr. kompenseret gennem en tilsvarende forøgelse af de generelle tilskud til amtskommunerne, ville Københavns kommunes gevinst på tilskud og udligning blive ca. 12 mio. kr.).

5. Konklusion.

Er udgiftsbehovene for en ny opgave - som f.eks. AIDS-foranstaltninger - stærkt skævt fordelt regionalt, dvs. udgiftsbehovsfordelingen afviger markant fra fordelingen af de gældende kriterier, og har den nye opgave en beskeden udgiftsmæssig vægt, vil den "automatiske" udligningsvirkning i det gældende system nødvendigvis være beskeden, netop fordi systemet er udformet med henblik på udligning af gennemsnitlige og ikke marginale udgiftsbehov.

Er der et ønske om at udligne udgiftsbehovene på sådanne "marginale" områder, må det derfor ske i en særlig ordning, der i givet fald bør udformes således, at en eventuel fremtidig optagelse i det generelle system lettes mest muligt.

BILAG 5

ANMELDELSE TIL SUNDHEDSSTYRELSEN, FORMULAR 4102.

ANMELDELSE TIL SUNDHEDSSTYRELSEN

af et sygdomstilfælde i henhold til lov nr. 114 af 21. marts 1979 om
foranstaltninger mod smitsomme sygdomme § 26.

1 NAVN:

CPR nr.:

ADRESSE:

AMT:

2 ARBEJDSSTED og ERHVERV (for børn, forældres erhverv):

evt. smitte på arbejdssted:

ja ☐ nej ☐

3 Hvilke SKOLER/BØRNEINSTITUTIONER har husstandens medlemmer kontakt til:

4 Ved GRAVIDITET:

1. trimester ☐

2. trimester ☐

3. trimester ☐

5 SYGDOM begyndt, dato:

Ved indlæggelse på sygehus: dato, navn, afd.

let ☐

middel ☐

svært ☐

6 Ved UDLANDSOPHOLD: lande og tidsrum

7 SMITTEKILDE og evt. BEMÆRKNINGER, herunder PROFYLAKSE:

- ☐ Encephalitis acuta ætiologi:
☐ Meningitis purulenta dyrkning: nej ☐ ja ☐ resultat:
☐ Meningokok-sepsis dyrkning: nej ☐ ja ☐ resultat:

- ☐ Hepatitis A (smitsom gulsot) Anti-HAV-IgM: positiv ☐ negativ ☐ ej us. ☐
☐ Hepatitis B (serumhepatitis) HBsAg: positiv ☐ negativ ☐ ej us. ☐
☐ Hepatitis non-A, non-B
☐ Hepatitis ac. infect. (uspec.)

- ☐ Dysenteri, bacillær dyrkning: nej ☐ ja ☐ resultat:
☐ Paratyfus A ☐ B ☐
☐ Tyfus (febris typhoidea) vaccineret: nej ☐ ja ☐ hvornår:

- ☐ Pertussis < 1 år ikke vaccineret ☐ vaccineret, dato 1. gang: 2. gang: 3. gang:
dyrkning for B pertussis: positiv ☐ negativ ☐ ej us. ☐

- ☐ Ornitose, serologisk verificeret nej ☐ ja ☐
☐ Malaria, art: profylakse nej ☐ ja ☐ præparat, dosering og tidsrum i rubrik 7
☐ Febris rheumatica; forudgående streptokok-infektion nej ☐ ja ☐ hvornår

- ☐ Vaccinationskomplikationer, vaccine: vaccineret dato:
batch nr.:

- ☐ Levnedsmiddel- og vandbårne sygdomme

Årsag: brug rubrik 7

- ☐ Andre anmeldelsespligtige sygdomme (se pag. 2):