

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 01 JUNI 2005
Kontor: 4.ø.kt./2.s.kt
J.nr.: 2005-1010-
Sagsbeh.: MHA/CBJ
Fil-navn: str2/L 71 s 46

Besvarelse af spørgsmål nr. 48 (L 71 – spørgsmål 48), som Folketingets Kommunaludvalg har stillet til inden- rigs- og sundhedsministeren den 25. maj 2005

Spørgsmål 48:

"Der ønskes en beskrivelse, af hvilke incitamenters de aktivitetsbestemte tilskud indenfor sundhedsområdet vil give dels regioner, dels kommuner"

Svar:

Sundhedsloven giver kommunerne en styrket rolle på sundhedsområdet, hvor de tilskyndes til en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats og bl.a. får ansvaret for al genoptræning udenfor sygehusregi samt for behandling af alkohol- og stofmisbrug. Der skabes således en forpligtelse for de lokale myndigheder til i et samarbejde at yde en indsats for primær forebyggelse og sundhedsfremme. Sigtet er at skabe rammer for en sund levevis ved at forhindre, at sygdom opstår eller udvikler sig.

Den finansieringsmodel, der er fremlagt i lovforslaget, har til formål at understøtte det forpligtende samarbejde mellem regionerne og kommunerne, som er nødvendigt for at sikre, at sundhedsvæsenet samlet set giver patienterne nogle hensigtsmæssige tilbud og et sammenhængende forløb.

Kommunerne får med sundhedsloven både helt konkret og mere overordnet en række nye, fornuftige og velafbalancerede incitamenters til sammen med regionerne at overveje, om organiseringen på de forskellige områder og sektorer kan gøres anderledes og bedre. Det gælder både de nuværende og de fremtidige sundhedsopgaver.

Medfinansieringsmodellen lægger op til, at det er hver enkelt kommune, som ud fra lokale hensyn og behov selv identificerer de områder, hvor der med fordel kan etableres nye tilbud og øget samarbejde.

Der er efter min opfattelse et meget væsentligt potentiale i, at kommunerne med kommunalreformen bliver borgernes "hovedindgang" til den offentlige sektor og på denne måde kommer til at møde borgerne i en lang række forskellige sammenhænge. Det gælder f.eks. skoler, dag- og døgninstitutioner, hjemmepleje, kontanthjælpssystemet, miljø m.v.

Kommunerne får dermed en række handlemuligheder, når det gælder sundhedstilbud. F.eks. kan kommunerne tage sundhedsproblemer i opløbet ved generelt at skabe sunde miljøer - eller ved målrettede indsatser mod

udsatte mennesker og grupper (ældre, mennesker med sociale problemer, børn og unge, udsatte grupper på kanten af arbejdsmarkedet m.v.).

Mere overordnet kan kommunernes indsats f.eks. foregå som led i de nye sundhedsaftaler med regionerne, der bl.a. skal omfatte aftaler om udskrivningsforløb, forebyggelsesindsats og samarbejde om genoptræning. Kommunerne får også plads i Regionernes Lønnings- og Takstnævn og derigennem en mulighed for at påvirke udviklingen i praksissektoren.

Kommunerne kan rent faktisk gøre en forskel. I Skævinge Kommune indførte man eksempelvis en integreret sundhedsordning på ældreområdet. 10 år senere var sengedagsforbruget for de ældre over 75 år faldet til det halve mod et fald på 11 pct. på landsplan. En anden undersøgelse viser, at mellem 6 og 11 pct. af indlæggelserne på Amager Sygehus ville kunne undgås eller forkortes, hvis der havde været et relevant alternativ.

På det psykiatriske område kan kommunerne tilbyde alternativer i form af bofællesskaber, besøgsordninger og lign. i forhold til de bedst fungerende af de psykiatriske patienter. Endvidere kan forskellige sociale tilbud som klubber, fællesaktiviteter m.v. indgå i det forebyggende arbejde.

I relation til praksissektoren er sigtet med den kommunale medfinansiering primært at give kommunerne et incitament til at engagere sig i praksissektorens ydelser og i, hvordan de spiller sammen med det kommunale sundhedsvæsen. Sigtet er først og fremmest at undgå unødige kontakter til læger og andre. Dette gøres f.eks. gennem forebyggelse både på kort og lang sigt - men også i forhold til sygehusindlæggelse vil det have betydning, hvordan samspillet med f.eks. egen læge er.

Finansieringsmodellen vender begge veje og giver således også regionerne et incitament til at samarbejde med kommunerne. Da hovedparten af regionernes økonomiske ramme udmøntes via objektive behovskriterier, har sygehusene et incitament til at udføre deres behandlinger så omkostningseffektivt som muligt - f.eks. gennem et samarbejde med kommunerne om at tilrettelægge opgaveløsningen så hensigtsmæssigt som muligt. Det kan medvirke til bedre og mere sammenhængende patientforløb til gavn for patienterne.

Det følger både af den måde, som den aktivitetsafhængige og den ikke-aktivitetsafhængige del af regionernes finansieringsgrundlag er udformet på.

Helt overordnet vil kun en mindre del - ca. 15 pct. - af regionernes finansieringsgrundlag komme til at afhænge af aktiviteten. Heraf tilvejebringes 10 pct. via aktivitetsafhængige tilskud fra kommunerne og 5 pct. fra staten.

Langt hovedparten - ca. 85 pct. - af regionernes finansieringsgrundlag bliver således udmøntet i form af faste, ikke-aktivitetsafhængige tilskud fra staten og kommunerne.

Hertil kommer, at de ca. 75 pct. af regionernes sundhedsudgifter - svarende til godt 50 mia. kr. som dækkes via det statslige bloktilskud i henhold til lovforslaget om regionernes finansiering - vil blive udmøntet på en ny måde. Lovforslaget betyder, at det statslige bloktilskud udmøntes efter objektive, demografiske og sociale kriterier. Dette afspejler i langt højere grad end det nuværende beskatningsgrundlag befolkningens faktiske behov for sundhedsydelse.

Omlægningen fra beskatningsgrundlag til objektive kriterier betyder derfor, at de enkelte regioner - og dermed også de enkelte sygehuse - opnår en langt bedre overensstemmelse mellem udgifter og befolkningens behandlingsbehov på den ene side og deres indtægtsgrundlag på den anden.

For så vidt angår den aktivitetsafhængige del af finansieringsgrundlaget - dvs. de ca. 15 pct. - bliver regionernes indtægter primært baseret på de såkaldte DRG-takster, som konkret honorerer f.eks., hvor mange indlæggelser og ambulante behandlinger, der er ydet.

DRG-taksterne afspejler, hvor meget det som gennemsnit reelt koster for sygehusene at gennemføre én ekstra behandling eller undersøgelse m.v. inden for de enkelte behandlingsområder. Der er principielt fastsat en takst på alle typer behandlinger, både stationære og ambulante, kirurgiske og medicinske samt såvel de relativt enkle ydelser som de mere komplicerede.

Det er derfor en misforståelse at tro, at sygehusene vil have et incitament til at sigte mod at foretage for tidlige udskrivninger med deraf følgende risiko for flere uhensigtsmæssige behandlinger og genindlæggelser. Det ville jo betyde, at sygehusene hellere vil afholde eksempelvis en udgift på ca. 25.000 kr. i tilknytning til en stationær indlæggelse for at få en indtægt fra kommunen på 4.000 kr. - frem for at afholde en udgift på 1.900 kr. i forbindelse med en ambulante behandling for at få en indtægt på 266 kr. Det kan jeg ikke se deres interesse i. Omkostningen ved en uhensigtsmæssig genindlæggelse vil således især vil være en byrde for regionen og ikke for kommunen.

Jeg vil i øvrigt helt generelt lægge til grund for det kommende arbejde, at såvel de kommunale politikere som regionsrådsmedlemmerne vil forholde sig ansvarligt til den opgave, de i fællesskab skal løse, nemlig at sikre borgernes sundhed.