

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 25. april 2005
Kontor: 2.s.kt./4.ø.kt.
J.nr.: 2004-1200-59
Sagsbeh.: CBJ/MHA
Fil-navn: Cbj1417_spm61.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 61 (L 74), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 12. april 2005

Spørgsmål 61:

"Vil de økonomiske incitamenter, som den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering af regionale sundhedsydelse giver, efter ministerens opfattelse være kraftige nok til at få kommunerne til at etablere funktionsdygtige substitutionstilbud til hospitalsindlæggelse samt velfungerende genoptrænings- og forebyggelsestilbud?"

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 med det sigte at forhindre, at sygdom opstår eller udvikler sig, bl.a. ved i forbindelse med varetagelse af opgaverne i forhold til borgerne generelt at bidrage til at skabe rammerne for en sund levevis.

De økonomiske konsekvenser af den kommunale medfinansiering samt de nye sundhedsopgaver for kommunerne er aktuelt under afklaring med de kommunale parter. Det kan dog skønnes, at kommunerne som led i reformen på sundhedsområdet vil få tilført i størrelsesordenen ca. 14 mia. kr.

Herudover vil kommunerne naturligvis kunne disponere over de udgifter til sundhedsrelaterede opgaver, som de allerede i dag afholder – f.eks. opgaver for børn med særlige behov, træning og ældrepleje m.v.

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.

Som jeg har redegjort for i min besvarelse af spørgsmål nr. 38 får kommunerne med sundhedsloven både helt konkret og mere overordnet en række nye, fornuftige og velafbalancerede incitamenter 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 som anført i svaret på spørgsmål nr. 38 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. for at 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.

Som det fremgår, vil kommunerne fremover kunne disponere over en betydelig, økonomisk ramme på sundhedsområdet. Det betyder, at selv mindre økonomiske fordele ved at indrette de enkelte tilbud på sundhedsområdet på en anden måde vil kunne være et incitament for kommunerne til at "tænke nyt" i forhold til i dag.

Det er på denne baggrund min opfattelse, at kommunerne med lovforslaget får nogle effektive og stærke økonomiske incitamentter til at etablere en hensigtsmæssig opgavevaretagelse – samtidig med, at der i den samlede lovpakke, som regeringen har lagt frem som led i kommunalreformen, er taget hensyn til kommunernes økonomiske bæreevne og byrdefordeling.