

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato:

Kontor: 2.ø.kt.

J.nr.: 2004-2400-16

Sagsbeh.: NMJ

Fil-navn: str2/L 71 s 2

Besvarelse af spørgsmål nr. 2 (L 71 – spørgsmål 2), som Folketingets Kommunaludvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 30. marts 2005

Spørgsmål 2:

"Ministeren bedes kommentere notatet fra Fyns Amts budgetafdeling vedrørende kommunernes fremtidige medfinansiering af regionernes udgifter på sundhedsområdet, jf. L 71 – bilag 4."

Svar:

Ad incitament

Jeg vil gerne understrege, at målsætningen med den kommunale medfinansiering som fremgår af forslag til sundhedslov (L 74) helt overordnet er at give kommunerne et synligt og forpligtende ansvar for de opgaver med relation til sundhedsområdet, de allerede i dag varetager - samt give dem et fornuftigt og veldoseret incitament til at arbejde mere målrettet med tilbud som alternativ til sygehusindlæggelse.

Det er efter min opfattelse ikke muligt - i hvert fald ikke på nuværende tidspunkt - at afgrænse medfinansieringsmodellen til kun at vedrøre meget specifikke områder. F.eks. vil det være vanskeligt at afgrænse effekten af den forebyggende indsats til specifikke diagnoser.

Regeringen lægger derfor i stedet op til en relativt enkel model, hvor de økonomiske incitament virker for *alle typer* sygehusbehandlinger samt konsultationer hos praktiserende læger, speciallæger, tandlæger m.v. Med en generel ordning lægges der op til, at kommunerne lokalt identificerer de områder, hvor der med fordel kan etableres nye tilbud og øget samarbejde.

Samtidig taler hensynet til kapacitets- og udgiftsstyring for, at den kommunale finansiering på marginalen ikke bliver for høj. F.eks. kan en ordning uden loft over medfinansieringen give en u hensigtsmæssig kommunal byrdefordeling i forhold til de meget dyre behandlinger, som ikke ville kunne håndteres tilfredsstillende inden for rammen af den fremtidige udligningsreform.

Høje marginaltakster i forholdet mellem kommuner og regioner kan også skabe risiko for kassetækning, således at økonomiske hensyn lokalt kan blive dominerende i forhold til de fagligt funderede.

Det skal dog i den sammenhæng bemærkes, at det stadig er alene en lægefaglig vurdering at afgøre, hvad en patient har behov for, herunder også en eventuel diagnosticering i sygehusvæsenet.

Regeringen lægger i stedet op til, at der i regi af de kommende sundhedskoordinationsudvalg bliver etableret en tæt, lokal dialog om selve *indholdet* af det samarbejde, der skal finde sted. Det gælder, som det fremgår af forslaget til sundhedsloven, f.eks. samarbejdet om udskrivningsforløbene for de svage, ældre patienter, forebyggelse af unødige indlæggelser, træningsområdet, indsatsen for sindslidende m.v.

En fokusering på indhold frem for en løbende diskussion af takster vil efter regeringens opfattelse lægge op til en mere hensigtsmæssig dialog.

Med hensyn til de byrdefordelmæssige virkninger for kommunerne på Fyn skal det bemærkes, at regeringen i den kommende folketingssamling vil fremlægge forslag til en reform af det kommunale tilskuds- og udligningssystem, hvor der er taget hensyn til den endelige opgavefordeling og kommuneinddeling. Et af formålene med reformen vil være at udjævne de afledte byrdefordelmæssige forskydninger mest muligt.

Jeg skal understrege, at modellen for den kommunale medfinansiering naturligvis vil blive fulgt løbende af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på at vurdere, om den opfylder formålene med ordningen.

Ad administrative effekter

Lovforslaget lægger ikke op til nogen væsentlig meradministration i kommunerne.

Selve opgørelsen af de kommunale tilskud forudsættes således at ske på baggrund af den registrering af aktiviteten, som allerede i forvejen lokalt foregår på de enkelte sygehuse og hos de praktiserende læger m.v. via de eksisterende og velfungerende patientadministrative systemer og afregningssystemer.

Der er heller ikke lagt op til, at kommunerne skal udøve selvstændig regningskontrol i forhold til samtlige de patientkontakter i sundhedsvæsenet, som registreres i disse systemer. Det vedrører i alt ca. 60 mio. kontakter årligt på landsplan på sygehus- og sygesikringsområdet. Kontrollen heraf varetages i regionerne, som i forvejen er underlagt revision.

Med et veludviklet, elektronisk afregningssystem samt en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem de centrale sundhedsmyndigheder, regionerne og kommunerne er det ikke forventningen, at de administrative byrder forøges i nævneværdigt omfang. Der bliver således heller ikke brug for hverken at opbygge særlige administrative rutiner i kommunerne eller at anvende væsentligt flere ressourcer på at foretage de pågældende registreringer end i dag. Meningen er således ikke at fremsende 60 mio. regninger til kommu-

nerne – men i princippet én regning pr. kommune pr. måned eller pr. år, svarende til 1300 afregninger om året på landsplan, heraf ca. 120 for Fyn.