

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. 46 (L 71 – spørgsmål 46), som Folketingets Kommunaludvalg har stillet til inden- rigs- og sundhedsministeren den 25. maj 2005

Spørgsmål 46:

"Der ønskes en beskrivelse af, hvordan dels statens, dels kommunernes aktivitetsbestemte tilskud på sundhedsområdet tænkes udformet"

Svar:

Den kommunale medfinansiering omfatter alle behandlinger på sygehus. Kommunerne skal således medfinansiere samtlige sygehusindlæggelser, ambulante behandlinger på sygehus og genoptræning under indlæggelse. Hertil kommer medfinansiering af ydelserne i praksissektoren.

For så vidt angår de somatiske sygehusydelser udgør medfinansieringen 30 pct. af udgifterne til en indlæggelse, dog højst 4.000 kr. Loftet er indsat for at forhindre en uhensigtsmæssig kommunal byrdefordeling i forhold til de meget dyre sygehusbehandlinger. Der er tilsvarende indbygget et loft i forhold til de ambulante behandlinger på sygehus (266 kr. pr. behandling).

I forhold til den psykiatriske sygehusbehandling skal kommunerne medfinansiere samtlige indlæggelser, ambulante behandlinger samt betale en takst for færdigbehandlede patienter. Betalingsordningen er udformet således, at den kommunale medfinansiering er højest på korte indlæggelser, hvor kommunerne vurderes at have den største mulighed for at tilbyde et alternativt tilbud. Af byrdefordelmæssige årsager er der også på dette område indbygget et loft.

I relation til praksissektoren omfatter den kommunale medfinansiering bl.a. konsultation hos almene læger, speciallæger, tandlæger og fysioterapeuter m.fl. Kommunerne skal som hovedregel betale 10 pct. af udgiften for den leverede behandling, dog 30 pct. for speciallæger.

Regeringen lægger samlet set op til en relativt enkel model, hvor de økonomiske incitamenter virker for *alle typer* sygehusbehandlinger samt konsultationer hos praktiserende læger, speciallæger, tandlæger mv. Med en generel ordning lægges der op til, at kommunerne selv identificerer de områder, hvor der med fordel kan etableres nye tilbud og øget samarbejde.

For så vidt angår det statslige aktivitetsafhængige tilskud vil det - som det fremgår af lovforslaget - i første omgang pr. 1. januar 2007 blive etableret

efter samme principper som regeringens nuværende meraktivitetspulje. Det vil sige, at regionerne får tilskud fra puljen, hvis de kan øge omfanget af sygehusbehandlinger over et vist på forhånd fastlagt niveau.

Begge aktivitetsafhængige dele af finansieringsgrundlaget bliver 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.