

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: [26. maj 2005](#)
Kontor: 4.ø.kt.
J.nr.: 2005-1000-11
Sagsbeh.: MHA
Fil-navn: Dokument 7

Besvarelse af spørgsmål nr. 52 (L 65), som Folketingets Kommunaludvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 12. maj 2005

Spørgsmål:

"Betyder ministerens svar på spørgsmål 11 og 12, at der ikke kan findes lignende modeller i noget andet land, hvor man har kunnet indhente erfaringen? Såfremt det er rigtigt forstået, anmodes om at få oversendt det analyse- og udredningsarbejde, som ligger til grund for den valgte model. Endvidere ønskes oplyst, hvilke uvildige sundhedsøkonomer eller andre uvildige sagkyndige, der har udtrykt støtte til en samlet konstruktion som den valgte, herunder ikke mindst den valgte finansieringsmodel?"

Svar:

Et af hovedformålene med kommunalreformen har været at skabe et stærkt og regionalt sundhedsvæsen, hvor der gives lige muligheder for drive sundhedsvæsenet i alle fem regioner. Samtidig skabes bedre sammenhæng mellem opgaveansvar og finansieringsansvar på sundhedsområdet ved bl.a. at skabe mere synlige incitamenter for kommunerne i form af kommunal medfinansiering til at investere i forebyggelse og samarbejde om sammenhængende patientforløb. Det er min vurdering, at netop disse to elementer i kommunalreformen er grundstene til at gøre et godt dansk sundhedsvæsen bedre. Jeg kan dermed konstatere, at som følge af reformen vil der ikke være andre lande, som i sin komplette form har et tilsvarende indretning af sit sundhedsvæsen.

Europæiske landes sygehusvæsen kan opdeles i to hovedgrupper. I den ene gruppe af lande er sundhedsvæsenet karakteriseret ved i meget vidt omfang at være skattefinansieret. Her er det offentlige – i bred forstand – betaleren for sygehusydelse. Til denne gruppe kan henføres lande som bl.a. England, Sverige, Finland, Spanien og Norge samt Danmark. Danmark sammenlignes ofte med disse lande.

I den anden gruppe er sundhedsvæsenet karakteriseret ved, at der findes en række forsikringselskaber/sygesikringer, som betaler sygehusene for deres ydelser. Til denne gruppe kan henføres lande som bl.a. Tyskland, Holland, Belgien og Østrig.

Sundhedsmodellen, som indføres med kommunalreformen, vil være en dansk model baseret på danske erfaringer og prioriteringer. Analyserne foretaget bl.a. i Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg fra

januar 2003 og Strukturkommissionen fra januar 2004 har indgået i overvejelserne ved valg af modellen i sin helhed.

Hvis man ser ud over landets grænser, kan der i sagens natur genfindes elementer i den nye sundhedsmodel i Danmark, som svarer til, hvordan man har indrettet sundhedsvæsenet i andre lande. Sverige har en model, hvor det regionale niveau både har den fulde finansieringsbyrde og opgavevaretagelse. I det finske sundhedssystem anvendes en vis form for kommunal medfinansiering, i Norge findes statslig aktivitetsafhængig finansiering af regionerne, og i den engelske model fordeles et statsligt bloktilskud til regionerne. Disse elementer har ligeledes indgået i overvejelserne ved valg af den danske model.

Med hensyn til hvilke eksperter, der støtter den foreslåede struktur for sundhedsvæsenet, skal jeg bemærke, at det er mit indtryk, at de enkelte eksperter er kritiske over for visse elementer i forslaget, mens de ser mere positivt på andre dele. Der er således ikke tale om, at forslaget enten støttes eller forkastes af eksperterne, men der er tale om en nuanceret vurdering af de enkelte elementer i forslaget, som de forskellige eksperter forholder sig mere eller mindre kritisk eller positivt til.