

**Besvarelse af spørgsmål nr. 47 (L 71 – spørgsmål 47),
som Folketingets Kommunaludvalg har stillet til inden-
rigs- og sundhedsministeren den 25. maj 2005**

Spørgsmål 47:

"Det ønskes begrundet, hvorfor en række høringsberettigedes ønske om, at kommunernes aktivitetsbestemte tilskud differentieres efter diagnose og mulighed for at forebygge fra kommunens side ikke kan imødekommes, når der tilsyneladende lægges op til en differentiering af det statslige aktivitetsbestemte tilskud?"

Svar:

Målsætningen med lovforslagets finansieringsregler er helt overordnet at give kommunerne et synligt og forpligtende ansvar både for de sundhedsopgaver, de allerede i dag varetager, og for de nye sundhedsopgaver de får som følge af kommunalreformen. Det er samtidig målsætningen at give kommunerne et fornuftigt og velafbalanceret incitament til at arbejde mere målrettet med tilbud, der kan øge kvaliteten og sammenhængen i patienternes behandling.

Jeg er opmærksom på, at det har været foreslået at målrette den kommunale medfinansiering således, at nogle behandlinger afregnes over for kommunerne med en relativt høj takst, f.eks. 40-50 pct. af DRG-taksten uden loft, mens der for øvrige behandlinger ikke foreslås medfinansiering.

Det er efter min opfattelse ikke hensigtsmæssigt - 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.

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.

Høje marginaltakster i forholdet mellem kommuner og regioner kan også skabe risiko for at skabe et system, der indbyder til kassetænkning mellem parterne, således at økonomiske hensyn lokalt kan blive dominerende i forhold til de fagligt funderede.

Regeringen lægger derfor i stedet 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.

Det er en meget fleksibel model, hvor kommuner og regioner, på grundlag af lokale forhold og muligheder, i fællesskab på en fornuftig måde kan tilrettelægge og samordne deres indsats på sundhedsområdet.

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.

For så vidt angår det statslige aktivitetsafhængige tilskud til regionerne anføres det, at der tilsyneladende lægges op til en differentiering af det statslige aktivitetsbestemte tilskud. Dette forhold kan jeg ikke genkende.

Som det fremgår af lovforslaget, vil tilskuddet i første omgang pr. 1. januar 2007 blive etableret efter samme principper som regeringens nuværende meraktivitetspulje. Meraktivitetspuljen er udformet således, at den vedrører *alle* typer patienter på sygehus, f.eks. både medicinske og kirurgiske samt både akutte og ikke-akutte. Alle sygehusbehandlinger afregnes med den samme takstandel.