

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 19. april 2005
Kontor: 2.s.kt./4.ø.kt
J.nr.: 2005-1200-410
Sagsbeh.: CBJ
Fil-navn: Cbj1408_spm38.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 38 (L 74), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 5. april 2005

Spørgsmål 38:

"Hvor stor sandsynlighed er der efter ministerens vurdering for, at forebyggelsesindsatsen vokser i økonomisk belastede kommuner med mange socialt dårligt stillede borgere og stor sygdomshyppighed, hvis kommunernes økonomiske gevinst ved at investere i forebyggelse og genoptræning først viser sig efter en længere periode og i øvrigt uden at dække investeringerne? Og hvori består de økonomiske incitament og muligheder for disse kommuner til at opprioritere forebyggelsesindsatsen?"

Svar:

Lovforslaget lægger ikke op til nogen ekstraordinær belastning af de økonomisk svage kommuner i forhold til de stærke.

For det første vil regeringens særlige Finansieringsudvalg lægge op til, at der i sammenhæng med kommunalreformen gennemføres en omlægning af den mellemkommunale udligningsordning, som netop tager hensyn til de byrdefordelingsmæssige virkninger af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet. Det sker gennem inddragelse i udligningen af en række nye sociale m.v. kriterier, der afspejler kommunernes udgiftsbehov på sundhedsområdet.

For det andet er der i den måde, som den kommunale, aktivitetsafhængige medfinansiering af sundhedsområdet er indrettet på, i vidt omfang taget byrdefordelingsmæssige hensyn. Det er sket ved f.eks. at indbygge et loft over medfinansieringen af hver enkelt sygehusbehandling, således, at meget dyre behandlinger ikke belaster den kommunale økonomi unødigt.

Jeg vil gerne understrege, at målsætningen med sundhedslovens finansieringsregler helt overordnet er at give kommunerne et synligt og forpligtende ansvar både for de sundhedsopgaver, de allerede i dag varetager (børn med særlige behov, træning, ældrepleje), og for de nye sundhedsopgaver, de får som følge af kommunalreformen (forebyggelse og sundhedsfremme).

Det nye ved finansieringsmodellen er, at sygehusindlæggelser og praksissektorens ydelser ikke længere er gratis for kommunerne, men at de nu får et fornuftigt og velafbalanceret incitament til sammen med regionerne at arbejde mere målrettet med tilbud, der kan øge kvaliteten og sammenhæ-

gen i patienternes behandling. Ordningen lægger op til, at hver enkelt kommune ud fra lokale hensyn og behov identificerer de områder, hvor der med fordel kan etableres nye tilbud og øget samarbejde.

Den kommunale medfinansiering kan både konkret og mere overordnet give et incitament til sammen med regionerne at overveje, om organiseringen på de forskellige områder og sektorer kan gøres anderledes og bedre.

Jeg ser således et meget væsentligt potentiale i, at kommunerne med kommunalreformen bliver borgernes hovedindgang til den offentlige sektor. Kommunerne kommer på denne måde til at møde borgerne i en lang række forskellige sammenhænge – f.eks. skoler, dag- og døgninstitutioner, hjemmepleje, kontanthjælpssystemet, miljø m.v. Det skaber – både for de økonomiske stærke og mindre stærke kommuner – nogle muligheder, når det handler om sundhedstilbud. F.eks. ved i kraft af selve mødet med borgerne at tage sundhedsproblemer i opløbet gennem generelt at skabe sunde miljøer - eller ved målrettede indsatser mod udsatte mennesker og grupper (ældre, mennesker med sociale problemer, børn og unge 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.