

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 19. april 2005
Kontor: 2.s.kt.
J.nr.: 2005-1200-410
Sagsbeh.: CBJ
Fil-navn: Cbj1411.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 51 (Alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 7. april 2005

Spørgsmål 51:

"Er det i den fremtidige model for kommunal medfinansiering muligt for en region og en kommune i henhold til deres sundhedsaftale at aftale andre betalingsretningslinjer end de i lovforslagets § 239 anførte? I benægtende fald finder ministeren ikke, at det vil være hensigtsmæssigt og en forudsætning for, at sundhedsaftalerne kan virke som tiltænkt, at regioner og kommuner har mulighed for at vælge betalingsmodel afhængig af, hvilken opgavefordeling de finder hensigtsmæssig at indgå aftale om, f.eks. således at en kommune, der kan varetage en større del af behandlingen, kan gøre dette mod en mindre takst til regionen, og en kommune, der ønsker at f.eks. alle genoptræningsydelse skal varetages af regionen, kan gøre dette mod en højere betaling?"

Svar:

Den i lovforslagets § 239 beskrevne model for den kommunale medfinansiering er en generel model, som skal gælde for alle kommuner og regioner.

Jeg har i besvarelsen af spørgsmål nr. 30 nærmere redegjort for de overvejelser, der ligger bag modellen, og jeg skal derfor henvise hertil.

Jeg skal tilføje, at det forhold, at der også er en aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering indbygget i modellen, gør, at kommunernes medfinansiering kommer til at afspejle forskelle i den kommunale opgaveløsning og prioritering. Gør den enkelte kommune en stor indsats på et område, som kommunen prioriterer, kommer den til at betale mindre til regionen, såfremt det flytter opgavevaretagelsen ud i kommunen. Det er netop en af fordelene ved den aktivitetsafhængige medfinansiering, at den enkelte kommunalbestyrelse herved får mulighed for og incitament til at overveje sin indsats på sundhedsområdet.