

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 25. april 2005
Kontor: 2.s.kt./4.ø.kt.
J.nr.: 2004-1200-59
Sagsbeh.: CBJ/MHA
Fil-navn: Cbj1417_spm69.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 69 (L 74), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 12. april 2005

Spørgsmål 69:

"Kan ministeren bekræfte, at den måde som finansieringen er bygget op på, indebærer, at regionernes eneste variable indtægtsmulighed er den del, der kommer fra kommunerne, og at en forøgelse af indtægtsdelen herfra principielt vil kunne komme fra en komplicering af behandlinger, ekstra undersøgelser m.v. Mener ministeren ikke, at dette aspekt rummer en risiko for kassetækning og et dyrere sundhedssystem?"

Svar:

Spørgsmålet giver mig anledning til at understrege, at overvejselsen om, hvilken undersøgelse eller behandling på sygehus der bør tilbydes patienterne i de enkelte situationer, i sidste ende altid beror på en lægelig og sundhedsfaglig vurdering. Det ændrer kommunalreformen og den nye sundhedslov ikke ved.

Det nye ved sundhedslovens finansieringsordning er, at den giver nogle nye og klarere incitamentter til at tilrettelægge sundhedsvæsenets ydelser mere sammenhængende og mere økonomisk hensigtsmæssigt. Det gælder, som det fremgår af min besvarelse af eksempelvis spørgsmål nr. 38 og 61, for kommunerne – men bestemt også for regionerne.

For så vidt angår regionerne, følger incitamentterne både af den måde, som den aktivitetsafhængige og den ikke-aktivitetsafhængige del af regionernes finansieringsgrundlag er udformet på.

Helt overordnet – og som det fremgår af mit svar på spørgsmål nr. 37 – vil kun en mindre del - ca. 15 pct. - af regionernes finansieringsgrundlag komme til at afhænge af aktiviteten. Heraf tilvejebringes 10 pct. via aktivitetsafhængige tilskud fra kommunerne og 5 pct. fra staten.

Langt hovedparten - ca. 85 pct. - af regionernes finansieringsgrundlag bliver således udmøntet i form af faste, ikke-aktivitetsafhængige tilskud fra staten og kommunerne. Det forhold, at hovedparten af regionernes omkostninger afholdes af regionerne selv, giver dem et kraftigt incitament til at udføre de enkelte sygehusbehandlinger så omkostningseffektivt som muligt. Det kan være i form af effektive arbejdsgange m.v. eller f.eks. ved at samarbejde med kommunerne om en hensigtsmæssig opgaveløsning.

Hertil kommer, at de ca. 75 pct. af regionernes sundhedsudgifter - svarende til godt 50 mia. kr. - som dækkes via det statslige bloktilskud, i henhold til lovforslaget om regionernes finansiering vil blive udmøntet på en ny måde, som ligeledes modvirker den anførte problemstilling. Lovforslaget betyder, at det statslige bloktilskud udmøntes efter objektive, demografiske og sociale kriterier - hvilket i langt højere grad end det nuværende beskatningsgrundlag afspejler befolkningens faktiske behov for sundhedsydelser.

Omlægningen fra beskatningsgrundlag til objektive kriterier betyder derfor, at de enkelte regioner - og dermed også de enkelte sygehuse - opnår en langt bedre overensstemmelse mellem udgifter og befolkningens behandlingsbehov på den ene side og deres indtægtsgrundlag på den anden.

For så vidt angår den aktivitetsafhængige del af finansieringsgrundlaget - dvs. de ca. 15 pct. - bliver regionernes indtægter primært 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.

Det er derfor en misforståelse at tro, at sygehusene vil have et incitament til primært at behandle de patienter, der isoleret set giver den største indtægt. Det ville jo betyde, at sygehusene hellere vil afholde eksempelvis en udgift på ca. 25.000 kr. i tilknytning til en stationær indlæggelse for at få en indtægt fra kommunen på 4.000 kr. - frem for at afholde en udgift på 1.900 kr. i forbindelse med en ambulante behandling for at få en indtægt 266 kr. Det kan jeg ikke se deres interesse i.

Hertil kommer, at DRG-taksterne, som netop er gennemsnitstakter, ikke giver et sygehus fuld dækning for omkostningerne, hvis produktionen generelt tilrettelægges uhensigtsmæssigt. En unødigt komplicering af behandlingen vil derfor først og fremmest betyde stigende udgifter for regionen og ikke for kommunen.

Som det fremgår af min besvarelse af spørgsmål nr. 37 udelukker finansieringsmodellen bestemt ikke, at regionernes sygehuse kan tiltrække ekstra indtægter. Tværtimod. Det vil dog ikke ske ved - som spørgsmålet lægger op til - at påføre kommunerne unødige udgifter, men ved, helt på samme måde som amternes sygehuse i dag, at behandle patienter fra andre regioner, f.eks. gennem det frie sygehusvalg.

Der er også mulighed for via det statslige aktivitetsafhængige tilskud på op til ca. 5 pct. af det samlede finansieringsgrundlag at skaffe sig flere indtægter til patientbehandling. Dette tilskud viderefører de gode erfaringer med

den nuværende statslige meraktivitetspulje, som har skabt en betydelig ekstra aktivitet og lavere ventetider for patienterne.

Jeg skal derfor sammenfattende understrege, at sundhedslovens finansieringsbestemmelser er udformet, så de på én gang giver nogle fornuftige incitamenter i kommunerne til at øge deres engagement på sundhedsområdet – samtidigt med, at de sikrer mulighed for en fornuftig kapacitets- og udgiftsstyring i regionerne.