

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 28. februar 2007
Kontor: Sundhedspolitisk kt.
J.nr.: 2007-12100-247
Sagsbeh.: CBJ
Fil-navn: Cbj1752.doc

**Besvarelse af spørgsmål nr. 229 (Alm. del), som Folke-
tingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og
sundhedsministeren den 17. januar 2007**

Spørgsmål 229:

"Ministeren bedes kommentere vedlagte artikel fra Altinget den 9. januar 2007 "Sygehusenes underfinansiering bliver værre".

Svar:

Jeg mener ikke, at det billede, som direktør Jes Søgaard tegner i sin artikel af de danske sundhedsudgifter, er korrekt.

Det er således ikke rigtigt, at Danmark bruger væsentligt færre ressourcer på sundhedsvæsenet end gennemsnittet i EU. Ifølge de seneste officielle tal fra OECD udgjorde de samlede sundhedsudgifter Danmark i 2003 i alt 9,0 pct. af bruttonationalproduktet, mens EU-landene i gennemsnit brugte 8,8 pct. Opgør man udgifterne i forhold til indbyggertallet i stedet for den samlede produktionsværdi, ligger Danmark også over EU-gennemsnittet.

De faktiske tal viser, at udgifterne til sundhedsvæsenet – set over hele den nuværende regeringsperiode under ét – har fået et markant løft. Således vil de samlede sundhedsudgifter i 2007 være i alt 11 mia. kr. højere end i 2001. Der bruges på denne måde flere ressourcer på sygehusene end nogensinde før, og sundhedsområdet er ét af regeringens allerhøjeste prioriterede velfærdsområder.

Sundhedspolitik handler imidlertid ikke kun om ressourcer, men også om at sikre nogle hensigtsmæssige rammer for sundhedsvæsenets aktiviteter.

Jeg er derfor lidt ked af, at Jes Søgaard - som det eneste element i den største omlægning af sundhedsvæsenets opgavefordeling og finansiering, der er gennemført i Danmark i mange, mange år - har hæftet sig ved, at de 14 amter og H:S fra 1. januar 2007 nu er erstattet af de 5 nye sundhedsregioner.

Den nye organisering af sundhedsvæsenet i større enheder giver i sig selv, såvel fagligt som økonomisk, et væsentligt bedre udgangspunkt for, at sygehusene i de kommende år kan løse deres opgaver. Det skal dog også ses i sammenhæng med de øvrige hovedelementer i kommunalreformen - nemlig at kommunerne får en styrket rolle for at tilskynde til en mere effektiv forebyggelses-, genoptrænings- og plejeindsats, og at der fra 2007 er indført en helt ny finansieringsmodel på sundhedsområdet og en række nye, konkrete og forpligtende samarbejdsbestemmelser for kommunerne

og regionerne, der samlet har til formål at understøtte og forbedre begge parter indsats og deres samarbejde om patienterne.

Konkret indebærer eksempelvis den nye finansieringsmodel, at ca. 78 pct. af regionernes finansiering i 2007 tilvejebringes via et statsligt bloktilskud, der udmøntes efter objektive kriterier. Knap 20 pct. af finansieringsgrundlaget kommer fra kommunerne via hhv. den kommunale medfinansiering (12 pct.) og et kommunalt grundbidrag (7 pct.). I størrelsesordenen 3 pct. udmøntes gennem den statslige meraktivitetspulje.

Det er således helt forkert, når Jes Søgaard anfører, at hele sundhedsvæsnet fra 2007 finansieres via bloktilskud. Tværtimod øges den andel af regionernes finansieringsgrundlag, der afhænger af aktiviteten, fra ca. 2 pct. i 2006 til omkring 15 pct. i 2007.

Finansieringsreformen er således ikke blot en ny type rammefinansiering - men bygger videre på de positive erfaringer med regeringens meraktivitetspulje, der er indhøstet siden 2002, i forhold til at skabe ny dynamik og lavere ventetider i sygehussektoren.

Den nye kommunale medfinansiering understøtter og supplerer de nye kommunale sundhedsopgaver. Det sker ved at give kommunerne en tilskyndelse til at tilrettelægge deres opgaver på en hensigtsmæssig måde og et incitament til at etablere et effektivt samarbejde med regionerne om sundhedsindsatsen.

Lad mig endvidere pege på, at de ca. 78 pct. af regionernes sundhedsudgifter - svarende til 62 mia. kr. - som i 2007 dækkes via det statslige bloktilskud, nu udmøntes efter objektive, demografiske og sociale kriterier. Det afspejler i langt højere grad end det tidligere, amtskommunale beskatningsgrundlag befolkningens faktiske behov for sundhedsydelse. 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 indtægtgrundlag på den anden.

Endelig undrer jeg mig over Jes Søgaards analyse af, at regionerne ikke har mulighed for at foretage tværgående prioriteringer af deres indsats, og at kommunalreformen på dette punkt har givet en væsentlig svækkelse af handlemulighederne.

Det er rigtigt, at regionerne i deres styring skal adskille sundhedsområdet og det regionale udviklingsområde. Det afskærer dog ikke regionerne fra at foretage omprioriteringer og justeringer af deres indsats på sundhedsområdet, der - nu som før - udgør langt hovedparten af udgifterne på det regionale niveau. Det tror jeg, der vil være gode muligheder for set i lyset af, at de samlede, regionale sundhedsudgifter udgør 80 mia. kr.