

**Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse**

Dato: 13. december 2007  
Kontor: Sundhedsøkonomisk kt.  
J.nr. 2007-12100-355  
Sagsbeh.: III  
Fil-navn: Dokument 4

**Besvarelse af spørgsmål 29 vedr. alm. del i Sundhedsudvalget stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 3. december 2007**

**Spørgsmål 29:**

"Ifølge Dagens Medicin skønner forskere, at op mod halvdelen af de hospitalsindlæggelser, vi har i dag, kan spares, hvis man i højere grad indfører telemedicin på hospitalerne. Samtidig kan man på mange områder øge kvaliteten af behandlinger (f.eks. med et øget antal målinger m.m.). Ministeren bedes oplyse årsagen til, at hospitalerne efter DRG-afregningssystemet ikke kan få midler til behandling foretaget med telemedicin?"

**Svar:**

DRG-systemet og DRG-takster bruges som redskab til afregningen af statslig og kommunal aktivitetsbaseret finansiering i forhold til regionerne.

Der er ingen regler om, at regionerne tilsvarende skal afregne med hospitalerne efter DRG-taksterne. Tværtimod fremgår det af de takststyringsprincipper, der blev aftalt med amterne i økonomiaftalen for 2004, at regionerne kan og bør foretage deres afregning med sygehusene med diskretionært fastsatte takster, der tager højde for lokale forhold og prioriteringer.

Der er således intet, der forhindrer, at regionerne fastsætter en afregning med deres sygehuse, der fremmer telemedicinske løsninger.

I den nævnte artikel fra Dagens Medicin fremfører en region, at dette vil give et finansieringsproblem, da regionerne ikke kan få refunderet udgifterne til telemedicin af staten, fordi udgifter til telemedicin ikke indgår i DRG-taksterne.

Lad mig her minde om, at 85 pct. af regionernes finansieringsgrundlag er faste bloktilskud fra hhv. staten (75 pct.), der afhænger af objektive kriterier som alderssammensætning, socioøkonomiske faktorer mv., og et kommunalt grundbidrag pr. indbygger (10 pct.). Disse tilskud afhænger ikke af DRG-taksterne. Det gør derimod den aktivitetsafhængige finansiering fra staten og kommunerne, men den udgør således en mindre del (15 pct.) af regionernes samlede indtægtsgrundlag.

I det omfang anvendelsen af telemedicin giver et rationaliseringspotentiale i den anførte størrelsesorden, har jeg derfor svært ved at se, at regionernes finansieringsmodel skulle blokere for indførelsen af telemedicin.

Samtidig er der jo også mange forskellige anvendelser af telemedicin. Hvis eksempelvis telemedicin anvendes til at understøtte og effektivisere en konkret sygehusbehandling som en hjerteoperation, så vil denne operation jo blive registreret i DRG-systemet på samme måde som alle andre hjerteoperationer.

Det ændrer selvfølgelig ikke ved, at DRG-systemet løbende skal følge den udvikling, der hele tiden sker i sundhedsvæsenet, herunder tage højde for, at der sker en vækst i omfanget af ydelser, der leveres uden for sygehusets fysiske rammer.

Det har været et hensyn ved indførelsen af de aktivitetsbaserede finansieringsordninger, at de skulle basere sig på de kliniske registreringer, der i forvejen skulle foretages, så sygehusene/regionerne ikke blev pålagt nye registreringsbyrder. De eksisterende kliniske registreringer har hidtil primært været afgrænset til det, der skete inden for sygehusenes mure.

Disse afgrænsninger bliver selvsagt problematiske, når aktiviteten stiger uden for sygehusene, og som det også fremgår af artiklen, arbejder Sundhedsstyrelsen derfor på at tilpasse afgrænsningen af de ydelser, der er omfattet af det nuværende DRG-system i et samarbejde med KL og Danske Regioner. En sådan tilpasning må dog i visse tilfælde forventes at medføre en udvidelse af registreringsforpligtelserne.

Jeg er helt enig i, at takstsystemet skal understøtte hensigtsmæssig behandling. I regi af kvalitetsreformen har regeringen derfor også fremsat forslag om at udvikle takstsystemet, så taksterne i højere grad giver incitamenter til og muligheder for omkostningseffektive og sammenhængende behandlinger.