



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 26. oktober 2015
Enhed: Sundhedsøkonomi
Sagsbeh.: SUMMHA
Sagsnr.: 1505050
Dok. nr.: 1806607

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 21. august stillet følgende spørgsmål nr. 29 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares endeligt. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Flemming Møller (S).

Spørgsmål nr. 29:

”Vil ministeren redegøre for, om man i Norge har skilt udgifterne til henholdsvis medicin og drift/personale ad i budgetterne, således at stigende medicinudgifter ikke risikerer at føre til nedskæringer eller fyringer?”

Svar:

Til brug for besvarelsen er der anmodet om bidrag fra det norske helse- og omsorgsdepartement. Til brug for besvarelse er derfor anvendt ”Meld. St 28, melding til Stortinget”, Legemiddelmeldingen, Riktig bruk – bedre helse, kap. 19”. Heraf fremgår bl.a. følgende

Finansieringen af lægemidler er i Norge er tredelt, på følgende enheder.

- De regionale sundhedsregioner, de såkaldte ”helseforetak” afholder udgifter til lægemidler, som anvendes under sygehusindlæggelser og ved ambulante behandling på sygehusene.
- Kommunerne har finansieringsansvaret for lægemidler som udleveres ved kommunale institutioner.
- ”Folketygden” yder tilskud til lægemidler som ikke er omfattet af de to ovenstående, det vil først og fremmest betyde medicin som udleveres ved apotekerne.

”Helseforetakene” er den norske stats regionale sundhedsorganisationer, som har ansvaret for at levere specialiserede sundhedstjenester til befolkningen bosiddende i regionen.

De driver først og fremmest de offentlige sygehuse og kan købe sygehustjenester hos andre statslige sundhedsregioner eller i den private sygehussektor. De statslige sundhedsregioner har således først og fremmest en *sørge-for-forpligtelse* i forhold til befolkningen. De statslige sundhedsregioner er finansieret ved et generelt fast tilskud samt et aktivitetsbestemt bidrag udmøntet via et DRG-takstsystem. Det generelle tilskud udgør ca. 75 pct. af den samlede finansiering, mens de resterende 25 pct. kommer via afregningstaksten for den aktivitetsbestemte finansiering. De 25 pct. af den samlede finansiering fremkommer ved en gennemsnitlig afregningsprocent af DRG taksten på 50 pct. for alt aktivitet udført ved sygehusene. Denne del af finansieringen er uden et samlet udgiftsloft. Konstruktionen indebærer, at sundhedsregionernes merudgifter, som kan henføres til behandling af flere patienter, delvist bliver kompenseret ved øget bevilling fra staten via den aktivitetsbestemte finansiering, herunder også merudgifter til øget medicinforbrug som følge af øget behandlingsaktivitet.

I forbindelse med den statslige budgetproces indgår forventede (mer)udgifter til medicin i fastlæggelsen af de statslige sundhedsregioners samlede budgetter. De statslige sundhedsregioner har herefter det samlede budgetansvar for samtlige udgifter forbundet med sygehusbehandlingen, herunder også udgifterne til personale og sygehusmedicin.

Ansvar for at overholde budgettet samlet set påhviler derfor alene de statslige sundhedsregioner. Omprioriteringer kan derfor forekomme som følge af udviklingen på medicinområdet, herunder også i form af omprioriteringer på personaleområdet.

I Norge finansieres tilskudsmedicinen af "*Folketyngden*", som er en generel velfærds-konstruktion, der omfatter en lang række offentligt finansierede velfærdsgoder i form af overførelser eller tilskud til velfærdsydelser. "*Folketyngden*" finansieres dels af bidrag fra borgere og virksomheder samt af staten.

De statslige sundhedsregioner har dermed hverken budget- og opgaveansvaret for denne opgave. Inden for det enkelte budgetår er der således ikke nogen form for sammenhæng fra udgiftsudvikling på tilskudsmedicinen til sygehusenes økonomi, men det må forventes at der ved den samlede offentlige budgetlægning sker en samlet prioritering.

På baggrund af ovenstående beskrivelse kan der overordnet anføres følgende:

Det kan derfor ikke bekræftes, at udgifterne i Norge til sygehusmedicin er udskilt i en selvstændig budgetpost på en måde, hvormed stigende medicinudgifter ikke risikerer at påvirke personaleressourcerne. Der er således store ligheder mellem fordeling af budgetansvar i de norske statslige sundhedsregioner og for regionerne i Danmark i forhold til sygehusmedicinen.

Der er derimod en væsentlig anderledes indretning af budgetansvaret i forhold til tilskuddet af receptpligtig medicin i Norge sammenlignet med Danmark. Det er således korrekt, at stigende udgifter inden for tilskudsmedicinen har en meget svag påvirkning på den generelle sygehusøkonomi og i forhold til fx personaleressourcer.

Set i forhold til indretning af sundhedsvæsenet i Danmark, er der dermed en større uafhængighed i Norge mellem medicinudgifterne på tilskudsområdet og sygehusøkonomien end i Danmark. I Danmark indgår såvel tilskudsmedicin og sygehusøkonomi i den samlede regionale opgaveportefølje.

Helt overordnet set er der inden for rammerne af den samlede offentlige norske økonomi en vis grad af sammenhæng mellem sygehusøkonomi og udvikling på tilskudsmedicinen, idet at den norske stat har det marginale finansieringsansvar for "*Folketyngden*", og dermed vil udgiftsudviklingen på tilskudsmedicinområdet ikke fuldstændig være uden sammenhæng til sygehusbudgetterne.

Med venlig hilsen

Sophie Løhde / Mads Hansen