



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: 18-09-2017
Enhed: SUNDOK
Sagsbeh.: DEPADH
Sagsnr.: 1705922
Dok. nr.: 418865

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 21. august stillet følgende spørgsmål nr. 1105 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares.

Spørgsmål nr. 1105:

”Ministeren bedes kommentere artiklen ”Nærhedsprincippet. Øget eller skjult brugerbetaling for ældre borgere?” bragt i Aarhus Stiftstidende den 14. juni 2017.”

Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kirsten Normann Andersen (SF).

Svar:

I artiklen ”Nærhedsprincippet. Øget eller skjult brugerbetaling for ældre borgere?” beskrives de senere års udvikling, hvor kortere indlæggelser og færre og mere specialiserede sygehuse har medført et øget behov for nære kommunale tilbud (akutpladser, aflastningspladser mv.).

Jeg er enig med forfatterne til artiklen i, at udviklingen mod mere behandling i det nære sundhedsvæsen først og fremmest er en positiv udvikling.

Når patienterne er indlagt i kortere tid skyldes det, at kvaliteten i sygehusbehandlingen er forbedret. Bl.a. viser tal fra Cancerregistret, at stadigt flere danskere overlever en kræftsygdom.

Samtidig er der bred faglig enighed om, at borgerne ikke har godt af at ligge for længe i hospitalssengene. Det gælder især ældre borgere, som risikerer at miste meget muskelmasse, hvis de ligger for længe i sengen i stedet for at komme op og røre sig.

Det er derfor positivt, at indlæggelsestiden er faldet fra i gennemsnit 4,1 dage i 2009 til 3,4 dage i 2016, og at det gennemsnitlige antal færdigbehandlingsdage pr. 1000 indbyggere er faldet fra 10,6 til 6,0 dage i samme periode. Det giver borgerne mulighed for at komme ud af sygehuset, så snart de er færdigbehandlede¹, så de i stedet kan få pleje og omsorg i nærmiljøet, enten i deres eget hjem eller i et kommunalt tilbud.

Men det er vigtigt at understrege, at det altid er en lægelig vurdering, om en konkret behandling af en patient skal foregå på et sygehus, og det er derfor kun færdigbehandlede patienter, der udskrives.

¹ Færdigbehandlede patienter er ikke nødvendigvis raske, men en læge har vurderet, at den videre behandling ikke kræver sygehusindlæggelse.

Kommunale akutfunktioner

- . / . Nogle borgere får efter udskrivelse tilbud om et kortere ophold på en kommunal akutfunktion. Indsatsen i en kommunal akutfunktion erstatter ikke en sygehusindlæggelse. Hvis en patient efter en lægefaglig vurdering har behov for en sygehusindlæggelse, skal patienten altid indlægges på sygehus. Akutfunktionen er derimod et tidsafgrænset tilbud til de patienter, som har et yderligere sygeplejefagligt behov end det, den øvrige hjemmesygepleje kan varetage.

Kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen er organiseret forskelligt i de enkelte kommuner, men ofte enten som udkørende teams, der leverer sygepleje i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig, og/eller som midlertidige døgnophold på en særlig kommunal enhed – oftest i tilknytning til et plejecenter. Jeg henviser også til mit svar på SUU alm. -del – spm. 247 (2016).

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

- . / . Sundhedsstyrelsen har i april 2017 som led i opfølgning på handlingsplanen for en styrket indsats for den ældre medicinske patient offentliggjort ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner”.

Kvalitetsstandarderne skal bidrage til at højne og ensarte kvaliteten af de kommunale tilbud og stiller krav til, hvordan tilbuddet bliver tilrettelagt, hvad det skal indeholde, og hvilke kompetencer der skal være til stede hos personalet.

Derudover vil standarderne gøre det tydeligt for lægerne, hvilket tilbud de henviser til. Det er med handlingsplanen for den ældre medicinske patient aftalt, at kommunerne fra 2018 skal leve op til Sundhedsstyrelsen kvalitetstandarder.

Egenbetaling

Den sygepleje og behandling, der varetages i kommunale akutfunktioner, herunder på kommunale akutpladser, er en del af den vederlagsfrie, kommunale hjemmesygepleje, som kommunen efter sundhedsloven er forpligtet til at levere. Der vil i nogle tilfælde også kunne varetages andre opgaver i en kommunal akutfunktion, som for eksempel personlig og praktisk hjælp og madservice, træning og rehabilitering.

Om der kan opkræves egenbetaling for hjælpen, vil afhænge af hjemmelsgrundlaget for den hjælp, som borgeren modtager i akutfunktionen. Der kan fx opkræves egenbetaling for madservice efter servicelovens § 83. Kommunen kan fastsætte en egenbetaling på op til 3.425 kr. (2017-pl) for fuld forplejning for beboere i boliger, hvortil der er knyttet omsorgs- og servicefunktioner med tilhørende personale, og på op til 52 kr. (2017-pl) for ét dagligt måltid mad i form af en hovedret til borgere i eget hjem.

Kommunen må ikke opkræve mere i betaling for tilbuddet, end produktions- og leveringsomkostninger kan begrunde. Kommunen kan endvidere fastsætte betalingen til et lavere beløb end prisloftet og omkostningerne og dermed give borgere, der modtager tilbuddet, et evt. yderligere tilskud.

Medicintilskud

Mens retten til vederlagsfri sygehusbehandling også omfatter den medicin som indgår i undersøgelse og behandling, der finder sted på et sygehus, er det sådan, at patienter, der behandles uden for sygehusvæsenet, selv køber medicinen på apoteket.

Afhængigt af lægemidlet og patientens behov, støtter det offentlige betalingen med et tilskud. Tilskudssystemet er behovsfhængigt og indebærer, at der ydes størst tilskud til dem, der har de højeste medicinudgifter. I tilskudsmodellen er der desuden indarbejdet et loft over den maksimale egenbetaling for borgeres årlige udgifter til tilskudsberettigede lægemidler. I år er grænsen for egenbetaling af tilskudsmedicin 3.955 kr.

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Amalie Dam-Hansen