

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 29. april 2005
Kontor: 4.ø.kt.
J.nr.: 2005-1000-11
Sagsbeh.: mha
Fil-navn: Strukturkom/udvalgsspørgsmål/Spm 11-svar

Besvarelse af spørgsmål nr. 11 (L 65), som Folketingets Kommunaludvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. april 2005

Spørgsmål 11:

"Ministeren bedes beskrive sundhedsmodeller fra andre lande, hvor opgaven styres af direkte folkevalgte uden nogen indflydelse på egne indtægter, hvor sundhedsopgaven er løst bedre eller billigere end hidtil i Danmark – eller på mindst samme kvalitative og økonomiske niveau som i Danmark. De pågældende eksempler bedes beskrevet."

Svar:

Et af hovedformålene med amtskommunernes nedlæggelse og oprettelsen af fem nye regioner er at sikre et fremtidigt, stærkt regionalt sundhedsvæsen. Med fem regioner bliver der grundlag for at samle flere behandlinger, udnytte fordelene ved specialisering bedre og sikre den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne.

Kommunalreformen betyder derudover, at kommunerne får ansvaret for den forebyggelse, pleje og genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse, samt ansvaret for specialiseret tandpleje og stofmisbrugs- og alkoholbehandling. Endvidere skal kommunerne medfinansiere borgernes benyttelse af det regionale sundhedsvæsen.

Kommunalreformen er på dette punkt båret af ønsket om at gøre et godt dansk sundhedsvæsen bedre og ikke af, om ordningen svarer til en ordning, der er kendt fra andre lande. Det er et særegent dansk sundhedsvæsen, som er under fortsat udvikling. Det er således ikke andre landes eksempler, der har dannet grundlag for regeringens beslutning om en kommunalreform.

Kommunalreformen giver regionerne og kommunerne et klart incitament til at tilrettelægge deres ydelser økonomisk hensigtsmæssigt. Det skyldes den måde, som den aktivitetsafhængige og den ikke-aktivitetsafhængige del af regionernes finansieringsgrundlag er udformet på.

Helt overordnet vil kun en mindre del - ca. 15 pct. - af regionernes finansieringsgrundlag komme til at afhænge af aktiviteten, heraf tilvejebringes ca. 10 pct. via aktivitetsafhængige tilskud fra kommunerne og ca. 5 pct. fra staten. Dette vil medvirke til at målrette de økonomiske incitamenter for regionerne og kommunerne.

Langt hovedparten - ca. 85 pct. - af regionernes finansieringsgrundlag bliver således udmøntet i form af faste, ikke-aktivitetsafhængige tilskud fra staten og kommunerne. Dette forhold 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 ca. 75 pct. af regionernes sundhedsudgifter svarende til godt 50 mia. kr. dækkes via et statsligt bloktilskud. Det statslige bloktilskud udmøntes efter objektive, demografiske og sociale kriterier, hvilket i langt højere grad end det nuværende beskatningsgrundlag afspejler befolkningens faktiske behov for sundhedsydelse.