

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 12. april 2005
Kontor: 2.s.kt. /4.ø.kt.
J.nr.: 2004-1200-410
Sagsbeh.: CBJ
Fil-navn: Cbj1402.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 27, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2005 vedr. L 74.

Spørgsmål 27:

"Med henvisning til, at kommunerne med loven får ansvar for medfinansiering af sundhedsydelserne, og at kommunerne dermed skal betale for en del af kommunens borgers sygehusbehandling og besøg hos praktiserende læge samt for genoptræning for færdigbehandlede patienter og en del af genoptræningen, der foregår under indlæggelsen, er ministeren så ikke enig i, at det betyder, at der opbygges en ny stor administrativ byrde i forbindelse med udskrivelse og betaling af regninger, som ikke findes i dag? I forlængelse heraf bedes ministeren oplyse, hvad dette system vil koste, og hvorfra pengene til finansiering skal komme – dvs. om regeringen har tænkt sig at kompensere for den ekstra udgift eller om det er udgifter, der skal betales over de midler, der er afsat til de syge?"

Svar:

Det er en klar misforståelse, som jeg er glad for at kunne mane i jorden, at der med lovforslaget bliver lagt op til at pålægge kommunerne en stor, administrativ byrde i forbindelse med den nye, kommunale medfinansiering.

Formålet med den kommunale medfinansiering er helt overordnet at give kommunerne et synligt og forpligtende medansvar for at øge kvaliteten og sammenhængen i patienternes behandling på sundhedsområdet. Herunder medvirke til at forebygge patienternes behov for sygehusbehandling og til - sammen med regionerne - at overveje, om organiseringen på de forskellige områder og sektorer kan gøres anderledes og bedre.

Medfinansieringen giver på denne måde kommunerne et incitament til at yde en mere aktiv indsats på de områder, hvor de i forvejen har en forpligtelse - f.eks. børn med særlige behov, træning og ældrepleje - samt på områder, hvor den lovmæssige forpligtelse i dag er mindre klar - eksempelvis forebyggelse og sundhedsfremme.

Den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering vil udgøre ca. 10 pct. af de samlede sundhedsudgifter, svarende til 7-8 mia. kr.

Lovforslaget lægger ikke op til nogen væsentlig meradministration i kommunerne.

Selve opgørelsen af de kommunale tilskud forudsættes således at ske på baggrund af den registrering af aktiviteten, som allerede i forvejen lokalt foregår på de enkelte sygehuse og hos de praktiserende læger m.v. via de eksisterende og velfungerende patientadministrative systemer og afregningssystemer.

Der er heller ikke lagt op til, at kommunerne skal udøve selvstændig regningskontrol i forhold til samtlige de patientkontakter i sundhedsvæsenet, som registreres i disse systemer. Det vedrører i alt ca. 60 mio. kontakter årligt på sygehus- og sygesikringsområdet. Kontrollen heraf varetages i regionerne, som i forvejen er underlagt revision.

Med et veludviklet, elektronisk afregningssystem samt en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem de centrale sundhedsmyndigheder, regionerne og kommunerne er det ikke forventningen, at de administrative byrder forøges i nævneværdigt omfang. Der bliver således heller ikke brug for hverken at opbygge særlige administrative rutiner i kommunerne eller at anvende væsentligt flere ressourcer på at foretage de pågældende registreringer end i dag. Meningen er således ikke at fremsende 60 mio. regninger til kommunerne – men i princippet én regning pr. kommune pr. måned eller pr. år, svarende til ca. 1.300 afregninger på landsplan om året.

Som det fremgår af lovforslaget, vil de samlede økonomiske konsekvenser for stat, amter og kommuner naturligvis blive forhandlet med de kommunale parter.