

Input til Sundhedsstrukturkommissionen

Af: Danske Regioner

Hvad er den vigtigste problemstilling, som Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger bør adressere?

- Vi har et godt sundhedsvæsen, som har oplevet en markant kvalitetsudvikling, og som mange lande misunder os. Det skal vi holde fast i. Men det er ikke fremtidssikret i forhold til en aldrende befolkning, færre i arbejdsstyrken, flere behandlingsmuligheder og stigende forventninger hos borgerne. Vi kan ikke levere sundhed på samme måde som hidtil, hvis vi har som ambition at indfri borgernes behov og forventninger og bevare tilliden til, at man som borger i rimelig grad er dækket af det offentlige sundhedsvæsen.
- I den forbindelse er det en særlig udfordring at bekæmpe ulighed i sundhed i en tid, hvor det er særligt svært at levere sundhedsydelser af god kvalitet i de områder, som har mest sygdom og flest sociale problemer, og hvor begrænsninger i det offentlige tilbud hurtigt kan kompenseres af private tilbud for dem, der er dækket af en privat sundhedsforsikring.
- De store fremskridt i det specialiserede sundhedsvæsen står i skarp kontrast til den usystematiske og ujævne udvikling af tilbud, som kan forebygge forværring af fysisk og psykisk sygdom, herunder forebygge hospitalsindlæggelser, og tilbud, som kan understøtte borgerne i at leve gode liv med velreguleret kronisk sygdom eller psykisk sygdom. Meget kan lade sig gøre med teknologi i borgerens hjem eller tæt på hjemmet, og mange aktører kan spille en vigtig rolle lige fra praksissektoren, apotekerne og kommunerne over private virksomheder og til de frivillige og civilsamfundets organisationer. Men hvor skal drivkraften komme fra? Hvem kan lægge en strategi, der bringer aktørerne i spil og investerer klogt i nye former for forebyggelse, udredning og behandling, uden at de knappe ressourcer spildes på dårlig kvalitet, suboptimering og manglende koordination?

Er der nogle løsningsforslag til problemstillingen, som Sundhedsstrukturkommissionen bør forfølge?

- **Saml sundhedsindsatser i sundhedsloven:** Vi foreslår en reform af lovgivningen og styringsstrukturen, som samler alle sundheds- og plejeindsatser i sundhedslovgivningen, så de mange tværsektorielle forløb får et samlet ophæng, der understøtter datadeling og et smidigt samarbejde mellem medarbejdere i regioner, kommuner og almen praksis.
- **Placer et entydigt ansvar for at drive udviklingen af det "nære" sundhedsvæsen** – den opgave er ikke placeret i dag, og der er i dag så mange barrierer og modsatrettede incitamenter, at ethvert forsøg på at drive udviklingen støder på grund. Det er også helt sikkert, at drivkraften ikke kan komme fra sektorer, som ser sundhedsopgaven som enkeltstående opgaver, der skal tildeles og konkret kompenseres økonomisk - opgave for opgave. Det er nødvendigt med et samlet ansvar for hele sundhedskæden, hvis balancen skal forskydes i retning af forebyggende indsatser.

I dag har regionerne de stærkeste incitamenter til at styrke den nære indsats for at forebygge både sygdom og indlæggelser. Regionerne har i forvejen ansvaret for størstedelen af sundhedsvæsenet,

og internationalt ser man de stærkeste incitamenter til forebyggelse i de systemer, hvor betaleren har ansvar for både den forebyggende og den specialiserede behandling, eksempelvis i lande med forsikringsbaserede sundhedsvæsen. Den nyudvikling, som lige nu sker i de nære tilbud, er drevet af en regional interesse i at forebygge indlæggelser. Derfor investerer regionerne af egen drift i bl.a. plejehjemslæger, lægebesøg på bosteder, 72-timers behandlingsansvar efter udskrivning, udkørende paramedicinere, hotlines for almen praksis, styrket speciallægepraksis og mere hjemmebehandling.

Der kan hentes inspiration i Finland, hvor hele ansvaret – og budgettet – for sundhedsvæsenet, ældreområdet, det specialiserede socialområde og beredskabet m.v. er overført til nyetablerede regioner med direkte folkevalgte regionsråd efter dansk inspiration. Der kan også tænkes i mere samarbejdsorienterede konstruktioner, hvor ansvar og budget for det samlede sundhedsvæsen samles, og der indgås aftaler eller kontrakter med andre aktører, herunder praksissektor, private aktører, kommuner og civilsamfund. Men opgaven og ansvaret for at drive udviklingen frem i et helt andet tempo end i dag skal være entydigt placeret, og redskaberne skal være til stede for den myndighed, der har ansvaret.

- **Udvikling af almen praksis** er en forudsætning for at frigøre kapacitet på hospitalerne til flere specialiserede behandlinger i fremtiden. Almen praksis bør være den faste tovholder for patienten med mulighed for faglig rådgivning fra speciallægepraksis og hospitaler. Lægedækningen og tilgængeligheden skal markant forbedres, og det skal sikres, at alle læger kan tage hånd om deres patientpopulation og tilgodeser de patienter, der har mest behov for lægehjælp. Det indebærer en udbygning af kapaciteten med flere læger, men også andre faggrupper, som i større omfang bør kunne aflaste lægerne. Omstillingen forudsætter en større dynamik og innovation i almen praksis, som ikke understøttes i dag, og stærkere redskaber for regionerne til at drive udviklingen.

Der bør åbnes mere op for, at regioner og andre aktører kan etablere innovative løsninger, der yder almen lægehjælp på andre måder end den traditionelle. Der bør derfor ses på de bestemmelser, der skaber monopol på bestemte opgaver og vanskeliggør inddragelse af nye aktører på området. Endelig bør det være muligt at adskille forhandlingsspørgsmål, dvs. spørgsmål om honorartakster og opgaver, fra myndighedsfunktioner, som ikke bør være genstand for forhandling. Det gælder f.eks. myndighedernes adgang til oplysninger om kvalitet og aktivitet og adgang til at definere - og om nødvendigt sanktionere - en række grundlæggende pligter for en alment praktiserende læge. Der vil i den forbindelse kunne hentes inspiration til en forenklet og ubureaukratisk takstmodel i oplægget fra Honorarstrukturrådet - kombineret med en stærkere myndighedsrolle.

- **Sundhed skal leveres på nye måder med anvendelse af ny teknologi**, så kapaciteten forøges uden at trækket på arbejdsmarkedet forøges tilsvarende. Vi foreslår, at der etableres et offentligt-privat innovationsprogram med fokus på arbejdskraftudfordringen i sundhedsvæsenet og med kapital til at sikre investeringer i udvikling, afprøvning, implementering og skalering af de rigtige løsninger.
- **Hjælpemiddelområdet skal revolutioneres:** Borgerne er i dag kassebold for kassetænkning og administrative benspænd, når det gælder hjælpemidler. Vi foreslår afgrænsningscirkulæret ophævet og etablering af 5 selskaber, der med moderne logistik og distribution, effektive indkøb og god, decentral service, forsyner borgerne med de nødvendige hjælpemidler, når de er anvist af en sundhedsfaglig medarbejder. Det vil betyde en samlet effektivisering, hvor kun de meget dyre sager

skal sagsbehandles i kommunen. Region og kommuner finansierer i fællesskab efter objektive kriterier og er repræsenteret i bestyrelsen for de 5 selskaber, som vil skulle trække helt eller delvist på private kompetencer i logistik, distribution og service.

- **Giv sundhedsvæsenet et decentralt og direkte folkevalgt mandat:** Det er afgørende, at et stort og omkostningstungt velfærdsområde som sundhedsvæsenet ledes af folkevalgte med kendskab til de særlige forhold, som kendetegner de enkelte landsdele. Et system, der kun ledes af embedsmænd, fagspecialister eller anonyme bestyrelser, vil have en tendens til at lukke sig om sig selv og fokusere på systemets egne behov. De folkevalgte er borgernes stemme ind i et stort og tungt system, der kan være svært at ændre, og det er erfaringsmæssigt politikerne, der er i stand til at stille krav til systemet og prioritere opgaver, geografi og ressourcer på en måde, som er afstemt med borgerne i de enkelte dele af landet.

Sundhedsvæsenet kan ikke drives rationelt inden for en enkelt kommune eller for den sags skyld en klynge, da patienter går på kryds og tværs af hospitalerne i de fem regioner. Det er heller ikke muligt at skabe demokratisk transparens og stille politikere til ansvar i indirekte tværkommunale konstruktioner. Staten er for langt væk fra de lokale eller regionale problemstillinger, som altid vil fylde i et sundhedsvæsen, og det er nok årsagen til, at mange velfungerende lande har valgt en regional organisering af sundhedsvæsenet. Mange sundhedsopgaver – og også opgaver uden for sundhedsområdet - kræver en kapacitet, et volumen og et geografisk vingefang, der passer godt til den regionale konstruktion, og samtidig har regionsrådene en geografisk repræsentativitet, der ikke matches af Folketinget. Skal kommissionen for alvor gå fordomsfrit til værks, må den således også operere med løsninger, der styrker den regionale konstruktion – gerne med flere opgaver, der også giver grundlag for et styrket regionalt demokrati.