

**TALEPAPIR**

*Det talte ord gælder*

**Tilhørerkreds: Folketingets Sundhedsudvalg**

**Anledning: samrådsspørgsmål AM, stillet af Per Clausen (EL)**

**Tid og sted: 2. september 2009**

**Dok nr.: 89773**

**Samrådsspørgsmål AM:** Ministeren bedes redegøre for, hvad han vil gøre for at nedbringe de lange ventetider for kroniske patienter.

**Svar:**

Jeg har forstået, at spørgsmålet har baggrund i avisomtalen af ventetiderne til behandling på de foreningsejede specialsygehuse.

Tilbuddene på de foreningsejede specialsygehuse er et supplement i forhold til de ydelser, der i øvrigt leveres fra det offentlige sundhedsvæsen. De foreningsejede specialsygehuse skal derfor ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsens tilbud.

*[Forstærket indsats overfor kroniske patienter]*

Regeringen har gjort meget for at forstærke indsatsen for kroniske patienter, herunder for at sikre sammenhængende rehabiliteringsforløb for patienterne, så de ikke tabes mellem to stole.

Jeg har i juni offentliggjort regeringens plan for udmøntningen af ekstra 590 mio. kr. til styrkelse af indsatsen for kronisk syge.

Midlerne er afsat til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer samt til patientundervisning og programmer for egenbehandling for kronisk syge patienter – så der bl.a. sikres et godt tværsektorielt samarbejde og opgaveløsning om patienten.

Vi er nu i fuld gang med at udmønte pengene til regioner og kommuner via ansøgningspuljer. Samtidig sker der en styrkelse af Sundhedsstyrelsens nationale indsats for udvikling, videndeling og monitorering på kronikerområdet.

Jeg har derfor store forventninger til den forstærkede indsats for patienter med kroniske sygdomme i de kommende år.

Det er også værd at bemærke, at regioner og kommuner her ved den seneste økonomiaftale for 2010 har bekræftet, at de allerede er godt i gang med at styrke indsatsen, bl.a. via forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme.

Og at der med økonomiaftalen for 2010 er enighed om, at regioner og kommuner i videst mulig udstrækning arbejder for at implementere forløbsprogrammer for hjertekarsygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom, diabetes og muskel-skeletlidelser frem mod 2012.

Jeg mener, at vi med de ekstra 590 mio. kr. sikrer en væsentlig ressourcemæssig indsprøjtning ud over alt det, der allerede er gang i, og jeg forventer at de kroniske patienter kommer til at opleve et bedre liv med deres sygdom og en mere sammenhængende indsats, hvor den ene hånd ved, hvad den anden gør. Og tilsvarende – mindre behov for pludselig, akut indsats til patienter i kritiske situationer.

*[sammenhængende rehabiliteringsindsats]*

At den ene hånd ved, hvad den anden gør, er rigtig vigtig for personer med behov for et rehabiliteringsforløb. Der skal sikres sammenhængende forløb, som matcher patientens behov. Uanset om det foregår i sygehusregi, almen praksis eller i kommunen.

Der forudsætter, at man samarbejder om og med patienten – også når det rækker på tværs af myndigheder og sektorer. Så patienten ikke tabes mellem to stole.

Jeg indgik i maj måned en aftale med Danske Regioner og KL om at styrke indsatsen herunder sikre patienter målrettede og sammenhængende rehabiliteringsforløb.

Her aftalte vi, at det bl.a. skal ske gennem vidensspredning om best practise i forhold til koordinering og samarbejde om patienten mellem region og kommune.

Mine embedsmænd er sammen med KL og Danske Regioner i fuld gang med at tilrettelægge et idékatalog for best practise – så de bedste metoder sættes i spil på det her område. Og de mindre gode lærer af de bedre.

Men så handler det altså også om, at kommuner og regioner gør aktivt brug af de værktøjer, vi har givet dem, bl.a. sundhedsaftaler og forløbsprogrammer, der netop har til formål at sikre, at der sker koordinering på tværs af sektorer og der samarbejdes om patienten.

*[Foreningsejede specialsygehuse]*

Som jeg nævnte tidligere udgør de foreningsejede specialsygehuse et supplement til de øvrige regionale og kommunale tilbud. Der gælder derfor også de samme regler om frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg, som for behandling i øvrigt i sygehusvæsenet.

Det betyder også, at hvis der er lange ventetider til behandling, kan den henvisende læge i stedet – i samråd med patienten – vælge at henvise til et andet sygehus. Specialsygehusene er også forpligtet til at oplyse om ventetider og mulighed for at blive henvist til et andet sted.

Dette er præciseret i ydelsesbekendtgørelsen her i år.

Specialsygehusene er i dag placeret i sundhedsloven som en sygehusydelse. Det betyder, at de leverede ydelser er sygehusydelser, og at de gældende regler for sygehusydelser skal følges. Det betyder også, at specialsygehusene sammen med beliggenhedsregionen har en forpligtelse til at sikre, at der sker en faglig udvikling i ydelserne og at der rent faktisk er tale om levering af sygehusydelser.

Da der er tale om private specialsygehuse, kan de naturligvis producere de ydelser, som de ønsker. De kan også henvende sig til de kunder de ønsker, **men** de har også selv en forpligtelse og interesse i at tilpasse sig de ydelser, som efterspørges hos fx regioner og kommuner.

*[Uklarhed om ansvar for patienter, som ikke kan behandles inden for fritvalgsrammen]*

Efter kommunalreformen, hvor kommunerne fik hovedansvaret for genoptræning, er der efter kommuner og regioners opfattelse opstået en uklarhed om, hvem der har ansvaret for at tage sig af de patienter, som ikke kan behandles inden for fritvalgsrammen.

Denne uklarhed mener jeg ikke behøvede eksistere. Finansieringen bør være på plads med reglerne om kommunal medfinansiering, hvor kommunerne betaler det hele eller det meste, hvis der leveres ydelser, som kan karakteriseres som genoptræningsydelser.

Derudover har kommuner og regioner med sundhedslovens regler om samarbejde og sundhedskoordineringsudvalg et glimrende værktøj til at sørge for, at patienterne ikke falder ned mellem to stole. Det var jo netop den slags tilfælde sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler skulle tage hånd om.

Det er så tilsyneladende ikke sket – til trods for de gode intentioner i aftalerne med regioner og kommuner. Man vælger i stedet at efterspørge klarere regler på området.

Jeg er indstillet på særskilt at tage denne sag op med Danske Regioner og Kommunernes Landsforening for at finde en løsning.

*[Skitsering af løsning]*

Én måde at tydeliggøre reglerne på kunne være at ændre sundhedslovens § 79, stk. 2, sådan at det bliver et kommunalt ansvar at finansiere fritvalgsydelser fra nogle af specialsygehusene, nemlig dem som varetager genoptræningsopgaver.

For at undersøge denne mulighed vil jeg snarest nedsætte en arbejdsgruppe med deltagelse af Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Sundhedsstyrelsen.

Arbejdsgruppen får til opgave at se på, i hvilket regi de forskellige private specialsygehuse på baggrund af deres ydelser mest naturligt hører hjemme.

På baggrund af det, som arbejdsgruppen finder frem til, kan der så ske en præcisering af ansvaret.

Jeg er nemlig enig med – tror jeg – hele udvalget i, at vi ikke vil have kapacitetsproblemer og urimelige ventetider, hvis de alene baserer sig på, at der er uklarhed om ansvaret. Det var ikke det, kommunalreformen skulle medføre. Det var det modsatte. Hvis der er noget, der skal følges op på i den forbindelse, så er jeg indstillet på at gøre det.