

DANSKE  
REGIONER



Bidrag til en ny

# sundheds- politik

# Bidrag til en ny sundhedspolitik

I Danmark har borgerne ret til fri og lige adgang til sundhedsydelser. Det er også kendetegnende, at sundhedsvæsenet finansieres solidarisk over skatten og derfor er ejet af borgerne. Men det er ikke en selvfølge. Den økonomiske krise kombineret med nye teknologiske muligheder og et øget behandlingsbehov betyder, at der skal tænkes nyt, hvis der fortsat skal være et tilgængeligt sundhedsvæsen med ydelser af høj kvalitet.

Derfor skal der nu, og i de kommende år, tages store beslutninger om, hvordan det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen skal se ud i fremtiden:

- Hvordan kan borgere, patienter og sundhedsprofessionelle sammen skabe mest mulig sundhed for danskerne og mest mulig livskvalitet for den enkelte patient?
- Hvordan skabes sammenhængende patientforløb og organisationsformer, der leverer forebyggelse og behandling, der passer til den enkelte borgers ressourcer, præferencer og hverdagsliv?
- Hvordan skal forskellige tilbud og indsatser prioriteres, og hvordan kan vi skabe nye innovative løsninger og tage nye metoder og teknologier i brug for at fremme den ønskede udvikling?

Det kræver en grundig, åben og fordomsfri debat. Det er den debat, regionerne lægger op til med dette bidrag til ny sundhedspolitik. Der skal træffes beslutning om den overordnede indretning af sundhedsvæsenet i Danmark, men der vil også fremover være brug for løbende at træffe store og små beslutninger om prioritering, placering og indretning af sundhedstilbuddene.

Det er afgørende for befolkningens tillid til sundhedsvæsenet, at disse beslutninger også fremover er demokratisk forankret i folkevalgte organer på nationalt, regionalt og lokalt niveau.

## Hvor er vi i dag?

Der har i de senere år været en positiv udvikling i den aktivitet, produktivitet og kvalitet, som leveres af de danske sygehuse. En udvikling, der har betydet et fald i ventetiderne til behandling, og en udvikling, som høster anerkendelse uden for Danmark.

Den udvikling skal naturligvis fortsætte. De kommende år vil den faglige kvalitet få endnu bedre vilkår med den samling af specialer, som betyder, at flere patienter vil få adgang til de bedste fagfolk med det bedste og mest avancerede udstyr. Samtidig vil en række af de gamle og nedslidte hospitalsbygninger over de næste 10 år blive erstattet af nye sygehuse, der med ny og bedre logistik og moderne fysiske rammer vil give patienterne kortere forløb og bedre patientoplevelser.

Med de nye sygehuse, den faglige specialisering og et fortsat fokus på kvalitet og effektive patientforløb er der udsigt til forbedringer for patienterne og deres pårørende. Men borgernes stigende forventninger og mulighederne for nye behandlingsmetoder betyder, at det slet ikke er nok.

Der er brug for at tænke nyt, hvis vi skal løfte danskernes sundhed og matche forventningerne til fremtidens sundhedsvæsen. Det kræver samarbejde og samspil på flere niveauer: Forebyggelse, diagnose og behandling skal hænge sammen, patienter, pårørende og sundhedsvæsenets medarbejdere skal spille sammen, og regioner, kommuner og praksissektor skal samarbejde, hvis vi også i fremtiden skal kunne levere sundhedsydelser af høj og ensartet kvalitet til borgerne.

## Hvor skal vi hen?

Regionernes bidrag til en ny sundhedspolitik tager afsæt i fem politiske målsætninger:

### 1. En sund befolkning

Sundhedsvæsenet skal have fokus på borgernes sundhed, og regionerne vil tage et større medansvar for at fremme dette mål. Der skal opsættes konkrete målsætninger for forbedring af danskernes sundhedstilstand og levetid og for nedbringelse af uligheden i sundheden. Indsatserne skal tilrettelægges på baggrund af eksempelvis befolkningsundersøgelser og analyser af sygdoms- og behandlingsmønstre, der gør det muligt at prioritere og målrette indsatsen for en sundere befolkning.

### 2. Sundhed på nye måder

I fremtiden vil en større del af behandlingen – bl.a. på grund af nye medicinske og teknologiske muligheder – kunne foregå som ambulant behandling. Samtidig vil en række sundhedsindsatser kunne foregå uden for sygehusene. Understøttet af sygehusets ekspertise vil borgerne, patienterne, hjemmesygeplejen og de praktiserende læger kunne forebygge og behandle, så indlæggelser og genindlæggelser i større omfang forebygges. Det kræver nye rammer. For at fremme udviklingen vil regionerne investere i ny samarbejds- og organisationsformer. Sygehusene skal have en ny og mere udadvendt rolle, hvor afdelingernes ekspertise understøtter en sammenhængende indsats og sikrer kvaliteten i den indsats, som ydes i de nære sundhedstilbud.

### 3. Patienten som partner

Der skal tages udgangspunkt i patientens behov og fokuseres på, hvordan sundhedsvæsenet kan mindske de besværligheder, der er ved at være syg. Patienterne skal – afhængigt af deres ressourcer og muligheder – tage ansvar for egen sundhed og have afgørende indflydelse på beslutninger om indholdet i og tilrettelæggelsen af deres behandling.

### 4. Mere sundhed og kvalitet for pengene

Der skal være fokus på kvalitet. På den høje faglige kvalitet, på tidlig opsporing og indsats, på at gøre det rigtige første gang og på at reducere spild og øge patientsikkerheden. Det er indsatser, der medfører et løft i kvaliteten - uden at det koster mere. De økonomiske incitamentter skal understøtte arbejdet med kvalitet, og sundhedsvæsenet skal måles på de resultater, der leveres. Derfor skal det ensidige fokus på aktivitet og produktivitet erstattes af rammefinansiering og tillid, kombineret med fortsat dokumentation af sundhedsvæsenets resultater og effekten af den samlede sundhedsindsats.

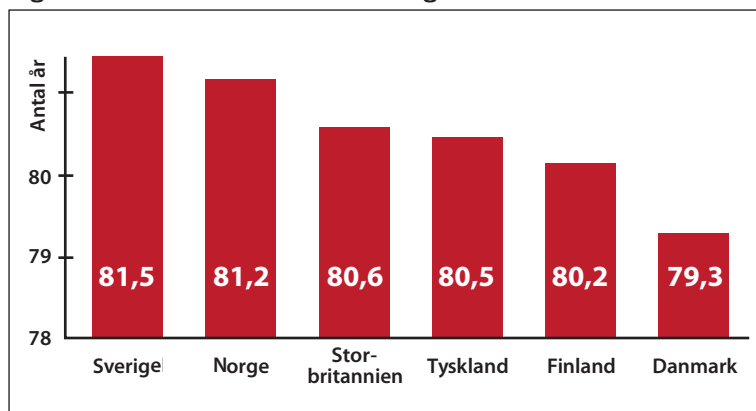
### 5. Et lærende sundhedsvæsen

Et lærende sundhedsvæsen er afgørende for, at de politiske visioner og målsætninger kan blive til virkelighed. Der skal derfor sættes ind i forhold til at opbygge forandringskapacitet, som kan understøtte innovation, læring og vidensspredning på alle niveauer, f.eks. gennem ledelse, samarbejde, uddannelse og forskning. Der skal systematisk følges med i og drages nytte af internationale erfaringer.

## 1. En sund befolkning

En sund befolkning bør være en hovedmålsætning for sundhedspolitikken. Det er en udfordring, at middellevetiden i Danmark stadig ligger markant under middellevetiden i vores nabolande, jf. figur 1:

**Figur 1: Middellevetid i Danmark og vores nabolande, 2010**



Kilde: OECD Health Data

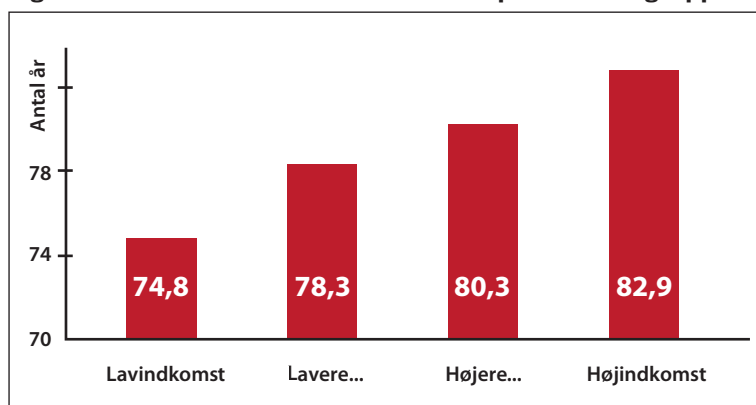
Det skal være et mål at få middellevetiden op. For at nå målet skal vi tænke sundhedspolitik på en ny måde, som blandt andet betyder, at der skal være fokus på sundhed i stedet for sygdom, og at der skal handles langt mere aktivt, systematisk og målrettet i forhold til at forebygge, opspore og behandle sygdom så tidligt som muligt.

Det regionale sygehusvæsen er hvert år i kontakt med næsten halvdelen af alle danskere, som enten er indlagt eller går til ambulant undersøgelse/behandling. Og mere end 90 procent af danskerne er i kontakt med den praktiserende læge. Det potentiale skal udnyttes, og som den ansvarlige myndighed for både sygehuse, almen praksis og den øvrige praksissektor, er det oplagt, at regionerne anlægger et helhedssyn og påtager sig et bredere ansvar for danskernes sundhed, herunder for de sammenhænge og det samarbejde, der skal skabes mellem kommuner, sygehuse og praksissektor.

Det er i den sammenhæng en udfordring, at de økonomiske incitamenter i dag er indrettet, så sygehuse og ydere på praksisområdet belønnes, når der opstår sygdom, og patienter har brug for behandling. I fremtiden bør incitamenter i højere grad understøtte, at borgerne holdes raske.

En sund befolkning forudsætter, at der ikke er grupper, der på grund af uddannelse, køn, etnicitet eller social baggrund har ringere muligheder for et sundt liv og for at komme sig efter sygdom. På figur 2 ses et eksempel på, hvordan sociale forhold har en betydning for levetiden.

**Figur 2: Middellevetid i Danmark fordelt på indkomstgrupper, 2009**



Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd og Statens Institut for Folkesundhed (SDU)

### **Eksempler på ulighed i sundhed i Danmark**

- Social ulighed: Overlevelsen på kræftområdet er bedre for højtuddannede uanset kræftform.
- Etnisk ulighed: Nogle etniske grupper har flere dødfødsler og højere spædbarnsdød end andre.
- Ulighed mellem kønnene: Der er markante forskelle i behandlingen af mænd og kvinder med hjertesygdomme.
- Ulighed for patienter med psykisk sygdom: Psykisk syge får halvt så mange hjerteoperationer, som den øvrige befolkning.

### **Eksempler på, hvordan der kan arbejdes med at mindske uligheden**

Arbejdet med at mindske ulighed kan blandt andet ske gennem målrettede og differentierede tilbud mod særligt udsatte grupper f.eks. differentieret fødselsforberedelse og differentieret hjerterehabilitering, projekter med socialsygeplejersker og de regionale familieambulatorier for misbrugere. Endvidere kan ulighed i sundhed indgå som emne i sundhedsaftalerne.

## **Konkrete indsatsområder**

- Der skal opstilles konkrete målsætninger for en forbedring af middellevetiden, f.eks. et mål om at middellevetiden skal op på niveau med de lande, vi normalt sammenligner os med.
- Ulighederne i sundhed skal identificeres, blandt andet gennem relevant forskning, og opgøret med ulighed skal tænkes ind som et kerneområde i alle regionale indsatser, både når det gælder behandling og forebyggelse. Der skal opstilles konkrete målsætninger for at nedbringe uligheden på udvalgte områder, som efterfølgende kan indgå i sundhedsaftalerne.
- Indsatser og interventioner i forhold til ulighed skal målrettes borgernes forskellige behov. Det kræver, at tilbuddene differentieres. Ulighed i sundhed hos børn kan være et særligt fokusområde.
- Målsætningerne for befolkningens sundhed skal udarbejdes på baggrund af viden og data, f.eks. befolkningsundersøgelser/sundhedsprofiler og målrettede analyser af sygdoms- og behandlingsmønstre.
- Sundhedsprofilerne skal udbygges med nye fokusområder, f.eks. børns sundhedstilstand, eller der kan sættes særligt fokus på sundhedstilstanden hos befolkningsgrupper af anden oprindelse end dansk.
- Der er behov for en mere målrettet og systematisk indsats på flere niveauer i sundhedsvæsenet. Derfor skal der - i et samarbejde mellem regioner, kommuner og praksissektor - udvikles værktøjer og metoder til blandt andet aktiv forebyggelse og tidlig opsporing.

## 2. Sundhed på nye måder

Presset på sundhedsvæsenet i form af stram økonomi, nye behandlingsmuligheder og øget behandlingsbehov gør det nødvendigt at tænke nyt i forhold til organiseringen af sundhedsvæsenet. Samtidig gør den medicinske og teknologiske udvikling det muligt at indføre nye behandlingsmetoder og tiltag, der bidrager til, at behandlingen kan flyttes ud af de traditionelle rammer.

I fremtiden skal mere fokus rettes mod tidlig indsats og forebyggelse. Flere patienter vil kunne modtage behandling i deres nære miljø f.eks. i sundhedshuse eller almen praksis, eller i deres eget hjem ved hjælp af telemedicinske løsninger eller udgående funktioner/teams, der samarbejder med den kommunale hjemmesygepleje og egen læge. Der er således brug for at styrke og udvikle mekanismer, som sikrer, at patienterne bliver diagnosticeret og behandlet på det rette niveau, og at den rette faglighed er til stede, så kvaliteten i sundhedstilbuddet er på plads.

Tilbud og indsatser uden for sygehusene skal nytænkes og styrkes. Sygehusenes rolle udvikles til både at kunne varetage sygehusbaseret behandling, men også til at kunne levere tilbud og ydelser i andre organisatoriske modeller. Og endelig til at kunne understøtte tilbud i f.eks. almen praksis med viden og rådgivning.

Sygehusene skal have en ny og mere udadvendt rolle, hvor afdelingernes ekspertise og specialisering bruges til at understøtte sammenhæng og styrke kvaliteten i de regionale nære sundhedstilbud samt i kommuner og almen praksis. Samtidig skal sygehusene fortsat fokusere på det, de er gode til: Den specialiserede behandling, udvikling af ny forskning og uddannelse af højt kvalificeret personale.

Når en del af den behandling, der i dag foregår på sygehusene, skal foregå andre steder, vil der samtidig blive bedre muligheder for at opdyrke ny viden og indføre nye behandlinger.

Det er en forudsætning for udviklingen, at de praktiserende læger er i besiddelse af de rette generalistkompetencer, så de kan tage hånd om nogle af de patienter, der ikke har et fagligt begrundet behov for at blive behandlet i det specialiserede sundhedsvæsen. De praktiserende læger kan også i nogle tilfælde have behov for hjælp til udredning fra det specialiserede niveau.

For at fremme udviklingen vil regionerne investere i nye samarbejds- og organisationsformer. Det skal ske med henblik på at styrke de nære sundhedstilbud og udvikle nye samarbejdsmodeller i forhold til konkrete patientgrupper som sårbare ældre medicinske patienter, udvalgte grupper af patienter med kroniske sygdomme og personer, som lider af visse psykiske sygdomme. Investeringerne kan både anvendes til regionale behandlingstilbud, til fælles regionale-kommunale initiativer, og til praksissektoren.

Det er afgørende, at de økonomiske incitamentet understøtter sygehusenes nye rolle. Med rammefinansiering – altså en fast budgetramme – vil regionerne kunne gennemføre nye initiativer, der gavner både patienterne og samfundsøkonomien, som f.eks. at etablere udgående eller ambulante funktioner, uden at beslutningerne påvirkes af, hvilken pris de enkelte aktiviteter afregnes til.

## Konkrete indsatsområder

- Regionerne vil investere i nye organisationsformer og samarbejdsmodeller, f.eks. forebyggelses- og behandlingstilbud uden for sygehusene.
- Den ekspertise, der findes på sygehusene, skal komme patienterne til gode i hele forløbet. Derfor skal sygehusenes rådgivningsforpligtigelse på forebyggelsesområdet udbygges og gøres bredere, så sygehusene også i forhold til andre indsatser end forebyggelse, skal rådgive kommunerne og praksissektoren.
- Sygehusene og de enkelte sygehusafdelinger skal aktivt bidrage med den nødvendige sparring, rådgivning og uddannelse, så behandling – i alle de tilfælde hvor det giver mening og er økonomisk og fagligt effektivt – kan flyttes væk fra sygehusene. Ligeledes vil det være relevant, hvis sygehusene kan stille diagnostisk kapacitet til rådighed for f.eks. almen praksis.
- Læring og faglig videnspredning skal understøttes på alle niveauer og over sektorgrænserne. Det skal blandt andet ske gennem fælles uddannelsesforløb og forpligtende kliniske retningslinjer, der sikrer en ensartet kvalitet.
- De teknologiske muligheder skal bruges til at udbrede tilgængeligheden af de specialiserede ydelser, der normalt foregår på et sygehus. Det kan f.eks. være telemedicinske løsninger rettet mod patienterne eller målrettet IT-baseret information og rådgivning rettet mod praktiserende læger, hjemmesygeplejersker osv.

## 3. Patienten som partner

I fremtiden skal patienterne i langt højere grad inddrages og have indflydelse på deres eget behandlingsforløb. Samtidig skal der fokuseres på, at patienterne har et medansvar for egen sundhed og behandling.

Patienterne bliver hurtigere raske, har højere livskvalitet og oplever en større kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet, hvis de og deres pårørende får medansvar, inddrages i beslutninger om behandlingen og i tilrettelæggelse af patientforløbet. Der skal i den forbindelse tages hensyn til den enkelte patients ressourcer og mulighed for at deltage aktivt i sit eget behandlingsforløb.

Der skal øget fokus på den enkelte patients ønsker og behov, og på hvordan sundhedsvæsenet kan mindske de besværligheder, der er ved at være syg og have behov for undersøgelse og behandling. Inddragelse af patientens viden om egen livssituation er en forudsætning for at komme individuelle behov i møde. Det handler f.eks. om at tilrettelægge behandling, så patienten kan bevare kontakten til arbejdsmarkedet. Her vil telemedicin i mange tilfælde kunne gøre stor gavn. I de tilfælde, hvor behandlingen flytter væk fra sygehusene og i stedet foregår i patientens eget hjem, kræver det en ny tilgang fra sundhedspersonalets side, hvor patienternes privatsfære respekteres.

I forhold til at skabe sammenhængende behandlingsforløb er det vigtigt at inddrage patienternes viden og præferencer. Patienten er den eneste, der er med hele vejen gennem det konkrete behandlingsforløb og bærer derfor rundt på information og viden om eget forløb, som er nødvendig for at sikre sammenhæng i behandlingen.

Når patienterne skal have større indflydelse, vil de blive stillet over for flere valg i forbindelse med deres behandlingsforløb. Derfor er det vigtigt, at sundhedsvæsenet er forberedt på at hjælpe patienterne og de pårørende med at træffe valg om deres behandlingsforløb og at respektere deres valg.

### **Patientinddragelse og muligheden for at vælge**

For at illustrere i hvilke situationer, det giver god mening, at patienterne selv træffer valg om deres behandlingsforløb, kan der tages udgangspunkt i John Wennbergs forskning om variationer i klinisk praksis. Her tales om tre typer behandling (klinisk praksis):

1. Effektiv behandling er behandling, som patienten skal have, fordi der er klar evidens for det, eksempelvis livreddende hjertemedicin. Her vil patienten typisk ikke have nogen valgmulighed.
2. "Præferencefølsom" behandling er kendetegnet ved, at der er flere muligheder for behandling. Hvis valget står mellem ligeværdige alternativer, eksempelvis mellem konservativ og kirurgisk behandling, bør patienten selv være med til at træffe valget omkring behandlingsform. Her vil lægens rolle i stedet være som rådgiver eller konsulent, der hjælper patienterne til at forstå situationen og valgmulighederne.
3. "Udbudsfølsom" behandling er behandling, der afhænger af, om muligheden er til stede, her har sundhedsvæsenets organisation en afgørende betydning.

Kilde: "Sund Ledelse", p. 125, udgivet af Danske Regioner og Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet (2012)

Forudsætningen for et bedre og mere inddragende samspil med patienterne er, at sundhedspersonalet rådgiver patienter og pårørende om, hvordan de kan holde sig sunde, og hvordan de selv kan påtage sig et ansvar for deres sygdom og patientforløb.

### **Konkrete indsatsområder**

- Der skal udvikles gode rammer for samspil, dialog og inddragelse af patienter og pårørende i tilrettelæggelsen af behandlingen.
- Sundhedspersonalet og patienterne skal lære at dele viden, så patienternes erfaringer og viden om egen livssituation indgår som en naturlig del i forhold til planlægningen af behandlingsforløbet.
- Patienterne skal have tilbud om vejledning og undervisning, så de kan tage hånd om deres egen behandling.
- Der skal udvikles nye og mere serviceorienterede funktioner og rutiner, som gør det lettere for patienterne at få indflydelse på deres eget behandlingsforløb. Det kan være retningslinjer for fælles beslutningstagning, hvor patient og læge deler information og træffer beslutninger i fællesskab. Det kan også være elektroniske løsninger, som e-journal, patientens rum og elektronisk tidsbestilling, der kan være til stor gavn for patienterne.



## 4. Mere sundhed og kvalitet for pengene

Sundhedsvæsenet har i de senere år fokuseret på kvantitet – på at behandle flere og flere patienter. Nu rettes fokus i stedet mod kvalitet og på de resultater, der skabes for patienterne. Regionernes arbejde med kvalitet i sundhed hviler på et fundament af seks værdier: Effekt, omkostningseffektivitet, patientfokus, patientsikkerhed, lighed og rettidighed.

### Regionernes kvalitetsdagsorden

Regionerne har sat en kvalitetsdagsorden, som betyder, at seks overordnede værdier er de pejlemærker, der skal holde sundhedsvæsenet på rette spor og sikre høj kvalitet for patienterne:

**Effekt:** Patienterne får den behandling, der virker bedst.

**Omkostningseffektivitet:** Samfundet får mest mulig sundhed for pengene.

**Patientfokus:** Patienten og de pårørende er i fokus og inddrages.

**Patientsikkerhed:** Behandlingen er sikker for patienterne.

**Lighed:** Der er lighed i pleje og behandling for alle borgere.

**Rettidighed:** Behandlingen foregår til rette tid.

Det betyder, at målsætningen ændres fra at behandle mest muligt til at behandle bedst muligt. Det handler om at identificere de områder, hvor kvaliteten i behandlingen kan øges, uden at det koster mere. Det kan være at øge patientsikkerheden ved at forebygge komplikationer og lave færre fejl. Derudover handler det også om at strukturere arbejdet på nye måder og opnå effektiviseringer gennem fælles indkøb, it-understøttede arbejdsprocesser og effektive logistiksystemer.

### Patientsikkert Sygehus

Fem danske sygehuse er i gang med en indsats for at optimere patientsikkerheden, idet de deltager i projektet Patientsikkert Sygehus. Projektsygehuse har sat sig som mål at reducere antallet af dødsfald med 15 procent og utilsigtede skader med 30 procent ved f.eks. at reducere antallet af hjertestop, eliminere en række sygehusinfektioner, reducere forekomsten af tryksår og forebygge medicineringsfejl. En væsentlig drivkraft er, at både sygehuse og de enkelte afdelinger sætter konkrete og ambitiøse mål, som det efterstræbes at nå i løbet af projektet. F.eks. konkrete mål for reduktion af hjertestop, sygehusinfektioner og medicineringsfejl. Det kræver ingen ny sundhedsfaglig viden, men det kræver, at eksisterende viden tages i brug.

Det nye fokus på at tage ansvar for at fremme befolkningens sundhed indebærer, at man skal lægge sine indsatser og investeringer på områder, der har størst potentiale for at påvirke sundhedstilstanden. Prioriteringer bør ske ud fra, hvad der har størst effekt og dermed giver mest værdi for pengene. Typisk vil den største effekt af indsatser være at sætte ind så tidligt som muligt.

Den økonomiske styring skal i højere grad understøtte omlægning af aktivitet fra indlæggelse til ambulantly behandling, fælles regionale og kommunale initiativer til at forebygge indlæggelser, åbning af ekspertisen på sygehusene for praksisområdet og kommunerne og i det hele taget indsatser, der skaber mere kvalitet i sundhedsvæsenet.

Det er afgørende, at den økonomiske styring ændres, så den understøtter den nye måde at arbejde på i sundhedsvæsenet. Det naturlige alternativ til de nuværende finansieringssystemer er rammefinansiering. Det vil sige, at midlerne til regionerne tildeles per indbygger ligesom bloktilskuddet, og ikke på baggrund af omfanget og sammensætninger af de eventuelle ydelser. Rammefinansiering giver – i direkte forlængelse af det nye rammestyringsprincip i budgetloven – ideelt set optimal understøttelse af, at man overholder de økonomiske rammer, samtidig med at der gives et stærkt incitament til at vælge de mest effektive løsninger, også når det eksempelvis indebærer en lavere registrerbar aktivitet på sygehusene. En fast budgetramme skal naturligvis kombineres med fuld gennemsigtighed og dokumentation af sundhedsvæsenets aktivitet, produktivitet, kvalitet og effekt på befolkningens sundhed.

Aktivitetsstyring af regionerne har haft en positiv effekt i 00'erne, hvor den har medvirket til at nedbringe ventelisterne gennem øget aktivitet og produktivitet. Den har desuden haft den effekt, at økonomiske rationaler gennemsyrrer sygehusvæsenet helt ud til de udførende led. Udviklingen i sundhedsvæsenet – også internationalt – peger nu på en bevægelse mod andre finansieringsformer. Der ses således en international trend, hvor flere lande herunder Holland, USA og England gør op med aktivitetsstyring og bevæger sig over mod rammefinansiering og forsøg med forløbsafregning. Det er udtryk for, at den økonomiske situation sætter sundhedsvæsenet under pres, men også for en naturlig udvikling og modenhed i systemet, der muliggør en ny type finansieringsstruktur.

## Konkrete indsatsområder

- Arbejdet med at leve op til de seks værdier, der udgør kvalitetsdagsordenen, skal fortsætte. Det sker blandt andet ved at arbejde med konkrete projekter, som f.eks. Sikre Fødsler og anvendelse af Sikker Kirurgi Tjekliste.
- Statens finansiering af regionerne, som i dag giver incitamenter til øget produktion af sygehusydelser, skal erstattes af rammefinansiering kombineret med styring efter patientrettigheder og kvalitetsmål. Regionerne skal inden for rammen selv tilrettelægge styringen af sygehuse og praksissektor, og har således et stort ansvar for at sikre, at de ønskede mål gennemføres. Med rammefinansiering vil regionerne samtidig til enhver tid have incitament til at anvende de økonomisk og kvalitetsmæssigt mest hensigtsmæssige løsninger, herunder at opgaverne udføres der, hvor det er bedst og billigst.
- Der skal fortsat arbejdes på at forbedre omkostningseffektiviteten i alle dele af sundhedsvæsenet: Det handler om fortsat optimering af processerne internt på sygehusene og om samarbejdet med almen praksis og den øvrige praksissektor samt kommunerne.
- Regionerne skal anvende analyser til at identificere de patienttyper, hvor en indsats vil have størst afkast i forhold til opstillede mål og økonomi.

## 5. Det lærende sundhedsvæsen

Et lærende sundhedsvæsen er afgørende for, at de politiske visioner og målsætninger kan blive til virkelighed. Det handler om at lære af variationer på tværs af landet og på tværs af sektorgrænser, men også om at lære af internationale erfaringer.

Der skal derfor sættes ind i forhold til at opbygge forandringskapacitet, som kan understøtte læring og vidensspredning på alle niveauer og på tværs af sektorer, f.eks. gennem ledelse, samarbejde, uddannelse og forskning. Konkret er der brug for, at alle ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet erhverver de kompetencer, der skal til for at gennemføre de kulturelle og strukturelle forandringer, der lægges op til med de nye målsætninger.

### Konkrete indsatsområder

- Der skal systematisk følges med i og drages nytte af internationale erfaringer på sundhedsområdet, så gode erfaringer fra andre lande også kan komme danske patienter til gavn.
- Videndelingen på tværs af regioner, sygehuse og kommuner skal styrkes, blandt andet gennem fælles kompetenceudviklings- og uddannelsesaktiviteter.
- Kompetencerne til at arbejde systematisk med e-data, have blik for variation og have evne til at analysere og forbedre indsatsen skal styrkes på såvel institutionelt som individuelt niveau.
- Der skal udarbejdes en strategi for udviklingen af kompetencer hos ledelse og sundhedspersonale, så de kan gå forrest og drive forandringsprocesserne. Det handler blandt andet om kompetencer til samarbejde på tværs af sektorer, kompetencer i forhold til innovation og metodeviden i forhold til at omsætte viden fra f.eks. befolkningsundersøgelser til planlægning og udvikling af sundhedstilbud.
- Innovation og nyudvikling er afgørende for fortsat udvikling af et sundhedsvæsen til gavn for borgere og patienter. Der skal samarbejdes om fælles innovation på tværs af sektorgrænser.

### Vejen videre

Med bidraget til ny sundhedspolitik er opstillet målsætninger og indsatsområder for fremtidens sundhedsvæsen. Det er vigtigt at arbejde med udviklingen af sundhedsvæsenet og med at fremme befolkningens sundhed, fordi en sund befolkning er nøglen til en bedre samfundsøkonomi og et velfungerende arbejdsmarked.

Målene er ambitiøse, og de kræver, at aktørerne i sundhedsvæsenet anlægger et samlet blik på hele sundhedsområdet. Regionerne har den demokratiske legitimitet, ekspertisen og den tværgående viden om befolkningens sundhed og sygdom, der er nødvendig for at anskue sundhed mere bredt, og vi vil gerne tage ansvaret på os og vil samarbejde med kommunerne og praksissektoren om opgaven.

Med dette bidrag ønsker regionerne at spille ind til debatten om danskernes sundhed og udviklingen af et sundhedsvæsen, der er kendetegnet ved høj kvalitet, effektivitet og patientinddragelse.

Regionerne vil gerne tage et medansvar for, at sundhedsvæsenet i fremtiden kendetegnes ved målrettede indsatser for en sundere befolkning, at patienten ses som partner, at behandling og forebyggelse foregår på nye måder og at vi får mere sundhed og kvalitet for pengene. En udvikling, som handler om at give rum for nye muligheder og udvikle nye rammer.