

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Enhed: Sundhedsøkonomi
Sagsbeh.: DEPJABN
Sags nr.: 1406562
Dok. Nr.: 1596514
Dato: 08. december 2014

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Samrådstale vedr. sygehusbyggerier

Tak for invitationen til samråd om de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier.

Jeg er af Finansudvalget blevet bedt om at besvare samrådsspørgsmål C, som lyder:

”Vil ministeren give en tilbundsgående redegørelse for de nye sygehusbyggerier, herunder de økonomiske justeringer, der løbende er sket, og som har påvirket størrelsen af de nye sygehuse, antal sengepladser, ventetider i sygehusvæsenet, faciliteter i øvrigt m.v.?”

Hertil er jeg af Sundhedsudvalget blevet bedt om at svare på fire spørgsmål. Det første, samrådsspørgsmål P, lyder:

”Vil ministeren oplyse, om de forudsætninger der lå til grund for kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier, herunder de nye supersygehuse, fortsat er gældende, og om de nuværende planer for sygehusbyggeriet stemmer overens med de beslutninger om f.eks. sengepladser, arealstandarder og operationsstuer, der oprindeligt blev truffet?”

Det næste spørgsmål, samrådsspørgsmål Q, lyder:

”Vil ministeren uddybe ministerens svar på SUU alm. del spørgsmål 732 (2013-2014), hvor det bl.a. fremgår, at ”Det er

dog et grundlæggende vilkår for kvalitetsfondsinvesteringerne, at byggerierne må planlægges og opføres på forventningen til fremtidigt behandlingsbehov. Derfor er der i de enkelte byggerier fokuseret på at bygge fleksibelt, således at de nye supersygehuse tilpasses et sundhedsvæsen under stadig forandring.”

Og vil ministeren redegøre for, om svaret betyder, at ministeren kan garantere, at der i hver af de nye supersygehuse bliver sengepladser nok, også langt op i 2020'erne og 2030'erne, så der ikke skal ligge patienter på gangene eller patienter bliver sendt for tidligt hjem, og at f.eks. operationsstuer vil kunne udvides og tilpasses behovet, hvis det ændres?”

Det tredje samrådsspørgsmål – spørgsmål R - lyder:

”Af ministerens svar på SUU alm. del spørgsmål 733 (2013-14) fremgår det, at ”Regeringen vurderer, at de beregningsforudsætninger vedr. aktivitetsudvikling, der ligger til grund for økonomien på kvalitetsfondsbyggerierne, er holdbare.”

Vil ministeren oplyse, om dette fortsat er tilfældet, i lyset af medieomtalen af nedskæringer på de nye supersygehuse allerede inden de står færdige, jf. f.eks. artiklen ”Barberede supersygehuse vækker bekymring,” der blev bragt på jp.dk den 7. oktober 2014?”

Det fjerde og sidste spørgsmål – spørgsmål S - lyder:

”Hvilke initiativer vil ministeren tage for at sikre, at de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier vil kunne håndtere de fremtidige behandlingsbehov?”

---oOo---

Lad mig indlede med at sige, at sygehusbyggerierne er mere end bare 16 store sygehuse. De er en del af en helt ny sygehusstruktur, som får stor betydning for hele vores sundhedsvæsen.

Derfor er det også afgørende, at vi her og i Folketinget fortsat er enige om rammerne for - og retningen på - kvalitetsfondsinvesteringen.

Lad mig starte med at minde om baggrunden for investeringen på mere end 40 mia. kr., som jeg også har beskrevet i den rapportering om kvalitetsfondsprojekterne der netop er tilgået både Finansudvalget og Sundhedsudvalget.

I økonomiaftalen for 2008 blev den daværende regering og regionerne enige om, at der er behov for strukturændringer i sygehusvæsenet. Derfor var der også behov for investeringer i fysiske tilpasninger, ny teknologi og apparatur.

Den daværende regering og regionerne aftalte at nedsætte et ekspertpanel – det som senere blev kendt som Erik Juhl-udvalget. Udvalget skulle have til opgave at vurdere de konkrete større anlægsprojekter i forhold til en række principper vedrørende samling af enheder, driftsøkonomisk rentabilitet, effektivitet og kvalitet.

På den baggrund blev kvalitetsfonden oprettet med Finansloven for 2009. LA, V, K og DF besluttede den gang at etablere Kvalitetsfonden og som led heri at afsætte 25 mia. statslige kroner til sygehusbyggeri. Hertil kom med økonomiaftalen for 2010 et beløb på 16,4 mia. kr., som regionerne selv

medfinansierer. Samlet er investeringen på 41,4 mia. kr. i 2009-priser.

---oOo---

Med de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier er vi i gang med en stor omlægning af hele den måde, vi driver sygehusvæsenet på i Danmark.

For det første er det ikke bare 16 nye sygehuse, vi bygger. Det er en helt ny akutstruktur, hvor vi går fra ca. 40 til 21 akutsygehuse. Vi samler specialer og koncentrerer kompetencerne, så patientbehandlingen bliver bedre – fordi øvelse gør mester.

På de nye akutsygehuse vil der døgnet rundt være speciallæger fra forskellige lægelige specialer til stede i den nye fælles akutmodtagelse, de såkaldte FAM'er.

Det betyder, at patienter hurtigt kan få igangsat den rette behandling og at der på én gang foretages de prøver mv., der er behov for. Det er en ændring i forhold til en situation, hvor patienterne skal afvente, at den rette lægelige kompetence er til stede.

Og det er det andet punkt i omstillingen. Man organiserer hospitalet omkring patientforløb i stedet for omkring lægelige specialer. Man sætter specialister i front i de fælles akutmodtagelser, de såkaldte FAM'er, så patienten kan få en samlet og hurtig udredning. Det får patienten i centrum.

Hvis patienten kan få igangsat den rette behandling hurtigt og koordineret, vil det betyde, at patienten har behov for kortere tid på sygehuset. Derfor er det også forventningen, at der bl.a.

er behov for færre senge i den fremtidige sygehusstruktur, end der er i den nuværende.

For det tredje. Vi skal have et stærkt nært sundhedsvæsen i sammenhæng med de specialiserede sygehuse. Flere opgaver, fx at KOL-patienter indlægges med åndedrætsbesvær og angst for natten, skal kunne løftes af kommunerne i eller tæt på borgerens eget hjem. Det kan spare borgere for slidsom transport og unødvendige ophold på hospitalet, ligesom det gør, at lægerne på hospitalet kan fokusere deres kræfter på de patienter, der har mere behov for lægefaglig ekspertise.

Bedre sammenhæng med både kommunale plejetilbud og almen praksis skaber derfor forudsætningerne for at de nye hospitaler med færre senge kan behandle de virkeligt syge patienter bedst muligt.

Jeg er derfor også glad for at vi netop har lavet aftale om en Finanslov der med bl.a. 5 mia. til regeringens sundhedsstrategi – Jo før, jo bedre – sikrer en prioritering af sammenhængen i sundhed.

Det er hele denne omlægning, med en samlet investering på mere end 40 mia. kr. i nye bygninger, som bliver støttet af kvalitetsfonden.

---oOo---

Vi står i et vadested, og det vil vi jo gøre i en årrække. Mellem på den ene side den gamle struktur og den tilhørende måde at drive sygehuse på. Og på den anden side en ny struktur og en ny måde at drive sygehuse på.

Midt i den her omlægning er der behov for, at vi står sammen om, at det her var og stadig er den rigtige beslutning for vores sundhedsvæsen.

Det gjorde vi i regeringen, da vi tiltrådte. Den store investering var sat i gang af den forrige regering, og vi har valgt at respektere rammerne for den. Man kan sige at vi arvede en opgave og et ansvar. Det har vi taget på os og står vagt om også jævnfør det store fokus bl.a. Rigsrevisionen har på at projekterne leveres inden for rammerne.

Det er der i hvert fald tre årsager til:

For det første vil det være en stor risiko for omlægningen, hvis vi politikere, som har truffet beslutningen om en ny struktur, nu begynder at tvivle på om den holder.

I stedet er vores opgave at skabe stabilitet og sikkerhed om rammerne. Der er behov for ro til, at de ansvarlige i regionerne og i de enkelte byggeprojekter kan træffe de rigtige og nødvendige beslutninger, som kan sikre omlægningen af sundhedsvæsenet.

Beslutningerne omhandler strukturen i sundhedsvæsenet, men jo i høj grad også, hvordan man får skabt nye patientforløb, en ny kultur, organisation og arbejdsgange på det enkelte sygehus. Det er i høj grad en lokal og krævende ledelsesopgave at få det her sat rigtigt fra start.

For det andet ønsker vi at respektere, at regionerne som bygherrer – inden for totalrammen - kan prioritere, hvad der udgør et fuldt funktionsdygtigt hospital. Det kommer jo bl.a. af de eksisterende forhold og lokale faktorer som fx geografi.

For det tredje. Hvis vi fra Christiansborg begynder at skrive ønskesedler til projekterne, så bliver det umuligt at styre økonomien efterfølgende.

Og hvis vi midt i vadestedet begynder at ønske os fx flere senge, er der stor risiko for, at vi ikke får den omlægning af sygehusvæsenet, som vi med kvalitetsfonden er enige om.

---oOo---

Der har fra starten været stor opmærksomhed om, hvorvidt budgetterne for projekterne bliver overholdt. Om der er klare rammer for projekterne. Eller om intentionerne med kvalitetsfonden bliver opfyldt.

Jeg vil i dag også gerne slå fast, at budgettet som det er meddelt de 16 byggeprojekter – de i alt 41,4 mia. kr. i 2009 priser - har ligget fast hele tiden.

Den eneste økonomiske justering, der har været, er, at regeringen i 2012 har givet regionerne mulighed for at låne op til 1 mia. kr. til energirigtige investeringer i forbindelse med kvalitetsfondsprojekterne.

Regionerne er bygherrer på projekterne. Det vil sige, at regionerne har ansvaret for at planlægge og gennemføre byggerierne.

Undervejs i sådan en proces bliver man klogere. Både på hvad behovet er, men ofte også på hvad der ikke kan lade sig gøre.

Regionerne foretager derfor omprioriteringer og omdisponeringer inden for totalrammen. Alt andet vil være mærkeligt.

Hvis en region ønsker mere kapacitet til ét speciale, så vil det være muligt at skabe det, fx ved at give mindre kapacitet til andre specialer – eller ved at optimere udnyttelse af ambulatorier eller operationsstuer på tværs af specialerne, så man med de samme faciliteter kan behandle flere patienter.

Det gælder uanset budgettets størrelse. Bygherre har ansvar for at prioritere, så budgetterne overholdes.

I et af samrådsspørgsmålene henvises til en artikel på jp.dk fra den 7. oktober om besparelser i projekterne. Lad mig slå fast, at jeg som sundhedsminister selvfølgelig er optaget af, at vi får mest mulig sygehus for den kæmpe investering vi er i gang med.

Artiklen kom på baggrund af, at projektet i Gødstrup ”skulle fjerne en hel etage.” Det ærgrer selvsagt, at man er nødt til at tilpasse den ønskeliste, der er i projekterne.

Men i tilfældet Gødstrup er situationen, at projektet forinden er vokset med 25.000 kvadratmeter i forhold til det areal, som projektets budget er baseret på. At man så er nødt til at fjerne 2.000 kvadratmeter efterfølgende skal ses i det perspektiv. Og fremstår derfor knap så dramatisk, som det bliver fremstillet.

Det er vigtigt, at der her i Folketinget er forståelse for proportionerne og den opgave det er at skulle prioritere inden for en økonomisk ramme. Det kan støje noget, men det må være en del af processen.

Lad mig i den forbindelse lige knytte et par ord til totalrammen, som er det maksimale økonomiske budget for hvert af projekterne. Totalrammen har to formål:

For det første er det ikke alle byggeprojekterne i den nye sygehusstruktur, der får støtte fra kvalitetsfonden. Derfor er det vigtigt, at regionerne også har penge til at realisere de øvrige sygehusprojekter, så vi får en ny samlet struktur for hele sundhedsvæsenet.

Det skal ikke være sådan, at vi får funklende A-sygehuse og nedslidte B-sygehuse. Investeringen skal muliggøre, at vi kan tilbyde en ensartet høj kvalitet i faciliteterne til behandling til alle patienter, uanset i hvilken landsdel og på hvilken sygehusadresse de indlægges.

For det andet kan totalrammen drive innovation og udvikling af nye gode løsninger, som kan komme vores fælles offentlige sundhedsvæsen til gavn. Det er ikke altid den løsning, der først falder en ind, som er den bedste. Ofte kan udfordringer og stramme rammer få en til at se opgaverne i et nyt perspektiv og dermed bidrage til nye løsninger.

Det ser vi eksempelvis i Region Syddanmarks projekt Nyt Odense Universitetshospital. Her var rådgiverens første forslag til hvilket hospital, der skulle bygges for dyrt i forhold til totalrammen. Det tvang projektet til at gentænke konceptet, så rammen kunne overholdes. Det nye forslag er ifølge projektet selv blevet bedre. Både med hensyn til anlægsøkonomi og understøttelse af den kliniske drift.

For at bidrage til en efterfølgende effektiv drift er der i de endelige tilsagn til byggerierne fastsat et effektiviseringskrav på 4-8 procent af driften. Det giver incitament til at tænke totaløkonomisk og udvikle nye gode løsninger.

Effektiviseringsmulighederne drejer sig om fx bedre udnyttelse af energi i de nye bygninger, mere effektiv rengøring af nye

overflader, mere effektiv udnyttelse af vagtlag, og bedre logistik og patientflows, når FAM'erne etableres. Eksempelvis er en erfaring fra den forsøgs-FAM, der nu er etableret på OUH, at mens det før ofte tog op til 12 timer at få en diagnose og komme videre med relevant behandling, så er den tid i dag reduceret til 4 timer for langt hovedparten af patienterne. Det er et meget godt eksempel på, at effektiviseringer skal give både bedre udnyttelse af sygehusets ressourcer og bedre patientbehandling.

Det er regionerne der fortager den samlede prioritering af den ramme, der er til rådighed. Generelt er hensynet, at sygehusene skal være fuldt funktionsdygtige, når de bliver taget i brug. For hovedparten af projekterne sker det i cirka 2020.

Det er også værd at fremhæve, at der i kvalitetsfondsprojekterne er reserveret en særlig ramme til it, udstyr, apparatur mv. Rammen er beregnet for hvert byggeri og udgør som udgangspunkt ca. 20 procent af udgifterne til nyt byggeri af somatiske funktioner. Der er samlet en ramme til it og udstyr på godt 6,5 mia. kr.

Nyt apparatur og udstyr er helt centralt for, at sygehusene er nye, også når de slår dørene op 5-10 år fra nu. Grundlæggende skal der være midler til, at de kan investere i nyt avanceret udstyr, som en del af etableringen af nye rammer.

Derfor er jeg og regeringen meget bestemte om totalrammen. Vi vil være sikre på, at vi får hele vores nye sygehusstruktur og en reel omlægning af aktiviteten, og vi vil gerne, at det sker sammen med nye innovative løsninger.

Totalrammen har været kendt hele tiden, og regionerne har sagt ja til at modtage penge under de kendte forudsætninger. Derfor har regionerne også ansvar for at overholde rammerne.

---oOo---

Det er vurderingen, at rammerne for kvalitetsfondsinvesteringen gør det muligt at bygge de nye sygehuse. Der er store udfordringer i to af projekterne, men i begge projekter vurderes årsagerne at være lokale, og altså ikke kvalitetsfonden.

Aktuelt fører Sundhedsministeriet tættere opfølgning på de to projekter – DNU og Aabenraa. De øvrige 14 projekter har selvfølgelig også udfordringer og kræver betydelig ledelseskraft lokalt mht. prioritering og styring. Men de har ikke givet anledning til en tættere opfølgning fra ministeriets side.

---oOo---

I omlægningen af sundhedsvæsenet er der, som beregningsforudsætning for kvalitetsfondsprojekterne, regnet med et fremtidigt behov på 20 procent færre sengedage og 50 procent flere ambulante behandlinger. Disse forudsætninger er fortsat gældende

Det spiller selvsagt ind på dimensioneringen. Et nyt og godt hospital i 2020 skal ikke være lige så stort – eller større – som et hospital fra 1960. Patientens vej gennem hospitalet bliver anderledes – derfor skal hospitalet også være anderledes.

I forhold til 20 procent færre sengedage, så svarer det til et årligt fald i antallet af sengedage på 1,7 procent fra 2008-2020. Dette

fald skal ses i lyset af, at der i årene op til kvalitetsfondens etablering har været et årligt fald på mellem 3 og 3,5 procent.

For nogle sygehusprojekter har det også vist sig, at den efterfølgende udvikling har været et større fald end 1,7 procent årligt. Det kan medvirke til at forklare faldet i antal senge, som jeg tidligere har svaret Sundhedsudvalget på.

Den nye akutstruktur, hvor der 24/7 er speciallæger, skal understøtte accelererede patientforløb, som bevirker at patienterne samlet bruger mindre tid på hospitalet.

Det sker via de nye fælles akutmodtagelser. De fælles akutmodtagelser er en markant anderledes måde at organisere hospitalet på. Frem for en organisering af hospitalet omkring lægelige specialer, bliver organiseringen nu med udgangspunkt i patientforløb.

Det stiller store krav til både ansatte og ledere på hospitalerne. I foråret udkom en statusrapport for de fælles akutmodtagelser. Her fremgår, at der er en række klare fordele ved de fælles akutmodtagelser, men også at der fortsat er noget arbejde at gøre, før vi er i mål med akutmodtagelserne.

Jeg har tidligere svaret på Sundhedsudvalgets spørgsmål 3 (denne samling) på om de nuværende planer for sygehusbyggeriet stemmer overens med de beslutninger om f.eks. sengepladser, arealstandarder og operationsstuer, der oprindeligt blev truffet.

For at opridse svaret, så planlægger regionerne efter det oplyste med i alt 200 færre senge, end planlagt ved endeligt tilsagn. Det samlede antal forventes nu at blive 7.152 mod 7.352. Det svarer til et fald på 2,7 procent.

Antallet af operationsstuer planlægges forøget med i alt 7 operationsstuer. Det samlede antal forventes at blive 350 mod 343. Det svarer til en stigning på 2,0 procent.

I forhold til arealstandarder, så er langt hovedparten af arealstandarderne fra det endelige tilsagn fortsat gældende. Enkelte projekter forventer dog, at der vil være mindre uvæsentlige afvigelser fra de forudsatte arealstandarder.

Som et øjebliksbillede kan jeg nævne at det samlede nybyggede areal - på baggrund af regionernes oplysninger – er 1.472.900 kvadratmeter. Ved endeligt tilsagn var forventningen 1.334.400 kvadratmeter. Det svarer til en stigning på 138.500 kvadratmeter eller 10 procent.

For ombygning er den aktuelle forventning – baseret på regionernes oplysninger – at der ombygges 176.200 kvadratmeter. Ved endeligt tilsagn var forventningen 170.900 kvadratmeter. Det svarer til en stigning på 5.300 kvadratmeter eller 3 procent.

Og som nævnt: Regionernes prioritering påvirker løbende dette billede, så tallene kan ændre sig.

Lad mig også her blot minde om, at det afgørende ikke er hvorvidt sengestuen er 33 kvadratmeter eller 35 kvadratmeter. Det afgørende er, at vi i den nye sygehusstruktur primært vil have ensengsstuer. Det giver en lang række fordele, bl.a. bedre hygiejne og mere privatliv til patienterne.

For en status for hvert af de enkelte kvalitetsfondsprojekter vil jeg gerne henvise til den årlige rapportering om

kvalitetsfundsprojekterne, som jeg netop har oversendt til både Finansudvalget og Sundhedsudvalget.

Heri beskrives også rammerne for kvalitetsfundsprojekterne og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses tilsyn.

---oOo---

Vi ved, at verden, når det gælder behandlingstilbud, teknologi og muligheder har ændret sig – og fortsat vil ændre sig – siden kvalitetsfonden blev besluttet. Det giver derfor god mening, at regionerne også tilrettelægger kvalitetsfundsprojekterne – og andre sygehusbyggerier – så de er fleksible og passer til fremtidens behov.

Som eksempel vil jeg gerne nævne nogle tal, som på landsplan illustrerer min pointe.

I perioden 2009-2013 er der blevet behandlet 16,1 procent flere kræftpatienter. Samtidig er antallet af sengedage for kræftpatienter faldet med 8,7 procent. Det er altså muligt at behandle flere patienter med mindre kapacitet.

Dette lægger i forlængelse af beregningsforudsætningerne. Pilen peger altså i retning af, at omlægningen er realistisk.

I 2007 var antallet af sengedage 4.8 mio. I 2013 var antallet 4.1 mio. Samlet et fald på knap 700.000, eller hvad der svarer til 14 procent. Hvis udviklingen fortsætter vil der i 2020 være 28 procent færre sengedage end i 2007. Beregningsforudsætningen som er lagt til grund for rammen er et fald på 20 pct.

I 2007 var antallet af ambulante behandlinger 6.2 mio. I 2013 var antallet 7.6 mio. Samlet en stigning på 1.4 mio., eller hvad

der svarer til 22,6 procent. Hvis udviklingen fortsætter vil der i 2020 være 57 procent flere ambulante behandlinger end i 2007. Beregningsforudsætningerne som var lagt til grund for rammen var en stigning på 50 pct.

Man skal selvfølgelig passe på med at bruge en lineær fremskrivning til at sige noget fast om fremtidens behandlingsbehov. Det ser dog lige nu ud til, at omlægningen af behandlingen fra sengedage til ambulante behandling går hurtigere end forventet af ekspertpanelet.

Jeg ved, at regionerne allerede gør meget ud af at bygge fleksibelt. Det betyder fx, at bygningen tilrettelægges, så en sengestue kan bruges af flere specialer.

Hvorvidt fleksibiliteten – som jeg har lige har forklaret – sikrer der er sengepladser nok i fremtiden, kan jeg selvsagt ikke garantere.

Men man kan se på, hvordan udviklingen er gået til nu og på den baggrund forsøge at forudsige, hvordan det bliver.

Det har vi gjort i forbindelse med beregningsforudsætningerne for kvalitetsfondsprojekterne. Som mit svar på spørgsmål 732 indikerer, så er det også den retning, som sundhedsvæsenet ændrer sig i. Men om faldet i sengedage bliver på 19, 20, 21 eller 25 procent, kan hverken jeg eller andre garantere.

Men vi kan godt selv gøre noget ved driften af vores sygehuse. Vi kan begynde at omlægge driften, så den passer til fremtidens sundhedsvæsen. Og det er en god ide at starte allerede nu.

Faktisk er der i forbindelse med de endelige tilsagn til kvalitetsfondsprojekterne fastsat et krav om, at den

efterfølgende drift skal være mere effektiv. Der er – med undtagelse af akuthospitalet i Slagelse - fastsat et nominelt krav til hvert projekt, som svarer til mellem 4-8 procent af det nuværende budget. Det arbejde med at planlægge effektiviseringsgevinster i den fremtidige drift understøtter, at sygehusledelser og personale arbejder på at blive klar til den nye virkelighed, at forberede den og komme tættere på de nye rammer. Det er, mener jeg, også ret afgørende for, at vi lykkes med at få gevinster for drift og bedre patientbehandling.

Samlet betyder det også, at vi - når kvalitetsfundsprojekterne er realiseret - årligt vil effektivisere driften i de 16 sygehuse med mere end 2 milliarder kroner. De penge kan efterfølgende blive prioriteret til nye sundhedsinitiativer.

--oOo---

De sygehuse, vi bygger, skal ikke bare være hvide klodser i landskabet. For at de for alvor kommer til at udfylde deres potentiale, skal de kunne skabe og understøttes af en bedre sammenhæng med almen praksis og kommunerne. – Det er ikke blot nye sygehuse, men et nyt sundhedsvæsen.

Jeg er rigtig glad for at regeringens sundhedsstrategi – jo før, jo bedre – bliver realiseret sammen med Finansloven for 2015.

Omdrejningspunktet er en vision for et fælles sundhedsvæsen, hvor alle borgere har adgang til behandling af høj kvalitet, og hvor der sættes bredt ind for at opnå bedre sammenhæng og mere lighed i sundhed. Heri spiller de nye sygehuse også en stor rolle.

Sundhedsstrategien er et samlet ambitiøst udspil med nye initiativer for 5 mia. kr. over de næste 4 år. Udspillet udtrykker

vores ambitioner for sundhedsvæsenet de kommende år og lægger kimen til vigtige strukturelle ændringer.

Strategien består af 5 overordnede spor, der hænger sammen. Men jeg vil tillade mig i denne sammenhæng at fremhæve sporet vedrørende de praktiserende læger.

Den langsigtede og – ambitiøse – vision er en styrket almen praksis, hvor der er samme høje kvalitet over hele landet. Almen praksis skal være tilgængelig for borgeren, når borgeren har brug for det, og skal indgå i et tættere samarbejde med sygehuse og de kommunale sundhedstilbud.

Derfor går en satsning på almen praksis også igen i de andre spor i strategien, fx de praktiserende lægers afgørende rolle i at få udredt kræftpatienter tidligere.

Derfor fokuserer vi i regeringen på at opbygge et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen koncentreret omkring praksislægen. Her kan håndteres flere af de patienter, der unødigt kommer på sygehusene - parallelt med at de nye specialiserede sygehuse bygges.

Med et bedre samarbejde mellem almen praksis og de nye sygehuse tager vi også skridt til hurtigere udredning. Det sker fx ved et ambitiøst mål om, at 3 ud af 4 kræftpatienter skal være i live fem år efter kræftdiagnosen er stillet. Det handler især om at kræftsygdomme skal opdages tidligere hos den praktiserende læge.

Vi indfører også målrettede sundhedstjek for de borgere, som er i særlig risiko for at udvikle kroniske sygdomme. Det skal betyde flere gode leveår og mindre ulighed i sundhed.

Det vil samtidig bidrage til, at færre patienter indlægges unødigt på de medicinske afdelinger. Der er opstillet et klart mål om, at antallet af genindlæggelser for KOL- og diabetespatienter skal reduceres med 20 procent.

Eksemplerne med kræftpatienter og kronikere viser, at vi tager skridt mod at sygdomme skal opdages tidligere. Det betyder, at til trods for et stigende patientantal, så vil patienterne – alt andet lige – være ”lettere” at behandle. Dermed skaber vi forudsætningerne for at hospitalerne samlet set kan behandle flere patienter uden at de nødvendigvis behøver større kapacitet. Der vil selvfølgelig være udsving fra sygdom til sygdom – men overordnet ikke behov for mere kapacitet.

---oOo---

Som det fremgår af mine svar, så er min vurdering, at vi har sat pejlemærket for fremtidens sundhedsvæsen. Et sundhedsvæsen, som kan håndtere fremtidens behandlingsbehov.

Dermed ikke sagt, at vi ikke kan gøre mere.

Jeg vil igen gerne fremhæve regeringens sundhedsstrategi - Jo før, jo bedre. Her sætter vi fokus på en hurtigere og bedre udredning af bl.a. kræftpatienter og kronikere.

Og så vil jeg også gerne slå fast, at regeringen fortsat vil følge kvalitetsfondsprojekterne tæt, bl.a. gennem løbende tilsyn med projekterne.

Der bliver bogholderagtigt fokus på, at pengene stemmer. Men grundlæggende tror jeg på, at vi med stramme rammer driver

den udvikling, som gør at vores fremtidige hospitalsdrift bliver rigtig god.

At vi så også på den anden side skaber et større råderum i driften af sundhedsvæsenet gør, at vi får mulighed for at prioritere penge til nye sundhedsinitiativer, når kvalitetsfundsprojekterne er ibrugtaget.