

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 06-03-2019
Enhed: 3-AFD
Sagsbeh.: DEPJNY
Sagsnr.: 1901999
Dok. nr.: 836822

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 6. februar 2019 stillet følgende spørgsmål nr. 529 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kirsten Normann Andersen (SF).

Spørgsmål nr. 529:

- . / .
- "Ministeren bedes kommentere kronikken "Hvorfor er sundhedsreformen så forhastet?" bragt i Politiken den 31. januar 2019, herunder specifikt forholde sig til følgende spørgsmål og bemærkninger:
- hvorfor blev der ikke sat tid, ressourcer og relevant sagkundskab af til at belyse problemstillingen, inden regeringen kom med sit udspil, så man bl.a. efterfølgende kunne tage stilling til de indbyggede dilemmaer i styringen af sundhedsvæsenet, som altid ville kunne ligge i lyset af forskellige alternativer?
 - hvorfor har man forberedt reformen i en lukket proces forankret i Finansministeriet, domineret af embedsmænd fra Finansministeriet og Sundhedsministeriet med et særligt regeringsudvalg som politisk styregruppe?
 - hvorfor har man købt analytisk assistance fra Boston Consulting Group og McKinsey, der f.eks. tidligere har haft meget lidt succes med bl.a. analyser af den danske skatteforvaltning
 - hvilken betydning har udviklingen af de norske helseregioner haft for udformningen af regeringens sundhedsudspil
 - om at regeringens forslag om en styringsmodel præget af en blanding af patientforeninger, personaleorganisationer og udvalgte politikere "... har lettere ved at kræve mere end ved at prioritere, fordi de savner det brede mandat, som tvinger folkevalgte, regionale politikere til at påtage sig prioriteringsopgaven"
 - "... at det ikke (er) givet, hvorfor og hvordan et centraliseret sundhedsvæsen vil sikre, at der ikke bliver forskelle i den leverede ydelse ude på de enkelte arbejdspladser, som ifølge udspillet stort set ikke bliver berørt af reformen".
 - at "På sundhedsområdet har et studie estimeret, at kun hvert tredje it-projekt opnår succes, ikke mindst fordi der er stor kompleksitet og derfor betydelig usikkerhed forbundet med disse projekter".
 - at "Traditionelt har det i dansk politik og forvaltning domineret af Venstre og Socialdemokratiet været sådan, at der skulle stærke argumenter til for at fravige den decentrale struktur på de store velfærdsområder. Den tid er øjensynligt forbi, selv om megen international forskning generelt priser lige netop decentraliseringen".

Svar:

Regeringens udspil til en sundhedsreform er resultatet af en lang, inddragende proces, der strækker sig over mere end 2 år, og baseret på en række analyser og udvalgsarbejder om udfordringer og muligheder for fremtidens sundhedsvæsen.

Regeringen har i oktober 2018 offentliggjort en Sundheds- og ældreøkonomisk analyse, der berører den fremtidige befolkningsudvikling og befolkningens nuværende kontaktmønstre på tværs af sundheds- og ældreområdet. Derudover ses der nærmere på ligheder og forskelle mellem aktivitetsmønstre og kapacitet i den primære og sekundære sektor.

Regeringen igangsatte i 2017 et styringseftersyn på sundhedsområdet som led i Sammenhængsreformen for at se på, hvad der virker og ikke virker i styringen. Styringseftersynet har haft deltagelse af Sundheds- og Ældreministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner. Der blev som led i arbejdet afholdt en styringsdag i januar 2018 med et bredt udvalg af interessenter og eksperter. Dertil har jeg sammen med ministeren for offentlig innovation været på besøg i alle fem regioner for at høre om, hvordan der konkret styres, og om de udfordringer ledelse og personale oplever. Endelig blev der som led i styringseftersynet udarbejdet to rapporter, som begge blev præsenteret og drøftet på møder mellem interessenter og ministeren for offentlig innovation og sundhedsministeren.

Den ene rapport, *Den statslige styring af det regionale sundhedsområde*, er udarbejdet af VIVE, og den anden rapport, *Analyse af den regionale styring på sygehusområdet*, er udarbejdet af PWC med McKinsey & Company som underleverandør. Opgaven med at udarbejde en rapport om regional styring er blevet tildelt PWC efter at have været sat i udbud, da deres tilbud blev vurderet som det mest fordelagtige.

Regeringen nedsatte i 2016 Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen bestående af KL, Danske Regioner og staten. Der var desuden nedsat en interessentgruppe bestående af Lægeforeningen, Sundhedskartellet, Dansk Sygeplejeråd, FOA, Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer og Apotekerforeningen, der blev inddraget undervejs i arbejdet via interessentmøder. I juni 2017 præsenterede udvalget 20 anbefalinger til, hvordan det nære sundhedsvæsen skal udbygges til gavn for patienterne. Udvalget pegede blandt andet på behovet for en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og udbredelse af fælles finansiering blandt kommuner og regioner. Sundhedsministeren afholdt i forlængelse af udvalgsrapporten og styringseftersynet en række interessentmøder om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med aktører fra interessentgruppen.

Regeringen nedsatte også i 2016 et udvalg, der skulle skabe overblik over udfordringerne med at sikre en tilstrækkelig lægedækning i alle dele af landet. Udvalget var sammensat af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Lægeforeningen, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen. I januar 2017 præsenterede udvalget 18 anbefalinger til, hvordan man kan løse lægemanglen i Danmark.

Der har også været anvendt en analyse, der afdækker internationale erfaringer for kronikerindsatsen med særligt fokus på styring, rammer og organisering af kronikerindsatsen. Analysen sætter dermed fokus på elementer, der kan styrke behandlingskvaliteten, sammenhængen og omkostningseffektiviteten set over hele plejekæden.

Analysen tager afsæt i tre lande, der har sundhedssystemer, der er sammenlignelige med det danske for så vidt angår, at der er primært offentligt finansierede, og at borgerne har mere eller mindre fri afgang: England, Holland og Sverige. Derudover indrages enkelte konkrete og innovative eksempler fra USA, der kan være relevante i dansk kontekst på trods af den store strukturelle forskel mellem det danske og det amerikanske sundhedssystem.

Læringspunkter fra denne analyse har bl.a. været til inspiration for regeringens sundhedsreform.

Derudover kan jeg tilføje, at Sundheds- og Ældreministeriet forud for sundhedsreformen har været bekendt med den udvikling, der er foregået over årene i det norske sundhedsvæsen. Ministeriet har på embedsmandsniveau siddet med i det norske Kvinnsland-udvalg, som blev nedsat i 2015. Udvalget havde til opgave at udrede, hvordan det statslige ejerskab af det specialiserede sundhedsvæsen i Norge, herunder sygehusene, kunne organiseres. Kvinnsland-udvalgets udredning "*Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten — Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?*", der blev publiceret i december 2016, har også indgået i forberedelserne af sundhedsreformen.

Jeg har også som en del af forberedelserne til sundhedsreformen været på en inspirationstur til Skotland i august 2018. Formålet med turen var at få indblik i Skotlands arbejde med kvalitetsudvikling og strategi i det skotske sundhedsvæsen, herunder de nyeste tiltag rettet mod almen praksis og social- og sundhedsvæsen.

Regeringens proces op til en sundhedsreform er mundet ud i det samlede udspil, der blev præsenteret den 16. januar 2019. Udspillet har siden været drøftet med 40 interessenter for at få deres input, og som følge af interessenternes input har vi justeret dele af reformen.

Det overordnede sigte med sundhedsreformen er at skabe mere nærhed i sundhedsvæsenet. Regeringen vil styrke det nære sundhedsvæsen i kommunerne og almen praksis. Færre ambulante behandlinger skal foregå på sygehusene, og kommunerne skal forebygge flere indlæggelser. Regeringen vil tilbyde patienterne en behandling, hvor de ikke sendes på sygehusene unødvendigt, men tilbydes en behandling og opfølgning tættere på eller i eget hjem. Det er et skridt hen imod et mere nært, decentralt sundhedsvæsen. Derudover er det et nødvendigt tiltag for at aflaste sygehusene og for at ruste fremtidens sundhedsvæsen til betydeligt flere ældre og personer med kroniske sygdomme.

Regeringen vil samtidigt sætte en stærkere national retning for sundhedsvæsenet. Det betyder, at de politiske prioriteringer og retningen for sundhedsvæsenet fremover skal fastlægges nationalt fra regeringen i samspil med Folketinget. Patienterne skal opleve den samme høje kvalitet i hele landet. Blandt andet skal patientrettighederne efterleves på samme måde i hele Danmark. Sundhedsvæsenet har brug for at blive bedre til at skabe fælles løsninger og lære af hinandens erfaringer for at få mest ud af ressourcerne.

Sundhedsvæsen Danmark, der placeres i Aarhus, skal sikre fremdrift og sammenhængende løsninger i hele landet og sikre, mere lighed og at patienter oplever den samme høje kvalitet i hele landet.

Et af områderne hvor vi med fordel kan have mere national styring og have mere læring på tværs er, når det kommer til it- og dataområdet. Regeringen lægger med sundhedsreformen op til, at Sundhedsvæsen Danmark skal godkende alle større it- og digitaliseringsprojekter i sundhedsforvaltningerne med det sigte på at få et integreret system. Sundhedsvæsen Danmark skal sikre implementeringen af beslutninger om

standarder og krav til sammenhængende it-systemer og dataindsamling mv., herunder blandt andet implementeringsstrategier og krav om integration til it- og datainfrastruktur, så de enkelte sundhedsforvaltninger leverer på de fastlagte mål og krav.

Jeg genkender således ikke billedet af, at reformen er foregået i en "lukket proces" og at der ikke har været afsat nok tid og ressourcer til forberedelserne. Regeringen har gennemført en lang og inddragende proces baseret på analyser og lydhørhed over for interessenter på sundhedsområdet.

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Jeannette Nybo