

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: 3-AFD/ÆLSAM
Sagsbeh.: DEPPSK/DEPISH
Koordineret med:
Sagsnr.: 1901081
Dok. nr.: 821764
Dato: 05-02-2019

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

[Kl. 8:30-9:55, d. 7. februar 2019, Sundheds- og Ældreudvalget]

Samråd om sundhedsreformen

Samrådsspørgsmål AB

Vil ministrene redegøre for, hvordan kommunerne med den økonomiske ramme afsat i udspillet til sundhedsreformen skal kunne forebygge og gennemføre behandlinger, der dæmper udgiftspresset på sygehusene svarende til 2 mia. kr. i 2025, uden at det vil medføre besparelser på andre kommunale opgaver? (Peder Hvelplund og Rune Lund (EL))

Samrådsspørgsmål AD

Vil ministeren oplyse, hvorfor kommunernes forskelligheder med hensyn til ulighed i sundhed ikke indgår som led i sundhedsreformen, når Rigsrevisionen påpeger, at netop forskelle i befolkningens forudsætninger for sundhed betyder noget for behandlingskvaliteten? (Peder Hvelplund (EL))

Samrådsspørgsmål AE

Vil ministeren oplyse, hvorfor social ulighed i sundhed ikke er et tema, der er adresseret i regeringens sundhedsreform? (Peder Hvelplund (EL))

Tak for de tre spørgsmål AB, AD og AE, som jeg vil tillade mig at besvare samlet.

[Styrket rolle til kommunerne]

Ser vi først på spørgsmål AB om kommunernes styrket rolle på sundhedsområdet, så er det helt rigtig forstået, at regeringen vil styrke det nære sundhedsvæsen – og dermed kommunerne.

Nærhed betyder øget tilgængelighed til sundhedstilbuddene, og nærhed kan bidrage til at skabe mere tryghed hos den enkelte borger. Derfor skal flere patienter opleve behandling og pleje tættere på eller i eget hjem.

Det betyder en styrket rolle til kommunerne – selvfølgelig i samarbejde med de praktiserende læger. Målet er 500.000 færre ambulante besøg og 40.000 færre indlæggelser i år 2025.

Der vil være tale om en lang omstillingsproces.

Behandlingsomstillingen kan både foregå direkte ved at ændre opgavevaretagelsen, så flere behandlingsopgaver løses uden for sygehusene, og indirekte ved at styrke forebyggelse og visitation, så unødvendige sygehusbesøg undgås.

Regeringen lægger med sundhedsreformen op til, at Sundhedsstyrelsen skal lave en ny kvalitetsplan som sætter standarder for faglighed og kvalitet over hele landet, og som sætter retning for, hvordan mere behandling kan foregå i det nære sundhedsvæsen – herunder i kommunerne.

Og med opgaverne følger finansieringen.

Dette gælder både ved de nye opgavedelinger mellem kommuner, sygehus og almen praksis i de nye sundhedsfællesskaber. Hvis kommunerne her løser en opgave som flytter fra sygehuset, skal pengene følge med.

Det vil sige – at nye opgaver betyder nye penge. Så simpelt er det. Og det vil vi jo drøfte med KL, når vi skal forhandle den konkrete økonomi ift. kvalitetsplanen. Det følger af den måde vi samarbejder med kommunerne på

Hertil kommer, at der med Nærhedsfonden gives et ekstraordinært løft til sundhedsvæsenet på 6 mia. kr. i perioden 2020-2025.

Midler, der ligger ud over den øvrige prioritering af sundhedsområdet de kommende år som led i de årlige økonomiaftaler og finanslovaftaler, hvor der tages konkret stilling til behovet.

Midlerne i Nærhedsfonden, skal være med til at styrke kommunernes generelle niveau, når det kommer til kompetencer og kapacitet.

Hertil kommer, at vi drøfter de konkrete opgaver og behov i de årlige økonomiforhandlinger – for regeringen lægger ikke op til, at kommunerne skal løse nye opgaver uden yderligere finansiering. Vi lægger op til, at der løbende sker en omstilling til det nære sundhedsvæsen, og at pengene følger opgaverne.

Det var mit indledende svar til spørgsmål AB.

[Social ulighed]

Så kommer vi til spørgsmålene AD og AE om social ulighed i sundhed.

Jeg synes, at det er fint, at vi får lejlighed til at drøfte, hvordan regeringen med vores udspil til en sundhedsreform netop vil løfte sundheden for de mest ressourcetsvage grupper i vores samfund.

Når vi taler om social ulighed i sundhed handler det om, at der er en sammenhæng mellem på den ene side uddannelsesniveaue og indkomst og på den anden side både sundhedsadfærd, hvor meget vi rammes af sygdom, og hvor længe vi lever.

Heldigvis viser de nyeste tal for udviklingen i middelevetiden både, at den generelt stiger, og at forskellen mellem dem med høj og dem med lav indkomst er stoppet med at vokse i de senere år.

Det ligger i kernen af vores sundhedsvæsen at reducere uligheden. Vores sundhedslov sikrer alle danskere, der har et sundhedskort, let og lige adgang til sundhedsydelse – de fleste af dem gratis. Det går ikke efter status, men efter behov.

Men vores sundhedsvæsen er stadig i dag på nogle punkter for meget på de stærkes præmisser. De patienter, der har overskud til at følge op – eller har pårørende med det overskud – har nogle gange nemmere ved at navigere i et komplekst sundhedssystem med mange aktører.

Og det er et alvorligt problem. For det skal ikke være sociale forhold eller ens postnummer, der er afgørende for kvaliteten eller sammenhængen i den behandling, man får i det danske sundhedsvæsen.

Det er en udfordring, som regeringen ser alvorligt på. Og som jo også ligger til grund for udviklingen af patientrettigheder siden 2001.

Regeringen har et løbende fokus på at sikre borgerne en ensartet behandling af høj kvalitet – på tværs af landet og uanset social status. Bekæmpelse af ulighed i sundhed er indbygget i stort set alle de initiativer, vi igangsætter på sundhedsområdet, hvad enten det er fødselspakke,

psykiatrihandlingsplan, diabeteshandlingsplan eller initiativ om patientansvarlig læge.

Derfor er bekæmpelse af ulighed heller ikke et selvstændigt projekt – ved siden af alt det andet. Det ligger i kernen af udviklingen af sundhedsvæsenet – og i særdeleshed i sundhedsreformen.

Patientrettighederne, som vi har udviklet siden 2001, sikrer patienten størst mulig indflydelse på egen behandling. Mulighed for selv at vælge et privat behandlingssted og få betalt regningen, hvis ventetiden i det offentlige er over 30 dage. Senest har regeringen udvidet patientrettighederne og givet mulighed for at bliver genoptrænet senest 7 dage efter, at man er udskrevet fra hospitalet.

Men patientrettighederne bliver ikke overholdt lige godt over hele landet og det er ikke alle, der får den nødvendige vejledning, som de har brug for.

Derfor vil regeringen med vores udspil til en sundhedsreform styrke patientrettighederne yderligere.

Fremover skal det ikke alene være patientens eget ansvar at finde alternative muligheder, hvis det nærmeste sygehus ikke kan overholde udrednings- og behandlingsretten. Det enkelte sygehus forpligtes til at tage patienten i hånden og finde alternativer på andre sygehuse med ledig kapacitet. Det vil særligt hjælpe netop de svage patienter, som i dag har svært ved at udnytte deres rettigheder fuldt ud.

Samtidig indføres et nyt landsdækkende patientnummer, så patienter nemt kan få fat i deres lokale patientvejleder, og vi vil samle patientrettigheder i én patientrettighedslov. Overholdelsen af patientrettighederne forankres i Sundhedsvæsen Danmark.

Ved at sikre øget støtte og vejledning til patienter ønsker regeringen at understøtte, at det ikke bliver dit uddannelsesniveaue eller din evne til at slå i bordet, der afgør, om du gør brug af dine rettigheder.

Et andet helt centralt element i sundhedsreformen er regeringens ambition om at skabe endnu mere sammenhængende og individuelt tilrettelagt behandlingsforløb.

I dag er der generelt for mange tilfælde af, at borgernes behandlingsforløb ikke hænger godt nok sammen mellem kommunens tilbud, sygehuset og for eksempel psykiatrisk behandling. Og det er især sårbare eller udsatte patienter som ældre eller mennesker med psykiske lidelser, der er i risiko for at falde mellem to eller flere stole.

Derfor foreslår vi, at 21 nye sundhedsfællesskaber skal skabe en ny ramme for et forpligtende samarbejde mellem sygehuse, egen læge og kommuner for patienterne bedste.

I sundhedsfællesskabet skal de fagprofessionelle aftale, hvordan patienternes overgange mellem sygehus, egen læge og kommunen kan gøres mere gnidningsfri, og hvordan flere patienter kan undgå en tur til sygehuset, så vi sikrer bedre og mere trygge overgange. Samtidig vil regeringen fjerne barrierer for et godt og smidigt samarbejde mellem sektorer.

Når regeringen vil sikre, at der skabes mere sammenhængende forløb, så skal det særligt komme de mest ressourcetsvage patienter til gavn – det er dem, der har aller mest brug for overskuelighed og tryghed i deres behandlingsforløb.

Med reformen ønsker regeringen også, at de praktiserende læger og kommunerne skal løfte en betydelig del af de behandlinger, der i dag foregår på sygehusene.

Det skal medvirke til, at flere borgere i fremtiden kan blive behandlet tættere på, hvor de bor, og at der i højere grad tages hensyn til den enkeltes behov.

Den praktiserende læge spiller især en vigtig rolle over for udsatte og sårbare borgere, som har svært ved at navigere i sundhedsvæsenet, og hvor det nogle gange kan være en udfordring at møde op til aftaler, hvis de foregår langt væk fra hjemmet.

En styrket almen praksis kan derfor også være med til at mindske den geografiske og sociale ulighed i adgangen til et sundt liv.

Når regeringen vil styrke de nære sundhedstilbud til gavn for de svageste borgere, kigger vi samtidig på kommunernes forebyggelsesopgave. Kommunerne har ansvaret for at udvikle tilbud, der skal sætte rammerne for en sund levevis, og som jo helst skal medvirke til, at man som borger ikke får brug for behandling senere hen.

Og det giver god mening. For i kommunerne, er man tæt på borgeren og kan tænke i brede indsatser, der ligesom uligheden går på tværs af forvaltninger. Og i nye moderne sundhedshuse er det muligt at skabe synergier mellem flere fagligheder under samme tag.

Sundhedsstyrelsen har lavet en stribe konkrete anbefalinger til, hvordan kommunerne kan tilrettelægge forebyggelsesindsatsen blandt andet i forhold til rygestop, fremme af trivsel i skolerne og på uddannelsesinstitutioner eller opsporing af skadeligt alkoholforbrug i forbindelse med et forebyggende hjemmebesøg.

Men som spørgeren også er inde på i sit samrådsspørgsmål, ser vi i dag kommunale forskelle på tværs af landet - blandt andet i forhold til kvaliteten af de forebyggende indsatser.

Kort sagt: Sundhedsreformen handler om, at alle sikres en reel mulighed for at udnytte deres ret til en god og sammenhængende behandling i det danske sundhedsvæsen. Det er præcis et opgør med ulighed i sundhed – hvad enten den er social, økonomisk eller geografisk.

Tak for ordet.