

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: 3-AFD
Sagsbeh.: SUMMPH
Koordineret med:
Sagsnr.: 1902364
Dok. nr.: 833502
Dato: 15-03-2019

TALEPAPIR

Det talte ord gælder
[Sundheds- og Ældreudvalget, den 12. marts 2019 kl. 15:30-16:30]

[Spm. AP]

Ministeren bedes redegøre for, at sundhedsreformen, hvor man går fra ét administrativt regionalt led (regioner med folkevalgte) til tre administrative led (21 sundhedsfællesskaber, fem sundhedsforvaltninger med udpegede bestyrelser og en national bestyrelse) er en afbureaukratisering?

[Spm. AQ]

Hvorfor vil regeringen ikke fremlægge konkrete beregninger for, hvordan man med sundhedsreformen vil finde administrative besparelser på 350 mio. kr. om året, hvoraf kun de 80 mio. kr. årligt kan findes ved besparelser på vederlag og partistøtte?

[Spm. AR]

Mener ministeren, at det er lødigt, at regeringen i sine beregninger af provenuet ved administrative besparelser på sundhedsreformen kun medregner besparelser på 80 mio. kr. årligt på vederlag og partistøtte uden at medtage nye udgifter til honorarer til de mange nye bestyrelsesposter i hhv. 21 sundhedsfællesskaber, sundhedsforvaltninger og den nationale bestyrelse?

(Flemming Møller Mortensen og Astrid Krag (S))

[Indledning]

Tak til de to spørgere for spørgsmål AP, AQ og AR som jeg vil svare på samlet. Spørgsmålene handler om de besparelser, som følger af regeringens sundhedsreform.

Vi styrker nærheden og sammenhængen men også det nationale ansvar og koordinering, når vi går fra tre til to folkevalgte led.

[Administrative led i reformen]

Det er en afbureaukratisering. Så svaret på spørgsmål AP er JA, der er tale om mindre administration.

Der frigøres direkte besparelser ved reformen på 1,5 mia. kr., som placeres i den nye Nærhedsfond.

Reformen indeholder to greb – en decentralisering og en stærkere national retning for sundhedsvæsenet.

Vi vil styrke det nære sundhedsvæsen i kommunerne og almen praksis og styrke samarbejdet mellem parterne. Det er nødvendige tiltag for at ruste fremtidens sundhedsvæsen til betydeligt flere ældre og mennesker med kroniske sygdomme.

Vi vil samtidigt sætte en stærkere national retning for sundhedsvæsenet. Det betyder, at de overordnede politiske prioriteringer og retningen for sundhedsvæsenet fremover skal fastlægges nationalt fra regeringen i samspil med Folketinget.

Vi vil have, at patienterne oplever den samme høje kvalitet i hele landet. Patientrettighederne skal efterleves på samme måde. Og vi skal blive bedre til at skabe fælles løsninger og lære af hinandens erfaringer.

Vi styrker det nære sundhedsvæsen - og vi styrker en stærkere national retning. Det betyder, at den offentlige sektor bliver gjort enklere med kun to folkevalgte led.

Den nye organisering frigør dermed også direkte ressourcer ved at nedlægge regionsrådene, og den reducerer administration til de øvrige opgaver, som hidtil har været placeret i regionerne.

Jeg vil gerne lige erindre jer om, hvordan strukturen er i dag.

Vi har det statslige niveau. Så har vi fem regioner med hver deres regionsråd med 41 medlemmer, og hver deres forskellige udvalg. Og så har vi 98 kommuner, med hver deres kommunalbestyrelse og hver deres forskellige udvalg.

Men det er jo ikke nok med det.

Derudover har vi på det regionale niveau fem sundhedskoordinationsudvalg med repræsentanter fra regionsråd, kommunalbestyrelse og PLO – typisk 10-12 personer i hver region. Dette politisk sammensatte organ suppleres i alle regioner med administrative styregrupper, hvor medarbejdere fra region, kommuner samt PLO har sæde.

Men det er jo ikke nok med det.

Vi har også de fem Praksisplanudvalg, som består af repræsentanter for de samme parter. Også typisk 10-12 personer.

Er vi så igennem? Nej.

Dertil kommer, at der i alle regioner er etableret samarbejdsstrukturer – som hedder noget forskelligt på tværs af regionerne, og som er forskellige i deres form og indhold. Men typisk er de etableret i sygehusenes optageområder, og involverer sygehus, kommuner og praktiserende læger. Hvis vi tæller dem sammen, kommer vi nok også tæt på tallet 21.

Så i dag er der altså en kompleks struktur. Det synes spørgerne at have glemt. Og det er en struktur, der ikke i tilstrækkelig grad har skabt det gode og forpligtende samspil mellem aktørerne og en ensartet og høj kvalitet på tværs.

Derfor er det vigtigt at forenkle strukturen, styrke det lokale og nære og styrke det lokale samspil i nogle mere formaliserede strukturer.

Det gør vi med de 21 sundhedsfællesskaber, som er en formel ramme for samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis – med netop vil bygge videre på det, der fungerer godt og med ansvar for at sikre gode, sammenhængende løsninger.

Og så vil vi styrke det nationale og rammesættende, så vi får en styrket national koordinering af sundhedsvæsenet, og den samlede retning for udviklingen af sundhedsvæsenet i hele landet bliver klarere.

[Beregningerne bag de administrative besparelser]

Så spørges der [i spørgsmål AQ] til, hvordan regeringen er kommet frem til de administrative besparelser på 350 mio. kr. årligt fra 2022. Dette har finansministeren også svaret på ved tidligere samråd [den 7. februar 2019].

Regeringen har med udspillet til sundhedsreformen en klar ambition om, at der skal bruges færre ressourcer på administration, og at pengene skal bruges på sundhed. Der synes altså at være en politisk uenighed om, hvordan pengene bruges bedst.

Med reformen skabes grundlag for administrative besparelser svarende til 350 mio. kr. årligt fra 2022. De administrative besparelser svarer samlet til 1,5 mia. kr. over perioden 2020 til 2025, som overføres til Nærhedsfonden. De administrative besparelser finansierer dermed $\frac{1}{4}$ af Nærhedsfonden, og de bliver dermed de facto omprioriteret fra administration til nye sundhedshuse, flere lægebiler med mere i det nære sundhedsvæsen.

Herudover har regeringen en målsætning om løbende administrative besparelser, som ikke indregnes i Nærhedsfondens finansiering. Besparelserne er primært forudsat realiseret dels gennem bortfald af udgifter tilknyttet regionsrådene og besparelser på ikke-sundhedsopgaver.

Som følge af de nedlagte regionsråd vil der være direkte besparelser grundet bortfald af udgifter i form af vederlag til politikere, partistøtte samt valgafholdelse.

Udgifterne udgør ca. 80 mio. kr. årligt. Dette svarer til omkring 340 mio. kr. i perioden 2021-2025.

Derudover forudsættes direkte besparelser realiseret på de ikke-sundhedsopgaver, der i dag leveres i regionerne.

Regionerne løser i dag en række opgaver uden for sundhedsområdet. Det drejer sig om opgaver inden for trafik, miljø og kultur. Disse opgaver, som ikke hører naturligt sammen med sundhed, flyttes til kommunerne og staten. Enkelte opgaver vil også falde bort.

Det skal sikre en mere enkel, effektiv og sammenhængende opgaveløsning. Besparelserne vil ske gennem en prioritering, som blandt andet betyder, at der også er opgaver vedrørende regional udvikling og erhverv, som bortfalder.

Regionerne anvender i dag 2,5 mia. kr. hvert år på administration af ikke-sundhedsopgaver.

Besparelserne på ikke-sundhedsopgaver udgør 270 mio. kr. årligt. Dette svarer til 1,15 mia. kr. i perioden 2021-2025. Den konkrete fordeling for ikke-sundhedsopgaverne fastlægges i forbindelse med den konkrete opgaveoverførelse. Miljøområdet med fokus på jordforureninger friholdes, så indsatsen kan styrkes over for de såkaldte generationsforureninger.

[Beregningerne bag besparelser tilknyttet regionsrådene]

Endelig spørges jeg til [i spørgsmål AR], om jeg synes, der er tale om lødige beregninger. Det må jeg bekræfte, at jeg gør.

Regeringen har med udspillet til en sundhedsreform en klar ambition om, at der skal bruges færre penge på administration og flere penge på sundhed. Det synes jeg personligt, at de fleste burde kunne stå inde for, og det er baggrunden for regeringens prioritering.

Tak for ordet.