



Hørings svar

Sundhedsstruktur- kommissionens afrapportering

Høringssvar

Indledning

Danske Regioner takker regeringen for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi vil også gerne rose regeringen for at have nedsat kommissionen og for at invitere til en fordomsfri debat om, hvordan vi styrker det samlede sundhedsvæsen og skaber bedre sammenhæng for patienterne.

Vi har budt ind med vores forslag om at samle ansvaret for sundhedsvæsenet og værdsætter, at meget er afspejlet i rapporten, herunder især det store fokus på vigtigheden af en samling af opgaver hos samme myndighed med et øget kædeansvar samt en reform af almen praksis.

Vi er i Danske Regioner helt enige i, at der skal reformer til, hvis vi skal lykkes med at styrke det samlede sundhedsvæsen. Kommissionen har et stærkt fokus på behovet for at udvikle det primære sundhedsvæsen. Vi er enige. Med reformen fra 2007 fik regionerne et klart ansvar for udviklingen af hospitalerne. Siden da er det lykkedes at omstille sygehusvæsenet, specialisere sygehusstrukturen, så vi i dag kan behandle langt flere patienter, behandle dem hurtigere og med en kvalitet og en effektivitet, der kan måle sig med de bedste hospitaler i verden. Den udvikling ønsker ingen at sætte over styr.

Men udviklingen i det nære sundhedsvæsen er ikke fulgt med. Hvert år kommer tusindvis af borgere på hospitalet med tilstande, der kunne have været forebygget, behandlet hjemme eller tæt på, hvor de bor. Og hver dag er der ca. 100 færdigbehandlede patienter, som ikke kan udskrives fra hospitalet, fordi der mangler et tilbud til dem i det nære sundhedsvæsen.

Regionerne har de senere år prioriteret en markant del af væksten i sundhedsvæsenet til praktiserende læger og udgående funktioner fra sygehusene, der løfter kvaliteten i det nære. Men vi må erkende, at det som hovedregel kun lader sig gøre i det omfang, at ansvar og finansiering er klart placeret i regionerne. Udviklingen af de nære sundhedsindsatser begrænses således af de strukturelle rammer, der opdeler ansvaret og finansieringen af sundhedsindsatsen i forskellige sektorer og lovgivninger. Hver sektor fokuserer på sin del af kæden, ikke på helheden.

Derfor mener Danske Regioner, at der er behov for en reform af sundhedsvæsenet, der bryder med silotænkning og samler ansvaret og økonomien for alle sundhedsindsatser. Dét vil skabe et stærkt incitament til at investere massivt i forebyggende indsatser, som kan gøre borgerne mere selvhjulpne og raske, så flere kan leve bedre liv, og færre får behov for at komme på hospitalet.

Rapportens forslag til forskellige forvaltningsmodeller indeholder mange positive elementer. Men ingen af modellerne leverer i sig selv en løsning, der både skaber sammenhæng, høj kvalitet og mest mulig sundhed for pengene *uden* unødvendige transaktionsomkostninger og *uden* at gamble med kvaliteten på hospitalerne.

Danske Regioner foreslår derfor i dette høringssvar en retning for *en fjerde model*. En model, der samler ansvaret for sundhedsopgaverne i de nuværende fem regioner.

Sundhedsvæsenet drives bedst i en geografi, der ikke er for langt væk til at levere løsninger tæt på borgerne, men hvor kapaciteten og kompetencerne samtidig er tilstrækkelige, også til at modvirke

den strukturelle ulighed i sundhed. Derfor mener vi, at ansvaret er bedst placeret på det regionale niveau. Med flere regioner risikerer vi, at de mange års udvikling og specialisering af sygehusene siden sidste reform går tabt, og at danskerne får en mere ulige adgang til sundhedsvæsenet. Færre regioner og et mere centraliseret sundhedsvæsen vil omvendt skabe unødigt afstand til de lokale forhold og svække den politiske opmærksomhed på landdistrikterne. En stor forskel i størrelsen mellem regioner vil desuden skabe en u hensigtsmæssig ubalance på tværs af landet. Derfor mener Danske Regioner, at de nuværende fem regioner udgør den bedste struktur for et samlet sundhedsvæsen med et samlet ansvar.

Som det fremgår af kommissionens rapport, kan der være forskellige modeller for, hvor langt det samlede ansvar - eller kædeansvaret - skal række. Men det er vores vurdering, at med et samlet ansvar for den patientrettede forebyggelse og rehabilitering, de midlertidige pladser, herunder akutpladser, akutteams og de dele af den kommunale sygepleje, der er beskrevet i den mindre opgavesamling, kan regionerne sikre en ensartet sundhedsfaglig indsats på tværs af landet - uden nødvendigvis at udføre alle opgaver selv.

Kommissionen foreslår nye stående nærudvalg, som på vegne af regionen får til opgave udvikle og udbygge de nære indsatser i dialog med sundhedsaktører, civilsamfund og lokalsamfund. Det vil løse behovet for at styrke nærheden i en model med fem regioner med et samlet kædeansvar.

Forslaget uddybes i afsnittet "Model 4: De vigtigste forbedringer af sundhedsvæsenet med få transaktionsomkostninger".

Danske Regioner vil til gengæld på det kraftigste advare mod kommissionens anbefaling om, at regionerne skal overgå til at være rene sundhedsregioner. Det er uforståeligt og i modstrid med kommissionens grundige og fagligt funderede arbejde på sundhedsområdet, at *sundhedseksperterne* i kommissionen - helt uden nærmere analyse - kommer med så vidtgående forslag om både socialområdet, miljø, klima, transport og uddannelse.

Læsevejledning

I det følgende uddyber vi ved først at kommentere de tværgående anbefalinger og dernæst de tre foreslåede forvaltningsmodeller. Afslutningsvis foreslår vi at kombinere elementer fra de tre modeller i en model 4, som vi mener, ville kunne levere den største effekt for borgerne, mest mulig sundhed for pengene og med lavest mulige transaktionsomkostninger.

Der er desuden udarbejdet to bilag vedrørende det regionale ansvar uden for sundhedsområdet.

Kommentarer til de tværgående anbefalinger

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Danske Regioner bakker op om, at det er nødvendigt at styrke det almenmedicinske tilbud bl.a. ved at sikre investeringer i flere almenmedicinske læger til almen praksis, og at almen praksis dermed rustes til at løfte endnu flere opgaver. Det er vigtigt, at væksten i antallet af praktiserende læger i første omgang sker i de områder, hvor der i dag mangler læger, eller hvor de enkelte læger har en stor arbejdsbyrde, fordi patienterne har mange sygdomme og problemstillinger, som den praktiserende læge skal håndtere. Danske Regioner er enige med kommissionen i, at der skal indføres differentierede patientnormer, så læger i områder med stor sygdomsbyrde skal have færre borgere tilknyttet, mens læger i områder med lavere sygdomsbyrde skal have flere tilknyttet. Honorarsystemet skal samtidig tage højde for de differentierede patienttal, så indtjeningen er mindst den samme i områder med lavere normtal og mere syge patienter.

En forudsætning for yderligere investeringer i almen praksis er, at der opnås sikkerhed for, at investeret økonomi går til de ønskede formål og til de patientmålgrupper, som får mest gavn af almenmedicinsk udredning, behandling og opfølgning tæt på egen bopæl. Derfor bakker Danske Regioner op om kommissionens anbefalinger om en ændret organisering af det almenmedicinske tilbud. Herunder et mere smidigt aftalesystem, bedre faglig ledelse, bedre muligheder for at allokere ressourcer efter sundhedsbehov og bedre muligheder for, at den lokale myndighed kan varetage sine forpligtelser til at levere almenmedicinske tilbud til alle borgere.

Danske Regioner bakker overordnet set op om alle de ni forslag. Hvis forslagene implementeres, vil det bane vejen for et fagligt styrket og mere koordineret almenmedicinsk tilbud. Dog mener vi, at man bør være opmærksom på følgende ved implementeringen af forslagene.

Kommissionen foreslår at lægge flere planlægningskompetencer i Sundhedsstyrelsen, herunder også i forhold til tilgængelighed mv. Det er vigtigt, at beskrivelsen af de opgaver, det almenmedicinske tilbud skal varetage, og eventuelt det serviceniveau, der skal tilbydes, er afstemt med de ressourcer, der er til rådighed såvel økonomisk som kapacitetsmæssigt. Danske Regioner finder det relevant, at en række faglige afklaringer sker i Sundhedsstyrelsen, men det vurderes generelt mest hensigtsmæssigt, at det er den direkte ansvarlige myndighed, som får adgang til at fastlægge krav til fx tilgængelighed. Det skyldes, at opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud fortsat bør være tæt afstemt med den faglige dialog og ledelse lokalt.

Danske Regioner er enige i, at der er behov for en ny honorarstruktur, som kan rumme, at opgaverne udvikler sig over tid, og hvor det er muligt, at honorarstrukturen motiverer til at tage nye fx digitale løsninger i brug og dermed omlægge arbejdsopgaverne, uden at det skal afvente en økonomisk forhandling.

Bedre muligheder for faglig ledelse og allokering af ressourcer efter sundhedsbehov kræver, at de relevante myndigheder har bedre forudsætninger for at tilgå kvalitetsdata og øvrige data, end de har i dag. Det er afgørende, at der ikke lovgivningsmæssigt er begrænsninger på brug af kvalitetsdata, da det ofte blokerer muligheden for at anvende disse data til faglig ledelse og dialog samt planlægning, styring og det tværsektorielle arbejde. Det skal derudover være helt tydeligt i lovgivningen, at fx ordinationsdata, henvisningsdata og diagnosekoder på individniveau kan anvendes til kontrol- og planlægningsformål på klinik- og yderniveau.

Danske Regioner er positive over for at ændre aftalemodellen som foreslået af kommissionen, men opfordrer til, at et nyt system tilrettelægges så ubureaukratisk som muligt for den ansvarlige myndighed, så processen omkring tilbagebetalingskrav og sanktioner ikke bliver mere besværligt end i dag. Der bør desuden i langt højere grad være mulighed for at følge op over for praktiserende læger og i sidste ende udelukke læger fra at praktisere, hvis der ikke leveres et tilbud til patienten, der lever op til de faglige forventninger eller systematisk ikke ligger inden for fagligt anerkendte standarder.

Anbefaling 2: Ny organisering af digitalisering og data

Danske Regioner er enige med kommissionen i, at digitalisering er helt centralt i den fortsatte udvikling af det danske sundhedsvæsen. Det er en væsentlig forudsætning for at løse udfordringer med mangel på arbejdskraft og for at sikre mere effektive og sammenhængende patientforløb på tværs af hospitaler, kommuner og praksissektor. Danske Regioner bakker derfor op om, at der udarbejdes én fælles digital strategi for sundhedsvæsenet. Ligesom vi mener, at det er fornuftigt at styrke den fælles planlægningskompetence på området, herunder muligheden for at stille bindende krav til regioner, kommuner og praksissektor.

Danske Regioner støtter, at der etableres en national organisation, Digital Sundhed Danmark, for hele sundhedsvæsenet. En fælles national organisation vil kunne spille en vigtig rolle i at drive og videreudvikle den fælles nationale it-infrastruktur, der går på tværs af sektorer, som f.eks. den fælles telemedicinske infrastruktur (FUT), den fælles meddelelseskommunikation (MedCom), Sundhedsjournalen, Det Fælles Medicin Kort (FMK) og den Nationale Service Platform (NSP). Ansvar for de nationale borgerrettede løsninger som sundhed.dk, MinSundhed app'en og MinLæge app'en kan ligeledes tilknyttes den fælles service- og leveranceorganisation. Det er vigtigt, at denne nye organisation ejes og drives i fællesskab mellem stat, regioner og kommuner for at sikre et tydeligt ejerskab hos alle tre myndigheder.

Vi vil derimod stærkt advare imod forslaget om, at Digital Sundhed Danmark også skal drive og udvikle lokale og regionale løsninger som f.eks. de elektroniske patientjournaler (EPJ) og kommunernes elektroniske omsorgssystemer (EOJ). Det danske sundhedsvæsen er et af de mest digitaliserede i verden med flere tusinde fagsystemer, som spiller sammen med bl.a. EPJ-systemerne, og den position er bl.a. kommet gennem en tæt dialog mellem fagfolk og de it- og driftsansvarlige. Det må vi ikke sætte over styr med en centralisering, der distancerer udvikling og drift af disse systemer fra den kliniske hverdag på sygehuse og i kommuner. Der er efter vores opfattelse ingen gevinster – hverken fagligt eller økonomisk - i at opbygge en meget stor centraliseret driftsorganisation uden kobling til den kliniske hverdag.

Der er et stort behov for at lette og udvide sundhedspersonalets adgang til og brug af sundhedsdata på tværs af sektorer. Det vil styrke behandlingen af den enkelte patient og lette arbejdsgangene for de sundhedsfaglige. Danske Regioner har foreslået, at det kan ske ved, at der etableres en fællesoffentlig sundhedscloud. Den opgave bør også placeres i Digital Sundhed Danmark.

Kommissionens forslag er, at Digital Sundhed Danmark også skal understøtte skalering og implementering af lovende sundhedsinnovation. Det er imidlertid en misforståelse, at der er en tæt sammenhæng mellem fælles it- og datainfrastruktur på den ene side og innovation af behandlingsformer, der skal frigøre tid og arbejdskraft i klinikken, på den anden side. Placeringen af opgaven med at skalere innovative sundhedsløsninger i en it-organisation vil ikke fremme udvikling og skalering af nye løsninger i sundhedsvæsenet – tværtimod, da det vil kræve helt andre kompetencer og arbejdsprocesser.

Danske Regioner har tidligere foreslået et Nationalt Center for Sundhedsinnovation, som skal sikre investering i og udbredelse af innovative arbejdskraftsbesparende løsninger. Danske Regioner vil derfor stærkt anbefale, at der – uafhængigt af kommissionens anbefalinger på it- og dataområdet - arbejdes videre med at etablere et Nationalt Center for Sundhedsinnovation med fokus på skalering af innovative sundhedsløsninger.

Anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Danske Regioner er helt enige i, at det er afgørende for et bæredygtigt sundhedsvæsen, at der er et balanceret ressourceforbrug på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde og på tværs af landet. Danske Regioner bakker derfor op om anbefalingen om en national sundhedsplan, der understøtter en fordeling af ressourcerne, som afspejler befolkningens behov på tværs af sektorer og geografi.

Den nationale sundhedsplan har et højt ambitionsniveau og indeholder mange relevante udviklingstiltag, herunder etablering af sundhedscentre, strategisk styring og dimensionering af den lægelige grund- og videreuddannelse, mere balanceret specialeplanlægning mv. Det er vores opfattelse, at der bør udarbejdes en række klare pejlemærker for sundhedsplanen, herunder at planen ikke skal medføre øget bureaukrati, at der skal sikres muligheder for at tage lokale hensyn i planlægningen og at inddrage socioøkonomiske forhold, hensyn til lokal mulighed for rekruttering mv. Der er brug for, at en sådan plan udarbejdes i et meget tæt samarbejde med regionerne og Danske Regioner.

På trods af de mange positive takter i anbefalingen om en national sundhedsplan er det samtidig Danske Regioners vurdering, at flere af kommissionens forslag ikke vil have den ønskede effekt og risikerer at føre til en svækkelse af de seneste årtiers landvindinger for patienterne på sygehusene. Ligesom der mangler opmærksomhed på, at der fortsat vil være brug for at robustgøre og styrke den specialiserede indsats, så vi også fremover kan tilbyde fx kræft- og hjertebehandling af høj kvalitet samt udbygge grundlaget for forskning, sundhedsinnovation og vækst inden for life science-industrien.

Det gælder især kommissionens forslag om, at det årlige løft af regionernes økonomi på 750 mio. kr. til at dække det demografiske træk frem mod 2030 fremadrettet målrettes almenmedicinske tilbud og nationale kvalitetsstandarder i kommunerne.

Danske Regioner er enige i, at der er behov for et løft af investeringerne i sundhedstilbud uden for hospitalerne, herunder i almen praksis. Men Danske Regioner finder, at kommissionen har for snævert fokus på opgaveflytning til almen praksis og kommunerne. En reel omstilling til et mere nært sundhedsvæsen handler i lige så høj grad om, at sygehusene i fremtiden skal have en endnu mere udadvendt rolle, herunder fx telemedicinske løsninger, udadvendte sygehusfunktioner, akutte udgående funktioner, specialistrådgivning af almen praksis, speciallægepraksis og den præhospital indsats med udgående paramedicinere, som også er en vigtig del af det nære sundhedsvæsen og forebyggelsen af sygehusindlæggelser.

Samtidig finder vi, at forslaget indeholder elementer, som giver anledning til alvorlig bekymring:

Kommissionen foreslår, at de regionale demografimidler skal anvendes på opgaver i kommunerne og i almen praksis. Demografimidlerne finansierer i dag den stigende efterspørgsel efter sygehusbehandling i takt med, at vi bliver flere ældre, og flere danskere dermed fx får kræft og hjertesygdom, som kræver specialiseret behandling på sygehusene. Forslaget betyder dermed reelt, at man tager pengene fra behandling af patienter med fx kræft og hjertesygdom for bl.a. at finansiere

kvalitetsstandarder i kommunerne, som erfaringsmæssigt har meget begrænset effekt for aflastningen af sygehusene. Det risikerer at svække den behandling af alvorlig sygdom, som er opbygget de seneste 15-20 år.

Kvalitetsstandarder kan være et vigtigt redskab til at løfte kvaliteten i det nære. Men hvis vi for alvor skal skabe kvalitet i det nære, kræver det et samlet kædeansvar, som sikrer de rette incitamenter til udvikling og innovation i det nære. Erfaringerne viser, at udbygningen af kvalitetsstandarder for kommunerne går meget langsomt og for ofte ender med ikke-bindende standarder, fordi der skal forhandles DUT for hver enkelt opgave. Derfor har det vist sig svært at sikre en ensartet høj kvalitet og tilgængelighed i de forebyggende og nære tilbud. En udbygning af det nære sundhedsvæsen efter modellen med kvalitetsstandarder vil derfor betyde en voldsom vækst i de samlede sundhedsudgifter og mindre sundhed for pengene end i dag. Samler man derimod finansieringen af flere opgaver i samme budget og samme myndighed, vil investeringer i at forebygge indlæggelser, drive akutpladser med de rette kompetencer m.v. være en investering i at forebygge endnu dyrere indlæggelser. Det vil føre til et helt andet tempo og ambitionsniveau i udviklingen af sundhedsvæsenet uden for sygehusene.

Danske Regioner anerkender, at det har været en forudsætning for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde at komme med udgiftsneutrale anbefalinger. Men Danske Regioner understreger, at der er behov for fortsat at investere i sundhedsvæsenet – også udover hvad en snæver demografiberegning tilsiger - og noterer sig bl.a. at regeringen har afsat 5 mia. kroner frem mod 2030 til at løfte sundheden. Danske Regioner er enige i, at en del af væksten i det samlede sundhedsvæsen skridt for skridt skal flyttes ud i det nære, i takt med at virkningsfulde forebyggende indsatser aflaster sygehusene. Det vil gå ud over patienterne, hvis der skæres ned på sygehusene, før der er etableret reelle løsninger i det nære, som aflaster sygehusene. Det er vigtigt, at væksten i det nære ikke sker på bekostning af landvindingerne for patienter med behov for specialiseret behandling på sygehusene. Derfor er det stærkt bekymrende, at kommissionen ikke har vurderet konsekvenserne af den manglende finansiering af sygehusbehandlingen – ikke mindst i en situation, hvor udgiftspresset allerede i dag er meget stort.

Kommissionens forslag tager heller ikke højde for, at indsatser i det nære ikke nødvendigvis kan omsættes til gevinster på hospitalerne på kort sigt, men i bedste fald kan påvirke efterspørgslen på længere sigt. Danske Regioner vil i den forbindelse påpege, at Sundhedsstyrelsen overvurderer omfanget af unødvendig behandling, da deres vurdering indirekte bygger på primært amerikanske tal, som ikke kan overføres til danske forhold. Den omstilling, der skal ske, må derfor forudsætte, at der først opbygges kapacitet i det nære sundhedsvæsen, før der fjernes finansiering fra hospitalerne. Ellers risikerer vi at stå med hospitaler, der ikke kan udføre deres opgave og må gennemføre uhensigtsmæssige spareplaner, uden at patienterne har et alternativ i det nære.

Danske Regioner undrer sig også over, at kommissionen ikke medtænker, at demografimidlerne til ældre- og sundhedsområdet i kommunerne vil kunne øge kapacitet og kompetence i det nære sundhedsvæsen. Frem mod 2030 har regeringen afsat 11,25 mia. kr. til at dække den demografiske vækst, heraf er den markant største del (6,75 mia. kr.) afsat til kommunerne. Vi vil anbefale, at der skabes sikkerhed for, at midlerne anvendes på sundheds- og ældreområdet, og at de målrettes indsatser, der har en aflastende effekt for det samlede sundhedsvæsen.

Afslutningsvist vil Danske Regioner fremhæve, at rapportens konklusion om, at en større del af sundhedsudgifterne i Danmark går til den mest specialiserede del af sundhedsvæsenet sammenlignet med andre lande, bygger på forkerte forudsætninger. Mens den opgørelse, som rapporten henviser til, rummer alle de danske hospitalsudgifter, så er der for Holland, Norge, Storbritannien og Sverige en betydelig andel af landenes sundhedsudgifter, som foregår på et hospital, men ikke tæller som hospitalsudgifter. Sammenligner man fx Danmark og Sverige via OECD's faktiske hospitalsafgrænsning samt korrigerer for effekten af sygehusmedicin og langsigtet pleje til mennesker med handicap, falder forskellen i sygehustyngde fra 13 procent til 2,6 procent.

Anbefaling 4: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Danske Regioner er meget enige i, at der er behov for et løft af psykiatrien, så behandlingen af mennesker med psykisk sygdom ligestilles med behandlingen af mennesker med fysiske sygdomme. Ligesom vi fuldt ud deler ambitionen om, at samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken skal styrkes, så mennesker med psykisk sygdom i højere grad end i dag også sikres rettidig udredning og behandling for deres fysiske sygdom. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser dør i dag i snit 7-10 år tidligere end den øvrige befolkning. Overdødeligheden skyldes forskellige forhold, herunder øget forekomst af risikofaktorer for udvikling af fysiske sygdomme, underdiagnosticering og mindre effektiv behandling af både psykisk lidelse og somatisk sygdom. Den ulighed skal vi gøre op med.

Et bredt flertal i Folketinget har i 2022 besluttet en ambitiøs 10-års plan for psykiatrien, hvor vi med langsigtede investeringer vil udbygge kapaciteten, styrke forebyggelsen og skabe bedre sammenhæng for mennesker med psykisk sygdom. For Danske Regioner er det afgørende, at implementeringen af 10-årsplanen ikke mister det nødvendige politiske og ledelsesmæssige fokus. Med kommissionens forslag om en samorganisering af psykiatrien og somatikken risikerer vi, at ressourcerne vil gå til administrative ændringer fremfor fokus på patienterne. En samling af somatik og psykiatri risikerer at afspecialisere den psykiatri, som gennem mange år har fokuseret på at opbygge stærke kompetencer. Vi er desuden bekymrede over, at et forslag, som vil ændre så grundlæggende på den måde, vi i dag har organiseret vores psykiatri, hverken er klart beskrevet eller grundigt underbygget i rapporten. Det er fx ikke helt klart, om kommissionens anbefalinger om fælles organisering af psykiatrien og somatikken også indebærer en samlokation. Danske Regioner mener ikke, at en egentlig samlokation er realistisk, da det vil kræve massive investeringer i nyt sygehusbyggeri de mange steder, hvor psykiatri og somatik i dag er adskilt.

Danske Regioner mener ikke, at der er evidens for forslagetets præmis om, at overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser vil blive reduceret ved en samorganisering af psykiatrien og somatikken. Der er således intet, der tyder på, at lande, hvor psykiatrien og somatikken er samorganiseret, har lavere overdødelighed blandt mennesker med psykisk sygdom, end lande, hvor psykiatrien har selvstændig ledelse og organisering. Samtidig risikerer man at sætte udviklingen markant tilbage, hvis man splitter de nuværende fem psykiatrier op i flere mindre enheder i tilknytning til de somatiske hospitaler. Dette gælder ikke mindst i en model med 8-10 regioner.

Danske Regioner er enige i, at der er behov for at styrke samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken om patienter med både psykisk og fysisk sygdom. Regionerne er allerede i dag i fuld gang med at styrke og integrere samarbejdet om den somatiske indsats for mennesker med psykisk sygdom, og den indsats skal fortsættes og udbygges. Det gælder fx ordningen med botilbudslæger på psykiatriske botilbud, socialsygeplejersker på somatiske sygehuse og indførelse af såkaldt 'liaisonsomatik', hvor det somatiske personale gennemfører somatiske udredninger og behandling i psykiatrien i et tæt klinisk samarbejde med det psykiatriske personale. I alle regioner arbejdes der med at systematisere og udbrede konkrete indsatser til integration af psykiatri og somatik for at sikre, at det implementeres i alle regioner.

Danske Regioner mener, at løsningen på den alvorlige overdødelighed blandt mennesker med psykisk sygdom også handler om at sikre en bedre sammenhæng og integration mellem den specialiserede socialpsykiatri og behandlingspsykiatrien, herunder bedre forebyggelse af indlæggelse og bedre opfølgning efter indlæggelse i psykiatrien for borgere med svær psykisk sygdom. Derfor foreslår vi at samle ansvaret for bosteder for de sværest psykisk syge og ansvaret for psykiatrien under én aktør, så der skabes et større incitament til at udbygge de forebyggende og udgående indsatser og sikre, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til stede. Dette gælder fx botilbudsteams, hvor sundhedsfagligt personale fra psykiatrien jævnligt følger op på borgere, der bor på psykiatrisk botilbud og udgående akutindsatser, der kan handle umiddelbart ved borgerens behov for hjælp.

Danske Regioner er helt enige i, at udbredelse og bedre udnyttelse af digitale og teknologiske løsninger kan være med til at skabe bedre tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp på rette niveau. I regionernes udspil "Let og hurtig psykisk hjælp" er det beskrevet, hvordan digitale tilbud kan hjælpe mennesker med psykiske lidelser i en "stepped care model". Dertil har Regionernes Taskforce for Digital Psykiatri peget på en række tilbud, der bør videreudvikles systematisk med henblik på landsdækkende udbredelse. Det foreslås også i dette udspil, at regionerne skal have lov til at etablere og drive egne klinikker med psykologbehandling med tilskud for voksne eller vederlagsfrit for 18-24-årige med angst eller depression i områder, hvor der er lange ventelister. Disse forslag vil bidrage til at mindske det aktuelle pres på psykiatrien.

Anbefaling 5: **Private aktører og rettigheder**

Danske Regioner ser generelt positivt på de forslag, som kommissionen har fremsat for de praktiserende speciallæger. Der er brug for at udnytte ressourcerne bedst muligt og sikre en geografisk spredning af speciallægerne, så der er et reelt og lige tilbud om specialiseret behandling i alle dele af landet. Det er også fornuftigt at få skabt mere ledelseskraft og styrket organisatorisk fokus ift. praktiserende speciallæger.

Det er positivt, hvis der skabes klare rammer og gennemsigtighed omkring, hvilke ydelser der skal udføres i speciallægepraksis, samtidig med at man lokalt fortsat kan tilrettelægge det konkrete tilbud ud fra de behov, der måtte være. Pga. forskellige regionale forhold, fx i forhold til rekruttering, er arbejdsdelingen mellem hospitaler og speciallægepraksis forskellig rundt om i landet. Danske Regioner har selv foreslået, at flere ydelser skal flyttes fra hospitalerne og ud i speciallægepraksis og foreslået en række tiltag, der kan understøtte denne udvikling.

Danske Regioner ser positivt på en udvikling, hvor der skabes en bedre fordeling af speciallægeressourcerne geografisk. Det vil være vanskeligt at flytte de eksisterende pga. aftalemæssige bindinger. Men Danske Regioner bakker op om flere specialiserede funktioner i form af praktiserende speciallæger ude i praksis. Ved seneste overenskomst blev der indført en bestemmelse om satellitpraksis, som kan bidrage til en bedre geografisk fordeling til en vis grad.

Speciallægepraksis er generelt langt fremme i arbejdet med kvalitet og deling af data mv. Det er vigtigt, at en ny organisatorisk struktur ikke bremser denne udvikling.

Danske Regioner vil i øvrigt bemærke, at der er for lidt fokus på den øvrige praksissektor i rapporten – herunder på andre faggrupper end læger. Den øvrige praksissektor varetager også en væsentlig del af sundhedsvæsenets opgaver, og mange patienter oplever også udfordringer i forhold til sammenhæng med denne del af sundhedsvæsenet.

Anbefaling 6: **Reformsekretariat**

Danske Regioner er enige med kommissionen i, at det er vigtigt med et fokus på implementering og ledelseskraft i en kommende sundhedsreform. Men Danske Regioner advarer imod opbygningen af et større bureaukрати og opfordrer til, at der til gengæld kommer større fokus på behovet for ressourcer i forbindelse med den konkrete implementering i sektorerne.

Danske Regioner vil opfordre til, at implementeringen decentralt er i centrum, og at der eventuelt etableres et fælles sekretariat, som har fokus på at fjerne barrierer, afklare regler og rammer og bidrage til at løse de problemer, som de decentrale myndigheder måtte møde i forbindelse med implementeringen af reformen.

Kommentarer til de tre forvaltningsmodeller

Model 1: Enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

Danske Regioner er enige i, at der er behov for at samle budget- og opgaveansvaret for hospitaler og nære sundhedsindsatser, så vi får en sundhedsstruktur, der bidrager til mere sammenhængende forløb for patienterne, og hvor ansvaret ikke er spredt ud på flere forskellige sektorer. Det vil skabe stærke økonomiske incitamenter til at løse mere i det nære og investere i forebyggende indsatser, hvor det er bedst for borgeren, omkostningseffektivt og arbejdskraftbesparende. Dermed vil incitamenterne vende rigtigt: Sundhedsvæsenet vil have en fælles interesse med borgerne i at udbygge kapaciteten, kvaliteten og rettidigheden i de nære og digitale sundhedstilbud, så flest muligt undgår en unødvendig indlæggelse.

Ligeledes gælder det på lovgivningsområdet, hvor opdelingen i forskellige lovkomplekser og administrative sektorer skaber barrierer for de ansatte, som ikke kan dele data, økonomi eller ansvar. Derfor mener Danske Regioner, at der er behov for at samle alle sundhedsopgaver og *de facto* sundhedsopgaver i sundhedsloven. Man bør kunne forvente samme tilgang til kvalitet i sundhed uden for som inden for hospitalernes mure.

I dag er sundhedsområdet opdelt i en sundhedslov, en psykiatrilov og en servicelov. Men særligt opdelingen mellem sundhedslov og servicelov er problematisk. Logikken i serviceloven passer ikke til et moderne sundhedsvæsen, og opdelingen i to forskellige logikker, to lovkomplekser og to administrative sektorer skaber barrierer for samarbejdet mellem ansatte, der burde have hensynet til borgeren som det fælles mål. De kan ikke dele data, økonomi eller ansvar, og de kan ikke levere en sammenhæng for de borgere, som har forløb, der går på tværs af sektorgrænserne. Det rammer især ældre borgere, borgere med kronisk sygdom og borgere med psykisk sygdom – og det rammer ofte nogle af de mest ressourcetsvage borgere ekstra hårdt.

Danske Regioner mener ikke, at en samling af opgaver kræver oprettelse af flere og nye regioner. De eksisterende regioner har en størrelse, så de kan håndtere flere opgaver, end de gør i dag. Se særskilt afsnit om regionernes øvrige opgaver.

En opsplitning i flere regioner risikerer til gengæld at sætte en velfungerende styring af det specialiserede sundhedsvæsen over styr og dermed svække behandlingen af alvorlige og livstruende sygdomme. Samtidig risikerer man en væsentlig grad af suboptimering inden for det specialiserede område.

Udfordringerne i sundhedsvæsenet bliver ikke løst med hverken flere eller færre regioner. Til gengæld vil der være store transaktionsomkostninger forbundet med ændringer i regionsstrukturen, og man risikerer at gamble med den hospitalsstruktur, der har været afgørende for, at vi bl.a. har rykket kræftbehandlingen op i en helt anden liga end i amternes tid.

Danske Regioner anbefaler, at man sparer de transaktionsomkostninger, der vil være forbundet hermed. I en struktur med fem regioner ville de nærudvalg, som kommissionen foreslår, kunne sikre den ønskede nærhed i mindre geografiske områder. Danske Regioner bakker således op om, at der ved en større samling af sundhedsvæsenet i regionerne også skabes en regional styreform, som giver bedre mulighed for at understøtte, at tilrettelæggelsen af opgaver tilpasses lokale behov. Herunder at udvalgene kan varetage dialogen med bl.a. kommuner, praksisaktører og erhvervsliv.

Yderligere bemærkninger til nærudvalg gives under afsnittet "De vigtigste forbedringer af sundhedsvæsenet med få transaktionsomkostninger".

Samlingen af sundhedsopgaverne hos én myndighed og i én lovgivning er efter Danske Regioners opfattelse helt afgørende for et bæredygtigt sundhedsvæsen. Til gengæld ser Danske Regioner ikke behov for, at det samlede ansvar skal omfatte hele ældreområdet, herunder plejehjem og praktisk hjælp m.v. I en model med fem regioner vil det være tilstrækkeligt at samle den patientrettede forebyggelse og rehabilitering, de midlertidige pladser, akutpladser, akutteams og dele af den kommunale sygepleje (jf. den mindre opgavesamling i rapporten) hos regionerne.

At samle det politiske og økonomiske ansvar er ikke det samme som, at regionerne skal udføre opgaverne. Således vil kommuner af en vis størrelse fortsat kunne drive en integreret ældre- og sundhedsindsats efter aftale med regionen, ligesom en regional indsats i mindre kommuner ikke altid vil indebære, at regionale medarbejdere skal udføre indsatsen. Et eksempel på denne type samarbejde i dag er plejehjemslæger, som er et vigtigt redskab til at forebygge unødvendige indlæggelser og genindlæggelser. Denne ordning er i dag aftalt mellem regionerne og PLO og finansieret af regionerne, men det betyder ikke, at regionale medarbejdere er involveret i det daglige samarbejde mellem lægen og plejehjemmet. På tilsvarende vis vil et regionalt politisk og økonomisk ansvar for sundhedsindsatserne i det nære ikke nødvendigvis indebære regional udførelse af opgaverne.

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen

Det er Danske Regioners vurdering, at udviklingen af sundhedsvæsenet sikres bedst i en decentral struktur med en direkte folkevalgt ledelse, der har kendskab til de særlige forhold, som kendetegner de enkelte landsdele. Danske Regioner vil derfor advare mod den centralisering, som denne model foreslår, og som går i den modsatte retning af et mere nært sundhedsvæsen. De decentralt folkevalgte er borgernes stemme ind i et ofte stort og tungt system, der kan være svært at ændre, og det er erfaringsmæssigt politikerne, der er i stand til at stille krav til systemet og prioritere opgaver, geografi og ressourcer på en måde, som er afstemt med borgerne i de enkelte dele af landet.

Sundhedsområdet er det største enkeltstående velfærdsområde. Derfor må det aldrig blive uklart, hvem borgerne kan stille til ansvar for de sundhedspolitiske beslutninger. For det betyder noget, om man lokalt har indflydelse. Ligesom det har en stor værdi i sig selv, at det i dag er folkevalgte fra f.eks. Kalundborg, Slagelse og Nakskov, der er med til at afgøre lokale sundhedspolitiske beslutninger i Region Sjælland.

Danske Regioner er enige med kommissionen i, at forslaget vil medføre manglende politisk kapacitet med risiko for, at for mange enkeltsager vil udfordre en hensigtsmæssig prioritering. Ligeledes er Danske Regioner enige med kommissionen i, at denne model vil give væsentlige styringsudfordringer og i øvrigt indebærer betydelige transaktionsomkostninger med konsekvenser for både økonomi og medarbejdere. Danske Regioner bemærker også, at der ikke i øvrigt er erfaring med, at statslig styring giver større ensartethed eller bedre service.

Model 3: Sundhedsregioner

Danske Regioner ser med stor bekymring på kommissionens forslag om færre regioner. Vi ser to meget grundlæggende problemer med denne model, da man 1) risikerer at skabe større ulighed i sundhedsvæsenet og 2) ikke løser problemerne med sektoropdeling og mangel på sammenhæng. Modellen løser således ikke sundhedsvæsenets mest centrale udfordringer.

Større regioner vil føre til større geografisk ulighed frem for at mindske den – og dermed resultere i det stik modsatte af de politiske intentioner. En sådan model vil være en centralisering af sundhedsvæsenet og vil svække borgernes demokratiske indflydelse.

Det vil især være til ugunst for befolkningen i yderområderne, idet man i tyndtbefolkede områder vil have færre lokale repræsentanter i regionsrådet end borgerne i tætbefolkede områder. Derfor vil det på ingen måde være givet, at det politiske flertal vil tale udkantens sag. Danske Regioner noterer sig, at kommissionen selv peger på, at færre regioner vil medføre stordriftsulemper og vil have store implementeringsomkostninger.

Det er Danske Regioners vurdering – i tråd med kommissionens – at fx en stor østregion vil medføre en geografisk skævvridning på tværs af landet, hvor én stor region vil have en væsentlig fordel op imod tre vstdanske regioner. Det giver risiko for en uhensigtsmæssig fordeling af ressourcer på tværs. Samtidig kan det have en væsentlig demokratisk slagside, idet borgernes kendskab og opbakning til det regionale demokrati vil blive forringet, fordi afstanden til indflydelse opleves at være for stor. Dette kan betyde en lavere stemmeprocent ved regionalvalg samt medføre, at færre borgere vil engagere sig i regionalpolitik og stille op til regionalvalg, fordi den regionale identitet går tabt, og det bliver vanskeligt at spejle et lokalt engagement i en storregion.

Det samlede regionale ansvar giver allerede med fem regioner mulighed for at koble sygehuse sammen under samme ledelse for at sikre en bedre fordeling af personaleressourcer. Dette ses f.eks. i Region Sjælland, hvor Nykøbing Falster sygehuse er fusioneret med Sjællands Universitetshospital. Det samme gælder for den tværgående anbefaling om national styring af almenmedicinske tilbud eller om øget koordinering inden for IT-området. Disse greb bliver ikke mere effektive ved tre regioner.

Ligeledes har det betydning for patienterne, at behandlingen foregår tættere på borgeren. Ved færre regioner vil der være risiko for, at der ikke i samme grad blive prioriteret at have sundhedstilbud i yderområder. Dertil kommer, at regionerne allerede i dag har en forholdsvis høj selvforsyningsgrad for sygehusbehandling. Region Sjælland, som har den laveste selvforsyningsgrad, ligger på omkring 80 pct, mens Region Nordjylland ligger på over 90 pct.

Det er et afgørende problem for modellen, at den reelt ikke løser de store udfordringer, som kommissionen selv tegner op med manglende kædeansvar i den nuværende struktur. Strukturkommissionen foreslår under denne model at fastholde den nuværende opgave- og ansvarsfordeling på sundheds- og ældreområdet, hvilket gør Danske Regioner alvorligt bekymret for, at man med denne model er alt for uambitiøs og ikke tager hånd om de problemer, sundhedsvæsenet står i. Som tidligere nævnt er det Danske Regioners opfattelse, at de nuværende regioner vil kunne håndtere langt flere opgaver end i dag, og vi vurderer, at rapporten mangler klarhed omkring, hvorfor der ikke lægges op hertil. Dette set i lyset af, at kommissionen selv vurderer, at det samlede opgave- og budgetansvar er af afgørende betydning.

Strukturkommissionen peger selv på en række kompenserende tiltag som fx kvalitetsstandarder, jf. Danske Regioners kommentarer til anbefaling 3, men den fortsatte sektoropdeling vil fortsat skabe markante barrierer, som forhindrer den nødvendige udbygning af det nære sundhedsvæsen og gøre det umuligt at skabe den sammenhæng, som borgerne med rette forventer. Dermed vil der heller ikke ske en tilstrækkelig udvikling af det samlede sundhedsvæsen. Det er således vurderingen, at de kompenserende tiltag, der foreslås, i alt for lille grad håndterer de udfordringer, der er.

Med denne model opnår man desværre heller ikke den gevinst, der er ved at samle ansvaret for sundhedsopgaven og den tilknyttede økonomi, idet der ikke skabes et incitament til at investere massivt i de forebyggende indsatser og nære tilbud, som kan medvirke til at forebygge indlæggelser og aflaste hospitalerne. Udviklingen af endnu et resultatafhængigt tilskud i forlængelse af de dårlige erfaringer med den kommunale medfinansiering, vurderer Danske Regioner ikke vil give de nødvendige incitamenter.

Endelig forekommer det helt uforståeligt, at der i en model med 3-5 regioner skulle være behov for at fjerne regionernes opgaver ud over sundhedsopgaven. Der er tværtimod på en række områder som det specialiserede socialområde samt miljø- og klimaområdet et stort potentiale for at udvide regionernes opgaver, da den regionale geografi er velegnet til at løse samfundsmæssige udfordringer omkring klimatilpasning, miljøtilsyn med virksomheder og fagligt bæredygtige indsatser på det højt specialiserede socialområde.

Model 4: De vigtigste forbedringer af sundhedsvæsenet med få transaktionsomkostninger

Kommissionens modeller indeholder hver for sig mange gode elementer og forslag. I det følgende beskrives et forslag til en kombinationsmodel, der imødekommer behovet for sammenhæng, nærhed og ensartet kvalitet i hele sundhedsvæsenet – og gør det med lavest mulige transaktionsomkostninger. Modellen skal ses i sammenhæng med Danske Regioners kommentarer og ønsker til de tværgående anbefalinger.

Organisering, styring og finansiering

Den nødvendige opgavesamling og sammenhæng, som understreges i model 1, kan gennemføres uden at eksperimentere med alt det, der i dag fungerer godt i det specialiserede sundhedsvæsen, og med væsentligt færre transaktionsomkostninger. Det kan det i en model, hvor ansvaret for det samlede sundhedsvæsen placeres i de eksisterende fem regionsråd, og hvor den umiddelbare forvaltning og udvikling af sundhedstilbuddene inden for et afgrænset geografisk område placeres hos et antal nærudvalg under regionsrådet.

Disse stående udvalg med geografisk ophæng vil have en væsentlig rolle i på vegne af regionen at udvikle og udbygge de nære indsatser i dialog med sundhedsaktører, civilsamfund og lokalsamfund. Det gælder blandt andet samspillet mellem praksissektoren og sygehusene, når flere opgaver skal løses uden for sygehusene, og det kan handle om udviklingen af forebyggende tiltag, der reducerer (gen)indlæggelser som fx Kom Trygt Hjem. Graden af delegation til nærudvalgene skal ske under hensyntagen til behovet for ensartet, høj kvalitet, som borgerne med rette bør kunne forvente under et samlet ansvar. Der vil fortsat være et stort behov for at se på tværs af regionen, og det vil fx være regionsrådets ansvar at sikre sygehusplanlægning, akutberedskab og et geografisk balanceret budget på tværs af disse nærområder samt stille krav til kvalitet og serviceniveau. På den måde kan vi sikre både nærheden, tilpasningen til lokale forhold og den geografiske lighed i fremtidens sundhedsvæsen.

I denne model er et regionalt ansvar ikke ensbetydende med, at regionen skal udføre alle opgaver selv eller, at den fysiske placering af sundhedstilbud, der drives af kommunerne, nødvendigvis skal ændres. Regionen får et tydeligt ansvar for at sikre en ensartet sundhedsfaglig indsats på tværs af landet. Nogle kommuner kan levere meget selv. Det vil de fortsat kunne i et samlet sundhedsvæsen, hvor der bør være en mangfoldighed af leverandører – men under et samlet regionalt myndigheds- og budgetansvar.

Med et samlet budget optimeres incitamenterne til at investere i de nære og forebyggende tilbud, og der kan ske en prioritering og omstilling på tværs af sundhedsvæsenet. Det ville kunne ske i et effektivt, men forsvarligt tempo, der ikke kompromitterer de store landvindinger, der er sket på hospitalsområdet.

De tværgående anbefalinger vedrørende kapacitet og lægedækning vil give et stærkt udgangspunkt for bedre geografisk balance i de eksisterende fem regioner og uden at skabe øget centralisering. Sammen med en revision af de eksisterende bloktilskudskriterier vil det understøtte en bedre geografisk balance i ressourcefordelingen.

Regionale opgaver

I denne model driver regionerne fortsat sygehusene og har ansvaret for at sikre et alment medicinsk tilbud med udgangspunkt i de ændringer, der fremgår under de tværgående anbefalinger i høringssvaret.

Danske Regioner foreslår, at man i denne model samler ansvaret for de nære sundhedsydelser i lighed med den lille opgavesammenlægning, som kommissionen foreslår. Det gælder den patientrettede forebyggelse og rehabilitering, de midlertidige pladser og akutpladser, akutteams og dele af den kommunale sygepleje (komplicerede, subakutte og akutte forløb, jf. den mindre opgavesamling i rapporten). Det er ikke Danske Regioners vurdering, at det er nødvendigt at inkludere hele ældreområdet, herunder plejehjem, personlig pleje og praktisk hjælp i en sundhedsreform for at opnå synergieffekter. Regionerne leverer allerede i dag gennem aftaler med PLO faste læger på kommunalt drevne plejehjem – det foregår, uden at regionen behøver være yderligere involveret i selve udførelsen eller i de lokale aftaler mellem læge og plejehjem.

Regionerne har i sin nuværende form den rette geografi og volumen til at levere specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov, der ofte også har en sundhedsdimension, som kræver nærhed til hospitalsvæsenet. I denne model placeres ansvaret for det højt specialiserede socialområde derfor i regionerne.

Der er heller ikke noget fagligt argument for at flytte de øvrige regionale opgaver i forbindelse med en sundhedsreform. Fastholdes de fem regioner, er det tværtimod oplagt også at bruge det regionale niveau til at løse flere af de opgaver, hvor kommunerne bliver for små, og staten er for langt væk. Danske Regioner anbefaler derfor også, at regionerne i denne model får et større myndighedsansvar både på det specialiserede socialområde og på miljø- og klimaområdet.

Danske Regioners position på socialområdet og de øvrige regionale områder uddybes og begrundes nedenfor.

Kommissionens behandling af øvrige regionale områder

Danske Regioner finder det useriøst og meget problematisk, at kommissionens sundhedsekspertes kommer med vidtgående forslag, der fjerner det specialiserede socialområde, miljø, klima, transport og uddannelse fra det regionale niveau – uden i øvrigt at kunne pege på, hvor disse opgaver løses bedre. Der ligger ingen analyse bag Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling, og der er intet, der begrundes, at regionale politikere som det eneste politiske niveau i Danmark ikke skulle kunne have ansvar for mere end ét område. Har vi et regionalt niveau, skal det selvfølgelig anvendes i alle de sammenhænge, hvor staten er for langt væk til at sikre lokalt tilpassede løsninger. Og hvor kommunerne er for små, og hvor området fylder for lidt i hver kommune til, at man kan opretholde den nødvendige ekspertise. Her er en statslig styrelse heller ikke svaret – der skal være politikere for bordenden, som repræsenterer de mennesker, der ude lokalt skal leve med konsekvenserne af beslutninger.

Danske Regioner er således stærkt bekymrede for, hvis man med denne reform kommer til at gen-tage nogle af de samme fejl fra seneste strukturreform. Vi har brug for stærk ekspertise og faglig kapacitet på de her områder – ikke mindre.

Det specialiserede socialområde

Kommissionen skaber stor usikkerhed om, hvor de regionale opgaver på socialområdet skal løses fremover. Det sker helt uden fagligt begrundede argumenter. Vi vil advare stærkt imod, at man begår samme fejl som ved sidste strukturreform, hvor man flyttede opgaver og tilbud på det specialiserede socialområde fra amterne til kommunerne uden at skele til faglighed, kapacitet og målgruppernes volumen på området. Resultatet blev, som flere af organisationerne på området har påpeget, at der er sket et tab af specialistkompetencer og en afspecialisering af området, hvor der er blevet færre højt specialiserede tilbud, selvom der ikke er færre borgere, der har brug for dem.

I de regionale specialiserede sociale tilbud er der skabt faglige synergier og specialiseret viden på tværs af kommunegrænser til gavn for de borgere, som anvender tilbuddene. Det gælder for eksempel på døvblindeområdet og i socialpsykiatrien. Det må vi ikke sætte over styr ved at flytte opgaverne uden at skele til faglighed og kapacitet. Vi er derfor dybt bekymrede for konsekvenserne for mennesker med svært psykiske lidelser eller handicap ved at flytte de regionale tilbud på det specialiserede socialområde væk fra regionerne.

Nogle opgaver er så specialiserede, at den rette indsats kræver et stort befolkningsgrundlag og kobling til sundhedsfaglig ekspertise. Det gælder fx på områder som rehabilitering efter en hjerneskade, synsområdet og svær autisme. I dag mangler en overordnet koordinerende funktion til at beslutte hvilke indsatser og tilbud, der skal oprettes, og hvor de skal oprettes. Regionerne har jf. serviceloven § 5 pligt til at levere tilbud efter aftale med kommunerne. Udbuddet af indsatser og tilbud er derfor bestemt af de enkelte kommuners prioriteringer i skarp konkurrence med andre velfærdsområder. I en velfungerende organisering af det specialiserede socialområde skal ansvar og opgaver placeres der, hvor der er de bedste forudsætninger for at løse dem. Mindre enheder (fx kommuner) kan ikke tilbyde højt specialiseret hjælp til alle behov, da specialiseringen og vidensniveauet om den enkelte borger bliver for småt. Det kræver derfor en større volumen og geografi for at sikre et fagligt og økonomisk bæredygtigt udbud af specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov.

Danske Regioner gør desuden opmærksom på, at regeringens ekspertudvalg på det specialiserede socialområde (Tranæs-udvalget) netop har peget på den udfordring, at kommunerne enkeltvis mangler incitament til at investere i tilbud, hvor de selv kun anvender en lille del af pladserne. Det gælder særligt tilbud, der er målrettet de mest specialiserede behov, hvor målgruppen typisk er meget lille på landsplan. Det skaber ifølge ekspertudvalget et 'kollektivt handlingsproblem', hvor alle venter på hinanden, og ingen løber den økonomiske risiko på fællesskabet vegne. Konsekvensen er, at der ikke bliver etableret den nødvendige specialiserede kapacitet, og det er med til at drive den voldsomme udgiftsstigning, vi ser på området.

På den samlede baggrund anbefaler Danske Regioner, at regeringen og Folketinget med inspiration fra sundhedsområdet indfører en national specialeplan på det specialiserede socialområde, som fastlægger krav til faglighed, kompetencer og målgruppernes volumen. Danske Regioner mener, at en ændring af ansvarsfordelingen på det specialiserede socialområde bør ske på grundlag af et grundigt forarbejde i form af en national specialeplan.

Danske Regioner mener, at der er opgaver, der i dag er placeret på det kommunale niveau, som med fordel kan flyttes til regionerne til gavn for mennesker med handicap eller psykiske lidelser med behov for højt specialiseret hjælp. Regionerne har den rette geografi og volumen til at levere specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov, der ofte også har en sundhedsdimension, der kræver nærhed til hospitalsvæsenet.

Et regionalt ansvar skal være for målgrupper, der er små, og hvor der er begrænset underlag for at opbygge specialiseret viden, eller hvor en given problemstillings kompleksitet kræver faglig specialviden. Dertil kommer målgrupper, der ofte behandles i sundhedsvæsenet, og hvor det giver mening at samle en større del eller hele deres behandlings- og rehabiliteringsforløb i regionalt regi.

Danske Regioner anbefaler derfor, at regionerne får et større myndighedsansvar på det højt specialiserede socialområde. Det gælder fx følgende områder:

- Børn og unge med komplekse behov, der ofte skyldes kombinationer af funktionsnedsættelser
- Rehabilitering efter hjerneskade
- Synsområdet
- Svær autisme
- Svær spiseforstyrrelse
- Hjælpemiddelområdet, som bør samles under regionalt ansvar (se Danske Regioners udspil: [Hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler](#))

Danske Regioners forslag til organiseringen af det fremtidige højt specialiserede socialområde uddybes i bilag 1.

Miljø og klima

Danske Regioner vil advare stærkt imod, at man flytter opgaver på miljøområdet uden at skele til faglighed og kapacitet. Miljø- og klimaopgaver må ikke behandles som et restprodukt af en sundhedsreform.

Regionerne har ansvaret for at kortlægge, undersøge og oprense forureninger, der kan udgøre en risiko for grundvand og dermed drikkevand, overfladevand og boliger, samt opgaven med via regionale råstofplaner og tilladelser at sikre forsyning af råstoffer.

Regionerne har store og veletablerede faglige miljøer med stærke kompetencer og erfarne medarbejdere, der kan løfte vanskelige opgaver på jordforureningsområdet. Det er regionerne, der driver udvikling og implementering af ny teknologi og opbygning af viden om jordforurening, som kvalificerer og effektiviserer opgaveløsningen. Og regionerne har overblik over udfordringerne på regionalt niveau og understøtter de decentrale myndigheder og forsyningerne, når det gælder grundvandsforurening og opsporing af forureningskilder.

Indvindingen af drikkevand er udfordret af stadig mere omfattende forurening i grundvandet. Opgaven med beskyttelse og udnyttelse af grundvandet er fragmenteret, og kommunerne har svært ved at løfte opgaven, når både forurening og ressourcer går på tværs af kommunegrænserne. Her vil det være oplagt at lade regionerne fungere som tværgående myndighed, hvor der er mulighed for synergi med de stærke faglige kompetencer inden for jord- og grundvandsforurening.

I 2014 overtog regionerne kompetencen til at udstede tilladelser til at indvinde råstoffer fra kommunerne. Ifølge Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport var baggrunden for at flytte opgaven, at der var for få årlige ansøgninger om indvinding i de enkelte kommuner, og at kommunerne derfor ikke havde mulighed for at opbygge og sikre tilstrækkelige kompetencer.

Det samme gælder på en række andre områder. Et aktuelt eksempel er miljøgodkendelser og -tilsyn, hvor der har vist sig tydelige svagheder i den nuværende model med en manglende armslængde mellem en virksomhed og kommunen, og hvor regionerne med fordel vil kunne overtage opgaven. I forlængelse heraf kan også henvises til sagerne om Miljøstyrelsens miljøgodkendelser af spildevandsudledninger til havmiljøet fra store virksomheder, hvor regionerne ville kunne imødegå den eksisterende u hensigtsmæssige dobbeltfunktion, når staten både fastsætter miljøkrav/-lovgivning og giver miljøtilladelser til de større virksomheder.

Danske Regioner anbefaler derfor, at regionerne får et større myndighedsansvar på miljø- og klimaområdet. Det gælder især følgende områder med stor betydning for borgerne:

- Grundvand og drikkevand
- Klimatilpasning – effektiv beskyttelse af vandløb og kyster
- Miljøtilsyn – forsvarlig administration med armslængde til lokale virksomhedsinteresser
- Omstilling til vedvarende energi
- Arealanvendelse

Uddannelse

Regionerne har ansvaret for, at der er nærhed til ungdomsuddannelserne i alle dele af landet. Med deres erfaring og lokalkendskab er regionerne i gang med at håndtere udfordringerne i den kommende tid med 37.000 færre unge frem mod 2032. Der er brug for folkevalgte med lokal indsigt og kendskab til behov og muligheder, når der skal træffes beslutninger om placering af uddannelsesudbud til de unge. Regionerne understøtter bl.a. etablering af campus flere steder og andre former for samarbejde på tværs af uddannelsesinstitutioner.

De seneste erfaringer på ungdomsuddannelsesområdet og det fejlslagne statslige forsøg på at fordele elever til gymnasierne ud fra forældreindkomst demonstrerer, at der i langt højere grad er brug for en model, hvor regionerne har ansvaret for at fordele elever ud fra de unges ønsker og regionernes lokalkendskab ift. en god uddannelsesdækning i alle dele af regionen.

Kollektiv transport og mobilitet

Regionerne har ansvaret for regionale busser og lokalbaner, der binder by og land sammen. Regionerne udvikler den kollektive trafik og gør den grønnere og mere attraktiv med afsæt i deres viden om borgernes og virksomhedernes transport- og mobilitetsbehov. Regionerne sikrer hurtig kollektiv transport til og fra uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser og de større byer dér, hvor der i dag og i fremtiden vil være behov for et samlet geografisk ansvar på tværs kommuner. På den måde løser regionerne udfordringer i den regionale geografi, der har en dimension og karakter, hvor kommunerne hver for sig er for små, og staten er for langt væk til at løse dem. Dette ville gå tabt i en struktur for den offentlige sektor, hvor regionerne udelukkende skulle varetage sundhedsopgaver.

Regeringen har nedsat et ekspertudvalg for kollektiv mobilitet, der til årsskiftet vil komme med anbefalinger til den fremtidige organisering på området. Danske Regioner anbefaler en regional organisering, der yderligere kan løfte og udvikle det hovednet af busser og tog, som sikrer hurtig kollektiv transport på tværs af kommuner og til og fra uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser, samt binder by og land sammen.

Regionernes øvrige opgaver uden for sundheds- og socialområdet uddybes i bilag 2.

Tid til at samle sundhedsvæsenet

Sidst strukturerne på sundhedsområdet blev lavet om, fik regionerne en klar opgave; nemlig at rette op på et hospitalsvæsen, der ikke var fulgt med udviklingen. Sammen med høje krav, investeringer og faglig udvikling sikrede reformen et markant løft af kvaliteten på hospitalerne og meget mere sundhed for pengene. En ny strukturreform skal sikre, at den samme systematiske udvikling også sker i det nære sundhedsvæsen. Samtidig med at vi fastholder og udbygger landvindingerne for patienterne i det specialiserede sundhedsvæsen. Så man som patient får pleje og behandling i verdensklasse, uanset hvor man møder sundhedsvæsenet – om det er hos egen læge, på hospitalet eller i det nære.

Med reformen fra 2007 blev sundhedsvæsenet splittet op. Reformen skabte dermed nye snitflader, hvor borgerne kunne falde mellem to stole. Ligesom den svækkede incitamentet til at investere i det nære og tænke sammenhæng på tværs. Fordi den, der har udgiften til investeringen i de forebyggende indsatser (kommunen), ikke er den, der høster gevinsten (regionen). Det bør en ny reform rette op på.

Det er Danske Regioners håb, at en ny strukturreform bliver reformen, der samler sundhedsvæsenet. Der er mere end nogensinde brug for et sundhedsvæsen, der tager et samlet ansvar til gavn for borgerne. Et samlet sundhedsvæsen, der ikke skelner mellem, om borgernes behov opstår før eller efter en hospitalsindlæggelse. Men som ser på, hvad der er bedst for borgerne. Og som skaber et mere bæredygtigt sundhedsvæsen, der er rustet til fremtidens udfordringer.

Det forudsætter et samlet ansvar og budget for hele sundhedsvæsenet.