

”Det eneste, det ikke kan ende med, er status quo”. Foreløbige reaktioner på Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Sundhedsstrukturkommissionens rapport har nu været i offentlig høring, og det har resulteret i mere end 200 høringssvar, som tilsammen fylder mere end 1100 sider. Som optakt til efterårets politiske forhandlinger om, hvordan det danske sundhedsvæsen skal fremtidssikres, ser denne artikel nærmere på, hvad høringssvarene viser om muligheden for reform.



Af Peter Bjerre Mortensen,
Professor i offentlig
forvaltning og medlem
af Sundhedsstruktur-
kommissionen

Sundhedsstrukturkommissionens nedsættelse og anbefalinger

Den 28. marts 2023 nedsatte regeringen Sundhedsstrukturkommissionen. Det skete på et pressemøde i Statsministeriet, hvor udenrigsminister Lars Løkke Rasmussen udtalte, at det eneste sted, kommissionens arbejde ikke kunne ende, var status quo. Godt og vel 14 måneder senere, den 11. juni 2024, offentliggjorde kommissionen sin rapport på et velbesøgt pressemøde på Holbæk Sygehus. Rapporten indeholder 6 tværgående anbefalinger, og til hver af disse anbefalinger knytter sig en række forslag til organisatoriske forandringer. De 6 anbefalinger er i kort overskriftsform gengivet i boks 1.

Derudover opstilles og vurderes i rapporten 3 forvaltningsmodeller for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen. Kommissionen anbefaler ikke én model frem for en anden, men vurderer fordele og ulemper ved hver model ud fra en række hensyn:

- **Model 1:** De nuværende 5 regioner nedlægges, og der oprettes i stedet 8-10 sundheds- og omsorgsregioner, som ledes af direkte valgte politikere. Sundheds- og omsorgsregionernes ansvarsområder bliver sygehuse og psykiatri, almenmedicinske tilbud, øvrige praksissektor samt store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde. De nye regionsråd får færre medlemmer end de nuværende regionsråd, og der oprettes en række geografisk afgrænsede nærudvalg under hvert regionsråd.

- **Model 2:** De nuværende 5 regioner nedlægges, og der oprettes i stedet 8-10 sundheds- og omsorgsregioner, men modsat Model 1 forankres det politiske ansvar i denne model hos den ansvarlige minister. Det vil sige, at det bliver et statsligt omsorgs- og sundhedsvæsen uden et decentralt folkevalgt politisk niveau. Den ansvarlige minister får i denne model ansvaret for planlægning af sygehusområdet, en national sundhedsplan, sygehuse og psykiatri, almenmedicinske tilbud, øvrige praksissektor samt store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde.
- **Model 3:** I denne model vil der være 3-5 sundhedsregioner, som ledes af direkte valgte politikere. Som i Model 1 lægges der op til ændringer i regionernes styreform, herunder nedsættelse af nærudvalg. Der lægges i denne model ikke op til at flytte opgaver i større omfang, og de primære forandringer vil i denne model være drevet af gennemførelsen af de 6 tværgående anbefalinger, jf. boks 1.

Anbefalingerne og forvaltningsmodellerne er kommissionens svar på regeringens opdrag om at udarbejde et beslutningsgrundlag for, hvordan der i lyset af de udfordringer, det danske sundhedsvæsen står overfor, kan skabes et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

Boks 1. Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger

1. En ændret organisering og kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud.
2. En ændret organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet.
3. En national sundhedsplan, der tilpasser ressourcfordelingen geografisk og på tværs af det primære og sekundære sundhedsvæsen.
4. Styrket sammenhæng og kvalitet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen.
5. Tilpassede organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger.
6. Udarbejdelse af en implementeringsplan og nedsættelse af et reformsekretariat, der skal understøtte den decentrale implementering af reformer på sundhedsområdet.

Den offentlige høring over Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Hen over sommeren har Sundhedsstrukturkommissionens rapport været sendt i offentlig høring. Ved høringsperiodens udløb den 6. august var der indkommet 206 høringsvar, som kort efter blev samlet og offentliggjort i et dokument på 1160 sider i alt.¹ Tilsammen giver de mange høringsvar et indblik i, hvor det bliver henholdsvis svært og mindre svært for regeringen at gennemføre forandringer af det danske sundhedsvæsen med bred opbakning.

Overordnet set bekræfter de mange høringsvar, at sundhed er et politik- og forvaltningsområde, hvor til der knytter sig særdeles mange og stærke holdninger og interesser. Repræsentanter for den kommunale sektor er særligt stærkt repræsenterede i høringsvarene. 28 kommuner har indsendt et høringsvar, enkelte kommuner har endda indsendt flere. Dertil kommer høringsvar fra diverse kommunale sammenslutninger og organisationer så som Kommunekontakttrådene, 6-by samarbejdet, Kommunale Velfærdschefer og ikke mindst KL. I alt er der kommunal afsender på mere end 25 procent af de indsendte høringsvar.

De faglige selskaber, fagforeninger, regionerne og deres interesseorganisation Danske Regioner har også bidraget med mange høringsvar. Med i alt 37 sider har Danske Regioner

leveret det mest omfangsrige høringsvar, tæt fulgt af KL's såkaldt tekniske høringsvar på i alt 32 sider. En række erhvervsorganisationer, blandt andre DI, Dansk Erhverv og repræsentanter for private aktører på sundhedsområdet, har også givet deres besyv med, og det samme har mere end 25 organiserede repræsentanter for borgere, pårørende og patienter.

I det følgende fremhæves nogle tendenser i høringsvarene, som kan give en pejling af, hvor konfliktlinjerne om fremtidens sundhedsvæsen ligger. Det skal understreges, at artiklen er skrevet på et tidspunkt, hvor skribenten intet ved om regeringens reformudspil. Samtidig er det et vigtigt forbehold, at der i det enorme materiale naturligvis er nuancer, kritikpunkter og aspekter, som ikke kan rummes indenfor rammerne af denne artikel, og som derfor vil være udeladt af optegningen af hovedtendenserne.²

De 6 tværgående anbefalinger

På tværs af de mange indsendte høringsvar er der generelt stærk opbakning til at gennemføre de tværgående anbefalinger, og der er generelt også tilslutning til den vinkel, som kommissionen har anlagt, nemlig at dette er forandringer, som bør sættes i værk og gennemføres uanset hvilken forvaltningsmodel, der bliver resultatet af de politiske forhandlinger.

I forhold til de tværgående anbefalinger går den primære kritik på det, som ikke er med i rapporten. Mange havde ønsket sig en 7. anbefaling om, hvordan forebyggelsen i Danmark styrkes og nogle, fx Dansk Erhverv, efterspørger et stærkere fokus på patientrettigheder. Dertil kommer en række specifikke områder så som øjenområdet, høreområdet og den orale sundhed, som afsendende, der på den ene eller anden vis er beskæftigede med disse områder, mener fortjener mere opmærksomhed, end de har fået i kommissionsrapporten. Brede funderet er en efterspørgsel på et generelt stærkere fokus på den mentale sundhed.

I forhold til de 6 tværgående anbefalinger, som er med i rapporten, er der på tværs af høringsvarene en række opklarende og kritiske spørgsmål, som naturligvis må håndteres, hvis disse forslag skal omsættes til konkret politik. Særligt interessant bliver det at følge udmøntningen af Anbefaling 1, som indebæ-

” Mange havde ønsket sig en 7. anbefaling om, hvordan forebyggelsen i Danmark styrkes

¹ Høringsvarene kan tilgås her: <https://www.ism.dk/temaer/sundhedsstrukturkommissionen>

² Det bør desuden nævnes, at skribenten som medlem af Sundhedsstrukturkommissionen kan have haft en forudindtaget, der har påvirket læsningen af høringsvarene.

rer en ændret organisering af det almenmedicinske tilbud. Der er i høringssvarene bred enighed om, at denne anbefaling er vigtig, for mange ligefrem den vigtigste. De praktiserende lægers organisation, PLO, kalder i deres høringssvar kommissionens anbefaling på dette punkt ”velbegrundede” og ”overordnet fornuftige”. Samtidig leverer PLO dog et 20 siders høringssvar, som koncentrerer sig om denne anbefaling, og som må læses sådan, at hver en detalje i udmøntningen på dette område vil blive fulgt ganske nidkært.

Et andet punkt, hvor der spores en konflikt i høringssvarene, er i forhold til Anbefaling 4, som indebærer, at psykiatrien integreres organisatorisk i det samlede sygehusvæsen. Flere organisationer på det psykiatriske område ytrer sig positivt om en sådan integration, imens regionerne, som i dag har ansvaret for begge områder, kategorisk afviser forslaget.

Forvaltningsmodellerne

Ikke overraskende, heller ikke for kommissionen, er det spørgsmålet om opgave- og ansvarsfordelingen i fremtidens sundhedsvæsen, der er mest uenighed om på tværs af høringssvarene. Der kan ganske vist spores en stærk konsensus imod Model 2, som indebærer et statsligt styret og drevet sundheds- og omsorgsvæsen. Baseret på høringssvarene må det formodes, at den model er dømt ude. Til gengæld er der stærk uenighed om kvaliteterne ved Model 1 og 3.

Model 1, som lægger op til at samle sundheds- og ældreområdet på regionalt niveau og dermed fjerne nogle store opgaver fra kommunernes ansvarsområde, bryder kommunerne sig ikke om. Kommunerne forudser bl.a., at de nære sundhedstilbud i sådan en model vil blive klemt af de specialiserede sygehusopgaver, og at lokale sundhedstilbud vil lukkes, sammenlægges og centraliseres. ”Centralisering” er generelt et ord, der hyppigt optræder i KL's og mange kommunale repræsentanters høringssvar.

Det bemærkelsesværdige er imidlertid, at de nok stærkeste repræsentanter for dem, der i givet fald vil blive ofre for konsekvenserne af denne centralisering, ikke deler kommunernes bekymring. Ældre Sagen, som på en god dag hævder at repræsentere 1 mio. medlemmer, foretrækker klart Model 1, og understreger i sit høringssvar vigtigheden af, at også ansvaret for plejehjemmene samles under de nye 8-10 sundheds- og omsorgsregioner. Det, som kommunerne ser som centralisering, ser Ældre Sagen som forudsætning for bedre sammenhæng, og som et værn imod, at det i dag ”...er et postnummerlotteri for patienterne, hvilken kvalitet de udsættes for.”

Danske Patienter, som er en paraplyorganisation for 25 medlemsorganisationer, der repræsenterer i alt 106 patient- og pårørende-foreninger, tilslutter sig ligeledes Model 1. Danske Patienter foreslår endda et endnu større opgaveflyt fra kommunerne end det, som ligger i kommissionens beskrivelse af Model 1. Uanset hvor reformprocessen ender, må det give stof til eftertanke i kommunerne, at centrale repræsentanter for store kommunale grupper af brugere angiveligt er så utilfredse med opgaveløsningen på sundheds- og ældreområdet, at de helst så ansvaret ligge et andet sted end hos kommunerne.

Danske Regioners høringssvar er også bemærkelsesværdigt. Nogle ville måske have forventet, at en stor samling af sundheds- og omsorgsopgaver på det regionale niveau ville vække regionernes begejstring, men det gør det øjensynligt slet ikke. Danske Regioner foreslår i stedet en 4. model, som er meget lig den, de selv spillede ud med tilbage i november 2023.³ Den model indebærer i hovedtræk, at de 5 regioner bevares som nu og får opgaver overført fra kommunerne, som nogenlunde svarer til det, kommissionen beskriver som ”en lille opgavesamling”. Det betyder blandt andet, at ansvaret for plejehjemmene forbliver i kommunerne.

” Der kan ganske vist spores en stærk konsensus imod Model 2, som indebærer et statsligt styret og drevet sundheds- og omsorgsvæsen.

Hovedparten af Danske Regioners hørings svar vedrører for øvrigt kommissionens forslag om at oprette regioner, som kun har ansvaret for sundheds- og omsorgsopgaver, hvilket i givet fald vil betyde, at de andre opgaver, som regionerne i dag har ansvaret for, skal finde en alternativ placering. Sådant et opgaveflyt mener Danske Regioner er en dårlig ide, og det samme gør for øvrigt flere af de organisationer, som har kommenteret på netop det forslag.

Dansk Industri (DI) giver i sit hørings svar klar støtte til Model 1, men foreslår samtidig, at den justeres i lyset af den model for sundhedsvæsenet, som DI fremlagde i april 2024.⁴ Det bør for øvrigt nævnes, at KL i december 2023 også fremlagde en model for, hvordan sundhedsvæsenet kan styrkes.⁵ Den model ville gøre de nuværende sundhedsklynger til omdrejningspunktet for udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen, men modsat DI og Danske Regioner giver KL ikke sin egen model særlig opmærksomhed i sit hørings svar.

Hvor ligger den vindende koalition?

Baseret på hørings svarene bliver det ikke nogen nem opgave for regeringen at lave en sundhedsreform, som over en bred kam vil få en positiv modtagelse. Alle synes at være enige med udenrigsministeren i, at status quo ikke er en mulighed, men hvad der skal sættes i stedet, er der på tværs af hørings svarene ikke enighed om.

De tværgående anbefalinger vil nok kunne udmøntes til reformer med betydelig opbakning, og det vil i sig selv indebære væsentlige forandringer i sundhedsvæsenet. Udfordringen er, at mange af hørings svarene tilkendegiver, at disse tiltag ikke er tilstrækkelige, og at der også er brug for strukturelle ændringer i opgave- og ansvarsfordelingen. Her er konfliktlinjerne som redegjort ovenfor imidlertid tegnet skarpt op.

Tidligere ville det være en temmelig sikker forudsigtelse, at hvis både kommunerne og regionerne var imod væsentlige ændringer i opgave- og ansvarsfordelingen, ville en sådan reform ikke blive til noget. I de senere år har de interesseorganisationer, som repræsenterer fx pårørende og patienter imidlertid fået en stærkere position i de politiske beslutningsprocesser, og inddragelsen af interesseorganisationer er generelt langt mere pluralistisk end tidligere.

Meget vil afhænge af, hvordan vælgerne positionerer sig, når debatten om fremtidens sundhedsvæsen i efteråret bliver løftet op i det åbne politiske rum. Vi ved endnu ikke, om de store vælgergrupper har mest forståelse for kommunernes og til dels regionernes argumenter, eller om de i stedet har sympati for de forandringer, som især de store patient- og pårørendeforeninger argumenterer for.

Boks 2. Sundhedsstrukturkommissionens medlemmer

Analysen, præsentationerne, input fra borgerne, rapport og delrapport samt hørings svar kan tilgås på Sundhedsstrukturkommissionens hjemmeside: <https://www.ism.dk/temaer/sundhedsstrukturkommissionen>

Medlemmerne af Sundhedsstrukturkommissionen var:

- Formand: Jesper Fisker, adm. direktør, Kræftens Bekæmpelse, og bl.a. tidligere departementschef, tidligere adm. direktør i Sundhedsstyrelsen og tidligere adm. direktør for sundheds- og omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune.
- Jakob Kjellberg, professor i sundhedsøkonomi, VIVE
- Peter Bjerre Mortensen, professor ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet
- Dorthe Gylling Crüger, fhv. koncerndirektør, Region Hovedstaden
- Sidsel Vinge, konsulent og tidligere projektchef i Vive og tidligere sundhedschef i Gladsaxe Kommune
- Mogens Vestergaard, ph.d., praktiserende læge og professor ved Forskningsenheden for almen praksis, Aarhus og Lægefællesskabet Grenå
- Marie Paldam Folker, centerchef, Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark
- Søren Skou, tidligere administrerende direktør, A.P. Møller – Mærsk
- Gunnar Bovim, formand for Helsepersonnelkommissionen og rådgiver på Norges teknisk-naturvidenskabelige Universitet

” Nogle ville måske have forventet, at en stor samling af sundheds- og omsorgsopgaver på det regionale niveau ville vække regionernes begejstring, men det gør det øjensynligt slet ikke.

³ Udspillet kan tilgås her: <https://www.regioner.dk/media/qqpdn2vm/samlet-og-sammenhaengende.pdf>

⁴ Udspillet kan tilgås her: <https://www.danskindustri.dk/politik-og-analyser/dis-politiske-udspil/et-samlet-sundheds-og-aldrevasen/>

⁵ Udspillet kan tilgås her: <https://www.kl.dk/sundhed-og-aldred/sundhedsreform-og-sundhedsklynger/sundhed-for-de-mange>