

## Sundhedsreform eller strukturreform 2.0

Skrevet af: **Jan Helbak** | Offentliggjort: 16. februar 2019

---

### Indledning

Onsdag den 16. januar 2019 præsenterede Lars Løkke Rasmussen regeringens udspil til en ny sundhedsreform. Statsministeren var flankeret af hele fem ministre, der hver især ikke havde det store at tilføje til selve præsentationen. Men de var med til at understrege den vægt, regeringen lægger i udspillet.

Der gik ikke mange timer efter præsentationen, før kritikken af reformen ramte fra alle sider. Det meste af kritikken rettede sig imod "fantasipengene" i "Nærhedsfonden" på 6 mia. kr. og mod en række af de forudsætninger for reformens succes, som regeringen har stillet op. Herunder 40.000 færre indlæggelser og 500.000 færre sygehushenvendelser i 2025. Kun en mindre del af kritikken rettede sig imidlertid mod selve sundhedsperspektivet i udspillet. Meget forståeligt, al den stund den del er meget vagt beskrevet eller består af rene selvfølgeligheder. Sidste del af kritikken rettede sig mod udspillet forslag om at nedlægge regionerne som selvstændige politiske enheder.

Ved selve præsentationen opholdt Lars Løkke Rasmussen sig også mest ved de strukturelle elementer i udspillet. Det er også de vigtigste og dem, der fylder mest i det 144 sider lange udspil. Alene det forhold burde måske have fået flere til at dykke ned i lige netop de strukturelle elementer, fordi det faktisk er her, at forslaget, hvis der indgås forlig, vil få sin største rækkevidde. Ikke bare i forhold til sundhedspolitikken, men i forhold til hele den samlede politiske forvaltnings- og magtstruktur i Danmark. Det sidste vender jeg tilbage til flere gange i løbet af artiklen.

Efter forbavsende få dage drattede sundhedsreformudspillet langt ned på den politiske dagsorden efter, at alle de sædvanlige politiske aktører havde været ude og sige, hvad der skulle siges. Oppositionspolitikere på Christiansborg kritiserede først og fremmest udspillet for at være centralistisk og for at ville nedlægge regionerne. Regionspolitikere var selv sagt ude i et forsvar for regionernes opretholdelse og med en afværgedagsorden overfor statsministerens meget vage kritik af regionernes kompetence og rolle i sundhedspolitikken. De sundhedsfaglige organisationer var på banen med noget, der lignede de sædvanlige partsindlæg om kvalitet, for ringe normeringer osv. KL var knap så kritisk de første dage, indtil det gik op for flere kommuner, at det vil blive dem, som skal betale prisen, når reformen er gennemført. Så kom kritikken også fra den kant.

Men i det store og hele var det overladt til nogle ganske få sundhedsøkonomer, kommunalforskere og forvaltningsforskere at forfølge de strukturelle spørgsmål tættere og stille en række meget relevante spørgsmål, som udspillet på ingen måde giver svar på. Efterfølgende er det, nu hvor der er næsten stilhed om udspillet, dryppet med delanalyser, som viser, at der ikke er hold i ret mange af regeringens forudsætninger. Bemærkelsesværdigt er det, at hverken regeringen eller sundhedsministeriet har forsøgt at mane de forskellige afsløringer/moddokumentation i jorden, hvad

den ellers har været ferm til op til præsentationen af udspillet.

Jeg skal ikke her beskæftige mig med regeringsudspillet valgkampsperspektiv og for sags skyld heller ikke med debatten om overgangsfinansieringen på 6. mia. kr., men først og fremmest fokusere på selve metoden bag udspillet og i forlængelse heraf de strukturelle elementer. Sundhedselementernes relevans eller nyhed er til at overse, så de vil kun blive behandlet i forbigående.

### **Hvis udspillet er kuren - hvad er så sygdommen?**

Præmissen i udspillet er groft taget, at det nuværende sundhedsvæsen ikke fungerer optimalt, fordi der er en række strukturelle barrierer, og fordi de enkelte sundhedsinstanser, hospitaler og kommuner ikke leverer ensartet behandling og gennemfører ensartede initiativer efter best practise. Udspillet undgår behændigt at udstille regionerne eller at komme nærmere ind på, hvor de har fejlet. Det indskrænker sig til at hæfte kritikken op på nogle ganske få temaer, hvor problematikens ophav så herfra indirekte kan føres tilbage til regionerne som politisk institution.

Men man præsenteres på intet tidspunkt for en sammenhængende analyse, der skal understøtte præmissen. Der henvises til en række konkrete problemstillinger, men der angives aldrig omfang og betydning. Spredt fægtning bygget op på anekdoter og vel sagtens nøje udvalgte eksempler. (det kan være forskelle i forebyggelige indlæggelser, resultater med rehabilitering osv. Selvfølgelig er der forskelle, men hverken årsagerne hertil eller det reelle omfang er retvisende undersøgt - viser det sig nu).

Regeringen har overfor den kritik henvist til flere gennemførte delanalyser forud for reformudspillet. Ministeriet har initieret analyse af forebyggelige indlæggelser. Benchmarkanalyse af kommunerne baseret på sammenlignende statistik. Problemet er her for det første, at det nu viser sig, at disse analyser måske kan være gennemført på unøjagtige data. Det er kommet frem i februar måned, hvor fire kommuner i region Syddanmark har klaget til sundhedsministeriet over forhøjet betaling på grund af fejlagtig registreringspraksis på et hospital. Konsekvensen kan blive, at der rundt om på flere hospitaler gennemføres samme fejlagtige registreringspraksis. Skulle det være tilfældet, kan det hænde, at regeringens meget omtalte henvisninger til effektiviseringspotentialer drukner i en ændret praksis for registrering af indlæggelser og ambulante behandling.

For det andet er problemet med fremgangsmåden yderligere, at der ikke er foretaget eller præsenteret analyser, der kan udelukke andre årsagsfaktorer i forhold til de af regeringen identificerede problemer. F.eks. er det slet ikke undersøgt, om en del af problemerne både i regionerne og i kommunerne kan hænge sammen med, at begge områder har været underfinansieret, siden regeringen i 2007 traf beslutningen om den nye sygehusplan og etablering af supersygehuse. Så vi ved ikke noget om, hvorvidt det er strukturelle faktorer eller for ringe budgetter, der er årsag til, at de ønskede indsatser ikke gennemføres.

Der peges også på manglende sammenhæng og barrierer for patienternes hurtige og ensartede behandling. Men igen drages der blot mekaniske slutninger. Der fremlægges ikke årsagsanalyser, størrelsesforholdet opgives heller ikke. Der peges blot indirekte på, at det nok skyldes den gældende struktur.

Der kan med andre ord ikke fremlægges tilstrækkelig og tungtvejende dokumentation og argumentation for, at de anførte problemstillinger skulle være af en sådan karakter og rækkevidde, at det kan siges at være hensigtsmæssigt at nedlægge regionerne endelige indføre en helt ny struktur med ændrede opgavefordelinger.

*Man har lidt populært sagt påstået sig til diagnosen på grundlag af spredte symptomer, fordi man har en ganske bestemt behandling og kur, man vil have gennemført.*

Det bør rent metodisk være det afgørende udgangspunkt for kritikken af hele udspillet. På vanlig vis antyder man noget. Påstår noget i flæng på grundlag af en tendentiøs eksempelsamling, og så sætter man ind med en lovgivning for en bestemt kur eller model.

Undladelsesyndten bunder angiveligt i det forhold, at skulle man følge almindelig undersøgelses- og argumentationsmetode, skulle man også inddrage i hvert fald to så vigtige områder, som frit valgs lovens betydning for udviklingen af sundhedsorganisationen i kommunerne og beslutningen om hospitalsreformen og finansieringen fra 2008 og frem. På begge disse områder har Venstre og Konservative haft det afgørende ord sammen med DF.

Overfor en sådan kritik vil regeringen højst sandsynligt henvise til de mange rapporter, der er udarbejdet indenfor de sidste to år. Problemet er ikke desto mindre, at der ikke foreligger sammenhængende analyser, men alene sektor- eller temaspecifikke analyser. Forud for præsentationen af udspillet har disse analyser ikke været integreret i en samlet analyse af sundhedsområdet, hvor alle afgørende faktorer medgår til en samlet årsagsforklaring.

### **Lidt forhistorie**

Under valgkampen i 2007 lovede Anders Fogh Rasmussen 80-90 mia. kr. til at finansiere en helt ny sygehusstruktur bygget op omkring supersygehuse. Med Folketingsflertallets vedtagelse af kvalitetsreformen og oprettelse af kvalitetsfonden blev beløbet imidlertid barberet ned til ca. det halve 40-47 mia. kr. Samtidig blev der nedsat et ekspertpanel med direktøren for Hovedstadens sygehusfællesskab, Erik Juhl, som formand. I den rapport udvalget afgav i 2008 anbefalede ekspertpanelet at nedlægge flertallet af de mindre sygehuse og bygge hospitalsvæsnet op omkring supersygehuse og akuthospitalerne. Danske Regioner kom med indvendinger og advarede om farerne for "tilsanding" og reduceret nærhed. Ingen anfægtede ønsket om højt specialiserede sygehuse. Det var den valgte struktur, der blev kritiseret.

Regeringen og DF valgte at følge udvalgets indstilling og overhøre indvendingerne. Herefter blev en udgiftsdeling besluttet. Regeringen forpligtede sig til at skyde 25 mia. kr. i Kvalitetsfonden, der skulle finansiere de nye supersygehuse. De resterende 15 mia. kr. skulle komme fra regionerne som medfinansiering. Men da regionerne ikke har egen skatteudskrivningsret og mulighed for at opregulere indtægterne, skulle medfinansieringen sikres gennem såkaldte effektiviseringer i forhold til de tildelte budgetter. Aftalen blev, at regionerne som pålæg hvert år til sammen skulle effektivisere for 1.5 mia. kr.

Det viste sig hurtigt, at kvalitetsfondsmidlerne ikke ville tilstrækkelige, og at man allerede fra starten projekterede og byggede for småt, for skrabet og for uhensigtsmæssigt. Flere af regionerne fik deres indsendte budgetforslag tilbage og bedt om at ændre på byggeplanerne, så de kunne holde sig strikt indenfor budgetrammen. Det betød, at en hel etage blev skåret væk på et hospital i Midtjylland. Fire af de seks sygehuse skulle bygges uden køkkener. Der blev skåret stuer og senge væk, og stuerne blev reduceret i kvadratmeter. Det fik i 2013 Statsrevisorerne til at kritisere regionernes og sygehusbyggeriets økonomiske dispositioner og fremskrivninger og DF til i 2014 at afkræve sundhedsministeriet en plan B. Den kom aldrig. LA foreslog senere, at det private sundhedsområde fik lov til at oprette udskrivessygehuse som konkurrent til de regionale sygehuse og kommunale akutstuer. Det sidste ligger stadig i kortene med det nye udspil.

Som sagt brød problemerne for alvor igennem i 2013. Rigsrevisionen havde undersøgt finansieringsgrundlaget med hovedfokus på retningslinjerne for, hvordan effektiviseringerne skulle gennemføres for at holde den samlede udgiftsramme. I rapporten til Statsrevisorerne fremsattes en usædvanlig skarp kritik af regionernes faktiske måde at effektivisere på og af uklarheder i sundhedsministeriets retningslinjer. Regionerne blev kritiseret for at gennemføre tilfældige besparelser og for, at hovedvægten blev lagt på driften og behandlingsomsætningen - altså på liggetiden. Indirekte blev der rejst tvivl om finansieringsmodellens holdbarhed. Ganske klart, fordi kvalitetsfonden reelt aldrig har indeholdt mere end de 60% af de 40 mia. kr. (senere 47 mia. kr.), fordi regionerne selv skulle stille med de 40%. Hvert år har regionerne over økonomiaftalerne modtaget deres budget på "blokken" (bloktilskud) og fra kommunerne, og indenfor det budget har de gennemsnitligt skulle lægge midler til side for at finansiere de 40%. Det er sket gennem løbende effektiviseringer og "udflytningsbesparelser", som Rigsrevisionen har forholdt sig kritisk til, fordi disse besparelser vanskeligt kan dokumenteres som deciderede effektiviseringer.

I hele perioden har overbelægninger, "tilsanding" og årlige budgetbegrænsninger været et tilbagevendende problem. Især i perioden fra 2015 op til 2018. Årsagen er to forhold. For hurtig nedlæggelse af de mindre sygehuse på grund af Akutplanen, supersygehuse som spareprojekter og manglende udbygning af primærsektoren og den kommunale sektor. En giftig cocktail, som kun vil forstærkes de kommende år. Akutplanen har med andre ord været tvivlsom og finansieringen af supersygehuse for lav, og regningen kommer nu.

Som det tydeligt fremgår, har prestigeprojektet fra vedtagelsen af kvalitetsreformen i 2007 været underfinansieret og af samme årsag ophobet en række ressourceproblemer, som det har været mere

end vanskeligt for regionerne at håndtere. Det er dog lykkedes i en vis udstrækning, selv om de i den mellemliggende periode er blevet præsenteret for en vifte af nye krav. Altså kort og godt en udsultning, hvor det private skulle stå parat – eller skal stå parat endnu engang.

På kommunesiden har det samme mønster gjort sig gældende. I alle årene siden kvalitetsreformen er den kommunale ældrepleje som resultat af økonomiaftalerne blevet økonomisk udsultet. Hjemmeplejen er blevet bundet op på to vidt forskellige tvungne udbudsformer og har samtidig skulle leve op til bestemte måltal. Konsekvensen har været en ekstrem ensidig økonomisk målstyring i kommunerne, som alle processer og udviklingstiltag har været underlagt. Af den grund har kommunerne hele tiden haltet bagefter, når det gjaldt udbygning af det ”morderne” sundhedsvæsens andet ben. I dag er kommunerne ikke i fornødent omfang gearet til at løse opgaven indenfor det Nære- og sammenhængende sundhedsvæsen. Det fremgår indirekte af regeringens udspil, hvorfor de skal tvinges til en omstilling på rekordfart.

Set i det perspektiv er det ikke underligt, at regionerne kun tilnærmelsesvis har kunne løfte opgaven med at omkalfatre hele sundhedsvæsenet. At de så alligevel i det store og hele har indfriet regeringens syv parametre, der blev stillet ved Venstre regeringens tiltrædelse i 2015, må siges at være bemærkelsesværdigt set i forhold til betingelserne. Regningen har til gengæld for at indfri målene været evindelige sparerunder på hospitalerne og i regionerne, der er gået ud over kontinuitet i driften og samarbejdet med kommunerne. Regionerne er over årene blevet tvunget til at gennemføre stadigt hurtigere patientgennemløb, og det pres er blevet væltet over på kommunerne, som for at løfte opgaven har skærpet visitationskravene for hjemmehjælp til helt almindelige ældre, der blot har brug for lidt hjælp for at få det hele til at hænge sammen. Sammenlagt har det fået som konsekvens, at regionerne kun delvis har kunne leve op til ministeriets mange delmål og samtidigt været underlagt vidt forskellige betingelser alt afhængig af socialgeografi og demografi.

De her nævnte faktorer burde have indgået i regeringens samlede analyse af problemstillingerne forud for udarbejdelse af reformudspillet, men så taler alt også for, at udspillet, som det ser ud nu, aldrig ville have set dagens lys. Kritikken ville være blevet rettet mod de forskellige regeringer og sundhedsministre, som siden 2008 aldrig har gjort ansatser til at ændre i de oprindelige forudsætninger, men i stedet presset regionerne til at indfri aftalerne og renoncere på kvaliteten og medarbejdernes arbejdsbetingelser.

## **Hovedpunkter i Sundhedsudspillet**

I planen oplistes fire visioner: *sammenhæng, nærhed, kvalitet, patienten først*. Det interessante er, at igennem hele det store afsnit kan man ikke læse noget om faktiske processer. Kun om institutioner, formidlingsenheder, mursten og niveauer. Men ikke et ord om, hvordan sammenhængen mellem sygehusene og den nære sundhedspraksis skal sikres, når nu der notorisk er forskellige logikker for de enkelte områder, der hver især skal have deres egne organisationer til hænge sammen. På de spørgsmål får man kun nogle overordnede betragtninger, som gennem de sidste tre – fire år er fremført til trivialitet. Brobygning mellem sygehuse og kommuner, fælles finansiering af teams, jævnlige møder, styrkelse af hospitalernes udgående funktioner osv. Men

hvordan det skal spille sammen med henholdsvis den kommunale organisation og hospitalsorganisationen som helhed får man intet at vide om. Det skulle ellers være et ret centralt undersøgelsestema, al den stund forskningsenheden i 2018 kom med en rapport, der opregnede en række udfordringer ved etableringen af de sammenhængende patientforløb. Rapporten viser ganske fint, hvordan sådanne patientforløb kan bygges op, men advarer dog mod at tillægge "brobygningen" selvstændig betydning, hvis ikke den integreres i de to store organisationer, der står overfor hinanden - hospitalerne og kommunernes hjemme- og ældrepleje. Litteraturstudiet viser, at brobygningsenhederne meget let kan komme til at hænge i luften, fordi basisenhederne hver især lukker sig om sig selv.

Nærhed handler ikke kun om konkrete processer i forhold til patienterne. Ikke desto mindre går man ud fra, at behandling i eget hjem er mest trygt for borgerne. Det er ikke en sandhed. Så skal der oprettes sundhedshuse i kommunerne, der bl.a. skal viderebehandle borgerne efter endt behandling på sygehusene. De skal udvikles til at være omdrejningspunkt for tidlig opsporing, forebyggelse mv. Måske en økonomisk effektivisering (for kommunerne bliver sundhedshusene en udgift på 750 mio. kr.), men det siger intet om, hvordan disse sundhedshuse skal spille sammen med de andre instanser, hvilket betyder, at de kun fysisk står for mere nærhed, men ikke nødvendigvis behandlings- og plejemæssigt. Så har vi kvalitet. Det bliver ministeriet, der udvikler de nationale kvalitetsplaner, og *Sundhedsvæsen Danmark*, der skal tilse, at de bliver efterlevet lokalt. Dvs. det er et ministerium, der ud fra bestemte analyser afgør, hvad der er kvalitet, og det skal kommunerne mv. rette sig efter. Der bliver ikke meget nærhed og lokal tilpasning her - kun som dekomponering af de centrale planer. Den konstruktion kender vi allerede fra fritvalgsområdet, hvor byrådenes kvalitetsstandarder omsættes til mekaniske indsatskataloger opdelt i ydelse og tid med minimal indflydelse for borgerne og for den sags skyld det udøvende personale.

Hvilket leder over til det sidste - patienten først. Det vil man sikre ved en samlet patientrettighedslovgivning, som skal rumme alle rettighederne. Men her er der i al væsentligt tale om et sæt retningslinjer, som Sundhedsvæsen Danmark skal sikre, at sundhedsforvaltningerne lever op til med det formål at sikre, at alle rettighedsstandarderne efterleves. I hvilken udstrækning de ikke bliver det i dag og årsagen hertil, beskrives ikke. Så vi kan faktisk ikke afgøre, hvor meget bedre det bliver i morgen i forhold til i dag.

I stedet er afsnittet proppet med begreber som fælles løsninger, moderne sundhedshuse, styrket kompetence, udviklingsplaner, kvalitetsplaner osv. Ind imellem disse positivord indføres det så lige, at Sundhedsvæsen Danmark får den overordnede myndighed over implementeringen af den sundhedsministerielle kvalitetsplan og patientrettighedsloven, og at denne myndighed er delegeret fra ministeriet, hvorfor Sundhedsvæsen Danmark selvfølgelig også har *fortolkningsretten* og ikke de nære instanser, der er reduceret til at implementere planerne.

Linjen lægges allerede, hvis der efter valget skulle vise sig et flertal for udspillet. I så tilfælde skal der nedsættes et implementeringsudvalg og en række undervalg under ministerens ledelse. Disse udvalg skal via ministeriet udlægge alle sporene oppefra og ned.

De helt konkrete initiativer er i udspillet så overordnet beskrevet, at det ikke er muligt at sige noget meningsfuldt om praktisk implementering og konsekvenser. Det eneste helt konkrete er, at førstegangsfødende som de eneste borgere i dette land får ret til indlæggelse i to døgn - om de har brug for det eller ej.

Selvfølgelig er det fint med patientnumre, så den enkelte patient kan følges. Det er fint med rettigheder. Det er fint med vejledning af patienter til alternativ behandling osv. Men det er der jo ikke nogen, der i dag har stillet sig i vejen herfor. Det er bare ikke blevet prioriteret så højt. Først og fremmest som konsekvens af de øvrige tungtvejende og snærende produktivitetskrav. Det ved regeringen på en måde godt. Derfor indgår der i reformen et krav om, at ministeriet fastlægger en udviklingsplan, som Sundhedsvæsen Danmark skal følge og implementere i de fem sundhedsforvaltninger. Udviklingsplanerne beskriver de overordnede prioriteringer og dermed linjen for, hvordan der skal prioriteres i Sundhedsforvaltningerne og på de respektive hospitaler indenfor de respektive specialer. Dermed vil repræsentanterne fra Sundhedsforvaltningerne også indgå i samarbejdet med kommunerne med en bunden opgave nu, hvor både kvalitetskrav og prioriteringskrav ligger fast.

## **Sundhedsreformens strukturelementer**

Så kommer vi til den struktur, det meste i virkeligheden drejer sig om. Med nedlæggelse af regionerne bliver der, som ministrene og regeringspartierne sundhedsordførere fremhæver igen og igen, kun to politiske niveauer. Det er unægtelig sandt. Det indebærer bl.a. ifølge Venstres sundhedsordfører, Jane Heitmann, en ønsket forenkling og gennemsigtighed, som der står i udspillet. Logikken rækker med andre ord ikke langt. For man fjerner rigtig nok et politisk led, men indfører så i stedet tre nye administrative led. Rationalet skulle sådan indirekte tænkt være, at administrative niveauer, professionelle bestyrelser og institutioner forenkler, hvorimod politiske led øger kompleksiteten, forplumrer ensartetheden og sinker effektiviteten. (det er der ikke evidens for. Ejheller fra Norge, hvor regeringen har hentet inspiration) Ført ud i sin logiske konsekvens ender man med at argumentere for nedlæggelse af kommunerne og i sidste instans Folketinget. Tanken om teknokratregeringer har da også fået en vis renæssance i forbindelse med EU landenes store budgetproblemer og gældskrisen i 2011 til 2015. Man husker indsættelse af en teknokratregering i Italien. Vi befinder os langt fra dette punkt, men tendensen er der. De liberale partier er ikke utilpasse ved centraliseret teknokratstyre.

Men som sagt ligger denne udvikling ikke umiddelbart i kortene. Ikke desto mindre er det tvivlsomt, om forestillingerne om enkelhed og gennemsigtighed bliver til virkelighed, eller om reformen tværtimod vil forårsage større kompleksitet og risiko for revir- og kompetencekampe.

Lad os tage de enkelte centrale strukturforslag et for et og se på konsekvenserne:

- Sundhedsministeriet skal ifølge reformudspillet vedtage årlige udviklings- og kvalitetsplaner samt søge budgetterne vedtaget via de årlige forhandlinger om finansloven,
- Der oprettes et øverste administrativt niveau med navnet Sundhedsvæsen Danmark. Dette niveau skal udføre og sikre implementeringen af ministeriets planer og krav. Sundhedsvæsen Danmark

- skal ledes af en bestyrelse på 11 medlemmer med sandsynligvis de nuværende fem regionsrådsformænd som fødte medlemmer. Fremover skal alle udvalgsmedlemmer udpeges af ministeren. Sundhedsvæsen Danmark skal sikre, at planerne og kravene gennemføres nationalt - altså tværgående og indenfor de fem Sundhedsforvaltninger også i dybden. Dertil kommer, at Sundhedsvæsen Danmark skal overvåge, at de 21 Sundhedsfællesskaber, der oprettes som garant for nærheden i kommunerne, også retter sig efter ministeriets beslutninger.
- Under Sundhedsvæsen Danmark oprettes der fem Sundhedsforvaltninger, som træder i stedet for de fem regionsråd. Disse forvaltninger skal ledes af 6 bestyrelsesmedlemmer, som også udpeges af ministeren, og formændene skal have sæde i Sundhedsvæsen Danmarks bestyrelse i fremtiden. Sundhedsforvaltningerne får til opgave at drive det regionale sundhedsvæsen/sygehuse og implementere de retningslinjer, planer og krav, som Sundhedsvæsen Danmark sender ned i systemet, og skal som sådan stå til ansvar overfor Sundhedsvæsen Danmark både hvad angår kvalitet, patientrettigheder, prioriteringer, effektiviseringer, specialeudvikling, planimplementering, indkøb, økonomisk styring, it-styring m.m. Sundhedsforvaltningen har kompetence til at indgå aftaler med den enkelte kommune om at købe bestemte ydelser til at lette presset på hospitalerne. (en ikke uvæsentlig passus, som åbner for større køb af serviceydelser). Ellers går samarbejdet med kommunerne og de privatpraktiserende læger gennem de 21 Sundhedsfællesskaber.
  - Der oprettes 21 Sundhedsfællesskaber med udgangspunkt i akutsygehusene. Der vil i gennemsnit være 4-5 kommuner til hvert sygehus. De samles i en klynge kaldet Sundhedsfællesskaberne. Sundhedsfællesskaberne struktureres toleddet med en administrativ del og en politisk overbygning, hvor borgmestere og udvalgsformænd har sæde sammen med de ledende repræsentanter fra Sundhedsforvaltningen. Sundhedsfællesskaberne kan anbefale forskellige konkrete initiativer, men har ikke selv initiativret eller driftskompetence. Hvert initiativ og beslutning skal formuleres som indstilling, der skal forelægges de respektive byråd og Sundhedsforvaltningsbestyrelsen. I sin form - men også kun i formen - adskiller modellen sig ikke meget fra de eksisterende sundhedsudvalg og sundhedsaftaler mellem regionerne og kommunerne. Der skal med andre ord være konsensus. Også når det gælder fortolkningen af de krav og planer, som ministeriet har udarbejdet, og som Sundhedsvæsen Danmark skal sikre gennemført i de 21 Sundhedsfællesskaber, har sundhedsforvaltningerne dog det sidste ord.

Lad os tage det sidste først. Inde i Sundhedsfællesskaberne støder to interesser sammen, som de også gør det i dag. På den ene side står Sundhedsforvaltningen med et bestemt budget, krav om specialeudbygning, effektiviseringsmål, gennemløbstider mv. Altså med en bestemt logik, som kan koges ned til højt specialiseret behandling og accelererede behandlingsforløb og efterfølgende udskrivning til kommunerne eller egen læge. For at fremme den proces honoreres hospitalerne og sundhedsforvaltningerne yderligere via Nærhedspuljen på 1.5 mia. kr. - efter dokumentation. Hensigten er, at størstedelen af behandlingen på sigt skal foregå ambulante eller i det nære sundhedsvæsen. På den anden side har vi som nævnt 4-5 kommuner, der for det første kan være indbyrdes forskellige med særegen socialgeografi, demografi og ganske forskellige politiske sammensætninger, og har af samme grund vidt forskellige finansielle muligheder. Hertil kommer forskellige politisk vedtagne prioriteringer mellem de respektive kommunale forvaltningsområder (ældre, børn- og unge, sociale forhold og miljø- og teknik). Oven i det ligger der selvfølgelig flere konkrete og lokale forudsætninger for at løse de påtvungne opgaver. Men fælles for alle kommuner er, at de er underlagt frit valgs lovens bestemmelser om, at hjemmeplejen skal styres efter BUM modellen indenfor hvilken, der hverken er plads eller tid til i det daglige at udfolde det brede sundhedsarbejde så som systematisk tidlig opsporing af sundhedsproblemer, systematisk forebyggelse og rehabilitering og bred social indsats. Denne problematik burde forekomme indlysende, når besøgene hos den enkelte borger reguleres via stramme tidsskemaer, der styres af



budgetterne og den visiterede tid helt ned på detailniveau.

De faktiske forhold, barrierer for samarbejde mellem det nære sundhedsvæsen og hospitalerne og tilsvarende konfliktpotentialer er ikke afgørende ændret ved den nye struktur - tværtimod. De samme forskellige logikker tørner sammen, hvilket gennem flere år er blevet forstærket af regeringens krav om produktivitetsstigninger og faktisk underfinansiering i forhold til de pålagte opgaver både i kommuner og regioner. Den store forskel ifølge udspillet vil være, at regeringen nu gennem den *lige og ubrudte delegations- og instruktionslinje* fra ministeriet og ned til Sundhedsforvaltningen samt rammesætningen for de 21 Sundhedsudvalg har opnået ubetinget ret til at skære igennem og styre, hvad der skal styres, uden at de underliggende niveauer har nogen appelinstans, hverken lokalt, regionalt eller nationalt. Dvs. der er ikke længere en stærk politisk/administrativ lokal og regional modvægt til den herskende politik i regeringen og sundhedsministeriet. Dertil kommer, at finansministeriet i den grad får indflydelse på, hvad der kan gennemføres i det nære sundhedsvæsen gennem de årlige økonomiaftaler.

Vi får med andre ord følgende dobbeltforhold: *sundhedsministeriet bestemmer hvad og hvordan initiativer/krav skal gennemføres. Finansministeren bestemmer bl.a. kommunernes finansieringsgrundlag. Som konsekvens kan det betyde, at kommunerne for at leve op til de ministerielle krav må rykke udgifter fra andre forvaltningsområder over til sundhedsområdet.*

### **Indbyggede interessekonflikter**

Kernen i det nære sundhedsvæsen vil være den kommunale hjemmepleje og de nye og "moderne sundhedshuse", hvor det er tanken, at de privatpraktiserende læger på sigt skal samles med andet sundhedspersonale (så meget for den "private praksis). Hele nærhedsprincippet bygges op omkring disse to institutioner, der kommer til at operere efter to eller flere forskellige finansieringskilder, men hvor de vil blive underlagt samme krav fra ministeriet.

Selvfølgelig vil det være et fremskridt med sundhedshuse, men konstruktionen er ikke så uproblematisk, som det fremgår. Det samme gælder de forskellige modeller for brobygningsorganiseringen, som reformudspillet tillægger afgørende betydning. I dag og i fremtiden skal hjemmeplejen som beskrevet styres efter fritvalgsmodellen/loven, hvilket betyder, at de skal operere efter principperne indbygget i BUM modellen. Man kan således sagtens forestille sig, at man her vil have en interesse i, at sundhedshusene skal aflaste hjemmesygeplejen og hjemmeplejen. Fra den anden side vil Sundhedsforvaltningerne have en interesse i, at flere opgaver eksternaliseres til sundhedshusene, således de kliniske hensyn kommer til at overtrumfe de sociale og forebyggende hensyn. Der kan med andre ord udvikle sig en interessekonflikt, hvis driften bliver så økonomisk stram, at det lægger op til problemeksport mellem de to til tre instanser. Eller, hvad der er umiddelbart tænkeligt, at sundhedshusene rent faktisk udvikler sig til små substituerende minisygehuse, hvor opgaveopdraget i høj grad præges af Sundhedsforvaltningernes og ministeriets krav. Det skaber ikke nærhed, selv om institutionerne placeres i kommunerne. Her er det værd at bemærke, at sundhedshusene alene tilføres ekstra økonomi i opstartsfasen, men ikke til den fortsatte drift, og det står hen i det uvisse, hvilken driftsøkonomi, de får i fremtiden, bortset fra kravet til kommunerne om 25 procents medfinansiering. Men placeres den økonomiske byrde

fortrinsvis hos kommunerne, og den kommende udligningsordning ikke indbygger nogle nye forholdsregninger i forbindelse med sundhedsudgifterne, vil de mindre eller fattige kommunerne blive hårdt ramt.

Det kan man selvfølgelig ikke direkte læse ud af reformudspillet, men det fremgår dog rimeligt klart, at det forventede samarbejde mellem hjemmeplejen, sundhedshusene og Sundhedsforvaltningerne, herunder sygehusenes udgående funktioner, der skal fremme borgernes direkte adgang til sundhedsydelse, forebyggelse, tidlig opsporing, udlægning af behandlings- og plejeopgaver samt rehabilitering vil blive stillet som gennemgående krav fra sundhedsministeriet og overvåget af Sundhedsvæsen Danmark. Selvfølgelig er der sund fornuft i at lægge flere forskellige sundhedsfunktioner sammen i sundhedshusene, men den øvelse vil ikke i sig selv sikre nærhed. Der er heller ingen garanti for, at det vil reducere indlæggelser og henvendelser til hospitalerne, sådan som regeringen forudsætter. (selv om regeringen gør flittigt brug af erfaringerne fra Esbjerg, viser en efterprøvelse, at resultaterne er baseret på usikre data). Problemet i den henseende er, at regeringen allerede som udgangspunkt kalkulerer med en besparelse på 2 mia. kr. ved at reducere sygehusbesøgene med 500.000 og 40.000 færre indlæggelser på sygehusene. Skal det blive en realitet, skal der skæres drastisk ned i behovet for ambulante besøg og indlæggelser enten gennem store ændringer i hjemmeplejen, eller ved at sundhedshusene overtager en række af de ambulante opgaver og mindre indgribende operationer, som kan bremse for indlæggelser. Men der føres overhovedet ikke empirisk argumentation for, at det skal kunne lade sig gøre indenfor de eksisterende økonomiske rammer. Hvis sparebeløbet på de 2 mia. kr. så alligevel budgetteres, vil det være en påtvungen spareøvelse, som kan skubbe til og forstærke de forskellige logikker og potentielle interessenmodsatninger indenfor det nære sundhedsvæsen. I den sammenhæng er det interessant, at regeringen selv påpeger, at en række af de forløb og resultater, som den selv kalkulerer med, har den ikke forlods dokumentation for kan lade sig gøre. Der skal med andre ord først efter et indgået forlig iværksættes forskellige undersøgelser. Dvs. man angiver selv i udspillet, at der ikke er belæg for sparemålet.

Alene det forhold varsler evige kompetencekampe og konfrontationer mellem ministeriet og kommunerne, men nu uden regionerne som formidler.

Der er med andre ord i hele planen indbygget en modsætning mellem ønsket om nærhed – patienten først, og den overordnede myndighed, der vertikalt skal få det hele til at hænge sammen gennem sundhedsministeriets kvalitets- og udviklingskrav/prioriteringskrav. Disse indbyggede konfliktmuligheder både i forhold til måltal og metoder forstærkes af finansieringsmodellerne, som der knapt er gjort rede for i udspillet. Men der tegner sig dog et mønster.

### **Finansiering og konfliktmuligheder**

Ifølge udspillet skal der oprettes en ny Nærhedsfond på 6 mia. kr. til, som en overgang, at finansiere indførelsen af den nye sundhedsreform. Sådan som det fremgår af regeringens egen opstilling, er der ikke mange nye penge i den fond, og der er en alvorlig risiko for, at der må hentes flere penge på de kommende finanslove, eller at nye effektiviseringskrav/sparekrav tvinges igennem. For det første er besparelserne ved at nedlægge regionerne stærkt overvurderede. Metoden er velkendt.

Man regner besparelserne ud til 2.3 mia. kr. uden at modregne for de kommende udgifter. Der vil være udgifter til at finansiere Sundhedsvæsen Danmark og hele den stab, der skal servicere bestyrelsen og institutionen. Der kan stort set ikke spares en krone på hele det nuværende regionale administrative apparat, og de penge, der kan spares, flyttes bare over som udgifter for kommunerne. Eksempelvis i forbindelse med overflytningen af det specialiserede socialområde og trafikområdet. Hertil kommer et krav om årlige besparelser på 75 mio. kr., uden at det er konkretiseret hvordan. Så skal der findes midler gennem prioritering af finanslovsaftalen vedr. sundhed og anlæg på tilsammen 3.8 mia. kr. Men hvad skal der så ikke prioriteres? Det står der ikke noget om. Så det er, som sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen siger, **fantasipenge**. Resultatet kan som i sin tid med vedtagelsen af planen for supersygehusene ses som en nedskalering af finansieringsgrundlaget og efterfølgende discountprojekter.

Man skal i øvrigt have øje for, at Nærhedsfonden ikke har en krone til fremtidig finansiering af driften. De 6 mia. kr. er et engangsbeløb. Det betyder, at sundhedsforvaltningerne og kommunerne ud af deres respektive budgetter skal være med til at finansiere f.eks. sundhedshusene (som beskrevet skønnes udgiften at blive 750 mio. kr.). For kommunernes vedkommende vil det få som konsekvens, at skal de undgå at belaste de andre forvaltningsområder, må de presse finansministeren for større bevillinger ved økonomiforhandlingerne. Kommunerne vil selvfølgelig gå efter at få bevillingerne på blokken, hvor finansministeren vil gå efter at give dem som øremærkede bevillinger. Derved kommer kommunerne yderligere i klemme hvad angår central styring. Forestiller man sig hele det nære sundhedsvæsen udbygget ifølge regeringens udspil, kan det betyde, at kommunerne i endnu højere grad glider hen mod en de facto funktion som lokale administrative enheder og ikke som politiske enheder for det lokale selvstyre. Den tendens kan yderligere blive forstærket, hvis flere kommunerne tvinges til, som det beskrives i planen, at gå sammen om at lave kommunale sundhedsvirksomheder med egen bestyrelse for at finansiere og drive bl.a. sundhedshusene osv. I den ikke helt utænkelige proces *ligger der indbygget opskriften på yderligere kommunesammenlægninger eller virksomhedskonstruktioner, der reducerer kommunalbestyrelsernes indflydelse.*

## **Strukturreform 2.0?**

I perspektivering kan man sige, at regeringen ikke har fremlagt noget der ligner bevis for, at den nuværende politiske struktur med regionsrådene reelt står i vejen for at forbedre sundhedsvæsenet og udbygge det nære- og sammenhængende sundhedsvæsen. Regeringen har heller ikke overbevisende kunne afvise, at det eksisterende grundlag med en reduktion af underfinansieringen er tilstrækkeligt solidt grundlag for at løse de opgaver, som det forventes, at det samlede sundhedsvæsen løser i fremtiden.

Når regeringen så alligevel har fremlagt en model med en vidtgående ændring af den politiske struktur, som vil medføre en voldsom centralisering både administrativt og økonomisk, og som i det store og hele vil underlægge de fem Sundhedsforvaltninger og dele af kommunernes drift ministerielle krav og styring abonnerer det på den tanke, at man har til hensigt under "begivenhedernes pres" at reducere det kommunale selvstyre yderligere. Det vil give ministeriet og regeringen de maksimale manøvrer muligheder, herunder muligheden for at indføre strammere styringskæder og gennemføre etapevise privatiseringer indenfor udvalgte speciale/funktionsområder.

Det er jo ingen hemmelighed, at de forskellige borgerlige regeringer har haft mere end vanskeligt ved at gennemføre kravet om øget konkurrenceudsættelse og udvide den samlede offentlige forvaltnings "indre marked". Både kommuner og regionsrådene har ydet modstand, fordi hensynet til borgerne og disses demokratiske indflydelse har vejet tungere end de regeringsbestemte måltal. Eller sagt på en anden måde, så er det forbundet med mange kampe med de lokale og regionale led at tvinge en bestemt politik igennem. Det vil indlysende blive meget nemmere ved at indsætte både et embedsmandsstyre og udpege de pågældende embedsmænd. En og samme instans - ministeriet - bliver opdragsgiver og appelinstant for henholdsvis sundhedsforvaltningerne og kommunerne. Det kræver ikke meget fantasi for at se, hvem der igen og igen vil trække det længste strå. Det bliver de af ministeriet indsatte forvaltninger. Det har intet med decentralisering at gøre. Der er tale om decentring af ministeriel forvaltning, og det er noget ganske andet.

Sammenlagt er den risiko nærliggende, at den udøvende magt i Danmark yderligere styrkes på den lovgivende magts og det lokale selvstyres bekostning. En tendens der også ses indenfor andre områder, selv om det modsatte hævdes, når *ansvaret* decentraliseres. Man fortrænger igen og igen scenen for politiske beslutninger gennem styrkelse af de teknokratiske forvaltningsled og styringskæder.

*Hvis det er den bagved liggende tænkning og logik, som der kan være grund til at formode, giver det sig selv, at regionerne står i vejen.*

Men regningen for sundhedsudspillet indbyggede omkalfatring er ikke uvæsentlig. For på sin vis har det regionale politiske led opnået en vis politisk autoritet og legitimitet overfor både borgere og medarbejderne i regionerne. De nye Sundhedsforvaltninger får ingen af delene. Det får de 21 Sundhedsfællesskaber heller ikke (tværtimod). Så det er vanskeligt at få øje på, hvilken instans med tilstrækkelig autoritet og legitimitet, der skal få hele dette system til at fungere. Det er sandsynligt, at forholdsvis begrænsede lokale problemstillinger hurtigt finder vej til ministeriet og presser detailstyring igennem fra oven.

Den tendens lå indbygget i strukturreformen af 2007 og har udfoldet sig siden bl.a. indenfor beskæftigelses- og socialområdet, hvor kommunerne er blevet hægtet op på opgaver, som de kun i begrænset omfang har indflydelse på. Sker det nu også indenfor sundhedspolitikken, bliver det til at overskue, hvad kommunerne og derved det lokale selvstyre egentlig har indflydelse på.

Så udgangspåstanden er, at gennemføres sundhedsreformen i nogenlunde den form, som den er fremlagt, vil den bidrage yderligere til at reducere kommunerne til lokale forvaltningsenheder for de siddende regeringers politiske beslutninger og centrale styring. Indtil i dag har resultaterne ikke været imponerende, når skiftende regeringer har lagt detailkrav ned over de decentrale led.

## Referencer:

1. Regeringens udspil 16/1 2019: Patienten først - nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder,
2. Regeringens oplæg januar 2019: Flere hænder og større arbejdsglæde,
3. Vive 2018: Sammenhæng i patientforløb (rapport),
4. Vive 2018: Akutmodtagelserne i Danmark (rapport),
5. Folketinget Rigsrevision og Statsrevision 2019: Forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene,
6. Rigsrevisionen 2013: beretning til Statsrevisorerne vedr. sygehusbyggerier II,
7. Afrapportering juni 2017: Udvalg om det nære- og sammenhængende sundhedsvæsen,
8. Sundhedsministeriet oktober 2018: Sundheds- og ældreøkonomisk analyse,
9. Økonomi- og indenrigsministeriet 2018: Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere,
10. Mandag Morgen 29/5 2016: Foghs og Løkkes løftebrud blev til en økonomisk genistreg,
11. NB-økonomi 8/2 2019: Rod i sygehusdata: 50% af forebyggelige indlæggelser var fejlregistreret,
12. NB-økonomi 6/2 2019: Kommunerne skal betale 750 mio. kr. til nye sundhedshuse,
13. DST analyse 18/1 2019: De offentlige sundhedsudgifter er steget markant mere end de øvrige offentlige udgifter siden 2000,
14. NB-økonomi 25/1 2019: Kommunerne budgetterer med færre udgifter til pleje pr. ældre over 75 år,
15. NB-økonomi 17/1 2019: Nye kvalitetsstandarder sætter det kommunale selvstyre og udligningen under pres,
16. NB-økonomi 29/1 2019: Rapport fra Sundhedsstyrelsen skaber ny tvivl om Finansministeriets regnemodeller,
17. Artikler og kronikker skrevet af sundhedsøkonomer og forvaltningsforskere.