
ENHEDSLISTENS SUNDHEDSPOLITISKE HANDLINGSPLAN 2017

ENHEDSLISTEN

ENHEDSLISTENS SUNDHEDSPOLITISKE DELPROGRAM

INDHOLD

- 3 Indledning**
- 4 Større lighed i sundhed – indsats mod ulighed i sundhed**
 - Kommunal indsats mod ulighed i sundhed
 - Nedsat egenbetaling
 - Særligt udsatte borgere
 - Flygtninge og illegale migranter
- 5 Mere sundhed for alle – forebyggelse og sundhedsfremme**
 - Sundt og sikkert arbejdsmiljø
 - Et sundt ydre miljø
 - Sunde fødevarer
 - Tryghed under graviditet og barsel
 - Forebyggelse af folkesygdomme
 - Forebyggelse af psykiske lidelser
- 6 Et sundhedsvæsen for alle – offentligt og solidarisk**
 - Demokratisering af sundhedsvæsenet
 - Mod øget privatisering af sundhedsydelser
 - Sikring af almen praksis
 - Medicinalindustriens monopol og høje priser
 - Prioritering af teknologi og medicin
- 8 Bedre kvalitet i sundhedsvæsenet – for borgere, patienter og medarbejdere**
 - Oprustning af sygehusene, imødegåelse af overbelægning
 - Kvalitet i de kommunale tilbud
 - Sammenhæng i det nære sundhedsvæsen
 - Uddannelse og arbejdsmiljø for medarbejdere
- 9 Noter**



Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

INDLEDNING

Nærværende handlingsplan tager afsæt i Enhedslistens sundhedspolitiske delprogram, februar 2017. Handlingsplanen er tænkt som inspiration for udarbejdelse af valgoplæg inden for det sundhedspolitiske område – først og fremmest i forhold til kommunal- og regionsvalget i 2017 – men også til det løbende arbejde i folketing, kommunalbestyrelser og regionråd.

Handlingsplanen er udformet "landsdækkende" og omfatter derfor ikke lokale politiske temaer i de enkelte regioner og kommuner.

Handlingsplanen er udarbejdet af Enhedslistens sundhedspolitiske udvalg og taget til efterretning af hovedbestyrelsen, febru-

ar 2017. Man skal derfor være opmærksom på evt. senere ændringer på området.

Uanset regioner og kommuner er forskellige sektorer med hver deres specifikke opgaver i forhold til sundhed og sygdom, er der tale om de samme borgere⁽¹⁾. Nogle af forslagene vil kandidater eller valgte til kommunalbestyrelser/regions råd – qua hvervet – have direkte mulighed for at arbejde med og forholde sig til, mens andet ligger uden for kommunalbestyrelser og regionsrådenes umiddelbare kompetencer og derfor må henvises til Danske Regioners/Kommunernes Landsforenings samspil med regering eller til evt. stillingtagen i Folketinget.

STØRRE LIGHED I SUNDHED – INDSATS MOD ULIGHED I SUNDHED

Ulighed i sundhed og social ulighed hænger uløseligt sammen. Uligheden i sundhed stiger fortsat på en række vigtige områder i form af sygdomsforekomst, dødelighed, levetid, livsstilssygdomme mv.

En grundlæggende indsats for lighed i sundhed må rette sig mod levevilkår i bred forstand herunder uddannelse, indkomst, arbejdsvilkår, sociale relationer m.m.

Kommunal indsats for bekæmpelse af ulighed i sundhed

I lokal sammenhæng kan ulighed i sundhed kun nedbringes ved en bred social og sundhedsmæssig indsats kendetegnet ved, at den er: gratis, fleksibel, lokal og forankret i folks hverdag. Der skal etableres en tidlig, forebyggende og tværfaglig indsats.

Enhedslisten arbejder for:

- At alle kommuner udarbejder strategier til bekæmpelse af social ulighed i sundhed med tilhørende handlingsplaner og finansiering ⁽²⁾.
- At de kommunale strategier indtænker særlige støttende indsatser og opsøgende arbejde i daginstitutioner, skoler og fritidstilbud i "socialt udfordrede" områder.
- At kommunerne generelt styrker det opsøgende og forebyggende arbejde over for socialt udsatte grupper.
- At stat og kommuner igangsætter en indsats over for unge, der tidligt forlader folkeskolen og ikke påbegynder – eller dropper ud af – en ungdomsuddannelse.
- At stat og kommuner udformer en offensiv strategi for at øge arbejdspladsernes muligheder for at beskæftige uuddannede og kort uddannede, samt personer med nedsat arbejdsevne.
- At kommunerne koordinerer indsatsen på tværs af sektorerne og offentlige instanser, og at støtten til socialt udsatte familier samles på få hænder, såvel administrativt som praktisk.

Nedsat egenbetaling

Egenbetaling er med til at øge ulighed i sundhed og øger yderligere risikoen for udstødelse, når en syg og arbejdsløs borger ikke har råd til at få den rette behandling ⁽³⁾. Egenbetaling er således én af barriererne for lige adgang til sundhed.

Enhedslisten ønsker principielt, at al nødvendig sundhedsbehandling – dvs. også psykolog-behandling, fysioterapi, medicin, tandlægebehandling m.m. – er gratis for borgeren.

Enhedslistens arbejder for:

- At reducere omfanget af egenbetaling/brugerbetaling i forhold til en række sundhedsydelser ⁽⁴⁾.
- At medicintilskuddet får en større dækningsgrad samt fordeles jævnt over året. Det sikrer mindre udsving i udgift for den enkelte.
- At ordinerende læger/tandlæger og apoteker giver bedre vejledning om eksisterende tilskudsmuligheder.

- At lavindkomstgrupper, herunder pensionister alene med folkepension som indtægt, kontanthjælpsmodtagere, arbejdsløse, samt socialt udsatte som f.eks. misbrugere, hjemløse, sindslidende og langvarigt sygemeldte skal kunne modtage gratis tandbehandling.
- At der skabes særlige opsøgende tilbud af tandpleje og behandling til borgere, som på grund af handicap, ikke kan benytte det almindelige udbud af tandpleje/-behandling.

Særligt udsatte borgere

Særligt socialt udsatte borgere rammes mere af ulighed i sundhed med en højere frekvens af psykisk sygdom, misbrug m.m. Her er de hjemløse et særligt indsatsområde.

Enhedslisten arbejder for:

- At de offentlige sundhedstilbud søges tilpasset de socialt udsatte borgeres særlige situation.
- At der skabes særlige tilbud for hjemløse med opsøgende læge- og tandlægeordninger.
- At alle regioner har "socialsygeplejersker" med uddannelse og opgaver i forhold til særligt udsatte borgere.
- Gratis sundhedstjek for borgere med sindslidelser og for udviklingshæmmede for at undgå forkert eller for sen behandling og forkert medicinering. Regelmæssige sundhedstjek kan eksempelvis foregå via bostederne ⁽⁵⁾.

Flygtninge og illegale migranter

Ikke alle mennesker i Danmark har den adgang til sundhedsvæsenet, som landet ellers bryster sig af. For asylansøgere er retten til lægeundersøgelse således blevet fjernet som del af de nyeste stramninger på flygtningeområdet (2016). Et stort antal mennesker uden opholdstilladelse ⁽⁶⁾ er ikke omfattet af sundhedslovgivningens tilbud om sundhedsydelser til danske borgere, undtagen når der er tale om akut sygdom.

Enhedslisten arbejder for:

- At mennesker, der opholder sig i Danmark – uanset deres opholdsstatus – har krav på sundhedshjælp og behandling af sygdom på lige fod med danske statsborgere.
- Enhedslisten støtter derfor, at civilsamfundet ⁽⁷⁾ har taget en række initiativer til at yde disse mennesker behandling m.m. og arbejder for, at mennesker uden opholdstilladelse sikres:
 - ret til behandling i det etablerede hospitalsvæsen,
 - ret til svangreomsorg og fødsel uden vederlag for alle kvinder,
 - børnevaccination til alle børn, uanset forældres opholdsstatus.

MERE SUNDHED FOR ALLE – FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME

En sundhedspolitik, der skal bekæmpe uligheden i sundhed, kræver indsats på tværs af politik-områder.

I denne indsats for at forbedre menneskers opvækst- og levevilkår, indgår også at kunne påvirke menneskers daglige omgivelser, at sikre bedre forebyggelse og opfølgning i sundhedsvæsenet og at mindske de usunde forbrugstilbud og fremme de sunde valgmuligheder.

Her følger først nogle få eksempler på en nødvendig indsats på andre områder end i sundhedsområdet.

Sundt og sikkert arbejdsmiljø

Alle skal have ret til et godt arbejdsmiljø. Dårligt arbejdsmiljø bidrager også til at skabe ulighed i sundhed⁽⁸⁾. Der skal være særlig fokus på områder, som er præget af højt arbejdstempo, lav indflydelse på eget arbejde, midlertidige ansættelser og utryghed.

Enhedslisten arbejder bl.a. for:

- Styrkelse af Arbejdstilsynet og en udvidet tilsynspligt. Derfor skal tilføres flere penge til at ansætte medarbejdere i Arbejdstilsynet.
- Adgang til at vælge arbejdsmiljørepræsentanter på arbejdspladser med mindst fem ansatte og sikring af medbestemmelse i forhold til virksomhedens sundhedspolitik.
- At alle arbejdspladser som en del af APV skal udforme en handlingsplan til forebyggelse af sundhedsrisici.
- Mere fokus på det organisatoriske og sociale arbejdsmiljø (psykisk arbejdsmiljø), herunder at der udarbejdes en bekendtgørelse om dette, hvori bl.a. indgår forebyggelse af stressbetinget sygdom⁽⁹⁾.
- Igangsætning af projekter med fokus på arbejdsmiljø og sundhed på arbejdspladser, hvor de ansatte er nedslidnings- og udstødningstruet.
- At der etableres lovbaseret arbejdsmiljørådgivning.
- At det offentlige går foran, og at offentlige arbejdspladser indrettes, så medarbejderne sikres et godt arbejdsmiljø – til gavn for både borgere og medarbejderne.
- At det offentlige tilsikrer, at der ved udbud- udlicitering er ansvar i alle led (kædeansvar) for arbejdsmiljøet, for at imødegå konkurrence på dårligt arbejdsmiljø.

Et sundt ydre miljø

- Der pågår løbende politisk kamp om at give landbrug, industri og transport adgang til forurening af miljøet – først og fremmest: vand og luft.⁽¹⁰⁾ Tilsvarende er det ikke lykkedes effektivt at bekæmpe især landbrugets overdrevne brug af antibiotika og dermed skabelse og udbredelse af resistente bakterier⁽¹¹⁾.

Indsatsen mod skadelige kemikalier i brugsgenstande, kosmetik m.m. går for langsomt. Arbejdet med forbud hæmmes af procedurerne i EU, der tilgodeser industrien frem for at beskytte forbrugere.

Enhedslisten arbejder for:

- At der etableres "sprøjtefri" zoner samt generelt forbud mod anvendelse af pesticider, der kan påvirke grundvandet.
- At anvendelse af antibiotika til dyr begrænses til behandling af sygdom.

- Forbud mod hormonforstyrrende stoffer, der bl.a. mistænkes for at forringe sædkvalitet og forårsage kræft.
- Begrænsning af trafikforurening.

Sunde fødevarer

Kosten har stor betydning for den enkeltes sundhed. Mange sygdomme skyldes eller fremmes af et kostmønster med ensidig, næringsfattig og fed kost – et mønster som allerede kan grundlægges i barndommen.

Den enkeltes indtag af mad og drikke er i høj grad kulturelt og socialt bestemt, men prisen spiller også en rolle, hvilket især har betydning for lavindkomstgruppen. Vi oplever en stadig konkurrence om prisen på mad- og drikkevarer, som indebærer produktion og salg af mange næringsmæssigt underlødige produkter.

Enhedslisten arbejder for:

- Nationalt fastsatte prispolitikker med høje priser på usunde varer og lave priser på sunde varer f.eks. via differentieret moms og andre afgifter, så sunde fødevarer herunder økologiske fødevarer bliver billigere, mens usunde fødevarer bliver dyrere⁽¹²⁾.
- At offentlige institutioner/arbejdspladser skal tilbyde sunde (økologiske), billige måltider til deres brugere/ansatte.

Tryghed under graviditet og barsel

Den socialt betingede ulighed i sundhed præger mennesket allerede fra fosterstadiet, under fødslen og i spædbarnsalderen. For tidlig fødsel, for lav fødselsvægt, medfødte defekter og dårlig trivsel hos nyfødte har bl.a. sammenhæng med moderens helbreds- og levevilkår.

Enhedslisten arbejder for:

- Sikring af et offentligt tværfagligt tilbud om fødselsforberedelse med opsøgende indsats over for risikogrupper samt et tilsvarende tilbud efter fødslen.
- Sikring af de anbefalede forebyggende undersøgelser under svangerskabet som et offentligt tilbud.
- At der i samspil med den fødende tilbydes optimale rammer for barsel med tilstrækkelig kontinuerlig bistand fra jordemoder, herunder at der tages særligt hensyn til mødre/familier i risikogrupper.
- Et tæt, opsøgende samarbejde mellem sundhedsplejen og egen læge m.fl., for fra begyndelsen at understøtte barnets og den nye spædbørnefamilies sundhed og livsvilkår.

Forebyggelse af folkesygdomme⁽¹³⁾

En meget stor del af befolkningen lider af én eller flere kroniske sygdomme.

Flere af de kroniske sygdomme rammer i højere grad socialt dårligt stillede grupper end andre, og konsekvenserne af sygdom er ofte mere indgribende for disse. Disse sygdomme bidrager således til en stor del af den socialt betingede ulighed i sundhed.

En indsats i forhold til opvækst- og levevilkår, mod fysisk og psykisk nedslidning og forurening og for en styrkelse af sociale rela-

tioner må – jf. de foregående afsnit – indgå i forebyggelsen af de udbredte kroniske sygdomme. Også den enkeltes livsstil i form af kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner spiller en afgørende rolle ⁽¹⁴⁾. Uanset livsstil i høj grad er kulturelt og socialt bestemt, skal sundhedsskadelig livsstil søges modvirket.

Enhedslisten arbejder for:

- At der er tilbud om sunde måltider, kostvejledning, madlavning, motion og bevægelse på skoler og i børne- og ældreinstitutioner. Aktiviteterne skal målrettes specifikt til de forskellige målgrupper.
- At sygehusene i tæt samarbejde med kommuner og praksisområdet sikrer opfølgende behandling og rehabilitering efter indlæggelses- og udskrivningsforløb bl.a. med henblik på sygdomsforebyggelse.
- At der sikres særlig støtte, hvor psykisk lidelse er en del af patientforløbet.
- At personlig vejledning og støtte samt medinddragelse skal være et generelt tilbud til særligt udsatte (f.eks. personer med mange sygdomme og uden netværk). Ansvaret for dette skal aftales mellem praktiserende læge, kommuner og sygehuse.
- At kommuner og regioner styrker den sunde livsstil og udmønter ryge-, kost- og motionspolitikkerne.
- At tilgængelighed til tobak og alkohol begrænses. Enhedslisten støtter op om Sundhedsstyrelsens forslag til metoder til at nedsætte unges tobaksrygning.

Forebyggelse af psykiske lidelser

Ud over de mange fysiske helbredsrisici i vores samfund, betyder ikke mindst det økonomiske konkurrencesamfund med dets præstations- og forbrugsræs, at mange rammes af dårlig mental

sundhed bl.a. i form af stress, depression og angst. Den ulykkeligste udgang på mental mistrivsel og psykisk lidelse ser vi bl.a. af den fortsat høje danske selvmordsrate. ⁽¹⁵⁾

Enhedslisten arbejder for:

- Styrkelse af det nære sundhedsvæsens indsats over for psykiske lidelser.
- Fokus på indsats for mental sundhedsfremme i skoler og på uddannelsesinstitutioner, herunder forstærket indsats mod mobning.
- Fokus på angst og selvskade hos unge.
- Stærkere opbygning af lokale forebyggelsestilbud herunder styrkelse af kommunernes indsats, oprustning af de praktiserende lægers indsats, udbygning af psykologers tilbud, samt udadgående rådgivning og bistand fra de psykiatriske hospitalsafdelinger.
- At der etableres lokale akutte plejetilbud til krisehåndtering, der ikke nødvendiggør indlæggelse.
- At mulighederne for offentligt dækket psykologhjælp udbygges.
- At der etableres akut udadgående funktioner fra de psykiatriske hospitalsafdelinger.
- Oprettelse af flere psykiatriske sengepladser, idet erfaringerne viser, at mange psykiatriske patienter – som pga. manglende kapacitet ikke indlægges – efterlades uden tilstrækkelig behandling og omsorg.
- Udarbejdelse af en ny national handlingsplan for forebyggelse af selvmord, med forpligtende indsatser for både kommuner, regioner og stat.
- Etablering af offentlig døgnåben telefonrådgivning for selvmordstruede.

ET SUNDHEDSVÆSEN FOR ALLE – OFFENTLIGT OG SOLIDARISK

I Danmark har vi med årtiers opbygning af velfærdssamfundet gennem et skattefinansieret sundhedsvæsen sikret læge- og sygehusbehandling, fødselshjælp, sygepleje, genoptræning o.l. til borgerne, uden at disse selv skal betale eller have tegnet sundhedsforsikring.

Enhedslisten arbejder for, at alle borgere på lige fod – uanset deres sociale, kønsmæssige eller etniske baggrund – tilbydes den bedst mulige behandling og med størst mulig inddragelse af borgeren selv i behandlingsforløbet.

Demokratisering af sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet er underlagt betydelig styring fra Folketing og regering. Først og fremmest via lovgivning, men også gennem direkte styring af især kommunernes og regionernes økonomiske muligheder og ikke mindst sygehusvæsenets konkrete opbygning, jf. udviklingen af akutafdelinger og byggeriet af "supersygehuse". Der er risiko for, at sygehusvæsenet skævvrides, når der fra centralt hold fastlægges nye prioriteringer, som tiltrækker ressourcer fra andre dele af sundhedsvæsenet.

Enhedslisten ønsker, at sundhedsvæsenet ikke alene styres efter effektivitet og kvalitet, men også efter sikring af reelt lige adgang og med mulighed for ligestilling i kontakten med borgeren.

Enhedslisten arbejder for:

- At kompetencen til at styre eget sundhedsvæsen tilbageføres til regionsrådene, som også bør have en tilsvarende økonomisk selvstændighed.
- At aktivitetsbestemt finansiering fjernes, og at der budgetteres realistisk på baggrund af politisk fastlagte aktivitetsniveauer.
- At de fagpersoner, som varetager opgaverne, har fornøden faglig autonomi til – i et samspil med borgeren/patienten – at kunne udvælge og aftale relevante behandlings-, pleje- og rehabiliteringstilbud m.m. til den enkelte borger/patient.
- At der udvikles evalueringsmodeller, som også inddrager borgernes/patienternes perspektiv, til anvendelse for udviklingen af sundhedsvæsenets tilbud.

Mod øget privatisering af sundhedsydelser

Der pågår løbende politisk kamp om at give "privathospitaler"⁽¹⁶⁾ adgang til "sundhedsmarkedet". Det offentlige sygehusvæsen, dvs. regionerne, skal i dag overlade opgaver (og betaling) til "privathospitaler", når det offentlige sundhedsvæsen ikke kan leve op til lovgivnings krav om eksempelvis tidsfrister for udredning/behandling⁽¹⁷⁾.

Risikoen er, at det offentlige sygehusvæsen drænes for kvalificeret personale, og at kvaliteten dermed forringes, samtidig med det samme sundhedsvæsen skal bære betalingen (incl. profit) af "privathospitalerne" for ydelserne.

Enhedslisten ønsker i stedet at fremme et gratis velfungerende sundhedsvæsen som en grundsten i vores fælles skattefinansierede velfærdssystem.

Enhedslisten arbejder for:

- At bevare og udbygge det offentlige sundhedsvæsen herunder, at sundhedsvæsnet sikres et tilstrækkeligt personale – såvel med hensyn til antal og kompetencer.
- At det offentlige sundhedsvæsen sikres tilstrækkelige ressourcer til reduktion af ventelister i forhold til udredning og behandling, men også ressourcer til reduktion af overbelægning.
- At der anvendes fleksible ventetidsgarantier for udredning og behandling i det offentlige sundhedsvæsen, således at de livstruende og alvorligste sygdomme altid varetages først.

En stor del af det præhospitalt akutberedskab – ambulancer, akutbiler og akutlægebiler m.m. drives af private udbydere med heraf følgende problemer med udvikling og samspil med det øvrige sundhedsvæsen.

Enhedslisten arbejder for:

- At det præhospitalt akutberedskab drives som en del af det offentlige sygehusvæsen.

Sikring af almen praksis

Enhedslisten mener, at den alment praktiserende læge – "familie-lægen" – har en helt central funktion i det danske sundhedsvæsen. Derimod mener Enhedslisten ikke, at det nødvendigvis er en forudsætning, at den pågældende selv skal købe sin praksis og dermed betale for sin adgang til at virke som praktiserende læge. Denne organiseringsform giver flere og flere "huller" i landets dækning med praktiserende læger.

Når den nuværende organisering af praktiserende behandle-re under den offentlige sygesikring – alment praktiserende læger, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer m.fl. – ikke kan sikre høj faglighed, god geografisk dækning og lokal betjening med godt serviceniveau samt en rimelig økonomi, skal der som alternativ sikres mulighed for direkte offentlig organisering og ansættelse af de pågældende faggrupper. I denne forbindelse må det sikres, at kapacitet og behandlings-kvalitet ikke kan påvirkes negativt af lokale budgetbesparelser o.l.

Enhedslisten arbejder for:

- At der også er lægedækning i socialt belastede- og udkants-områder.
- At regionerne skal kunne oprette og drive lægeklinik ⁽¹⁸⁾.
- At regionerne gennemfører forsøg med forskellige former for "ejerforhold" i forhold til almen praksis, herunder at lægepraksis med regional støtte kan etableres som andelsforetagender.
- At regionerne kan ansætte sygeplejersker, socialrådgivere og andre faggrupper, der kan supplere læger i områder med ringe lægedækning.
- At universiteterne øger optaget til lægestudierne.

Medicinalindustriens monopol og høje priser

De seneste år er de samfundsmæssige udgifter til medicin vokset eksplosivt først og fremmest ved introduktion af ny medicin. Det giver pga. patentrettigheder de enkelte medicinalfirmaer monopolstatus med heraf følgende muligheder for at tage en overpris for de enkelte produkter.

Da det ikke tidligere i Danmark har været muligt at prioritere anvendelsen af ny medicin, har stadig øgede omkostninger hertil medført, at regionerne inden for det fastlagte budget har måttet prioritere/spare på andre opgaver.

I 2016 har folketingets partier imidlertid vedtaget en række principper for prioritering inden for sygehusmedicin, som efterfølgende er indgået i grundlaget for regionernes nye Medicinråd ⁽¹⁹⁾.

Enhedslisten arbejder for:

- At prisniveauet på medicin generelt reduceres.
- At regionerne kompenseres i situationer, hvor introduktion og anvendelse af "ny dyr medicin" udhuler budgetterne.
- At "ny dyr medicin" indgår i prioriteringsarbejdet (se afsnittet: Prioritering af teknologi og medicin).
- At der arbejdes på en mere retfærdig patentordning, hvor udstedelse af patenter sker mod ret til køb af produktet til en rimelig pris.
- At staten skal have adgang til at fastlægge "maksimalpris" for et givet produkt.
- At "egenproduktion" i offentligt regi understøttes gennem lovgivningen.

Prioritering af teknologi og medicin

Der pågår hele tiden – både på det overordnede plan og i det daglige arbejde med patienter – prioriteringer baseret på faglige skøn i forhold til hvilke sygdomme, der udredes og behandles, herunder hvilke behandlingsmuligheder og tidsrammer der tilbydes for en given sygdom.

Prioriteringer vil altid bygge på de økonomiske muligheder og begrænsninger. Når sundhedsvæsenet til stadighed inddrager nye behandlingsformer og flere behandlingsmuligheder er det vigtigt, at den overordnede prioritering gøres synlig og bliver et politisk spørgsmål.

Enhedslisten arbejder for:

- At det danske prioriteringsarbejde organiseres gennem et nationalt prioriteringsråd samt i et særligt institut for medicinsk teknologivurdering (MTV-institut). Dette kan evt. ske inden for et nordisk samarbejde.
- At det nationale prioriteringsråd skal rådgive regeringen, regionerne og Kommunernes Landsforening. Rådet baserer sin rådgivning på MTV – instituttets resultater og udenlandske erfaringer. Rådet skal være høringspart i forhold til relevant lovgivning og skal arbejde for at skabe debat og formidle informationer.
- At et MTV institut skal være centralt placeret i den nationale sundhedsplanlægning med høj grad af selvstændighed.
- At et MTV institut forudsættes at afholde høringer og inddrage både eksperter, brugere og repræsentanter fra industrien i sin virksomhed. Instituttet forudsættes at anvende anerkendte videnskabelige metoder, men skal ikke selv udøve forskning.

BEDRE KVALITET I SUNDHEDSVÆSENET – FOR BORGERE, PATIENTER OG MEDARBEJDERE

I forbindelse med kommunal- og sundhedsreformen 2007 besluttede Sundhedsstyrelsen, at der skulle oprettes fælles akut-modtagelser landet over, med heraf følgende store omstruktureringer af sygehusene. Der bygges i disse år en række "supersygehuse", som ligeledes indebærer yderligere strukturændringer.

Staten har samtidig haft et fast krav om en årlig - ufinansieret - 2 % produktivitetsstigning.

De heraf følgende store omstruktureringer og sparerunder i de enkelte regioner har betydet et stort pres på sundhedsvæsenets personale, som ud over at skulle bære en del af besparelserne i form af afskedigelser, også har skullet "løbe stadigt hurtigere".

Enhedslisten ønsker at vende denne udvikling med et reelt økonomisk løft til sundhedssektoren. Når sundhedsvæsenet skal løse flere opgaver, skal pengene følge med.

Oprustning af sygehusene, imødegåelse af overbelægning

På baggrund af anbefalingerne fra det såkaldte Erik Juhl udvalg⁽²⁰⁾ har regionsrådene - efter aftale med skiftende regeringer - systematisk øget antal ambulante behandlinger og samtidig reduceret sengepladser - omkring 2000 medicinske senge de seneste 10 år⁽²¹⁾. Derfor er hyppig og stor overbelægning blevet almindelig på sygehusene. Overbelægning indebærer, at personalets arbejdstempo er kraftigt opskruet med risiko for stress, udbændthed og flere fejl i behandling og pleje med heraf følgende forøget risiko for død eller forværring af sygdom⁽²²⁾.

Omlægningen har også medført hurtigere og tidligere udskrivning, hvorved kommunerne skal modtage patienter med større pleje- og rehabiliteringsbehov end før, hvilket kræver både ressourcer og kompetencer.

Enhedslisten arbejder for:

- At regionerne ophører med at reducere sengekapaleten på medicinske og akutte afdelinger,
- At personalenormeringen på medicinske og akutte afdelinger øges.
- At kravet om årlige ufinansierede aktivitetsstigninger i sundhedsvæsenet ophører.
- At det kommunalt ansatte sundhedspersonale sikres relevant uddannelse i forhold til de ændrede opgaver.
- At der sikres midler til øget samarbejde på tværs af sundhedssektorerne om at sikre relevant pleje, behandling og rehabilitering for de berørte befolkningsgrupper.

Kvalitet i de kommunale tilbud

De hyppige sparerunder i kommunernes social- og sundhedsvæsen rammer ofte først og fremmest de forebyggende tilbud, som ikke mindst er essentielle for borgere med kroniske lidelser. Besparelser medfører derudover mangel på kapacitet og dermed ventetider for sygepleje og træningstilbud, som igen bevirker dårlige borger-/patientforløb med risiko for unødigt funktionstab og genindlæggelse⁽²³⁾.

Enhedslisten arbejder for:

- At kommunerne pålægges at udarbejde sundhedsstrategier/-planer med udtrykkelige mål for servicen over for borgerne, og at der således afsættes relevante midler til deres opfyldelse⁽²⁴⁾.
- En fortsat udvikling af kommunernes målrettede forebyggelsestilbud⁽²⁵⁾, så tilbuddene som minimum lever op til anbefalede patientforløb for kronisk syge samt Sundhedsstyrelsens forebyggelsepakker⁽²⁶⁾, om nødvendigt ved samarbejde på tværs mellem kommunerne.
- En udvikling af det lokale opsøgende og forebyggende arbejde over for socialt og kulturelt udsatte grupper f.eks. via lokale social- og sundhedscentre i større boligområder med sociale udfordringer.
- At der etableres kommunale akutfunktioner, der kan tage imod eksempelvis ældre medicinske patienter og yde omsorg, tryk og pleje, samt begynde rehabilitering, blandt andet i forbindelse med visse typer akut sygdom og ved udskrivning fra sygehusene⁽²⁷⁾.
- At der er akut sygeplejerske døgnberedskab i alle kommuner.
- At kapaciteten inden for såvel rehabilitering som genoptræning og vedligeholdelsestræning øges, så der ikke opstår ventetider i patientforløbet.

Sammenhæng i det nære sundhedsvæsen

Uanset sundhedsreformens intentioner og pålæg om at udbrede og forbedre samarbejdet mellem kommuner, regioner og almen praksis, er der samtidig indført økonomiske tilskyndelser for begge myndigheder, som i mange tilfælde modarbejder fælles mål for behandlingen.

Eksempelvis "belønnes" sygehusene for antal indlæggelser, mens kommunerne kan reducere deres aktivitetsafhængige betaling ved at undgå indlæggelse. Derudover hæmmes de fælles mål i kraft af de snævre økonomiske rammer, som skiftende regeringer har lagt for kommuner og regioner⁽²⁸⁾.

Enhedslisten arbejder for:

- At regering og Folketing lempes de økonomiske rammer for regioner og kommuner, og at der tilføres midler til målrettet understøttelse af samarbejdsaftaler, så det bliver muligt at realisere intentionerne i samarbejdet om patienterne.
- At samarbejdet mellem sygehuse og kommuner forbedres, bl.a. via aftaler, der sikrer at kommunerne - når der vil være behov for kommunal opfølgning - har kendskab til indlagte borgere og så tidligst som muligt inddrages i indlæggelses- og udskrivningsforløbet⁽²⁹⁾.
- At sygehusene til patienter med komplekse sygdomme knytter en koordinator med handlingskompetence på tværs af sygehuse og primærsektoren.
- At sygehusene etablerer udgående teams til støtte for almen praksis og kommunens varetagelse af pleje-, behandlings- og rehabiliteringsopgaver til kronisk syge og syge ældre i eget hjem eller de kommunale akutfunktioner.
- At overenskomster for almen praksis og øvrige behandlere i

praksissektoren understøtter relevant opfølgning og efterbehandling efter hospitalsindlæggelse/behandling, herunder at lægen har tilstrækkelig tid til patienter med særlige behov, samt tid til dialog med sygehuse og kommuner.

- Opbakning til etablering af lokale samarbejdsrammer, f.eks. i form af sundhedshuse⁽³⁰⁾, hvor kommunale og regionale sundhedstilbud samarbejder om patienterne.
- Sikring af akutberedskabet – ambulancer, akutbiler og akuttægebiler suppleret med akuttægehelikoptere – gennem en fortsat udvikling af et højt serviceniveau i hele landet og med uddannelse af personalet på et højt fagligt niveau.

Uddannelse og arbejdsmiljø for medarbejdere

Ansatte i sundhsvæsenet lider ofte under dårlige arbejdsforhold med høj grad af stress. Noget som bl.a. viser sig ved mange sygemeldinger, afskedigelser pga. sygdom m.m., som blot gør en presset arbejdssituation endnu mere presset. Dette er uholdbart for personalet, og dermed for patienter og borgere. Enhedslisten mener, at uddannelse og reel medindflydelse (arbejdspladsdemokrati) er centrale værktøjer til at løse op for denne situation.

Derimod modsætter Enhedslisten sig effektiviseringstiltag gennem udlicitering eller "konkurrenceudsættelse", som erfaringsmæssigt blot fører til øget nedslidning af medarbejderne.

Enhedslisten arbejder for:

- At der ansættes tilstrækkeligt personale – ikke alene i forhold til kerneopgaverne (behandling, pleje m.m.), men også i forhold til undervisning, egen uddannelse, forskning mm.
- At der for alle faggrupper i sundhsvæsenet udvikles anbefalet efteruddannelse, som tilbydes den enkelte ansatte efter et fastlagt antal års ansættelse.
- At midler til personaleuddannelse for de enkelte faggrupper gøres synligt i regionale og kommunale budgetter⁽³¹⁾.
- At arbejdsgiverne – såvel private som offentlige – inden for sundhsvæsenet skal forpligtes til at finansiere og sikre sundhedspersonalets deltagelse i godkendt efter- og videreuddannelse. Dette skal ske på et sådant niveau, at privat sponsoring overflødiggøres.
- At der afsættes midler til systematiske arbejdsmiljøforbedringer.

NOTER

1. Traditionelt er der forskel på sprogbrugen i sygehusvæsen og kommuner, hvor klienterne i sygehusvæsenet har været omtalt som patienter, medens kommunerne – i sundhedspolitisk sammenhæng – almindeligvis har anvendt benævnelsen borgere. I denne handlingsplan anvendes begge betegnelser.
2. Helsingør Kommune udarbejdede som den første kommune i Danmark en strategi mod social ulighed i sundhed (Forebygelse af social ulighed i sundhed – strategi 2010-2015).
Strategien skulle danne udgangspunkt for alle relevante kommunale aktørers fælles forståelse for området og dets betydning for folkesundheden samt muligheder for handlinger...
Borgere tilhørende udsatte grupper blev beskrevet via kommunens data for ledighed, borgere på overførselsindkomst og langtidsledige. Særligt udsatte borgere blev ligeledes kortlagt via kommunale data over tilbud til misbrugere af alkohol og stoffer, hjemløse, sindslidende og voldsramte kvinder og deres børn.
Strategien afsluttedes med konkrete strategiske mål for kommunens strukturelle forebyggelse for den halvdel af Helsingørs borgere med den korteste uddannelse og den laveste indkomst og de socialt udsatte borgere.
3. Danskernes hverdagsproblemer, Trykghedsmåling 2013, Jacob Andersen, Anders Hede og Jørgen Goul Andersen s. 57: "Der er heller ikke helt få, der savner goder, som næsten anses for livsnødvendigheder i Danmark anno 2013. F.eks. tyder tallene på, at ca. 200.000 danskere i første del af dette år undlod at købe lægeordineret medicin, fordi de ikke havde råd."
4. En del af udgiften til de nævnte sundhedsydelsers afholdes af regionerne via sygesikringen. Borgernes egenbetaling udgør op til 60 % af behandlingsprisen, for tandoperationer ofte langt mere. For medicin kan borgerens udgift højst andrage 4.000 kr. årligt (sove- og nervemedicin undtaget).

Til borgerens egenbetaling kan kommunen herefter yde tilskud efter pensionsloven, samt Lov om aktiv socialpolitik og Lov om social service.

5. Danskere med psykiatriske lidelser lever op til 20 år kortere end resten af befolkningen, mens udviklingshæmmede lever knap 15 år kortere end gennemsnittet.
6. Med anvendelsen af termen: "mennesker uden opholdstilladelse" tages ikke stilling til deres opholdsstatus i øvrigt.
7. Der befinder sig mellem 1.000 – 5.000 udokumenterede migranter i Danmark. Hertil skal lægges ansøgere om familiesammenføring, som heller ikke har ret til sundhedshjælp.
I 2011 åbnede Røde Kors i samarbejde med Lægeforeningen og Dansk Flygtningehjælp en sundhedsklinik i København. Klinikken tilbyder basal sundhedshjælp til mennesker uden opholdstilladelse. Klinikken har oplevet en konstant stigning i antallet af henvendelser. Dette har dels ført til udvidede åbningstider, men også til udvidelse af tilbuddet med etablering af bl.a. tandlæge. En stor del af patientgruppen udgøres af gravide kvinder, som er en særlig sårbar gruppe.
Siden klinikken åbnede har den behandlet 2400 patienter, som har besøgt klinikken mere end 7000 gange.
Sundhedsklinikken to afdelinger i København og Aarhus er registreret i Sundhedsstyrelsen som privat klinik. Det betyder, at Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med klinikken.
Kilde: Røde Kors
8. I 2006 blev 77 ud af 1000 mænd i alderen 20-39 år behandlet på sygehus for en arbejdsskade. Dette gjaldt mænd med kort uddannelse, for mænd med lang uddannelse var tallet 12 ud af 1000. For kvinder er der også en tydelig forskel, omend mindre.
Kilde: Ulighed i sundhed – årsager og indsatser, Sundhedsstyrelsen 2011.

9. I forbindelse med lov om arbejdsskadesikring udarbejdes en liste med fortegnelse over erhvervs sygdomme, anmeldt fra 1. januar 2005, som danner grundlag for stillingtagen til konkrete anmeldelser. Heri nævnes om psykisk sygdom: posttraumatisk belastningsreaktion og depression med nær tidsmæssig sammenhæng med belastningen, hvilket er meget begrænset.
10. Det drejer sig bl.a. om udledning af kvælstof og fosfor til vandløb og fjernelse af NO_x-afgiften – en afgift på brændsler, hvor der ved forbrænding sker udledning af NO_x til luften.
11. Hvert eneste år dør over 25.000 europæere som følge af infektioner med bakterier, der har udviklet resistens mod antibiotika. Behandlinger, der plejede at være effektive, har mistet deres effekt. En af de store syndere er overforbrug af antibiotika til både mennesker og dyr.
Kilde: Miljø- og fødevarerministeriet
12. Borgerne i Danmark efterlyser i høj grad, at det "sunde" bliver billigere, og at det "usunde" bliver dyrere. I en undersøgelse fra Trygfonden i 2012 bakker 80 % op om differentieret moms på fødevarer.
Omlægningen af afgifterne på drikkevarer i 2013 gjorde det billigere at drikke sodavand og øl. Det har ført til, at der nu drikkes langt mere sodavand end førhen. Blandt eksperter i folkesundhed er der en klar forventning om, at det vil betyde flere overvægtige børn og flere livsstilssygdomme f.eks. diabetes.
13. De otte folkesygdomme, som Sundhedsstyrelsen i sin tid udpegede som indsatsområde for forebyggelsen, er:
- Psykiske lidelser,
 - Muskel- og skeletsygdom,
 - Overfølsomhed/astma og allergi,
 - Hjerte/karsygdom,
 - Forebyggelig kræft,
 - Diabetes,
 - Kronisk lungesygdom,
 - Knogleskørhed.
14. En stigende andel af befolkningen har svær overvægt ("fedme-epidemien") og som følge heraf har også flere type 2-diabetes, som især rammer mennesker med kort eller ingen uddannelse og lav indkomst.
15. I 2012 tog 680 danskere deres liv. Det er det højeste tal i ti år. Især mænd er blandt ofrene for selvmord, mens især unge kvinder har mange selvmordsforsøg.
16. Foruden regionernes sygehusvæsen er der over en årrække etableret en række "privathospitaler" – i sundhedsloven anvendes betegnelsen: privatejede sygehuse – som typisk kan varetage enkelte specialiserede funktioner inden for diagnostisering og behandling, hvor hensigten med etableringen af det enkelte "privathospital" er at opnå en profit til kapitalejeren ved at tage betaling for ydelserne af klienterne eksempelvis via en sundhedsforsikring.
"Privathospitaler" har generelt mulighed for at indtjene profit ved at udnytte, at de ikke har de samme forpligtigelser som sygehusvæsenet – at de ikke skal tilbyde behandling inden for alle sygdomsområder, at de ikke skal være døgndækkende eller indgå i akutberedskab, at de ikke skal medvirke i forskning eller uddannelse af personale osv. Dette forhold giver samtidig "privathospitalerne" mulighed for at konkurrere med det offentlige sygehusvæsen om den kvalificerede arbejdskraft både med hensyn til arbejdsvilkår og aflønning.
17. Ved ændring af sundhedsloven er pr. 1. oktober 2016 indført en behandlingsret, som indebærer, at hvor regionen ikke inden for en måned kan tilbyde behandling (efter endt udredning eller modtaget henvisning) skal regionen tilbyde behandling på sygehus i en anden region eller på et privatejet sygehus.
18. Under de nugældende regler skal regionerne i tilfælde af ledige praksis ("ydernumre") først søge at afsætte dem til andre læger i området. Hvis det ikke er muligt, så udbyde dem til privat driftsform. Og kun hvis dette heller ikke er muligt, kan drift i offentligt regi finde sted i en højst 4-årig periode.
19. Folketingets partier vedtog i foråret 2016 følgende syv prioriteringsprincipper for sygehusmedicin: Faglighed, uafhængighed, geografisk lighed, åbenhed, hurtig ibrugtagning af ny, effektiv medicin, mere sundhed for pengene og adgang til behandling.
Kilde: Sundheds- og ældreministeriet
Med baggrund heri har Danske Regioner i 2016 etableret et medicinråd, som ud fra en vurdering af nye lægemidlers længere levetid, færre bivirkninger og øgede livskvalitet indplacerer lægemidlerne i en af seks kategorier sammenlignet med nuværende standardbehandling. Placeringen får betydning for prisforhandlingerne med lægemiddelvirkomhederne. Jo højere kategori, desto mere er regionerne villige til at betale for et nyt produkt.
Medicinrådet skal også vurdere ny og eksisterende medicin i forhold til, hvordan forskellige lægemidler inden for samme terapiområde skal placeres i behandlingsvejledninger.
Det forventes, at ny medicin kan blive vurderet i løbet af 3-4 måneder, og at medicinrådet kan udarbejde nye behandlingsvejledninger på 6 til 8 måneder.
I 2016 indgik regeringen sammen med Danske Regioner en aftale med Lægemiddelindustrien om en ny prisaf tale om prisreduktion over en treårig periode. Aftalen omfatter, at listepri serne sænkes med 10 procent over en 3-årig periode, og den eksisterende referenceprismodel ændres, så der fremadrettet sker en genberegning af listepri serne på ny sygehusmedicin, i takt med at medicinen introduceres i en række udvalgte lande. Det er hovedprincipperne i en ny aftale, som Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet i dag indgår med Lægemiddelindustri foreningen.
Kilde: Sundheds- og Ældreministeriets hjemmeside, 1.4.2016
20. Regionernes investerings og sygehusplaner – screening og vurdering, afgivet af regeringens ekspertpanel (Erik Juhl udvalget), november 2008, s. 35: "Det er endvidere panelets vurdering, at overvejelser i forhold til den fremtidige udvikling, sammenholdt med regionernes forskelligartede behovs fremskrivning, understøtter en differentieret tilpasning i regionernes dimensionering med udgangspunkt i en forventet stigning i antal ambulante behandlinger på omkring 50 pct. og en forventet senge-reduktion på omkring 20 pct. i perioden fra 2007 til 2020".

21. Eksempelvis reducerede Region Midtjylland i perioden 2007 – 2012 antal medicinske senge og akut-afdelingssenge med 502 senge fra 1745 til 1243 svarende til en reduktion på 29 %
Kilde: Region Midtjylland
22. Regeringen indgik 2016 en aftale om 415 mio. kr. til en akutupakke mod overbelægning sygehusene.
Akutupakken yder midler til: Øget kapacitet i form af bedre arbejdstilrettelæggelse, udbredelse af erfaringer og metoder fra projekt "sikkert patientflow" til bedre patientforløb på alle akutsygehusene, lokale værktøjer eksempelvis elektroniske oversigtstavler, ensartet monitorering og evaluering i alle fem regioner af arbejdet med at undgå patienter på gangene, influenzavaccinegaranti.
Kilde: Sundheds- og ældreministeriet.
23. Ifølge en beregning fra KL i 2010 modtager ca. 120.000 borgere hjemmesygepleje. En femtedel heraf er under 65 år. Ventetiden til ambulant genoptræning i kommuneregi var i 2015 i gennemsnit 14 dage, men de kommunale tal varierede mellem 6 dage og 37 dage.
Kilde: Nationale mål for sundhed.
24. Regeringen har sammen med Danske Regioner og KL opsat følgende 8 nationale mål for sundhedsvæsenet: bedre sammenhængende patientforløb, styrket indsats for kronikere og ældre patienter, forbedret overlevelse og patientsikkerhed, behandling af høj kvalitet, hurtig udredning og behandling, øget patientinddragelse, flere sunde leveår og mere effektivt sundhedsvæsen.
Målene følges op af indikatorer for både regioner og kommuner, som vil blive målt årligt. Indikatorerne har høj fokus på uhensigtsmæssige indlæggelser, på ventetider og på produktivitet, mens indikatorer for patientinddragelse og sunde leveår er yderst summariske. Lighedsaspektet er slet ikke med.
25. Næsten alle kommuner havde i 2012 forebyggende tilbud inden for KOL, 85 % har inden for diabetes, mens kun 54 % har tilbud i forhold til hjertesygdom. 47 % af kommunerne havde i 2014 afslutningsstilbud som indlæggelsesforebyggelse, mens 78 % har tilbud som opfølgning på sygehusindlæggelse.
Frekvensen af forebyggelige indlæggelser var i 2015 i gennemsnit 64 pr. 1000 indbyggere over 65 år, men for kommunerne varierede tallet mellem 31 pr. 1000 og 106 pr. 1000 indbyggere.
Kilde: Nationale mål for sundhed.
26. Sundhedsstyrelsen har udsendt 11 forebyggelsespakker med faglige anbefalinger (vores fremhævelse) til kommunernes forebyggelsesarbejde. Forebyggelsespakkerne er et videnbaseret værktøj til kommunerne med faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde. Forebyggelsespakkerne omhandler alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer, tobak samt et fælles introduktionshæfte.
Kilde: Sundhedsstyrelsen
27. I mange kommuner er etableret et antal sengepladser, som benyttes som såkaldte midtvejspladser dvs. mellemstation i forbindelse med udskrivning fra sygehus med henblik på rehabilitering eller til afklaringsophold ved opståen af akut sygdom, der kan føre til sygehusindlæggelse. Her er det afgørende, at tilbuddet er forsvarligt, dvs. at det er "de rigtige" borgere/patienter, der modtages. Der skal være opstillet klare forudsætninger for hvilke kommunale ydelser og kompetencer, der skal indgå. Der skal være indgået aftaler om evt. nødvendig bistand fra praktiserende læge, vagtlæge eller sygehus, og der skal være opstillet klare retningslinjer for henvisning og dermed afgrænsning af den borger-/patientgruppe, der kan ydes behandling og pleje i de pågældende senge.
28. Til finansiering af udgifterne på sundhedsområdet modtager regionerne:
- Et generelt tilskud fra staten (bloktilskud)
 - Et aktivitetsafhængigt tilskud fra staten
 - Et aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne
- Det aktivitetsafhængige tilskud fra staten og det aktivitetsafhængige bidrag fra kommunerne ydes på baggrund af konkret aktivitet på sygehusene. Den statslige aktivitetspulje kan udgøre op til 5 pct. af sundhedsudgifterne. Det kommunale aktivitetsafhængige bidrag afhænger af borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet. Det afspejler primært antallet af indlæggelser og ambulant behandling på sygehuse. Den kommunale medfinansiering giver kommunerne et incitament til at investere i og samarbejde om sammenhængende patientforløb. (Det aktivitetsafhængige) tilskud fra staten udgør i 2012 2,7 mia. kr. svarende til knap 3 pct. og bidraget fra kommunerne 18,9 mia. kr. svarende til ca. 18 pct. af de regionale sundhedsudgifter.
Kilde: Finansministeriet
29. Ved den seneste landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed (LUP 2015) oplyste 20 % af patienterne at de slet ikke eller i ringe grad oplevede, at sygehusafdelingen og den kommunale pleje samarbejder om udskrivelsen.
30. Mange kommuner har samlet flere borgerrettede sundhedsfunktioner under samme tag. Løsningen kan være fremmende for samarbejdet på tværs af funktionerne. Ofte findes det så kun ét centralt sted i kommunen med heraf følgende stor afstand for borgere, der bor i yderområder. I nogle kommuner er der etableret et bygningsfællesskab mellem kommunale funktioner og sundhedsstilbud i regionsregi, f.eks. lægepraksis, andre praktiserende behandlere, et jordmodercenter eller et udlagt deltidsambulatorium. Det sker gerne for at udnytte ledige bygninger og for at fastholde regional service lokalt. Det afgørende er her, om der alene er tale om at dele en bygning eller om der også etableres et reelt samarbejde mellem funktionerne. Et evt. samarbejde kommer så kun de borgere til gode, som er tilknyttet de pågældende lægepraksis eller andet.
31. Budget- og regnskabssystem for regioner og kommuner fastlægges af social- og indenrigsministeren. Heri indgår autoriserede kontoplaner. Det vil forenkle synliggørelse og sammenligning af personalets efter- og videreuddannelse på tværs af regioner/kommuner, hvis personale uddannelse specifikt indgår i kontoplanerne.

