

Maj 2007

Kommissorium for Netværk for en folkesundhedsreform

Formål

Netværk for en folkesundhedsreform har til formål at arbejde for, at Folketinget gennemfører en folkesundhedsreform.

Folkesundhedsreformen skal sikre flere gode leveår for alle. Det betyder bl.a., at middellevetiden skal forlænges, at antallet af år med god livskvalitet skal øges, og at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

Reformen skal sætte et bredt fokus på folkesundhed, dvs. både omfatte sundhedsfremme og forebyggelse. Det indebærer, at folkesundhedsreformen både skal sætte fokus på risikofaktorer (hos den enkelte og i det omgivende miljø) og folkesygdomme (herunder også tidlig opsporing og rehabilitering).

Baggrund

Der er en række alvorlige problemer med folkesundheden i Danmark, bl.a. når det gælder befolkningens middellevetid, væksten i folkesygdommene og social ulighed i sundhed. En væsentlig årsag er, at det danske sundhedsvæsen ikke prioriterer sundhedsfremme og forebyggelse tilstrækkeligt højt: Der investeres for lidt i befolkningens sundhed, og indsatsen er for sporadisk.

I den forbindelse er det symptomatisk, at kommunalreformen og Sundhedsloven er uklare på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet, ikke mindst når det gælder regionernes og kommunernes forpligtelser. Hertil kommer, at der kun er afsat begrænsede midler til den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Derfor er der behov for, at Folketinget gennemfører en folkesundhedsreform.

Et netværk, der samler de relevante patient- og sundhedsorganisationer, vil være et stærkt talerør over for de politiske beslutningstagere, fordi organisationerne i fællesskab har en unik viden om (behovet for) sundhedsfremme og forebyggelse, der udgør et velegnet afsæt for at skabe øget politisk interesse for området.

Elementer i en folkesundhedsreform

Konkrete elementer i en folkesundhedsreform er bl.a.:

1) Der skal fastsættes nationale mål for, hvilke forbedringer der skal nås i forhold til folkesundheden. Målene skal være konkrete og målbare. Det er f.eks. ikke tilstrækkeligt at fastslå, at 'antallet af kræfttilfælde skal nedbringes', 'antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom skal nedbringes' eller 'antallet af rygere skal reduceres markant', som regeringens sundhedsprogram *Sund hele livet* fastlægger. I stedet skal der fastsættes nationale mål, for hvor meget risikofaktorerne skal nedbringes. Der kan f.eks. hentes inspiration fra det engelske sundhedsvæsen, hvor sundhedsmyndighederne bl.a. har fastsat mål om, at andelen af børn, der ryger, skal reduceres fra 13% til 9% senest 2010.

2) Regioner og kommuner skal forpligtes til at gennemføre de nationale mål. De nationale mål skal omsættes til praksis af det regionale og kommunale sundhedsvæsen. Der er metodefrihed, når det gælder de enkelte indsatser (idet evidensbaserede indsatser som udgangspunkt skal anvendes). Sundhedsstyrelsen skal monitorere indsatsen. Sagt populært: Når der gælder sundhedsfremme og forebyggelse, skal der være mere 'skal' og mindre 'kan' i Sundhedsloven.

3) Der skal etableres en økonomisk incitamentsstruktur, der understøtter sundhedsfremme og forebyggelse. De økonomiske incitament i sundhedsvæsenet skal tilrettelægges, så de på bedst mulig vis understøtter sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter. Et eksempel er, at der bør indføres takster for forebyggelse. Et andet eksempel er, at den kommunale medfinansiering skal styrke kommunernes incitament til at fremme borgernes sundhed og forebygge sygdomme. Der skal også gennemføres en række andre aktiviteter, der understøtter folkesundheden. Som eksempel kan nævnes, at der systematisk bør foretages vurderinger af lovforslags konsekvenser for folkesundheden.

4) Der skal fokus på synliggøre den enkelte danskers ansvar for egen sundhed og der skal gøres en særlig indsats for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Der er stor social ulighed i danskernes sundhed og dødelighed. Det hænger bl.a. sammen med, at dårlige sociale og økonomiske omstændigheder – herunder faktorer som uddannelse, beskæftigelse og arbejdsmiljø – påvirker den enkeltes sundhed gennem hele livet. På en række felter er der også kønsmæssige og etniske uligheder i sundhed. En folkesundhedsreform skal derfor være med til at sikre en indsats, der er målrettet forskellige dele af befolkningen, hvor der også kommer fokus på en enkeltes ansvar

5) Der skal tilføres en markant økonomisk saltvandsindsprøjtning til både borgerrettet og patientrettet forebyggelse.

Det er nødvendigt at investere markant flere ressourcer i at forbedre folkesundheden.

Det anslås, at der er behov for at øge ressourcetilførslen til den borgerrettede og patientrettede forebyggelse med 1½–2 mia. kr. om året over en årrække.

Behovet for investeringen i folkesundhed skal ses i lyset af, at sundhedsøkonomer har fastslået, at Danmark for længst er blevet overhalet af de andre OECD-lande, når det gælder væksten i sundhedsudgifterne. Siden 1970 har den økonomiske vækst i det danske sundhedsvæsen kun været halvt så stor som i resten af den vestlige verden. Det har stor betydning for danskernes sundhed. Bl.a. er det en væsentlig årsag til, at danskernes dødelighed er højere end stort set alle de lande, vi normalt sammenligner os med

6) Sundhedstjensteforskningen bør opprioriteres.

Det er nødvendigt at samle dokumentation for, at forebyggelsesaktiviteterne virker, finde frem til de mest hensigtsmæssige og omkostningseffektive måder at organisere forebyggelsen på og undersøge, hvordan befolkningen reagerer på forebyggelsen.

Milepæle

Milepælene for netværket er:

- 1. halvår 2007: Kvalitetsreform

Netværket arbejder på at få en folkesundhedsreform til at indgå i regeringens (og efterfølgende Folketingets) arbejde med en Kvalitetsreform for den offentlige sektor. Det offentlige startskud for netværket er en konference på Christiansborg 4. juni 2007, hvor netværket bl.a. fremlægger visionen om en folkesundhedsreform og et katalog med cases på, hvor sundhedsfremme og forebyggelse fungerer godt i dag.

- 2. halvår 2007: Politisk lobbyarbejde

Netværket iværksætter et lobbyarbejde med henblik på at 'varme op' til økonomiforhandlinger, forberedelse af lovprogram og forhandlingerne om finansloven for 2009.

- 1. halvår 2008: Økonomiforhandlinger og forberedelse af lovprogram.

Netværket arbejder på, at Folketingets partier tilslutter sig hovedprincipperne i en folkesundhedsreform (herunder iværksætter initiativer med henblik på at udvikle nationale mål) og øremærker midler til (i første omgang) udvalgte elementer heri. Netværket arbejder videre på, at regeringen iværksætter forberedende aktiviteter med henblik på at justere de økonomiske incitamenter for sundhedsfremme og forebyggelse, og at Folketingets tilslutter sig princippet om, at lovgivning skal sundhedskonsekvensvurderes.

- 2. halvår 2008: Lovprogram og finanslovsforhandlinger.

Netværket arbejder på, at Folketinget vedtager nationale mål for folkesundheden og tilfører de nødvendige ressourcer.

Milepælene justeres løbende af netværket, når der opstår behov for det.

Organisering og aktiviteter

Netværkets styrke afhænger af de ønsker og ambitioner, de deltagende organisationer har.

Netværket er organiseret med en styregruppe, der består af repræsentanter på formandsog/ eller ledelsesniveau fra de deltagende organisationer. Styregruppen mødes 2 gange årligt.

Mellem møderne kommunikerer styregruppen elektronisk. Sekretariatsfunktionen varetages af Hjerteforeningen og Dansk Sygeplejeråd.

Der nedsættes som udgangspunkt to arbejdsgrupper: en lobby- og en kommunikationsgruppe.

Lobbygruppen udarbejder bruttoliste over mulige aktiviteter, som godkendes i styregruppen.

Målet er, at netværket gennemfører en række aktiviteter, der både understøtter det samlede netværks og de enkelte organisationers arbejde for at få gennemført en folkesundhedsreform.

Blandt aktiviteterne kan være opsamling af nationale og internationale erfaringer,

meningsmålinger, medicinske teknologivurderinger, dokumentation af, hvor få patientgrupper

der får de nødvendige sundhedsfremme-, forebyggelses- og rehabiliteringstilbud,

og hvad konsekvenserne er (evt. samlet i en hvidbog), møder med sundhedspolitikere, inddragelse af eksterne eksperter osv.

Kommunikationsgruppen udarbejder en kommunikationsstrategi for netværket, som godkendes i styregruppen. Blandt indsatserne kan være nyhedsformidling (i egne og eksterne medier), konferencer, debatindlæg, annoncer, medielobbyisme mv.

Økonomi

Netværkets medlemmer kan i høj grad bruge eksisterende (medarbejder)ressourcer til aktiviteterne i netværket. Der kan i et vist omfang være behov for særskilt finansiering af aktiviteter.

Til dækning heraf betales årligt 5.000 kr. for medlemskab af netværket. Organisationer,

hvis årlige bruttoindtægter er mindre end 50 mio. kr., betaler årligt 2.500 kr. for medlemskab af netværket.

Hvis netværket beslutter at iværksætte aktiviteter, der ikke kan finansieres af medlemskontingentet, anvendes den fordelingsnøgle, der er brugt i netværket mod passiv rygning (dvs.

at netværkets medlemmer bidrager til aktiviteterne i forhold til størrelse målt på årlige bruttoindtægter).