

Sundhedsstrukturkommissionen - tankerne bag og vejen frem

Oplæg på Sundhedskonferencen

11. September 2024

Sundhedsstrukturkommissionen

Formand: Jesper Fisker

Administrerende direktør, Kræftens Bekæmpelse, og bl.a. tidligere departementschef og tidligere adm. direktør i Sundhedsstyrelsen



Hvem er kommissionen?

Jakob Kjellberg

Professor i sundhedsøkonomi, VIVE



Peter Bjerre Mortensen

Professor ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet



Dorthe Gylling Crüger

Tidligere Koncerndirektør, Region Hovedstaden



Sidsel Vinge

Konsulent, tidligere projektchef i VIVE og tidligere sundhedschef i Gladsaxe Kommune



Mogens Vestergaard

Praktiserende læge og professor, Forskningsenheden for almen praksis, Aarhus Universitet



Marie Paldam Folker

Centerchef, Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark



Søren Skou

Tidligere administrerende direktør, A.P. Møller Mærsk



Gunnar Bovim

Formand for Helsepersonelkommissjonen og rådgiver på Norges teknisknaturvidenskabelige Universitet



Kommissionens opgaveformulering jf. kommissorium

Opstille og belyse modeller

Modeller for "Den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet."

Modellerne skal

- **Fordomsfrit** se på strukturen og organiseringen
- Understøtte en **markant omstilling** af sundhedsvæsenet, så det nære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter.
- Være **udgiftsneutrale** og ikke øge **personaletæk**
- Forholde sig til en række **udfordringer og konkrete områder**
- Særlig **SAMMENHÆNG....**

Afveje fordele og ulemper ved modeller

"Kommissionen skal (...) for hver af modellerne afveje fordele og ulemper med afsæt i sigtelinjerne for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen."

Vurdere potentialer

Vurdere inden for hvilke **områder og målgrupper**, hvor der særligt er **potentiale for forbedringer i samspil og øget omstilling** af opgaveløsningen, så den i højere grad løses koordineret og i eller tæt på borgerens eget hjem, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet.

Målgrupper skal bl.a. omfatte de største kronikergrupper, borgere med multisygdom, herunder samtidig somatisk og psykisk sygdom samt ældre medicinske patienter.

Skal tillige pege på potentialer for **bedre forebyggelse**.

Opgavens afgrænsning

Modellerne kan ikke ændre ved...



Kommunernes styreform og geografiske afgrænsninger*

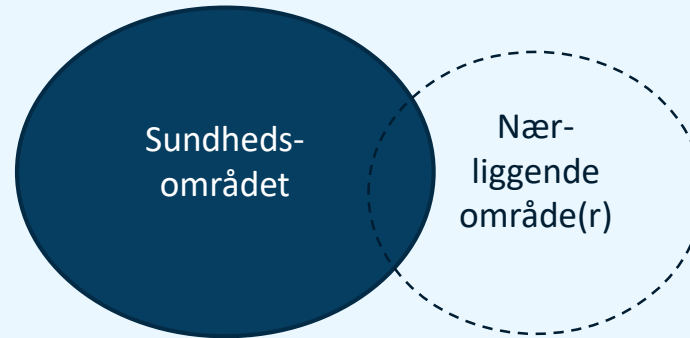


Placering af skatteudskrivningsretten

* ”

“ Kommissionens anbefalinger og vurderinger af fremtidens struktur **skal bl.a. omfatte**.....en vurdering af, hvordan øget organisering af tværkommunalt samarbejde kan sikre en fagligt bæredygtig opgaveløsning

Fokus på sundhedsområdet mv.



”
“

Fokus for kommissionens forslag til organisering er hensynet til fremtidssikring af det samlede sundhedsvæsen. Kommissionen **bør dog i sine forslag til organisering også forholde sig til samspillet med nærliggende områder**, som er tæt koblet til sundhedsområdet, i det omfang det vurderes relevant for at sikre bedre samspil med sundhedsområdet.

Andre regionale områder

”
“

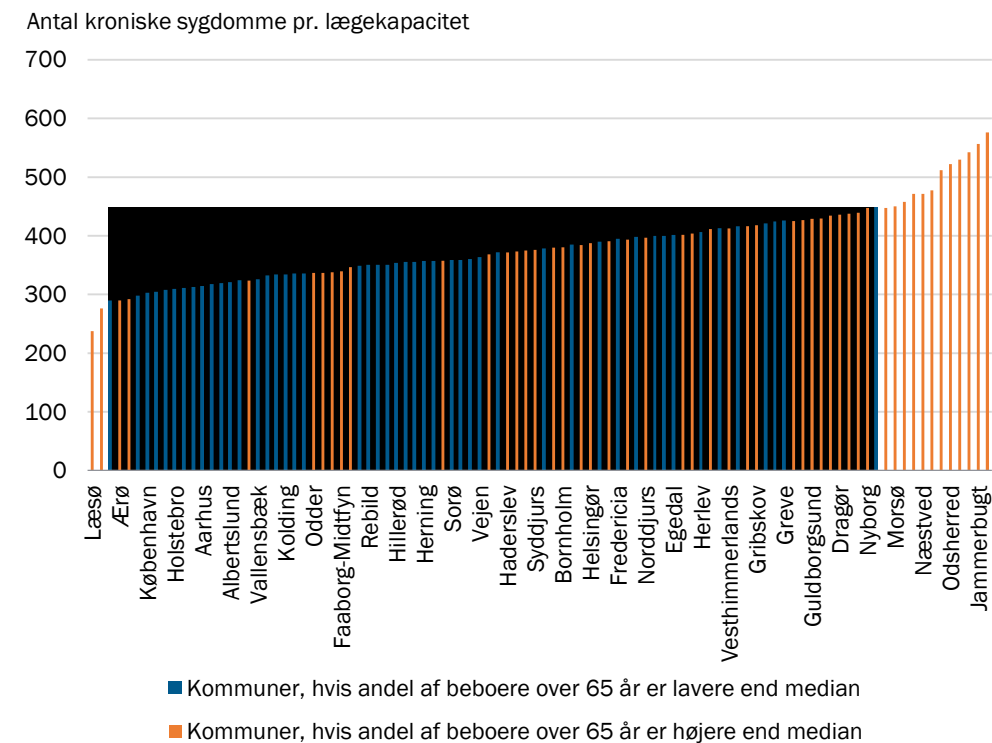
Ved modeller, som involverer ændringer i antallet af forvaltningsniveauer, skal afledte konsekvenser for andre opgaveområder også beskrives.

Strukturelle udfordringer på sundhedsområdet

Større krav og nye opgaver til almen praksis

- Der er store forskelle i patientsammensætningen i almen praksis på tværs af landet.
- Der er en markant skævhed i fordelingen af økonomiske og lægelige ressourcer i almen praksis relativt til antallet af behandlingskrævende patienter med den konsekvens, at patienter i nogle dele af landet vil opleve relativt mindre tilgængelighed til lægehjælp.
- Udfordringen kan forstærkes i områder med lægemangel, hvor de tilbageværende læger vil påtage sig en større gruppe patienter relativt til deres behandlingsbehov.

Antal kroniske sygdomme pr. lægekapacitet i almen praksis, 2022



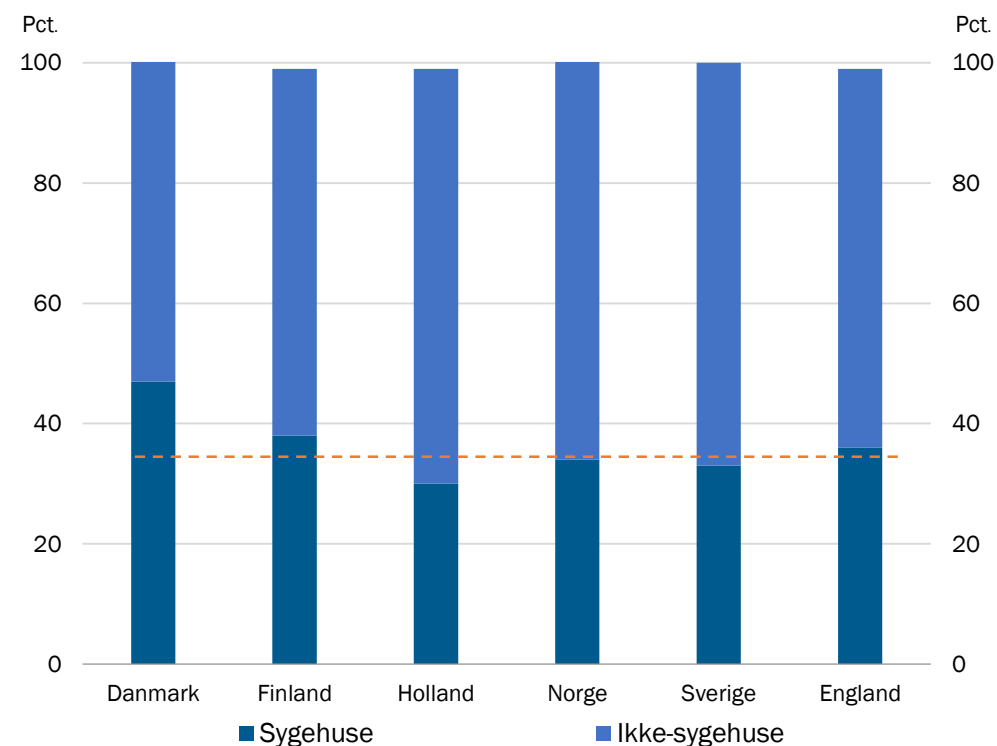
Kilde: Esundhed (RUKS, Yderregisteret), egne beregninger.

Anm: Kroniske sygdomme er her opgjort som astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose (knogleskørhed), skizofreni, type 1- og 2-diabetes.

Sundhedsvæsenet er sygehustungt

- Sundhedsvæsenet i Danmark bruger en markant større andel af sundhedsudgifterne på sygehusvæsenet end andre sammenlignelige lande.
- Figuren opdeler udgifter i sygehusrelaterede og ikke-sygehusrelaterede. Sidstnævnte dækker bl.a. over det nære sundhedsvæsen (herunder kommuner og almen praksis), ældrepleje, præventiv behandling og medicinsk udstyr mm.
- Fordelingen indikerer et potentiale for at styrke indsatsen på det lavest effektive omsorgsniveau, som er det nære sundhedsvæsen.

Sundhedsudgifter fordelt på funktioner, 2020



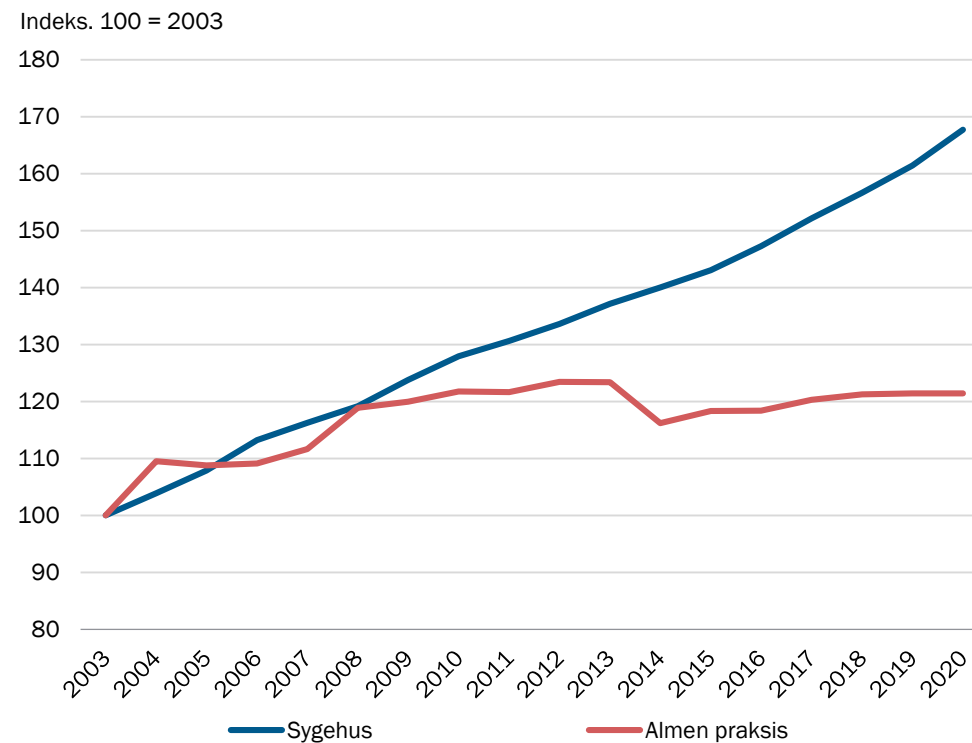
Kilde: OEDC (Health Care Functions), egne beregninger.

Anm.: Udgiftsfordelingen er tilsvarende i året før COVID-19 (2019) og opgørelsen påvirkes derfor ikke af bl.a. testindsats mv.

Almen praksis har ikke udviklet sig i samme takt som sygehuse

- Fra 2003 til 2020 er antallet af sygehuslæger steget med 68% til 19.000 og læger i almen praksis med 21% til 4.400. I absolutte tal svarer det til en stigning i ca. 8.000 læger på sygehusene, og ca. 800 i almen praksis.¹
- Udviklingen i almen praksis går mod større klinikker, men ca. 31% er stadig solopraksis uden samarbejde. Denne praksistype er overrepræsenteret i hovedstadsområdet.²
- Almen praksis har øget beskæftigelsen af sundhedsfagligt personale over de seneste 10 år. Forskellige praksistyper ansætter i varierende grad sygeplejersker, og flere solopraksis, både med og uden samarbejde, angiver at de ikke har sygeplejersker ansat (22-29%) modsat andre praksistyper (6-9%).²

Vækst i antal læger ansat i hhv. sygehuse og almen praksis, 2003-2020¹



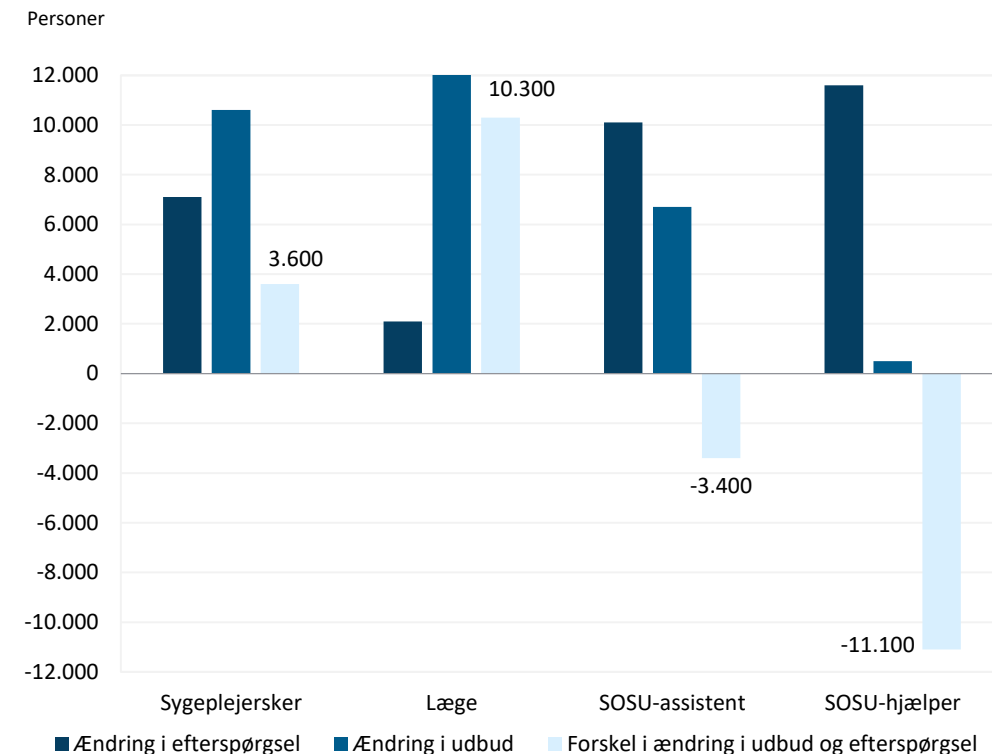
Kilde: 1: Esundhed (Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, Bevægelsesregisteret, Kommunernes og Regionernes Løndatakontor), egne beregninger. 2: Kortlægning af udvikling af praksisformer i almen praksis (BDO, 2023).

Anm.: 1: Indeks = 2003. Det bemærkes, at figuren er opgjort i antal personer beskæftiget i den pågældende sektor, og ikke i fuldtidsbeskæftigede/lægekapaciteter.

Mangel på nøglemedarbejdere

- I dag udgør SOSU-assistenter og –hjælpere hovedparten af de ansatte i den kommunale syge- og ældrepleje. Særligt for de ældste aldersgrupper, som vil vokse i de kommende år, udfører disse medarbejdergrupper størstedelen af sygepleje, pleje, forebyggende og rehabiliterende indsatser.
- En mekanisk fremskrivning viser, at allerede frem mod 2030 vil der mangle hhv. 3.400 og 11.100 SOSU-assistenter og –hjælpere.
- Modsat forventes udbuddet af sygeplejersker at følge efterspørgslen, mens udbuddet af læger stiger markant relativt til efterspørgslen.

Fremskrivning af udbud og efterspørgsel på udvalgte velfærdsmedarbejdere, 2021-2035F



Kilde: Økonomisk Analyse: Rekruttering af velfærdsmedarbejdere nu og i fremtiden (Finansministeriet, 2023).

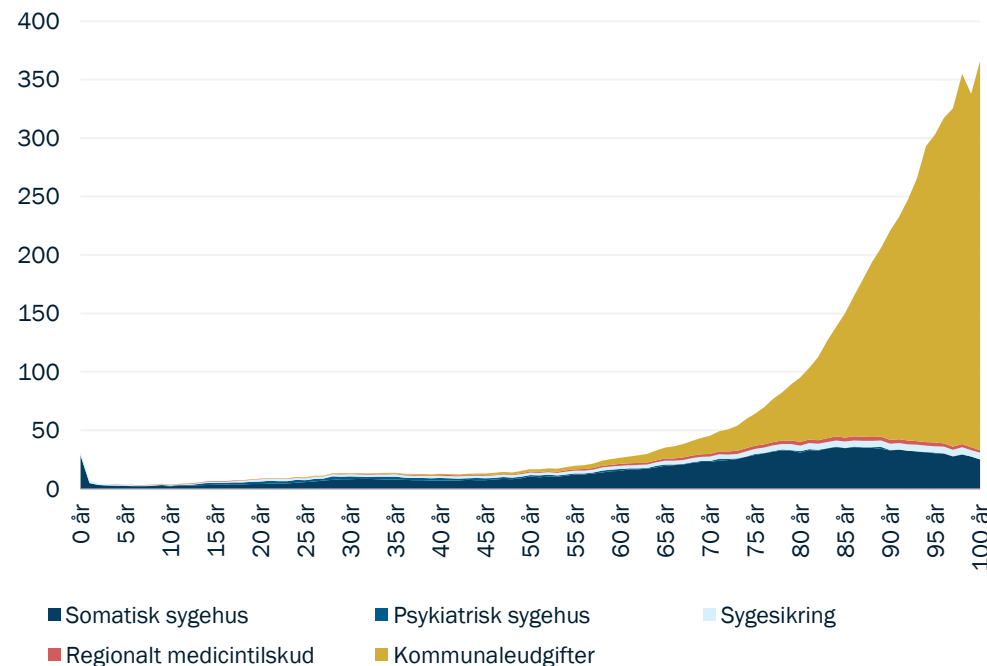
Anm.: Fremskrivningerne kan ikke tolkes som prognoser, men alene mekaniske fremskrivninger, der bygger på nuværende adfærd, serviceniveau, personalesammensætning og en række antagelser.

Øget efterspørgsel på nære sundhedstilbud

- Udviklingen i sygdomsbilledet betyder, at flere patienter har behov for sygepleje, personlig pleje, genoptræning og patientrettet forebyggelse i det nære sundhedsvæsen.
- De gennemsnitlige behov for behandling og pleje stiger med alderen, og i de høje aldersgrupper løfter særligt det nære sundhedsvæsen omsorgs- og plejeindsatser.
- Udviklingen i sygdomsbilledet betyder, at det gensidige afhængighedsforhold mellem sektorerne øges, idet behandlingsansvaret ligger i almen praksis eller på sygehuset, mens pleje og omsorg ydes af kommunen.

De gennemsnitlige udgifter pr. borger til sundheds- og omsorgsydelser, 2021

1.000 kr. pr. borger (2021-pl)



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), takstsystem 2021, Lægemiddelstatistikregisteret, Statistikbanken (kontoplan), Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ) og Plejehjemsdata (PLH), Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: De kommunale sundheds- og plejeudgifter pr. borger stiger med borgerens alder, også når man kontrollerer for afstand til død, men mere afmålt end det indikeres af figuren. I datagrundlaget for de kommunale udgifter indgår 85 kommuner, idet datagrundlaget kun er tilstrækkeligt for disse. Opgørelserne for 2021 er påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af covid-19 og sygeplejerskestrejken. (2021-PL)

Nye forudsætninger for sundhedsvæsenet

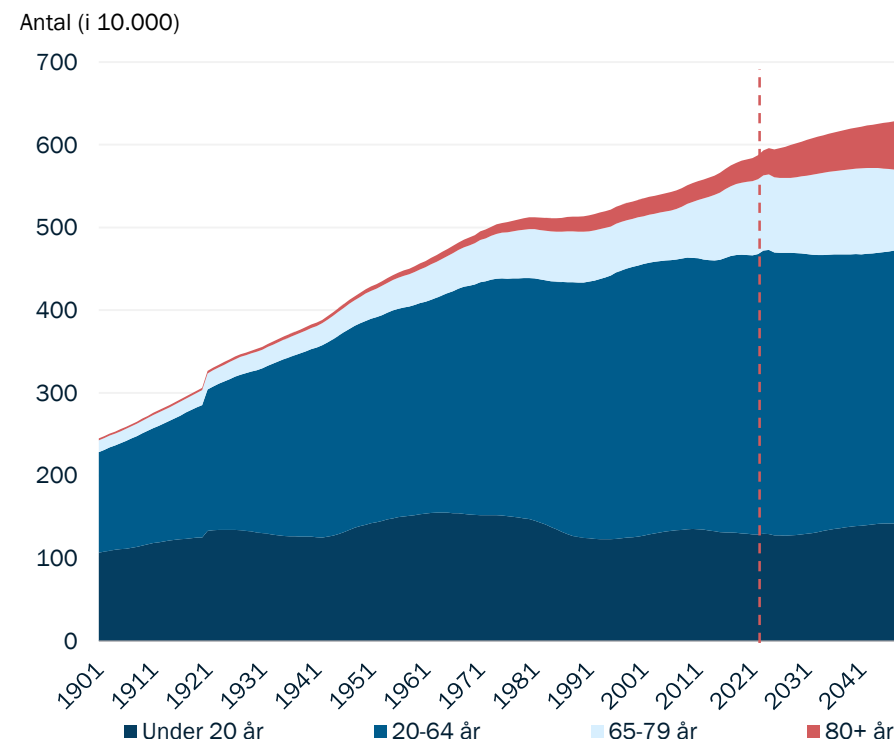
Den demografiske udvikling ændrer grundlæggende på forudsætninger for at udvikle sundhedsvæsenet de næste mange år.

- Flere vil leve længere med behandlings- og plejekrævende tilstande
- Antallet af borgere i den arbejdsdygtige alder vil stagnere

Det er ikke realistisk eller hensigtsmæssigt, at antallet af beskæftigede i sundhedsvæsenet udvikler sig i samme takt som antallet af borgere, der må ventes at efterspørge indsatser i sundhedsvæsenet.

Det udgør en særlig udfordring for det nære sundhedsvæsen, hvor flere ældre får behov for pleje og personlig hjælp.

Befolkningstilvækst fordelt på aldersgrupper, 1901-2050F



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerne BEFOLK1 samt FRDK123.

Anm: Stiplet rød linje indikerer begyndelsen af fremskrivning.

“Bermudatrekanten”

3 “siloer” med forskellige regulerings-organisierungs- og finansierungsstrukturer.



Mangel på sammenhæng for patienten

- 1 ud af 10 patienter i somatikken og 1 ud af 4 i psykiatrien genindlægges indenfor 30 dage.
- Patienter indlægges og bruger tid på sygehusbehandling for indsatser, der kan håndteres tættere på patienten i kommune eller almen praksis.
- Uenighed om økonomi forhindrer udbredelse af innovative løsninger (f.eks. telemedicin).

Større behov for koordinerende indsatser mellem “siloerne” på baggrund af bl.a.:

- Kortere hospitalsindlæggelser og mere ambulant behandling.
- Stigning i antal patienter med multisygdom.

Udfordringerne berører især nogle patientgrupper



Skrøbelige ældre

80+ år, har nedsat fysisk og kognitiv funktionsevne og bor på plejehjem.

→ Utrykke forløb med indlæggelser på sygehus der kunne være forebygget i samarbejde ml. kommunal sygepleje og praktiserende læge, men samarbejde på tværs af sektorer og systemer er vanskelig.



Patienter med flere kroniske sygdomme

65+ år, i behandling for flere kroniske sygdomme og modtager sygepleje og praktisk hjælp i eget hjem.

→ Et siloopdelt sygehusvæsen og problemer med datadeling og kommunikation mellem almen praksis, den kommunale hjemmepleje og sygehus vanskeliggør samarbejde om patient.



Psykisk syge med fysisk sygdom

Diagnosticeret med skizofreni og hjertekarsygdom og bor på et kommunalt botilbud.

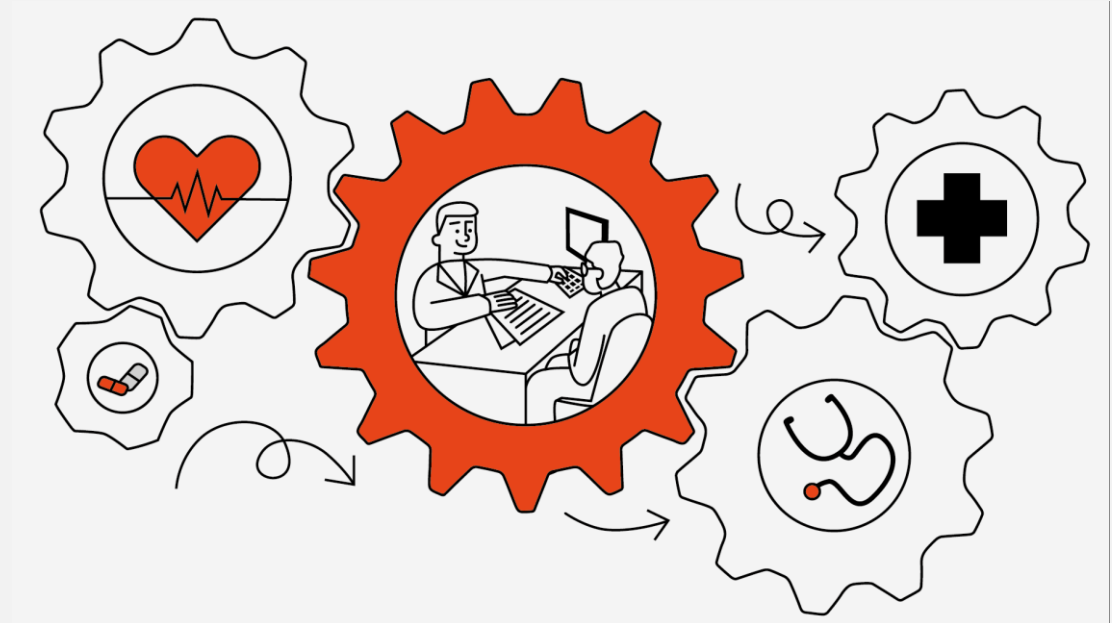
→ Den nuværende opdeling mellem psykiatri og somatik på sygehuse og manglende fast tilknytning af sundhedsfaglige kompetencer på bostedet skaber et fragmenteret patientforløb og generel underbehandling.

Kommissionens tværgående anbefalinger

Anbefaling 1

En betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering

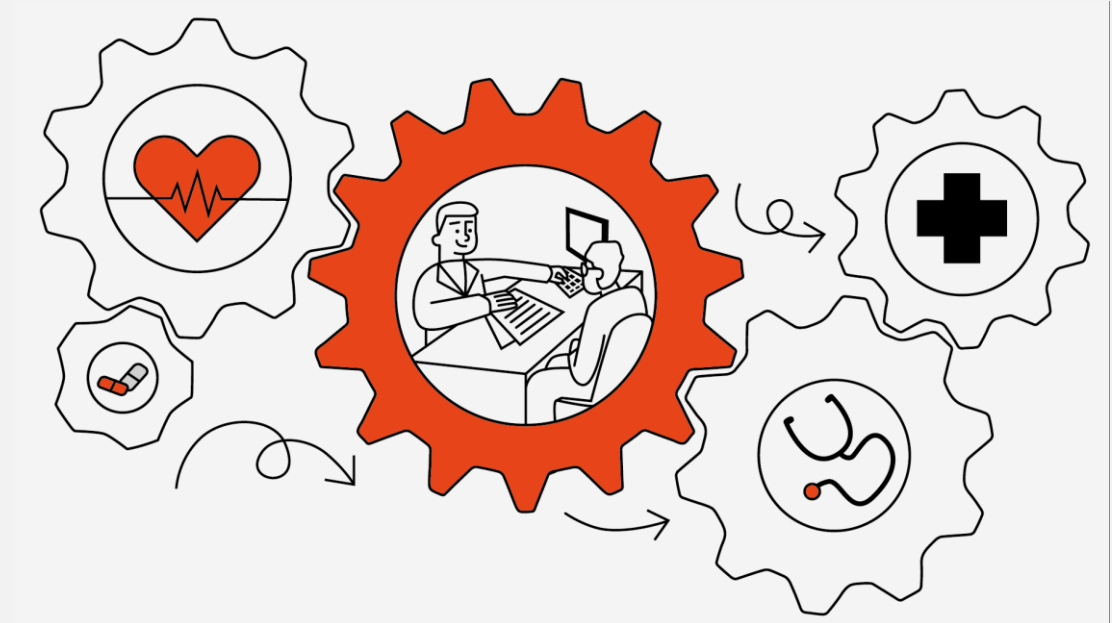
- Større andel af de samlede sundhedsudgifter anvendes i det almenmedicinske tilbud
- Kompetence til at benytte forskellige klinikformer
- Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges af nationale myndigheder
- Differentierede patienttal og honorarer på baggrund af en national model for estimeret behandlingsbehov
- Styrket grundlag for at tilrettelægge samarbejdet og følge op på efterlevelsen af opgavebeskrivelsen



Anbefaling 1, fortsat

En betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering

- En central rammeaftale skal fastsætte økonomi, vilkår og honorarstruktur men centrale elementer reguleres fremover udenfor aftalesystemet
- Honorarstrukturen skal revideres, så en ny forsimplet honorarstruktur kan rumme nye opgaver
- En dansk model for netværksorganisering skal udvikles og udbredes
- Styrket databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen



Anbefaling 2

Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet

- Én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet
- Etablering af en national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet
- Etablering af en fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark).
- Finansiering skal understøtte realiseringen af kommissionens øvrige tre forslag



Anbefaling 3

En national sundhedsplan der sikrer en tilpasning af ressourcefordelingen

- Ressourcefordelingen mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusene skal tilpasses, så det primære sundhedsvæsen prioriteres
- Fordeling af læger geografisk og på tværs af sygehuse og det primære sundhedsvæsen skal tilpasses
- Kvalitetsstandarder skal udvikles mod at gå på tværs af sektorer
- Styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses med større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer i speciallægeuddannelsen



Anbefaling 3, fortsat

En national sundhedsplan der sikrer en tilpasning af ressourcefordelingen

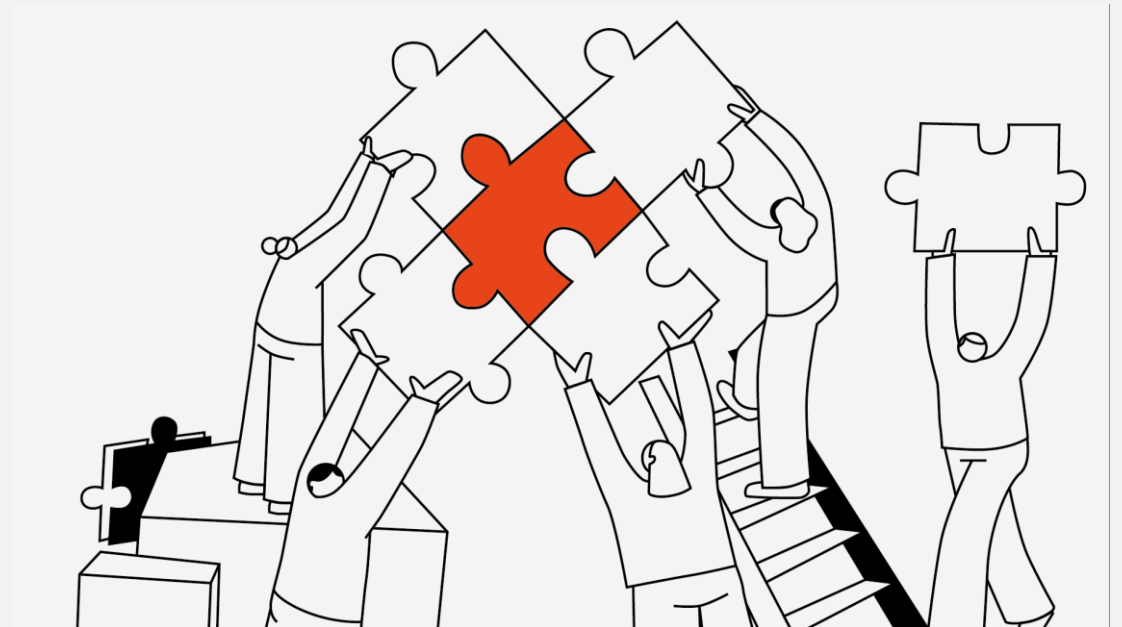
- Sundhedsfaglig forskning skal i højere grad målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og ph.d.-forløb skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger
- De sygehusansvarlige myndigheder skal have redskaber til at sikre et balanceret ressourceforbrug på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde
- Sundhedscentre i form af fleksible og innovative tilbud skal styrke det primære sundhedsvæsen



Anbefaling 4

Ændret organisering og samarbejde på psykiatriområdet

- Psykiatrien skal integreres organisatorisk i det samlede sygehusvæsen
- Krav om fasttilknyttede læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien og tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet
- Udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien skal styrkes



Anbefaling 5

Tilpassede organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger

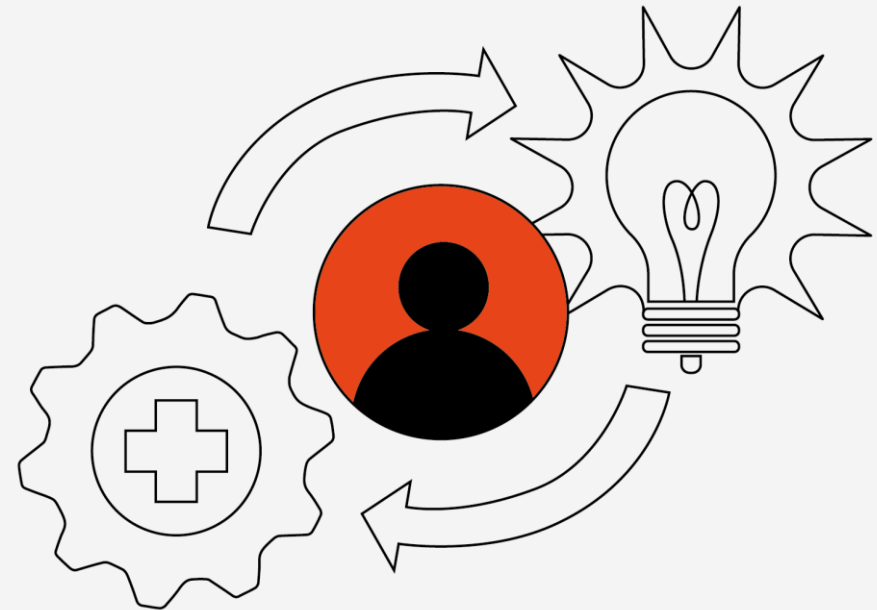
- Styrket national ramme for planlægning af det praktiserende speciallægetilbud
- Styrket lovmæssigt grundlag for ledelse af samarbejde med speciallægepraksis
- Bedre grundlag for, at patienter med størst behov prioriteres først



Anbefaling 6

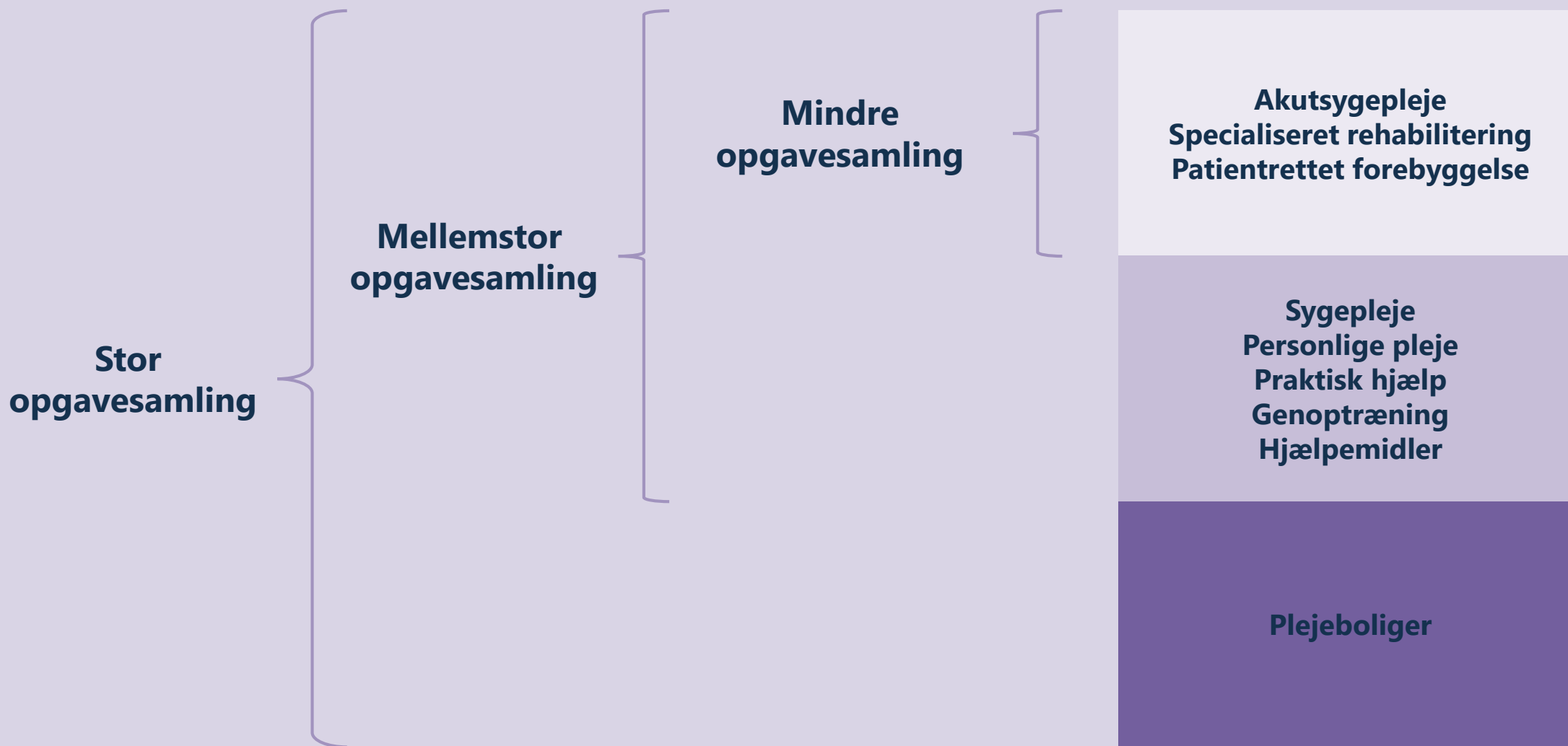
Oprettelse af et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren som følger og understøtter implementeringen

- Udarbejdes og vedtages en national implementeringsplan, som følger implementeringen af de enkelte initiativer og understøtter den decentrale implementering
- En national implementeringsplan skal indeholde ambitiøse mål, tydeliggøre implementeringsansvaret hos relevante aktører og opstille tidsrammer for implementeringen af de forskellige dele af reformen af sundhedsvæsenet



Forvaltningsmodeller og opgavesamling

Mulige niveauer af opgavesamling



Model 1: Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

Ansvarsområde:

- Planlægning af sygehusområde
- National sundhedsplan

Ledelse:

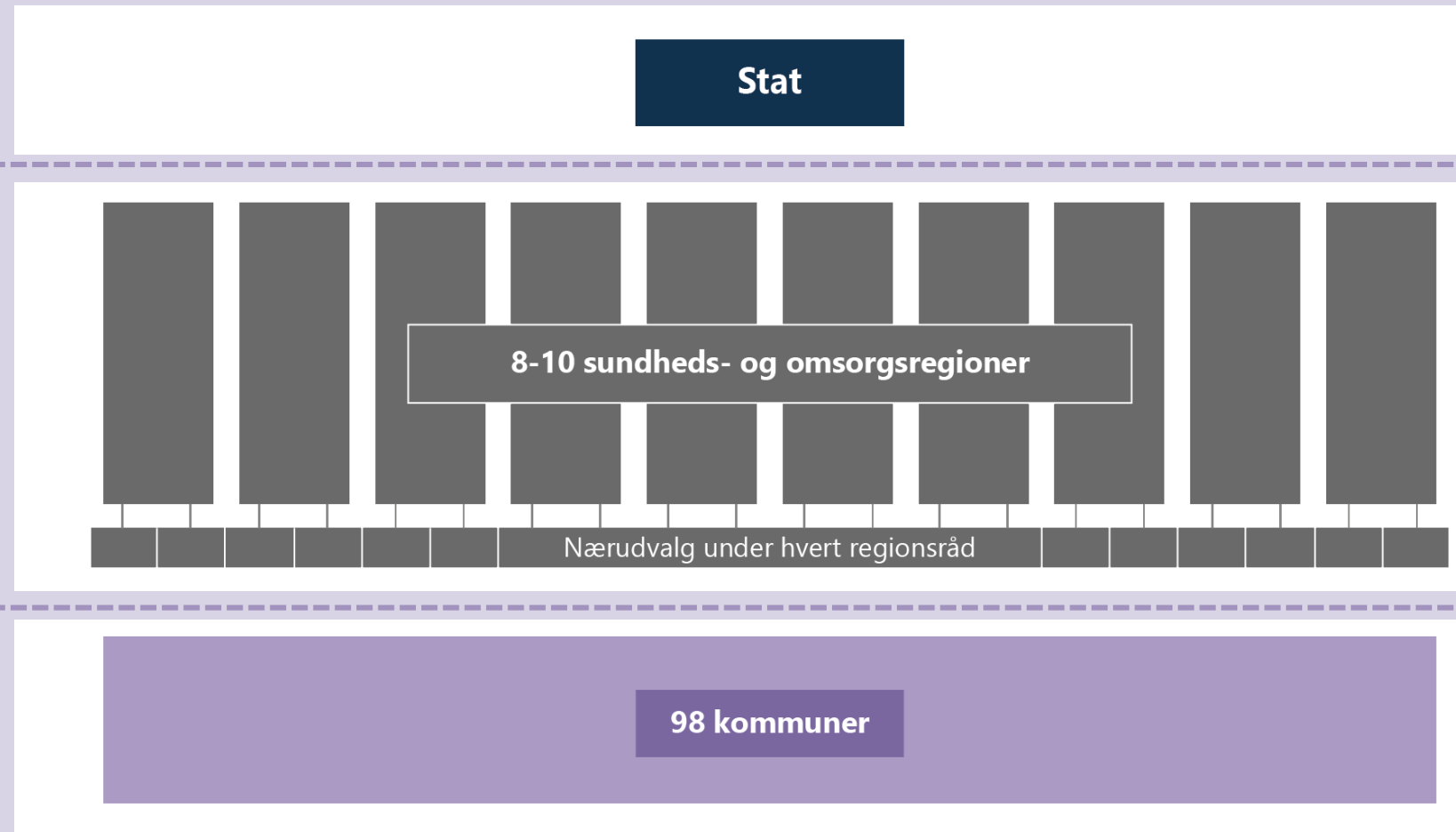
- 21-25 direkte valgte politikere

Ansvarsområde:

- Sygehuse og psykiatri
- Almenmedicinske tilbud
- Øvrig praksissektor
- Store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde

Ansvarsområde:

- Sundhedsplejen
- Kommunale tandplejeområde
- Socialpsykiatri
- Misbrugsområdet



Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen

Ledelse:

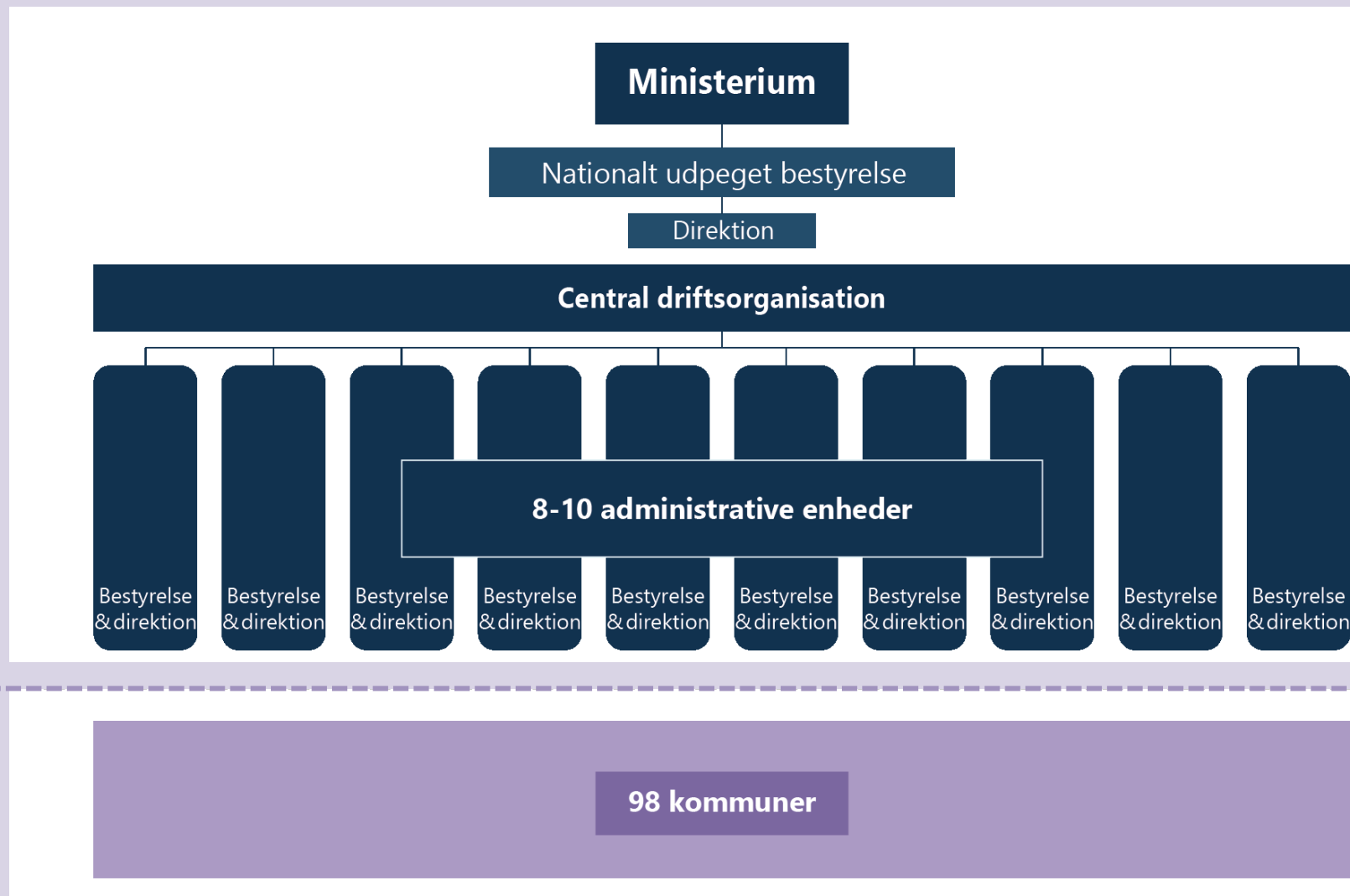
- Forankring hos ansvarlig minister
- National- og decentral bestyrelseskonstruktion

Ansvarsområde:

- Planlægning af sygehusområde
- National sundhedsplan
- Sygehuse og psykiatri
- Almenmedicinske tilbud
- Øvrig praksissektor
- Store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde

Ansvarsområde:

- Sundhedsplejen
- Kommunale tandplejeområde
- Socialpsykiatri
- Misbrugsområdet



Model 3: Sundhedsregioner

Ansvarsområde:

- Planlægning af sygehusområde
- National sundhedsplan

Ledelse:

- 31-41 direkte valgte politikere

Ansvarsområde:

- Sygehuse og psykiatri
- Almenmedicinske tilbud
- Øvrig praksissektor
- Evt. udvalgte dele af kommunale sundhedsopgaver

Ansvarsområde:

- Tilsvarende de nuværende kommunale sundheds- og ældreopgaver evt. med mindre tilpasninger

Stat

3-5 sundhedsregioner

Nærudvalg under hvert regionsråd

98 kommuner

Kronik

Sundhedseksperter: Drop kommissions dogme om kædeansvar og sats på klyngerne

Vi er ikke helt tiltalt af nogen af kommissionens tre forvaltningsmodeller, fordi de ikke har skarpt nok fokus på hovedproblemerne. Det er dog afgørende, at man fastholder ambitionerne om at flytte fokus mod den primære sundhedstjeneste, almen praksis og LEON-princippet, skriver Kjeld Møller Pedersen, Leif Vestergaard og Frede Olesen.

Kommissionsmedlemmer svarer eksperter: Klyngerne løser ingenting. De er blot endnu en bureaukratisk konstruktion

Ekspert forslår at løse problemerne i sundhedsvæsenet ved at fokusere på sundhedsklyngerne. Men intet giver os den mindste tiltro til klyngerne. Alt tyder på mere bureaukrati, skriver Jakob Kjellberg og Sidsel Vinge.



14. september 2024 kl. 06:00

Kronik: Sundhedsvæsenets problemer skal løses med målrettede prioriteringer, ikke flere strukturer

Den nuværende debat om sundhedspolitik handler om langt mere end blot struktur. Ved at rette fokus mod konkrete løsninger og klare prioriteringer, kan regeringen gennemføre ændringer hurtigere, end hvis man alene fokuserede på organisatoriske tilpasninger, skriver Hans Okkels Birk.



Omstrukturering af sundhedsvæsenet kan være fristende, men løsninger på de største udfordringer findes i prioritering og effektiv udnyttelse af ressourcer, skriver Hans Okkels Birk. Foto: Tim Kildeborg Jensen/Ritzau Scanpix

