

Sundhedsstruktur- kommissionens rapport Sammenfatning

Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende
og bæredygtigt sundhedsvæsen

Juni 2024

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Telefon: +45 72 26 90 00
E-mail: sum@sum.dk

ISBN 978-87-7601-430-8 (digital version)

Design: Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommunikationsenhed
i samarbejde med BGRAPHIC

Publikationen kan hentes på
www.ism.dk

Sammenfatning

Danmark har et godt og på mange måder velfungerende sundhedsvæsen. Set over tid og i international sammenligning er det danske sundhedsvæsen stærkt. Sundhedsydelserne er generelt af høj kvalitet, både indenfor det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Rygraden i sundhedsvæsenet er et veluddannet sundhedspersonale, som på forskellig vis bidrager til at give borgere og patienter den bedst mulige behandling, træning, pleje og omsorg indenfor de mål og rammer, der er fastsat af folkevalgte politikere. Når det danske sundhedsvæsen står stærkt, skyldes det bl.a. de tilpasninger og reformer af sundhedsvæsenet, som er blevet gennemført i årenes løb.

Tilsvarende en række andre vestlige lande står det danske sundhedsvæsen nu og i de kommende år imidlertid overfor markante udfordringer. Først og fremmest vil et stigende antal ældre betyde, at flere får alders- og livsstilsbetingede sygdomme, og flere borgere lever med en eller flere kroniske sygdomme. Det skyldes bl.a. den positive udvikling, hvor mange borgere lever længere, bl.a. som følge af sundhedsvæsenets samlede indsats. Samtidig ses en udvikling, hvor flere børn og unge bliver diagnosticeret med psykiske lidelser. Derudover vil manglen på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere tiltage i de kommende år. Det gælder særligt social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter.

Det er en del af baggrunden for, at regeringen den 28. marts 2023 nedsatte Sundhedsstrukturkommissionen. Hensigten med at nedsætte en kommission blev tilkendegivet i regeringsgrundlaget fra december 2022, hvor det fremgår, at regeringen vil tage initiativ til de beslutninger og grundlæggende forandringer, som er nødvendige for at skabe fremtidens sundhedsvæsen.¹

På den baggrund fik kommissionen til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller forskellige modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen. Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Modellerne skal samtidig tage højde for, at der på tværs af landet er forskellige forudsætninger for at levere sundheds- og behandlingstilbud, og de skal bidrage til en markant omstilling af sundhedsvæsenet, så det primære sundhedsvæsen bliver styrket og tager større ansvar for flere patienter.²

Sundhedsstrukturkommissionen præsenterer i alt tre modeller for forvaltningsstrukturen og opgaveplacering i sundhedsvæsenet og seks generelle anbefalinger til den fremtidige organisering, som er uafhængige af valget af forvaltningsmodel. Til anbefalingerne knytter sig en række konkrete forslag.

Boks 1

Hvad betyder organisering?

I kommissionens rapport bruges begrebet "organisering" som betegnelse for den struktur eller de styringsinstrumenter, som samlet set rammesætter opgaveløsningen i sundhedsvæsenet, indenfor en sektor eller en given opgave. Begrebet dækker dermed over:

- Forvaltningsstrukturen i form af den forvaltningsmæssige inddeling, opgaveplacering og styreform
- Incitamentsstrukturen i form af finansieringsordninger
- Regulering i form af lovfastsat proces- og indholdsregulering
- Øvrig styring, fx i form af aftaler, benchmarking m.v.

1 Regeringen, "Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering", 2022.

2 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen", 2023.

1. Status, udfordringer og pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet

I rapportens første del kortlægges beslutninger og udviklingstræk, som har været med til at forme sundhedsvæsenet gennem årene. Herudover beskrives status og udfordringer for sundhedsvæsenet i dag og de pejlemærker, som Sundhedsstrukturkommissionen har valgt at fokusere på i fremtidssikringen af sundhedsvæsenet (se kapitlerne 3-5).

Udviklingslinjer i organiseringen af sundhedsvæsenet

Den nuværende organisering af det danske sundhedsvæsen er et resultat af en lang række tidligere reformer og løbende ændringer. Senest blev de politisk-administrative enheder med strukturreformen i 2007 reduceret fra 271 til 98 kommuner og fra 14 amter til fem regioner.

Gennem årene er der sket en øget specialisering og centralisering af det sekundære sundhedsvæsen, som har løftet kvaliteten i de sundhedstilbud, borgerne modtager. I psykiatrien er der gennemført en afinstitutionisering, hvor ambulante behandling i høj grad har erstattet langtidsindlæggelse. Organiseringen af det almenmedicinske tilbud og samspillet med det øvrige sundhedsvæsen har været diskuteret længe. Det samme har balancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, hvor der er blevet fremlagt argumenter for, at flere opgaver burde løses i praksissektoren fremfor på sygehusene. Samtidig er kommunerne efter strukturreformen blevet tildelt flere og mere komplekse sundhedsopgaver, og den digitale udvikling har gjort det muligt at dække flere sundhedsbehov end tidligere. Det er nogle af de beslutninger og udviklingstræk, som har formet organiseringen af det danske sundhedsvæsen (se kapitel 3).

Status og udfordringer

Sundhedsstrukturkommissionen har identificeret tre væsentlige tendenser, der ændrer forudsætningerne for opgaveløsningen i fremtiden, og tre væsentlige udfordringer for sundhedsvæsenet. De tre tendenser vedrører 1) det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede, 2) mangel på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere og 3) befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet. De tre væsentlige udfordringer er 1) usammenhængende patientforløb, 2) ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen og 3) geografisk og social ulighed i sundhed (se kapitel 4).

Ændrede forudsætninger for det danske sundhedsvæsen

For det første har sygdomsbilledet ændret sig, både for unge og ældre. Den andel af befolkningen, der er 80 år eller ældre, vil stige med 14 pct. frem mod 2035. I 2050 vil andelen være fordoblet sammenlignet med 2023. Dertil kommer, at andelen af ældre varierer på tværs af landet, og derfor vil de geografiske forskelle i behovet for sundhedsydelse blive forstærket i de kommende år. Med en aldrende befolkning følger, at flere udvikler alders- og livsstilsbetingede sygdomme, og flere lever længere med sygdommene. Derudover diagnosticeres flere børn og unge med psykiske lidelser. Siden 2013 er antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser steget med 25 pct.

For det andet er manglen på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere tiltagende. I de kommende år vil et generationsskifte medføre stor medarbejderafgang og en forværret rekrutteringssituation. Det gælder særligt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, som udgør en stor andel af medarbejderne på det kommunale sundheds- og ældreområde. Tendensen skal ses i lyset af, at Danmark i forvejen er blandt de lande i OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), hvor den højeste andel af den samlede arbejdsstyrke er beskæftiget på sundheds- og ældreområdet.

Den tredje og sidste tendens, som ændrer forudsætningerne for sundhedsvæsenet, er, at borgernes samlede forventninger til, hvad sundhedsvæsenet kan levere, stiger. Årsagen til de stigende forventninger er en kombination af generelt øget velstand og et stigende behov for sundhedsydelser som følge af ændringer i demografien.

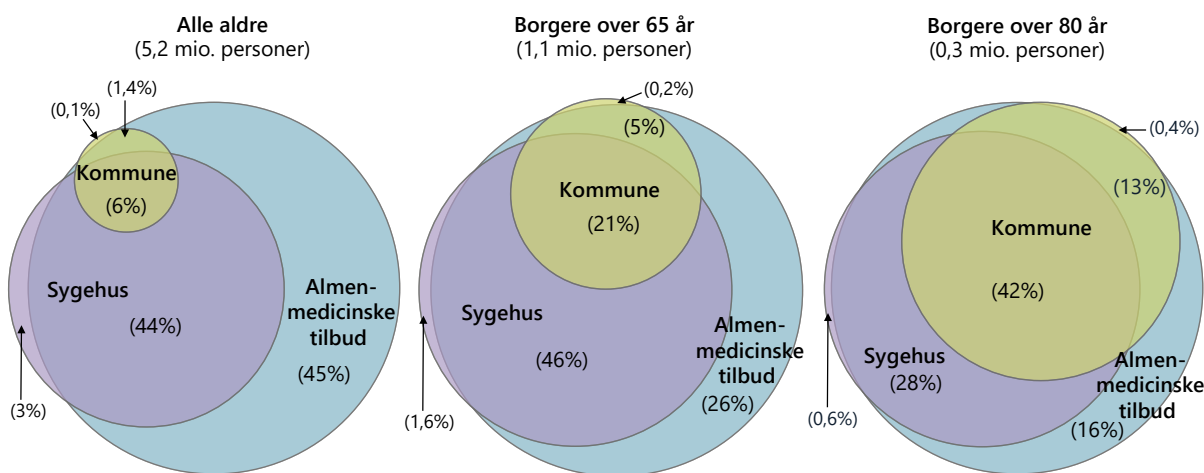
Udfordringer for sundhedsvæsenet

Det er ikke kun forudsætningerne for det danske sundhedsvæsen, der er under forandring. Sundhedsvæsenet står også overfor tre væsentlige udfordringer, som allerede nu påvirker borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet.

Den første udfordring er usammenhængende patientforløb. Mange borgere har kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet. I 2022 havde mere end halvdelen af dem, som havde kontakt til sundhedsvæsenet, kontakt med mindst to af de tre hovedsektorer. Jo ældre en person bliver, desto større er kontakten på tværs af sektorerne, jf. figur 1. En aldrende befolkning indebærer derfor, at stadig flere borgere vil få behov for forløb i sundhedsvæsenet, som både involverer alment praktiserende læger, sygehuse og kommunen. De tværgående forløb medfører risiko for et uklart ansvar for borgerens forløb og stiller samtidig store krav til koordinering og vidensdeling på tværs af sundhedsvæsenet, så borgerne oplever sammenhæng og kvalitet.

Figur 1

Borgere med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer, 2022



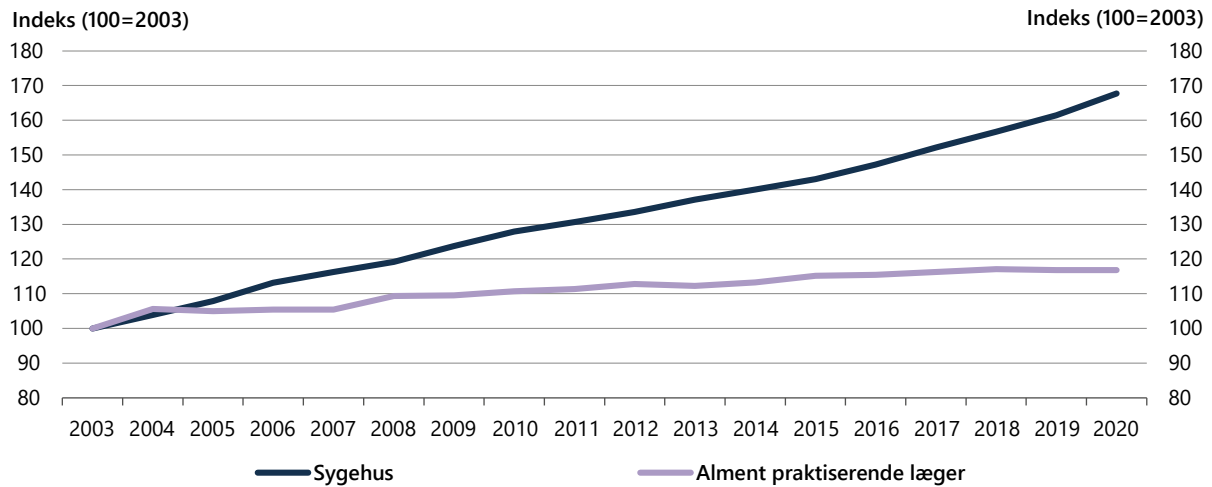
Anm.: Figuren viser andelen af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet i 2022, fordelt på de tre sektorer (alment praktiserende læger, kommune og sygehus). Det er ikke muligt at vise en nøjagtig proportional fordeling af overlap i kontakter mellem sektorer, og diagrammet er derfor en approksimation. Derfor kan overlappet mellem sygehus og kommuner ikke vises grafisk i diagrammet. Overlappet mellem sygehus og kommuner udgør hhv. 0,1 pct. for alle aldre, 0,2 pct. for borgere over 65 år og 0,3 pct. for borgere over 80 år.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret, Sygeforsikringsregisteret, Plejehjemsdata, Elektroniske omsorgsjournaler og Det Centrale Personregister).

Den anden udfordring er ubalancen mellem det primære sundhedsvæsen (kommuner, det almenmedicinske tilbud og øvrige praktiserende sundhedspersoner) og det sekundære sundhedsvæsen (sygehuse og praktiserende speciallæger). Der er sket en udvikling og investering i sundhedsvæsenet, som har medført øget specialisering. Specialiseringen har bidraget til betydelige kvalitetsforbedringer, bl.a. i behandlingen af kræft og hjertesygdomme. Der er imidlertid også områder, hvor den høje grad af specialisering medfører ulemper, især for patienter med flere samtidige sygdomme. Herudover har især det primære sundhedsvæsen svært ved at følge med behovet for sundhedsydelse.

Siden 2003 er antallet af alment praktiserende læger steget med 20 pct., mens antallet af læger, der er ansat på sygehuse, er steget med 70 pct., jf. figur 2. Forskellen er særligt vokset frem i årene efter oprettelsen af regionerne. Figuren skal ses i lyset af, at den relative vækst i offentlige udgifter til de to sektorer har været omtrent den samme, og der har derfor bl.a. været mulighed for at ansætte mere ikke-lægeligt sundhedspersonale i det almenmedicinske tilbud.

Figur 2

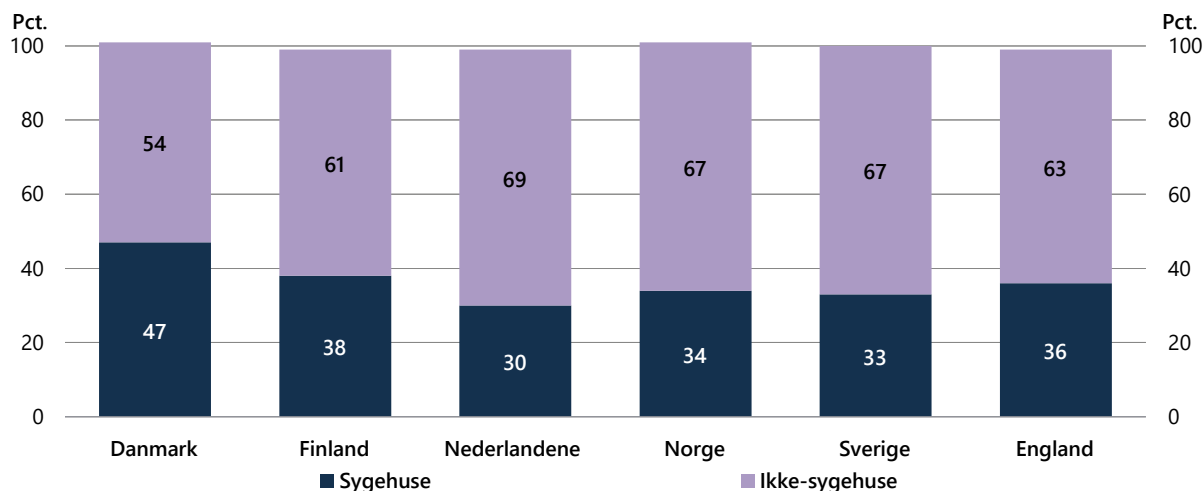
Udvikling i antal læger ansat på sygehusene og alment praktiserende læger, indeks (2003=100)

Anm.: Indeks = 2003. Bemærk, at figuren er opgjort i antal personer beskæftiget i den pågældende sektor og ikke i fuldtidsbeskæftigede/lægekapatiteter. Afgrænsningen af læger ansat ved sygehuse er "Physicians employed in hospitals" og alment praktiserende læger er "General medical practitioners".

Kilde: OECD Health Statistics, Healthcare Resources.

Danmark bruger omkring 10 pct. af BNP på sundhed og er dermed på niveau med mange af de lande, som Danmark normalt sammenligner sig med. Det er altid svært at sammenligne tal på tværs af landegrænser, alene fordi der er forskel på, hvordan lande organiserer sig, og hvordan de indsamler data. Men set i international sammenhæng vejer sundhedsudgifterne til at drive sygehuse i Danmark tungt sammenlignet med de udgifter, der dækker det øvrige sundheds- og ældreområde. I sammenligning med andre relevante lande er det dermed en større andel af sundhedsudgifterne, som går til den mest specialiserede del af sundhedsvæsenet, fremfor fx de alment praktiserende læger, ældrepleje og forebyggelse, jf. figur 3.

Figur 3
Sundhedsudgifter fordelt på funktion, udvalgte lande, 2019



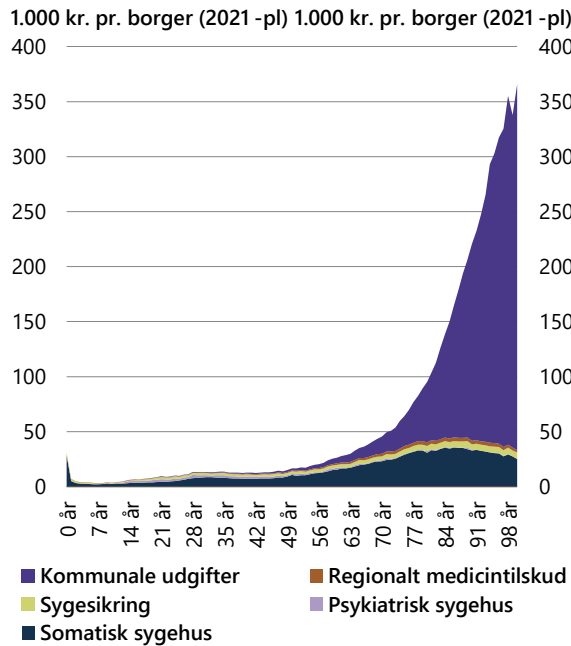
Anm: På grund af afrundinger summer tallene ikke til 100. Fordelingen tager afsæt i OECDs Health Care Functions. Hvor en yderligere segmentering er gjort ved hjælp af OECDs Health Care Providers er det anført nedenfor; Sygehuse er afgrænset til: "Current expenditures on health, inpatient curative and rehabilitative care, all providers", "Outpatient curative and rehabilitative care, hospitals"; Ikke-sygehuse er afgrænset til: "Current expenditures on health, outpatient curative and rehabilitative care, providers of ambulatory health care", "Residential long-term care facilities", og inkluderer bl.a. "medical goods", "preventive care" og "ancillary services"; Alle tal er købekraftsjusteret og omregnet med valutakurs 1,0 EUR = 7,45 DKK. Tal for Storbritannien er brugt som proxy for England. Sammenlignes med en OECD "hospitals" provider-opgørelse undervurderer den anvendte metode sygehusforbruget i bl.a. Norge, Sverige og England, da de præhospitale udgifter fra indlæggelser og ambulante besøg i højere grad indgår som sygehusudgifter i de danske opgørelser. Uanset opgørelsesmetode er andelen af udgifter, der bruges på sygehuse, størst i Danmark.

Kilde: BCG, 2023, Sundhedsvæsenets organisering m.v. i udvalgte lande.

Den demografiske udvikling skaber et øget behov for sundheds- og omsorgsydelser indenfor det kommunale sundheds- og ældreområde. Fra borgeren fylder 65 år, stiger det gennemsnitlige behov for sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp. De kommunale udgifter på sundheds- og ældreområdet til personer, som er fyldt 85 år, er ca. 11 gange højere end til personer, der er fyldt 65 år, jf. figur 4.

En del af forklaringen på udviklingen er, at jo tættere en person er på livets afslutning, desto mere hjælp og pleje har personen brug for. Udgifterne til de kommunale sundheds- og plejeindsatser, som en borger modtager, stiger derfor i gennemsnit ganske markant i de sidste tre år inden et dødsfald, jf. figur 5. Det kommer bl.a. til udtryk i udgifterne til plejehjemsophold.

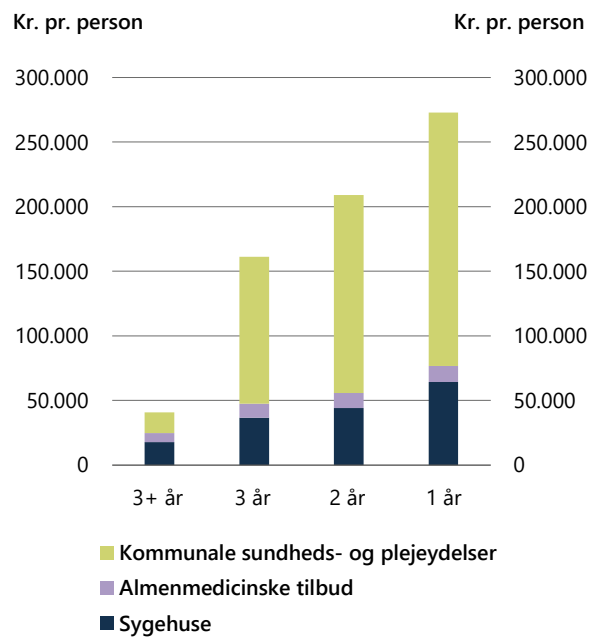
Figur 4
**Forbrug af sundheds- og plejeydelser
 pr. person, fordelt på alder, 2022**



Anm.: I datagrundlaget for de kommunale udgifter indgår 85 kommuner, da datagrundlaget kun er tilstrækkeligt for de kommuner. Opgørelserne for 2021 er påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af covid-19 og sygeplejerskestrejken. Udgifterne er angivet i pris- og lønniveau for 2021 (2021-PL).

Kilde: Robusthedskommissionen, 2023, Robusthedskommissionens anbefalinger.

Figur 5
**Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person
 over 65 år, fordelt på afstand til død, 2019**



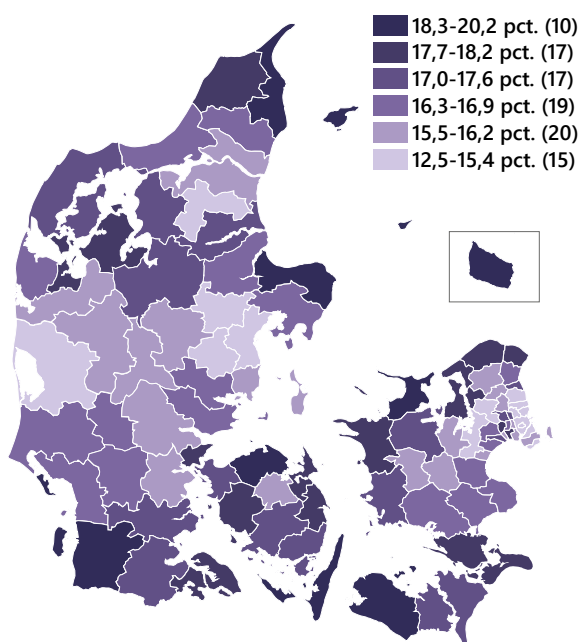
Anm: Udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 95 kommuner. Udgifter til praksissektor omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter sygepleje, hjemmepleje og plejebolig. Ældre på 100 år og derover er samlet i samme alderskategori. Afstand til død er baseret på 2019-data.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023, Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Endelig er der geografisk og social ulighed i sundhed. Der er væsentlige forskelle i sundhedsbehov og adgang til sundhedstilbud på tværs af landet. Adgangen til sundhedstilbud er oftest udfordret i de dele af landet, hvor sundhedsbehovet er størst. Det gælder fx adgangen til alment praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger og kommunale sundhedstilbud. Omvendt er adgangen til sundhedstilbud bedst i områder, hvor befolkningen som helhed er sundest.

Landkommuner har en markant højere andel af borgere med kroniske sygdomme end bykommunerne. Fx har over 20 pct. af borgerne på Langeland en kronisk sygdom mod 12 pct. af borgerne i København, jf. figur 6. Landkommunerne har også en markant højere andel af ældre og multisyge end øvrige kommuner. Tilsvarende er de områder, som er betegnet som lægedækningstruede, fordi der er vanskeligheder med at tiltrække alment praktiserende læger, typisk at finde i landkommunerne, jf. figur 7. Indenfor de store byer kan der også findes områder med ubalancer mellem sundhedsfaglige behov og ressourcer.

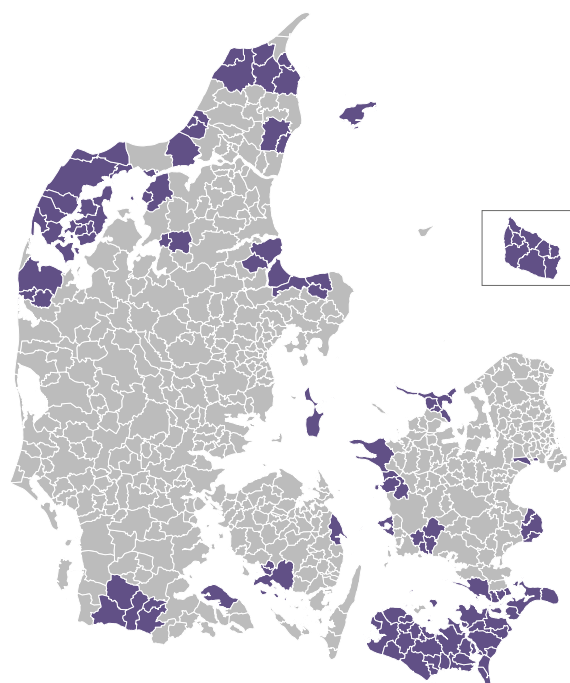
Figur 6
**Andel borgere med kronisk sygdom
 pr. 1.000 borgere i befolkningen, 2022**



Anm.: De udvalgte kroniske sygdomme: astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, type 1-diabetes og type 2-diabetes.

Kilde: Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 7
Lægedækningstruede områder, 2021-2024



Anm.: Lægedækningstruede områder er fastlagt for hele den indværende overenskomstperiode 2021-2024. De er kendetegnet ved at have en stor andel borgere tilknyttet, fx udbuds- og regionsklinikker, patientgrundlag med relativt store sundhedsbehov, vanskeligheder ved at sælge en lægepraksis, og de nuværende læger nærmer sig pensionsalderen.

Kilde: PLO, landsdækkende lægedækningstruede områder.

Pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet

Med afsæt i de tendenser og udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor nu og i fremtiden, vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at der særligt er behov for at fokusere på flere forhold i fremtidssikringen af det danske sundhedsvæsen (se kapitel 5).

Sammenhæng, kvalitet og ressourceudnyttelse i patientforløb kan forbedres markant ved at styrke de indsatser, som leveres i det primære sundhedsvæsen. Det kræver, at opgaveløsningen i sundhedsvæsenet gentænkes, og en større andel af ressourcer investeres i at styrke det primære sundhedsvæsen. Ansvar for patienter med længerevarende sygdom skal i langt højere grad varetages af det almenmedicinske tilbud, mens sygehusene i højere grad skal understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen. Det vil også medføre, at færre får behov for en sygehusindsats. Samtidig er der behov for at fastholde og udvikle kvaliteten på sygehusene, så sygehusindsatsen vil være af højeste kvalitet til at behandle borgere, som fx bliver ramt af akut og alvorlig sygdom. Fremtidssikring af sundhedsvæsenet indebærer derfor, at udviklingen særligt fokuserer på tre pejlemærker: 1) sundhed for de mange, 2) lige adgang til sundhed og 3) differentierede indsatser.

Sundhed for de mange handler om, at udviklingen i sundhedsvæsenet skal afspejle, at der kommer flere borgere med almene problemstillinger. Derfor er der behov for et ændret fokus i den ledelsesmæssige og politiske opmærksomhed og i fordelingen af ressourcer mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Samtidig skal opgaveløsningen og rollerne i sundhedsvæsenet løbende omlægges, så mere løses i det primære sundhedsvæsen med fokus på at forebygge forværring af sygdom og understøtte egenomsorg, vel at mærke med opbakning fra specialisterne på sygehuset eller i speciallægepraksis.

Lige adgang til sundhed handler om, at udviklingen i sundhedsvæsenet skal adressere en betydelig og voksende geografisk og social ulighed i sundhed. I fremtidens sundhedsvæsen skal der være lige adgang til stærke sundhedstilbud i hele landet. Det kræver en fordeling af ressourcer i det primære og i det sekundære sundhedsvæsen, som afspejler befolkningssammensætningen og befolkningens behov i alle dele af landet.

Differentierede indsatser handler om at målrette indsatsen til den enkelte borgers behov. På den måde bliver ressourcerne også brugt så effektivt som muligt. Det betyder, at flere skal understøttes i hjælp til selvhjælp, mens andre har behov for mere kontakt med sundhedsprofessionelle. Fx vil borgere med høj sundhedskompetence blive tilbudt digitalt understøttede indsatser og færre kontroller, mens borgere med færre sundhedskompetencer og skrøbelighed tilbydes en mere håndholdt indsats.

2. Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

I rapportens anden del beskrives og vurderes styrker og svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet. I den sammenhæng opstilles først seks hensyn, som organiseringen af sundhedsvæsenet bør understøtte. Dernæst beskrives den nuværende organisering, og til sidst præsenteres en vurdering af væsentlige svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet set i lyset af de udfordringer og muligheder, sundhedsvæsenet står overfor (se kapitel 6-8).

Centrale hensyn

Sundhedsstrukturkommissionen opstiller seks hensyn, som er centrale for at vurdere (ændringer af) den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet. De seks hensyn bruges til at vurdere svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet og til at vurdere fordele og ulemper ved de præsenterede anbefalinger, forslag og modeller til en ændret organisering af sundhedsvæsenet i rapportdel 3 og 4.

Det kræver organisatoriske forandringer at realisere de præsenterede pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet. Ændringer i sundhedsvæsenets organisering bør ske i respekt for de hensyn og målsætninger for sundhedsvæsenet, som traditionelt har haft bred politisk tilslutning. Nogle af hensynene hænger tæt sammen med pejlemærkerne, men der er også andre hensyn, som er vigtige i en samlet vurdering af styrker og svagheder ved sundhedsvæsenets organisering.

Ingen organisatorisk indretning af sundhedsvæsenet vil kunne tilgodese alle hensyn i samme grad. Det vil derfor være nødvendigt at afveje hensynene op mod hinanden. Vægtningen af de enkelte hensyn vil i sidste instans være et politisk valg (se kapitel 6).

Sundhedsstrukturkommissionens seks centrale hensyn for organiseringen af sundhedsvæsenet er:



Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet

Hensynet indebærer, at organiseringen understøtter faglig bæredygtighed i opgaveløsningen og social og geografisk lighed.



Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud

Let adgang til relevante sundhedstilbud er bl.a. betinget af graden af fri adgang til sundhedstilbud, tilbuddenes geografiske nærhed og muligheder for frit valg mellem leverandører. Behandling i hjemmet er i stigende grad relevant og muligt i takt med udviklingen af det primære sundhedsvæsen, nye teknologiske muligheder og borgernes stigende ønsker om digital kontakt med sundhedsvæsenet.



Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb

Høj kvalitet i sundhedstilbud forudsætter, at borgerne oplever en høj grad af sammenhæng i hele forløbet, fx mellem undersøgelse, udredning og behandling og efterfølgende genoptræning, pleje og rehabilitering. Derfor er det et væsentligt hensyn, at organiseringen af sundhedsvæsenet understøtter en stærk sammenhæng i borgernes forløb.



Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

Hensynet om at give borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer indebærer, at organiseringen understøtter omkostningseffektivitet og økonomisk robusthed, en stærk sammenhæng mellem opgave- og budgetansvar og effektiv brug af knappe personaleressourcer i sundhedsvæsenet.



Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

Hensynet om effektiv politisk styring og demokratisk kontrol indebærer, at organiseringen giver et klart politisk ansvar for leveringen af sundhedstilbud, understøtter politisk opmærksomhed på væsentlige udfordringer og bidrager til politisk handlekraft og styring.



Hensyn 6: Implementeringsomkostninger

Implementering af større organisatoriske forandringer indebærer både potentialer, risici og omkostninger. Det er derfor vigtigt, at de organisatoriske og strukturelle løsninger for fremtidens sundhedsvæsen også vurderes i et implementeringsperspektiv.

Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

Det danske sundhedsvæsen er i høj grad decentralt organiseret. I dag er der tre forvaltningsled med ansvar på sundhedsområdet: Stat, regioner og kommuner. Staten udstikker de overordnede rammer for at varetage sundhedsopgaverne via lovgivning, årlige økonomiaftaler, retningslinjer og anden statslig styring indenfor området. Det økonomiske og driftsmæssige ansvar er derimod placeret i regioner og kommuner.

Det danske sundhedsvæsen har en række væsentlige styrker. Sundhedsydelserne er generelt af høj kvalitet og leveres af et veluddannet sundhedspersonale i et overvejende offentligt finansieret sundhedsvæsen med universel adgang til ydelserne. Sygehusstrukturen har over de senere år gennemgået en nødvendig tilpasning, og der er i dag 21 akutsygehuse. Samling af behandlinger på færre sygehusmatrikler har været med til at sikre en højere kvalitet i sygehusbehandlingen, og mange behandlinger er blevet omlagt fra indlæggelser til ambulante behandlinger. På trods af den seneste tids udfordringer med ventetider til sygehusbehandling har ventetiden generelt været faldende over en lang årrække.

Kommunerne har fået en markant større rolle på sundhedsområdet end tidligere. Det gælder fx genoptræning efter indlæggelse, men også indenfor områder, der er opstået som konsekvens af udviklingen i sygehusenes opgavevaretagelse, fx akutfunktioner i den kommunale sygepleje. I praksissektoren er det almenmedicinske tilbud til stede i hele landet, og der er generelt høj tilfredshed hos borgerne med det almenmedicinske tilbud, som også varetager en central rolle som gatekeeper for indsatser i det sekundære sundhedsvæsen (se kapitel 7).

Svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

Set over tid og i international sammenligning er det danske sundhedsvæsen veludbygget, tilgængeligt, og det leverer sundhedsydelser af høj kvalitet til hele befolkningen. Men i lyset af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor, vurderer kommissionen, at der er en række væsentlige svagheder ved sundhedsvæsenets nuværende organisering. Det gælder især den overordnede opgave- og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet, styring og regulering indenfor de enkelte sektorer og organiseringen af arbejdet med digitalisering og data (se kapitel 8).

Opgave- og ansvarsfordelingen i sundhedsvæsenet

Den nuværende opgave- og ansvarsfordeling er medvirkende til utilstrækkelig sammenhæng i patientforløb, manglende investeringer i de almene sundhedstilbud og udfordringer med faglig bæredygtighed i dele af kommunernes opgaveløsning.

Udviklingen indenfor sundhedsvæsenet vil give flere forløb på tværs af sektorer. Det samme vil den demografiske udvikling og et ændret sygdomsbillede. Det understreger behovet for en organisering, som understøtter sammenhængende patientforløb. Gennem tiden er der blevet iværksat mange gode projekter og initiativer til at styrke sammenhængen. Dog vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at der er behov for markant stærkere tiltag for at skabe sammenhæng, især i de forløb, der går på tværs af det almenmedicinske tilbud, kommuner og sygehuse. Den nuværende konstruktion af sundhedsklyngerne imødekommer ikke i tilfredsstillende grad sundhedsvæsenets udfordringer med at samarbejde på tværs af sektoropdelingen.

Hvad angår investeringerne i de almene sundhedstilbud, medfører opgave- og ansvarsfordelingen, at regionerne har en begrænset økonomisk tilskyndelse til at investere i en udbygning af det primære sundhedsvæsen ved at stille ressourcer til rådighed for den del af sundhedsvæsenet, som kommunerne har ansvaret for. Der er samtidig en risiko for, at kommunerne vil underinvestere i indsatser til at forebygge egne borgeres brug af sygehusene og det øvrige sundhedsvæsen, da dele af gevinsterne tilfalder regionerne. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der er behov for en organisering, som gør det muligt, at der løbende følger ressourcer med fra det sekundære til det primære sundhedsvæsen, når opgaveløsningen omstilles og udvikles på en måde, som kræver opbygning af nye kompetencer og kapacitet.

Endelig betyder den nuværende opgave- og ansvarsfordeling, at kommunerne har ansvar for en række sundhedsopgaver, hvor nogle kræver et vist borgergrundlag for, at opgaveløsningen er fagligt og økonomisk bæredygtig. Det kan flere kommuner have vanskeligt ved at etablere. Som udgangspunkt understøtter sundhedsvæsenets decentrale organisering tilgængelighed af sundhedstilbud i hele landet og er med til at danne grundlag for indsatser tæt på borgeren. Kommunerne løser imidlertid sundhedsopgaverne under meget forskellige vilkår på grund af forskellene i deres geografiske størrelse, befolkningsantal og geografiske placering. Genoptræning og rehabilitering af små patientgrupper, som kræver særlige kompetencer, er eksempler på opgaver, som er udfordrende at varetage fagligt bæredygtigt i alle kommuner. Derudover kan små kommuner fx vanskeligt etablere og opretholde kommunale akutfunktioner med tilstrækkelig volumen til at fastholde et døgndækket, fagligt bæredygtigt tilbud.

Væsentlige regulerings- og styringsudfordringer

Ifølge Sundhedsstrukturkommissionen er der behov for at ændre den nuværende regulering og styring indenfor de enkelte sektorer i sundhedsvæsenet.

Der er bl.a. brug for at forandre den måde, som de almenmedicinske tilbud reguleres i lovgivningen for at understøtte, at det almenmedicinske tilbud også fremover kan udgøre den primære indgang til udredning og behandling i hele landet. Derudover sikrer den nuværende overenskomstmæssige regulering af de almenmedicinske tilbud ikke en geografisk fordeling af ressourcer, som afspejler den geografiske variation i sundhedsbehovet.

Samtidig vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at den nuværende udformning af overenskomstmodellen for de almenmedicinske tilbud er en væsentlig barriere for den videre omstilling af sundhedsvæsenet. Regionernes grundlag for at indgå i og følge op på forpligtende aftaler i det almenmedicinske tilbud er for begrænset. Kommissionen vurderer dog også, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud er sket for langsomt set i forhold til behovet og de muligheder, som er indenfor den eksisterende organisering.

Reguleringen af sygehusene, bl.a. den nationale styring af placeringen af funktioner, har medført en øget specialisering og en samling af specialiseret behandling på færre sygehuse. Det har været med til at løfte kvaliteten for patienterne, men har også medvirket til en organisatorisk fragmentering, hvor ansvaret for patientforløb er fordelt på flere afdelinger, hvor der er større geografisk afstand for nogle patienter, og hvor der er rekrutteringsudfordringer på nogle sygehuse udenfor de store byer.

Derudover har sygehusene svært ved at rekruttere læger i nogle dele af landet og indenfor visse specialer. Allerede igangsatte initiativer har ikke været tilstrækkelige til at sikre en bedre fordeling af speciallæger.

Strukturelle barrierer for omstilling mod et mere digitalt sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den eksisterende organisering og styring af arbejdet med digitalisering, data og andre teknologiske løsninger ikke er tilstrækkelig til at sikre, at løsninger udvikles og udbredes tilstrækkeligt hurtigt til, at de potentielle gevinster kan blive indfriet.

Den nuværende organisering og styring bærer præg af, at der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering. Flere af aktørerne har ikke de rette forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift af teknologiske løsninger. Der mangler strukturer for og incitamenter til udbredelse af nye digitale løsninger og datadrevne teknologier. Desuden udfordres sammenhæng, implementeringstempo og omkostningsniveau af stor leverandørafhængighed og en fragmenteret IT-arkitektur.

Kommissionen vurderer, at en vigtig betingelse for den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet er en stærkere organisering og styring af datadelings- og digitaliseringsindsatsen. Digitale løsninger og øget nyttiggørelse af data rummer potentiale for at effektivisere driften af sundhedsvæsenet, øge kvaliteten af sundhedstilbud og skabe bedre forløb for borgerne og bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

3. Tværgående anbefalinger og forslag

På baggrund af de ændrede forudsætninger og udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor, og på baggrund af vurderingen af styrker og svagheder ved sundhedsvæsenets nuværende organisering, opstiller Sundhedsstrukturkommissionen seks anbefalinger med tilhørende forslag og tre forvaltningsmodeller til den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet.

I rapportens tredje del præsenterer kommissionen fem ud af de seks anbefalinger og tilknyttede forslag til en ændret organisering. De fem anbefalinger er tværgående i den forstand, at de er uafhængige af valget af forvaltningsmodel. Det er kommissionens vurdering, at de fem anbefalinger kan gennemføres uanset hvilken forvaltningsmodel, der kommer til at udgøre sundhedsvæsenets fremtidige struktur.

De fem anbefalinger og tilhørende forslag vedrører det almenmedicinske tilbud, digitaliserings- og dataområdet, fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, psykiatri og private aktører indenfor sundhedsvæsenet (se kapitlerne 9-13).

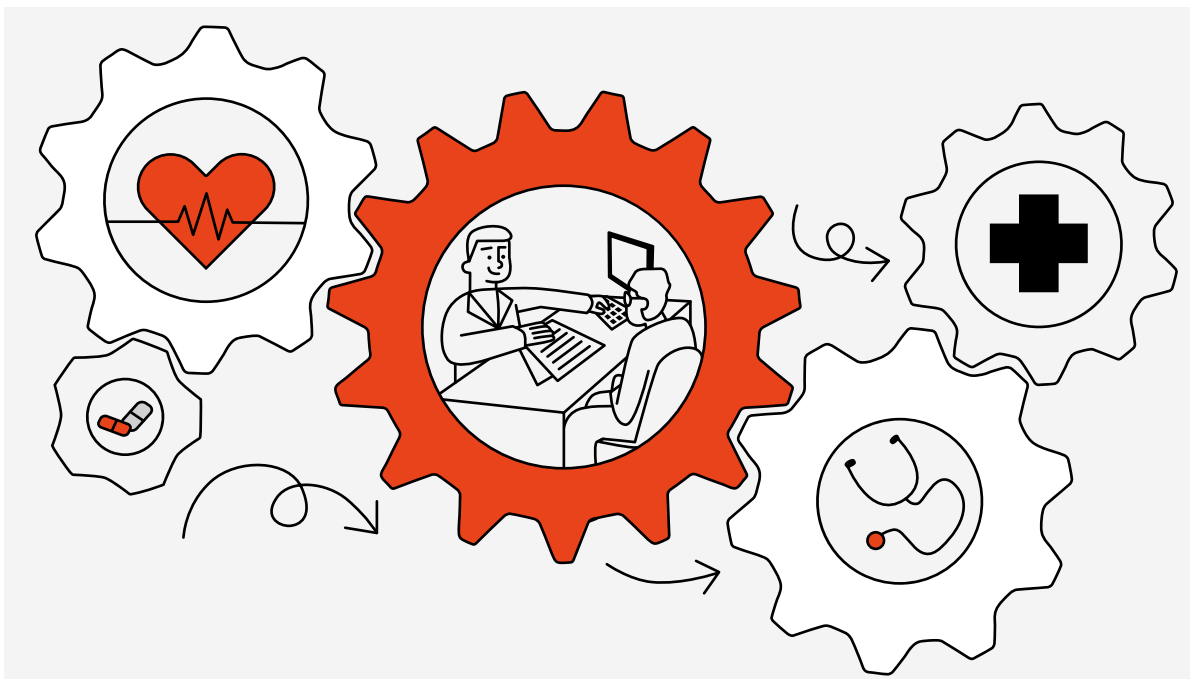
Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Det almenmedicinske tilbud, som overvejende består af alment praktiserende læger, har en nøgelfunktion i sundhedsvæsenet og løfter en stor og væsentlig opgave i forhold til at varetage diagnosticering og behandling og i forhold til at afklare, om borgerne skal henvises videre til det øvrige sundhedsvæsen.

Blandt borgerne er der generelt tilfredshed med det almenmedicinske tilbud. Udviklingen i patientsammensætningen, bl.a. med flere ældre og flere mennesker med kroniske sygdomme udfordrer dog allerede i dag det almenmedicinske tilbud. For at imødekomme borgernes behov skal det almenmedicinske tilbud understøtte høj tilgængelighed, varetage flere og mere komplekse opgaver og i højere grad indgå som en integreret og sammenhængende del af det samlede sundhedsvæsen.

Det almenmedicinske tilbud skal styrkes og udvikles og varetage flere opgaver, der i dag løses på sygehusene. Det betyder, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter skal anvendes i det almenmedicinske tilbud. Omstillingen af opgavevaretagelsen skal ske i takt med, at kapaciteten og kompetencerne i det almenmedicinske tilbud udvides, og den nødvendige faglige støtte fra det specialiserede sundhedsvæsen bliver stillet til rådighed. Samtidig skal omstillingen ske i takt med, at målsætningen om at uddanne flere speciallæger i almen medicin bliver indfriet.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende organisering, herunder styring og ledelse, af det almenmedicinske tilbud ikke er tilstrækkelig til at understøtte den udvikling og tilpasning, som er nødvendig for, at det almenmedicinske tilbud kan varetage den nøglerolle, det er tiltænkt i fremtidens sundhedsvæsen (se kapitel 9).



Boks 2 Anbefaling 1

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering. Formålet er, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelser og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen. Derfor skal de ansvarlige myndigheders kompetence til at påvirke udviklingen styrkes.

Boks 3 Forslag

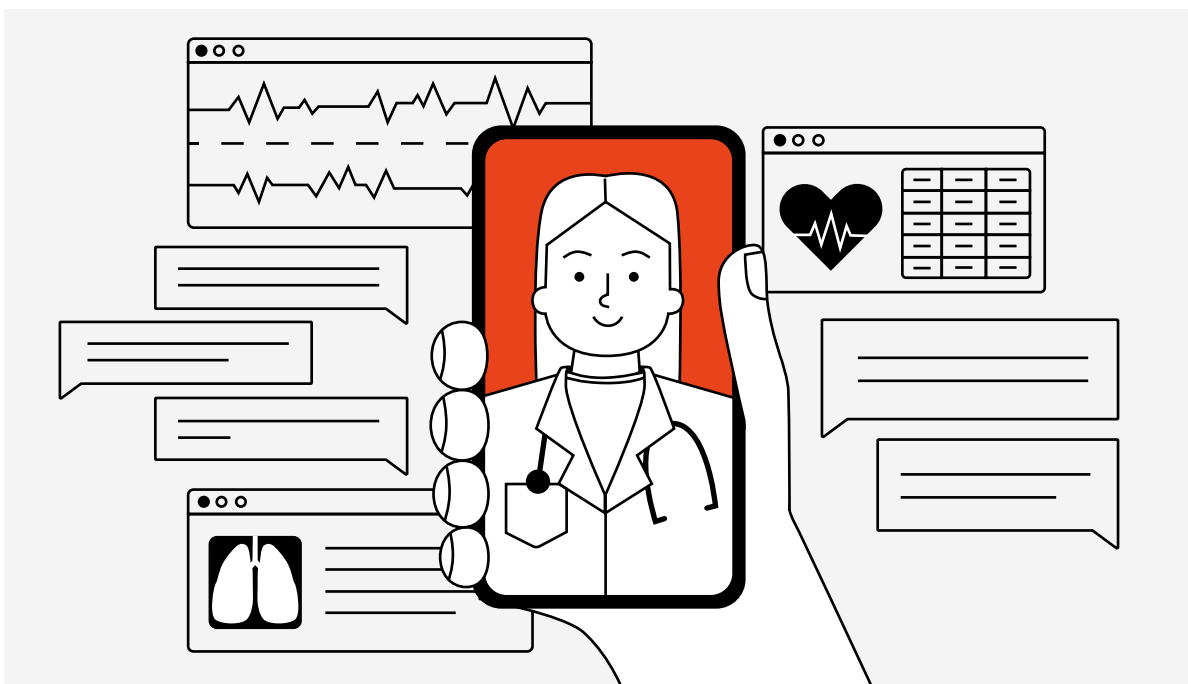
1. Kapacitet og kompetencer i det primære sundhedsvæsen skal udbygges. Det kræver, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter anvendes i det almenmedicinske tilbud.
2. De ansvarlige myndigheder skal have kompetence til at benytte forskellige klinikformer, bl.a. alment praktiserende læger, offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker, hvor det skønnes relevant ud fra lokale forhold og behov. Dermed fjernes de eksisterende lovgivningsmæssige begrænsninger for, at det almenmedicinske tilbud kan udvikles til i fremtiden at bestå af en kombination af alment praktiserende læger og øvrige klinikformer, bl.a. klinikker med ansatte læger.
3. Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges af nationale myndigheder med inddragelse af relevante faglige selskaber og skal ses i tæt sammenhæng med en styrket sundhedsplanlægning og styret opgaveudvikling og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet. Samtidig skal beskrivelsen fastlægge, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud. Ændringen betyder, at fastlæggelsen af opgaveporteføljen i det almenmedicinske tilbud adskilles fra forhandlinger om de økonomiske vilkår, som de alment praktiserende læger og øvrige klinikker virker under.
4. Differentierede patienttal og honorarer skal fastlægges på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik. Effekten vil være, at klinikker med en stor andel af ressourcestærke og raske patienter skal varetage flere patienter indenfor den nuværende honorering, mens klinikker med en stor andel af sårbare borgere og borgere med multi-sygdom får reduceret patientantallet, så der sikres en omfordeling af ressourcer efter sundhedsbehov.

5. De ansvarlige myndigheders lovmæssige grundlag for at tilrettelægge samarbejdet og følge op på efterlevelsen af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal styrkes.
6. En central rammeaftale skal fastsætte økonomi, vilkår og honorarstruktur for de alment praktiserende læger, men centrale elementer i form af opgavebeskrivelsen, grundlaget for fordeling af lægeressourcer og tvistløsning reguleres fremover udenfor aftalesystemet.
7. Honorarstrukturen skal revideres med fokus på forenkling, sammenhæng mellem patienternes sundhedsbehov og honorering, styrket samarbejde med andre aktører og realisering af løbende produktivitetstiltag til gavn for det samlede sundhedsvæsen. Det vil bl.a. betyde, at hver enkelt, ny opgave ikke forudsætter forhandlinger om økonomi, da en forsimplet honorarstruktur kan rumme nye opgaver.
8. En dansk model for netværksorganisering skal udvikles og udbredes med det formål, at det almenmedicinske tilbud kan møde skærpede krav til opgaver og funktioner indenfor en organisering med relativt mange mindre klinikker, bl.a. ved tværfagligt samarbejde.
9. Databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant. Det gælder bl.a. i det almenmedicinske tilbud.

Ny organisering af digitalisering og data

Borgerne i Danmark er blandt de mest digitale i verden. En stor del af befolkningen bruger digitale tjenester som en naturlig del af hverdagen. Det gælder også i sundhedsvæsenet, hvor mange – især under og efter covid-19-pandemien – har taget de digitale sundhedstilbud til sig. En digital transformation er derfor en naturlig og central forudsætning for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Samtidig kan endnu bedre brug af digitale løsninger og data være med til at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen for borgere og medarbejdere. Den teknologiske udvikling muliggør den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet fra at levere ydelser på sundhedsvæsenets fysiske matrikler til i højere grad at levere ydelser, som helt eller delvist møder borgeren, hvor vedkommende er, med samme høje kvalitet uafhængig af geografi.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende organisering af sundhedsvæsenets digitaliserings- og dataindsats ikke kan realisere den nødvendige digitale transformation (se kapitel 10).



Boks 4

Anbefaling 2

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed. En ny organisering skal derfor også ses som et middel til at skabe bedre forudsætning for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne.

Boks 5

Forslag

1. Der skal udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Mandatet til udarbejdelsen af strategien ligger i staten, men det skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører, som varetager arbejdet med de digitale løsninger i sundhedsvæsenet, og de ansvarlige for driften af hele sundhedsvæsenet. Strategien skal forpligte alle parter i sundhedsvæsenet til at arbejde mod fælles mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet. Strategien skal være tæt koblet til sundhedsvæsenets behov og målsætninger for den samlede omstilling, så digitalisering ikke bliver et mål i sig selv men et stærkt redskab til at løse sundhedsvæsenets udfordringer.
2. Der skal etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Den nationale planlægningskompetence er baseret på en lovhjemmel, så det bindende kan fastsættes, hvilke digitale løsninger der udvikles og udbredes nationalt, og hvilke løsninger der kan udvikles lokalt. En tydelig planlægningskompetence skal bidrage til at styrke den samlede beslutnings- og eksekveringskraft og understøtte en mere koordineret udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer på digitaliserings- og dataområdet.

3. Der skal etableres en fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet. Organisationen får ansvar for fælles digitale løsninger, som er rettet mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse, og for en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Organisationen skal samtidig understøtte innovation og samle drift af større IT-fagsystemer, bl.a. elektroniske patientjournal- og omsorgsjournalsystemer (EPJ- og EOJ-systemer), og digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen. Kommissionen fremlægger ikke forslag til den konkrete organisering af service- og leveranceorganisationen, men lægger vægt på, at den nye organisation etableres med en tæt kobling til driften og med mulighed for, at staten kan sikre, at organisationens arbejde udføres i sammenhæng med den overordnede nationale retning for sundhedsvæsenet. Digital Sundhed Danmark bør implementeres trinvist med mulighed for at udvide organisationens opgaveportefølje over tid.
4. Finansiering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet skal understøtte realiseringen af kommissionens øvrige tre forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data, bl.a. for at skabe forpligtelse blandt de decentrale aktører til de fælles strategiske mål og de fælles digitale løsninger.

I forlængelse af forslaget om en strategi for digitalisering og data (forslag 1 i boks 5) foreslår kommissionen fem strategiske mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet: 1) Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne; 2) borgerne skal let og overskueligt kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt; 3) en national dataplatform og den digitale infrastruktur skal understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet; 4) en sammenhængende og forpligtende digital arkitektur på sundhedsområdet skal skabe rammer for udvikling og fleksibel tilpasning til den lokale opgavehåndtering; 5) styrket koordination og samarbejde om optag og udbredelse af innovative løsninger skal understøtte, at teknologiens potentiale til at frigøre arbejdskraft og løfte kvalitet kan komme flere medarbejdere og borgere til gavn.

Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Fordelingen af ressourcer mellem det primære sundhedsvæsen og det sekundære sundhedsvæsen skal afspejle befolkningens behov for sundhedsydelser. Mange flere borgere vil i fremtiden have gavn af at blive behandlet i det primære sundhedsvæsen. Det kræver en tilpasset ressourcefordeling, hvor en større andel af ressourcerne skal målrettes det primære sundhedsvæsen. Samtidig er der behov for en omstilling af sygehusene, hvor væksten skal reduceres, og sygehusene skal have et stærkere fokus på at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.

Det indebærer, at de sygehusansvarlige myndigheder har et stærkt fokus på kun at tilbyde sygehusindsatser, som har en reel sundhedsfaglig værdi for patienter. Sundhedsstyrelsen har i et notat til Sundhedsstrukturkommissionen peget på, at flere undersøgelser viser, at 20 pct. eller mere af sygehusaktiviteten vurderes at være unødvendig.

Den geografiske fordeling af ressourcer og sundhedsfagligt personale skal afspejle befolkningens sundhedsbehov forskellige steder i landet. I de områder, hvor borgerne har et relativt stort behov for sundhedsydelser som følge af høj sygelighed, bør der også være relativt flere ressourcer til rådighed. Det er ikke tilfældet i dag. Adgangen til sundhedstilbud er generelt bedre i de områder af landet, hvor befolkningen som helhed er sundest, mens den er dårligere i de områder, hvor behovet for sundhedsydelser er størst. Der er geografiske forskelle i adgangen til almenmedicinske tilbud, og der er udfordringer med at sikre læger på sygehusene udenfor de store byer. Tiltagene til bedre fordeling af sundhedsfagligt personale på tværs af landet og den forventede udvikling i de geografiske forskelle i sundhed og sygdomsbyrde kan ændre på udgiftsbehovet på tværs af landet. Derfor vil der potentielt være konsekvenser for, hvordan økonomien på sundhedsområdet skal fordeles.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende fordeling af ressourcer bidrager til en geografisk og social ulighed i sundhed. Det er en ulighed, der risikerer at blive forstærket i de kommende år, bl.a. som følge af udviklingen i demografien (se kapitel 11).



Boks 6

Anbefaling 3

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Formålet med anbefalingen er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

Boks 7

Forslag

1. Ressourcefordelingen mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusene skal tilpasses. Forslaget indebærer en styrket prioritering af det primære sundhedsvæsen, som ledsages af en tilsvarende reduceret vækst for sygehusene. Sygehusene skal samtidig have en stærkere rolle i at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.
2. Fordeling af læger geografisk og på tværs af sygehuse og det primære sundhedsvæsen skal tilpasses. Forslaget indebærer en incitamentsmodel i form af et vækstloft for sygehuslæger indenfor udvalgte geografiske områder og eventuelt specialer, som skal understøtte, at flere læger søger mod sygehuse udenfor de store byer.
3. Kvalitetsstandarder skal udvikles mod at kunne gå på tværs af sektorer, stille krav til samarbejde i det primære sundhedsvæsen og styrke monitorering og eventuelt kombinere kravene med økonomiske incitament.

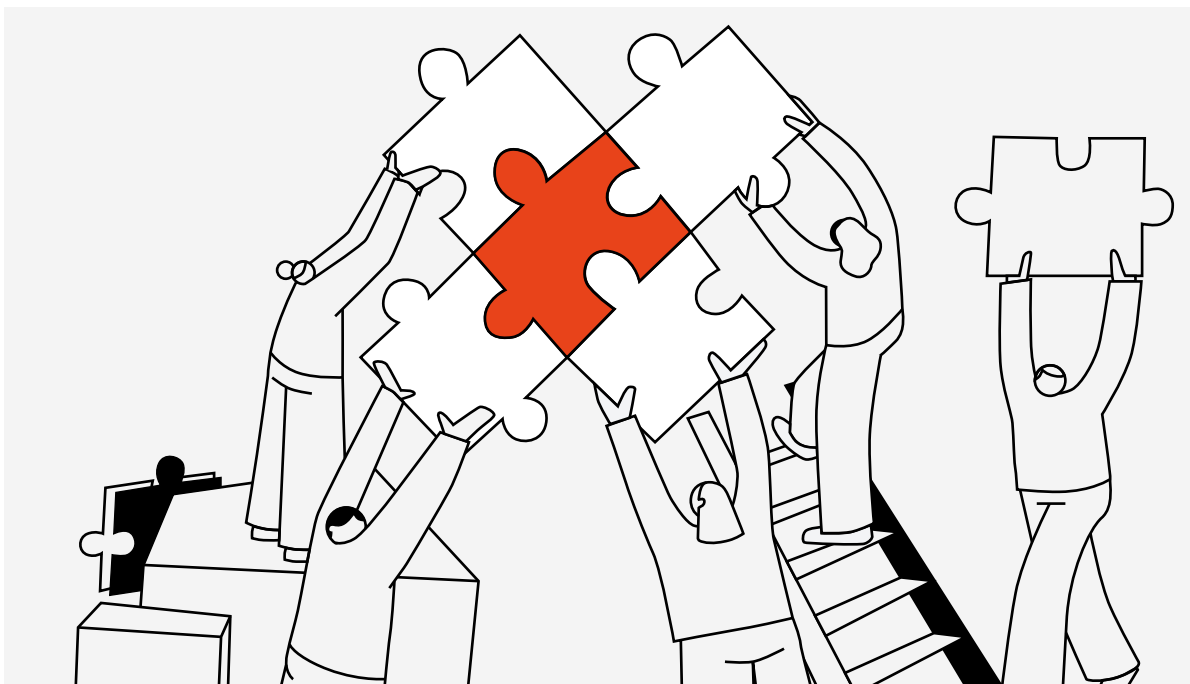
4. Styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses. Forslaget indebærer bl.a., at uddannelseslæger skal bruge en større del af deres uddannelsesforløb udenfor universitetshospitalerne i de større byer, og der skal være et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer i speciallægeuddannelsen. Dimensioneringen af medicinuddannelsen skal understøtte en hensigtsmæssig vækst af læger fremover, og der skal på uddannelsen være et større fokus på de almene sundhedsindsatser.
5. Sundhedsfaglig forskning skal i højere grad målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad specialiserede indsatser på sygehusene. Ph.d.-forløb skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger.
6. Styring af det højt specialiserede sygehusområde skal ændres, så de sygehusansvarlige myndigheder får redskaber til at sikre et balanceret ressourceforbrug på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde.
7. Sundhedscentre i form af fleksible og innovative tilbud skal styrke det primære sundhedsvæsen, særligt de almenmedicinske tilbud, og skabe rammer for bedre sammenhæng og samarbejde lokalt. Forslaget har særlig relevans i områder med langt til sygehuset.

Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Psykiatrien er en væsentlig del af det samlede sundhedsvæsen. Flere af de udfordringer, som patienter oplever i det øvrige sundhedsvæsen, gælder i høj grad også i psykiatrien. Når Sundhedsstrukturkommissionen har valgt at præsentere en særskilt anbefaling og forslag for psykiatrien, skyldes det, at kommissionen ser det som en helt afgørende opgave for sundhedsvæsenet at skabe bedre rammer for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Der er behov for, at kvaliteten af behandlingen løftes, og sammenhængen i indsatsen på tværs af sektorerne styrkes. Samtidig er kapaciteten i både behandlingspsykiatrien, og i de kommunale indsatser udfordret. Stadig flere efterspørger udredning og behandling for psykiske lidelser, ligesom det stigende antal ældre vil medføre, at stadig flere udvikler demenssygdomme, som kræver samtidig behandling, pleje og hjælp i forhold til at håndtere både somatiske og psykiske udfordringer. Herudover står den psykiske lidelse sjældent alene, idet den ofte følges af samtidige somatiske udfordringer.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at tiltag, der kan styrke sammenhæng og kvalitet i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser, har et betydeligt potentiale for at løfte sundheden og livskvaliteten for borgere med psykiske lidelser. Samtidig vurderer kommissionen, at der er et betydeligt potentiale i tidlige og forebyggende indsatser, som kan hjælpe borgere, inden en psykisk mistrivsel bliver til en egentlig psykisk lidelse (se kapitel 12).



Boks 8

Anbefaling 4

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Boks 9

Forslag

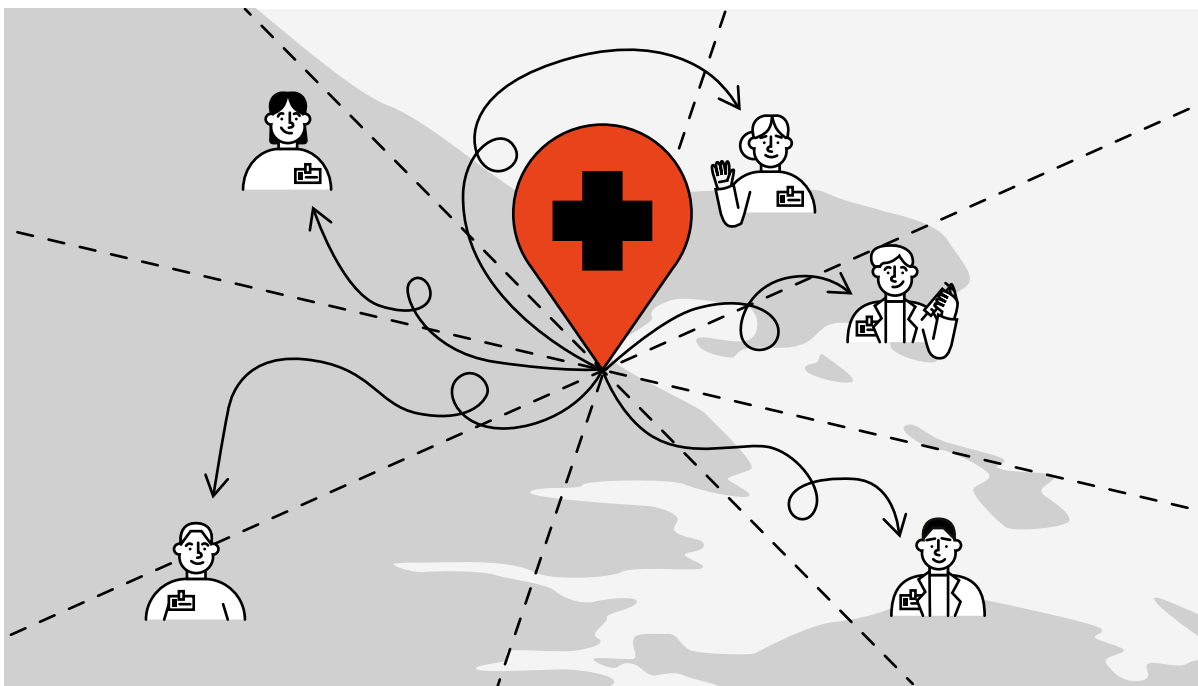
1. Psykiatrien skal integreres organisatorisk i det samlede sygehusvæsen. Formålet er at sikre bedre sammenhæng for patienter med psykiske lidelser, styrke muligheden for at somatiske lidelser opdages og behandles mere effektivt hos mennesker med psykiske lidelser, sikre nemmere adgang til psykiatriske kompetencer for somatiske patienter og bidrage til et styrket ledelsesmæssigt fokus og tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning.
2. Det tværsektorielle samarbejde om borgere med psykiske lidelser skal styrkes. Forslaget involverer krav om fasttilknyttede læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien og overvejelser om tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet. Tiltagene skal bl.a. sikre en langt stærkere forebyggende indsats på de sociale botilbud og løfte og ensarte kvaliteten i de sundhedsfaglige indsatser for borgere, som modtager samtidige indsatser indenfor sundheds- og socialområdet. Samtidig skal tiltagene understøtte den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet, hvor flere forløb varetages i det primære sundhedsvæsen og bidrage til bedre sammenhæng for borgeren ved at tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen mellem relevante aktører.
3. Udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien skal styrkes. Formålet er at sikre hurtigere udbredelse og bedre udnyttelse af digitale løsninger, som kan skabe bedre tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp på rette niveau. Det gælder generelt for sundhedsvæsenet. Udvikling af digitale løsninger har dog et særligt potentiale indenfor psykiatrien, hvor de kan være med til at afhjælpe, at en psykisk lidelse udvikler sig eller forværres og kræver mere specialiseret behandling.

Forslagene skal også ses i lyset af og gennemføres i sammenhæng med igangværende og kommende initiativer. Det omfatter bl.a. 10-årsplanen for psykiatrien og anbefalingerne i det faglige oplæg til 10-årsplanen om løbende kapacitetsopbygning, hvor både indsatsen i kommuner, på sygehusene og i det almenmedicinske tilbud prioriteres.

Private aktører og rettigheder

I Danmark er der en lang tradition for at bruge private aktører som leverandører i dele af det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Sundhedsstrukturkommissionen har – i tillæg til private leverandører i det almenmedicinske tilbud, som behandles i kapitel 9 – fokuseret på to yderligere kategorier af private aktører, nemlig praktiserende speciallæger og private kommercielle sygehuse. Derudover har kommissionen drøftet brugen af patientrettigheder og private sundhedsforsikringer (se kapitel 13).

Sundhedsstrukturkommissionen har diskuteret de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger i lyset af den udvikling, som sundhedsvæsenet står overfor. Den samlede efterspørgsel på sundhedsydelser er stigende som følge af, at antallet af borgere med en eller flere sygdomme stiger. Samtidig har en større andel af patienterne behov for behandlingsforløb, som er forankrede i det almenmedicinske tilbud med støtte fra det sekundære sundhedsvæsen. Kommissionen bemærker, at aftalesystemet for de praktiserende speciallæger generelt set fremstår velfungerende. Det er dog Sundhedsstrukturkommissionens overordnede vurdering, at den nuværende organisering af de praktiserende speciallæger ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter en optimal udnyttelse af de praktiserende speciallægers samlede ressourcer.



Boks 10 Anbefaling 5

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses for at understøtte en effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Boks 11

Forslag

1. Planlægning af det praktiserende speciallægetilbud skal ske indenfor en styrket national ramme, som understøtter en ændret geografisk fordeling og effektiv brug af speciallægetilbuddet i det samlede sundhedsvæsen.
2. Det lovmæssige grundlag for ledelse af samarbejde med speciallægepraksis skal styrkes, og der skal ske en skærpelse af den ansvarlige myndigheds organisatoriske fokus på ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling.
3. Der skal skabes bedre grundlag for, fx via en fælles indgang, at patienter med størst behov prioriteres først, og der opnås en samlet set mere effektiv anvendelse af ressourcerne.

Kommissionen har gjort sig en række overvejelser om brugen af private sygehuse, sundhedsforsikringer og patientrettigheder, men har ikke fundet anledning til at komme med anbefalinger om organisatoriske ændringer indenfor områderne.

I drøftelsen af brugen af private sygehuse lægger kommissionen vægt på, at de sygehusansvarlige myndigheder fortsat skal anvende den private sygehuskapacitet strategisk, bl.a. for at understøtte sammenhæng i patienternes forløb. Hos de sygehusansvarlige myndigheder bør der også være opmærksomhed på, at brug af privat kapacitet ikke må medføre en sårbarhed for det offentlige sundhedsvæsen på de områder, hvor private sygehuse varetager en forholdsvis stor del af den offentligt finansierede aktivitet.

Sundhedsstrukturkommissionen har desuden drøftet, om forsikringselskaberne selv bør ansætte egne læger til at visitere patienter til indsatser, der kræver lægeerklæring. Det er dog kommissionens vurdering, at det almenmedicinske tilbud fortsat bør varetage rollen som gatekeeper, også for patienter med en sundhedsforsikring, med henblik på at henvisning til og træk på sundhedsfaglige ressourcer sker på sundhedsfaglig indikation. På den måde mindskes risikoen for et u hensigtsmæssigt træk på knappe personaleressourcer i sundhedsvæsenet. Det vil dog være hensigtsmæssigt, hvis der er en dialog og et løbende samarbejde mellem det offentlige sundhedsvæsen og forsikringselskaberne om brugen af sundhedsforsikringer.

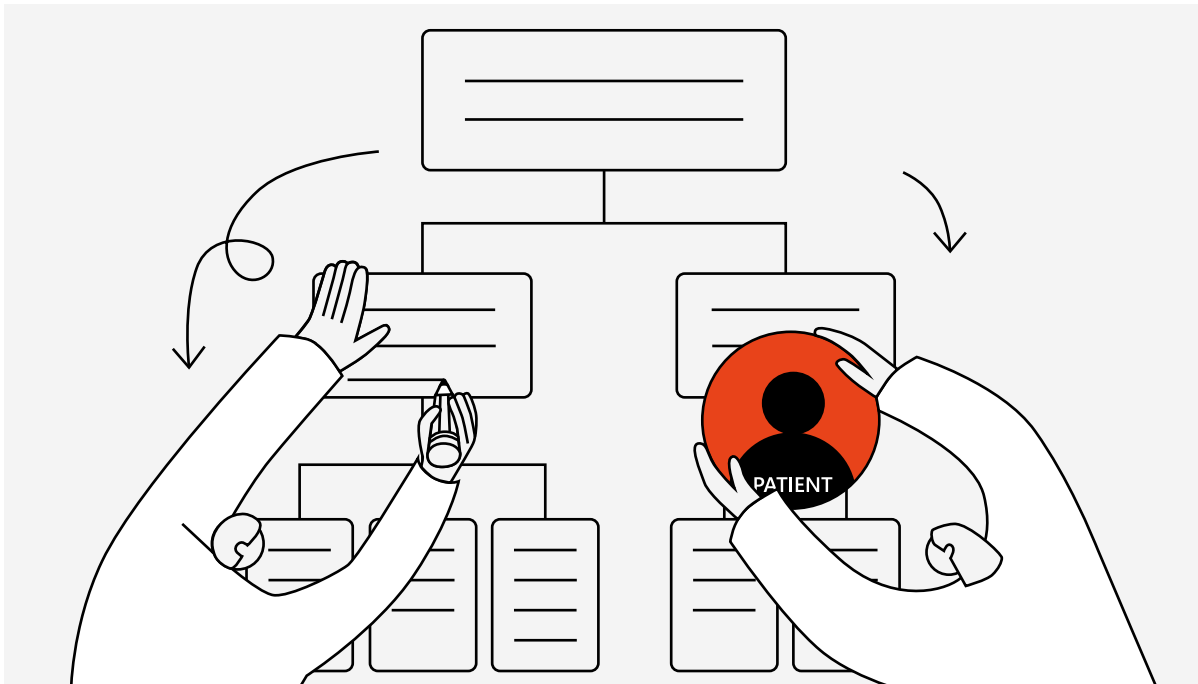
Endelig vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at patientrettigheder om frit valg og hurtig udredning, behandling og genoptræning generelt udgør en positiv drivkraft i sundhedsvæsenet, som er med til at løfte kvaliteten og forbedre patienternes oplevelser i sundhedsvæsenet. Kommissionen er dog opmærksom på, at patientrettigheder også kan have u hensigtsmæssige konsekvenser for sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionen har bl.a. peget på, at patientrettigheder kan vanskeliggøre mulighederne for at foretage faglige skøn og prioriteringer i sundhedsvæsenet. Ved overvejelser om eventuel indførelse af nye rettigheder eller ved tilpasninger af eksisterende patientrettigheder bør et væsentligt hensyn være, at rettighederne ikke fører til en øget prioritering af sygehussektoren på bekostning af det primære sundhedsvæsen (se også kapitel 13).

4. Opgavesamling, forvaltningsmodeller, implementering og økonomi

I rapportens fjerde del opstiller og vurderer kommissionen tre modeller for den fremtidige forvaltningsstruktur i sundhedsvæsenet, som i varierende grad også berører områder, der er nærtliggende til sundhedsområdet. Desuden præsenteres kommissionens anbefaling om at understøtte implementering af en reform og en række overvejelser om de ledelsesmæssige udfordringer, som omstillingen af sundhedsvæsenet indebærer. I rapportens fjerde del gives der også en vurdering af de økonomiske og finansieringsmæssige konsekvenser af kommissionens samlede anbefalinger, forslag og modeller (se kapitlerne 14-17).

Forvaltningsmodeller

Sundhedsstrukturkommissionen har fået til opgave at opstille og vurdere modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen, som understøtter et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen, præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Sundhedsstrukturkommissionen opstiller tre forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet. Kommissionen anbefaler ikke én konkret forvaltningsmodel, men i overensstemmelse med kommissoriet afvejer kommissionen for hver af modellerne fordele og ulemper (se kapitel 14-15).



De tre modeller adskiller sig indbyrdes i forhold til, om sundhedsvæsenet har en decentral eller en national politisk ledelse, og i forhold til, om der sker en større samling af opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet eller en mindre eller ingen opgavesamling.

To af de tre forvaltningsmodeller indebærer en større samling af ansvaret for opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet under én myndighed. Det er opgaver, hvor ansvaret i dag er fordelt på regioner og kommuner. I den ene af de to modeller, model 1, er det politiske ansvar forankret decentralt med etablering af sundheds- og omsorgsregioner, der ledes af regionsråd med direkte valgt politisk ledelse. I den anden model, model 2, ligger det politiske ansvar på det nationale niveau, og der er i den model ingen decentral politisk ledelse af sundhedsvæsenet. Rationalet i de to forvaltningsmodeller er at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet ved at samle det politiske ansvar for sygehuse, det almenmedicinske tilbud, den øvrige praksissektor og en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne.

I den tredje forvaltningsmodel, model 3, sker en mindre – eller ingen – samling af de opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet, som i dag er henholdsvis kommunernes og regionernes ansvar. Udgangspunktet for model 3 er at styrke nærhed, bæredygtighed, lighed og sammenhæng i sundhedsvæsenet uden en større samling af opgaver under én myndighed. Det skal ses i lyset af, at der også vil være ulemper forbundet med at flytte mange og tunge opgaver ud af kommunerne. Model 3 fastholder et decentralt politisk ansvar for sundhedsvæsenet, men indebærer ændringer i regionernes politiske styreform, tiltag til at udbygge det primære sundhedsvæsen og styrkede krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet.

Kommissionen har ved opstillingen af forvaltningsmodeller lagt til grund, at der ikke bør være flere myndighedsniveauer end de tre, der eksisterer i dag (kommuner, regioner og stat). Opstillingen af modeller er desuden afgrænset af, at det ligger udenfor kommissoriet at forholde sig til kommunernes styreform og geografiske afgrænsning (se kapitel 15).

I kapitel 14 opstiller og vurderer kommissionen tre niveauer af opgavesamling, der beskrives som henholdsvis en stor opgavesamling, en mellemstor opgavesamling og en mindre opgavesamling. Som det fremgår af anbefalingerne, ser kommissionen ikke samling af opgaveansvaret under én myndighed som den eneste måde, hvor der kan skabes stærkere sammenhæng og omstilling i sundhedsvæsenet. Sammenhæng ved opgavesamling har dog nogle klare fordele, som gør det vigtigt at afsøge de potentialer, der knytter sig til en reform af opgaveansvaret. For det første giver det reel mulighed for at skabe sammenhængende patientforløb, hvis hele patientforløbet ligger under én myndigheds ansvar, fremfor hvis det er delt mellem to eller flere myndigheder. For det andet styrker det muligheden for at bruge ressourcerne mere effektivt – både økonomiske, teknologiske og personalemæssige ressourcer – hvis det er samme myndighed, der har ansvaret for sammenhængende opgaver.

Den store og den mellemstore opgavesamling knytter sig til forvaltningsmodel 1 og 2. I hovedtræk indebærer den store opgavesamling, at størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed. I den mellemstore opgavesamling bevarer kommunerne ansvaret for plejehjem og plejeboliger.

I kapitel 14 beskrives tilsvarende en mindre opgavesamling, som knytter sig til den tredje forvaltningsmodel, model 3. Den opgavesamling indebærer bl.a., at dele af den kommunale sygepleje, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsindsatsen og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed. Derudover indgår overvejelser om, hvordan ændret regulering af hjælpemidler/behandlingsredskaber og midlertidige pladser/akutpladser bl.a. kan understøtte bedre sammenhæng for borgerne i et sektoropdelt sundhedsvæsen.

Sundhedsstrukturkommissionen anser den store opgavesamling for at have det største potentiale for at understøtte sammenhæng og omstilling. Alle niveauer af opgavesamling vil dog i forskellig grad medføre ulemper, da der samtidig skabes nye snitflader til andre dele af det kommunale område, fx indsatser på social- og beskæftigelsesområderne, ved ændret ansvarsplacering.

Ingen model for organiseringen af sundhedsvæsenet vil fuldt ud leve op til alle væsentlige hensyn. Alle modeller vil have indbyggede svagheder, som må afvejes i forhold til de styrker, der knytter sig til den pågældende model. Vurderingen af modellernes fordele og ulemper sker på baggrund af de hensyn, kommissionen opstiller i kapitel 6, og som også dækker de sigtelinjer, der er formuleret i kommissoriet.

Model 1 – Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

I forvaltningsmodel 1 nedlægges de nuværende regioner, og der etableres et nyt forvaltningsled i form af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner. Antallet af sundheds- og omsorgsregioner afspejler en samlet afvejning af hensynet til nærhed til de opgaver, som sundheds- og omsorgsregionerne overtager fra kommunerne, og hensynet til bæredygtighed i opgaveløsningen på tværs af de opgaver, som sundheds- og omsorgsregionerne får ansvaret for. Hver sundheds- og omsorgsregion ledes af 21-25 direkte valgte politikere, og det foreslås, at der oprettes nærudvalg, som skal understøtte politisk og administrativ opmærksomhed på omstilling til og udvikling af det primære sundhedsvæsen og på de lokale problemer og behov indenfor sundheds- og omsorgsregionerne.

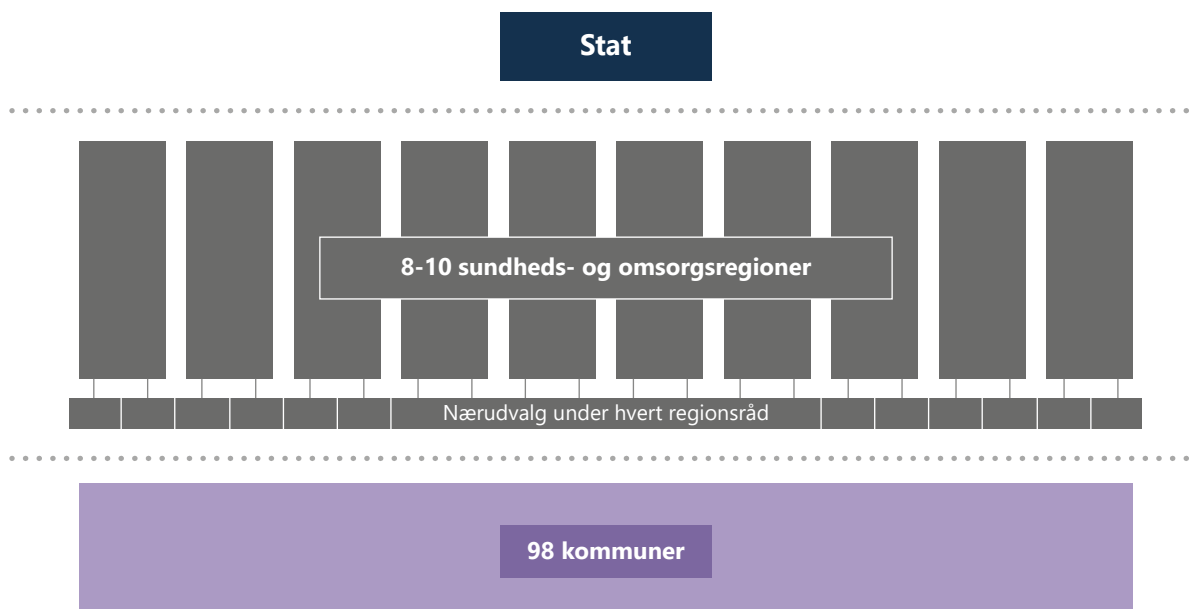
De nye sundheds- og omsorgsregioner får det samlede ansvar for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor. Samtidig får de ansvaret for en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne. De nuværende regioner nedlægges, og deres sundhedsopgaver overgår til de nye sundheds- og omsorgsregioner sammen med de opgaver, der overdrages fra kommunerne. De nye sundheds- og omsorgsregioner får dermed et bredt ansvar for sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag er delt mellem regioner og kommuner.

De eksisterende sundhedsklynger nedlægges, da de ikke er relevante i en model, der samler opgaver på sundheds- og ældreområdet under samme myndighed.

Sundhedsstrukturkommissionen har i forhold til model 1 overvejet en variant (model 1a), hvor medlemmerne af regionsrådene ikke vælges ved direkte valg, men i stedet udpeges af kommunalbestyrelserne i de kommuner, som ligger i de enkelte sundheds- og omsorgsregioner. Varianten af model 1 opstilles og vurderes selvstændigt i kapitel 15.

Model 1

Enheds-sundhedsvæsen med 8-10 sundheds- og omsorgsregioner



Boks 12

Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**Fordele sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**

- Modellen tilvejebringer en reel og markant styrkelse af et entydigt politisk ansvar for en række sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i den nuværende struktur er underlagt delt politisk ansvar.
- Samlingen af en række sammenhængende opgaver i de nye sundheds- og omsorgsregioner skaber øget klarhed om ansvarsfordelingen, bedre rammer for at skabe sammenhængende patientforløb og stærkere tilskyndelser til at investere i omkostningseffektive og forebyggende indsatser udenfor sygehusmatriklerne.
- Modellen vil øge regionernes prioriteringsrum og dermed understøtte effektiv brug af de tilgængelige ressourcer.
- Modellen styrker den faglige bæredygtighed i det primære sundhedsvæsen, især i de områder af landet, hvor opgaverne i dag varetages af mindre kommuner.
- Etableringen af et samlet politisk ansvar for sundhedsvæsenet reducerer behovet for kompenserende statslige styringstiltag.
- Modellen fastholder en stærk demokratisk kontrol med sundhedsvæsenet, og det hensyn får større vægt, desto flere og tungere opgaver den pågældende myndighed får ansvaret for.

Ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Afstanden mellem den politiske ledelse og borgerne vil blive større for så vidt angår de opgaver, der overtages fra kommunerne.
- Modellen vil reducere kommunernes prioriteringsrum på tværs af velfærdsområder, fordi en væsentlig del af de kommunale opgaver flyttes til sundheds- og omsorgsregionerne.
- En opdeling af de nuværende fem regioner i 8-10 nye sundheds- og omsorgsregioner kan medføre mindre faglig bæredygtighed i varetagelsen af sygehusopgaver og risiko for tab af de senere års opnåede centraliserings- og specialiseringsgevinster i sygehussektoren.
- Etableringen af flere regionale enheder end i dag kan isoleret betragtet medføre øgede geografiske forskelle, og der vil som følge af flere patientstrømme på tværs af de nye regioner være risiko for suboptimering i brugen af de samlede ressourcer.
- Der vil være tale om en markant reform, som flytter et stort antal medarbejdere og mange ressourcer fra kommunal ledelse til en regional ledelse med deraf afledte omstillings- og implementeringsomkostninger.

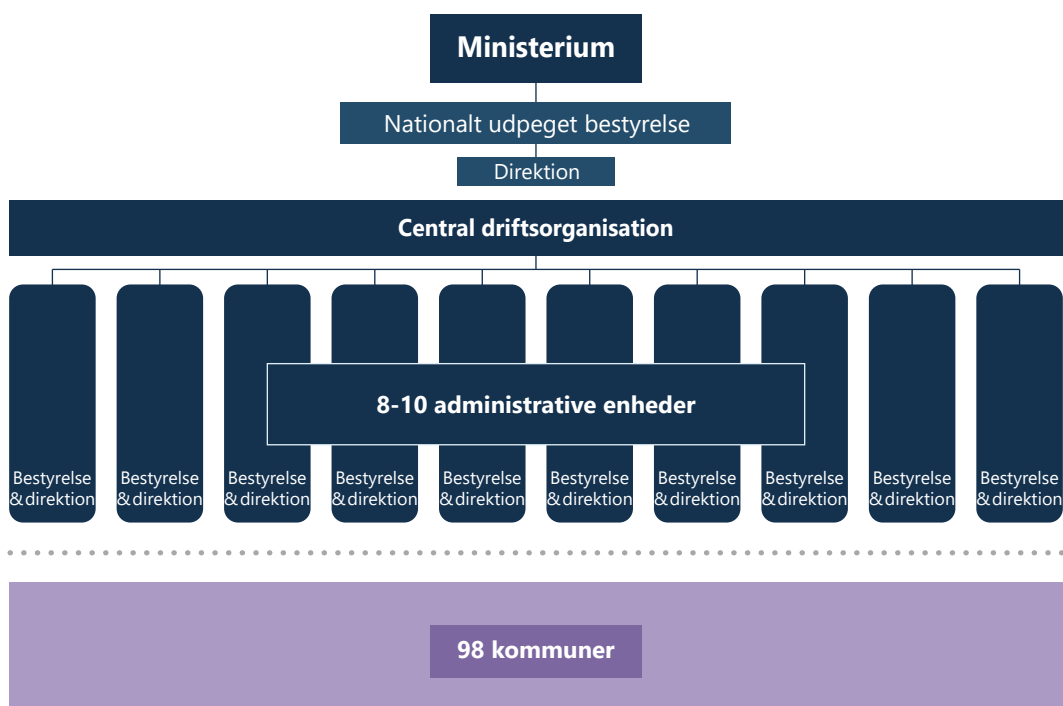
Model 2 – Statsligt enhedssundhedsvæsen

I kommissionens anden model nedlægges regionerne, og staten overtager myndigheds- og driftsansvaret for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor. Derudover får staten ansvaret for en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne.

”Sundhed og Omsorg Danmark” er en fællesbetegnelse for det opgaveområde, som staten overtager ansvaret for. Det politiske ansvar er placeret hos ministeren for området, som fastsætter den overordnede strategi og udviklingsplan for sundhedsvæsenet. Der etableres en central bestyrelse og driftsorganisation under det ansvarlige ministerium, som har det overordnede driftsansvar med ansvar for den samlede økonomi (drift og anlæg) og centrale HR-funktion. Den daglige drift varetages af 8-10 decentrale, administrative enheder med en decentral bestyrelse for hver enhed.

Model 2

Statsligt enhedssundhedsvæsen med 8-10 administrative enheder



Boks 13

Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**Fordele sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**

- Modellen tilvejebringer en reel og markant styrkelse af et entydigt politisk ansvar for en række sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i den nuværende struktur er underlagt delt politisk ansvar.
- Samlingen af en række beslægtede opgaver under samme myndighed skaber øget klarhed om ansvarsfordelingen, bedre rammer for at skabe sammenhængende patientforløb og stærkere incitament til at investere i omkostningseffektive og forebyggende indsatser udenfor sygehusenes matrikler.
- Modellen styrker den faglige bæredygtighed i det primære sundhedsvæsen, især i de områder af landet, hvor opgaverne i dag varetages af mindre kommuner.
- Modellen understøtter den samlede kvalitet i opgaveløsningen i kraft af en tættere integration af det primære og det sekundære sundhedsvæsen.
- Modellen skaber potentiale for øget geografisk lighed, fordi staten gennem et samlet arbejdsgiveransvar i princippet har bedre mulighed for at flytte ressourcer derhen, hvor behovet er størst.
- Modellen skaber grundlag for en styrket national beslutnings- og eksekveringskraft, fx indenfor data og digitalisering.

Ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Modellen indebærer en markant centralisering af det politiske ansvar for sygehuse og en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag er kommunernes eller regionernes ansvar.
- Modellen indebærer etablering af et statsligt driftsområde, som i udgifter, kompleksitet og antal medarbejdere klart overstiger alle andre statslige driftsområder. Det kan give væsentlige styringsudfordringer.
- Der er betydelig risiko for manglende politisk kapacitet til stillingtagen til løbende prioriteringer, reformer og tilpasninger på sundhedsområdet. Risikoen forstærkes af, at mange enkeltsager vil ende hos den ansvarlige minister.
- Modellen svækker borgernes mulighed for lokalt eller regionalt at øve indflydelse på opgavevaretagelsen på sundheds- og ældreområdet, og modellen forringer mulighederne for at tilpasse opgaveløsningen til lokale forskelle i borgernes ønsker og behov.
- En stor statslig sundhedsforvaltning giver risiko for interne forvaltningsmæssige barrierer, der kan minde om de nuværende sektorgrænser, og risiko for stor ledelseskompleksitet og lange beslutningsveje og en deraf afledt svækket politisk kontrol med forvaltningen.
- Det er en udfordring for det nuværende sundhedsvæsen, at fem regioner skal koordinere med i alt 98 kommuner. Udfordringen bliver ikke mindre, hvis én statslig myndighed skal koordinere med 98 kommuner.

Model 3 – Sundhedsregioner

I kommissionens tredje model tages der udgangspunkt i den nuværende opgavefordeling indenfor sundheds- og ældreområdet. Det vil sige, at regionerne fortsat har ansvaret for sygehuse og praksissektoren, og kommunerne har fortsat ansvaret for deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet.

I modellen kan der ske en mindre samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet, men modellen bygger på et rationale om en væsentlig mindre opgavesamling sammenlignet med model 1 og 2. Modellen indeholder til gengæld en række andre forslag, som skal understøtte bedre sammenhæng for borgerne og styrke en omstilling af sundhedsvæsenet.

Modellen indebærer bl.a., at en del af regionernes økonomi målrettes indsatser i det primære sundhedsvæsen. Formålet er at sikre et øget regionalt fokus på en ændret opgaveløsning, hvor en større del af opgaveløsningen sker i det primære sundhedsvæsen fremfor på sygehusene. Modellen indeholder også et forslag, der skal styrke kommunernes incitament til at prioritere effektive forebyggelses- og plejeindsatser til gavn for borgerne.

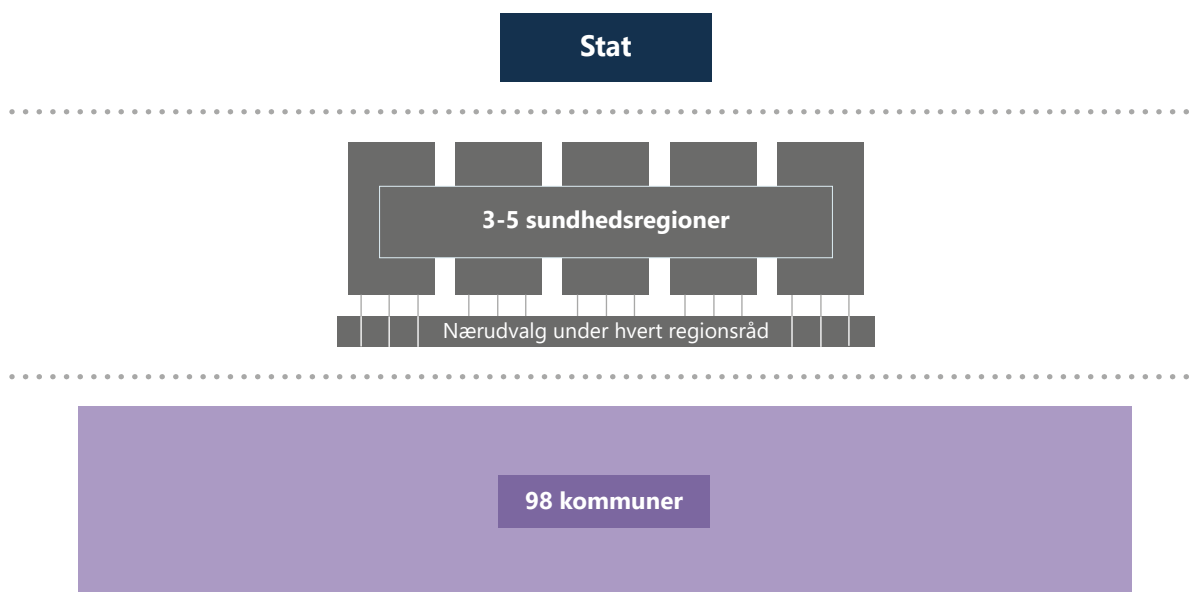
Herudover indeholder modellen forslag om styrkede statslige krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Desuden indebærer modellen en grundlæggende forandring af de nuværende sundhedsklynger og forslag til ændringer af regionernes politiske styreform med bl.a. oprettelse af geografisk forankrede nærudvalg.

Hvad angår antallet af sundhedsregioner, indeholder modellen to varianter: En variant, hvor antallet af regioner reduceres fra de nuværende fem til tre regioner, og en variant, hvor de nuværende fem regioner bevares. Der er både hensyn, der taler for en variant med tre regioner, og hensyn, der taler for en variant med de nuværende fem regioner.

Modellen skal desuden ses i sammenhæng med de af kommissionens anbefalinger, som er uafhængige af forvaltningsstrukturen (se kapitlerne 9-13).

Model 3

Sundhedsregioner



Boks 14

Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**Fordele sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**

- Modellen indeholder en række nye styringstiltag, som understøtter opbygning og udvikling af det primære sundhedsvæsen.
- Den nationale målretning af midler til det primære sundhedsvæsen udgør et betydeligt økonomisk løft i form af varige midler, som skal udmøntes årligt. Sammenlignet med i dag vil regionerne få et stærkere incitament til at prioritere indsatsen i det primære sundhedsvæsen, som kan reducere behovet for sygehusaktivitet.
- Styrkede statslige krav til den kommunale opgavevaretagelse, bl.a. med indførelse af et resultat-afhængigt tilskud for kommunerne, vurderes at kunne medvirke til øget politisk opmærksomhed på sundheds- og ældreområdet i kommunerne og generelt større og mere ensartet kvalitet på tværs af landet.
- Oprettelsen af nærudvalg i de nye sundhedsregioner vurderes at styrke grundlaget for tværsektorielt samarbejde, fx om sammenhængende indsats for borgere.
- Modellen sigter på at udvikle sundhedsvæsenet uden at ændre grundlæggende ved den nuværende opgave- og ansvarsfordeling, og den indebærer derfor begrænsede omstillings- og implementeringsomkostninger.
- Varianten med tre regioner giver øget faglig bæredygtighed i forhold til sygehusdrift.

Ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Det foreslåede styringstiltag om målretning af midler til det primære sundhedsvæsen indebærer en risiko for, at kommunerne sammenlignet med i dag har svagere tilskyndelse til at prioritere indsatsen på sundheds- og ældreområdet. Risikoen forsøges imødegået ved at indføre et særskilt resultat-afhængigt tilskud for kommunerne og ved en udvidet kvalitetsplan og forpligtende kvalitetsstandarder.
- Sammenlignet med den nuværende styring og organisering forudsætter det foreslåede styringstiltag om målretning af midler til det primære sundhedsvæsen et øget behov for løbende at forhandle og indgå aftaler på tværs af myndigheder.
- Modellen indebærer en stærkere statslig styring af særligt den kommunale opgavevaretagelse på sundheds- og ældreområdet og dermed i udgangspunktet et reduceret prioriteringsrum for kommunerne.
- I modellen vil der fortsat være behov for en række kompenserende statslige styringstiltag for at sikre det nødvendige tempo og den nødvendige fremdrift i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Boks 15

Sammenligning af de tre modeller ud fra de centrale hensyn**Model 1 – Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner**

Model 1 har den væsentlige fordel, at den skaber et enhedssundhedsvæsen, hvor der er en klar politisk ansvarsfordeling, og hvor der skabes gode betingelser for at give patienten et sammenhængende behandlingsforløb. Det er også den model, der indeholder de stærkeste tilskyndelser til at investere i de primære sundhedsopgaver, som ligger udenfor sygehusene, og som vil kunne understøtte, at der kan ske en løbende udvikling og tilpasning af opgaveløsningen mellem faggrupper, som i dag er adskilte på tværs af sektorer. Det er dermed også den model, der på sigt vurderes at have størst potentiale for at realisere den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet og dermed gavne de patienter, som bør håndteres udenfor sygehusene.

Sammenlignet med de øvrige modeller indebærer model 1 en ulempe i styringen af det specialiserede sygehusvæsen, da sygehusdriften skal forvaltes af flere, mindre regionale enheder end i dag. Det kan reducere den faglige bæredygtighed på sygehusområdet. Ved direkte valg til de nye sundheds- og omsorgsregioner vil den demokratiske kontrol være høj i modellen, imens den politiske nærhed til de opgaver, der tidligere blev løst i kommunerne, vil blive svækket. Model 1 indebærer betydelige omstillings- og implementeringsomkostninger, fordi der skal oprettes nye regionale enheder og et stort antal medarbejdere, både på tværs af regioner og på tværs af regioner og kommuner, vil skifte ledelse og flytte arbejdssted. Dertil kommer afledte konsekvenser for kommunernes økonomi og prioriteringsrum.

Model 2 – Statsligt enhedssundhedsvæsen

Model 2 skaber ligesom model 1 et enhedssundhedsvæsen. I model 2 forankres det øverste politiske ansvar for driften af sundhedsvæsenet hos den ansvarlige minister. Det vil på den ene side skabe en klar ansvarsfordeling, incitamentet til sammenhæng i patientforløb og tilskyndelser til at investere i indsatser udenfor sygehusene, som særligt vil gavne de patienter, der bør håndteres udenfor sygehusene. Det er dog kommissionens vurdering, at potentialet for sammenhængende patientforløb og omstilling reelt er svagere i model 2 end i model 1, da der i et statsligt sundhedsvæsen vil være større politisk afstand til de indsatser, som skal investeres og udbygges lokalt. På digitaliseringsområdet og i forhold til den geografiske omfordeling af ressourcer, bl.a. fordeling af lægeressourcer til de områder af landet, hvor der er størst behov, er det kommissionens vurdering, at det entydige arbejdsgiveransvar i model 2 gør, at modellen på de dimensioner fremstår stærkest af de tre modeller. Omvendt vurderes modellen at have væsentlige svagheder, når det gælder udgiftsstyring og løbende tilpasninger og reformer af sundhedsvæsenet. Her kan det entydige driftsansvar hos den ansvarlige minister svække det nationale politiske niveauets evne og vilje til at gennemføre svære men nødvendige reformer og omstillinger.

Modellen vurderes at stå svagere end model 1 og 3 i forhold til at sikre nærhed og demokratisk forankring i opgaveløsningen, fordi model 2 vil indebære, at det på grund af kapacitetsproblemer og flaskehalse på det nationale politiske niveau reelt vil være udpegede bestyrelser, som varetager ledelsen af den store og vigtige velfærdsopgave, som sundhedsvæsenet udgør.

Model 3 – Sundhedsregioner

Model 3 står stærkt i forhold til styring af sygehusvæsenet, hvor både en variant med tre eller fem regioner vil omfatte enheder med høj selvforsyningsgrad. Varianten med tre regioner vurderes at være den, der har det bedste potentiale i forhold til sygehusdrift og fordeling af ressourcer til de områder, hvor der i dag er færrest lægelige ressourcer. Det vil gavne de patienter, der i dag har lang afstand til lægen. Dog kan varianten med tre regioner samtidig svække den relative demokratiske repræsentation for de nuværende mindre regioner. Varianten med fem regioner vil skulle sikre en bedre ressourcfordeling i kraft af de tværgående anbefalinger om tilpasset fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet (se kapitel 11).

Den væsentlige ulempe ved model 3, uanset variant, er, at den på trods af en eventuel mindre opgavesamling er den model, hvor ansvaret for opgaver på sundheds- og ældreområdet stadig vil være mest delt på tværs af regioner og kommuner. Derfor vurderes modellen, i sammenligning med model 1 og 2, at have svagere tilskyndelser til at sikre sammenhæng i patientforløb og til at sikre en investering og omstilling til det primære sundhedsvæsen. Et fortsat sektoropdelt sundhedsvæsen vurderes også at udgøre en barriere for en løbende nødvendig tilpasning af opgavefordelingen mellem faggrupper, bl.a. mellem læger og sygeplejersker. En række styringstiltag i model 3 skal kompensere for det og understøtte sammenhæng, men modellen forudsætter under alle omstændigheder et betydeligt fokus i sundhedsregionerne på at omstille sygehusene og prioritere en udvikling af det primære sundhedsvæsen, herunder det almenmedicinske tilbud.

Derudover vurderes model 3 at give gode muligheder for en effektiv styring af udgifterne til sundhedsvæsenet, og den indebærer, sammenlignet med model 1 og 2, langt færre omstillings- og implementeringsomkostninger. Ses der bort fra en mindre opgavesamling og en eventuel reduktion fra fem til tre regioner, kan de nye styringstiltag iværksættes umiddelbart.

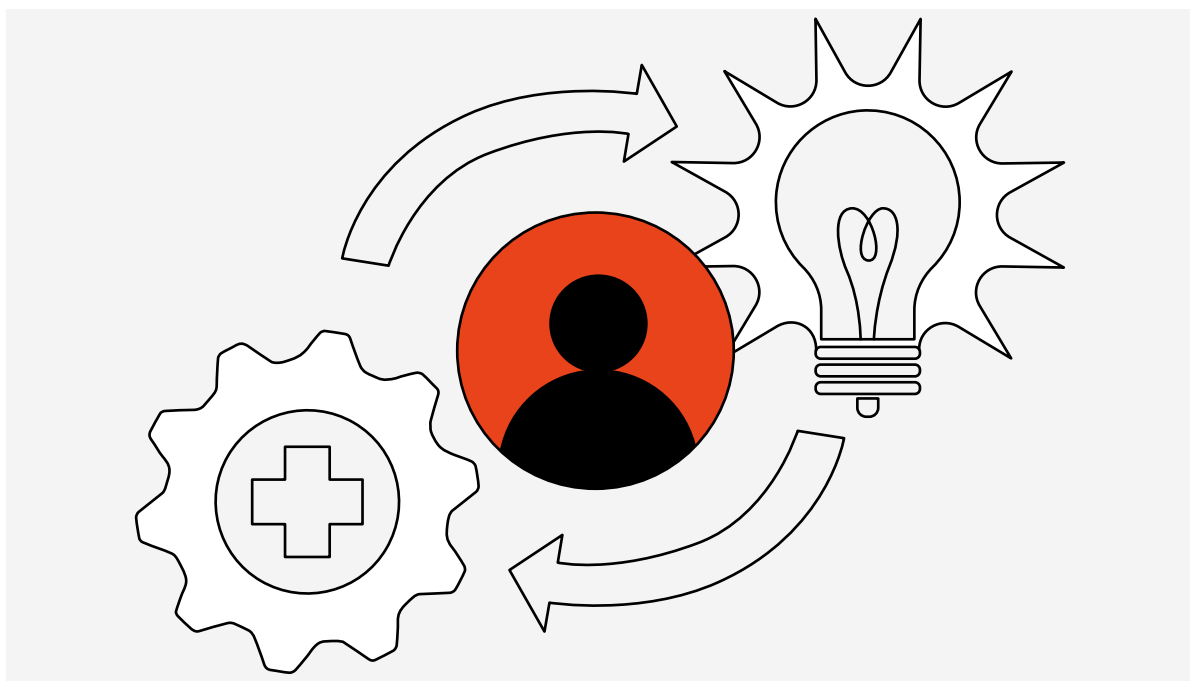
Sundhedsstrukturkommissionen har indenfor model 3 overvejet alternative modeller med ingen eller mindre opgavesamling. Kommissionen har overvejet en model med national politisk ledelse i et sundhedsvæsen, hvor der ikke sker en væsentlig opgavesamling. En sådan model vil i hovedtræk indebære, at de nuværende regioner bliver nedlagt, og deres opgaver flyttes til staten. Det betyder, at staten får ansvaret for sygehus- og praksissektoren, imens kommunerne fastholder deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet. Det er kommissionens vurdering, at en sådan model, sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, ikke vil understøtte et mere nært, sammenhængende og forebyggende sundhedsvæsen. Derfor har kommissionen ikke medtaget den model.

Desuden har Sundhedsstrukturkommissionen overvejet en model, hvor medlemmerne af regionsrådet udpeges af kommunalbestyrelserne i det scenarie, hvor kommunerne fastholder deres nuværende opgaver. Dog vurderer kommissionen, at den variant vil indebære en betydelig risiko for, at de kommunalt udpegede repræsentanter vil søge at tilgodese deres egen kommunes interesse, og kommunerne vil underinvestere i de opgaver, der er nært beslægtede med de opgaver, som er under regionernes ansvar, og derfor vil varianten ikke styrke nærhed og sammenhæng sammenlignet med den organisering, der gælder i dag. Derfor har kommissionen ikke medtaget modellen.

Ledelse og implementering af omstillingen af sundhedsvæsenet

Der er en stor ledelsesopgave forbundet med at omstille og fremtidssikre sundhedsvæsenet. Ledelser på alle niveauer skal sikre prioritering af det primære sundhedsvæsen og sætte skub i den digitale omstilling. Tre tværgående ledelsesopgaver er afgørende i omstillingsprocessen. For det første skal politisk lederskab mobilisere tilslutning til en reform og bakke ledere og medarbejdere op i at gennemføre reformen og bidrage til reformens bæredygtighed. For det andet kræver det enorm ledelseskraft at bevare et vedvarende fokus på omstillingen og styrkelsen af det primære sundhedsvæsen. For det tredje er der en strategisk ledelsesopgave i at balancere og prioritere mellem udfordringer på kort og lang sigt i en periode, hvor der er kortsigtede omkostninger udløst af omstillingen, samtidig med at der skal arbejdes for de langsigtede mål for sundhedsvæsenet.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller vil indebære ændrede rammer for lederne i sundhedsvæsenet som følge af de organisatoriske forandringer. De organisatoriske forandringer er ikke tilstrækkelige til at sikre den nødvendige udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Hvis de organisatoriske forandringer skal føre til reelle forbedringer i de sundhedstilbud, som gives til borgerne, skal de føre til forandringer i den måde, der arbejdes og samarbejdes på i sundhedsvæsenet, og det kræver dedikeret ledelse på alle niveauer af ledelseskæden (se kapitel 16).



Boks 16

Anbefaling 6

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der på baggrund af de politiske beslutninger om den fremtidige struktur for sundhedsområdet oprettes et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan 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.

Økonomi og finansiering

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller har alle som sigte, at de skal understøtte en bedre brug af de ressourcer, der prioriteres til sundhedsområdet, både økonomiske ressourcer og personaleressourcer.

Kommissionen har i sine overvejelser lagt vægt på, at den ønskede udbygning af det primære sundhedsvæsen skal ske gennem en modsvarende mindre vækst på sygehusområdet. Det fordrer en tæt integration af ansvaret for udbygning af det primære sundhedsvæsen med ansvaret for tilpasning af sygehusvæksten. Samtidig bør tiltag til en mere hensigtsmæssig fordeling af ressourcer medvirke til, at der flyttes ressourcer fra større byområder til de områder, der mangler ressourcer, så den ændrede fordeling realiseres inden for de samlede forudsatte økonomiske rammer for sundhedsvæsenet i de kommende år.

Kommissionen vurderer, at der på kort sigt kan være grund til at prioritere konkrete investeringer i opbygningen af det primære sundhedsvæsen i form af en styrket udbredelse af nye digitale løsninger, etablering af en national dataplatform, og etableringen af lokale "sundhedscentre", der danner en sundhedsfaglig ramme om lokale sundheds- og plejeindsatser. Kommissionen peger på de prioriteter i forbindelse med en prioritering af de tidligere afsatte midler til nærhospitaler (3,5 mia. kr. frem til 2030). Derudover har kommissionen noteret, at den nuværende regering har varslet en ny sundhedsfond. Foruden fokus på vedligeholdelse og modernisering af sygehuse, omfatter fondens fokus også teknologi og digitalisering, som reducerer arbejdskraftsudfordringen, og nem og lige adgang til forebyggelse og sygdomsbehandling, vel at mærke i sammenhæng med udfasningen af de nuværende kvalitetsfondsinvesteringer i nye sygehuse.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller er fremlagt indenfor kommissoriets forudsætning om samlet udgiftsneutralitet og indebærer dermed ikke varige merudgifter samlet set for sundhedsområdet og de nærliggende opgaver (se kapitel 17).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Telefon: +45 72 26 90 00
E-mail: sum@sum.dk

www.ism.dk