



Et samlet sundheds- og ældrevesen for hele Danmark



Dansk Industri

Et samlet sundheds- og ældrevesen for hele Danmark

Vores sundheds- og ældrevesen er under pres. Det er tydeligt for enhver. Næsten dagligt kan man læse historier i pressen om sygehuse og plejehjem, hvor patienter og borgere ikke oplever, at de får den behandling og pleje, som de har behov for. Samtidigt oplever sundheds- og plejepersonalet, at uanset hvor stærkt de løber, så er der ikke tid nok til alle de borgere, som har et behov.

Trods de mange enkeltstager i pressen, har Danmark grundlæggende et godt sundheds- og ældrevesen, når vi sammenligner os med resten af verden. Det skal vi fastholde.

Strukturreformen i 2007 har været med til at styrke det højt specialiserede sygehusvesen, bl.a. ved at centralisere de lægefaglige specialer på færre sygehuse. Dette har styrket kvaliteten i sygehusvesenet gevaldigt. I dag er flere danske sygehuse blandt verdens bedste.

Det har også betydet, at sygehuse i dag er steder, hvor akutte og svære sygdomsforløb skal håndteres, mens mindre akutte og brede folkesygdomme skal håndteres i det nære sundhedsvæsen, hos praktiserende læger og i den kommunale sundheds- og ældrepleje.

Det er tid til at udvikle det nære sundheds- og ældrevesen

Men hvor centralisering, specialisering og brug af innovativ medicin, medicinsk udstyr og sundheds-it har ført til øget produktivitet og kvalitet i sygehusvesenet, har udviklingen af det nære sundhedsvæsen været hæmmet af den strukturelle opdeling mellem regionale sygehuse, kommunal sundheds- og ældrepleje og privat lægepraksis.

Sygehusene har grundlæggende ressourcerne til selv at behandle deres patienter og investere i sundhedsteknologi, mens det nære sundhedsvæsen er mere afhængig af et samarbejde mellem sygehus, lægepraksis og ældrepleje.

Det har resulteret i et fragmenteret sundhedsvæsen, hvor parterne uden for sygehusene ofte står alene med håndteringen af borgere og patienter. Der er begrænsede ressourcer i form af både tid og penge til at investere i sundhedsteknologi, der kan aflaste personalet eller behandle borgere i deres eget hjem.

Den manglende sammenhæng i det nære sundhedsvæsen påvirker i sidste ende også sygehusene, fordi det nære sundhedsvæsen ikke kan følge med og holde de mindre komplekse sygdomsforløb ude af sygehusene. Jo flere af disse patientforløb, der skal behandles på sygehuset, jo mindre kan det højt specialiserede personale fokusere på de mere komplekse sygdomsforløb.

Det sætter allerede i dag det samlede sundhedsvæsen under pres. Og i en fremtid, hvor antallet af borgere over 80 år fordobles, mens antallet af danskere i den erhvervsaktive alder ikke stiger tilsvarende, vil den nuværende sundhedsstruktur være uholdbar.

Derfor er det helt afgørende, at en ny sundhedsstruktur først og fremmest skaber bedre sammenhæng mellem sundheds- og ældrevesenets parter. Det skal være nemmere for parterne at samarbejde om patientforløb og bruge sundhedsteknologi i en langt større skala. En ny sundhedsstruktur skal med andre ord løfte det nære sundhedsvæsen og aflaste det specialiserede sygehusvæsen.

Det er en opgave, der kun kan løses, hvis alle kræfter trækker i samme retning. Ressourcerne i den offentlige sektor skal anvendes mere effektivt, og ressourcerne i den private sektor skal indbringes i et stærkere offentlig-privat samarbejde. Ellers vil sundheds- og ældrevesenet ikke være i stand til at håndtere mængden af patienter med kroniske sygdomme, der er på vej. Og dét vil særligt gå ud over de mest sårbare patientgrupper.

I dag findes der flere eksempler på offentlig-privat samarbejde inden for bl.a. aflastning af sundhedspersonale, nedbringelse af ventelister, hjemmebehandling, mere selvhjulpne borgere og forebyggelse af hospitalsindlæggelse. Men de er undtagelsen fremfor reglen. Det vil kræve en langt stærkere sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet, at udnytte fordelene ved ny medicin, medicinsk udstyr og sundheds-it, i tilstrækkelig stor skala.

Derfor anbefaler vi en ny sundhedsstruktur, hvor ansvaret for hele sundheds- og ældrevesenet samles. Hvor lokale sundhedsfællesskaber skaber mere nærhed til borgerne og en national sundhedsorganisation skaber mere sammenhæng lokalt, regionalt og nationalt.

Det, mener vi, vil give mere nærhed og sammenhæng for patienten, lette hverdagen for sundhedspersonalet og gøre det nemmere for virksomheder at levere sundhedsløsninger på tværs af sygehuse, lægepraksis og ældrepleje i hele landet.

Der findes ikke én ideel model for sundhedsvæsenet, men med dette udspil fremlægger vi vores bud på en mere robust og fremtidssikret struktur som input til Sundhedsstrukturkommissionen og regeringens kommende sundhedsreform. Vores anbefalinger vedrører kun udvalgte dele af sundhedsvæsenet og vil skulle videreudvikles i tæt dialog med sundhedsvæsenets parter.

Rigtig god læselyst!



DI anbefaler en ny sundhedsstruktur

En ny sundhedsstruktur skal skabe mere sammenhæng og nærhed for borgerne, bedre understøtte forebyggelse af kronisk sygdom og hospitalsindlæggelse, skabe større geografisk og social lighed i sundhed samt sikre bedre vilkår for offentlig-privat samarbejde. Sundhedsvæsenet skal løbende evalueres for at sikre en stabil kvalitetsudvikling. En ny struktur skal sikre et robust sundhedsvæsen på både kort og lang sigt. Endelig skal hovedparten af en ny sundhedsstruktur forsat være offentligt finansieret og sikre lige adgang til sundhed for alle.

Sammenhæng

- Ansvar for hele patient- og borgerrejsen fra forebyggelse, diagnosticering og visitation til behandling, genoptræning og pleje, skal samles hos én myndighed.
- Ansvar for de regionale og kommunale sundhedsopgaver, samt ældrepleje der kræver visitation, skal samles hos samme myndighed, så forværring af sygdom og hospitalsindlæggelse kan forebygges så effektivt som muligt.*
- Ansvar for et samlet sundheds- og ældrevesen skal samles på det regionale niveau. Kommuner, lægepraksis og andre private samarbejdspartnere skal forsat være ansvarlige for den daglige drift af den lokale sundheds- og ældrepleje, men som leverandører og samarbejdspartnere til et regionalt forvaltet sundhedsfællesskab.
- Der skal etableres en national sundhedsorganisation, der forvalter de sundhedsområder, hvor der er oplagte stordriftsfordele. Det omfatter f.eks. indkøb af sundhedsteknologi på tværs af regioner, kommuner og lægepraksis, en fælles juridisk tjeneste, digitalisering af sygehusdrift og patientforløb, implementering af kvalitetsstandarder og håndtering af sundhedsdata.
- Den nationale sundhedsorganisation skal understøtte sundhedsvæsenet i alle led med viden og ressourcer, samt sikre koordinering på tværs af geografi og sektorer. Den skal ejes i fællesskab af staten og de regionale myndigheder for at sikre lokal indsigt, medejerskab og national ensartethed.
- De regionale myndigheder og den nationale sundhedsorganisation skal etablere et forpligtende samarbejde om højt specialiseret diagnosticering og behandling, for at opnå en bedre udnyttelse af kapacitet og faglig viden på særligt universitetshospitalerne.

*DI har tidligere foreslået, at den visiterede praktiske hjælp i hjemmet afskaffes og erstattes med et skattefradrag, som borgeren kan bruge til køb af hjælp til rengøring mv.

Nærhed

- De nuværende sundhedsklynger skal erstattes af lokale sundhedsfællesskaber med eget budget, egen ledelse og sekretariat omkring ét eller flere af landets akutsygehuse. Disse fællesskaber skal have ansvaret for at føre tilsyn og sikre sammenhængende patientforløb med sygehuse, kommunale og private plejehjem, hjemmepleje, sygepleje, privat praksis, apoteker og sundhedsindustrien som leverandører og samarbejdspartnere.
- Sundhedsfællesskaberne skal have særlig fokus på patienter i tværgående forløb og ledelsen skal have indsigt i og erfaring med almen praksis og ældrepleje. Almen praksis skal spille en nøglerolle i sundhedsfællesskaberne som primær indgang til sundhedsvæsenet og tovholder for tværgående patientforløb.
- Sundhedsfællesskaberne skal forvaltes og finansieres af den regionale myndighed baseret på lokal demografi, socioøkonomiske forhold og sygdomsbyrde.
- Behandling på landets akutsygehuse skal i højere grad være forbeholdt patienter med akutte og komplekse sygdomme og skader, mens mindre akutte og komplekse sygdomme og skader skal behandles i det nære sundhedsvæsen. Derfor skal akutsygehusene afsætte flere ressourcer til at understøtte behandling af patienter i det nære sundhedsvæsen.
- Det skal være den regionale myndigheds ansvar at etablere og understøtte sundhedsfællesskabernes forebyggelsesindsatser mod kroniske sygdomme og hospitalsindlæggelse, samt hjemmebehandlingsprogrammer for patienter med kroniske og psykiske sygdomme.

Forebyggelse og lighed i sundhed

- Både den regionale myndighed, den nationale sundhedsorganisation og de lokale sundhedsfællesskaber skal implementere en populationsbaseret tilgang til forebyggelse og behandling, hvor den fælles indsats er tilpasset forskellige befolkningsgrupper, bl.a. på baggrund af deres risiko for at udvikle eller forværre sygdom. Heri skal indgå en særskilt indsats for udsatte borgere.
- Både den regionale myndighed, den nationale sundhedsorganisation og sundhedsfællesskaberne skal have som særskilt målsætning, at psykiatriske lidelser er lige så velbehandlede som somatiske sygdomme i sundhedsvæsenet.
- Alle sundhedsaktører skal leve op til ensartede kvalitets- og servicekrav samt dele data med både patienten og relevant sundheds- og plejepersonale.

Kvalitetsudvikling og robusthed i sundhedsvæsenet

- Den nationale sundhedsorganisation skal løbende evaluere sundhedsvæsenet på konkrete målsætninger for kvalitet, sammenhæng, nærhed, forebyggelse, lighed og offentlig-privat samarbejde. Dette skal danne grundlag for en kontinuerlig kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet.
- Valget af sundhedsstruktur skal balancere behovet for at nedbryde strukturelle barrierer med behovet for at undgå en lang og kompleks implementeringsfase, og dermed understøtte et robust sundhedsvæsen på både kort og lang sigt.
- En ny sundhedsstruktur skal sikre en mere effektiv ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet, som kan skabe råderum til nye investeringer i det offentlige sundhedsvæsen.

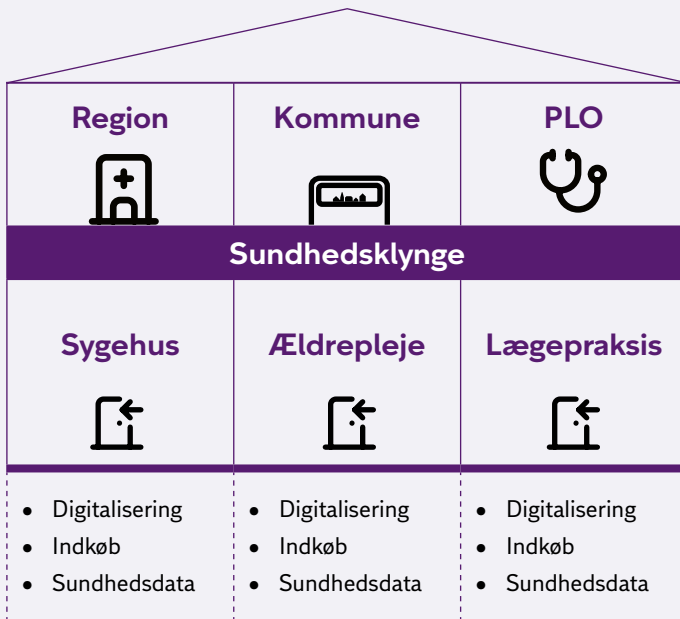
Offentlig-privat samarbejde

- En ny sundhedsstruktur skal være med til at gøre innovation til en kerneopgave i det danske sundhedsvæsen på linje med behandling, uddannelse og forskning, i tråd med Life Science Rådets anbefalinger. Det skal monitoreres løbende ved etablering af et innovationsindeks for sundhedsvæsenet.
- Der skal etableres et sundhedspartnerskab i sundhedsvæsenet, som driver innovationsprogrammer i samarbejde med private virksomheder, særligt inden for områder, hvor der er potentiale for at frigøre arbejdskraft. Dette kan bl.a. omfatte anvendelse af AI til hurtigere diagnosticering, beslutningsstøtte, patientmonitorering og automatisering af administrative opgaver i tråd med Life Science Rådets anbefalinger.
- Der skal etableres et uafhængigt nationalt center for sundhedsinnovation, hvor virksomheder kan få hjælp til national skalering af veldokumenterede sundhedsløsninger. Centeret skal finansieres af både offentlige og private fonde og arbejde tæt sammen med sundhedspartnerskabet og den nationale sundhedsorganisation. Et nationalt center for sundhedsinnovation er en videreudvikling af forslaget om etablering af Teknologifonden for et sundere Danmark.
- Regeringens kommende sundhedsfond skal indtænkes i en ny sundhedsstruktur, som en finansieringskilde målrettet indkøb og implementering af arbejdsfrigørende sundhedsteknologi, bedre forebyggelse og tidligere behandling, herunder medfinansiering af et sundhedspartnerskab og et nationalt center for sundhedsinnovation.
- Den regionale myndighed og sundhedsfællesskaberne skal være med til at drive en øget digitalisering og serviceforbedring i det nære sundhedsvæsen, bl.a. ved at åbne den primære sektor op for flere forskellige leverandører af hjemmebehandlingsforløb, lokale forebyggelsesindsatser og ældrepleje.

DI forholder sig udelukkende til sundhedsvæsenets forvaltningsmæssige struktur i forhold til barrierer for bedre vilkår for patienter, sundhedspersonale og virksomheder. DI forholder sig derfor ikke til den politiske styring, herunder antallet af regioner eller hvor det folkevalgte led bedst placeres.

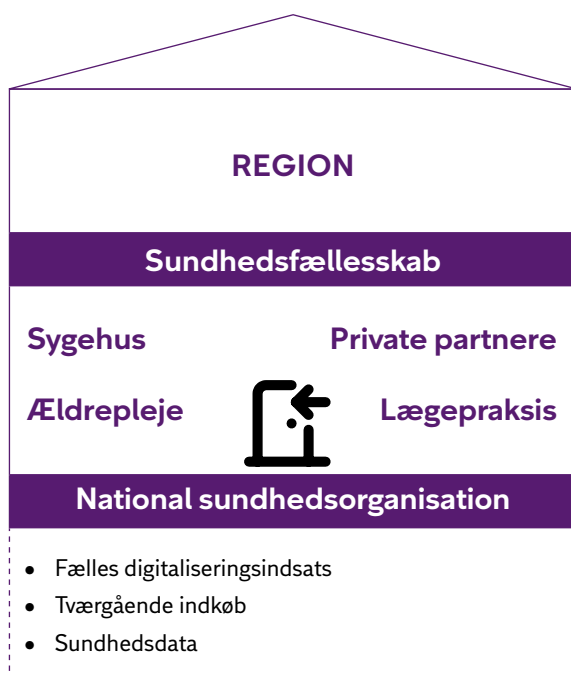
Fra klynge til fællesskab

SUNDHEDS- OG ÆLDRESTRUKTUR I DAG



Figurerne illustrerer sundhedsvæsenets struktur med udgangspunkt i et tværgående patientforløb (f.eks. ældre medicinsk patient), hvor kun almen praksis er fremhævet. Et sundhedsfællesskab vil skulle omfatte hele praksissektoren, herunder speciallæger, psykologer, tandlæger m.v.

NY SUNDHEDS- OG ÆLDRESTRUKTUR



Region

Økonomi, sygehusdrift, prioritering af fælles ressourcer, understøttelse af hhv. indkøb, forebyggelsesindsatser, hjemmebehandlingsforløb, faglig ledelse og tilsyn i sundhedsfællesskaberne.

Sundhedsfællesskab

- Tværfaglig ledelse og patientforløb
- Tilsyn med leverandører (sygehuse, ældrepleje, lægepraksis og private partnere)
- Lokale tværsektorielle indkøb og leverandørstyring
- Lokal forebyggelsesindsats og hjemmebehandlingsforløb

National sundhedsorganisation

Fælles digitaliseringsindsats, tværsektorielle indkøb, juridisk tjeneste, implementering af kvalitetsstandarder, håndtering af sundhedsdata, koordinering mellem regioner.

En ny servicemodel i sundhedsvæsenet

En ny sundhedsstruktur kan se ud på mange forskellige måder, men for at lykkes skal den levere mere sammenhæng og nærhed for borgerne, understøtte forebyggelse af kroniske sygdomme, psykiske sygdomme og hospitalsindlæggelser samt skabe større geografisk og social lighed i sundhed.

Det er DI's opfattelse, at det vil kræve en langt større inddragelse af private aktører, fordi:

- Der er ikke udsigt til flere offentlige ansatte i sundhedsvæsenet end i dag, trods udsigt til en langt større sygdomsbyrde i befolkningen.
- Det offentlige sundhedsvæsen er ikke egnet til selv at udvikle nye lægemidler, nyt medicinsk udstyr, nye digitale løsninger eller nye services, der kan reducere ressourceforbruget pr. patient og muliggøre behandling af flere patienter i eller tæt på eget hjem.
- Hvis kvaliteten og serviceniveauet i det nære sundhedsvæsen forsat skal kunne leve op til borgernes høje forventninger til et skattebetalt sundhedsvæsen, kræver det, at flere private samarbejdspartnere får mulighed for at bidrage til at levere de bedste sundhedsydelser.

Den primære opgave, som et styrket offentlig-privat samarbejde står overfor, er at skabe de bedste rammer for behandling af borgerne på det nærmeste og mest effektive niveau i sundhedsvæsenet.¹

Et opgør med one size fits all

Afhængig af patientgruppe vil sundhedsydelserne imidlertid skulle leveres på forskellige måder, for at sikre et relativt ensartet udfald på tværs af befolkningen. Sundhedsydelser skal med andre ord ikke længere være 'one size fits all' uafhængigt af borgerens forudsætninger. Et samlet sundhedsvæsen skal, inden for patientrettighederne, levere mere segmenterede sundhedsydelser, der er tilpasset patienternes egne behov og forudsætninger. Det vil også medføre en mere effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Der kommer ikke mere lighed i sundhedsvæsenet ved at tilbyde den samme ydelse til alle. Det gør der derimod ved at tilbyde sundhedsydelser, der er afstemt med den pågældende borgers behov, i forhold til de tilgængelige ressourcer.

¹ Et grundlæggende princip i sundhedsvæsenet er "LEON"-princippet. Det går ud på, at sundhedsvæsenet så vidt muligt skal tilbyde behandling på det "laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau". Princippet skal understøtte nærhed og effektiv udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet.

For patientgrupper, der er selvhjulpne og ikke lider af kroniske lidelser, kan sundhedsydelsen f.eks. være en digital konsultation med en læge, et online apotek eller rådgivning via en almindelig sundhedsapp.

For patienter med mindre behandlingskrævende kroniske lidelser kan ydelsen være digital behandling via mere avancerede sundhedsapps til f.eks. prædiabetes, bedre medicinoverholdelse, psykiatri, svær overvægt, astma og hudsygdomme.

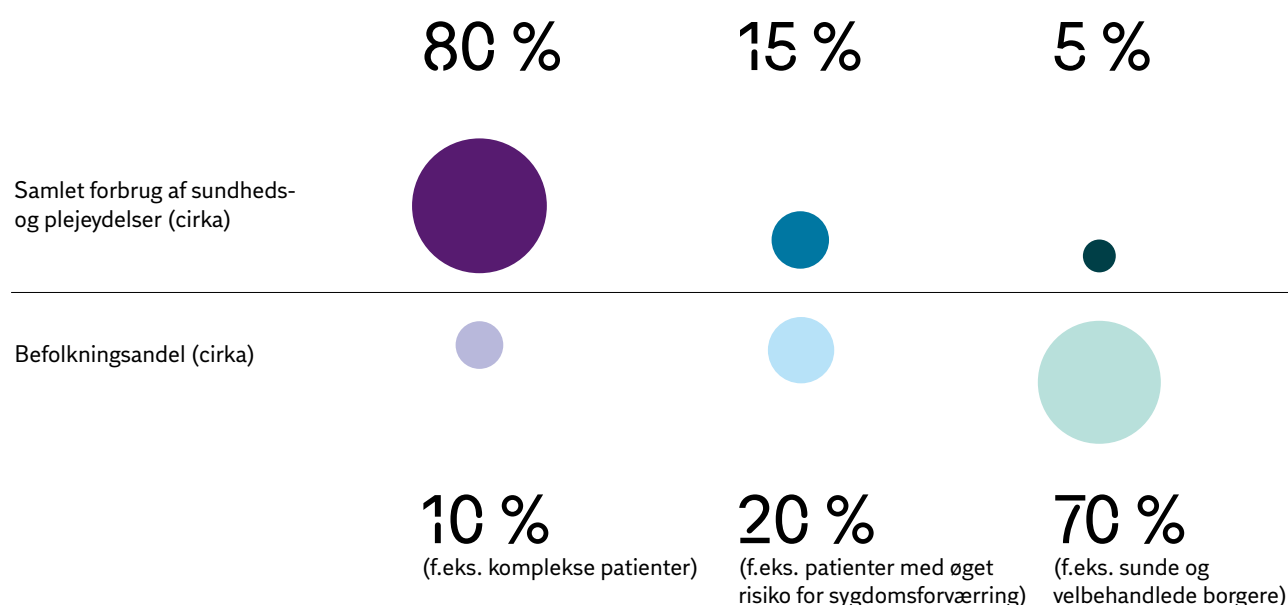
For patienter med mere behandlingskrævende kroniske lidelser kan ydelsen være etablering af hjemmebehandling af f.eks. KOL, kræft, hjertesvigt og diabetes med bl.a. sensorteknologi, IV-behandling og medicindispenser. Her bør hjemmebehandlingen indgå som en del af et bindende grundpakkeforløb for kroniske lidelser, hvor sygehus, lægepraksis og kommunen koordinerer patientens behandling.

For ældre borgere med kroniske lidelser, kan ydelsen være en integreret del af hjemmeplejen, sygeplejen eller plejehjemmet og ligeledes være koblet til et grundpakkeforløb.

Akut og alvorlig sygdom vil forsat skulle behandles på et sygehus som i dag.

Endelig er det sundhedsvæsenets opgave at forebygge udvikling og forværring af kronisk lidelse samt hospitalsindlæggelse med forebyggelige sygdomme som f.eks. dehydrering, forstoppelse og blærebetændelse. Her er der særligt behov for en mere målrettet og koordineret indsats for at nå udsatte borgere.

Forskellige behandlings- og plejebenhov



En populationsbaseret servicemodel

Der er brug for en populationsbaseret tilgang til forebyggelse og behandling, hvor et samlet sundhedsvæsen betragter befolkningen i grupper på baggrund af deres risiko for at udvikle sygdom eller forværre deres eksisterende sygdom. Det vil kræve gode data om befolkningens sundhedstilstand at tilpasse sundhedsydelse til patientens behov og forudsætninger.

En borger med diabetes og hjerteproblemer er i forhøjet risiko for at udvikle andre sygdomme. En borger, der har udfordringer med at forstå sin helbredstilstand eller ikke har ressourcerne til at kontakte sundhedsvæsenet, er i forhøjet risiko for at blive syg. Og en person, der har et misbrug, har dårligere mulighed for aktivt at passe på sit helbred og sin sygdom.

Den nye tilgang betyder, at sundhedsvæsenet skal flytte fokus og finansiering fra primært at behandle sygdom til også at forebygge sygdom. Det vil kræve en helt ny servicemodel i et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Derfor foreslår DI en populationsbaseret servicemodel, hvor sundhedsvæsenets ydelser tilpasses forskellige befolkningsgrupper, afhængigt af deres risiko for at udvikle sygdom eller forværre en eksisterende sygdom.

Sådan en servicemodel kræver, at ansvaret for hele patientforløbet samles hos én myndighed. Det kræver, at viden om patientens tilstand, sygdomshistorik og forudsætninger kan deles sikkert og effektivt på tværs af sundheds- og ældrevæsenet. Det kræver ensartede kvalitetsstandarder og procedurer for patientforløb i hele landet. Endelig kræver det lokal forankring og indsigt at sikre sammenhængende patientforløb i eller tæt på borgerens eget hjem.

Populationsbaseret servicemodel

Befolkningsgruppe	Strømlinede patientforløb
Borgere med akut/ alvorlig sygdom og skade	Hospitaler forvaltet af regionalt niveau
Borgere visiteret til ældrepleje	Integreret sundheds- og ældrepleje forvaltet af sundhedsfællesskaber og regionalt niveau med kommuner, sygehuse, lægepraksis og sundhedsindustri som leverandører
Borgere med kronisk sygdom	Hjemmebehandling for de mere komplekse kroniske lidelser, forvaltet af sundhedsfællesskaber og regionalt niveau med kommuner, sygehuse, lægepraksis og sundhedsindustri som leverandører
	Digital sundhed for de mindre komplekse kroniske sygdomme, forvaltet af sundhedsfællesskab med lægepraksis og sundhedsindustri som leverandører
Borgere i øget risiko for kronisk sygdom og hospitalsindlæggelse (særligt udsatte borgere)	Lokale forebyggelsesindsatser forvaltet af sundhedsfællesskaber og regionalt niveau med kommuner, sygehuse, civilsamfund, lægepraksis og sundhedsindustri som leverandører
Øvrige borgere	Lægepraksis og digitale services for at understøtte selvhjulpne borgere, forvaltet af sundhedsfællesskab med lægepraksis, apoteker og sundhedsindustri som leverandører

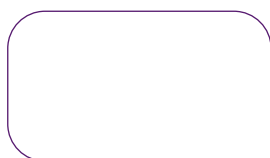
Samlet set foreslår DI derfor, at ansvaret for hele sundheds- og ældrevæsenet samles, at der etableres en national sundhedsorganisation til at sikre mere ensartet kvalitet og en mere sammenhængende it-infrastruktur i hele landet, samt lokale sundhedsfællesskaber til at skabe sammenhæng og nærhed i patientforløb for borgerne.

Strukturelle barrierer for en ny servicemodel

Den nuværende sundhedsstruktur udgør en barriere for bedre behandling af borgere på det nærmeste og mest effektive niveau i sundhedsvæsenet. Den er samtidig en barriere for en servicemodel, der er tilpasset patienternes behov og udnytter sundhedsvæsenets ressourcer mere effektivt. Endelig er den nuværende sundhedsstruktur en barriere for et tættere offentligt-privat samarbejde, som er afgørende for at kunne bruge de offentlige og private ressourcer så effektivt som muligt. Det skyldes flere faktorer.

Det offentligt finansierede sundhedsvæsen består i dag af tre driftsherrer: det regionale sygehusvæsen, den kommunal sundheds- og ældrepleje og de privatpraktiserende læger. Ingen af disse parter har i dag myndighedsansvaret for hele borger- og patientrejsen fra forebyggelse, diagnose og visitation til behandling, genoptræning og pleje.

De tre driftsherrer har heller ikke fælles faglig ledelse, økonomi eller it-systemer. Der er ingen fælles forebyggelsesindsats, tværgående indkøb eller samarbejde om udvikling og brug af nye sundhedsløsninger. Endelig er datadeling på tværs af de tre sektorer stærkt begrænset.



Den strukturelle tredeling medfører et betydeligt ressourcospild, særligt når det gælder patientforløb, der går på tværs, såsom ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og psykiatriske patienter. Disse patientforløb optager allerede i dag flest ressourcer i sundhedsvæsenet, og der vil kun blive flere af dem i fremtiden. 10 pct. af befolkningen står i dag for knap 80 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser.² En stor del af disse borgere er netop tværgående patienter.

Fordi sundheds- og ældreplejesystemets mange budgetkasser er afkoblet fra hinanden, er der ikke tilstrækkelig sammenhæng mellem investering og gevinst, hverken for den offentlige indkøber eller den private samarbejdspartner, der f.eks. vil investere i udvikling af helt nye sundhedsløsninger i Danmark. En virksomhed, som måske er villig til at sælge sin løsning til en lav pris i Danmark, med forventning om et større salg i resten af verden. Dermed går sundhedsvæsenet glip af betydelige stordriftsfordele, hvilket betyder, at der reelt underinvesteres i sundhedsteknologi i forhold til behovet for f.eks. bedre forebyggelse, aflastning af sundhedspersonalet og mere selvhjulpne borgere.

En mere koordineret og prioriteret investering i sundhedsteknologi kan bidrage til at aflaste både sundhedspersonale og patienter. Det gælder f.eks. kunstig intelligens, der hjælper med diagnosticering og triagering, patientmonitorering, der frigør sundhedspersonalet, automatisering af administrative opgaver, hjemmebehandling med telemedicinske løsninger, mere diagnostisk udstyr hos egen læge og på apoteket samt innovative lægemidler, der kan administreres i eget hjem, forebygger følgesygdomme og tilpasses den enkelte patient.

2 Indenrigs- og Sundhedsministeriet Benchmarkingenhed (2022)



Det er både dyrere og mindre effektivt for sundhedspersonalet, når de mange aktører i regioner, kommuner og lægepraksis hver især skal udvikle og indkøbe sundhedsteknologi. Desværre er det ofte tilfældet i dag.

Løsningen er ikke at centralisere alt indkøb til sundhedsvæsenet, da én central indkøbsfunktion vil have svært ved at tage hensyn til lokale behov og udfordringer samt gøre det sværere for mindre virksomheder at spille en rolle på markedet. En sådan centralisering vil kvæle en stor del af den innovation, der i dag finder sted lokalt i sundhedsvæsenet.

Løsningen er i stedet at fastholde indkøbsfunktioner på både nationalt, regionalt og lokalt niveau, men samtidigt sikre en mere ensartet indkøbsmetode og prioritering af sundhedsteknologi på tværs af hele sundhedsvæsenet.

Den meget fragmenterede tilgang til udvikling og indkøb af sundhedsteknologi betyder, at offentlig-privat samarbejde ofte strander i enkeltstående projekter, som hverken bliver en del af den lokale drift eller udbredes fra én region, ét sygehus, én medicinsk afdeling, én kommune eller én lægepraksis til den næste.

Den manglende udbredelse og skalering af nye sundhedsløsninger går ud over både patienter, sundhedspersonale og virksomheder. Uden offentlig-privat samarbejde kan sundhedsvæsenet ganske enkelt ikke udvikle sig og behandle flere patienter for de samme ressourcer.



Danmark som sundhedsnation

Uanset valget af model for en ny sundhedsstruktur, bør et succeskriterium være at den nye sundhedsstruktur rammer en fornuftig balance mellem at nedbryde strukturelle barrierer og samtidigt undgå en for lang og kompleks implementeringsproces.

DI's forslag til en ny sundhedsstruktur forsøger at ramme denne balance ved at bevare den nuværende rollefordeling i forhold til den daglige drift af sundhedsvæsenet. Hovedparten af sundhedsvæsenet skal fortsat være skattefinansieret, og der skal fortsat være lige adgang til sundhedsvæsenet for alle.

Det regionale niveau skal fortsat drive sygehuse, ligesom kommuner og private aktører fortsat skal stå for den daglige drift af ældreplejen, og privatpraktiserende læger fortsat skal være den primære indgang til sundhedsvæsenet. Kvaliteten i det specialiserede sygehusvæsen, som hører til blandt verdens bedste, må ikke sættes over styr. Det sundheds- og plejefaglige personale skifter ikke arbejdsgiver. Dermed sigter vi efter at holde kompleksiteten og omkostningerne nede, og samtidigt begrænse usikkerheden ved en strukturreform for sundhedspersonalet og patienterne.

Til gengæld foreslår vi en mere klar ansvars- og rollefordeling, hvor den regionale myndighed har ansvaret for hele sundheds- og ældreplejevæsenet. Hvor kommuner, lægepraksis og øvrige private samarbejdspartnere bliver leverandører til lokale sundhedsfællesskaber, og den regionale myndighed kan prioritere de fælles ressourcer mere effektivt. Dermed brydes de nuværende ressortkampe og den budgetmæssige kassetækning mellem regioner, kommuner og lægepraksis.



Vi foreslår, at sundheds- og ældrevæsenet lægges sammen, fordi det især er ældre borgere, der har tværgående patientforløb. Et område, hvor det ikke er lykkedes de nuværende regioner og kommuner at koordinere og samarbejde tilstrækkeligt.

Vi foreslår etablering af en national sundhedsorganisation, der skal gøre det muligt for sundhedsvæsenet at høste stordriftsfordele på områder som f.eks. digitalisering, indkøb og sundhedsdata. Områder, hvor det ikke er lykkedes de nuværende regioner at koordinere og samarbejde tilstrækkeligt.

Vi foreslår, at forebyggelse, behandling og pleje kommer så tæt på borgerne, og leveres så sammenhængende som muligt, gennem etablering af lokale sundhedsfællesskaber. Områder, hvor det ikke er lykkedes de nuværende sundhedsklynger at koordinere og samarbejde tilstrækkeligt.

Endelig foreslår vi bedre vilkår for offentlig-privat samarbejde for at gøre sundheds- og ældrevæsenet i stand til at behandle og pleje flere borgere for det samme antal hænder.

Lykkes det, vil Danmark have skabt rammerne for verdens bedste sundhedsvæsen. Først og fremmest til gavn for patienterne, men også sundhedspersonalet og virksomhederne i life science industrien, der er med til at finansiere sundheds- og ældrevæsenet, som én af Danmarks største eksportsektorer.

Det vil gøre Danmark til et globalt fyrtårn for sundhed og ældrepleje.



