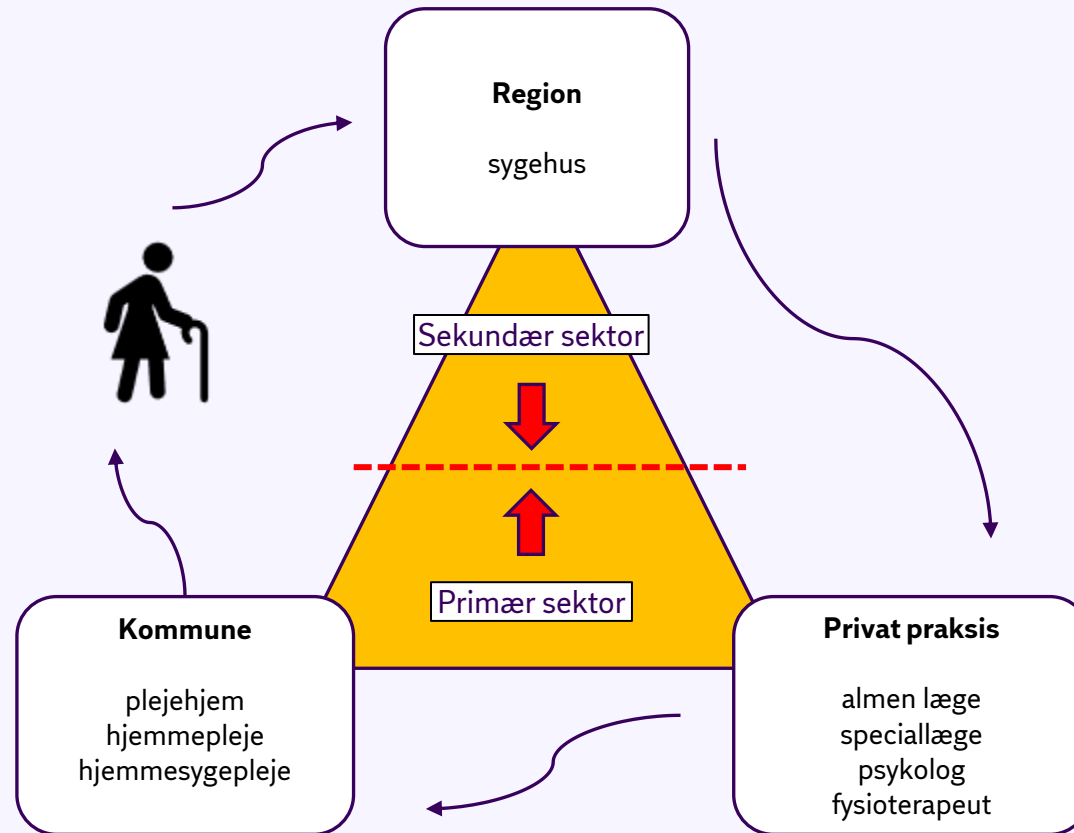


Et samlet forebyggende sundhedsvæsen

DI's anbefalinger til en ny sundhedsstruktur

Strukturelle barrierer for patient, personale og industri

Der mangler sammenhæng i sundhedsvæsenet for både patienter og sundhedspersonale



Ingen har myndighedsansvaret for det samlede patientforløb.

Der er ingen fælles ledelse, -økonomi eller it-infrastruktur. Ingen tværgående forebyggelsesindsats.

Ingen fælles indkøb eller offentlig-privat samarbejde om nye sundhedsløsninger.

Datadeling på tværs af sektorer er begrænset.

Enormt ressourcespild i bermudatrekanten

Strukturelle barrierer for offentlig-privat samarbejde (OPS)

1. Manglende **skalering** af sundhedsteknologi, såsom AI, RPA, robotter, telemedicinske løsninger, PoC diagnostics (f.eks. på grund af sektorsiloer og 'not invented here' mentalitet)
2. Manglende **tværsektoriel indkøb** af sundhedsløsninger (f.eks. pakkeforløb til behandling i eget hjem)
3. Manglende strategisk OPS om **forebyggelse** af kronisk sygdom (f.eks. livsstilssygdomme)
4. Manglende adgang til **sundhedsdata** til både drift og udvikling (f.eks. brug af AI og forskning)

**Hvordan sikrer vi et mere sammenhængende,
nært og forebyggende sundhedsvæsen?**

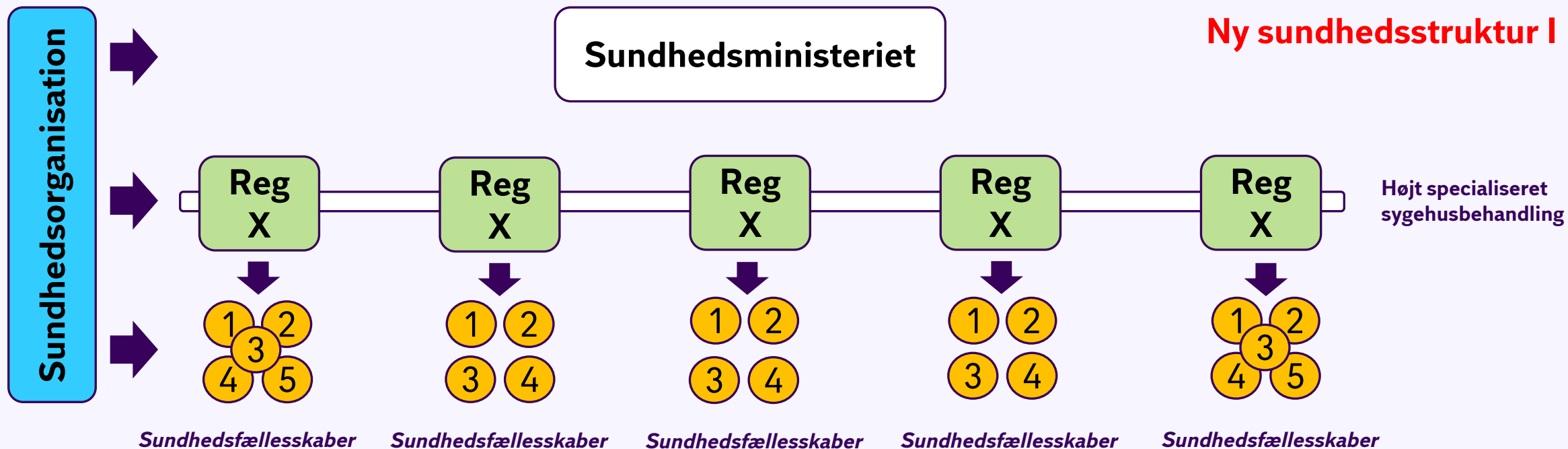
DI anbefalinger til ny sundhedstruktur

1. Myndighedsansvaret for et **samlet sundheds- og ældrevæsen skal placeres på et regionalt forvaltningsniveau**, hvor sundhedsfagligheden og ressourcerne i dag er størst.
2. Der skal etableres **nye sundhedsfællesskaber** i hver region, der får til opgave at levere forebyggelse og behandling i eller tæt på borgernes eget hjem, ved at samle ydelser fra f.eks. det lokale sygehus, hjemmeplejen, egen læge og andre private aktører i strømlinede patientforløb.
3. Der skal etableres en **ny national sundhedsorganisation**, der får til opgave at centralisere de dele af sundheds- og ældrevæsenet, hvor der er oplagte stordriftsfordele. Det gælder f.eks. indkøb af dyre teknologiske løsninger, fælles digitaliseringsindsats, sundhedsdata, forebyggelse og implementering af kvalitetsstandarder.

NB: DI forholder sig udelukkende til sundhedsvæsenets forvaltningsmæssige struktur ift. strukturelle barrierer for patient, personale og industri.

DI forholder sig ikke til den politiske styring, herunder antallet af regioner eller hvor det folkevalgte led bedst placeres.

Organisering af en ny sundhedstruktur



- National sundhedsorganisation (1)** **Skal etableres**
Fælles strategiske indkøb, digitaliseringsindsats, juridisk tjeneste, akutberedskab, understøttelse af lokale forebyggelsesindsatser, implementering af kvalitetsstandarder og kliniske retningslinjer, indsamling og analyse af sundhedsdata til primær og sekundær brug, samt kvalitetsudvikling.

- Regioner (x antal)** **Skal styrkes**
Regionerne har myndighedsansvaret for deres respektive sundhedsfællesskaber, indgår i det nationale samarbejde om højt specialiseret behandling og understøtter den nationale sundhedsorganisation, herunder at sikre kvalitetsudvikling og ensartede behandlingstilbud i hele landet.

Med regionerne som ejer af sundhedsfællesskaberne sikres incitamentet til at flytte behandling fra sygehus til borgerens eget hjem.

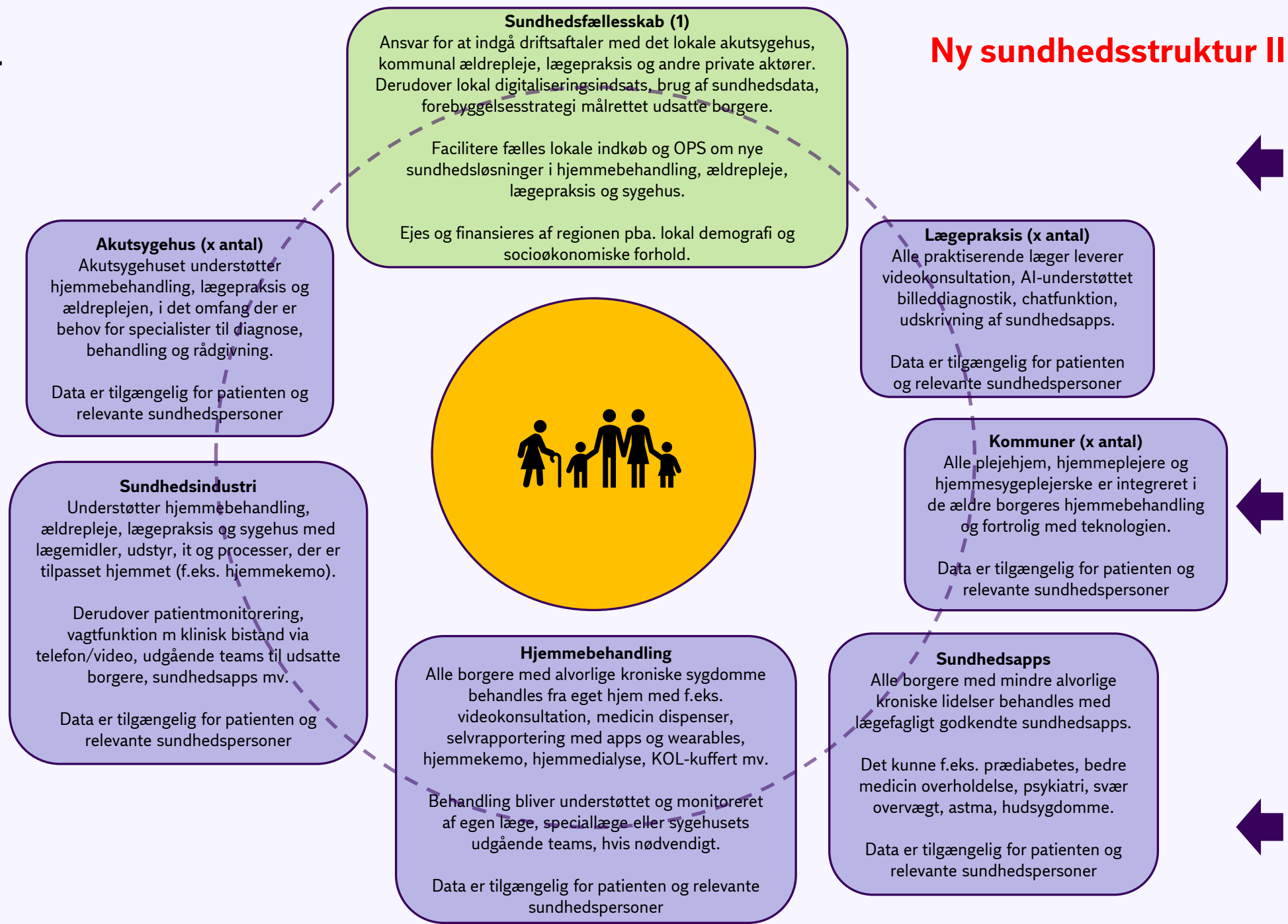
- Højt specialiseret sygehusbehandling** **Skal styrkes**
Forpligtende nationalt samarbejde om højt specialiseret behandling for bedre udnyttelse af kapacitet og faglige viden på særligt universitetshospitalerne.

- Sundhedsfællesskaber (x antal)** **Skal etableres**
Ansvar for at indgå driftsaftaler med det lokale akutsygehus, kommunal ældrepleje, lægepraksis og andre private aktører. Derudover lokal digitaliseringsindsats, brug af sundhedsdata, forebyggelsesstrategi målrettet udsatte borgere.

Facilitere fælles lokale indkøb og OPS om nye sundhedsløsninger i hjemmebehandling, ældrepleje, lægepraksis og sygehus.

Ejes og finansieres af regionen pba. lokal demografi og socioøkonomiske forhold.

Ny sundhedsstruktur II



National sundhedsorganisation

Fælles strategiske indkøb, digitaliseringsindsats, juridisk tjeneste, akuteredskab, understøttelse af lokale forebyggelsesindsatser, implementering af kvalitetsstandarder og kliniske retningslinjer, sundhedsdata til primær og sekundær brug, samt kvalitetsudvikling.

**Hvad betyder det for sundhedsvæsenets
parter?**

Hvilken rolle får regionerne?



Regionerne får det politiske og økonomiske ansvar for et sammenhængende sundhedsvæsen.

Med regionerne for bordenden i nye sundhedsfællesskaber sikres den nødvendige styring og incitament til at flytte behandling, kontroller mv. fra sygehuse til det nære sundhedsvæsen med bl.a. digitale løsninger.

En samlet økonomi for det nære sundhedsvæsen vil desuden give klare incitamenter til en markant styrket forebyggelse og tidlig indsats.

Der skal indgås et forpligtende nationalt samarbejde om højt specialiseret behandling for bedre udnyttelse af kapacitet og faglige viden på særligt universitetshospitalerne.

Hvilken rolle får almen praksis?

De praktiserende læger fortsætter som selvstændigt erhvervsdrivende, og vil fremover også være borgernes primære indgang og centrale aktører i det nære sundhedsvæsen og i udførelsen af den lokale sundhedsstrategi.

Forskellen vil være, at almen praksis ift. it og sundhedsdata skal integreres med det øvrige sundhedsvæsen, herunder sygehuse.

Derudover skal kvaliteten og ydelser som almen praksis leverer være mere ensartet på tværs af landet, herunder digitale og virtuelle tilbud.



Hvilken rolle får kommunerne?

Kommunerne skal fremover forsat være leverandører af udvalgte sundhedsydelser, ligesom de vil være leverandør af ældrepleje og plejehjemsydelser.

Kommunerne vil ligeledes være en væsentlig aktør i forbindelse med den tidlige forebyggelse og indsats.

Kommunerne vil imidlertid ikke længere have selvstændig beslutningskompetence, men kun være leverandør og udføre opgaver på vegne af sundhedsfællesskabet, som er finansieret af regionerne.



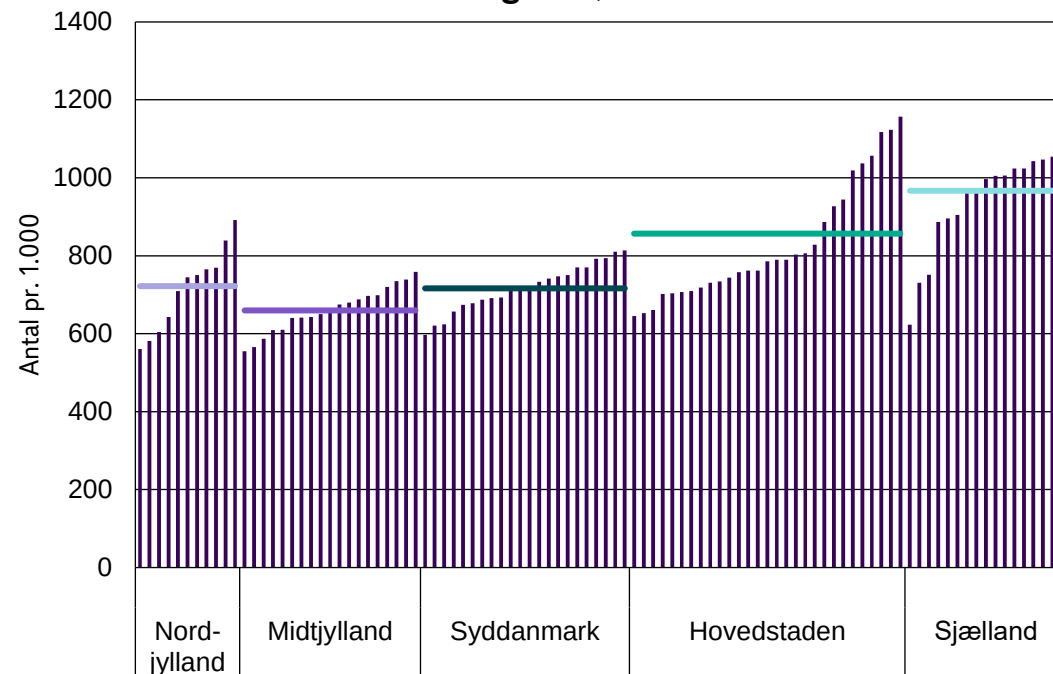
Bilag: kobling mellem sundheds- og ældreområdet

Behov for tættere integration mellem sundheds- og ældreområdet

For at forebygge indlæggelser og forværring af sygdom hos ældre skal sundheds- og ældreområdet integreres.

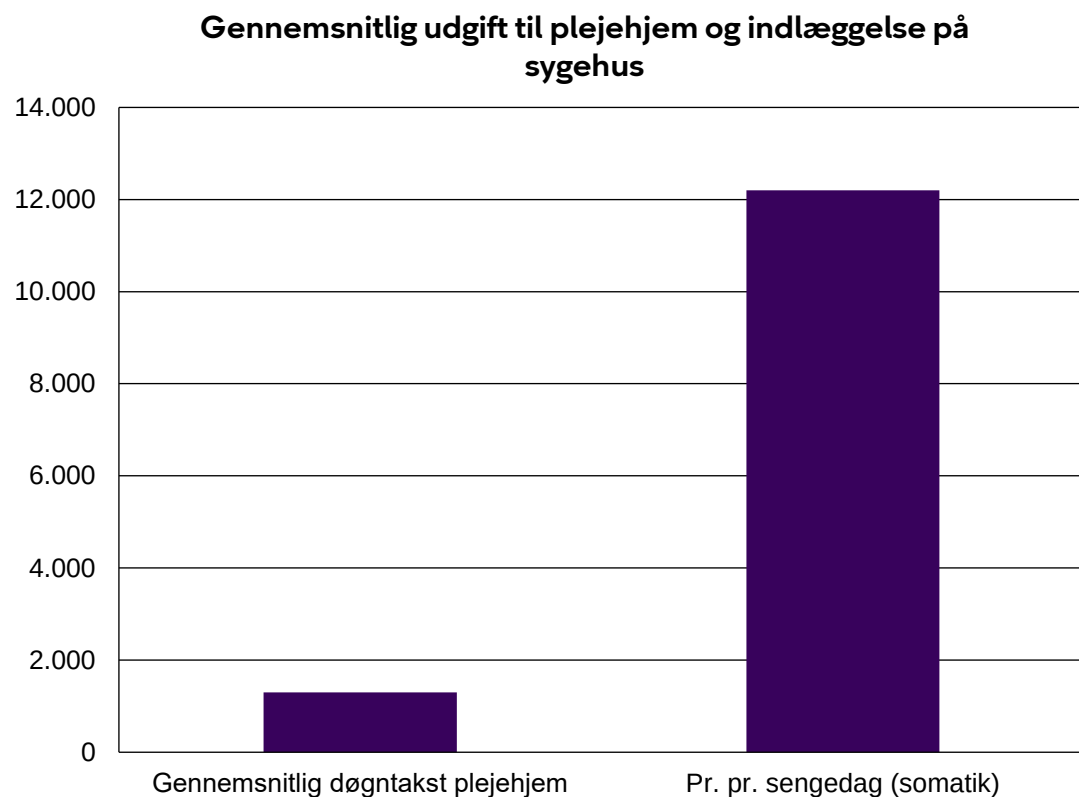
Der er behov for en tættere koordinering og samarbejde på tværs af plejepersonale, plejehjemslæger/ praktiserende læger og sygehusene, herunder især medicinske afdelinger.

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre opgjort på kommunalt niveau inddelt efter regioner, 2021



Anm.: De vandrette streger angiver gennemsnittet for kommunerne i regionen
Kilde: Ældres indlæggelser på medicinske afdelinger, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023

Der skal være klare incitamenter til at undgå indlæggelser



Med et samlet politisk og økonomisk ansvar sikres entydige incitamenter til at forebygge og undgå indlæggelser. Derudover styrkes forudsætningerne for at sikre en mere ensartet kvalitet og deling af gode erfaringer.

Der findes i dag flere sundhedsløsninger, hvor ældres indlæggelser kan forebygges eller de kan indlægges i eget hjem eller på plejehjem.

Løsninger med dokumenteret effekt er ikke udrullet nationalt pga. økonomiske og beslutningsmæssige siloer.

Kilde: VIVE: Evaluering af afregningssystemet for friplejehjem, 2023 og VIVE: Teknisk dokumentation - BIS – Beregner for Investeringer i Sundhed, 2023