



Udvalgte udfordringer i det danske sundhedsvæsen

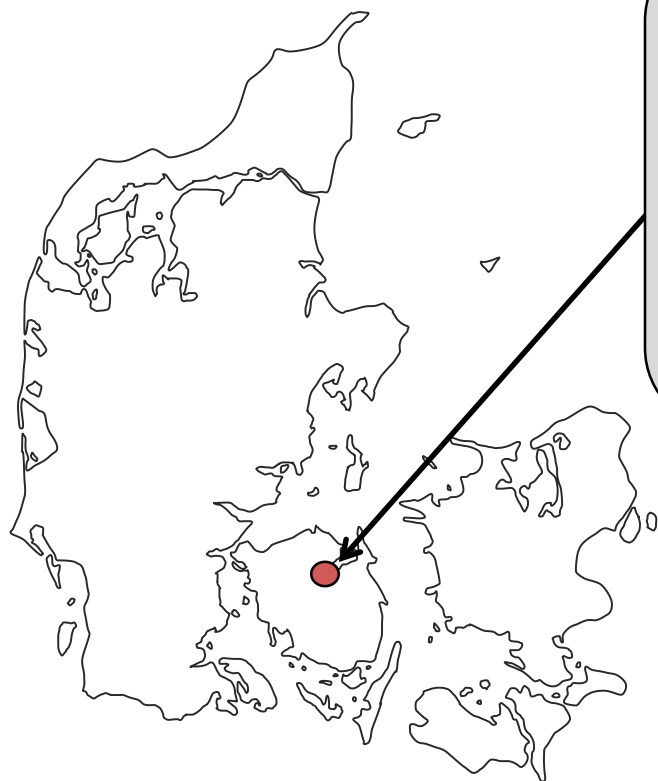
...set fra et sundhedsøkonomisk perspektiv

Kim Rose Olsen, Søren Rud Kristensen og Dorte Gyrd-Hansen

Folketingets Sundhedsudvalg

Hvem er vi?

DaCHE – Dansk Center for Sundhedsøkonomi



DaCHEs forskningsområder

Adfærd, incitament og motivation

Effektevalueringer af sundhedsinterventioner

Lighed i sundhed og adgang til sundhedsvæsenet

Patienter og borgeres præferencer og værdier

Læs om DaCHE på www.dache.dk
Twitter (@DaCHE_SDU) eller LinkedIn

DaCHE har +25 senior- og juniorforskere



Udvalgte udfordringer

EFTERSPØRGSEL ↑



UDBUD?

1. Produktivitet

3. Patientforløb

2. Fastholdelse og rekruttering

4. Kvalitet

5. Prioritering

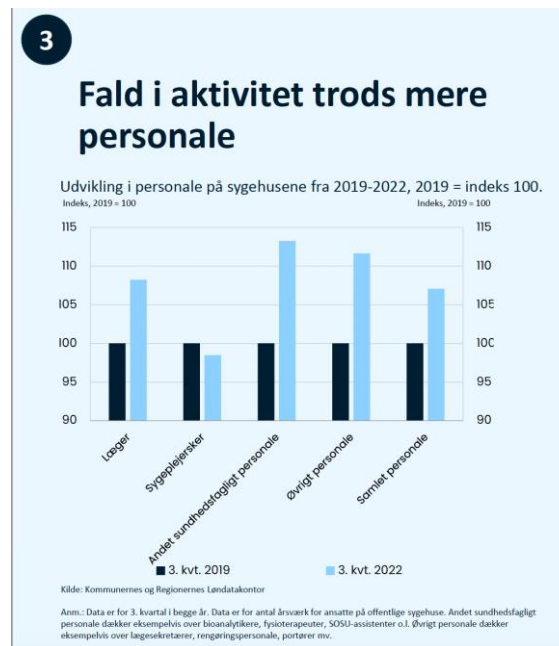


Produktiviteten på sygehuse

Hvordan ser det ud?



Hvordan ser det ud?




2019-2020

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
<p>MERE EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN</p>	Gns. liggetid pr. indlæggelse, dage ¹	● 4,2	● 4,4	● 4,0	● 4,2	● 4,1	● 4,3
	Produktivitet på sygehusene, indeks: hele landet = 100 (2018) ¹⁴	● 100	● 95	● 99	● 109	● 99	● 94


Tre vigtige budskaber

- A. Evidens for at anciennitet og teamsammensætning har stor betydning for kvaliteten (og nok også produktivitet) i hospitalssektoren
- B. Vi bør afdække hvordan vagtplanlægning og arbejdstilrettelæggelse påvirker hospitalsansattes helbred/trivsel og dermed produktiviteten
- C. Økonomiske incitamenter kan spille ind ... men ikke altid som vi forventer





Det Nationale Forskningscenter
for Arbejds miljø



Project HoW – Research program on Hospital Workforce health and working conditions

Mangel på sundhedspersonale

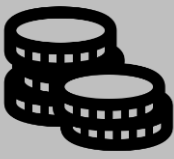


EASY WAY →

← HARD WAY



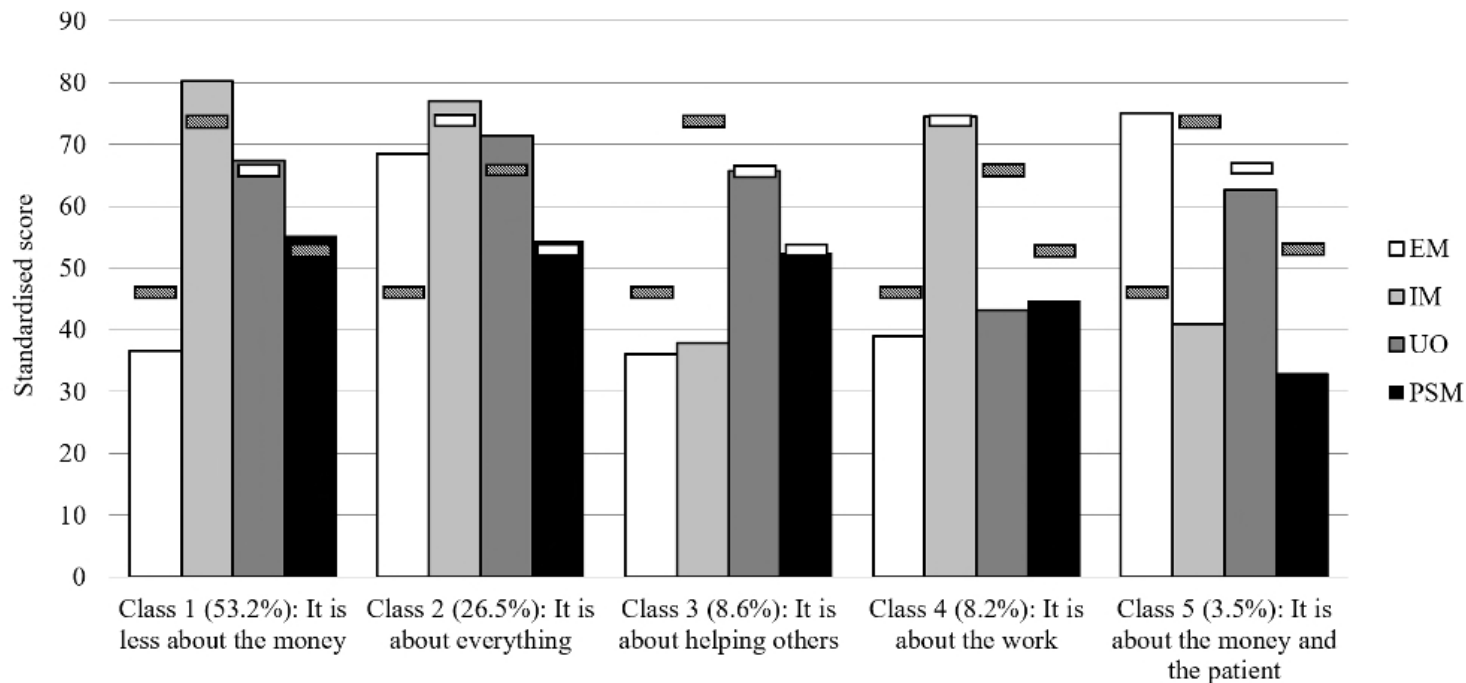
**Hvad motiverer
sundhedspersonale?**



**Hvilke styringsredskaber kan
benyttes?**



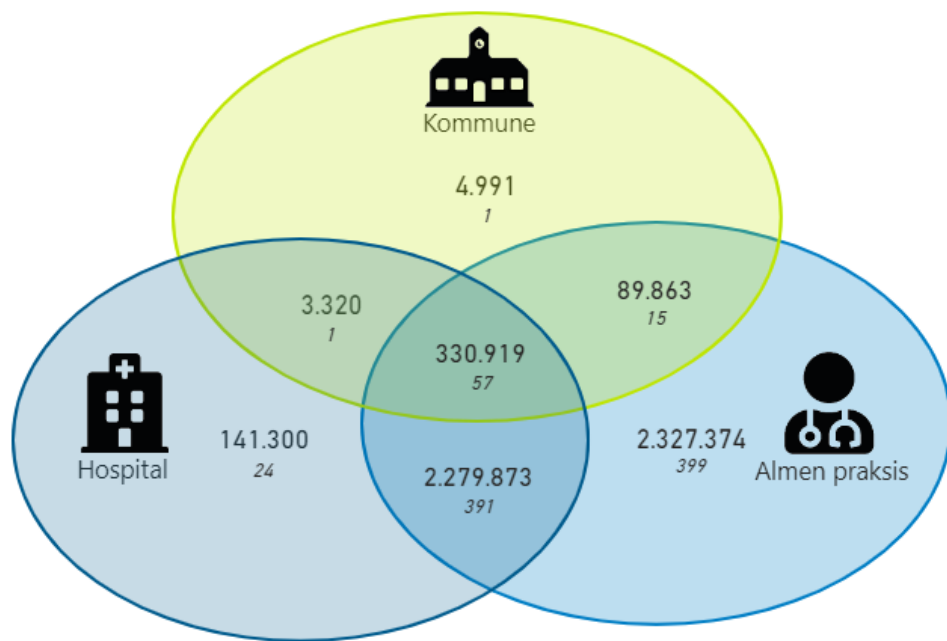
Motivationsprofiler almen praktiserende læger



- Ikke monetære incitamenter?
- Alternative ansættelsesformer?
- Øget specialisering (for nogle)?

Sammenhæng på tværs af sektorer

2.5 mio borgere med flersektorkontakt



- 70.000 forebyggelige akutte sygehusophold
- 40.000 færdigbehandlingsdage
- 17% genindlæggelser for borgere over 80 år

12. juni 2019 kl 04:00

Debat **Af Kim Rose Olsen og Søren Rud Kristensen** **Forskerklummen: Det er tid til et incitamentseftersyn i sundhedsvæsenet**

FORSKERKLUMMEN: I sundhedsvæsenet hæmmer incitamentsstrukturer koordinat

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Datapakker til Sundhedsklynger, hele landet

Er sundhedsklynger løsningen?

Regeringen
Danske Regioner
KL

Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)

11. juni 2021

Sundhedsvæsenet står over for en betydelig udfordring som følge af den demografiske udvikling, der betyder flere ældre og flere patienter med kroniske lidelser. Det kræver styrket samling, der betyder flere ældre og flere patienter med kroniske lidelser. Det kræver styrket samarbejde og sammenhæng og en fortsat, gradvis omsætning, så flere borgere kan få behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud i nærmiljøet i stedet for at skulle på et af de specialiserede sygehuse, når det ikke er nødvendigt.

Mere behandling og opfølgning skal fremadrettet laves i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet, herunder gennem udgående og virtuel understøttet sygehusbehandling. Det skal sikre bedre sammenhæng og nærhed for patienten og samtidig aflaste sygehuse.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at en del af løsningen er forenkling og styrkelse af den nuværende politiske struktur i hver region og etablering af nye forpligtende og formaliserede 'Sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akuthospitaler.

Boks 1 Etablering af forpligtende sundhedsklynger

- Der etableres forpligtende og formaliserede 'Sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akuthospitaler, med repræsentanter fra sygehuse/region, kommunerne og almen praksis i akutsygehusets optageområde.
- Sundhedsklyngerne omfatter også psykiatrien.
- De nye sundhedsklynger skal løse fælles ansvar for den fælles population i optageområdet (populationens ansvar) med fokus på at løse udfordringer, herunder styrke sammenhæng og bedre behandlings- og samarbejdsforløb for de borgere der har forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis, og samtidig sikre en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Myndighedsansvaret er fortsat placeret i regioner og kommuner.
- I overgangsperioden frem til etableringen fastlægges det, hvilke kommuner der deltager i de enkelte sundhedsklynger, og regioner og kommuner forbereder tilpasningen af eksisterende klynger.

Regeringen vil fremlægge den fornødne lovgivning for Folketingets partier med afsæt i aftalen med KL og Danske Regioner til drøftelse og forhandling som led i en samlet sundhedsaftale, der skal sikre en bæredygtig udvikling af sundhedsvæsenet i lyset af en udvikling med flere ældre og kronisk syge med fokus på styrket sammenhæng og kommuner forventes at kunne etableres pr. 1. juli 2022 med forbehold for Folketingets tilslutning. Partierne noterer sig



Contents lists available at ScienceDirect

Social Science & Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed



Does pooling health & social care budgets reduce hospital use and lower costs?

Jonathan Stokes^{a,*}, Yiu-Shing Lau^b, Søren Rud Kristensen^{a,b}, Matt Sutton^a

^aHealth Organisation, Policy, and Economics, Centre for Primary Care and Health Services Research, University of Manchester, Manchester, UK
^bSchool of Medicine, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, UK

Klynger i
England



Penge
og klare
mål

Flere
liggedage
for
multisyge

INCIDIA-forskningsprojekt

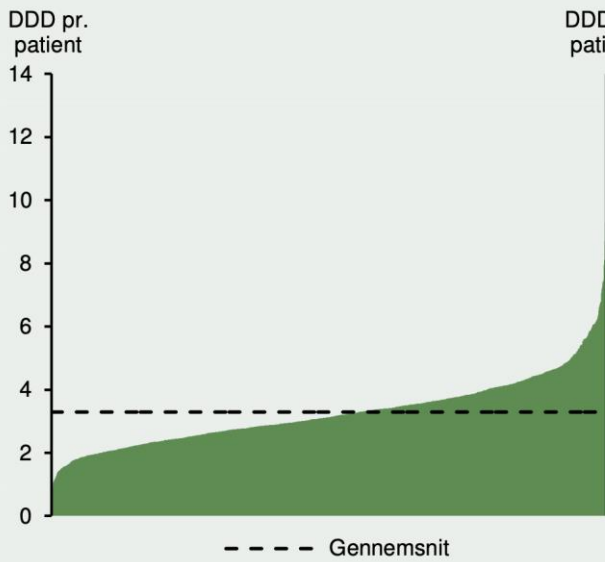
- Designer og tester aflønningssystemer som giver incitament til tværsektorielt samarbejde
- Forventet involvering af sygehuse, almen praksis, kommuner mv. (sundhedsklynger)
- Samarbejde med **Steno Diabetes Center Aarhus**

Ved vi nok om behandlingskvaliteten?

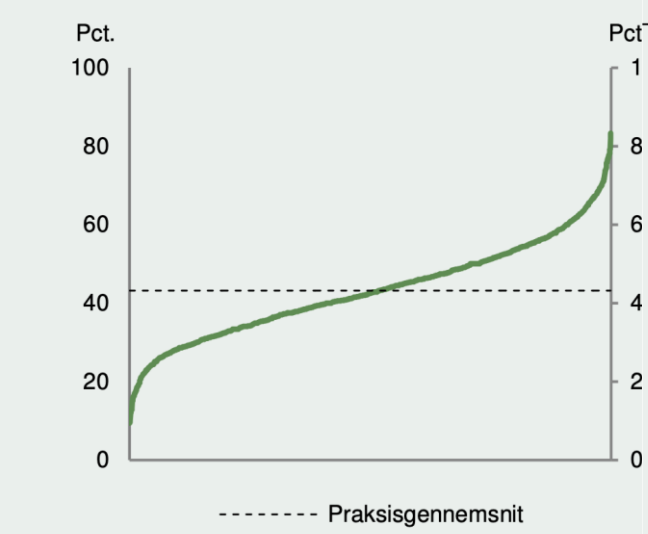
Ved vi og borgerne nok om kvalitet i almen praksis?



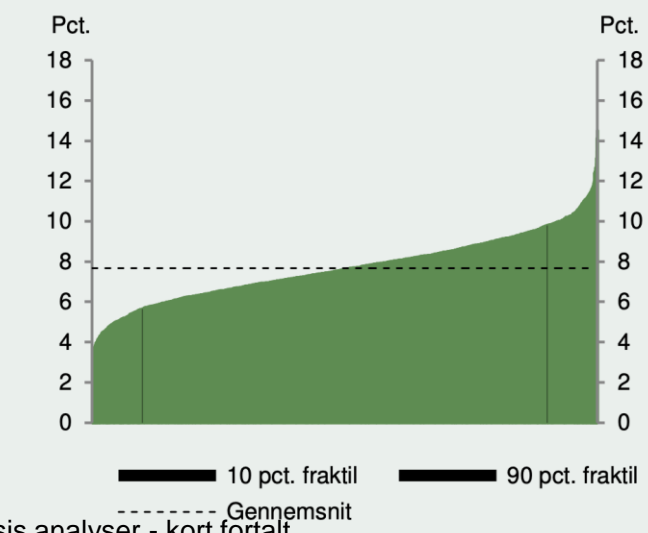
Mængde DDD antibiotika udskrevet per patient i almen praksis fordelt fra laveste til højeste almen praksis, 2014



Andel borgere med KOL, der får mindst en lungefunktionsmåling*, fordelt på praksis, 2014



Figur 12 Akutte genindlæggelser blandt 65+ årige fordelt efter almen praksis, 2012-2014



Kilde: Sundheds- og ældreministeriet: Almen praksis analyser - kort fortalt



Hvad kan man gøre?



Det skæve prioriteringspil



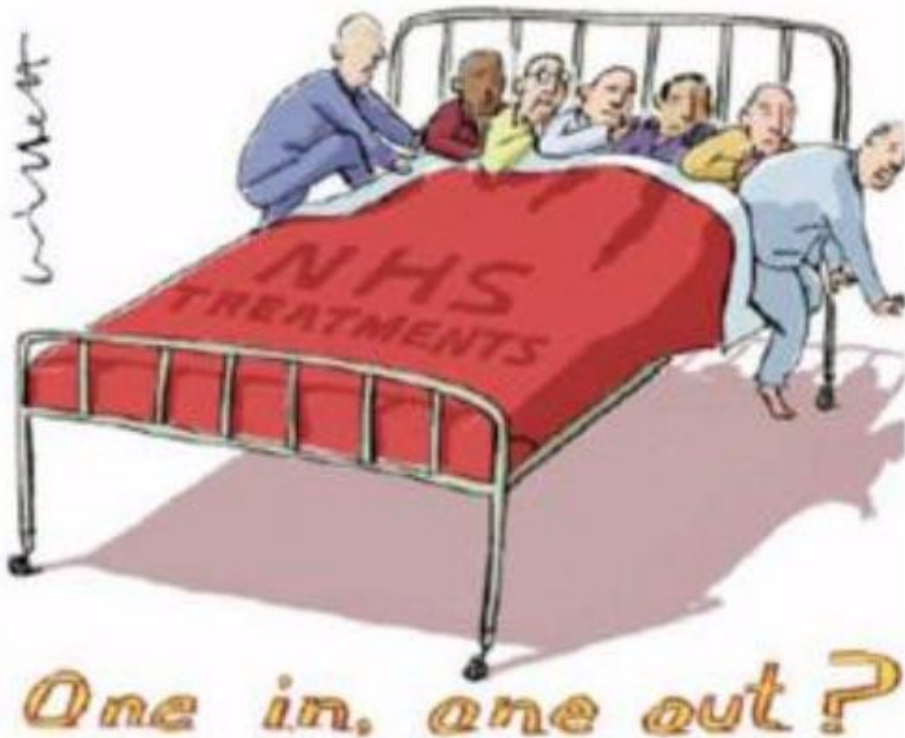
Tilvalg er lettere end fravalg

Ved tilvalg er taberne ikke identificerede

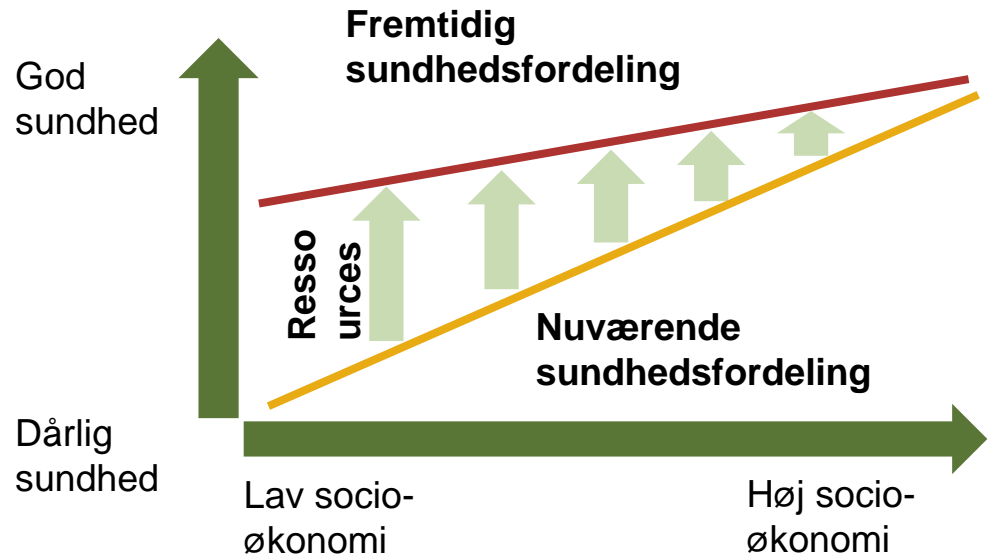
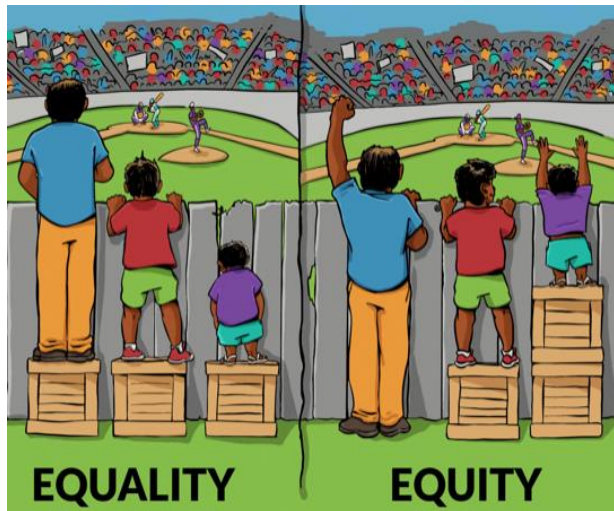
**Fast budget:
QALY versus QALY**

Ved for dyre QALY – så mister vi flere QALY end vi vinder

Øget fokus på hvad vi IKKE skal? Mindre grønthøster – lavere skyggepris



Lige adgang for lige behov suppleret med *ulige* adgang for *ulige* behov?



Fra omkostningseffektivitet til ”distributional”
omkostningseffektivitet?
Mindre til nogle, og mere til andre?

Hovedpointer til diskussion

Bæredygtig udvikling af arbejdskraftressourcen
kræver balance mellem høj produktivitet, helbred, fastholdelse og rekruttering

Sundhedsprofessionelles motivation varierer.
Der er andre virkemidler end de monetære. De monetære kan give bagslag.


Offentligt tilgængelig viden om kvalitet er essentiel
for at understøtte frie valg og ensartet behandlingskvalitet

Sammenhæng på tværs af sektorer kan understøttes af klare mål, tidstro data og løbende evaluering.
Organiseringsform og afregningsordninger bør ikke stå i vejen for borgenes oplevelser af sammenhæng


Større fokus på *aktive* fravalg?
Prioritering for mindre ulighed i sundhed?

Tak for opmærksomheden!

Dorte Gyrd-Hansen

 dgh@sdu.dk

 @DorteGyrd

 <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/persons/dgh>

Dansk Center for Sundhedsøkonomi – DaCHE

 @DaCHE_SDU

 dache.dk

