

Kommunaløkonomisk Forum 2020  
Aalborg Januar 2020

# Sundhedsområdet Hvilken vej bør vi gå?

Jes Søgaard

Dansk Center for Sundhedsøkonomi

Syddansk Universitet

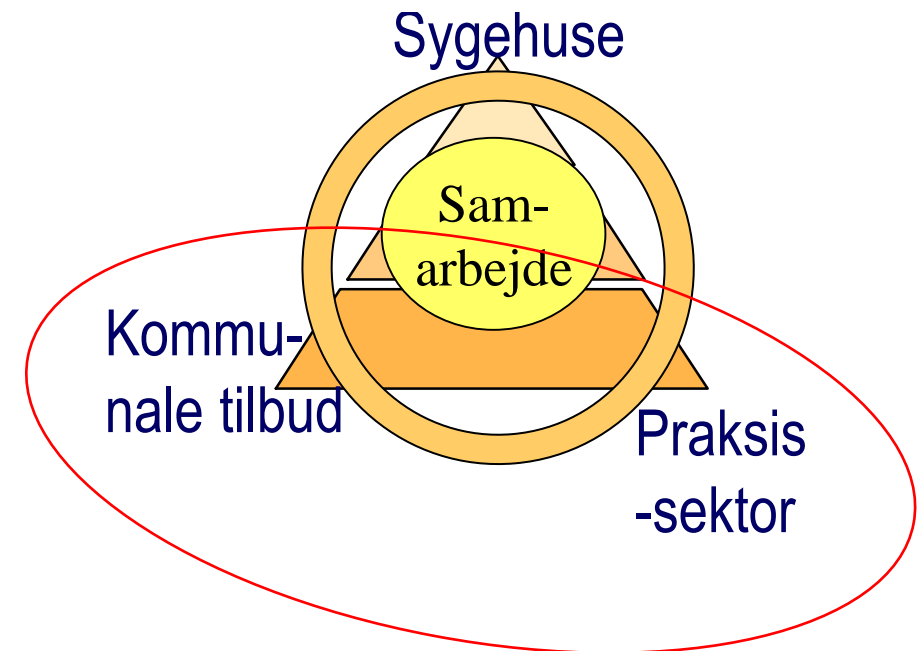
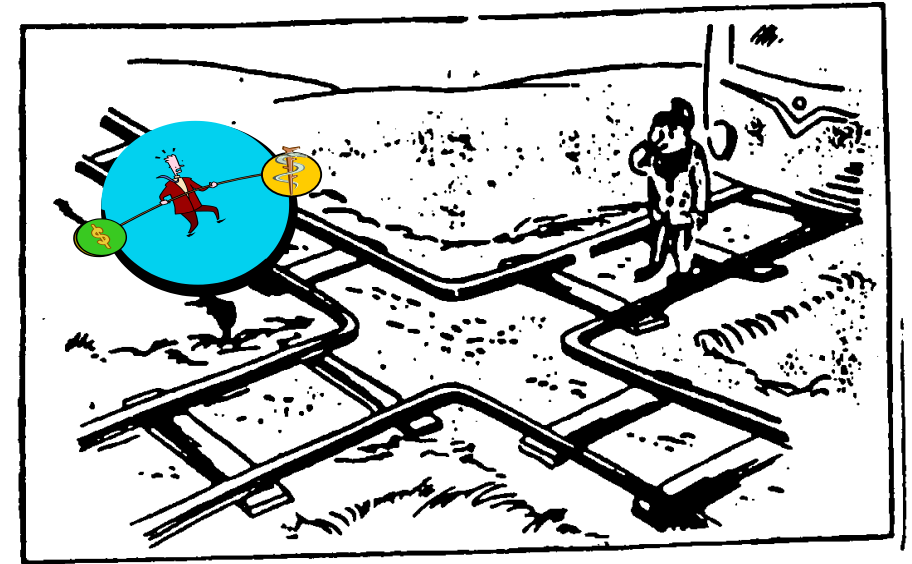


Dansk Center for Sundhedsøkonomi  
- DaCHE

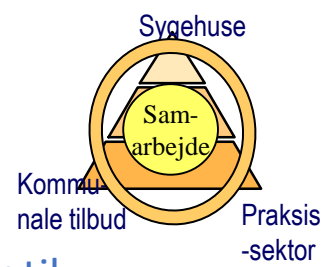
# Sundhedsområdet

## Hvilken vej skal toget køre?

- Flere sygehusopgaver skal flyttes over i det nære sundhedsvæsen!
- Fra opgaveglidning til planlagt og finansieret opgaveoverdragelse
- Nuværende model er ikke holdbar
  1. Går ud over de hårdest pressede kommuner og de svageste borgere
  2. Kommunerne kan ikke fortsat finansiere sundhedsopgaver ved at spare på anden velfærd
  3. Og der kommer >150.000 flere 80+ årige de næste 10 år
- Derfor skal vi have en national kvalitets- og økonomiplan for **Det Nære Sundhedsvæsen**



# Strukturelle ændringer og effektiviseringer på sygehusene har smittet af på først kommunale plejeopgaver og senere også opgaver i hjemmesygeplejen



## 1980-2020

Kortere indlæggelser og flere ambulante behandlinger var vigtigste effektiviseringsskrue i sygehusvæsenet i 40 år; muliggjort af

- Bedre anæstesi- og smertebehandling samt skånsom kirurgi
- Organisering, fx FAM: Fælles Akut Modtagelse
- Og et kommunalt plejesystem, som kunne tage plejkrævende patienter hjem

## 2020-2060

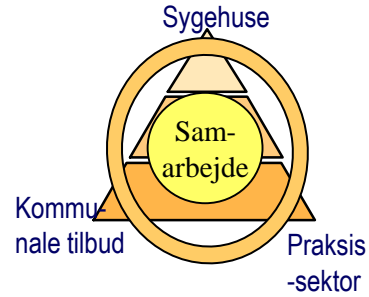
Planlagt, finansieret udflytning af sygehusopgaver til primær sektor vil være sundhedsvæsenets vigtigste effektiviseringsskrue de næste 40 år; muliggjort af

- Kompetencer, kapacitet og velfærdsteknologi på alle niveauer
- Forpligtende samarbejder
- Kvalitets- og økonomiplan for det DNS
- (Bedre forebyggelse, sygdomsbyrden skal ned)

	<b>1980</b>	<b>2000</b>	<b>2014</b>	<b>2020*</b>
Udskrivninger	916.000	1.130.000	1.150.000	1.500.000
Ambulante besøg	3.295.000	4.405.000	7.900.000	10.700.000
Sengepladser	42.500	20.592	16.400	13.000
Sengedage	9.045.000	7.152.000	4.200.000	3.400.000
Organisatoriske enheder	128	78	30	20
Gennemsnitlig liggetid	10	6	3,7	2,7

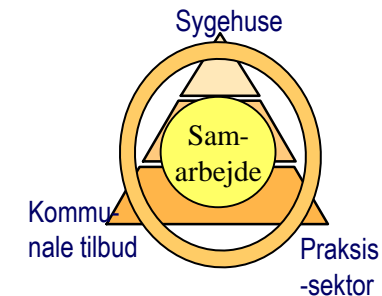
Tak for lån til  
Jakob Kjellberg

# Nuværende model for samarbejdet

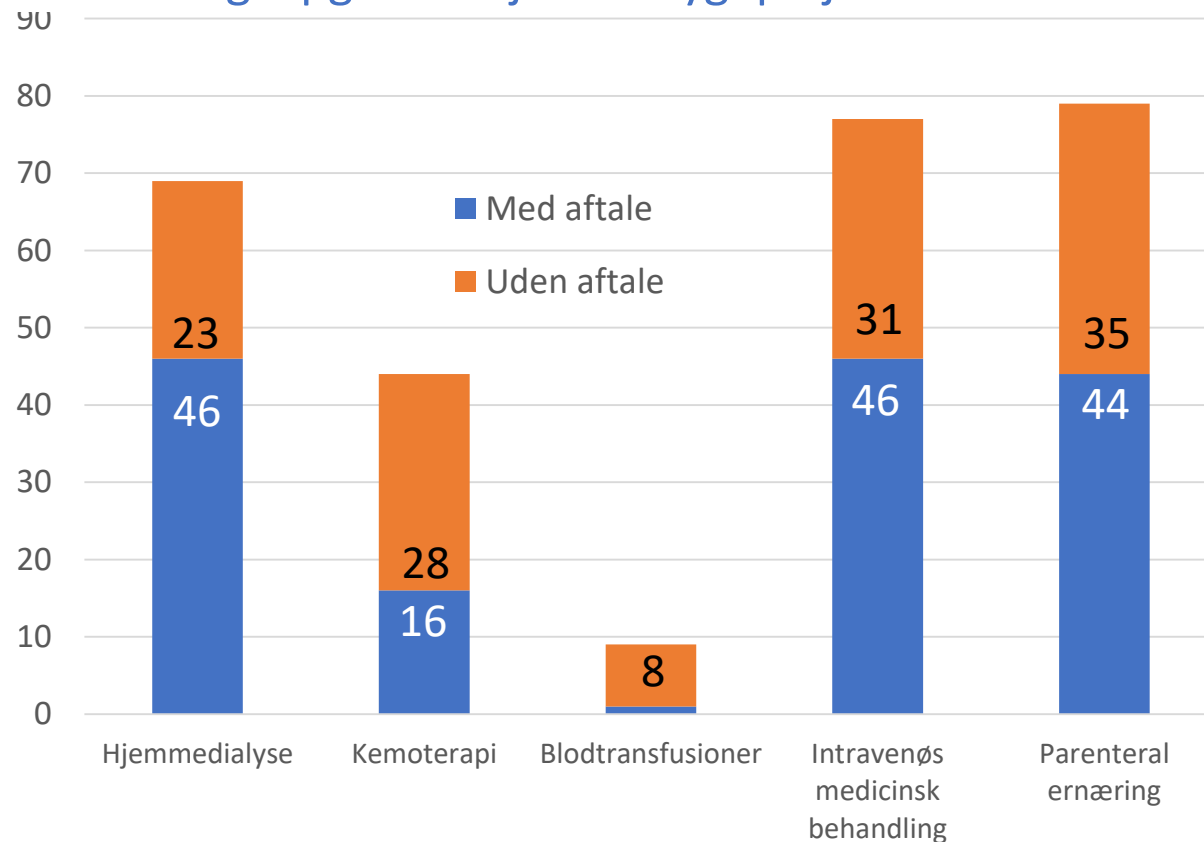


- Opgaverne er kommet glidende til kommunerne fra sygehusene
- Først pleje og de sidste 10 år også behandlingsopgaver
- Kommunerne rapporterer stigende antal behandlingsopgaver og pres fra sygehusene
- Alt for ofte uden aftaler om faglig organisering og finansiering
- Kommunernes sundhedsudgifter (hjemmesygepleje, genoptræning, tandpleje, sundhedspleje) er steget fra 8,4 mia. kr. i 2007 til 13,4 mia. kr. i 2018
- Stort set finansieret ved at effektivisere og nedprioritere på pleje og andre velfærdsområder

# Stort set alle kommuner varetager behandlingsopgaver, som tidligere varetoges i sygehusregi



## Antal kommuner, der varetager konkrete og særlige behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen



Spørgeskemaundersøgelse blandt alle 98 kommuner. Efteråret 2019.  
Momentum, 9. januar 2019

I runde tal "Med aftale" for ½ af kommunerne.

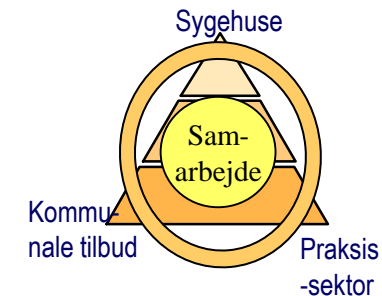
"Med aftale" betyder  
½ er skriftlige  
½ indebærer økonomisk kompensation  
½ sikrer entydigt placering af lægelige  
behandlingsansvar

## Er det her godt nok?

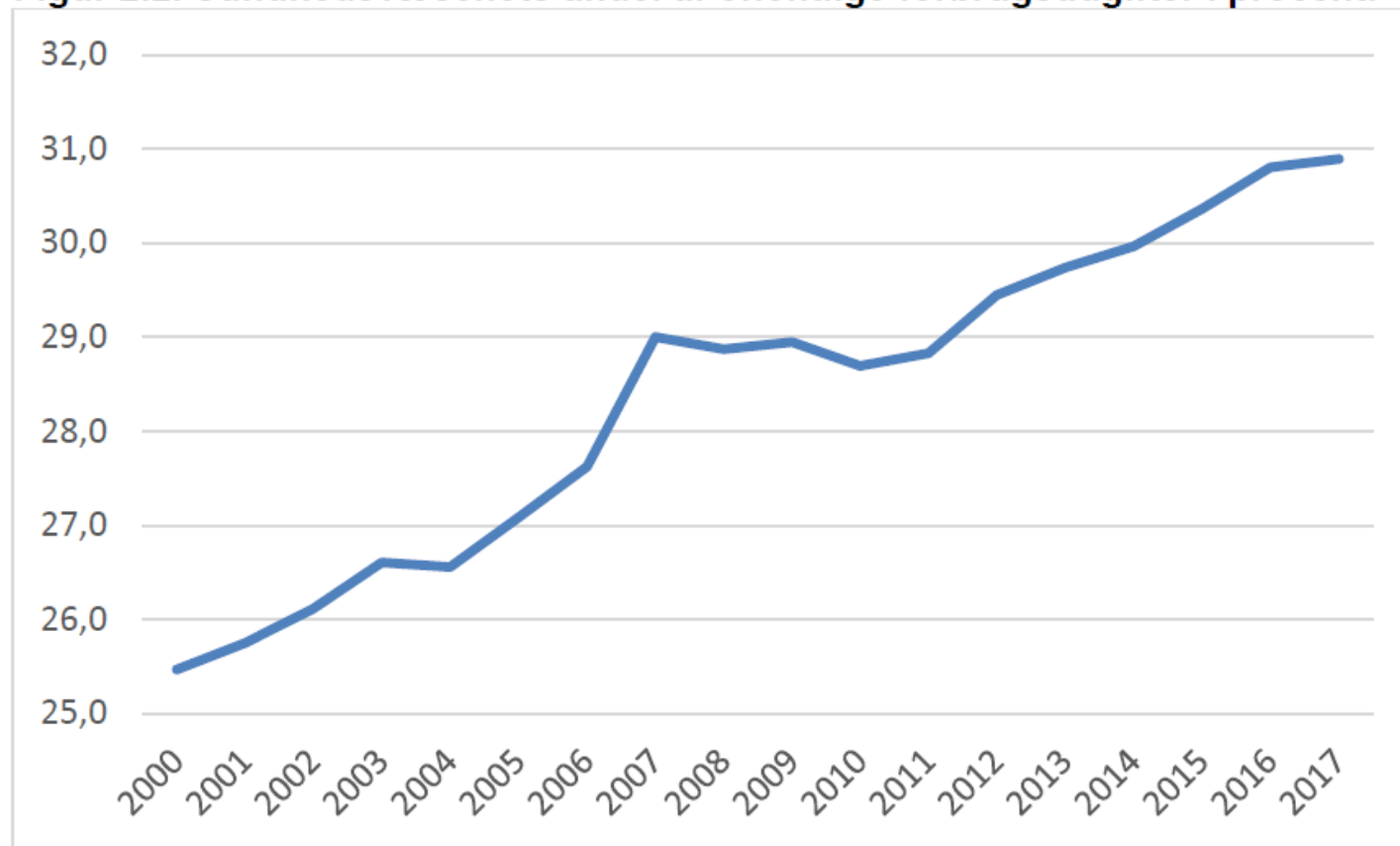
Det her handler *også* om ledelsesansvar og styring i kommunerne, når opgaverne kommer glidende så at sige fra sygeplejerske til sygeplejerske

# Sundhed presser anden velfærd ud

Prioriteringen er besluttet lokalt og nationalt, men administreret og eksekveret kommunalt



Figur 2.2. Sundhedsvæsenets andel af offentlige forbrugsudgifter i procent.

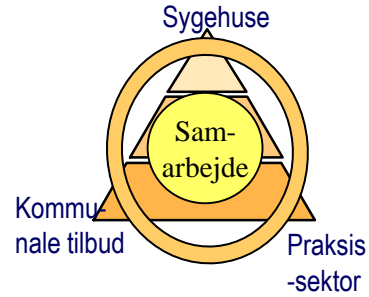


Kilde: KL pba. nationalregnskabet.

Omprioritering fra anden velfærd til sundhed er sket ved

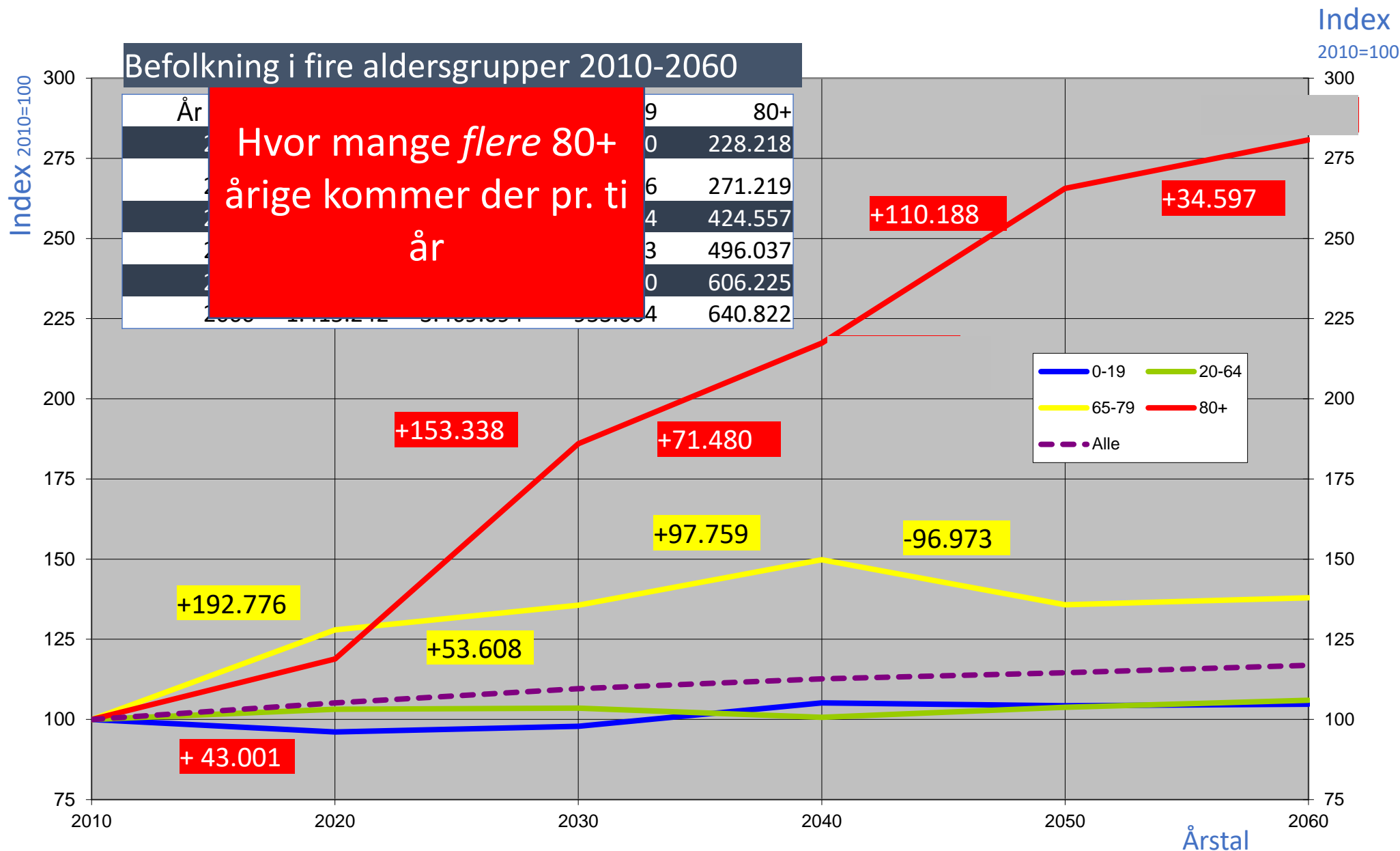
- Øgede bloktilskud til regionernes sundhedsopgaver
- Kommunernes omprioriteringer inden for rammen

# Nuværende model for samarbejdet er ikke langtidsholdbar



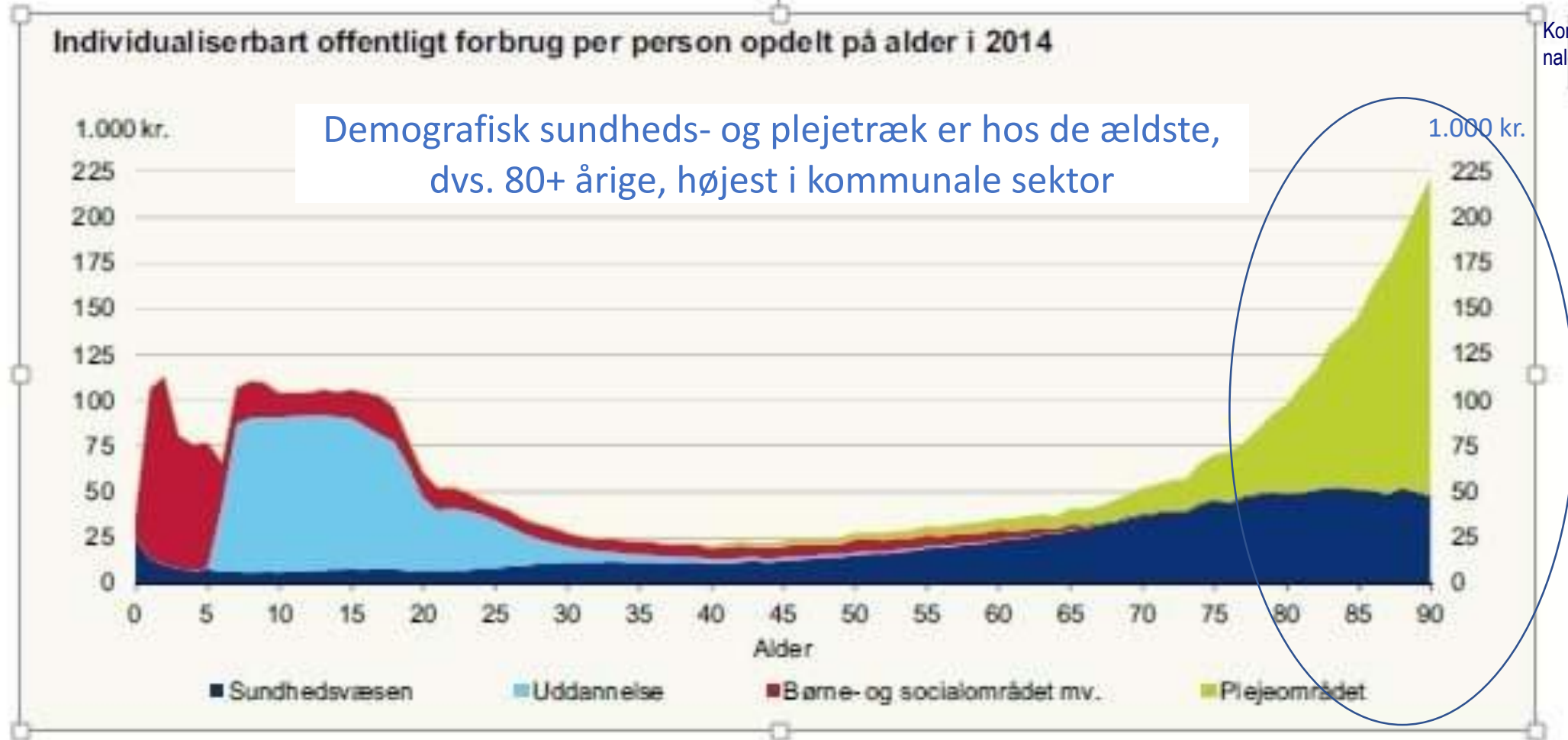
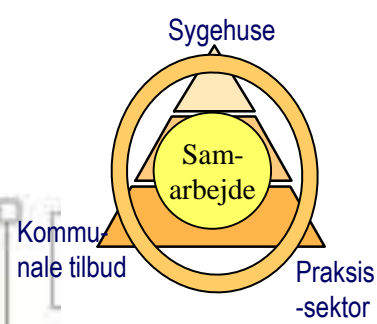
- Alle lande vil gerne omallokere fra sygehus til det nære sundhedsvæsen
- Vi vil også i Danmark (måske –SF), og gør det men med bind for øjnene
  - Vi svigter de hårdest pressede kommuner og de svageste borgere
  - Alt for store forskelle i kommunernes sundhedstilbud
  - Modellen bidrager markant til ulighed i sundhed i Danmark – socialt og geografisk
- Det kan ikke fortsætte ind i 20'erne
  - Presset på de andre velfærdsområder er også stort og stigende
  - Og demografien går fra let modvind til hård kuling nu lige om lidt
- Lad os lige se på demografien

Vi har snakket om aldring og demografisk træk i mange år – nu bliver det alvor for kommunerne



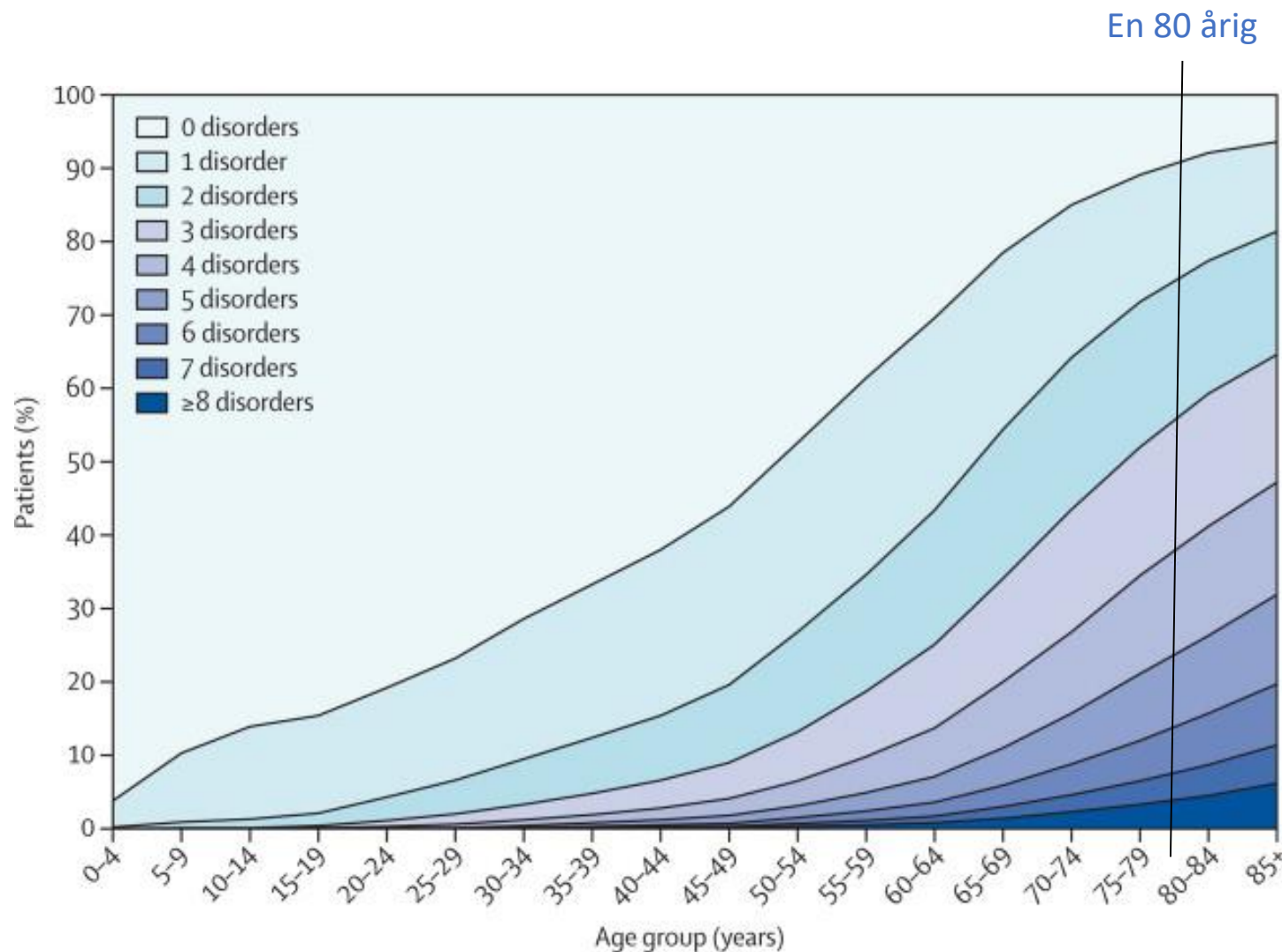
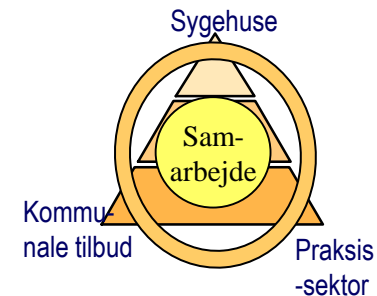


# Danskerens offentlige forbrug over livsforløbet



Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet, Fordeling og incitamentter 2017, figur 5.6, s.131

# De ældste er multisyge: Over halvdelen har tre sygdomme

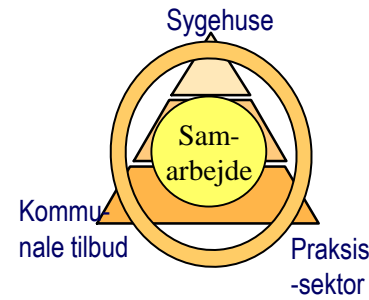


## En 80 årig har

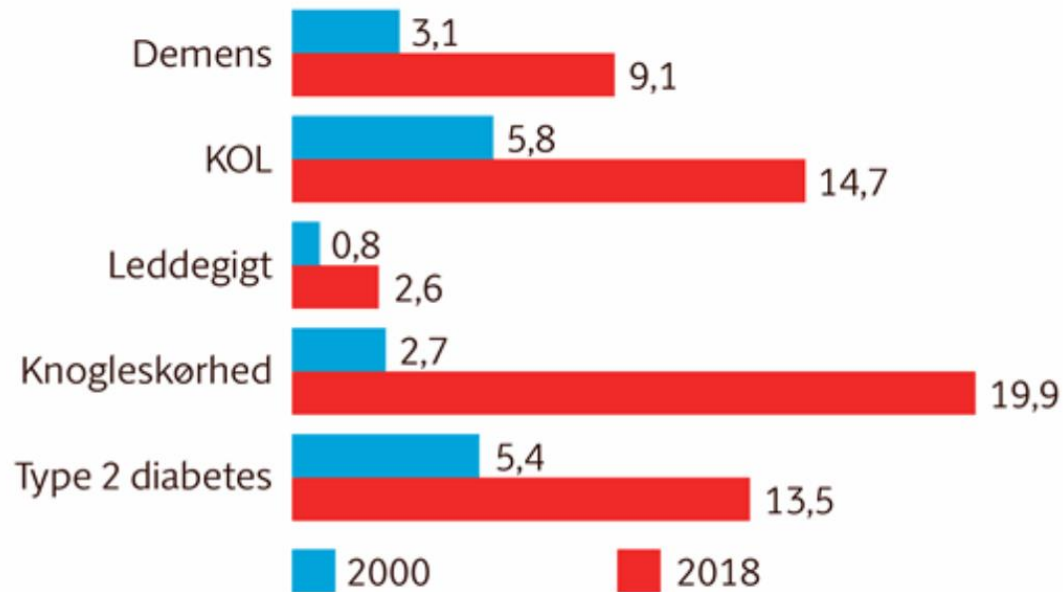
- 3% risiko for at have 8+ sygdomme
- 6% risiko for at have 7 sygdomme
- 12% risiko for at have 6 sygdomme
- 21% risiko for at have 5 sygdomme
- 37% risiko for at have 4 sygdomme
- 54% risiko for at have 3 sygdomme**
- 73% risiko for at have 2 sygdomme
- 90% risiko for at have 1 sygdom
- 10% chance for at være rask

Kilde: Barnett et al, Lancet 2012

# Andel af 80+ årige med kroniske sygdomme mangedobles fra 2000 til 2018



Andel af 80+årige med udvalgte kroniske sygdomme, 2000 og 2018 (%)

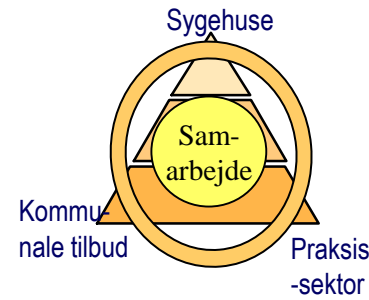


Kilde: Momentum. Egne beregninger på baggrund af udtræk fra Esundhed.dk - register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser og statistikbanken.dk.

## 2000 til 2018

- Incidensen, dvs. nye tilfælde af disse sygdomme, falder faktisk i alle aldersgrupper
- Prævalensen, dvs. antal borgere med sygdommen, også hos 80+ årige stiger kraftigt
- Flere overlever og lever med deres kroniske sygdom(me)
- Et eksempel på at behandlingssucces i kommuner og regioner kan koste penge
- Disse penge må prioriteres, men også bruges omkostningseffektivt

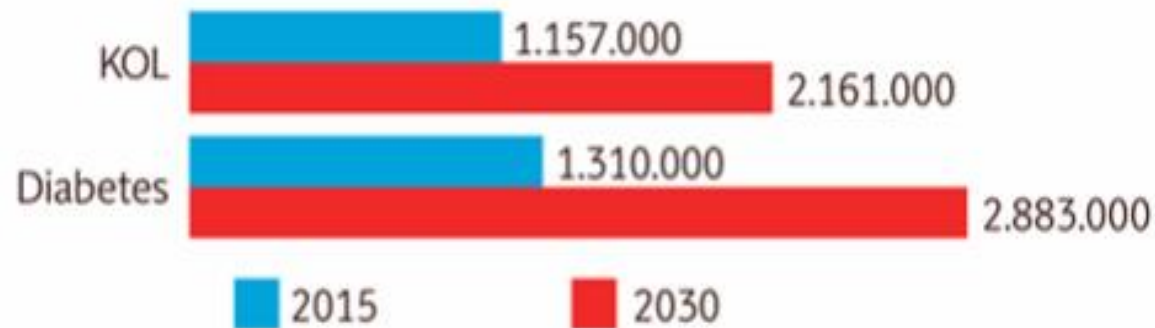
# Behandlingsbyrden for KOL og Diabetes fordobles på 15 år



## 2015 til 2030

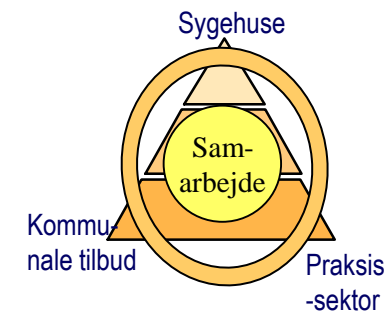
- Sygehusene sender til
- Praksis (og kommuner) kan overtage mange (ikke alle)
- Derfor *Nærhedsfinansiering*
- Som betaler sygehusene for at lave mindre
- Og aftale med PLO
- Man glemte bare kommunerne

Fremskrivning af årlige antal ambulante besøg relateret til KOL og Diabetes 2015-2030



Kilde: Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

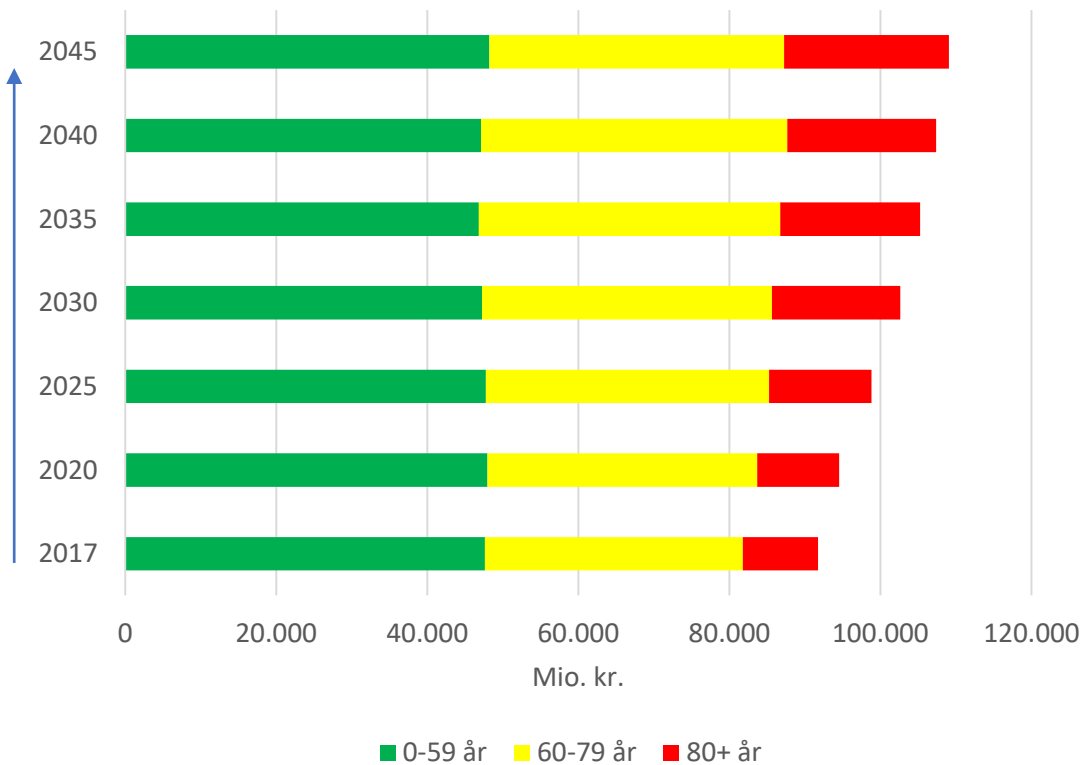
# De kommunale sundhedsopgaver er mest demografisensitive



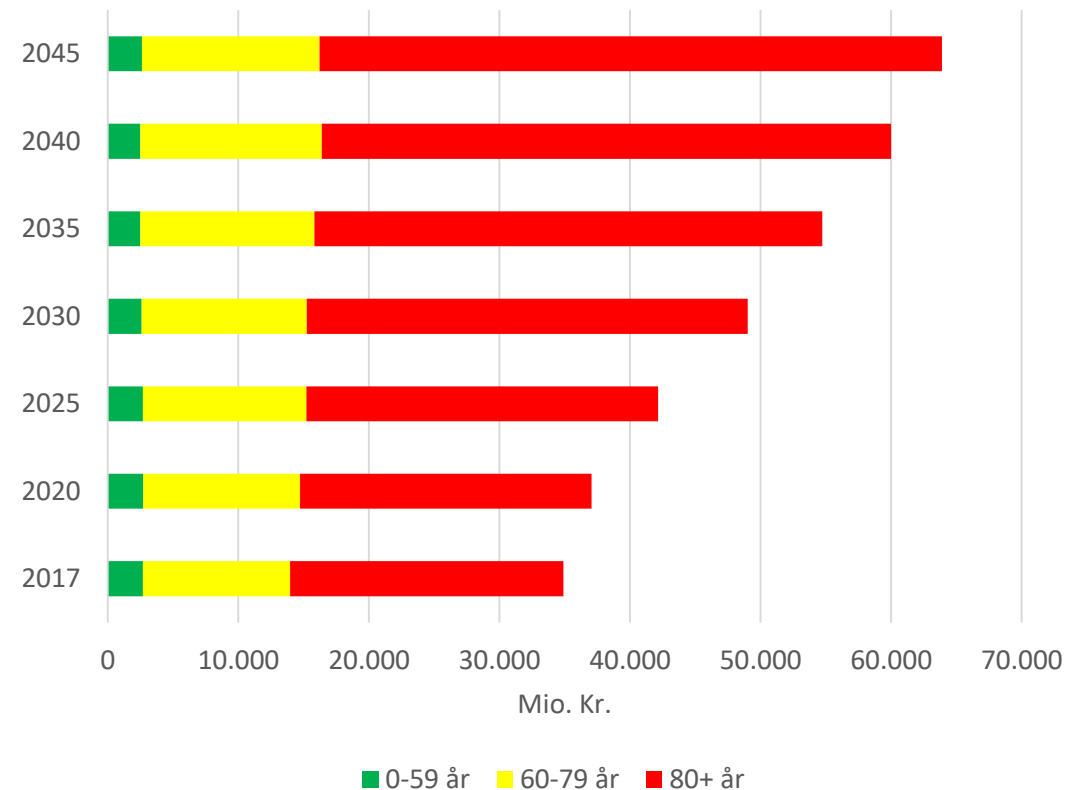
Om 25 år

I dag

Regionalt



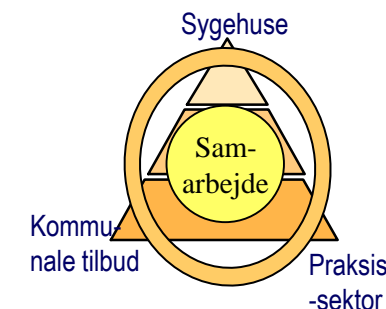
Kommunalt, inkl ældrepleje og -hjælp



Note: 2017-priser. Regionale udgifter omfatter udgifter til hospitalsvæsen (somatik og psykiatri) og praksissektoren. Kommunale udgifter omfatter udgifter til hjemmehjælp, hjemmesygepleje og plejebolig. Ren demografisk fremskrivning baseret på Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning. Ikke justeret for Sund Aldring

# Nuværende model kan ikke klare disse demografiske udfordringer: Hvilken model skal vi så have?

- Det ved jeg ikke i detaljer, jeg er ikke politiker!
  - Men vi skal tage bindet af øjnene
  - Og vi skal bruge fordøren i stedet for bagdøren
- Politiske og faglige og økonomiske aftaler om opgavefordeling



Tabel 3: Regional finansiering fordelt på tyngdekategorier af IV-behandlingsforløb. Finansieringsfordelingen mellem Region og kommuner er 70/30.

Tyngde-kategori	Samlet tidsforbrug på behandlingen*	Estimeret andel af samlet antal forløb	Regional finansiering pr. forløb
Kemokur	0,25 timer		200 kr.
Kategori 1	0-5 timer	50-60 %	1.225 kr.
Kategori 2	5-15 timer	20-25 %	4.900 kr.
Kategori 3	15-35 timer	10-20 %	12.250 kr.
Kategori 4	35+ timer	5-10 %	29.400 kr.

\*Det estimerede tidsforbrug på behandlingen angiver udelukkende tiden brugt på selve behandlingsopgaven (klargøring, indgift og afslutning) og omfatter således ikke øvrigt tidsforbrug relateret til behandlingsopgaven, herunder transport, dokumentation og korrespondance.

Og man kan komme langt ad lokal vej med bilaterale aftaler

Her et rigtigt fint eksempel fra Region Nordjylland om IV-behandlingsforløb

Men det er ikke nok! **SÅ**

# National kvalitets- og økonomiplan for Det Nære Sundhedsvæsen (rammer og værktøjer for lokale/regionale aftaler)

- Opgaveplan – hvem gør hvad og hvordan?
  - 4-parts møder mellem Regering, KL, DaR og PLO m.v.
  - Hvad skal være nogenlunde ens og hvad er mere frit?
  - Ansvarsdelegering (fra læge til sygeplejerske)
- Kvalitetskrav til opgaveløsningen i DNS
  - Kvalitetsstandarder fra Sundhedsstyrelsen
  - Ensartet måling af aktivitet og kvalitet
  - Monitorering
- Finansiering
  - Pengene følger opgaverne
  - Af infrastruktur, fx sundhedshuse
- Forpligtende samarbejder
  - Men hvordan?

