



Sundhedsvæsenets organisering mv. i udvalgte lande

Sundhedsstrukturkommissionen

NOVEMBER 2023, KØBENHAVN



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58



Notatets indholdsfortegnelse

>	1. Ledelsesresumé	2
	2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
	3. Introduktion til de udvalgte lande	7
	4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
	5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
	6. Større reformer og tiltag	44
	Appendiks	51
	A. Større reformer og tiltag	52
	B. Litteraturliste	58

Ledelsesresumé

Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag | Kapitel 2

Som en del af grundlaget for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har BCG gennemført en analyse af sundhedsvæsenets overordnede organisering i fem udvalgte lande: England, Holland, Sverige, Norge og Finland, herunder også Danmark.

Analysen er gennemført med en pragmatisk tilgang, der tager højde for, at de udvalgte lande i varierende grad og på forskellige måder vil have interessante perspektiver for den danske Sundhedsstrukturkommission.

Til grund for analysen ligger en omfattende litteraturkortlægning samt interviews med myndigheder og BCG-eksperter i de udvalgte lande. Der indgår løbende casestudier i notatet mhp. at illustrere og eksemplificere interessante perspektiver, fx ift. forebyggelse i primærsektoren og effektivisering på tværs af sektorer.

Introduktion til de udvalgte lande | Kapitel 3

Kapitlet præsenterer en kontekstforståelse af de fem udvalgte lande og Danmark gennem centrale nøgletal. Flere fællestræk er nævneværdige, fx har alle lande en forholdsvis høj befolkningsandel over 65 år (18-23 pct.), og der ses en stigende andel ældre frem mod 2035. Ikke mindst sker der en stigning blandt de ældste ældre over 80 år, som typisk trækker mest på sundhedsvæsenet. Andelen af ældre over 80 år stiger således på tværs af lande fra 4-6 pct. til 7-10 pct.

Kvaliteten i sundhedsvæsenet målt meget bredt er sammenlignelig, jf. Legatum World Health Care Index, og der ses ingen direkte sammenhæng mellem sundhedsudgifter som andel af BNP og sundhedskvalitet.

Flere forskelle gør sig dog også gældende mellem landene, fx er der 43 pct. forskel i sundhedsudgifter pr. borger (fra 24.000 DKK til 34.000 DKK), og BNP pr. borger varierer betragteligt fra 302.000 DKK i England til 793.000 DKK i Norge.

Forskellene betragtes dog som værende af mindre betydning for analysen, fordi landene her skal inspirere ift. udviklingen af det danske sundhedsvæsen på forskellige måder. Variationerne skal dog tages i betragtning, når analyseresultater overføres til en dansk kontekst.

Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling | Kapitel 4

Kapitlet præsenterer en analyse af de overordnede forvaltningsstrukturer på tværs af de udvalgte lande. Danmark, Norge og Sverige har forholdsvis komplekse forvaltningsstrukturer med flere forvaltningsled end de øvrige lande, mens fx England og Finland gennem reformer har forenklet forvaltningsstrukturene mhp. at sikre sammenhæng, effektivitet og lige adgang for borgerne.

Sundhedsvæsenet er hovedsageligt offentligt finansieret i alle lande. Hospitaler og almen praksis finansieres typisk igennem en kombination af rammebudgetter/basishonorar og aktivitetsbaserede honorering. Der indgår som en mindre andel af den samlede finansiering også resultatbaseret honorering i nogle lande.

Også ældreplejen og det specialiserede voksenområde er fortrinsvis offentligt finansieret. Her anvendes typisk takstfinansiering af døgntilbud og timebetaling for indsatser i borgerens hjem.

Alle lande har en andel af brugerbetaling for primære sundhedsydelser, men i varierende grad, fx er 16 pct. af de finske sundhedsudgifter finansieret gennem brugerbetaling, og der indgår her brugerbetaling på langt de fleste sundhedsydelser. Danmark er et af de lande, som har mindst brugerbetaling på tværs af de udvalgte lande.

Flere lande har i organiseringen af sundhedsvæsenet særligt fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde og sikre effektive og sammenhængende forløb for patienterne, fx anvendes lokale sundhedscentre i Sverige og Finland til at skabe lettere adgang til både almen praksis og andre sundhedsprofessionelle.

Økonomi og ressourcer på tværs af sektorer | Kapitel 5

Kapitlet præsenterer en analyse af økonomi og medarbejdere i sundhedsvæsenet. For at få det mest retvisende billede med udgangspunkt i de tilgængelige data ser vi her særskilt på sundhedsydelser og langtidspleje på tværs af landene.

Udgifter til sundhedsvæsenet

Alle lande har haft stigende udgifter til sundhedsvæsenet samlet set på 2-4 pct. årligt. Udgifter til sundhedsydelser (indlæggelser, ambulante behandling på hospitaler og behandling uden for hospitaler) udgør 42-61 pct., mens langtidspleje udgør 15-29 pct af de samlede sundhedsudgifter.

Ledelsesresumé

Generelt er den største post indlæggelser (18-27 pct.), og andelen er størst i Danmark. Udgifterne til ambulante behandlinger på hospitaler øges dog over tid mere end udgifterne til indlæggelser på tværs af lande.

For langtidspleje udgør langt størstedelen udgifter til plejehjem m.m. (11-27 pct. af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet), mens udgifterne til langtidspleje i hjemmet kun udgør 1-14 pct. Over tid stiger udgifterne til langtidspleje i hjemmet dog mere end udgifterne til langtidspleje på plejehjem m.m.

Herudover er det interessant, at England, Holland og Finland har meget lave udgiftsniveauer til langtidspleje i hjemmet sammenlignet med de øvrige lande. Finland og England har samtidig de laveste udgiftsniveauer til langtidspleje på plejehjem m.m., mens Holland her ligger en del over de øvrige lande.

Samlet set peger udgiftsudviklingen på tværs af lande på et ønsket skift i sundhedsvæsenet i retning af en prioritering af primærsektoren.

Medarbejdere i sundhedsvæsenet

Mellem landene er der 45 pct. spredning i antallet af medarbejdere pr. borger ansat i sundhedsvæsenet. Her ligger England og Holland lavest med 32 medarbejdere pr. 1000 borgere, mens Norge ligger højest med 46 medarbejdere pr. 1000 borgere. Danmark ligger forholdsvis lavt. Der sker kun mindre stigninger i antallet af medarbejdere over tid på tværs af lande.

Ser man specifikt på sundhedsydelse, er der store forskelle i antallet af læger pr. borger på hospitaler - der er tre gange så mange læger pr. borger i Danmark, som ligger højest, end i Holland, der ligger lavest. Der ses samtidig en stigning i antallet af læger på hospitaler generelt. Stigningen er størst i Danmark (2,4 pct.), mens både Finland og Holland kun har mindre stigninger.

Omvendt ses der et mindre fald i Danmark ift. læger udenfor hospitaler, mens der er en stigning i antallet af læger pr. borger udenfor hospitaler både i Norge og Holland. Også her er der store forskelle på niveauet på tværs af lande - og niveauforskellene fastholdes over tid.

I forhold til antallet af sygeplejersker og jordemødre på hospitaler er niveauet ligeledes stabilt over tid, men det varierer betydeligt på tværs af lande - Norge ligger over de øvrige lande, men Danmark ligger også forholdsvis højt.

Ser man særskilt på medarbejdere, der varetager langtidspleje, ses der også her store forskelle i niveauet - fra 14,9 medarbejdere pr. 1000 borgere i Danmark til 45,5 medarbejdere i Holland. Der er her et stabilt niveau eller endog mindre fald på tværs af lande over tid, hvilket er interessant i lyset af det stigende antal ældre i alle lande. Tendensen genfindes i alle personalegrupper.

Større reformer og tiltag | Kapitel 6

På tværs af lande har de større tiltag og reformer på sundhedsområdet ofte forholdsvis enslydende mål: Sikre bedre koordination på tværs af sektorer, sikre mere lige adgang og kvalitet, styrke indsatsen til kronikere, og levere mere sundhed for pengene.

Der ses overordnet to forskellige tilgange til reformer på tværs af lande:

- 1) I England og Finland har reformerne karakter af transformative ændringer med omfattende omstruktureringer af sundhedsvæsenet
- 2) I Holland, Norge og Sverige har reformerne karakter af mere inkrementelle ændringer med ny regulering, målrettede puljer og aftaler.

For England og Finland er der i forbindelse med de omfattende omstruktureringer etableret nye geografiske enheder i begge lande, som skal varetage sundhedsydelse på tværs af primær- og sekundærsektor og sikre sammenhæng, effektivitet og lige adgang for borgere. Motiverne for reformerne varierer dog: Finland har længe ønsket en administrativ centralisering, og den aktuelle reform anses som et kompromis i den forbindelse. I England er reformen et element i NHS' tiårsplan fra 2019.

For Holland, Norge og Sverige har de inkrementelle reformer haft til formål at styrke koordination og primærsektor samt reducere anvendelsen af hospitaler. Der anvendes her forskellige implementeringsgreb: Hvor Norge har en top-down tilgang med central styring, ny lovgivning og finansiering, har Sverige og Holland mere bløde implementeringsgreb med aftaler og bottom-up løsninger uden store nationale lovændringer.



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
➤ 2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58

Analysens opdrag og formål samt BCG's tilgang og grundlag

Baggrund og formål med analysen

Regeringen har nedsat en Sundhedsstrukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, som "fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet". Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er mere nært og bæredygtigt, jf. kommissoriet for kommissionen.

Som en del af grundlaget for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har BCG gennemført en analyse af sundhedsvæsenets overordnede organisering i en række udvalgte lande, herunder en beskrivelse af forvaltningsstrukturer, opgave/ansvarsfordeling, ressourcefordeling på tværs af sektorer samt større tiltag (struktur, styring mv.).

Der indgår seks lande i analysen: Norge, Sverige, Finland, Holland og England samt Danmark. Herudover indgår udvalgte erfaringer fra Skotland, Israel og USA.

Analysen er gennemført med en pragmatisk tilgang, der tager højde for, at de udvalgte lande i varierende grad og på forskellige måder vil have interessante perspektiver for den danske Sundhedsstrukturkommission.

Analysen omfatter uddybende beskrivelser af relevante cases, herunder konkrete eksempler på finansierings- og incitamentsmodeller.

Der er her særligt fokus på caseeksempler, som understøtter:

- Øget behandling/forebyggelse i primærsektoren, herunder fx gate-keeperfunktionen
- Populationsansvar
- Mindskelse af overbehandling/overdiagnosticering
- Omkostningseffektive investeringer på tværs af sektorer.

Tilgang og grundlag

BCG har som grundlag for analysen gennemført en omfattende litteraturkortlægning, herunder:

- Hjemmesider fra relevante myndigheder og organisationer i de udvalgte lande
- Policyoplæg, reformoplæg m.m.
- Publiceret forskning og analyser af sundhedsvæsenet
- Nøgletal fra centrale kilder som OECD, PLO og Sundhedsdatastyrelsen
- Analyser og rapporter udarbejdet af BCG.

Den samlede litteraturoversigt er indsat sidst i notatet.

Vi har herudover inddraget eksperter på sundhedsområdet i de enkelte lande både fra landenes myndigheder og fra BCG og har herigennem valideret de øvrige kilder samt vores analyser og konklusioner.

Nærværende notat sammenfatter analysens resultater med fokus på:


- Centrale nøgletal, der giver en kontekst for de udvalgte lande i kapitel 3
- Overblik over forvaltningsstrukturer og opgavefordeling i kapitel 4
- Indblik i fordelingen af ressourcerne i sundhedsvæsenet i kapitel 5
- Overblik over større reformer- og tiltag i kapitel 6.
- Endelig indgår i appendiks: 1. et overblik over større reformer og tiltag i de udvalgte lande. 2. en samlet litteraturliste.

Det skal understreges, at formålet ikke er en gennemgående benchmarking af de udvalgte lande, men en analyse der identificerer særligt interessante aspekter af sundhedsvæsenet i det enkelte land med henblik på at give inspiration til Sundhedsstrukturkommissionens arbejde.

BCG præsenterer derfor, hvor det er relevant, centrale aspekter på tværs af de fem lande og Danmark. Vi dykker herudover ned i konkrete cases, der nuancerer særligt interessante aspekter i lyset af analysens formål. Endelig sammenfatter vi væsentlige pointer i de enkelte kapitler.



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
 3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58

Kapitel 3 Introduktion til de udvalgte lande

Dette kapitel giver en kontekstforståelse for de fem udvalgte lande og Danmark, gennem en række centrale nøgletal vedr. demografi, udgifter og kvalitet.

Kapitlets analyse giver anledning til en række overordnede observationer:

1

Demografi | Alle lande har en forholdsvis høj befolkningsandel over 65 år, og der ses en stigende andel ældre frem mod 2035 ikke mindst blandt de ældste ældre over 80 år, som typisk trækker mest på sundhedsvæsenet.

2

BNP pr. borger | Der er store variationer mellem landene, fx varierer BNP/borger (justeret for købekraft) fra 302.000 DKK (England) til 793.000 DKK (Norge).

3

Sundhedsudgifter | Der er stor forskel i sundhedsudgifter pr. borger mellem landene - fra 24.000 DKK pr. borger i Finland, til 34.000 DKK pr. borger i Norge. Udgifterne kan potentielt forblive høje som følge af et efterslæb fra covid-19 ift. behandling af patienter og gæld.

4

Kvalitet | Landene ligger forholdsvis tæt ift. kvalitet i sundhedsvæsenet (World Health Care Index). Der ses ikke en direkte sammenhæng mellem sundhedsudgifter som andel af BNP og sundhedskvalitet.

5

Forskel mellem landene | Forskellene er af mindre betydning her, da landene er udvalgt, fordi de på forskellige måder kan inspirere ift. udviklingen af det danske sundhedsvæsen. Variationerne skal dog tages i betragtning, når analyseresultater overføres til en dansk kontekst.

Karakteristika af de fem lande og Danmark | Aldrende befolkninger og stor variation i BNP pr. borger

Introduktion til kapitlet

For at give en kontekstforståelse for de fem udvalgte lande og Danmark, har BCG indledningsvis samlet en række centrale nøgletal vedr. demografi, udgifter og kvalitet.

Stor forskel på befolkningsstørrelsen

De fem lande er som nævnt udvalgt, fordi de på forskellige måder kan inspirere ift. udviklingen af det danske sundhedsvæsen. Størrelsesmæssigt er der ikke overraskende meget store forskelle - Danmark, Norge og Finland er ca. lige store med omkring 5-6 mio. borgere, Sverige er lidt større, mens både England og Holland har betydeligt flere indbyggere.

Flere ældre og særligt flere af de ældste ældre







Den forventede levealder er i alle lande over 81 år og har haft positiv stigning de seneste 10 år. Alle lande har derfor også en forholdsvis høj befolkningsandel over 65 år (18-23 pct.), og der ses en stigende andel ældre frem mod 2035, ikke mindst blandt de ældste ældre over 80 år, som typisk trækker mest på sundhedsvæsenet. Andelen af ældre over 80 år stiger på tværs af lande fra 4-6 pct. til 7-10 pct.

Store forskelle i BNP pr. borger

Der er store variationer i BNP mellem landene, fra 302.000 DKK BNP/borger (England) til 793.000 DKK (Norge). Der anvendes her købekraftsjusteret BNP mhp. at sikre et sammenligneligt mål på tværs af lande.

Forskellene mellem landene har mindre betydning i dette notat, da landene indgår i analysen på baggrund af konkrete udviklingstendenser i det enkelte land. Variationerne skal dog tages i betragtning, når analyseresultater overføres til en dansk kontekst.

Figur 3.1: Udvalgte demografiske og økonomiske nøgletal

	Befolkningstal (mio.)	Befolkningsandel >65år / >80år (2021)	Befolkningsandel >65år / >80år (2035)	Forventet levealder (år)	Stigning i forv. levealder (sidste 10 år)	BNP pr. borger, 2022 (DKK ¹)
 Danmark	5,8	20% / 5%	24% / 8%	81,4	1,5	510 T
 England ¹	56,5	18% / 5%	23% / 7%	81,2	0,9	302 T ²
 Finland	5,5	23% / 6%	27% / 10%	82,0	1,4	410 T
 Holland	17,5	20% / 5%	25% / 8%	81,5	0,2	480 T
 Norge	5,4	18% / 4%	23% / 7%	83,2	1,8	793 T
 Sverige	10,4	20% / 5%	23% / 8%	83,2	1,3	448 T

Anvendte OECD variable: i. "Current expenditures on health (all functions), All providers, Share of gross domestic product".

Noter: 1. BNP justeret for købekraftsparitet, beregnet med valutakurs, 1,0 USD = 6,9 DKK; 2. BNP tal fra 2021, beregnet med valutakurs 1,0 GBP = 8,7 DKK

1

OECD anvender samlede opgørelser for Storbritannien, og det er ikke muligt at udskille England herfra. Derfor anvendes UK-opgørelser flere steder i analysen som proxy for England. Da England udgør ~86% af Storbritanniens samlede BNP, jf. Office for National Statistics, vurderes dette at være acceptabelt.

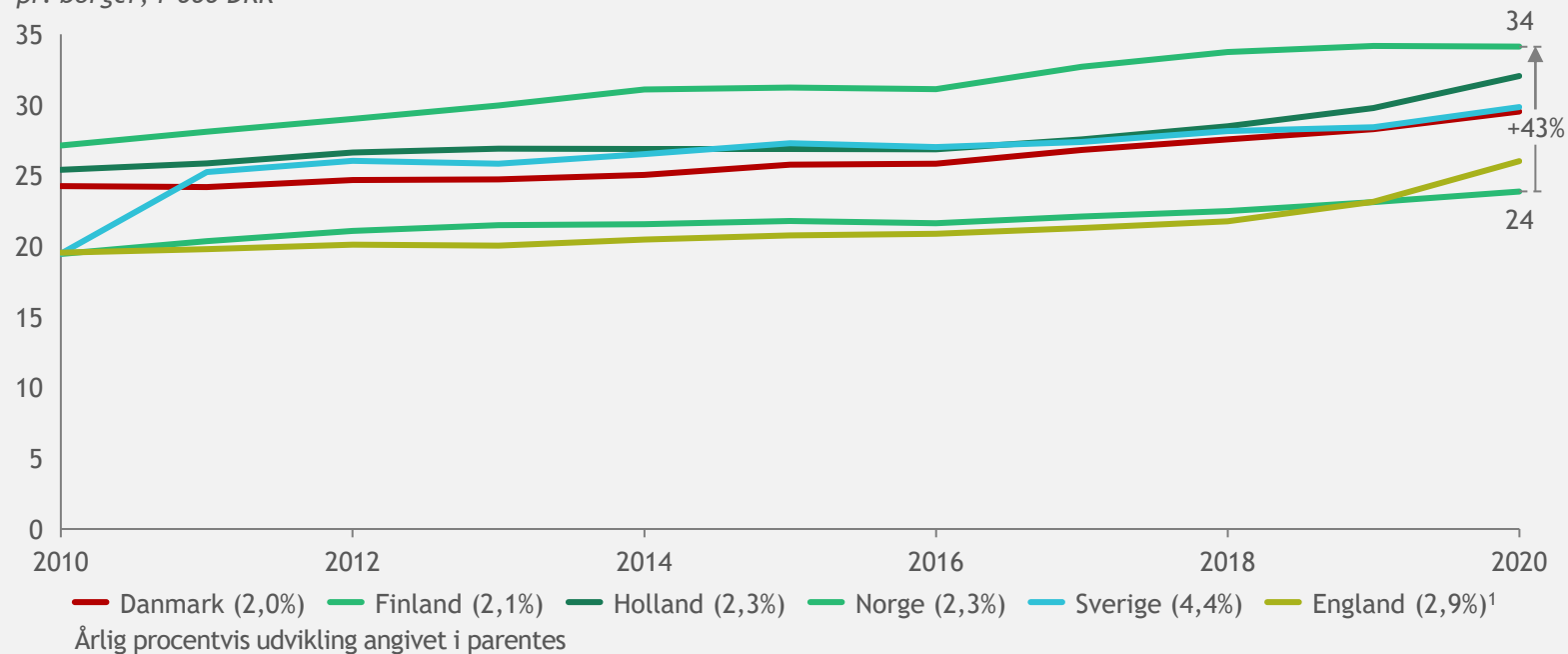
Sundhedsudgifter pr. borger | Sundhedsudgifterne i de seks lande er steget kontinuerligt siden 2010

Store forskelle i udgifter og en stigende tendens

I grafen til højre fremgår udviklingen i sundhedsudgifter pr. borger, og der ses her store forskelle mellem landene: Fra ~ 24.000 DKK pr. borger i Finland til ~34.000 DKK pr. borger i Norge, hvilket svarer til en forskel på 43 pct.

For alle lande ses en svag stigning i 2020, som kan have forbindelse til covid-19. Udgifterne kan potentielt forblive høje som følge af et efterslæb ift. behandling af patienter og gæld.

Figur 3.2: Udviklingen i sundhedsudgifter¹, 2010-2020 pr. borger, i '000 DKK



Anvendte OECD variable: i. "Current expenditures on health (all functions), All providers"; Alle tal er PPP justeret og omregnet med valutakurs 1 EUR = 7,45 DKK.
Bemærk: Totale sundhedsudgifter inkluderer alle udgifter relateret til levering af sundhedsydelser (fx indlæggelser, tandpleje og rehabilitering) og -varer (fx håndkøbs- og receptlig medicin, briller, proteser og høreapparater).
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Kvalitet i sundhedsvæsenet | Generelt høj sundhedskvalitet, men også høje udgifter

Forholdsvis ens kvalitetsniveau på tværs af lande

De udvalgte lande ligger forholdsvis tæt ift. kvalitet i sundhedsvæsenet (World Health Care Index, se forklaring i boksen nedenfor). England ligger lavest med 78,3, mens de nordiske lande og Holland ligger mellem 81 og 83 (Danmark på 81,1).

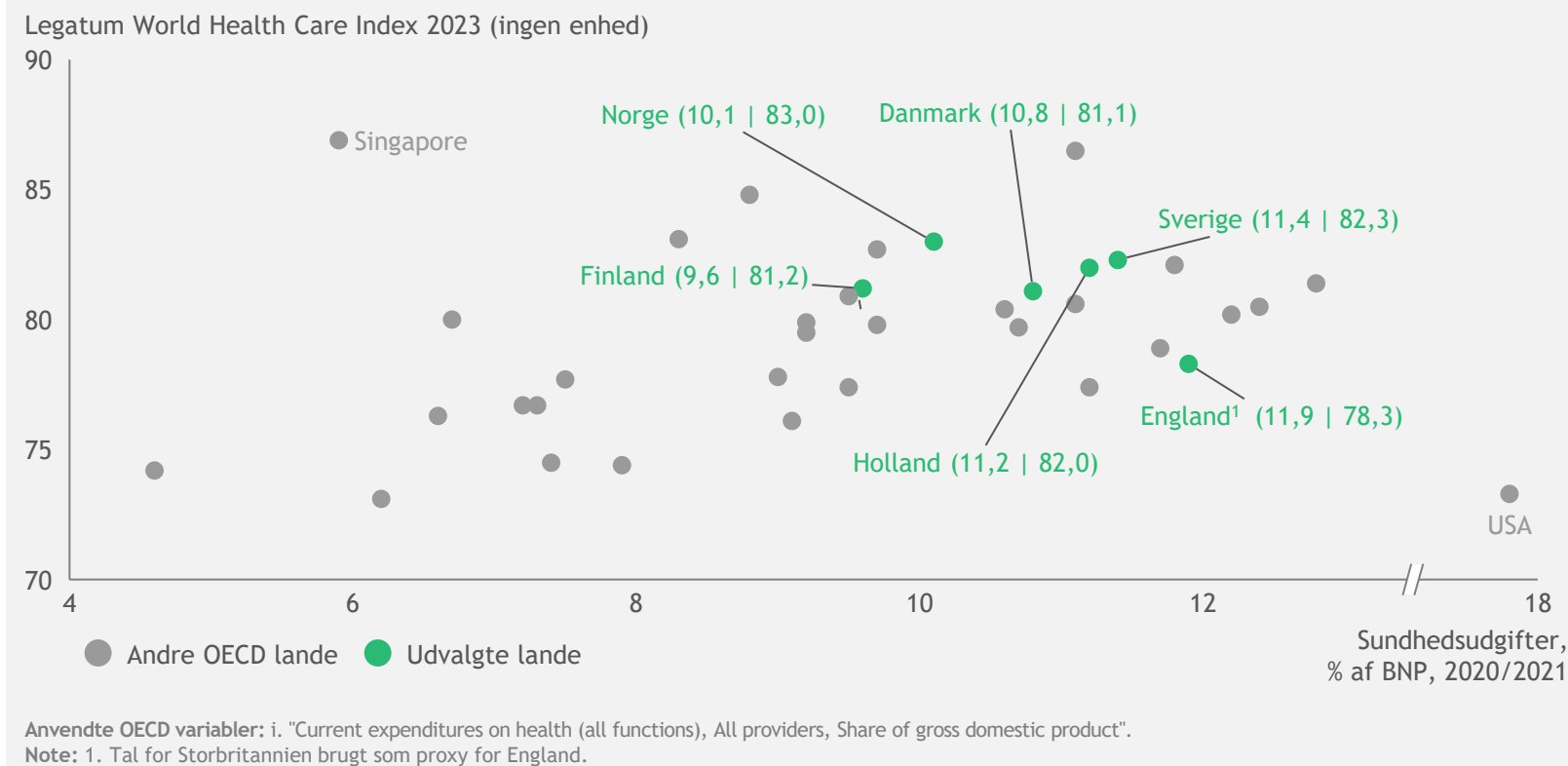
Ingen sammenhæng mellem kvalitet og udgifter

Der er samtidig en stor spredning ift. sundhedsudgifter som pct. af BNP (9,6-11,9 pct.), og der ses ikke en direkte sammenhæng mellem sundhedsudgifter som andel af BNP og sundhedskvaliteten. England har således det dyreste sundhedsvæsen og lavere kvalitet sammenlignet med de øvrige lande. Ser man i stedet på tværs af alle OECD lande, er der en svag sammenhæng mellem sundhedskvalitet og udgifter.

World Health Care Index

Legatum World Health Care Index måler landes sundhedsvæsen og befolknings sundhed ved at tage udgangspunkt i parametre som adgang til sundhedstjenester, fysisk og mentalt helbred, geografisk dækning af sundhedsydelser, præventive tiltag, mv. Data indsamles af Gallup, WHO, Amnesty International og andre globale organisationer. Indexet udgives af Legatum Institute, en tænketank baseret i London.

Figur 3.3: Sammenligning af sundhedssystemers kvalitet målt vha. World Health Care index og sundhedsudgifter som andel af BNP





Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
> 4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58

Kapitel 4

Forvaltnings- strukturer og opgavefordeling

Dette kapitel præsenterer en analyse af de overordnede forvaltningsstrukturer på tværs af de fem udvalgte lande og Danmark, herunder forvaltningsled, styreform, opgave og ansvarsfordeling, finansiering samt tværsektorielle organiseringer.

Kapitlets analyse giver anledning til følgende overordnede observationer:

1

Forvaltningsstrukturer | Danmark, Norge og Sverige har flere forvaltningsled i sundhedsvæsenet end de øvrige lande, hvilket potentielt kan udfordre sammenhæng og produktivitet. Flere lande - England og Finland - har gennem reformer forenklet strukturerne mhp. at sikre sammenhæng, effektivitet og lige adgang. De øvrige lande har i vidt omfang samlet sundhed og social i samme ressource mhp. at sikre sammenhæng på tværs.

2

Finansiering | Sundhedsvæsenet er hovedsageligt offentligt finansieret i alle lande. Der er typisk rammebudgetter/basishonorar og en aktivitetsbaseret honorering af hospitaler og almen praksis. Der ses også resultatbaserede elementer, bl.a. knyttet op til udviklingen på kronikerområdet, som potentielt kan fremme samarbejde på tværs. De øvrige lande har i højere grad brugerbetaling for primære sundhedsydelser, hvilket kan regulere efterspørgsel men også øge ulighed i sundhed.

3

Tværsektorielle samarbejder | Flere lande har i organiseringen af sundhedsvæsenet særligt fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde og sikre effektive og sammenhængende forløb for patienterne. Der er også flere eksempler på, at der gennem lokale sundhedscentre skabes lettere adgang til både almen praksis og andre sundhedsprofessionelle. Herigennem sikres der tværsektorielt samarbejde, lettere adgang til den rette primære sundhedsindsats og "gate keepers" ift. de sekundære sundhedsydelser.

Kapitel 4 | Analyse af den overordnede organisering af sundhedsvæsenet i hvert af de fem udvalgte lande og Danmark

Introduktion til kapitlet

Forvaltningsstrukturen udgør den overordnede organisering af sundhedsvæsenet. Forskelle i strukturerne på tværs af lande samt konsekvenserne heraf for sundhedsvæsenets aktivitet, resultater og udgifter er naturligvis centralt for Sundhedsstrukturkommissionen.

Dette kapitel præsenterer således en analyse af overordnede forvaltningsstrukturer på tværs af de fem udvalgte lande og Danmark, herunder forvaltningsled, styreform, opgave og ansvarsfordeling, finansiering samt tværsektorielle organiseringer.

Med henblik på at skabe overblik præsenterer vi først organiseringen af sundhedsvæsenet samt opgave- og ansvarsfordelingen i hvert af de fem lande og Danmark. Ved at fokusere på hhv. nationalt, regionalt og lokalt niveau skabes grundlag for sammenligninger på tværs.

Herefter kortlægger vi finansieringen af sundhedsvæsenet, herunder både den overordnede finansiering og konkrete modeller for tildeling af midler til både primære og sekundære sundhedsydelse.

For at give et mere nuanceret billede af opgaveløsningen og ansvarsfordelingen, indgår der *deep dives* på udvalgte områder - konkret belyser vi her psykiatrien, almen praksis samt data- og digitalisering på sundhedsområdet med fokus på særligt interessante perspektiver fra de udvalgte lande.

Endelig indgår en analyse af tværsektorielle organiseringer på tværs af lande, dvs. organiseringer hvor enheder eller aktører samarbejder på tværs af sektorer ift. planlægning og levering af sundhedsydelser.

Forvaltningsled og styreformer

På de efterfølgende sider fremgår en præsentation af den overordnede struktur for sundhedsvæsenet i hvert af de fem lande og Danmark. Vi har her fokus på både de primære og sekundære sundhedsydelser og ser nærmere på organiseringen på tværs af forvaltningsniveauer. Det giver anledning til flere betragtninger:

De mindste lande har flere forvaltningsled

Danmark, Sverige og Norge har alle tre forvaltningsled i sundhedsvæsenet, hvor staten har det overordnede ansvar, mens regionerne varetager de sekundære sundhedsydelser, og kommunerne fortrinsvis varetager de primære sundhedsydelser. Hermed sikres nærhed i leveringen af de primære sundhedsydelser, men det skaber dog også større behov for koordination på tværs. Samtidig kan kompleksiteten og de mindre enheder også begrænse produktiviteten. Det skal nævnes, at det hollandske sundhedsvæsen også omfatter tre forvaltningsniveauer, men det adskiller sig dog på flere måder fra de øvrige ved i højere grad at være forsikringsbaseret og privat.

Borgernære ydelser, forebyggelse og lighed i sundhed

I modsætning hertil har både England og Finland i nylige reformer forenklet strukturerne i sundhedsvæsenet med fokus på at sikre borgernære ydelser, styrke forebyggelse og modvirke ulighed i sundhed. Hvor dette i England er sket gennem en omfattende decentralisering og samling af aktører i (forholdsvis store) lokale enheder (ICS), er der i Finland sket en centralisering af sundhedsydelser på det regionale niveau. Det engelske system har dog på trods af en mere enkel forvaltningsstruktur, en forholdsvis kompleks organisering. Det er en gennemgående tendens, at hovedparten af de udvalgte lande i lighed med Danmark, har fokus på at styrke de lokale tilbud, fremme forebyggelse og modvirke ulighed i sundhed.

Kobling mellem social- og sundhedsområderne

I Danmark har vi over tid søgt at skabe sammenhæng mellem ældreområdet og sundhedsområdet ved at samle disse i ét ministerium - aktuelt er dette ikke tilfældet. Alle de øvrige lande har samlet hele social- og sundhedsområderne under ét ressortministerium og har hermed bedre grundlag for at styrke sammenhængen på tværs af områderne. I fx England har dette netop været hensigten med resortændringer på området.

i Begrebsafklaring: primær og sekundær

På tværs af lande ses der stor variation i afgrænsningen af hhv. det primære og sekundære sundhedsvæsen. For at sikre mulighed for sammenligning tager vi her udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition:

Det primære sundhedsvæsen omfatter:

- Almen praksis
- Privatpraktiserende sundhedsprofessionelle, inkl. speciallæger, tandlæger, psykologhjælp mv.
- Udgående funktioner fra sygehuse, fx udredning, undersøgelser og behandlinger
- Det specialiserede voksenområde (handicap og socialpsykiatri)
- Ældrepleje
- Øvrige primære sundhedsydelser


Det sekundære sundhedsvæsen omfatter:

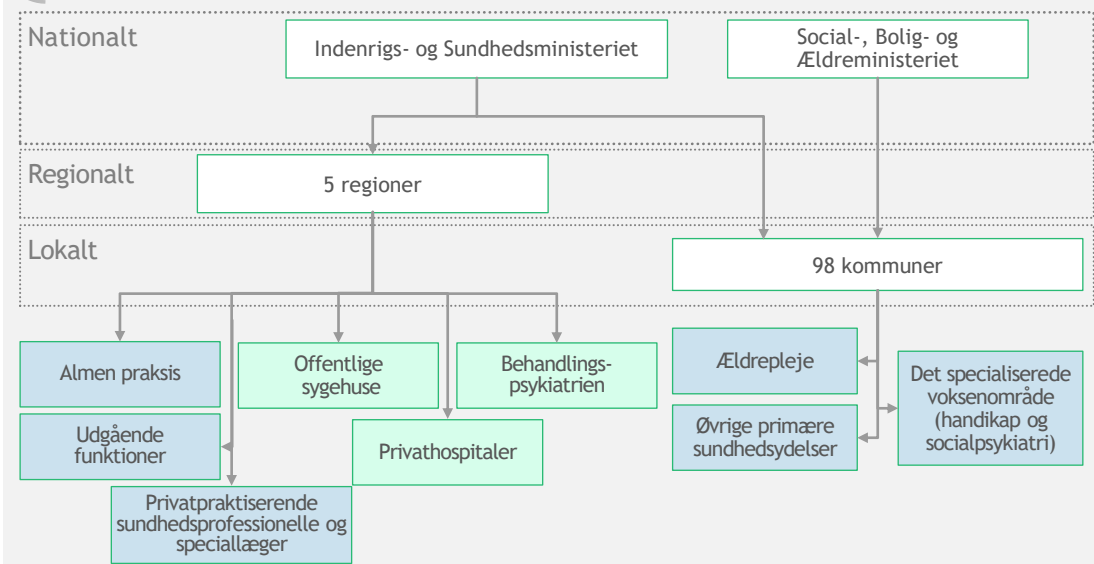
- Offentlige sygehuse
- Privathospitaler
- Behandlingspsykiatrien

Forvaltningsstrukturer | Danmark og Norge har sammenlignelige strukturer med enkelte forskelle

Forenklede illustrationer

Figur 4.1: Det danske sundhedsvæsen

 Danmark har tre forvaltningsled; det regionale niveau har ansvar for både sekundære og en række primære sundhedsydelser



Nationalt: Indenrigs- og Sundhedsministeriet er ansvarlig for mål, regulering og kontrol af sundhedsområdet. Social-, Bolig- og Ældreministeriet har det overordnede ansvar for socialområdet og ældreområdet.


Regionalt: Regionerne er ansvarlige for sekundærsektor og enkelte primære sundhedsydelser, herunder: Almen praksis, udgående funktioner samt ydelser leveret af privatpraktiserende sundhedsprofessionelle og speciallæger. Regionerne samarbejder med privathospitaler igennem udlicitering af ydelser for at øge kapaciteten.

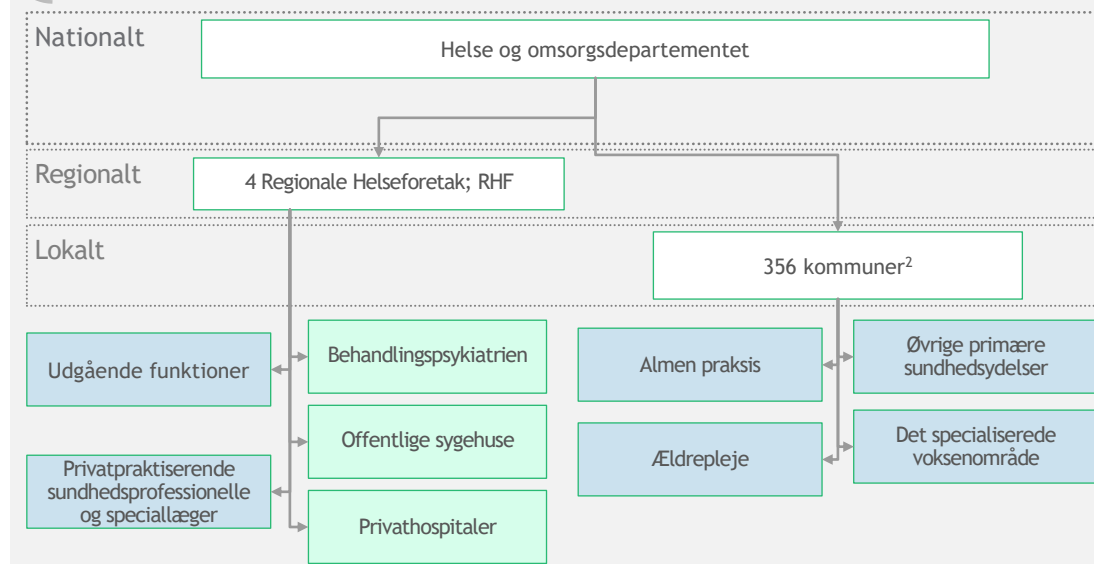
Lokalt: Kommunerne varetager de primære sundhedsydelser, herunder ældrepleje og det specialiserede voksenområde, rehabilitering, sundhedsfremme m.m. Døgntilbud leveres både af regionale, kommunale og private leverandører.



Noter: Privatpraktiserende sundhedsprofessionelle og speciallæger dækker over en bred vifte af sundhedsprofessionelle. Kilder: International Health Care System Profiles - Denmark (2020), The Commonwealth Fund; International Health Care System Profiles - Norway (2020), The Commonwealth Fund; Denmark: health system review (2012), European Observatory on Health Systems and Policies; Norway: health system review (2020), European Observatory on Health Systems and Policies; Indenrigs- og Sundhedsministeriet hjemmeside; Danske Regioner hjemmeside; Sperre Saunes, Ingrid, Anna Sagan, and Marina Karanikolos. "Norway's Healthcare Communities are set up to build bridges between hospitals and primary care" (2020), Eurohealth; BCG analyse

Figur 4.2: Det norske sundhedsvæsen

 Norge har ligeledes tre forvaltningsled, men modsat Danmark har kommunerne ansvar for almen praksis



Nationalt: Helse og omsorgsdepartementet er ansvarlig for mål, regulering og kontrol af sundhedsområdet. Staten er også ansvarlig for sekundære sundhedsydelser, som er organiseret i fire regionale helseforetak (RHF'er).

Regionalt: RHF'er driver hospitaler og andre sekundære sundhedsydelser, der er organiseret som lokale "helseforetak" (health trusts). Disse helseforetak er uafhængige enheder, som består af en eller flere hospitaler med fælles administration og drift. Privatpraktiserende speciallæger kan indgå i kontrakter med RHF'er, som derfor også leverer nogle primære sundhedsydelser.

Lokalt: Kommuner er ansvarlige for de fleste primære sundhedsydelser herunder den almene praksis, ældrepleje og det specialiserede voksenområde.

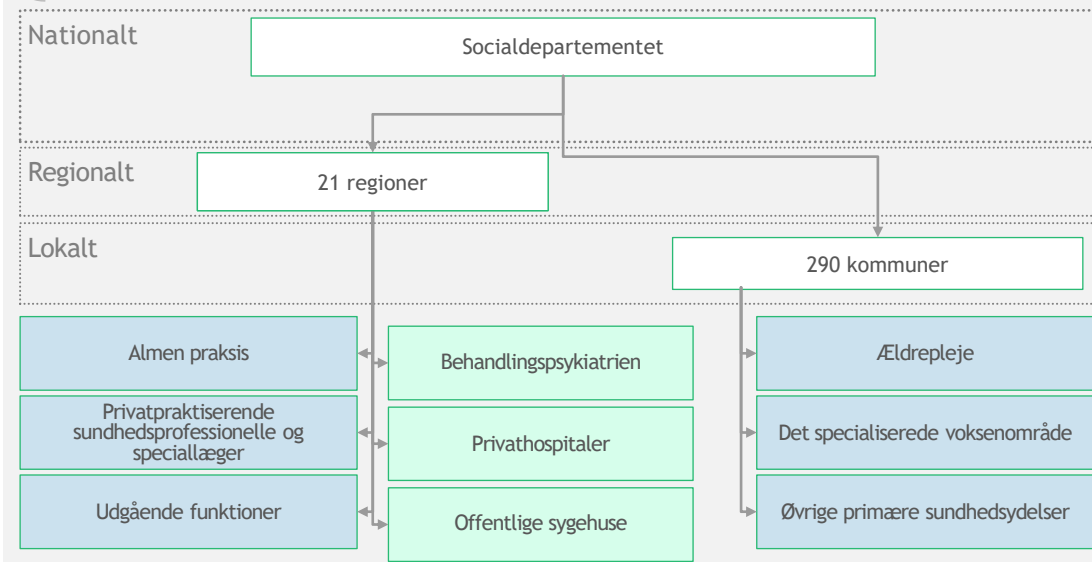
Forvaltningsstrukturer | Sverige minder om Danmark, mens Finland for nylig har samlet sundhedsopgaverne på regionalt niveau

Forenklede illustrationer

Figur 4.3: Det svenske sundhedsvæsen



Sverige har tre forvaltningsled og minder om Danmark i fordelingen af opgaver og ansvar på tværs



Nationalt: Socialdepartementet er ansvarlig for mål, regulering og kontrol med sundhedsområdet.

Regionalt: 21 regioner er ansvarlige for både primære og sekundære sundhedsydelse, herunder bl.a. almen praksis, offentlige sygehuse og behandlingspsykiatrien. Ydelse bliver enten udført af offentlige eller private leverandører.

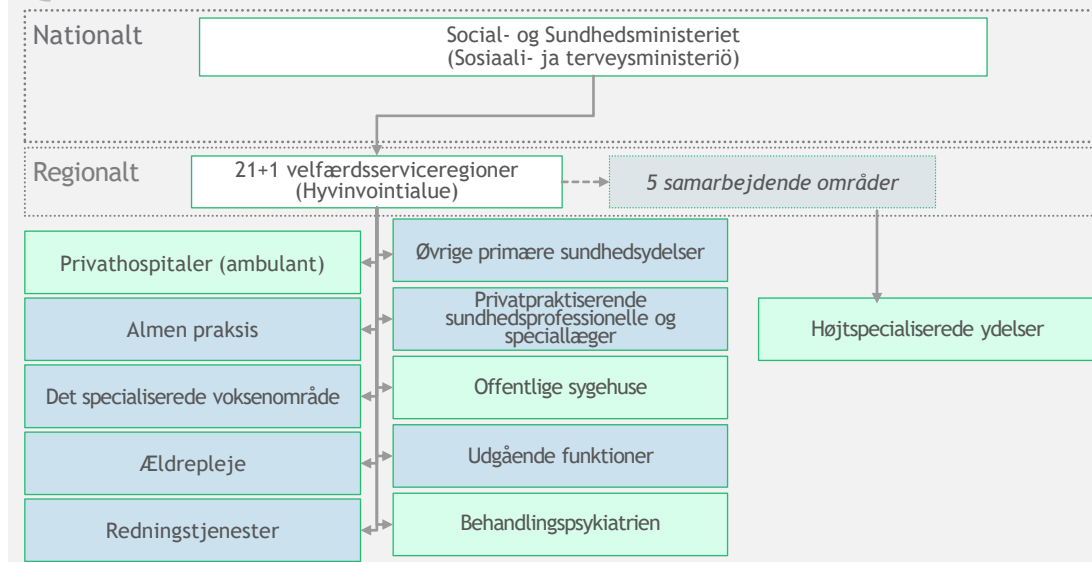
Lokalt: 290 kommuner er ansvarlige for flere primære sundhedsydelse, herunder ældrepleje, det specialiserede voksenområde og øvrige primære sundhedsydelse, fx rehabilitering efter hospitalsindlæggelse.

Primærsektor Sekundærsektor ↓ Retning for styring

Figur 4.4: Det finske sundhedsvæsen



Finland har to forvaltningsled og har for nyligt samlet opgaverne på regionalt niveau



Nationalt: Social- og Sundhedsministeriet er ansvarlig for mål, regulering og kontrol med sundhedsområdet, herunder velfærdsserviceregionerne ("wellbeing services counties").


Regionalt: 21+1 velfærdsserviceregioner er selvstyrende og varetager både primære og sekundære sundhedsydelse i deres givne områder, herunder hospitaler, almen praksis og øvrige primære sundhedsydelse som fx misbrugsbehandling. Regionerne er organiseret i fem samarbejdende områder, der koordinerer højtspecialiserede ydelse i området. Der er en særlig ordning for højtspecialiserede ydelse i Uusimaa regionen, hvor HUS (universitetshospital) er ejet af fire regioner og Helsinki. Den offentlige sektor er den primære leverandør af ydelse, men suppleres med ydelse fra private aktører.

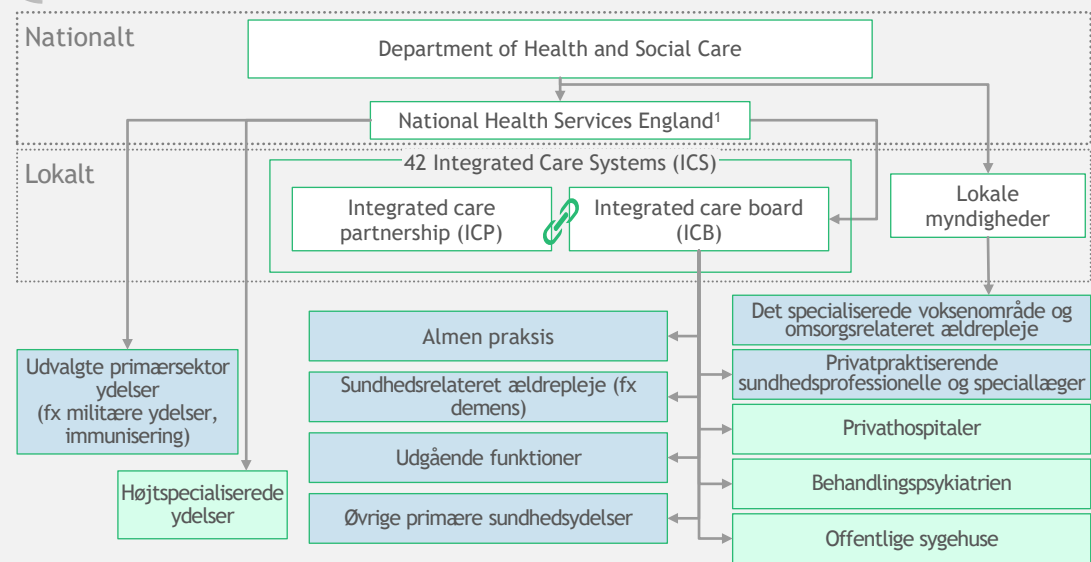
Noter: 1. +1 repræsenterer Helsinki by, som er ansvarlig for at organisere sundheds- og social ydelse indenfor dets eget område. Kilder: International Health Care System Profiles - Sweden (2020), The Commonwealth Fund; Sveriges Kommuner och Regioner hjemmeside; Finland: Country Health Profile (2021), OECD; Sote-uudistus: Health and social services reform hjemmeside; Finland: health system review (2019), European Observatory on Health Systems and Policies; BCG analyse

Forvaltningsstrukturer | England har etableret en decentral struktur, mens Holland har en større grad af forsikringsordning i sundhedsvæsenet

Forenklede illustrationer

Figur 4.5: Det engelske sundhedsvæsen


 England har to forvaltningsled og har samlet de fleste primære og sekundære sundhedsydelse i decentrale enheder med finansierings- og forsyningsansvar

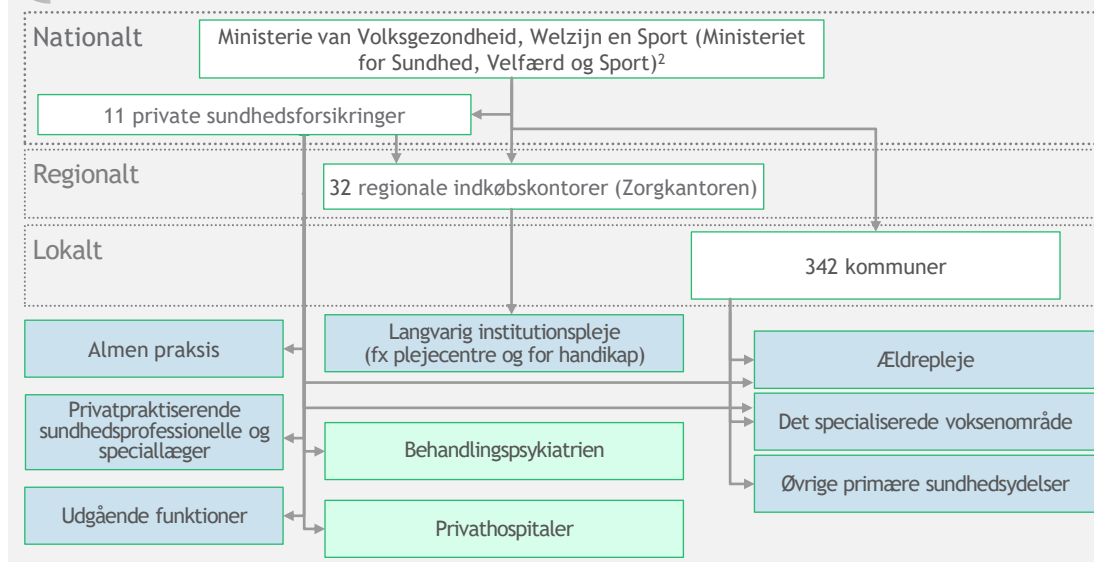


Nationalt: Department of Health and Social Care er ansvarlig for mål, regulering og den overordnede kontrol med sundhedsområdet. NHS England er ansvarlig for kvalitet og drift af ICS'ere samt planlægning af udvalgte primære sundhedsydelse til fx militæret og derudover højtspecialiserede sundhedsydelse.

Lokalt: ICS'er planlægger og sikrer levering af sundhedsydelse i et geografisk område (se case side 19). De består af to organer, de står til ansvar over for NHS England: 1) ICB planlægger sundhedsydelse og allokere NHS-budgettet. 2) ICP samler aktører til udvikling af en integreret, lokal strategi, som ICB'er skal tage hensyn til i planlægning. ICB står også for øvrige primære sundhedsydelse fx for psykisk sundhed. Ansvar for bl.a. botilbud og sociale indsatser ligger hos lokale myndigheder.

Figur 4.6: Det hollandske sundhedsvæsen

 Holland har tre forvaltningsled hvori private forsikringselskaber varetager de fleste sundhedsydelse



Nationalt: Ministeriet er ansvarlig for mål, regulering og kontrol med sundhedsområdet. Konkurrerende forsikringselskaber, som er reguleret af staten, er ansvarlige for at tilbyde sundhedsydelse til alle borgere. Ydelse leveres af private leverandører.

Regionalt: Hver region har et indkøbskontor, der administreres af den største sundhedsforsikring i regionen. Kontorerne varetager døgntilbud, fx plejecentre og botilbud til personer med svære fysiske/mentale handicap.

Lokalt: Kommunerne er ansvarlige for øvrige tilbud på det specialiserede voksenområde samt organisering af praktisk hjælp (fx rengøring). Kommunerne er også ansvarlige for øvrige primære sundhedsydelse, fx forebyggende indsatser. Hjemmesygepleje og personlig pleje varetages af forsikringselskaberne.

Primærsektor Sekundærsektor ↓ Retning for styring

Noter: I England er offentlige udbydere af sekundære sundhedsydelse, herunder fx hospitaler, organiseret som "NHS trusts". 1. Opdelt i 7 regionale teams, som fungerer som lokale NHS England kontorer og er ansvarlige for effektivitet og kvalitet af NHS org. i deres region, og understøtter udvikling af ICS'er. 2. Social- og Beskæftigelsesministeriet (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) er ansvarlig for sociale ordninger der dækker fx dagpenge ved sygdom eller invaliditet. Kilder: International Health Care System Profiles - England (2020), The Commonwealth Fund; International Health Care System Profiles - Netherlands (2020), The Commonwealth Fund; Delegation of NHS England's direct commissioning functions to integrated care boards (2020), NHS England; NHS England hjemmeside; Integrated Care Systems Explained: Making Sense of Systems, Places and Neighborhoods (2022), The King's Fund; UK: health system review (2022), European Observatory on Health Systems and Policies; Introductory guide to NHS finance (2023), HFMA; Ministry of Health, Welfare and Sport hjemmeside; Barber, Sarah L., et al., "Pricing long-term care for older persons." (2021), WHO; Zorgverzekeraars Nederland hjemmeside; BCG analyse

Forvaltningsled og styreformer (fortsat)

Det regionale niveau har forskellig karakter

I både Finland og Norge er der etableret særlige administrative enheder på regionalt niveau, som skal varetage de sekundære sundhedsydelse (og i Finland også de primære sundhedsydelse). Det indebærer bl.a., at det ikke er regionerne (Fylkerne i Norge) med folkevalgte politikere, som har ansvaret for sundhedsopgaverne.

Primære sundhedsydelse varetages tæt på borgerne

Ikke overraskende varetages de primære sundhedsydelse, fx ældrepleje, sygepleje og tilbud til borgere med fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelse tættest på borgerne på tværs af alle de analyserede lande. Der er dog enkelte undtagelse, fx varetages døgntilbud til ældre og voksne ikke på lokalt niveau i Holland men af særlige enheder i hver region, der står for indkøb af døgntilbud.

Almen praksis ligger typisk i regionerne, men der er undtagelse, ligesom finansieringen varierer

I både Sverige og Finland ligger ansvaret for almen praksis på det regionale niveau, og der er her etableret sundhedshuse med både læger, sygeplejersker og terapeuter. I Norge har almen praksis siden 1980'erne været forankret i kommunerne mhp. at styrke den lokale forankring.

Der er samtidig forskel på, hvordan almen praksis finansieres. I de øvrige nordiske lande er der i højere grad brugerbetaling, og der er i både Holland og England elementer i honoreringen, som er resultatbaseret, fx knyttet til udvikling hos patienter med kroniske sygdomme. Dette udfoldes yderligere i deep-dive på side 27.

Flere lande har strukturer, der understøtter sammenhæng i psykiatrien

Mens vi i Danmark traditionelt har haft udfordringer med at sikre sammenhæng i indsatsen til borgere med psykiske udfordringer, har flere af de øvrige lande strukturer, der understøtter koordination og sammenhæng.

Både England og Finland har integrerede enheder der, ligesom de norske Helsefællesskaber, samler primær- og sekundærsektor mhp. at understøtte sammenhængende forløb i psykiatrien. Dette udfoldes yderligere i deep dive på side 26.

På de efterfølgende sider præsenteres tre cases, som på forskellige måder illustrerer konkrete løsninger med interessant læring. Nedenfor fremgår hovedbudskaber fra de tre cases.

Lokal ICS-organisering i England skal sikre sammenhæng og prioritering

Kernen i ICS er, at mandatet for ressourcefordeling og udvikling af den lokale strategi for sundhedsvæsenet uddelegeres til lokale systemer. Dette giver potentielt mulighed for at opnå bedre adgang, kvalitet og mere integrerede ydelse. Modellen er forholdsvis ny, men der ses allerede positive indikationer, jf. casebeskrivelse på næste side.

Sygehusreform i Norge betød et fald i produktivitet

Sygehusreformen i Norge indebærer, at ansvaret for hospitalerne blev overført fra amterne til statsligt styrede regionale helseforetak mhp. at øge effektivitet og sikre lige adgang. Evalueringer viser dog blandede erfaringer, og herunder at produktiviteten på hospitalerne faldt. Udfoldes i casebeskrivelsen side 20.

Velfærdsserviceregioner i Finland kan bidrage til at sikre sammenhæng

Hensigten med de nye velfærdsserviceregioner er bl.a. at styrke adgang til ydelse og stoppe udgiftsvækst. De større enheder giver potentielt en mere ensartet allokering og stordriftsfordele. Det er dog for tidligt at konkludere på effekterne, jf. case side 20.



Kontekst:

ICS'er er geografiske partnerskaber, der samler NHS organisationer ("trusts"), lokale myndigheder og andre systempartnere, fx almen praksis, leverandører af sociale indsatser og frivillige/velgørenhedsorganisationer¹, mhp. at tage et kollektivt ansvar for sundhedsydelser i lokalområdet. Kernen i Integrated Care Systems (ICS'er) er, at ressourcefordeling og udvikling af den lokale strategi for sundhedsvæsenet uddelegeres til lokale systemer. ICS'er har fire hovedformål: 1) Forbedre befolkningssundhed, 2) Imødegå uligheder i behandlingsresultater, patientoplevelse og adgang, 3) Øge produktivitet og værdi for pengene, og 4) Støtte NHS i en bredere socioøkonomisk udvikling. ICS'er har eksisteret som frivillige partnerskaber i flere år men er som følge af "Health and Care Act" i 2022 blevet formaliseret som juridiske enheder med lovbestemte beføjelser pr. 1 juli 2022.

Beskrivelse:

Aktuelt er der 42 ICS'er i England, som er ansvarlige for at planlægge og sikre levering af størstedelen af både de primære og sekundære sundhedsydelser til et geografisk område med mellem 500.000 og 3,5 mio. borgere. Hensigten er at samle både indkøbere ("commissioners") og leverandører af sundhedsydelser mhp. at kunne prioritere og planlægge sundhedsydelserne ift. de lokale behov. Ligeledes er det hensigten, at der skal sikres bedre integration af sundhedsydelser og sociale indsatser, ved at de lokale myndigheder, som er ansvarlige for det specialiserede voksenområde ("social care" i England), er repræsenteret i ICS'erne. ICS'er består af to organer:

- **Integrated Care Board (ICB):** er ansvarlig for at planlægge og finansiere sundhedsydelser målrettet befolkningen i ICS-området. ICB'er modtager finansiering fra NHS England² baseret på befolkningsstørrelsen i ICB-området. ICB'er indkøber ydelser fra sundhedsudbydere og står til ansvar over for NHS England ift. forbrug og resultater i området. Som minimum består en ICB af en forperson, en direktør og mindst tre medlemmer fra 1) NHS trusts (driver bl.a. hospitaler), 2) Lokale myndigheder, og 3) Almen praksis i ICS-området. En af medlemmerne skal være ekspert i mental sundhed. De tre repræsentanter nomineres af deres respektive organisation (fx den lokale myndighed), mens ICB'ens formand er udpeget af NHS England. ICB'er kan selv tage beslutning om yderligere medlemmer. Hver ICB skal etablere en femårsplan, hvori de gør rede for, hvordan de vil imødekomme lokalbefolkningens behov for sundhedsydelser. I planlægningen skal ICB'erne også tage højde for nationale prioriteter for det samlede nationale NHS-system. ICB'ers samlede plan skal udmønte den strategi, der fastlægges af ICS'ens "Integrated Care Partnership" (se nedenfor).
- **Integrated Care Partnership (ICP):** er en komité, som er ansvarlig for at udvikle en integreret strategi for sundheds- og sociale indsatser i ICS-området. Strategien skal angive, hvordan sundheds- og sociale behov i lokalområdet vil blive mødt af ICB, de lokale myndigheder og NHS England. En ICP skal bestå af et medlem udpeget af ICB'en og et medlem udpeget af hver af de relevante lokale myndigheder. ICP'er kan selv styre, hvordan parterne samarbejder, og hvorvidt der skal indgå øvrige medlemmer. I udviklingen af den lokale strategi skal de dog involvere lokalsamfundet og Healthwatch, en uafhængig organisation der giver en stemme til brugere af sundhedsydelser. Øvrige medlemmer vil typisk inkludere repræsentanter fra frivillige/velgørenhedsorganisationer, plejeudbydere, lokalbefolkningen, uddannelsessektor og den lokale Healthwatch.

ICS'er opererer på tre geografiske niveauer: "system", "place" og "neighbourhood". "System" repræsenterer det højeste niveau, der dækker over hele ICS området og består af ICB og ICP. "Places" er lokale ICS teams, der varetager planlægning og levering af ydelser til et mindre område med op til 500.000 borgere. De lokale teams modtager et budget fra ICB'erne. Hvilket mandat "places" har varierer på tværs af ICS'er. "Neighbourhoods" omfatter typisk op til 50.000 personer. Heri indgår "Primary Care Networks", der består af en gruppe alment praktiserende læger, der samarbejder med sundhedspersoner fra områder som mental sundhed, sociale indsatser, befolkningssundhed, farmaci og øvrige lokale ydelser (se case side 42). Der er ingen formelle retningslinjer for, hvordan disse "Neighbourhoods" skal operere, men NHS England forventer, at der på dette plan er en integration af tværfaglige teams i frontlinjen mhp. at styrke integrationen i primærsektor.

Resultater og læring:

ICS'erne er forholdsvis nyetablerede, og det er derfor for tidligt at konkludere på resultaterne, som først forventes at være fuldt realiserede om 3-10 år. ICS'erne anses dog som et positivt initiativ ift. at opnå et integreret sundhedsvæsen. Fx angav 76 pct. af senior ICS-medarbejdere i et survey, at de er positive ift. overgangen til ICS³. Derudover beskriver et nyligt review², at ICB'ers fulde varetagelse af primærsektor muliggør bedre adgang, kvalitet og mere integrerede ydelser. Endelig er der lokale eksempler på ICS'ers potentiale: Dorset ICS har fx halveret antallet af akutte indlæggelser blandt ældre ved at integrere teams af sundhedsprofessionelle i den primære pleje.



Case | Norges sygehusreform (2002)

Restrukturering af sundhedsvæsenet fra to led (nationalt og lokalt) til tre led (regionalt, nationalt og lokalt)

Kontekst:

I januar 2002 blev Norges "hospitalsreform" implementeret, hvori ansvaret for hospitaler blev overført fra amterne til fem (nu fire) regionale helseforetak (RHF). Formålet var at skabe grundlag for en statslig styring af specialiserede ydelser (sekundærsektor), øge effektivitet blandt hospitaler samt sikre lige adgang til sundhedstilbud.

Beskrivelse:

Sygehusreformen bestod af to hovedelementer: 1) Staten overtog både ejerskab og ansvar for sygehuse og andre virksomheder, der leverer specialiserede ydelser. Inden reformen havde staten begrænset kontrol over drift og strategisk planlægning. Med reformen blev ansvar, finansiering og ejerskab samlet. 2) Statens ejerskab for specialiserede ydelser blev opdelt i "regionale helseforetak" (RHF'er), som skal sikre borgernes adgang til både sekundære og tertiære ydelser. Under de fire RHF'er er hospitaler og andre specialiserede ydelser organiseret som lokale "helseforetak", der består af et eller flere sygehuse. RHF'er forvalter ejeransvar for disse helseforetak på vegne af staten, men helseforetakene ledes af en bestyrelse og en daglig leder, som er ansvarlig for alle aktiviteter. Dette gav sygehusene øget fleksibilitet og mere autonomi end tidligere ift. planlægning og organisering af ressourcer.

Resultater og læring:

Reformen har betydet en centralisering af ejerskabet for hospitaler og en decentralisering af driften. Et studie¹ har vist, at den gennemsnitlige ventetid for elektive patienter faldt med ca. 20 dage for fire ud af fem RHF'er efter reformen. Dog er der samtidig indikationer på, at reformen ikke har haft en positiv effekt på prioritering af patienter. Desuden er der eksempler på, at reformen ikke har medført øget produktivitet eller forbedret samarbejde, fx fandt en måling af lægernes produktivitet (patientbehandlinger pr. FTE) en nedgang i produktivitet mellem 2001 og 2013², mens et andet studie viser, at reformen ikke har haft en betydelig effekt på samarbejdet mellem sygehuse og kommuner¹.



Case | Finlands "Sote-uudistus" reform (2023)

Velfærdsserviceregioner kan bidrage til at sikre lige adgang

Kontekst:

Med Sote-uudistus reformen blev sundhedsvæsenet i Finland restruktureret pr. 1 januar 2023. Ansvaret for organisering af offentlige sundhedsydelser samt sociale tilbud og ydelser, herunder redningstjenester, blev herefter overført fra kommunerne til større velfærdsservice-regioner (Hyvinvointialueet). Formålet var at reducere ulighed i sundhedsvæsenet, forbedre adgang til ydelser (særligt primære) og undgå yderligere udgiftsstigninger.

Beskrivelse:

Det finske sundhedsvæsen har historisk set været præget af en fragmenteret struktur, hvor over 300 kommuner har været ansvarlige for organisering af primærsektorydelser og specialiseret behandling. De typisk små kommuner har dog haft begrænset kapacitet, hvilket har ført til stigende ulighed og manglende koordinering.

Reformen har medført etablering af 21+1 velfærdsserviceregioner. "+1" repræsenterer Helsinki, som er ansvarlig for sundhedsydelser i hovedstaden. De nye regioner er ansvarlige for organisering af alle offentlige sundhedsydelser i primær- og sekundærsektor, herunder hospitaler, pleje og redningstjenester. Hver region tilhører et af fem "samarbejdende områder" som hver har ét universitetshospital. Områderne er ikke juridiske enheder, men et samarbejde hvori regionerne i området koordinerer højtspecialiserede ydelser. Kommunerne er fortsat ansvarlige for enkelte ydelser relateret til befolknings sundhed, fx sundhedsfremme.

Velfærdsserviceregioner er selvstyrende, lokale myndigheder og har hver et valgt råd, som er ansvarlig for regionens aktiviteter og økonomi. Den centrale regering fastsætter den overordnede strategiske retning og finansiering til regionerne, men regionerne fastsætter selv, hvordan budgetterne fordeles.

Resultater og læring:

Reformen er først implementeret i 2023, og det er derfor for tidligt at konkludere på resultaterne. Det forventes, at den nye struktur vil give mere sammenhængende indsats, og at de større enheder kan give en mere ensartet allokering af ressourcer. Der har dog allerede været drøftelser om, hvorvidt de nye velfærdsserviceregioner er for små ift. at have kritisk masse og robusthed.

Noter: 1. Som præsenteret i Resultatevaluering av sykehusreformen (2007); 2. Som præsenteret i "Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis." (2017). Kilder: Resultatevaluering av sykehusreformen (2007), Norges Forskningsråd; Johannessen, Karl Arne, Sverre AC Kittelsen, and Terje P. Hagen. "Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis." (2017), Social Science & Medicine; Norway: health system review (2020), European Observatory on Health Systems and Policies; Hagen, Terje P., and Oddvar M. Kaarbøe. "The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals." (2006), Health policy; Norges Regering hjemmeside; Sote-uudistus: Health and social services reform hjemmeside; Finland: health system review (2019), European Observatory on Health Systems and Policies; Ministry of Finance Finland: Finances of the wellbeing services counties; BCG analyse

Finansiering | Hovedparten af sundhedsydelserne er finansieret af offentlige midler, men der er private sundhedsordninger i alle lande

Finansieringsformer

Stigende sundhedsudgifter og forskelle i udgiftsniveau

Som det fremgår af kapitel 3, har alle lande oplevet stigende sundhedsudgifter over tid. Udgiftsniveauet varierer dog på tværs af landene, hvor Norge ligger betydeligt over de øvrige lande (34.000 DKK pr. borger), mens Finland og England ligger lavest (omkring 24.000 DKK pr. borger), og Danmark i midten (knap 30.000 DKK pr. borger).

Hovedsageligt offentlig finansiering

Sundhedsydelserne er for langt hovedpartens vedkommende finansieret af offentlige midler, jf. fig. 4.7. til højre. På tværs af lande kommer kun 14-17 pct. af finansieringen fra private sundhedsordninger, som her omfatter brugerbetaling og frivillige sundhedsforsikringer. Finland adskiller sig lidt, idet en femtedel af finansieringen her kommer fra private sundhedsordninger.

Private sundhedsforsikringer udgør en mindre andel

Ser vi nærmere på de private sundhedsordninger som andel af de samlede udgifter, omfatter frivillig sundhedsforsikring kun en mindre andel - 0,4 pct. i Norge til 6 pct. i Holland. De lande, som ligger relativt lavt ift. samlede udgifter til sundhedsvæsenet (England og Finland), ligger her forholdsvis højt (5 pct.). Det er interessant, at Holland, der ligger næsthøjest i udgiftsniveau pr. borger, ligger højere end de øvrige lande ift. frivillige sundhedsforsikringer.

På de næste sider fremgår en oversigt over dels den samlede finansiering af sundhedsvæsenet (figur 4.8), dels finansieringen af hhv. de primære- (figur 4.9) og sekundære sundhedsydelser (figur 4.10) på tværs af lande. Efterfølgende indgår en opsamling på hovedpointer.

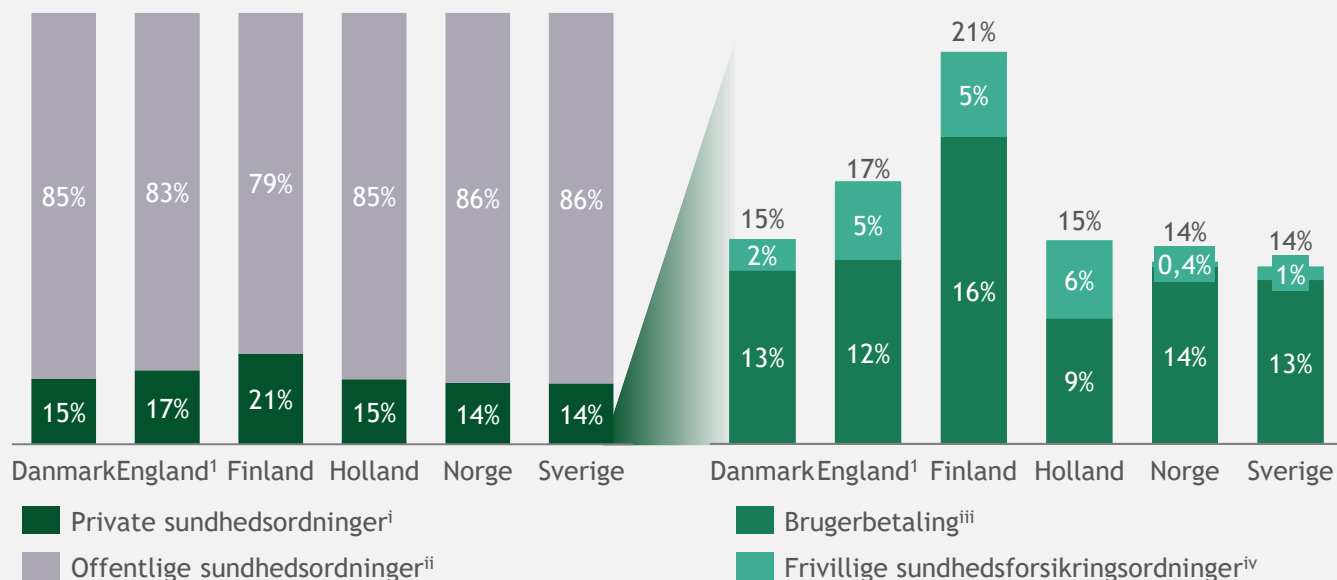
Figur 4.7 Fordeling af finansieringskilder, 2020

Mindst 79 pct. af finansieringen er offentlige sundhedsordninger på tværs af lande

Private sundhedsordninger dækker primært over brugerbetaling på tværs af alle lande

Fordeling af offentlige og private finansieringskilder, andel af totale sundhedsfinansiering, 2020



Fordeling af private finansieringskilder, andel af totale sundhedsfinansiering, 2020



Anvendte OECD variable: i. "Current expenditure on health (all functions), All providers, Share of current expenditure on health, Voluntary schemes/household out-of-pocket payments"; ii. "Current expenditure on health (all functions), All providers, Share of current expenditure on health, Government/compulsory schemes"; iii. "Current expenditure on health (all functions), All providers, Share of current expenditure on health, Household out-of-pocket payments"; iv. "Current expenditure on health (all functions), All providers, Share of current expenditure on health, Voluntary health care payment schemes".

Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Figur 4.8: Finansieringen af sundhedsvæsenet (2020 tal). Hovedparten er offentligt finansieret, men der findes flere private modeller

	 Danmark	 England	 Finland	 Holland	 Norge	 Sverige
Offentlig finansiering	85 pct. af sundhedsvæsenet finansieres gen. skat-baserede bloktilskud fra stat til regioner/kommuner. Størstedelen af regionernes finansiering udgøres af bloktilskud samt kommunal medfinansiering, og ca. 1 pct. af nærhedsfinansiering. Den økonomiske ramme aftales i årlige økonomiaftaler. Ældrepleje og det spec. voksenomr. finansieres primært af kommuneskat	83 pct. af sundhedsvæsenet er offentligt finansieret gennem skatter, der allokeres fra regeringen til NHS England, hvorfra midler tildeles ICB'er baseret på befolkningsstørrelse. Hospitalsydelser og primærsektor herunder ambulans behandling via NHS er gratis for brugeren. Det specialiserede voksenområde ("social care") er finansieret via de lokale myndigheder	79 pct. af sundhedsvæsenet er offentligt finansieret. De nyetablerede 21+1 velfærdsserviceregioner tildeles skatbaserede tilskud fra staten som er vægtet i henhold til forskellige kriterier, herunder antallet af beboere i regionen og en vurdering af områdets behov for sundhedsydelser	85 pct. af sundhedsvæsenet er offentligt finansieret men varierer på tværs af ydelser: Sundhedsydelser og personlig pleje finansieres af skatter og forsikringspræmier, hvor døgntilbud udelukkende finansieres af skatter. Ydelser leveret af kommuner er finansieret af nationale skatter, der fordeles til kommunerne som bloktilskud	86 pct. af sundhedsvæsenet er offentligt finansieret gennem nationale skatter, der finansierer de regionale RHF'ere. Primære sundhedsydelser er finansieret af kommunerne via kommuneskat og bloktilskud fra regeringen	86 pct af sundhedsvæsenet er offentligt finansieret, primært gennem regions- og kommuneskat og i mindre grad gennem tilskud fra den nationale regering (via national beskatning)
Privat finansiering	13 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt nogle offentlige ydelser (fx psykologhjælp og tandlæge). Almen praksis er gratis. Derudover udgør 2 pct. af finansieringen frivillige sundhedsforsikringer	13 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt nogle offentlige ydelser (fx medicin). 5 pct. af finansieringen er frivillige sundhedsforsikringer	16 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt offentlige ydelser (de fleste indebærer brugerbetaling), mens 5 pct. er frivillige sundhedsforsikringer. Derudover er arbejdsgivere forpligtet til delvis finansiering ² af "occupational health", som dækker over fx forebyggelse af arbejdsrelaterede sygdomme, og kan også favne almen praksis	9 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt nogle offentlige ydelser (fx er der en selvrisko på 385 EUR på tværs af fx hospitalsindlæggelser og specialitydelser, ikke almen praksis). 6 pct. af finansieringen er frivillige sundhedsforsikringer, der dækker ydelser som ikke er dækket af den obligatoriske sundhedsforsikring	14 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt nogle offentlige ydelser (fx almen praksis, medicin). 0,4 pct. af finansieringen udgør frivillige sundhedsforsikringer	13 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt nogle offentlige ydelser (fx almen praksis og medicin). Derudover udgør 1 pct. af finansieringen frivillige sundhedsforsikringer

Noter: 1. Her menes når patienten selv opsøger hjælp fra den private sektor uden indblanding af den offentlige sektor, fx ved psykologhjælp. 2. Arbejdsgivere modtager refusion af en andel herfor af Kela, Finlands socialsikringsinstitution. Kilder: The Commonwealth Fund; European Observatory on Health Systems and Policies; Introductory guide to NHS finance (2023), Healthcare Financial Management Association (HFMA); Sveriges Kommuner och Regioner hjemmeside; Danske Regioner hjemmeside; Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes (2022), Department of Health & Social Care; Finnish Ministry of Social Affairs and Health hjemmeside; Occupational health care (2023), Kela; BCG analyse

Figur 4.9: Finansiering af de primære sundhedsydelser. Betalingsmodeller i den primære sektor præges af takt- og aktivitetsbaseret finansiering

	 Danmark	 England	 Finland	 Holland	 Norge	 Sverige
Almen praksis	Ofte selvstændige og finansieret af regioner via basishonorar og aktivitetsbaseret finansiering	Ofte selvstændige og under kontrakter (fx General Medical Services kontrakt) m. basishonorar. Derudover aktivitetsbaseret (fx vacciner) og resultatbaseret via QOF (se <i>deep dive side 27</i>)	Ofte offentligt ansatte; modtager basishonorar og aktivitetsbaseret finansiering som samlet løn fra velfærdsservice-regioner, derudover brugerbetaling	Ofte selvstændig og modtager kombination af basishonorar, aktivitetsbaseret finansiering, resultatbaseret aflønning og bundtbetaling for patienter m. kronisk sygdom via forsikrings-selskaber (se <i>case side 49</i>)	Ofte selvstændige og finansieret af kommuner via basishonorar og af staten med aktivitetsbaseret finansiering. Derudover brugerbetaling	Ofte ansat i sundhedshuse, som hovedsageligt modtager basishonorar fra regioner. Derudover brugerbetaling og mindre grad af aktivitetsbaseret og resultatbaseret finansiering (for fx deltagelse i træning)
Ældrepleje	Takstfinansiering af plejecentre, timepris for hjemmehjælp. Brugerbetaling for plejecentre	Brugerbetaling for plejecentre og hjemmehjælp ² . Hvis borgeren har få midler, betaler den lokale myndighed og køber pakkeløsning fra privat leverandør	Takstfinansiering af plejecentre og hjemmehjælp. Brugerbetaling for begge ydelser med maks grænse for plejecentre	Takstbaseret finansiering af plejecentre baseret på den nødvendige "omsorgspakke" (fx plejecenter med omfattende demenspleje) Timepris for hjemmepleje	Takstfinansiering af plejecentre og hjemmehjælp med brugerbetaling (ikke for hjemmesygepleje) op til maks grænse	Takstfinansiering af plejecentre og timepris for hjemmehjælp. Brugerbetaling op til maks grænse for begge ydelser
Det specialiserede voksen-område	Døgntilbud er takstfinansierede. Tilbud i borgerens hjem (fx bostøtte) er typisk rammefinansierede	Brugerbetaling for plejecentre og hjemmepleje ² . Hvis borgeren har få midler, betaler den lokale myndighed for plejepakke	Takstfinansiering af døgntilbud og tilbud i borgerens hjem. Brugerbetaling for begge ydelser med maks grænse for botilbud	Takstfinansiering af botilbud baseret på "omsorgspakke" Timepris for tilbud i hjemmet	Døgntilbud og tilbud i borgerens hjem er typisk takstfinansierede og med brugerbetaling	Takstfinansiering af botilbud og timepris for tilbud i borgerens hjem. Brugerbetaling op til maks grænse
Privatprakt. sundhedsprofessionelle og speciallæger¹	Aktivitetsbaseret finansiering for offentlige patienter	Aktivitetsbaseret finansiering med nationale takster. Lokale betalingsaftaler, hvis leverandøren ikke omfattes af en takst	Betalingsmodel varierer mellem velfærdsserviceregioner, typisk aktivitetsbaseret	Selvstændige lægespecialister arbejder i partnerskab med hospitaler og forhandler rater bilateralt	Årlig rammefinansiering fra RHF'er; aktivitetsbaseret finansiering for offentlige patienter	Aktivitetsbaseret finansiering for offentlige patienter
Udgående funktioner	Finansieres af hospitalerne	N/A	N/A	N/A	Hospitaler modtager aktivitetsbaseret refusion ift. udgående funktioner	Kombination af fast budget og aktivitetsbaseret finansiering (DRG), derudover brugerbetaling

Noter: 1. Vil i alle tilfælde omfatte brugerbetaling hvis brugeren selv initierer behandling. 2. Hvis behovet hovedsageligt er sundhedsrelateret (fx demens), er finansieringen dækket af ICB. Note: "Capitation" eller "Global sum" oversat til "basishonorar" for almen praksis, "Pay for performance" oversat til "Resultatbaseret", "Co-payment/self-payment" oversat til "brugerbetaling", "Fee-for-service" oversat til "aktivitetsbaseret" - hvor det er DRG er dette blevet skrevet. Kilder: The Commonwealth Fund; Danske Regioner hjemmeside; NHS England hjemmeside; Finnish Ministry of Social Affairs and Health hjemmeside; GP funding and contracts explained (2020), The King's Fund; Sveriges Kommuner och Regioner hjemmeside; Bakx P, Schut E, Wouterse B, "Price setting and contracting help to ensure equitable access in the Netherlands." (2021), WHO; Införandet av vårdval i primärvården (2009), Socialstyrelsen; Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2023 (2022), Socialstyrelsen; Revenue finance and contracting guidance for 2023/2024 (2023), NHS England; Ældreomsorg i Norden (2015), Nordens Velfärdscenter; Client Fees for Social and Health care Services at Wellbeing Services County of Southwest Finland (2023), Varsinais-Suomen hyvinvointialue; BCG analyse

Figur 4.10: Finansiering af sekundære sundhedsydelse¹. Den sekundære sektor præges i højere grad af rammefinansiering

	 Danmark	 England	 Finland	 Holland	 Norge	 Sverige
Offentlige sygehuse	Sygehusene modtager en samlet ramme fra regionerne, som fastlægges ud fra sidste års budget samt tillæg af nye prioriteter	Kombination af fast budget baseret på forventet aktivitetsniveau, aktivitetsbaseret for elektiv behandling. Reduktion i honorering, hvis der ikke leves op til kriterier (CQUIN)	Kombination af fast budget og aktivitetsbaseret finansiering via DRG-system, derudover brugerbetaling for ambulante behandling og behandling under indlæggelse	<i>Ingen offentlige sygehuse i Holland</i>	Kombination af fast budget og aktivitetsbaseret finansiering (DRG), herudover brugerbetaling for ambulante behandling	Kombination af fast budget (størstedelen); aktivitetsbaseret finansiering (DRG) og resultatbaseret aflønning (fx for registrering af patienter i kvalitetsregistre), derudover brugerbetaling
Behandlingspsykiatrien	Tilsvarende sygehuse. Private leverandører med ydernummer er takstfinansierede	Kombination af fast budget baseret på forventet aktivitetsniveau, aktivitetsbaseret for elektiv behandling. Reduktion i honorering, hvis der ikke leves op til kriterier (CQUIN)	Kombination af fast budget og aktivitetsbaseret finansiering via DRG-system, derudover brugerbetaling for ambulante behandling og behandling under indlæggelse	Aktivitetsbaseret finansiering baseret på et DBC system (diagnosis-treatment combination, ala DRG-systemet). De fleste takster kan forhandles mellem hospitaler og forsikringer, enkelte fastsættes nationalt	Fast budget for indlæggelse, kombination af fast budget, aktivitetsbaseret finansiering (DRG) og brugerbetaling for ambulante behandling	Kombination af fast budget (størstedelen); aktivitetsbaseret finansiering (DRG) og resultatbaseret aflønning (for registrering af patienter i kvalitetsregistre), derudover brugerbetaling
Privathospitaler²	Regionerne indgår samarbejde med privathospitaler, hvor der fastsættes en bestemt takst pr. ydelse	Aktivitetsbaseret finansiering baseret på nationale takster	(Kun dagshospitaler) Betalingsmodel varierer mellem velfærds-serviceregioner, herunder aktivitetsbaseret finansiering via kontrakter (med og uden DRG) for specialiserede ydelser	Aktivitetsbaseret finansiering baseret på et DBC system (diagnosis-treatment combination, ala DRG-systemet). De fleste takster kan forhandles mellem hospitaler og forsikringer, enkelte fastsættes nationalt. Ekstra refusion for dyr behandling, fx indlæggelser på intensiv	RHF'er fastsætter honorering af hospitaler, typisk via udbudsaftaler for specifikke tjenester	Kombination af fast budget og aktivitetsbaseret finansiering (DRG) ved offentlige patienter

Noter: 1. "Capitation" eller "Global sum" oversat til "basishonorar" for almen praksis, "Pay for performance" oversat til "Resultatbaseret", "Co-payment/self-payment" oversat til "brugerbetaling", "Fee-for-service" oversat til "aktivitetsbaseret" - hvor det er DRG er dette blevet skrevet. 2. Heri bliver brugerbetaling for privathospitaler ikke beskrevet. Kilder: The Commonwealth Fund; Danske Regioner hjemmeside; NHS England hjemmeside; Finnish Ministry of Social Affairs and Health hjemmeside; GP funding and contracts explained (2020), The King's Fund; Sveriges Kommuner og Regioner hjemmeside; Bakx P, Schut E, Wouterse B, "Price setting and contracting help to ensure equitable access in the Netherlands." (2021), WHO; Införandet av vårdval i primärvården (2009), Socialstyrelsen; Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2023 (2022), Socialstyrelsen; Revenue finance and contracting guidance for 2023/2024 (2023), NHS England; Ældreomsorg i Norden (2015), Nordens Velfärdscenter; Client Fees for Social and Health care Services at Wellbeing Services County of Southwest Finland (2023), Varsinais-Suomen hyvinvointialue; Privathospitalernes udbudstaks: 43 pct. Af DRG-taksten (2016), CEPOS; Sundhedsdatastyrelsen hjemmeside; BCG analyse

Finansiering af sundhedsvæsenet | Kompleks finansiering på tværs af sundhedsydelser og -sektorer

Finansiering af sundsvæsenet

Sundhedsvæsenet i de udvalgte lande er hovedsageligt skattebetalt, men på forskellige måder

Samlet set er hovedparten af sundhedsudgifterne offentligt finansierede på tværs af de seks lande, men der er forskelle mellem landene. I England og Finland finansieres sundhedsvæsenet udelukkende af nationale skatter.

I Norge finansieres sundhedsvæsenet af en blanding af nationale og kommunale skatter, hvor kommunale skatter fortrinsvis finansierer de primære sundhedsydelser.

I Danmark er de regionale (sekundære) sundhedsydelser finansieret af både nationale og kommunale skatter, mens de primære sundhedsydelser i vidt omfang finansieres af kommuneskatter.

Som det eneste land sker finansiering af sundhedsvæsenet i Sverige på både nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Både regioner og kommuner opkræver således skatter, som anvendes til finansiering af sundhedsydelser. Regionerne er derfor ikke som i Danmark afhængige af allokering af national finansiering.

Brugerbetaling i alle lande men i varierende grad

Brugerbetaling fra patienter forekommer i alle lande, men i forskellig grad og for forskellige ydelser. Eksempelvis er besøg hos praktiserende læge gratis i Danmark, mens der typisk er en mindre brugerbetaling i Norge, Sverige og Finland.

Der er i Sverige udbredt brugerbetaling, men der er samtidig fastsat et maksimum på brugerbetaling for offentlige ydelser (fx 1,200 SEK pr. år for ambulans behandling).

Finland har en forholdsvis stor andel brugerbetaling, og der indgår brugerbetaling for langt de fleste sundhedsydelser. Undtagelsen er bl.a. ydelser, der leveres under "occupational health" og betales af arbejdsgivere. Denne ordning er obligatorisk for arbejdsgivere og giver lettere adgang til primære sundhedsydelser, som fx almen praksis. Typisk leveres ydelser under "occupational health" af private leverandører og kan omfatte fx almen praksis, førstehjælp og behandling af arbejdsrelaterede symptomer.

Brugerbetaling kan forventeligt bidrage til at regulere søgning på sundhedsydelserne, men det kan dog også bidrage til at højne udfordringer ift. ulighed i sundhed.

Private forsikringer i Holland

I modsætning til de øvrige lande finansieres ydelser leveret af sundhedsforsikringerne i Holland af månedlige præmier fra borgere og skat. Der er desuden en selvrisiko ift. mange ydelser (hospitalsindlæggelser, specialitydelser, receptpligtig medicin). Udgifter herudover dækkes af det offentlige.

Ydelser, der leveres af kommunerne, herunder det specialiserede voksenområde (ikke døgntilbud) og støtte til ældre, finansieres fuldt ud af den nationale skat.

Deep dives på udvalgte områder

På baggrund af analyserne i dette kapitel har der vist sig tre områder, hvor det er relevant at dykke mere ned i erfaringer fra de øvrige lande mhp. at belyse forskellige løsninger på nogle af de udfordringer, vi ser i det danske sundhedsvæsen. Det drejer sig om hhv. psykiatrien, almen praksis samt data og digitalisering. På de efterfølgende sider udfoldes disse områder i *deep dives*, og der indgår en kort opsamling på hovedpointer herfra til højre.

Psykiatrien: Integrerede enheder giver sammenhæng i indsatsen

Som det fremgår af BCG's deep dive på psykiatriområdet på næste side, har flere af de øvrige lande, bl.a. gennem integrerede enheder mhp. at sikre bedre sammenhæng i indsatsen bl.a. på psykiatriområdet. Det gælder bl.a. for England, Finland og Norge, hvor der gennem en fuld integration (Finland), partnerskaber (England) eller forpligtende samarbejder (Norge), arbejdes med at sikre koordination i indsatsen til borgere med sindslidelse. Flere reformer i de øvrige lande har også haft sammenhæng og lige adgang som eksplicitte mål.

Det er samtidig interessant, at Danmarks gennemgående skelnen mellem socialpsykiatrien og handicapområdet ift. det specialiserede voksenområde ikke genfindes i flere af de øvrige lande, hvilket kan indikere en mindre grad af specialisering.

Almen praksis: Sundhedshuse og brugerbetaling

På side 27 indgår en mere nuanceret beskrivelse af almen praksis på tværs af lande. De nordiske lande har på forskellige måder søgt at sikre god dækning og adgang til flere sundhedsprofessionelle gennem sundhedshuse i både Sverige og Finland, mens almen praksis i Norge ligger under kommunerne mhp. at kunne tilgodese lokale behov.

I både Holland og England er der et element af resultatbaseret honorar, hvilket potentielt kan fremme samarbejde på tværs af almen praksis og de øvrige sundhedsvæsen.

Data og digitalisering: Fokus i flere reformer

Flere lande (Sverige, England, Norge) har haft fokus på data og digitalisering i deres reformer og større tiltag på sundhedsområdet og har bl.a. anvendt dette som løftestang til bedre transparens og sammenhæng. Uddybes i casen på side 28.

Deep dive | Psykiatriområdet

Psykiatrien i Danmark

I Danmark har regionerne ansvar for behandlingspsykiatrien, mens kommunerne varetager socialpsykiatrien, som omfatter sociale tilbud til personer med psykisk sygdom, som fx botilbud, beskæftigelsestilbud, bostøtte og kortere forebyggende forløb.

Aktuelt er psykiatrien i Danmark presset. Der ses en kraftig stigning i antallet af både børn, unge og voksne med psykiske lidelser, og der savnes både ressourcer til udredning og behandlingkapacitet. En koordineret indsats vil typisk være afgørende for borgeren, der har kontakt med både behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, men det er ofte svært at skabe sammenhæng i forløbene. Det gælder ikke mindst for borgere med sindslidelse og samtidigt misbrug.

Socialpsykiatrien er et dansk fænomen

I Danmark skelner vi indenfor det specialiserede voksenområde mellem handicapområdet og socialpsykiatrien. I flere af de øvrige lande skelnes der ikke på samme måde mellem målgrupperne på voksenområdet, og vores måde at definere socialpsykiatrien kan således ikke genfindes i fx England og Holland. Der leveres i alle lande døgntilbud og ambulante indsatser til borgere med psykiske lidelser, men tilgangen kan indikere et mindre fokus på specialisering.

Flere reformer har fokus på at fremme lighed i sundhed

Udfordringerne med at skabe sammenhængende forløb og koordination for borgere med psykiske lidelser ses også i flere af de øvrige lande.

Eksempelvis varetages behandlingspsykiatrien i Holland af forsikringsselskaberne, mens kommunerne tilbyder ydelser som fx dagtilbud til personer med psykiske lidelser.

Der er dog flere eksempler på reformer - fx i England og Finland - som har haft til hensigt at sikre mere lige adgang til sundhed for borgerne samt mere koordinerede og integrerede indsatser, herunder på det psykiatriske område.

Integrerede enheder muliggør koordinerede indsatser og lokale strategier for mental sundhed

Englands NHS-system leverer en bred vifte af ydelser inden for mental sundhed, hvor ansvar for både planlægning og levering heraf hovedsageligt ligger hos Integrated Care Systems (ICS). Lokale "community" ydelser leveres af ICS'er, og de står ligeledes for både ambulante psykiatriske behandling og behandling under indlæggelse. Socialpsykiatriske tilbud¹ som botilbud og bostøtte leveres af de lokale myndigheder. De lokale myndigheder er dog også inddraget som partnere i ICS'erne, og der udvikles lokalt en strategi for mental sundhed, som bl.a. skal sikre koordination af indsatserne.

Finlands velfærdsserviceregioner varetager både behandlingspsykiatrien og de tilbud, der i Danmark defineres som socialpsykiatrien. Denne organisering har bl.a. til hensigt at skabe bedre integration af både primære og mere specialiserede ydelser i psykiatrien.

Norges helsefællesskaber giver øget samarbejde mellem kommune og hospital

Behandlingspsykiatrien og distrikpsykiatrien varetages i Norge af de regionale helseforetak, hvor fx botilbud, bostøtte og forebyggende indsatser, varetages af kommunerne. Organiseringen i psykiatrien minder således som udgangspunkt meget om den danske, men Norge har med et initiativ fra 2019 skabt en samarbejdsarena for de lokale helseforetak (som består af ét eller flere hospitaler) og kommuner via deres 19 "Helsefællesskaber".

Helsefællesskaberne samler således repræsentanter fra både primær- og sekundærsektor. Planlægning og udvikling af tjenester for alvorligt psykisk syge fremhæves som et af fokusområderne for helsefællesskaberne, og disse samarbejder er bygget op omkring fælles udvikling af handleplaner samt løbende koordinering af forløb. Den norske model er et eksempel på tværsektorielt samarbejde på psykiatriområdet.

Noter: 1. I England benævnes det ikke som "socialpsykiatrien": Landet leverer "social care" som fx bosteder, personlig pleje og beskæftigelsesstøtte til en bred vifte af mennesker, herunder sindslidende. Kilder: Danske Regioner hjemmeside; Sundhedsstyrelsen hjemmeside; Sundhedsdatastyrelsen hjemmeside; Denmark: health system review (2012), European Observatory on Health Systems and Policies; Bakx P, Schut E, Wouterse B, "Price setting and contracting help to ensure equitable access in the Netherlands." (2021), World Health Organization; Psykiatrifonden hjemmeside; Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser (2013), Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; Psykiatrien er presset - patienter får ikke den behandling de har behov for (2022), Dansk Psykolog Forening; Dobbelt diagnose, dobbelt behandling, dobbelt problem (2020), Bedre Psykiatri; Progress in improving mental health services in England (2023), Department of Health & Social Care; Mental healthcare for adults in Norway (2022), The Norwegian Directorate of Health; Helsefællesskab - hva er nå det? (2022), Rogaland legeförening; Long-term care reform in the Netherlands: Too large to handle? (2015), Eurohealth; Hollands Regering hjemmeside; BCG analyse

Deep dive | Almen praksis

Almen praksis i Danmark

Almen praksis i Danmark er organiseret som selvstændige virksomheder, der oprettes med et ydernummer fra den region de befinder sig i. Almen praksis er typisk (~75 pct.) organiseret som en flerlæge praksis, med 2-8 læger under samme tag.

Ydernummeret fra regionen giver et basishonorar pr. tilmeldt patient, og derudover afregnes regionen for fastsatte aktivitetsbaserede ydelser, som fx blodprøver, lungefunktionstests m.fl.

Finansieringen af almen praksis i Danmark kan udfordre mulighederne for, at lægerne indgår i lokale samarbejder om fx ældreplejen mhp. at skabe sammenhængende forløb for patienter og udvikle indsatsen. Herudover kan det skabe udfordringer i forhold til lægedækning i yderområder.

Sundhedshuse i Sverige er ikke geografisk begrænsede og har stor online tilstedeværelse

I Sverige er lægerne tilknyttet sundhedshuse (vårdcentraler), som ikke er geografisk begrænsede. Sundhedshusene kan dermed også fungere som online sundhedshuse, som kan tiltrække patienter fra hele Sverige, ved at udbyde en tilgængelig service, uanset hvor man bor. Sundhedshusene tilbyder fx online-konsultationer via video og chat med både praktiserende læger, sygeplejersker og psykologer.

Sundhedshusene modtager næsten udelukkende betaling som basishonorar (op til 95 pct.¹ af finansieringen), baseret på det antal af patienter, der er registreret hos dem. Honoraret er risikojusteret på baggrund af alder, køn, socioøkonomiske karakteristika og komorbiditet. I Sverige er der derfor et konkurrenceelement i at kunne tiltrække mange patienter. I Danmark udgør aktivitetsbaseret finansiering omkring 70 pct.¹ af indkomsten for praktiserende læger, hvor aktivitetsbaseret finansiering

udgør helt ned til 5 pct.¹ af vårdcentralernes indkomst. Sverige lider dog tilsvarende Danmark af lægedækningsudfordringer og udfordringer med at få og fastholde medarbejdere i sundhedsvæsenet.

Resultatbaseret aflønning i Holland og England

Almen praksis i både Holland og England modtager basishonorar og aktivitetsbaseret afregning. Basishonorarer i begge lande er, tilsvarende Sverige, risikojusteret på baggrund af variable som fx alder, køn, dødelighedsniveau og socioøkonomisk kontekst.

En andel på ca. 10 pct.¹ af lægernes finansiering i både Holland og England er knyttet til resultater. I England er resultataflønningen knyttet indikatorer med fokus på fokus på de store kroniske sygdomsgrupper som astma og diabetes og kan omfatte registrering af patienter i et særligt register.

I Holland gives resultatbaseret aflønning på baggrund af kriterier som fx adgang til lægepraksissen og effektivitet i at henvise patienter til sekundærsektor.

Resultatbaseret aflønning eksisterer også i mindre grad i Sverige, men udgør i gennemsnit kun 2 pct. af den samlede finansiering for primærsektor, og anvendes ikke af alle regioner. På tværs af lande, har den resultatbaserede aflønning typisk til hensigt at skabe incitamenter til at opnå resultater og forbedre patientoplevelsen.

I Danmark kan regionernes nærhedsfinansiering betragtes som et resultatbaseret system men med en omvendt honorering. Regionerne får her den fulde sum udbetalt. Hvis de ikke lever op til et eller flere delmål, kræves tilskuddet helt eller delvist tilbage.

Decentraliseret almen praksis i Norge med høj grad af brugerbetaling

I Norge hører almen praksis under kommunerne, og der er stor variation i deres ydelser og organisering. Typisk indgår kommunerne partnerskaber med lægerne, og 6¹ pct. af lægerne er ansat af kommunerne. Der er samtidig en høj andel af brugerbetaling, hvor patienterne betaler op mod 30 pct.¹ af de samlede indtægter for en læge.

I Danmark er der meget begrænset brugerbetaling hos egen læge og kun for ydelser, som ikke dækkes af den offentlige sundhedssikring, som fx helbredsattester til kørekort eller sygdommeldinger til arbejdspladser.

Sundhedshuse i Sverige og Finland giver samarbejdsfordele

I Sverige og Finland bliver de fleste primære sundhedsydelser leveret af sundhedshuse. I Sverige er disse sundhedshuse, kaldet "vårdcentraler", ejet enten af regionerne eller af private virksomheder, hvor de i Finland er ejet af velfærdsserviceregionerne.

Sundhedshusene ansætter alment praktiserende læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer m.fl, mhp. at skabe et integreret sundhedstilbud for patienterne. De fungerer også som gatekeepere, der henviser videre til speciallæger.

I begge lande er almen praksis primært skattefinansieret med en hvis andel af brugerbetaling. I sundhedshuse i Finland bliver man visiteret til enten at blive set af en sygeplejerske, eller en læge, da sygeplejerskerne har behandlingsret til visse ordinære lidelser.

Sundhedshusene i begge lande er med til at sikre kortere vej for patienter mellem den praktiserende læge, og andre sundhedspersoner som psykologer eller fysioterapeuter.

Deep dive | Data- og digitalisering på sundhedsområdet

Digitalisering af sundhedsområdet i Danmark

Danmark har sammenlignet med mange andre lande gode data på sundhedsområdet og muligheder for bl.a. at tilgå egne sundhedsdata som borger via Sundhed.dk.

Vi har dog mange forskellige datakilder og -ejere på sundhedsområdet, og det kan besværliggøre adgangen og anvendelsen af data for borgere, myndigheder og forskere. Der er samtidig begrænset mulighed for at dele oplysninger på tværs af sundheds- og socialområdet.

Der er gennem flere år arbejdet med at styrke de digitale løsninger samt adgangen og mulighederne for at anvende data på sundhedsområdet, og det er i den sammenhæng relevant, at flere af de øvrige lande har et digitaliserings-element i de større reformer.

Vi præsenterer nogle af disse nedenfor med fokus på hhv. bedre information og dataudveksling mellem sundheds- og socialområdet, fælles patientjournal på tværs af sektorer samt digitale løsninger til forbedring af patientoplevelsen.

Bedre information- og dataudveksling mellem sundheds- og socialområdet

Nylige reformer i både Sverige og England er tydelige eksempler på, at digitalisering og dataanvendelse på tværs af sundhedsvæsenet tænkes ind som løftestang til bedre integration og koordination mellem systempartnere. Sveriges "Omställning till god och nära vård" (2018) indebærer fra 1 januar 2023 en ny lov¹, der gør det

mere enkelt for kommuner og regioner at dele information om indsatser for ældre og personer med funktionsnedsættelse. Det centrale heri er, at kommuner nu også omfattes af loven, hvilket bl.a. betyder, at der er mulighed for at dele oplysninger på tværs af den kommunale ældrepleje og hospitalerne. Loven sikrer rammerne for deling af oplysninger men indebærer dog ikke konkrete krav til udveksling af information.

Englands "Health and Care Act" fra 2022 indeholder ligeledes bestemmelser, der skal forbedre indsamling, standardisering og kvalitet af data samt øge dataudveksling på tværs af sundheds- og socialområdet. Bestemmelserne indebærer bl.a., at NHS England kan fastsætte informationsstandarder for både offentlige og private leverandører.

Det betyder også, at NHS Digital² kan indsamle data fra private leverandører af sundhedsydelser, og at leverandører af sociale indsatser til voksne kan blive påkrævet at dele information om deres aktivitet - plejecentre skal eksempelvis bl.a. angive information om ledige pladser og antal medarbejdere hver måned.

Derudover fastsætter bestemmelserne, at leverandører af sundhed og sociale indsatser kan kræve deling af anonym information fra hinanden.

Det skal nævnes, at England på mange måder er mindre modent end Danmark ift. sundhedsdata, og at eksemplet her skal vise, hvordan strukturelle reformer kan understøttes af digitalisering.

Fælles patientjournal på tværs af sektorer

Norges Nasjonal Helse- og Sykehusplan 2020-2023 har i høj grad fokus på teknologi og digitalisering i et patientcentreret sundhedsvæsen. I planen understreges det bl.a., at der skal være fortsat udvikling af 'kjernejournalen': en national elektronisk journal. Resultatet er en norsk Sundhedsplatform, som skal understøtte deling af data på tværs af hele sundhedsvæsenet, for hurtigere at kunne udveksle information og forenkle tværsektorielt samarbejde. Sundhedsplatformen er dog ikke implementeret i Norge endnu, og implementeringen er stødt på betydelige problemer.

Tilsvarende erfaringer ses med den finske Sundhedsplatform, hvor implementeringen ligeledes har været problematisk.

Digitale løsninger forbedrer patientoplevelsen

Kaiser Permanente har som én virksomhed andre muligheder for at strømline de digitale løsninger og data på tværs af services end den typiske offentlige sektor. Når vi vælger at fremhæve Kaiser, er det fordi der her er interessante erfaringer med anvendelse af teknologiske løsninger i patientbehandlingen.

På kronikerområdet tilbyder Kaiser fx fjernovervågning af diabetes, hvori patienter modtager Bluetooth-monitorer, der sender målinger direkte til deres EPJ i realtid. Telemedicin anvendes på tværs af specialer og reducerer den fysiske patientkontakt. I 2020 indikerede 80 pct. af de medlemmer, som havde anvendt telemedicin, at de var tilfredse.

Noter: 1. På svensk: Lagen sammanhållan vård- och omsorgsdokumentation. 2. NHS Digital bruger information og teknologi til at forbedre sundhed og pleje - det er en eksekutiv enhed sponsoreret af Englands "Department of Health and Social Care". Kilder: Kjernejournal dokumentdeling (2023), Direktoratet for e-helse; Remote patient monitoring improves care for chronic disease (2021), Kaiser Permanente; Kjernejournal dokumentdeling, Helse Sør-Øst; Wheatley, Benjamin. "Transforming care delivery through health information technology." (2013), The Permanente Journal; The Health and Care Act 2022 - Key Points for Adult Social Care Practitioners, tri.x; Ny lag underlättar informationsutbyte - med stöd av digitala tjänster, Inera; Informationsdelning mellan kommuner och regioner (2023), Sveriges Kommuner och Regioner; Policy paper: A plan for digital health and social care (2022), UK Government; Get in on the Act: Health and Care Act 2022, Local Government Association; Statutory guidance: Formal notice of a mandate for all adult social care providers (2023), UK Government; Health and Care Act 2022, UK Legislation; The Act, Part 2 - Health and Social Care, NHS Providers; BCG analyse

Tværasektorielt samarbejde | Tiltag til samarbejde på tværs af sektorerne findes i alle lande, men på forskellige måder

Tværasektorielle organiseringer

På næste side fremgår dels rammerne for tværasektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet på tværs af lande, dels eksempler på tværasektorielle samarbejder (figur 4.11). Til højre indgår to konkrete eksempler på tværasektorielt samarbejde i Holland og Norge.

Integrerede enheder og forpligtende samarbejder understøtter det tværasektorielle samarbejde

Flere af de udvalgte lande har i organiseringen af sundhedsydelserne haft særligt fokus på at styrke det tværasektorielle samarbejde og sikre effektive og sammenhængende forløb for patienterne. Det gælder både etableringen af integrerede enheder i England (ICS) og Finland (Velfærdsserviceregioner) og de forpligtende samarbejder i Helsefællesskaber i Norge (se også cases til højre).

Sundhedscentre med flere sundhedsprofessionelle

Der ses samtidig flere eksempler på, at der gennem lokale sundhedscentre skabes lettere adgang til både almen praksis og andre sundhedsprofessionelle, som fx sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer og jordemødre. Det gælder fx i Sverige, Finland og til dels også i Holland som forsøgsordning (se case til højre).

De lokale enheder kan både sikre tværasektorielt samarbejde, give lettere adgang til den rette primære sundhedsindsats og fungere som "gate keepers" ift. de sekundære sundhedsydelser.



Case | Hollands "Primary Care Plus" (2013) Styrkelse af tværasektorielt samarbejde

Kontekst:

For at forbedre kvaliteten og den økonomiske bæredygtighed i det hollandske sundhedsvæsen blev 9 pionersteder i 2013 udpeget til at eksperimentere med nye sundhedsløsninger. På ét af disse steder (Blue Care i Maastricht-Heuvelland), blev interventionen "Primary Care Plus" (PC+), udviklet. Formålet med modellen var at flytte specialiseret behandling af lav kompleksitet fra hospitalerne til primærsektor ved at integrere hospitalsspecialister tættere i de primære sundhedsydelser.

Beskrivelse:

Modellen omfatter to faciliteter uden for hospitalet, hvor specialister inden for dermatologi, ortopædkirurgi og neurologi udfører korte konsultationer ift. patienter med "lav kompleksitet". Almene praksisser kan henvise patienter til disse faciliteter, hvis de er usikre på en diagnose eller behandling, herunder hvis de er usikre på, om patienten skal henvises videre. Når patienten er tilset af specialisten, får den henvisende almene praksis feedback med retning til, hvad der skal gøres.

Resultater og læring:

Der er ikke entydige resultater af forsøget. Et studie konkluderer, at der ikke er forskel i sundhedsrelateret livskvalitet eller oplevet behandlingskvalitet, når PC+ patienter og hospitalspatienter sammenlignes¹. Et andet studie påviser indikationer af, at de gennemsnitlige omkostninger pr. patient i PC+ er lavere end patientomkostninger ved direkte henvisning til hospitalet². Endelig viser et studie, at PC+ har medført flere konsultationer inden for PC+'s ydelser (24,7 kontakter i 2015 til 48,8 kontakter i 2018 pr. 1000 borger), men studiet konkluderer ikke ift. kausalitet.³



Case | Norges "Helsefællesskaber" (2019) Brobygning mellem primær- og sekundærsektor

Kontekst:

Helsefællesskaber er partnerskaber mellem helseforetak (én/flere hospitaler) og kommuner mhp. bedre fælles planlægning og udvikling af koordinerede sundhedsydelser. De 19 helsefællesskaber blev etableret i 2019 med afsæt i 1) regeringens nationale "helse- og sykehusplan 2020-2023", 2) en aftale mellem regeringen og "kommunesektorens organisasjon" (KS) samt 3) en juridisk forpligtelse for kommuner og helseforetak om at samarbejde.

Beskrivelse:

Helsefællesskaber består af repræsentanter fra helseforetak, kommuner, læger og patienter, der sammen har til opgave at planlægge og udvikle sundhedstjenester. I nogle helsefællesskaber indgår praktiserende læger og patienter direkte i planlægningen, mens de i andre i højere grad er observatører. Helsefællesskaber opererer på tre niveauer: 1) Partnerskapsmødet (årligt møde hvor retning bliver forankret, 2) Strategisk samarbejdsudvalg (løbende håndtering af sager og udvikling af strategier og handlingsplaner, og 3) Faglige samarbejdsudvalg (udvikling af procedurer, særligt for sårbare patientgrupper). Helsefællesskaber har ikke et særskilt budget og eller beslutningsmandat, da den formelle myndighed forbliver hos de enkelte kommuner og helseforetak. Helsefællesskaber rapporterer til RHF'er.

Resultater og læring:

Der er kun begrænsede studier af, hvorvidt helsefællesskaberne i praksis har bidraget til at skabe mere sammenhængende forløb m.m. Der er dog konkrete eksempler, fx har man i Helsefællesskabet Sør-Rogaland etableret en vagttelefon på sygehuset, hvor de kommunale sygeplejersker kan få faglig vejledning.

Note: 1. "Patients' perspectives on a new delivery model in primary care"; 2. 2. henviser til "Primary care plus' is a strong alternative to hospital"; 3. "Substitution or addition: An observational study of a new primary care initiative in the Netherlands". Kilder: van den Bogaart, Esther HA, et al. "Patients' perspectives on a new delivery model in primary care: A propensity score matched analysis of patient-reported outcomes in a Dutch cohort study" (2021), Journal of Evaluation in Clinical Practice; (2) 'Primary care plus' is a strong alternative to hospital, Maastricht University; (3) van den Bogaart, Esther HA, et al. "Substitution or addition: An observational study of a new primary care initiative in the Netherlands." (2023), Journal of Health Services Research & Policy; HelseDirektoratets hjemmeside; Helsefællesskap - hva er nå det? (2022), Rogaland legeförening; Sperre Saunes, Ingrid, Anna Sagan, and Marina Karanikolos. "Norway's Healthcare Communities are set up to build bridges between hospitals and primary care" (2020), Eurohealth; Helsefællesskap - fordeler og utfordringer, Statsforvalteren i Nordland; Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Statsing på helsefællesskap, HelseDirektoratet; NOU 2023: 8. Fællesskapets sykehus - Styling, finansiering, samhandling og ledelse, Regjeringen; BCG analyse


Figur 4.11: Grundlag for og eksempler på tværsektorielle samarbejder. Forvaltningsstrukturene understøtter i varierende grad tværsektorielt arbejde

	 Danmark	 England	 Finland	 Holland	 Norge	 Sverige
Grundlag for tværsektorielt samarbejde	Sundhedsydelserne varetages af forskellige led (regionalt, kommunalt). Enkelte eksempler på tværsektorielt samarbejde i udgående funktioner fra regionerne. Obligatoriske udskrivningsplaner fra hospitalerne og samarbejde i KKR med varierende involvering af regionerne	De nye ICS'er understøtter tværsektoriel organisering, da de samler repræsentanter fra både primær (almen praksis og lokale myndigheder) og sekundær (hospitaler) sektor til fælles planlægning og organisering af ydelser	Den nye reform af sundhedsvæsenet i 2023 understøtter tværsektorielt samarbejde, da alle ydelser på tværs af både primær- og sekundærsektor organiseres af de 21+1 velfærdsservice-regioner og målrettes den pågældende region	Landets private sundhedsforsikringer sikrer levering af de fleste sundhedsydelser. Sundhedsydelserne leveres af forskellige private leverandører, hvilket kan hæmme det tværsektorielle samarbejde	Helseforetak (hospitaler), kommuner (herunder læger) og patienter indgår som samarbejdspartnere, i de 19 "helsefællesskaber" mhp. at planlægge og udvikle sundhedstjenester i et tværfagligt samarbejde	Sundhedsydelserne varetages af forskellige led (regionalt, kommunalt). Kommuner og regioner skal dog i fællesskab etablere planer for patienter, der har behov for medicinsk og social omsorg
Eksempler på tværsektorielt samarbejde	Sundhedsklynger er forpligtende samarbejder mellem kommuner, almen praksis og hospitaler, etableret i 2022 omkring landets akuthospitaler. Klyngerne skal tage fælles ansvar for populationen i optageområdet med fokus på at løse udfordringer, herunder styrke sammenhæng og bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb samt styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Myndighedsansvaret er fortsat placeret i regioner og kommuner	42 ICS'er samler udbydere og indkøbere af NHS tjenester: de består af repræsentanter fra lokale myndigheder, NHS trusts (driver bl.a. hospitaler), almen praksis og øvrige systempartnere (fx pleje, sociale tilbud, frivillig sektor) og inddrager også brugere. Formålet er at tage et kollektivt ansvar for planlægning og levering af sundhedstjenester lokalt (se case side 19)	Sundhedscentrene tilbyder særligt primære sundhedsydelser, som fx almen praksis, vaccinationer, misbrugsbehandling, fysioterapi og tandlæge. Der er dog ofte også døgntilbud til borgere, som kræver indlæggelse	Primary Care Plus-modellen er et initiativ, der bygger bro mellem primær- og sekundærsektoren. Udvidede tjenester og specialiserede behandlinger af lav kompleksitet tilbydes via klinikker uden for hospitalet, hvilket reducerer behovet for henvisninger til hospitaler (se case side 29)	Helsefællesskabernes prioriteter er børn og unge, patienter med flere kroniske ledelser, skrøbelige ældre og personer med alvorlige psykiske lidelser	Primærsektor er organiseret i sundhedscentre (vårdcentraler), som typisk omfatter flere sundhedsprofessionelle: almen praksis, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer og jordemødre

Kilder: The Commonwealth Fund; Region Nordjylland hjemmeside; Region Hovedstaden hjemmeside; Norway: health system review (2020), European Observatory on Health Systems and Policies; United Kingdom: health system review (2022), European Observatory on Health Systems and Policies; Finland: health system review (2019), European Observatory on Health Systems and Policies; Introductory guide to NHS finance (2023), HFMA; Införändrat av vårdval i primärvården (2009), Socialstyrelsen; Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2023 (2022), Socialstyrelsen; Sveriges Kommuner och Regioner hjemmeside; Sundhedsaftalen 2019-2023: Kommissorium for Tværsektoriel strategisk styregruppe (2019), Region Hovedstaden; Primary Health Care in the Nordic Countries (2020), the Danish Center for Social Science Research; Finnish Ministry of Social Affairs and Health hjemmeside; BCG analyse



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
 5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58

Kapitel 5 Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet

Dette kapitel analyserer økonomi og medarbejdere inden for sundhedsydelser og langtidspleje.

Kapitlets analyse giver anledning til en række overordnede observationer:

- 1 Sundhedsudgifter** | Alle lande har haft stigende udgifter til sundhedsvæsenet samlet set på 2-4 pct. årligt. Udgifter til sundhedsydelser udgør 42-61 pct., mens langtidspleje udgør 15-29 pct. Der ses samtidig meget store forskelle i udgiftsniveauer, hvor Danmark ligger forholdsvis højt ift. sundhedsydelser og lavt ift. langtidspleje.
- 2 Ambulant behandling** | Over tid stiger udgifter til ambulant behandling mere end udgifter til indlæggelse, og tilsvarende stiger udgifterne til langtidspleje i hjemmet mere end udgifterne til plejehjem m.m. Samlet set peger udgiftsudviklingen på et ønsket skift i retning af en prioritering af primærsektoren.
- 3 Medarbejdere** | Der er 45 pct. spredning ift. antallet af medarbejdere pr. borger i sundhedsvæsenet på tværs af lande, og der sker kun mindre stigninger over tid. Der ses dog en stigning i antallet af læger på hospitaler generelt, mens antallet af sygeplejersker og jordemødre på hospitaler er stabilt eller faldende. Samtidig er antallet af læger udenfor hospitaler stabilt eller stiger en smule.
- 4 Medarbejdere i langtidspleje** | I forhold til langtidspleje ses der en stagnerende udvikling eller endog et fald i antallet af medarbejdere både ift. omsorgspersonale og sygeplejersker, hvilket skal ses i lyset af, at der i alle lande er et stigende antal ældre.

Kapitel 5 | Analyse af ressourcefordelingen på tværs af de fem udvalgte lande

Introduktion til kapitlet

Dette kapitel præsenterer en analyse af ressourcer i sundhedsvæsenet med fokus på hhv. økonomi og medarbejdere. Analysen belyser udviklingen over tid på tværs af de fem udvalgte lande og Danmark. For alle analyser tages der afsæt i OECD-data mhp. at sikre et sammenligneligt datagrundlag.

Da det ikke er muligt på baggrund af data at få et dækkende billede af hhv. primær- og sekundærsektor, ser vi her på ressourceforbrug på tværs af hhv. sundhedsydelser og langtidspleje.

Sundhedsydelser omfatter her både behandling i almen praksis, privat praktiserende speciallæger, ambulante behandling, indlæggelser mv. Langtidspleje dækker over sundhedsrelaterede ydelser udført både i eget hjem og på plejehjem, hospice m.m.

Indledningsvis analyseres økonomien i de enkelte landes sundhedsvæsen. Analysen fokuserer på de overordnede udgifter (sundhedsudgifter pr. borger) samt underposter for hhv. sundhedsydelser og langtidspleje.

Dernæst analyseres udviklingen i antal medarbejdere med afsæt i konkrete faggrupper indenfor hhv. sundhedsydelser og langtidspleje.

Der indgår i kapitlet også cases, som illustrerer, hvordan der konkret er arbejdet med bl.a. reduktion i omkostninger og fastholdelse af medarbejdere.

i

Begrebsafklaring:

Totale sundhedsudgifter¹ inkluderer alle udgifter relateret til levering af sundhedsydelser (fx indlæggelser, tandpleje, og rehabilitering) og -varer (fx håndkøbs- og receptlig medicin, briller, proteser og høreapparater). Kategoriseringen af udgifter følger OECDs System of Health Accounts (SHA), revideret version 2021.

Sundhedsudgifter fordelt pr. funktion (ICHA²-HC³) og udbydere (ICHA²-HP⁴):

- **Indlæggelse (HC.1.1 og HC.2.1):** Både aktiv- og rehabiliterende behandling, hvor patienten har været indlagt minimum én nat. Aktiv behandling har til formål at lindre sygdoms- eller skadesymptomer. Rehabiliterende behandling har til formål at forbedre eller genoprette nedsatte kropsfunktioner, kompensere for tab af kropsfunktioner og forebygge funktionsnedsættelser, medicinske komplikationer og -risici.
- **Ambulant behandling på hospitaler (HC.1.3 og HC.2.3; HP.1):** Både aktiv- og rehabiliterende behandling foretaget på hospitaler, hvor patienten ikke indlægges.
- **Behandling uden for hospitaler (HC.1.3 og HC.2.3; HP.3):** Både aktiv- og rehabiliterende behandling foretaget uden for hospitaler, hvor patienten ikke indlægges. Dette inkluderer bl.a. behandlinger i en almen praksis eller specialpraksis samt behandlinger hos tandlæge, fertilitetsklinikker og dialyseklinikker⁵
- **Langtidspleje på plejehjem m.m. (HC.3.1; HP.2):** Sundhedsydelser på plejehjem m.m. til borgere med behov for langvarig pleje. Sundhedsydelser har her til formål at lindre kroniske smerter og lidelser samt reducere forringelsen af patientens sundhedstilstand. Udover plejehjem kan sundhedsydelserne udføres på bl.a. hospicer samt ældreboliger med sygepleje.
- **Langtidspleje i eget hjem (HC.3.3.; HP.3.5):** Sundhedsydelser foretaget i hjemmet til borgere med behov for langvarig pleje. Hjemmepleje inkluderer udelukkende direkte sundhedsrelaterbare ydelser og ikke praktisk hjælp i hjemmet.
- **Andet:** Residualberegning samt HC.4⁶-HC.9 som bl.a. inkl. farmaceutiske produkter til diagnosticering eller behandling af sygdom samt forebyggende behandling med formål om at undgå skader og sygdomme.

Noter: 1. Der kan være væsentlige forskelle i landes opgørelser af sundhedsudgiftsdata til OECD, som kan vanskeliggøre en direkte sammenligning; 2. ICHA = International Classification for Health Accounts; 3. HC = Classification of Health Care Functions; 4. Classification of Health Care Providers; 5. Bemærk, at i Danmark vil en del af dialyse- og fertilitetsbehandlinger også foregå på hospitaler, hvilket kan bidrage til overvurdering af ambulant behandling; 6. Danmark konterer ikke på HC²: Ancillary services
Kilder: OECD Health Statistics 2022; BCG analyse

Sundhedsudgifter - samlet | Stor variation i sundhedsudgifter på tværs af lande

Sundhedsvæsenets samlede økonomi i de fem lande og Danmark

Stigende udgifter - men i varierende grad

Som vist i kapitel tre, har alle lande oplevet stigende sundhedsudgifter siden 2010, men i varierende grad, jf. figur 3.2.

Danmark har haft den laveste gennemsnitlige stigning med 2,0 pct. årligt, mens de svenske udgifter er steget med 4,4 pct.

For flere lande ses der en yderligere stigning i sundhedsudgifter fra 2019 til 2020, hvilket forventes at være drevet af landenes covid-19 indsatser. OECDs database har desværre ikke nyere data, hvorfor vi ikke kan belyse 2021 og frem på et mere granulært niveau, hvor eventuelle konsekvenser af Covid-epidemien forventeligt er blevet mere klare.

Sundhedsudgifter målt pr. borger varierer med 43 pct. på tværs af de fem udvalgte lande og Danmark, jf. figur 3.2. Norge har det højeste udgiftsniveau med 34.000 DKK pr. borger, mens Finland har de laveste udgifter pr. borger med 24.000 DKK. Danmark ligger i midten med sundhedsudgifter på 29.500 DKK pr. borger.

Sundhedsudgifter fordelt ift. sundhedsydelse og langtidspleje

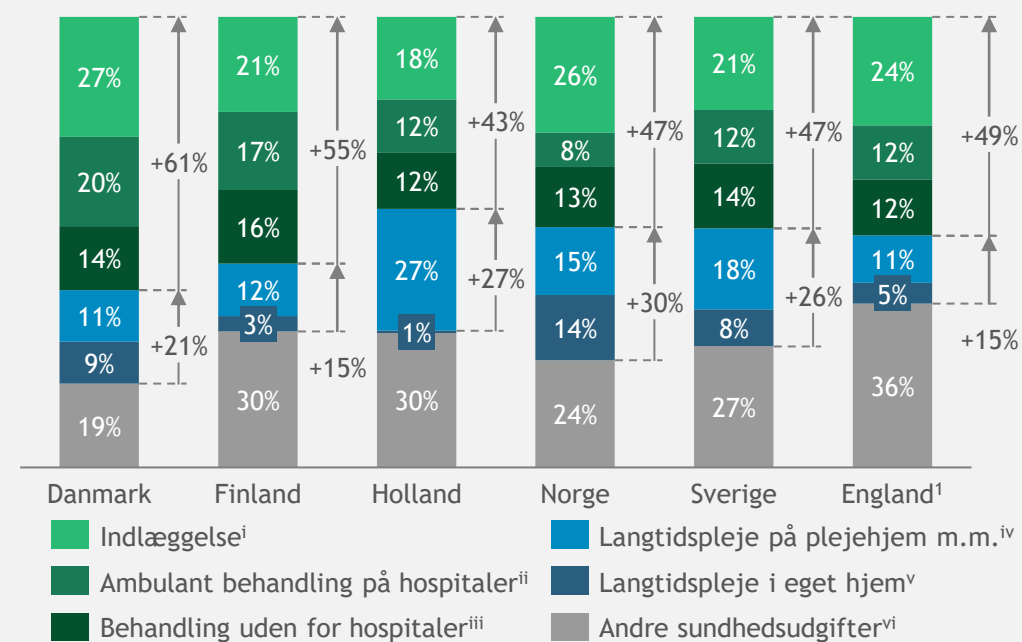
I figur 5.1 til højre og på de følgende sider analyseres sundhedsudgifternes fordeling mellem sundhedsydelse og langtidspleje. Der er her taget højde for alle former for finansieringsordninger. Heri indgår således både offentlig- og privatbetalte sundhedsordninger.

De totale sundhedsudgifter består overordnet af seks poster, jf. figur 5.1: Indlæggelse, ambulans behandling, behandlinger uden for hospitaler (fx almen praksis og tandlæger), langtidspleje på plejehjem (inkl. Hospice, ældrebolig m.m.) og i eget i eget hjem samt andre sundhedsudgifter (fx lægemidler, medicinsk udstyr og administration).

Sundhedsydelse (indlæggelser, ambulans behandling på hospitaler og behandling uden for hospitaler) udgør 42-61 pct. af de totale sundhedsudgifter på tværs af lande. Andelen er størst i Danmark, og er drevet af en stor andel af udgifter til behandling på hospitaler (både ift. indlæggelse og ambulans).

Langtidspleje (på plejehjem m.m. og i eget hjem) udgør 15-29 pct. af de totale sundhedsudgifter på tværs af lande. Fordelingen mellem langtidspleje på plejehjem m.m. og i hjemmet varierer mellem landene, fx har både Norge og Danmark en stort set lige fordeling mellem plejehjem og hjælp i hjemmet, mens Finland og Holland næsten kun har udgifter til plejehjem m.m.

Figur 5.1: Sundhedsudgifter fordelt på funktioner, 2020
Pct. af totale sundhedsudgifter



Anvendte OECD variable: Fordelingen tager afsæt i OECDs Health Care Functions. Hvor en yderligere segmentering er gjort ved hjælp af OECDs Health Care Providers er dette anført nedenfor; i. "Current expenditures on health, Inpatient curative and rehabilitative care, all providers"; ii. "Current expenditures on health, Outpatient curative and rehabilitative care, hospitals"; iii. "Current expenditures on health, Outpatient curative and rehabilitative care, Providers of ambulatory health care"; iv. "Current expenditures on health, Long-term care, Residential long-term care facilities"; v. "Current expenditures on health, Long-term care, Providers of ambulatory health care"; vi. Inkluderer bl.a. "medical goods", "preventive care" og "ancillary services"; Alle tal er PPP justeret og omregnet med valutakurs 1,0 EUR = 7,45 DKK
 Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England. Det skal bemærkes, at fordelingen mellem ambulans og indlæggelse i DK betyder, at udgifter til indlæggelser er overvurderet.

Case | Kaiser Permanente - incitamenter og integrerede sundhedsydelse

Kaiser Permanente - patienttilfredshed og lavere omkostninger gennem incitamenter og integration

Der findes eksempler fra lande uden for de udvalgte fem, som har opnået gode resultater med at reducere omkostningerne pr. patient og samtidig formået at styrke patienttilfredsheden.

Til højre fremgår et casestudie fra USA, der jo i udgangspunktet har et sundhedsvæsen, der adskiller sig meget fra Danmark. Casen er et interessant eksempel på, hvordan Kaiser Permanente gennem en gentænkning af finansierings- og incitamentsmodeller har reduceret udgifter uden at gå på kompromis med patientkvalitet.

Internt i Kaiser Permanente systemet er der bl.a. sket en større integration mellem akutbehandling og langtidspleje, incitamentsstrukturen er ændret, så almen praksis aflønnes efter en bonusordning, hvor sundhedsresultater, tilgængelighed og patienttilfredshed præmieres.

Endelig er der sket en styrkelse af den digitale understøttelse, som både fremmer analyser af sundhedsdata og understøtter administrative opgaver.



Case | Kaiser Permanente (oprettet i 1945)

Kaiser Permanente er et amerikansk sundhedskonglomerat, der har opnået større patienttilfredshed og lavere omkostninger igennem incitamenter og integration

Kontekst

Kaiser Permanente er det største non-profit sundhedsnetværk i USA med mere end 12,5 mio medlemmer. De har 39 hospitaler og 737 klinikker. Netværket er delt op i tre hovedgrupper; primær- og specialistbehandling (Permanente Medical Groups), akutbehandling (Kaiser Foundation Hospitals) og sundhedsforsikring (Kaiser Foundation Health Plan).

Beskrivelse

Kaiser Permanente har siden 1950'erne indført successive reformer for at være på forkant med udviklingen i sundhedssystemet. Kaiser Permanentes patienter vælger Medicare Part C, som er en basishonorar model fra det amerikanske Medicare, hvor sundhedsforsikringen tildeles et basishonorar for patienten, og dernæst selv står for at levere al pleje.

De seneste reformer som Kaiser Permanente har indført, har haft tre fokusområder:

- Modernisering af incitamentsstrukturen, hvor man ved at øge mængden af basishonorar til primær og sekundærsektoren har opnået en højere patienttilfredshed. Dette er sket internt i Kaiser Permanente systemet, og omfatter altså ikke en øgning af det offentlige basishonorar. Almen praksis aflønnes efter en bonusordning, hvor sundhedsresultater, tilgængelighed og patienttilfredshed præmieres.
- Øget integration mellem sektorer, således at alt fra akut-behandling i skadestuen, over apoteker, og støttende langtidspleje er integreret i samme organisation.
- Øget digital tilgængelighed for sundhedspersonale og patienter, som giver realtids analyser af sundhedsdata og beslutnings-støttværktøjer til klinikkerne, og påmindelser til patienterne om deres behandling. Oven i dette arbejder man målrettet med innovation i digital sundhed.

Resultater og læring

De første år gik Kaiser Permanente målrettet efter besparelser og har bl.a. realiseret en reduktion på 46 pct. pr. patient i akutafdelingernes udgifter. Organisationen har ligeledes reduceret hospitaliseringer og re-hospitaliseringer med hhv. 13 pct. og 10 pct. men har indset, at dette begrænser innovation for meget. Sammenholdt er Kaiser Permanente et eksempel på at en basishonorar model, hvor organisationen selv forvalter pengene, har fordele frem for en model som Medicare Part A og B, der er direkte finansieret af den amerikanske stat. Kaiser Permanente har oplevet en vækst i medlemmer på 3,7 pct. år efter år de sidste 10 år.

Sundhedsudgifter - sundhedsydelser | Udgifter til ambulant behandling er steget mere end udgifter til indlæggelser på tværs af alle lande

Stigende udgifter til behandlinger på hospitaler

Udgifterne til sundhedsydelser analyseres her særskilt for udgifter til indlæggelse og ambulant behandling på hospitaler samt behandling uden for hospitaler.

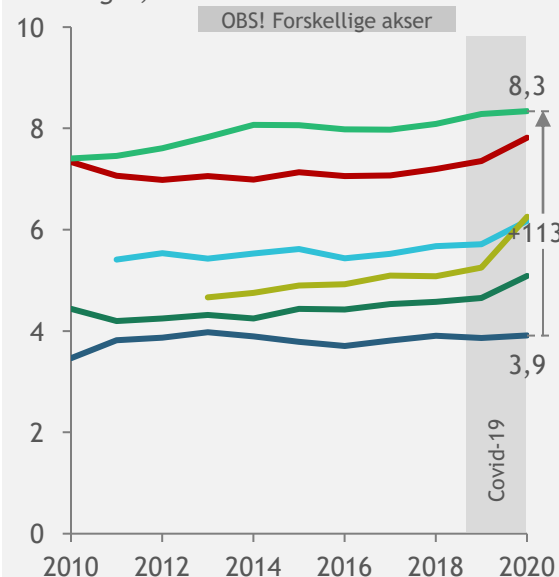
Udgifter til indlæggelse varierer med 113 pct. på tværs af lande, hvor Norge og Danmark har de højeste udgifter. Udgifterne har været stigende i alle lande (0,6-4,3 pct.), hvor Danmark har den laveste stigning og England den største. Landene har især haft en stigning fra 2019 til 2020, hvilket formodes at være pga. covid-19 indsatser.

Denne udvikling skal ses i lyset af en endnu større stigning i udgifter til ambulant behandling på hospitaler (2,5-8,7 pct.). Dette indikerer, at landene til dels er lykkedes med at overføre patienter til (billigere) ambulant behandling. Danmark har de højeste udgifter til ambulant behandling pr. borger (5.900 DKK), hvilket skal ses i lyset af, at 80-90 pct. af danske patienter behandles før de når ind på et hospital.

Udgifter til behandling uden for hospitaler varierer væsentligt mindre (35 pct.), hvor Norge har de højeste omkostninger og England de laveste. På tværs af lande har udgifterne været stigende med 1,0-4,1 pct.

Afslutningsvist er det bemærkelsesværdigt, at landene har bibeholdt deres niveaumæssige forskelle over perioden, hvilket indikerer, at ingen lande er lykkedes med transformative ændringer i behandling eller fordeling af patienter.

Figur 5.2: Udviklingen i sundhedsudgifter til indlæggelser, 2010-2020
Pr. borger, i '000 DKK



— Danmark (0,6%) — Norge (1,2%)
— Finland (1,2%) — Sverige (1,5%)
— Holland (1,4%) — England (4,3%)¹

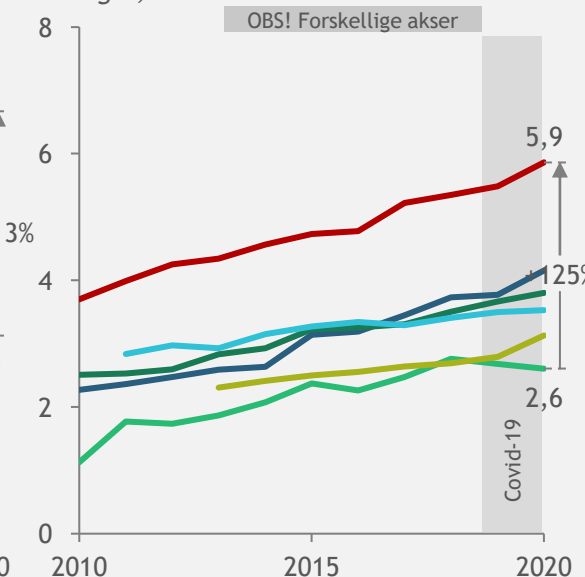
Årlig procentvis udvikling angivet i parentes

Anvendte OECD variable: i. "Current expenditures on health, Inpatient curative and rehabilitative care, Hospitals"; ii. "Current expenditures on health, Outpatient curative and rehabilitative care, Hospitals"; iii. "Current expenditures on health, Outpatient curative and rehabilitative care, Providers of ambulatory health care"; Alle tal er PPP justeret og omregnet med valutakurs 1,0 EUR = 7,45 DKK.

Bemærk: Sundhedsudgifter uden for hospitaler inkluderer både almen og special praksis, men også udgifter til bl.a. tandlæger, dialyseklিনikker og fertilitetsklinikker.

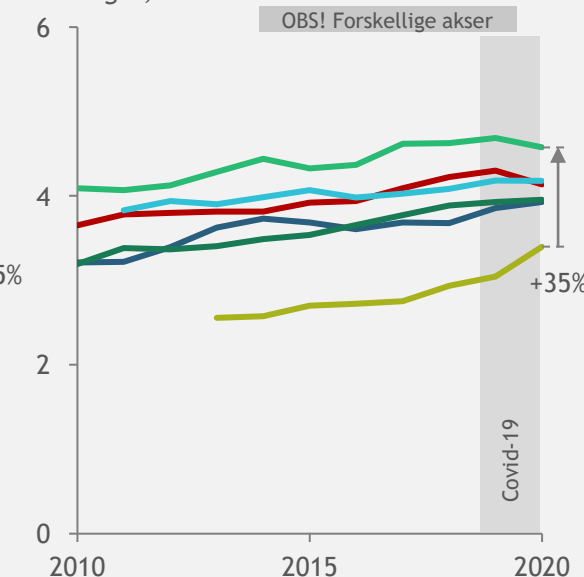
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Figur 5.3: Udviklingen i sundhedsudgifter til ambulant behandling på hospitalerⁱⁱ, 2010-2020
Pr. borger, i '000 DKK



— Danmark (4,7%) — Norge (8,7%)
— Finland (6,2%) — Sverige (2,5%)
— Holland (4,2%) — England (4,5%)¹

Figur 5.4: Udviklingen i sundhedsudgifter til behandling uden for hospitalerⁱⁱⁱ, 2010-2020
Pr. borger, i '000 DKK



— Danmark (1,3%) — Norge (1,1%)
— Finland (2,0%) — Sverige (1,0%)
— Holland (2,2%) — England (4,1%)¹

Sundhedsudgifter - langtidspleje | Udgifter til langtidspleje varierer markant mellem lande - men er i de fleste tilfælde stigende

Forskellig vækst i udgifter langtidspleje i hhv. plejehjem m.m. og i eget hjem

Udgifterne til langtidspleje analyseres særskilt for udgifter til pleje i hhv. plejehjem m.m. og eget hjem.

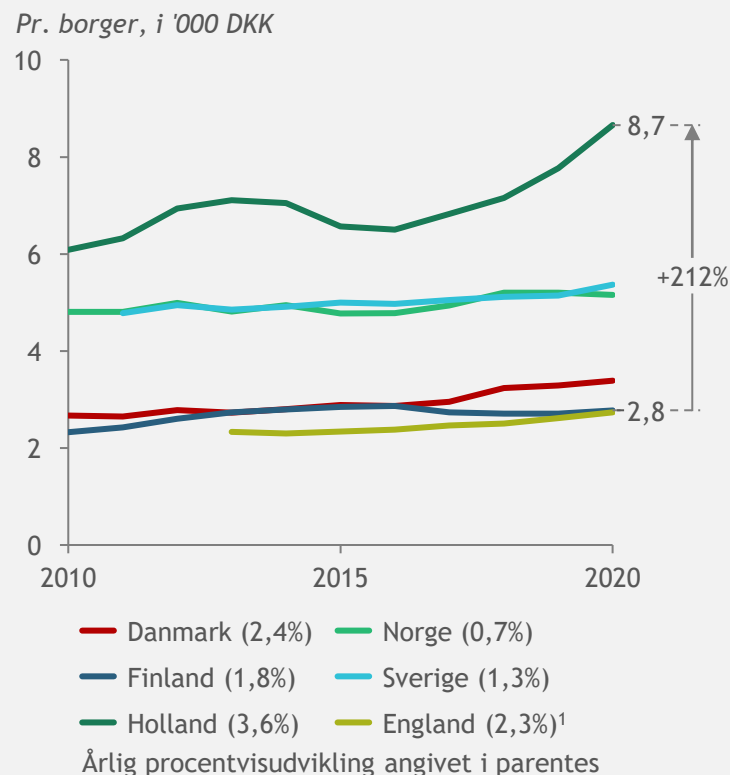
Udgifter til langtidspleje på plejehjem m.m. har været stigende på tværs af lande. Særligt Holland har haft kraftig vækst i udgifterne de seneste år på 3,6 pct. For udgifter til langtidspleje i eget hjem er der ligeledes tale om stigende vækst på tværs af lande, på nær Finland som har haft en faldende årlig vækst på 4,5 pct.

For alle lande, undtagen Danmark og Finland, er den årlige vækst i sundhedsudgifter til langtidspleje i eget hjem højere end væksten i udgifter til langtidspleje på plejehjem m.m. Dette indikerer et øget fokus på pleje i hjemmet for disse lande. Danmark og Norge er de eneste lande, der har tilnærmelsesvis samme udgifter for langtidspleje i eget hjem som på plejehjem m.m.

Modsat differentierer Holland sig fra de resterende lande ved næsten udelukkende at have udgifter til langtidspleje på plejehjem m.m. Ligeledes har Holland de højeste udgifter på 8.700 DKK pr. borger, mens England har det laveste på kun 2.800 DKK pr. borger. I Holland varetages langtidspleje på plejehjem m.m. gennem private sundhedsforsikringer, mens langtidspleje i de øvrige lande varetages af offentlige myndigheder.

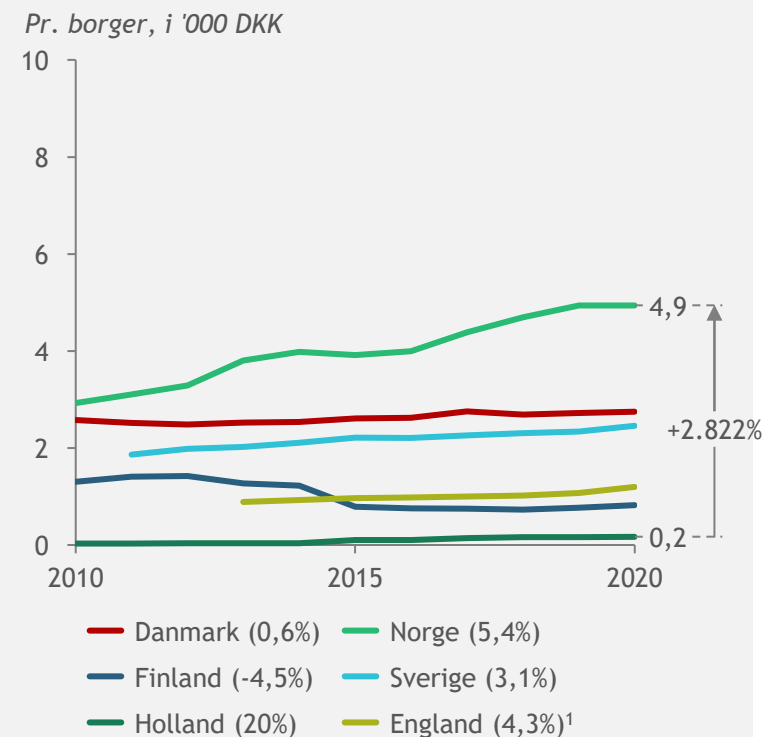
Den svage udvikling i udgifter til langtidspleje er interessant i lyset af den demografiske udvikling med flere af de ældste ældre frem mod 2030, jf. figur 3.1. Forskellene i udgiftsniveauet mellem landene skyldes forventeligt forskellige prioriteringer, serviceniveauer og tildelingskriterier.

Figur 5.5: Udviklingen i sundhedsudgifter til langtidspleje på plejehjem m.m.ⁱⁱ, 2010-2021



Anvendte OECD variable: i. "Current expenditures on health, Long-term care (health), Providers of ambulatory health care"; ii. "Current expenditures on health, Long-term care (health), Residential long-term care facilities"; Alle tal er PPP justeret og omregnet med valutakurs 1 EUR = 7,45 DKK.
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Figur 5.6: Udviklingen i sundhedsudgifter til langtidspleje i eget hjemⁱ, 2010-2021



Medarbejdere - samlet | Store forskelle i antallet af medarbejdere pr. borger og en flad udvikling over tid

Udvikling i medarbejdere

Flad udvikling i det totale antal medarbejdere og store forskelle på tværs

Med afsæt i OECDs nøgletal omfatter medarbejdere i sundhedsvæsenet en række udvalgte faggrupper med direkte patientkontakt, herunder: Praktiserende læger (både alment og special), sygeplejersker og jordemødre, omsorgspersonale, tandlæger, fysioterapeuter og farmaceuter. Der er således ikke medtaget sundhedsmedarbejdere i ikke-patientrettede stillinger som administration og forskning.

Generelt ses der en stor spredning i det samlede antal medarbejdere, hvor Norge har et markant højere antal medarbejdere (46 medarbejdere pr. 1000 borgere) end England (32 medarbejdere pr. 1000 borgere), hvilket svarer til en forskel på 45 pct., jf. fig. 5.7. Siden 2010 har udviklingen i medarbejdere været overvejende flad på tværs af lande.

I det følgende præsenteres to cases fra hhv. Israel og Skotland. Casen vedr. Israel nedenfor viser en alternativ organisering af sygeplejersker, der fremmer den forebyggende indsats og behandling i nærmiljøet og samtidig sikrer medarbejdertrivsel.

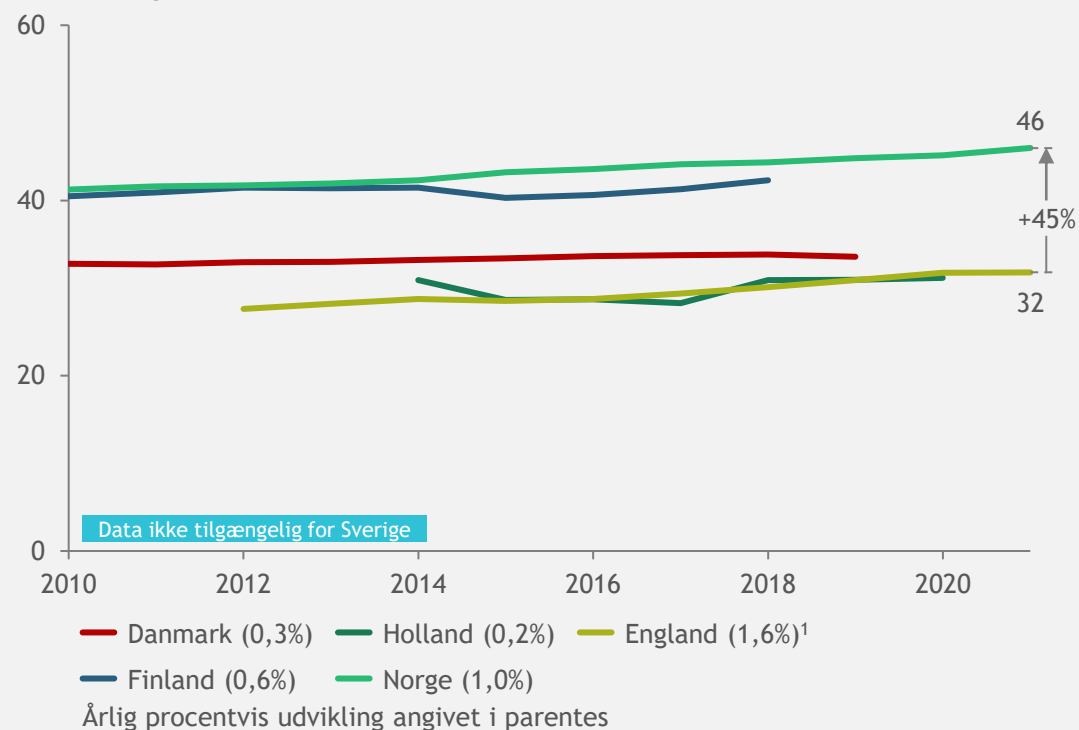


Case | Specialistsygeplejersker i lokalsamfund (Evaluering udgivet i 2017)

I Israel arbejder 1/3 af sygeplejersker i såkaldte "community settings" ansat af en sundhedsforsikring til at øge sundheden i lokalsamfundet. I en spørgeskemaundersøgelse undersøgte man, hvad sygeplejerskerne arbejder med i lokalsamfundet. 38 pct. angiver her, at de primært arbejder med patienter med kroniske sygdomme, 30 pct. udfører forebyggende arbejde, 26 pct. er subspecialiserede inden for fx. sårbehandling, diabetes eller gynækologi, og over 77 pct. deltager i kvalitetsudviklingsprogrammer.

Samtidig viser målinger, at 80 pct. er tilfredse med deres stillinger, og at 73 pct. føler, at de har en høj grad af autonomi. Casen er et eksempel på, at man kan sikre behandling af patienter lokalt, samtidig med at medarbejderne oplever, at de gør en forskel.

Figur 5.7: Udviklingen i medarbejdere med patientkontakt¹, 2010-2021
Pr. 1000 borger



Anvendte OECD variabler: i. Konstrueret total pba. summen af "Practising physicians", "Practising nurses", "Practising midwives", "Practising caring personnel", "Practising pharmacists", "Practising dentist" og "Practising physiotherapists".
Bemærk: Totalen repræsenterer den samlede andel af medarbejdere inden for sundhedsvæsenet som har direkte kontakt til patienter. Den inkluderer således ikke medarbejdere ansat i fx administration eller research.
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Casen nedenfor fra Skotland viser, hvordan man ved klyngedannelse i almen praksis i de mest marginaliserede og udsatte samfund, arbejder på at mindske ulighed i sundhed for personer med komplekse sociale og sundhedsproblemer. Den primære hensigt er at skabe et forum, hvor læger kan sparre med hinanden og dele erfaringer.

Deep End gruppen har vist gode resultater. Der ses styrket rekruttering og uddannelse samt en bedre integration ift. det tværfaglige arbejde i lokalområderne.



Case | Deep End Project i Skotland (2009)

Skotlands Deep End projekt er endnu et projekt, hvor klynger af alment praktiserende læger forsøger at mindske ulighed i sundhed

Baggrund og formål:

I Skotland har man visse steder stor ulighed i sundhed, og læger der arbejder i udsatte områder, hvor morbiditet og mortalitet er højere end gennemsnittet, har brug for løsninger til at modarbejde uligheden og det tilhørende store krav til læger. I 2009 afholdte "Royal College of General Practitioners" en konference for praktiserende læger, der betjente de mest socioøkonomisk-udsatte befolkninger i Skotland (100 lægepraksisser), med henblik på at forstå deres oplevelse af at arbejde i disse områder. Denne gruppe omtales som "Deep End" og har siden mødet udarbejdet et manifest, der har til hensigt at afhjælpe ulighed i sundhed. Manifestet peger på bl.a. ekstra tid til konsultationer, bedre ledelse og bedre samarbejde og erfaringsdeling på tværs af frontlinjen som løftestænger til at opnå dette.

Beskrivelse:

Deep End netværket agerer først og fremmest som støtteorganisation, hvori medlemmer deler deres erfaringer og sparrer med hinanden. Derudover er netværket en stærk fortalergruppe, som kan påvirke lokale sundhedspolitikker og sikre uddannelse til praktiserende læger. Gruppen kan modtage finansiering fra regeringen til projekter. I kraft af, at læger bliver inviteret til at være med i netværket, er deltagelse frivilligt. Pr. 2022 var der 11 Deep End grupper på tværs af fem lande, og i Danmark er en Deep End gruppe under udvikling: de 100 lægeklinikker der har flest borgere med lav socioøkonomisk baggrund er blevet inviteret til at være med i netværket, hvor første møde vil blive afholdt i september 2023.

Resultater og læring:

Der er flere positive virkninger af Deep End, herunder fx rekruttering og uddannelse af yngre praktiserende læger gennem Deep End-træning. En af de mest betydningsfulde tiltag er Community Links Worker-programmet, som er en model, der skaber bedre forbindelser mellem praksis og lokale samfundsorganisationer mhp. at støtte mennesker med komplekse sundheds- og sociale problemer.

På de følgende sider gennemgås først udviklingen i antal medarbejdere inden for sundhedsydelse og derefter for medarbejdere inden for langtidspleje.

i Begrebsafklaring:

For medarbejdervariable anvendes specificerede faggrupper på baggrund af OECDs variable, der inkluderer medarbejdere (*ikke årsværk*), med direkte patientkontakt og ansatte på hospitaler

Analysen inkluderer seks faggrupper:

1. Autoriserede læger og speciallæger, der enten arbejder med direkte kontakt til patienter eller er direkte tilknyttet et hospital. Dette inkluderer både alment praktiserende læger og speciallæger
2. Sygeplejersker og jordemødre, der enten arbejder med direkte kontakt til patienter eller er direkte tilknyttet et hospital
3. Omsorgspersonale, fx sundhedsassistenter, patienthjælpere og hjemmeplejersker
4. Tandlæger
5. Farmaceuter
6. Fysioterapeuter

Med ovenstående opdeling er det ikke muligt at segmentere medarbejdere efter om de arbejder med sundhedsydelse eller med langtidspleje. For at præcisere udviklingen i medarbejdere inden for langtidspleje anvendes OECD variabelen *Long Term Care Workers*. Denne inkluderer hhv. sygeplejersker og omsorgspersonale tilknyttet langtidspleje. Langtidspleje omfatter både pleje i hjemmet og plejehjem m.m. Pleje i hjemmet kan fx være udkørende sygeplejersker eller hjemmehjælpere, mens plejehjem m.m. udover plejehjem kan være fx hospicer eller ældreboliger med sygepleje.

Medarbejdere - sundhedsydelser | Stigning i antallet af læger både på hospitaler og uden for hospitaler - undtagen i Danmark

Antallet af læger stiger inden- og udenfor hospitaler, men flad udvikling i antal sygeplejersker og jordemødre på hospitaler

På tværs af landene ses der en umiddelbar stigning på 0,2-2,4 pct. i antallet af læger ansat på hospitaler, mens der ikke lader til at være en betydelig udvikling i antallet af sygeplejersker, jf. figur 5.8 og 5.9.

Antallet af sygeplejersker og jordemødre på hospitaler er således stabilt over tid, men niveauet varierer betydeligt - fra 4,5 sygeplejersker /jordemødre pr. 1000 borgere i Holland til 9,2 i Norge. Danmark ligger her i den høje end med omkring 7 sygeplejersker/ jordemødre pr. 1000 borgere.

Holland adskiller sig ved at ligge lavere end de øvrige lande både ift. læger og sygeplejersker på hospitaler.¹ Modsat har Holland flest læger uden for hospitaler og den højeste vækst med 4,3 pct.

Det er interessant, at Danmark har det højeste antal læger pr. borger på hospitaler og den højeste stigning (2,4 pct.), mens Danmark som det eneste land har en negativ udvikling i antal læger uden for hospitaler (-0,1 pct.).

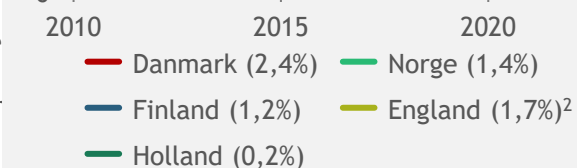
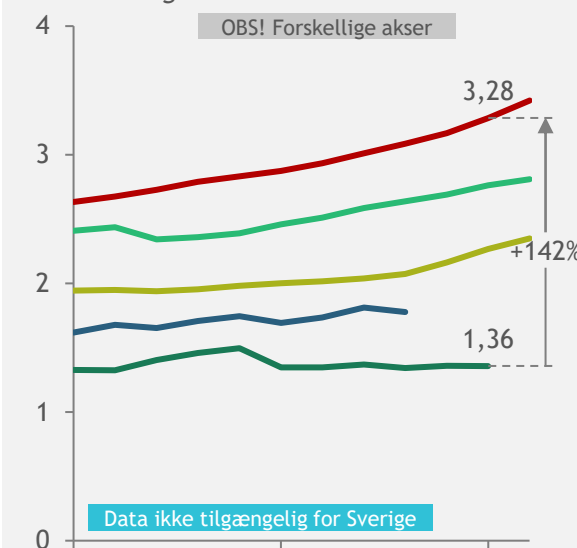
Afslutningsvis kan det konstateres, at landene i vidt omfang har bibeholdt deres niveaumæssige forskelle over perioden.

Det bemærkes dog, at niveauforskellene på tværs af variable kan skyldes forskelle i opgørelses- og indberetningsmetoder til OECD.

Note: 1. For Holland kan dette dog skyldes, at selvstændige medicinske specialister som arbejder på hospitaler ikke er inkluderet i data
Kilder: OECD Health Statistics 2022; BCG analyse

Figur 5.8: Antal læger ansat på hospitalerⁱ, 2010-2021

Pr. 1000 borger



Årlig procentvis udvikling angivet i parentes

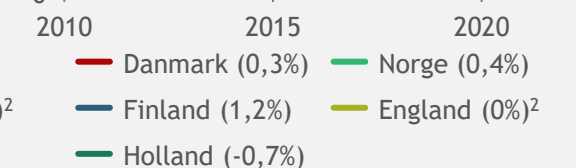
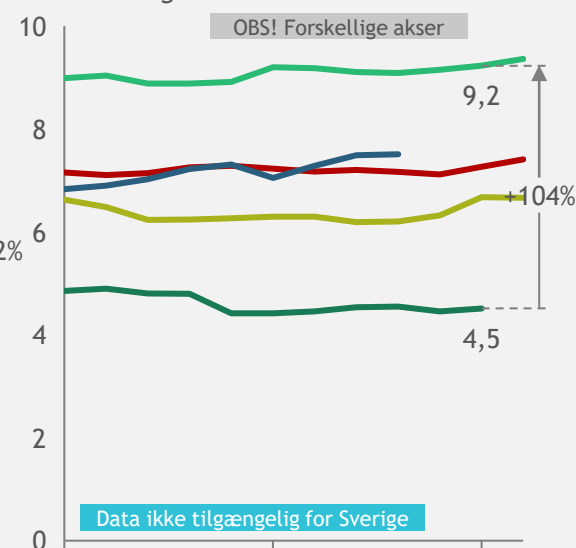
Anvendte OECD variable: i. "Physicians employed in hospitals"; ii. "Professional nurses and midwives employed in hospitals"; iii. Beregnet som "Practising physicians" fratrukket "Physicians employed in hospitals".

Bemærk: Sygeplejersker og jordemødre uden for hospitaler ikke er gengivet her, da det ikke er muligt at segmentere sygeplejersker ift. om de udelukkende arbejder med sundhedsydelser uden for hospitaler. De praktiserende læger har direkte patientkontakt og inkluderer både almen praktiserende samt praktiserende speciallæger. De inkluderer bl.a. ikke tandlæger, lægestuderende eller pensionerede læger. Læger ansat på hospitaler omfatter alle læger knyttet direkte til et hospital.

Note: 2. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

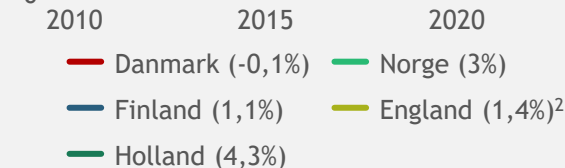
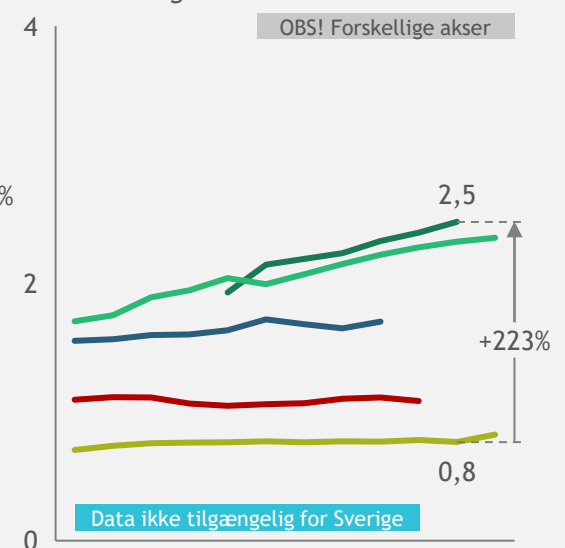
Figur 5.9: Antal sygeplejersker og jordemødre ansat på hospitalerⁱⁱ, 2010-2021

Pr. 1000 borger



Figur 5.10: Antal praktiserende læger ansat uden for hospitalerⁱⁱⁱ, 2010-2021

Pr. 1000 borger



Medarbejdere - langtidspleje | Stabilt niveau i både omsorgspersonale og sygeplejersker ansat i langtidspleje

Vækst sammenlignelig på tværs af faggrupper, men stor spredning i niveau

Figur 5.11 viser udviklingen i det totale antal ansatte i langtidspleje. Der ses her et stabilt niveau over tid og endog mindre fald i antallet af medarbejdere, som varetager langtidspleje, jf. fig. 5.11.

Der er samtidig store forskelle i niveauet - fra knap 15 medarbejdere pr. 1000 borgere i Danmark til godt 45 i Holland.

Generelt er der ikke overraskende væsentligt færre sygeplejersker pr. borger end omsorgspersonale.

Ser man særskilt på sygeplejersker er der store niveauforskelle, hvor Sverige og Danmark ligger lavest med hhv. 1,7 og 1,3 sygeplejersker pr. 1000 borgere, mens der i Holland er 6,7.

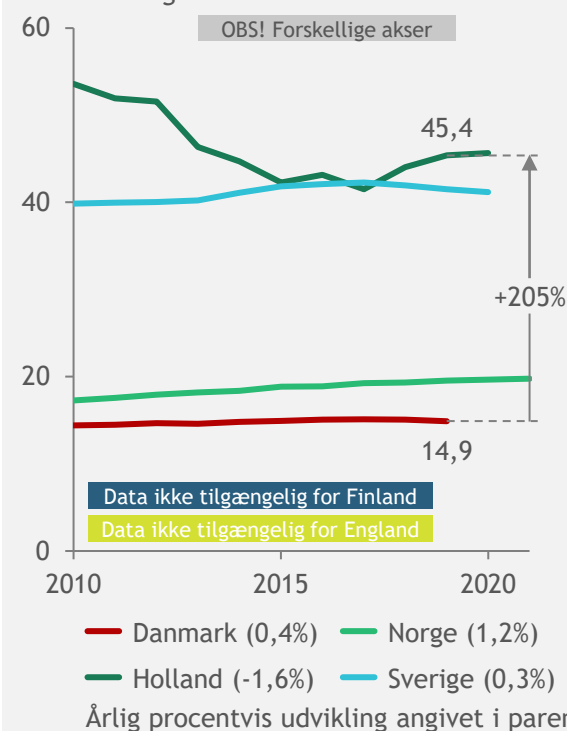
Danmark ligger også lavest ift. til antallet af omsorgspersonaler med 11,2 pr. 1000 borgere, mens Sverige har 21,9.

Det er interessant, at Sverige ligger lavest ift. sygeplejersker men langt over de øvrige lande ift. omsorgspersonale.

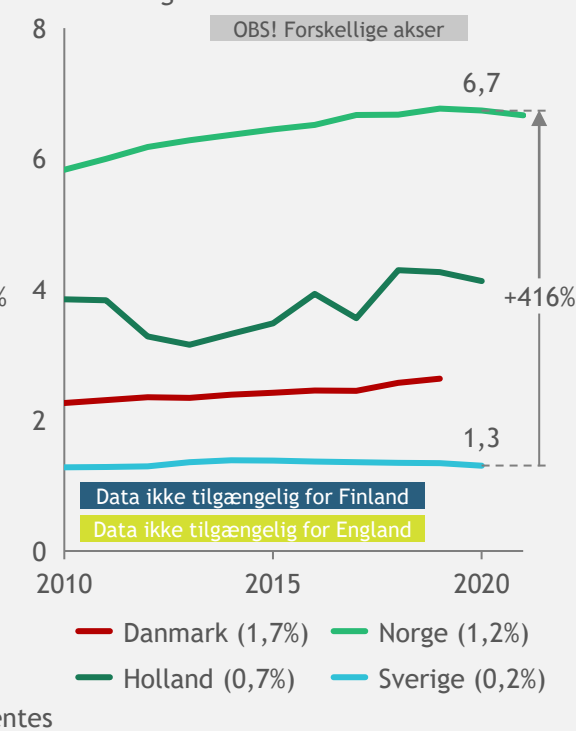
Den stagnerende udvikling i antal medarbejdere ansat i langtidspleje er interessant i lyset af den demografiske udvikling med et stigende antal ældre.

Det bemærkes dog, at niveauforskellene på tværs af variable kan skyldes forskelle i opgørelses- og indberetningsmetoder til OECD.

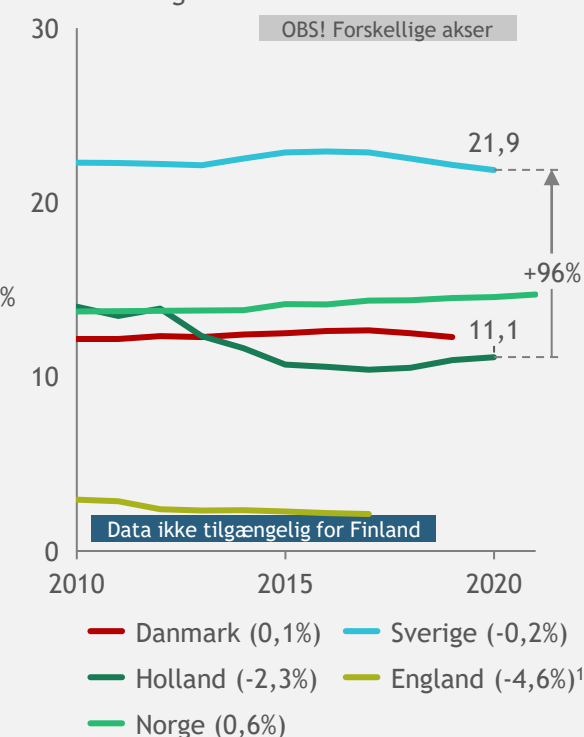
Figur 5.11: Total antal ansatte i langtidsplejeⁱ, 2010-2021
Pr. 1000 borger



Figur 5.12: Antal sygeplejersker ansat i langtidsplejeⁱⁱ, 2010-2021
Pr. 1000 borger



Figur 5.13: Antal omsorgspersonale ansat i langtidsplejeⁱⁱⁱ, 2010-2021
Pr. 1000 borger



Anvendte OECD variable: i. "Formal LTC workers, Total (nurses and personal carers)" divideret med totale antal borgere angivet i 1000; ii. "Formal LTC workers, Total nurses (at home and in institutions)"; iii. "Formal LTC workers, Total personal carers (at home and in institutions)".
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Case | Forløberen til Integrated Care Systems - PCN illustrerer, at administration skal tænkes ind i sundhedssystemer fra begyndelsen

Eksempler på klynge-tænkning i almen praksis kan give os værdifulde læringer

Til højre fremgår et casestudie fra England, hvor Primary Care Networks (PCN) blev etableret som en klyngeordning for alment praktiserende læger og øvrige sundhedsprofessionelle i primærsektor, mhp. at levere mere koordinerede ydelser og styrke kapaciteten.

Ordningen er i udgangspunktet populær blandt lægepraksisserne, men der er dog udfordringer ift. ressourcer til administration og rekruttering i dækningstruede områder.



Case | Primary Care Networks (2019)

Primary Care Networks består af almene praksisser, der integrerer sundhedsydelser i et område - og som lagde grundsten til de senere ICS'ere

Kontekst:

Et centralt element i Englands 'NHS Long Term Plan' i 2019 var oprettelsen af "Primary Care Networks" (PCN). Disse netværk er en gruppering af alment praktiserende læger, som arbejder tæt sammen med deres lokalsamfund og de dertilhørende sundhedspersoner, herunder fx leverandører af sociale indsatser, mental sundhed, farmaceuter, fysioterapeuter, mv. Formålet med PCN'er er, at levere bedre, mere koordinerede ydelser tættere på patientens hjem, at have øget fokus på forebyggelse og at styrke både kapacitet og modstandsdygtighed blandt leverandører af primære sundhedsydelser. Derudover giver PCN'er mulighed for at arbejde på en større skala og tilbyde en bredere vifte af ydelser til patienter - de tillader fx, at patienter kan få ydelser fra forskellige praksisser i et netværk afhængigt af hvor der er kapacitet. Det er ikke obligatorisk for almene praksisser at indgå i en PCN, men de fleste indgår.

Beskrivelse:

PCN'er leverer integrerede ydelser til en subgruppe af befolkningen på typisk 30-50.000 patienter. I 2020 var der allerede 1250 PCN'er fordelt udover England, og hver ledes af en klinisk direktør. Det er planen, at PCN'er skal kunne varetage syv sundhedsydelser; medicingennemgange, plejecentre, tidlige kræftdiagnoser, forebyggende behandling, personlig behandling og støtte, opsporing af hjerte-kar sygdomme, og lokale initiativer mhp. at forbedre ulighed i sundhed. Finansieringen bygger på "directed enhanced services payments (DES)", som er i tillæg til de normale takster for en almen praksis. Kun praksisser, som er medlem af PCN'er, indgår i initiativerne og kan modtage denne ekstra betaling.

Resultater og læring:

PCN'er er en byggesten for ICS'erne (se case side 19), og er siden deres introduktion i 2019 blevet mere og mere populære blandt almene praksisser. Dog oplever PCN'er stadig flere udfordringer. I lægedækningstruede områder kan det være vanskeligt at rekruttere relevant personale til praksis, og samtidig har forskning vist, at patienter generelt har et blandet forhold til de større praksisser. Der er bedre mulighed for hurtig adgang, men patienter som har komplicerede forløb, er bange for at miste kontinuiteten i behandlingen. Derudover har forskning vist en stor heterogenitet i PCN'er. 58 pct. af PCN'er har den anbefalede størrelse på 30-50.000 patienter, men 7 pct. har færre end 30.000 patienter, og 35 pct. har flere end 50.000 patienter tilknyttet. PCN'er har desuden ikke en defineret allokering af midler til administrationsudgifter pr. borger, og de kliniske direktører, der leder og administrerer PCN'er, aflønnes kun med 0,25 FTE for deres administrative arbejde. Det har ført til opsigelser eller kortere vikarierende kontrakter grundet det høje arbejdspress.

Case | Vårdvalsreformen i Sverige gav friere valg, men har ikke ledt til bedre patientresultater

Frit valg af almen praksis og øget konkurrence ledte til 1 pct. færre indlæggelser, men flere akutte henvendelser

Til højre fremgår et casestudie fra Sverige, som gennem en reform af almen praksis gav patienter frit valg af Vårdscentral (lægehus /sundhedshus), og tillod konkurrence om patienterne mellem praksis. Samtidig blev en større andel af honoraret givet som basis-honorar på baggrund af antallet af patienter.

Hensigten var at styrke sundheden for patienterne gennem øget konkurrence. Man har dog ikke kunnet se de forventede resultater, og reformen kritiseres for at have medført øget ulighed i sundhed.



Case | Vårdvalsreformen (2010)

Fritvalsreformen af vårdcentraler har ikke ført til bedre patientresultater

Kontekst:

Vårdcentraler er den svenske udgave af de danske lægehuse/sundhedshuse, med 4-8 læger under samme tag, og derudover andre sundhedsprofessionelle, som sygeplejersker, jordemødre m.m. Vårdcentraler drives som selvstændige virksomheder og er derfor ansvarlige for eget budget. Vårdcentraler er ejet enten af regionerne eller af private virksomheder, og er ansvarlige for at levere primære sundhedsydelser til registrerede patienter. Sundhedsprofessionelle ved vårdcentraler er ansat og modtager løn.

I 2010 valgte man at liberalisere etableringen af private vårdcentraler, og indføre frit valg af vårdcentral i hele landet. Samtidig ændrede man basishonorar til at være den primære kompensationsmetode - til forskel fra en aktivitetsbaseret model.

Beskrivelse:

Tankegangen bag dette var, at man med en liberalisering kunne introducere markedskræfter på området for almen praksis og primære sundhedsydelser, og på den måde kunne sænke udgifterne samt øge effektiviteten. Indtil 2010 var langt størstedelen (~75 pct.) af vårdcentralerne offentligt ejede, men efter reformen skete der en kraftig vækst i antallet af private vårdcentraler (45 pct. in 2021). Reformen tillader enhver organisation at oprette en vårdcentral i et geografisk område med betaling ud fra hvor mange patienter, der er tilknyttet. Derudover giver reformen mulighed for, at patienterne frit kan vælge, hvilken vårdcentral de vil være tilknyttet, og de kan også få behandling ved vårdcentraler, som de ikke er tilknyttet. Regionerne kontrollerer etableringen ved at regulere kliniske kompetencer og andre organisatoriske aspekter (fx minimumskriterier for bemanning, faciliteter og kvalitet samt åbningstider) og ved at regulere økonomiske vilkår for betalinger. Basishonorar, justeret for risiko, er den dominerende betalingsform, og anses for at stimulere innovation og skabe incitamenter til øget omkostningseffektivitet, patientsikkerhed og forebyggelse.

Vårdcentraler tilbyder telemedicin i form af fx online konsultationer med praktiserende læger, sygeplejersker og psykologer. Derudover har der været pilotprojekter ift. andre digitale ydelser som fx fjernovervågning af patienter med kroniske lidelser og "telederma-toskopi", hvor vårdcentraler sender billeder af mistænkelige hudforandringer hos patienter til hudlæger for fjernundersøgelse.

Resultater og læring:

Omlægningen førte til en øgning i antallet af lægekontakter pr. patient med læger i vårdcentralen, men dette skete dog kun i velstillede områder¹. Samtidig så man, at reformerne ikke forbedrede de mindst velstillede patienters helbred¹. Forskning viser desuden en 1 pct. reduktion i antallet af hospitalsindlæggelser, men samtidig en 1,1 pct. øgning i antallet af besøg på akutklinikker.¹ De begrænsede effekter af Vårdvalsreformen har medført en kritik af, at reformen gør helbred til et spørgsmål om geografisk placering af klinikker og antallet af patienter i stedet for at forbedre sundheden for de patienter, som har mest brug for det.



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
> 6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58

Kapitel 6

Større reformer og tiltag

Dette kapitel belyser erfaringer fra større reformer og tiltag, som har til formål at ændre struktur, styring og/eller organisering af sundhedsvæsenet

Kapitlets analyse giver anledning til en række overordnede observationer:

1

Formålet med reformerne | Der er meget enslydende mål og hensigter med reformerne på tværs af lande og de udfordringer de søger at imødekomme: Sikre bedre koordination på tværs af sektorer, sikre mere lige adgang og kvalitet, styrke indsatsen til kronikere, og levere mere sundhed for pengene.

2

To forskellige tilgange til reformer | 1) Transformativ ændringer med omfattende omstruktureringer af sundhedsvæsenet i England og Finland. 2) Mere inkrementelle ændringer med ny regulering, målrettede puljer og aftaler i Holland, Norge og Sverige.

3

Transformativ reformer | I både Finland and England blev der etableret nye geografiske enheder med ansvar for planlægning og levering af sundhedsydelser. Disse varierer meget i størrelse - i gennemsnit 1,5 mio. borgere i England, 250 000 borgere i Finland.

4

Inkrementelle reformer | I de øvrige lande (Holland, Norge og Sverige) har tilgangen varieret. Hvor Norge har en top-down tilgang med central styring, ny lovgivning og finansiering, har Sverige og Holland mere bløde implementeringsgreb med aftaler og bottom-up løsninger uden store nationale lovændringer.

Kapitel 6 | Oversigt over udvalgte større tiltag på tværs af lande de senere år

Introduktion til kapitlet

Alle de udvalgte lande har gennemført betydelige ændringer i sundhedsvæsenets struktur, organisering og styring over tid men med forskellige udgangspunkter og formål.

I dette kapitel præsenteres en overordnet beskrivelse af større struktur- og styringstiltag på tværs af lande. Herunder indgår en beskrivelse af baggrunden for de forskellige tiltag og formål samt centrale aspekter ift. vedtagelse og implementering mv. af de enkelte tiltag.

Kapitlet går i dybden med én reform pr. land, som er udvalgt, fordi reformerne har samme fokus men er meget forskellige ift. hvordan de er udviklet, implementeret og modtaget. Hensigten er her at vise bredden i sundhedsreformer, de drivende kræfter bag dem, deres implementering og konsekvenser.

Kapitlet bygger på eksisterende beskrivelser, evalueringer og analyser af reformer. En længere liste over reformer og tiltag i de udvalgte lande findes i appendix A.

Sundhedsstrukturreformer på tværs af lande Ensartede udfordringer og mål

Reformerne af sundhedsvæsenet har på tværs af lande i vidt omfang haft fokus på at løse de samme udfordringer: Manglende koordinering mellem sektorer, ulig adgang og kvalitet på tværs af geografi, ulighed i sundhed samt behov for at reducere udgifter.

Disse udfordringer opleves stigende i landene i takt med demografiske ændringer, medicinske fremskridt (og deraf stigende behov for prioritering) og begrænsninger i ressourcer.

Kilde: BCG analyse

Derfor ses der også meget enslydende mål med reformerne på tværs af lande: Understøtte bedre koordination, sikre kvalitet i adgang og service, styrke forebyggelsen ift. bl.a. kronikergrupperne, og levere mere sundhed for pengene.

Der ses også en tendens til, at reformerne har haft et langsigtet mål om at styrke sundhedsvæsenets muligheder for at håndtere fremtidige udfordringer. Uanset de mange ligheder skal reformerne dog ses i det konkrete lands kontekst, da de i høj grad er påvirket af sundhedsvæsenets historie og strukturelle vilkår. På næste side ses et overblik over reformer i de fem lande, og efterfølgende udfoldes de som cases.

To overordnede tilgange til reformer

Vi ser på tværs af lande to forskellige tilgange til reformer i sundhedsvæsenet - en *transformativ* (EN og FI) og en *inkrementel* (NO, SE og NL).

For begge typer reformer er målene i vidt omfang de samme. Der ses også en tendens til, at eksekvering kan være udfordrende for begge typer, da landene har flere enheder som historisk har haft forskellige lederskab, finansiering og en høj grad af autonomi. Herudover påvirkes landene af recession, udfordringer med at få tilstrækkelig arbejdskraft på sundhedsområdet samt opgaveophobning fra COVID-19.

Transformativ reformer i England og Finland

De to lande har begge for nylig indført meget radikale strukturelle ændringer af sundhedsvæsenet. I begge lande er der etableret nye enheder, som skal varetage sundhedsydelse på tværs af primær- og sekundærsektor.

Der ses en afvejning mellem effektivitet og stordriftsfordele i større enheder på den ene side og fleksibilitet og responsivitet i de mindre enheder på den anden side.

Størrelse på regionerne: I Finland har de nye velfærds-serviceregioner typisk 250.000 borgere men varierer mellem 30 - og 600.000. I England er den gennemsnitlige ICS 1,5 mio. borgere, og de varierer mellem 0,5 og 3,5 mio.

Målene med reformerne er i vidt omfang de samme, men motiverne varierer. I Finland har en administrativ centralisering længe været et ønske, og den aktuelle reform anses som et kompromis i den forbindelse. I England er reformen et element i NHS' tiårsplan fra 2019.

Modtagelsen er meget forskellig: Hvor ICS'erne generelt er blevet godt modtaget, har velfærdsserviceregionerne fået kritik for ikke at løse de oplevede udfordringer.

Inkrementelle reformer i Sverige, Norge og Holland






Målene er her at styrke koordination og primærsektor samt reducere anvendelsen af hospitaler. Forskellen ligger i en balance mellem at opnå målene og fastholde lokal autonomi.

Statens rolle varierer: I Norge har staten stor indflydelse på den sekundære sektor, kommunerne står for de primære sundhedsydelser men med et statslige budget. I Sverige er sundhedsydelserne decentraliseret til regioner og kommuner, mens de i Holland fungerer mere på markedsvilkår.

Forskellige implementeringsgreb: I Norge mere normerende og med større statslig kontrol, i Sverige blødere aftaler med kommuner og regioner, og i Holland som ny policy men den praktiske implementering er lagt ud til systemet.

Modtagelse: I Norge kritisk men det har banet vej for en reform af den primære sektor. I Sverige er ændringerne mest på strategisk niveau og opleves mindre i praksis. I Holland har reformen medført stigende udgifter til multimorbide patienter og begrænset substitution fra sekundær til primærsektor.

Oversigt over større tiltag i de udvalgte lande

Land	Tiltag	år	Baggrund/formål	Ansvar og implementering	Litteraturoversigt
	Health and Care Act	2022	<p>Etablering af integrerede lokale enheder Formål: Kernen i Health and Care Act er Integrated Care Systems (ICS'er): 42 juridiske enheder på tværs af landet der står for ressourcefordeling og udvikling af den lokale strategi for sundhedsvæsenet og sociale indsatser. Formålet er at fremme samarbejde mellem system-partnere (fx NHS org. og lokale myndigheder) mhp. at forbedre resultater, takle uligheder og øge produktivitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Top-down pres gennem national lovgivning • Vedtaget i parlamentet i april 2022; Den største ændring af det nationale sundhedssystem i et årti 	<ul style="list-style-type: none"> • UK Public General Acts • King's fund • British Medical Association • NHS providers • Hewitt Review: an independent review of integrated care systems
	Finlands "Sote-uudistus" reform af sundheds- og socialområdet	2023	<p>Centralisering af ansvar og ressourcer på regionalt plan Formål: Forbedre adgang til social- og sundhedsydelser af høj kvalitet, især til primærsektor samt reducere ulighed i sundhed. Reformen indebærer reorganisering af offentlige sundheds- og sociale ydelser i Finland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bred enighed om behovet for at reformere det finske sundhedssystem, men det var en udfordring at nå frem til en gennemførlig politisk konsensus • Top-down pres gennem lovgivning 	<ul style="list-style-type: none"> • Reform af sundheds- og socialvæsenet
	Oprettelse af "Care Groups"	2010	<p>Bundtbetaling for integreret behandling af kroniske patienter Formål: Fokus på forbedret og mere integreret håndtering af kroniske sygdomme, øget økonomisk og klinisk ansvar i primærsektor - dog baseret på frivillig deltagelse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regeringen samarbejdede tæt med ekspertgrupper, hospitalsalliancer, internationale konsortier og en lang række andre interessenter 	<ul style="list-style-type: none"> • Bundled payments for chronic diseases /.../ in the Netherlands (Health Pol 2021) • Hollands Institut for Folkesundhed og Miljøet (1; 2)
	Samhandlingsreform	2012	<p>Bedre koordinering af primær- og hospitalsbehandling Formål: Forbedret koordinering af sundhedsydelser mellem kommuner og hospitaler. Målet er, at patienten modtager den rigtige behandling på det rigtige tidspunkt og sted</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De vigtigste politiske virkemidler var national lovgivning, finansielle instrumenter og etablering af obligatoriske samarbejdsaftaler mellem kommuner og sygehuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering av samhandlingsreformen • BMC Health Services Research
	Omställning till god och nära vård	2018-	<p>Styrket rolle for den primære pleje Formål: Styrke primærsektor på både kommunalt og regionalt niveau og forbedre koordinering på tværs af sektorer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gradvis overgang. Vigtigste redskaber er målrettede statstilskud og aftaler mellem regeringen og repræsentanter for regionale og lokale myndigheder, som understøttes af en række nye centrale love 	<ul style="list-style-type: none"> • Överenskommelse Mellan staten och Sveriges kommuner och Regioner • Vårdanalys



Case | Health and Care Act (2022) Etablering af integrerede lokale enheder

Baggrund og formål:

Det primære mål i Englands 'Health & Care Act' er at tilvejebringe et juridisk rammeværk, der støtter samarbejde og partnerskaber mhp. at integrere ydelser. Det sker gennem fastlæggelse af integrated care systems (ICS) som juridiske enheder, der samler NHS organisationer ("trusts"), lokale myndigheder og andre systempartnere (fx almen praksis) mhp. at tage et kollektivt ansvar for sundhedsydelser i et område på mellem 500.000-3,5 mio borgere. ICS'er står for både planlægning og indkøb af sundhedsydelser, og hensigten med disse er at samle både indkøbere ("commissioners") og leverandører af ydelser mhp. at målrette sundheds- og sociale tilbud til lokale behov (se case side 19). Udover at videreudvikle integration mellem sundhed- og sociale indsatser indeholder loven en række andre tiltag, herunder **1)** udvidelse af Departementschefens (Secretary of State for Health) beføjelser til at styre NHS, **2)** støtte til datadeling mellem udbydere af sundhed og sociale indsatser samt indførelse af et livstidsloft for brugerbetaling til personlig pleje.

Proces, vedtagelse og implementering:

- 2019, jan.: NHS udgav 'NHS Long Term Plan', en 10 års-strategi for NHS. Planens kerne er et løft i primærsektor gennem ICS'er
- 2021, jul.: Forslaget til Health and Care-loven fremsættes i parlamentet
- 2022, apr.: Forslaget vedtages i parlamentet
- 2022, jul.: Alle ICS'er er operationelle som juridiske organer

Tidligere regeringstiltag har over flere årtier understøttet stærke uafhængige organisationer, hvori ledere opfordres til at fokusere på deres egen organisations interesse. De nye partnerskabsbaserede strukturer i form af ICS'er giver derimod anledning til mere samarbejde og koordineret behandling, mindre juridisk bureaukrati og et skarpere fokus på forebyggelse, reduktion i ulighed og styrket sociale indsatser. Loven bemyndiger ikke en 'one-size-fits-all'-tilgang og indeholder ikke detaljerede krav til, hvordan øget samarbejde skal opnås. ICS'erne har således frihed til at tilpasse ydelser til lokale behov.

Resultater og læring:

Uafhængige evalueringer anbefaler yderligere tiltag, der erstatter nedarvet top-down resultatstyring med et større fokus på læring og forbedring, eksempelvis gennem færre nationale mål og dertilhørende prioritering af lokale mål, og ved at rammesætte kvalitetsvurderinger som feedback til udvikling snarere end compliance-tjek.



Case | Finlands "Sote-uudistus" reform af sundheds- og socialområdet (2023) Centralisering af ansvar og ressourcer på regionalt plan

Baggrund og formål:

Ansvar for organisering af sundhedsydelser samt sociale tilbud og ydelser blev overført fra kommuner til 21 større velfærdsserviceregioner (~30-600k personer) og Helsinki by 1. januar '23. Hovedformålet med "Sote-uudistus" reformen var at give bedre adgang til ydelser af høj kvalitet, især i primærsektor, samt at mindske ulighed i sundhed. Overordnet sigtes der mod at integrere sundhedsydelser og sociale tilbud og ydelser.

Proces, vedtagelse og implementering:

- 2021, jun.: Reform godkendt af parlamentet
- 2021, sept.: Velfærdsserviceregioner oprettet under midlertidige administrationer
- 2022, jan.: Første valg til råd i velfærdsserviceregioner; råd i drift fra marts 2022
- 2023, jan.: Overdragelse af ansvaret for organisering af sundheds- og sociale ydelser til velfærdsserviceregionerne (inkl. 170k+ personale, aktiver) inkl. finansiering heraf

Siden årtusindeskiftet har en række centrale regeringer i Finland forsøgt at reformere sundhedsvæsenet (inkl. sociale indsatser) for at øge størrelsen af de administrative enheder, der organiserer tjenester. Forslagene er slået fejl pga. juridisk inkonsistens og politiske uenigheder. I den endeligt vedtagne reform var der nogle væsentlige forskelle fra tidligere forslag: **1)** En særlig løsning for Uusimaa-regionen, herunder Helsinki by; **2)** Rollen for private virksomheder og valg af behandling for borgere blev kraftigt nedtonet; **3)** En langsigtet løsning på finansieringen af velfærdsserviceregioner er endnu ikke fastsat.

Resultater og læring:

Ansvar for organiseringen af sundhedsydelser og sociale tilbud og ydelser ligger nu hos økonomisk stærkere organer, om end de nye regioner er små sammenlignet med tilsvarende regionale enheder i andre nordiske lande. Den administrative reform er dog kun begyndelsen - det egentlige arbejde med at forbedre tjenester skal udføres af de selvstyrende velfærdsserviceregioner og deres tilhørende råd. Den samlede reform betragtes som strukturel og administrativ men mangelfuld ift. konkrete forslag, der kan lede opfyldelse af reformens mål. Herudover kritiseres finansieringsprincipperne - regionerne er hovedsageligt finansieret af staten og kan ikke selvstændigt træffe beslutning om finansiering, da de ikke har beskatningsret (hvilket kommunerne havde).



Case | Oprettelse af "Care Groups" (2010) Bundtbetaling for integreret behandling af kroniske patienter

Baggrund og formål:

Holland indførte i 2010 "bundtbetaling" ("bundled payments"/samlet betaling) for indsatsen til patienter med kroniske sygdomme. Med dette system får grupper af primære sundhedsprofessionelle (typisk alment praktiserende læger), kaldt "Care Groups", en årlig refusion fra forsikringselskaberne for den samlede behandling af patienter med KOL, diabetes eller kardiovaskulær sygdom. Dette dækker den primære behandling, dvs. ydelser til håndtering af sygdommen samt til reduktion af risiko for komplikationer.

Care Groups er juridiske enheder der drives som selvstændige virksomheder. De består af et frivilligt partnerskab af 4-150 udbydere i primærsektor (hovedsageligt alment praktiserende læger), og varetager organisering af integrerede programmer for udvalgte kroniske lidelser. Care Groups sørger for at behandlingen udføres, enten af gruppen selv eller af underleverandører. Bundtbetalingen dækker tværfaglige ydelser baseret på de nationalt etablerede standarder.

Det overordnede mål med initiativet er at fjerne hindringer for samarbejde og at sikre midler til elementer, der ikke direkte involverer behandling, fx koordinering. Patientindskrivning til programmet er frivilligt og baseret på inklusions- og eksklusionskriterier.

Proces, vedtagelse og implementering:

- 2005: Handlingsplan for forbedring af diabetesbehandlingen, udarbejdet af en national diabetes-taskforce, førte til implementering af ordninger for bundtbetaling
- 2008: Det hollandske sundhedsministerium offentliggjorde hvidbogen "Programmatic Approach to Chronic Diseases", der forudså skalering af betalingsordningen
- 2010: Det hollandske parlament implementerede bundtbetaling nationalt og udvidede det til tre andre lidelser; parallelt hermed blev Care Groups til en ny juridisk enhed.

Resultater og læring:

Modellen har fokus på klinisk ekspertise, idet Care Groups ledes af udbydere, der kan bruge klinisk viden til at opnå effektiv pleje af høj kvalitet. Derudover har reformen et "up-stream" fokus idet hensigten er at forbedre ydelser i primærsektor for at forhindre dyr, specialiseret pleje. Alligevel ses det i evalueringer, at sundhedsudgifterne steg efter reformen, især for multimorbide patienter.



Case | Samhandlingsreform (2012) Bedre koordinering af primær- og hospitalsbehandling

Baggrund og formål:

Hovedformålet med samhandlingsreformen ("Coordination Reform") var at forbedre koordineringen mellem kommunernes primære sundhedstjenester og sygehusene og at tilskynde kommunerne til at udvide de lokale, primære sundhedstjenester. Hensigten var at reducere de samlede omkostninger og forhindre unødvendig hospitalsbehandling samt muliggøre tidligere udskrivning, ikke mindst blandt ældre med kroniske sygdomme.

Proces, vedtagelse og implementering:

- 2008: Norsk lovforslag om "Samhandlingsreform" offentliggjort
- 2009-2010: Omfattende høringsrunder med interessenter og i parlamentet
- 2011: Endelig lovgivning vedtaget med bred parlamentarisk støtte
- 2012: Den nye lov træder i kraft.

Nøglelovgivning: Lov om kommunal sundhed og pleje; lov om offentlig sundhed.

Reformen indførte flere centrale ændringer: Kommunerne fik det fulde ansvar for patienter, der var klar til at blive udskrevet fra sygehusene og fik medansvar for finansieringen af sygehusbehandlingen. Kommunerne fik finansiel støtte til håndtering af det øgede kommunale ansvar og et system med samarbejdsaftaler blev indført. Det kommunale medfinansieringsansvar fungerede ikke tilfredsstillende, fx blev den økonomiske risiko for kommunerne vurderet til at være for høj. Denne blev derfor udfaset i 2015.

Resultater og læring:

Den samlede konklusion fra en gennemgang i 2016 er at reformen ikke har bidraget til at realisere målene, for eksempel førte den ikke til reduceret brug af specialpleje eller hospitalsindlæggelser.

Dette lagde fundamentet for den efterfølgende reform af den primære sektor og folkesundhed - en strategi, der omfatter arbejde i tværfaglige teams, som er tilpasset patientgruppernes forskellige behov, samt bedre uddannelse til sygeplejersker, så de i højere grad kan overtage opgaver fra alment praktiserende læger.



Case | "Omställning till god och nära vård" (2018) Styrket rolle for den primære pleje

Baggrund og formål:

Målet med reformen fra 2018 er, at patienten får en god, tæt og koordineret behandling, der fremmer sundhed på en effektiv måde. Reformen har karakter af en langsigtet omstillingsplan, der har til formål at udvikle en stærk primærsektor som fundament for, at sundhedsvæsenet kan håndtere både aktuelle og fremtidige udfordringer. I den sammenhæng skal sundhedsvæsenet blive mindre hospitalscentreret og mere fokuseret på primærsektor. Samlet set sætter reformen større fokus på udbydere af primære sundhedsydelser, som skal have et bedre samspil med den specialiserede indsats, kommunernes sociale indsatser og andre aktører.

Reformen sigter mod øget tilgængelighed, mere personcentrerede indsatser og øget kontinuitet i primærsektor og består af følgende fokusområder:

- Rolle og funktion for primærsektor skal tydeliggøres
- Ambulant behandling skal styrkes med primærsektor som omdrejningspunkt (forbedret koordinering i og mellem sundhedsudbydere, forbedret adgang, introduktion af patientkontrakter, øget kontinuitet og inddragelse for og af patienter og pårørende og derudover sundhedsfremme og forebyggelsesarbejde
- Prioritering af digitale initiativer
- Styrket samarbejde mellem regioner og kommuner
- Mitigering af mangel på praktiserende læger og forbedrede forhold for sundhedspersonale generelt
- Lettere adgang til sundhedsdata for medarbejdere og borgere.

Proces, vedtagelse og implementering:

- 2018: Social- og sundhedsministeriet (Socialdepartementet) præsenterer hvidbog med mål og forslag til plan
- 2019-2023: Årlige aftaler mellem Socialdepartementet og SKR ("Sveriges Kommuner och Regioner") om at støtte arbejdet i regioner og kommuner i forbindelse med omstillingen
- 2019: Ny lov træder i kraft og styrker garanti for adgang til primærsektor inden for en tidsramme
- 2022: Nye love vedrørende primærsektor træder i kraft: 1) Mission for primærsektor blev udvidet; 2) Valg af sundhedshus (vårdcentral) skal ske på forhånd, og kan kun ændres to gange om året
- 2023: Nye love træder i kraft: Mulighed for at kommunale og regionale sundhedsudbydere kan dele patientinformation gennem direkte adgang.


Regeringen bruger en kombination af lovgivning, aftaler med SKR og økonomisk bidrag til at støtte overgangen.

Resultater og læring:

Hvor langt regioner og kommuner er kommet med gennemførelsen af overgangen varierer på tværs af landet. Der opleves generelt bred støtte til reformens mål, men der savnes konkrete resultater trods mange igangværende aktiviteter. Betingelserne for den primære sektor er stort set uændrede og de økonomiske ressourcer og adgangen til kompetence vurderes ikke til at svare til stigningen i antallet af opgaver.



Notatets indholdsfortegnelse






1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
 Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58






Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58







England | Reformerne sigter mod større integration af pleje og tværsektorielle partnerskaber, der forbedrer lokalbefolkningens sundhed og trivsel

Land	Initiativ	År	Beskrivelse	Kilde(r)
	Health and Care Act	2022	Den største lovgivningsmæssige ændring af NHS i et årti, som ophæver mange af de ændringer, der blev indført med "Health and Social Care Act" fra 2012. Den formaliserer ICS'er som "indkøbere" ("commissioners") af lokale, offentlige tjenester og giver også Departementschefen (Secretary of State for Health and Social Care) øget beføjelse over sundhedsvæsenet. Den politiske hensigt er, at indkøbere og leverandører af sundhedsydelser og sociale indsatser i de nye ICS'er i stigende grad skal arbejde hånd i hånd for at planlægge ydelser for deres befolkninger.	<ul style="list-style-type: none"> • An independent review of integrated care systems (Patricia Hewitt) • The Health and Care Act 2022 (The King's Fund) • British Medical Association
	NHS Long-Term plan	2019	NHS England og andre nationale agenturer offentliggjorde "NHS Long Term Plan" i 2019 - en 10-årig strategi for forbedring og reform af NHS. Planen havde til formål at udvide primærsektoren (bl.a. gennem udvikling af Primary Care Networks, (PCN'er), styrke indsatsen inden for forebyggelse samt sundhedulighed og forbedre behandlingskvalitet. Det blev forventet, at ICS'er blev etableret for at lede serviceforbedringer på tværs af lokalsamfund på ca. 1-3 millioner borgere. Som en central del af planen, samler PCN'er almene praksisser for at arbejde i større skala. Alment praktiserende læger arbejder sammen med lokalsamfund og leverandører af ydelser inden for mental sundhed, sociale indsatser, farmaci og frivillig sektor i deres lokalområder i PCN'er. NHS England har beskrevet PCN'er som byggestenen for de senere ICS'er.	<ul style="list-style-type: none"> • United Kingdom: health system review 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies) • NHS England
	NHS Five Year Forward View	2014	"NHS Five Year Forward View" blev offentliggjort i 2014 og afviste tanken om at fremme konkurrence mellem sundhedsleverandører for i stedet at fremme samarbejde og integration af tjenester inden for NHS og mellem sundhed og sociale indsatser ("social care"). Trods manglen på en plads i den formelle NHS-struktur, etablerede de nationale NHS-ledere regionale partnerbestyrelser bestående af NHS "indkøbere", leverandører og lokale myndigheder - først kaldet "Sustainability and Transformation Partnerships" i 2015, og derefter ICS'er, for at planlægge lokale ydelser og i fællesskab forvalte begrænsede ressourcer.	<ul style="list-style-type: none"> • United Kingdom: health system review 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Care Act	2014	Reform af sociale indsatser ("social care") på voksenområdet definerede formålet med sociale indsatser som fremme af trivsel, herunder: Forbedring af menneskers fysiske og følelsesmæssige sundhed, forhold til andre, kontrol over deres liv, deltagelse i arbejde, uddannelse, træning eller fritid, bæredygtighed i boligsituation m.m. I 2014 fremsatte "Care Act" et loft over det maksimumsbeløb, som en person skulle betale for personlig pleje på voksenområdet. Loftet blev dog ikke indført, og personlig pleje på voksenområdet modtog fortsat begrænset statsstøtte. I 2021 meddelte regeringen, at der i 2023 vil blive indført et loft for plejeomkostningerne på 86.000 GBP. Dette loft over udgifterne til pleje var en del af "Health and Care Act" i 2022.	<ul style="list-style-type: none"> • United Kingdom: health system review 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Health and Social Care Act	2012	"Health and Social Care Act" fra 2012 indførte omfattende ændringer af strukturen i NHS og søgte at styrke konkurrencen i det engelske sundhedsvæsen og decentralisere beslutningstagningen. Der blev oprettet "Clinical Commissioning Groups" (CCG'er) til at indkøbe de fleste lokale sundhedstjenester. En indledende uafhængig vurdering af reformen i 2015 konkluderede, at ændringerne havde været "skadelige og distraherende" for NHS.	<ul style="list-style-type: none"> • United Kingdom: health system review 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies)





Finland | Bred enighed om behovet for at reformere sundhedssystemet, men det var en udfordring at nå frem til en gennemførlig politisk konsensus

Land	Initiativ	År	Beskrivelse	Kilde(r)
	"Sote-uudistus" reform af sundheds- og socialområdet	2023	Omstrukturerede organiseringen af offentlige sundhedsydelser samt sociale tilbud og -ydelser i Finland. Ansvar for organisering af sundhedsvæsenet, sociale tilbud og -ydelser samt redningstjenester blev overført fra kommuner og fælleskommunale myndigheder til 21 nyetablerede velfærdsserviceregioner samt Helsinki by pr. 1. januar 2023.	<ul style="list-style-type: none"> • Finnish Government - Health and social services reform
	Regeringens forslag til reform af den regionale regering og sundheds- og socialområdet	2015-2019	<p>Idéen lignede 2023-reformen: 18 nye administrative amter med demokratiske folkevalgte råd ville være ansvarlige for de fleste former for sundhedsydelser, som ville få alle midler fra centralregeringen. Derudover omfattede reformen en omfattende patientvalgs- og konkurrencemodell, som blev fundet uforenelig med den finske forfatning.</p> <p>Forslaget havde store udfordringer på grund af de mange forskellige meninger, der repræsenterede forskellige præferencer, hvilket ultimativt fik reformen til at kollapse, hvorefter hele regeringen gik af.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Why did Social and Healthcare Services Reform Fail in Finland? • Finland: health system review 2019 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Forslag fra alle partier om reform af sundhedsvæsenet og sociale indsatser	2011-2014	<p>Efter en række mislykkede forsøg på at styrke samarbejdet mellem kommuner i 2000'erne, forsøgte to regeringer at etablere større kommuner i løbet af 2011-2014. Den næsten enstemmige opfattelse var, at organiseringen af bedre sundhedsydelser ville kræve en befolkning på mindst 200.000. Planen var oprindeligt at opnå dette ved at konsolidere kommunerne til større enheder, men forslaget fik ikke politisk tilslutning. Et nyt forslag blev udviklet, baseret på etableringen af fem overordnede regionale enheder til organisering af sundhedsydelser samt sociale tilbud og -ydelser. Det ville dermed være en kraftig reduktion i antallet af enheder der varetager ydelser. Finansieringssystemet ville dog have været det samme uden ændringer i kommunernes økonomi ift. sundhedsydelser.</p> <p>Forslaget blev dog afvist af Grundlovsudvalget på grund af konflikter med den finske forfatning vedrørende kommunernes selvstyre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Why did Social and Healthcare Services Reform Fail in Finland? • Finland: health system review 2019 (European Observatory on Health Systems and Policies)



Holland | Med større reformer blev der indført en markedsmechanisme for at skabe incitament til en mere effektiv tilrettelæggelse af sundhedsvæsenet

Land	Initiativ	År	Beskrivelse	Kilde(r)
	Aftale om integreret sundhed	2022	Aftale indgået af parter, der repræsenterer hele sundsvæsenet (undtagen almen praksis) mhp. at sikre høj kvalitet, tilgængelighed og et økonomisk overkommeligt sundhedsvæsen i fremtiden. Aftalen løber over fire år, hvor interessenter i fællesskab forpligter sig til at arbejde mod et hensigtsmæssigt brug af ydelser mhp. at yde støtte tættere på og med mere tid til patienten. Interessenter er yderligere forpligtet til mere regionalt samarbejde, styrkelse af den primære sektor, fokus på forebyggelse og bedre arbejdsvilkår for sundhedspersonale.	<ul style="list-style-type: none"> The Integrated Healthcare Agreement - where do we go from here? (Public Matters) 'Historic' healthcare agreement signed, except by GPs (NL Times)
	Resultat-baseret sundheds-ydelser, 2018-2022	2018	5-års plan for resultatbaserede sundhedsydelser, der sigter mod at forbedre gennemsligtigheden af resultater, så oplysninger omkring resultater vil være tilgængelige for 50 pct. af sygdomsbyrden i 2022.	<ul style="list-style-type: none"> Government of Netherlands: Outcome-based Healthcare 2018-2022
	Reform af langtidspleje	2015	Langtidspleje blev decentraliseret til kommunerne (ift. hjælp i hjemmet og social støtte) og til sygeforsikrings-selskaber for hjemmesygepleje. Overdragelse af ydelserne til kommunerne blev ledsaget af betydelige nedskæringer i de disponible budgetter.	<ul style="list-style-type: none"> Netherlands: health system review 2016 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Oprettelse af "Care Groups"	2010	Introducerede samlede betalinger for kroniske sygdomme i 2010 ved at yde årlig refusion til grupper af praktiserende læger ("care groups") for en pakke af sundhedsydelser relateret til risikostyring af KOL, diabetes eller kardiovaskulær sygdom. Betalingen dækker tværfaglige ydelser, baseret på de nationalt etablerede standarder for den pågældende lidelse.	<ul style="list-style-type: none"> Netherlands: health system review 2016 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Introduktion af reform af social støtte	2007	Første skridt i retning af decentralisering af langtidspleje. En del af hjælp i hjemmet og psykosocial støtte blev overført til kommunerne.	<ul style="list-style-type: none"> Netherlands: health system review 2016 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Markeds-reform inden for sundheds-ydelser	2006	Den hollandske regering integrerede adskillige eksisterende sundhedsforsikringsordninger til én enkelt lovbestemt sundhedsforsikringsordning med frit forbrugervalg, som dækkede hele befolkningen. I det nye system fik forbrugerne frit valg af forsikringsudbyder mhp. at opnå øget konkurrence.	<ul style="list-style-type: none"> The market reform in Dutch health care (European Observatory on Health Systems and Policies)

Norge | De seneste reformer sigter mod større koordinering og samarbejde på tværs af sektorer

Land	Initiativ	År	Beskrivelse	Kilde(r)
	Nasjonal Helse- og Sykehusplan 2020-2023	2019	Fastlægger retningen for yderligere udvikling af hospitaler og bedre integration af tjenester leveret af hospitaler og kommuner i Norge, herunder etablering af helsefællesskaber, en ny organisatorisk løsning der formaliserer styringsstrukturer mellem kommuner og helseforetak (består af én/flere hospitaler), for at forbedre fælles planlægning og styrke koordinering.	<ul style="list-style-type: none"> National Health and Hospital 2020-2023 (Norwegian Ministry of Health and Care Services)
	Fremtidens primærhelse-tjeneste - nærhet og helhet	2015	Introduktion af teambaseret rehabiliteringsydelser. I 2017 blev kommuner og praktiserende læger inviteret til at deltage i et pilotprojekt, som fremmer brugen af tværfaglige teams som et primært redskab til forandring. Praktiserende læger er nu ansvarlige for de enkelte teams under ledelse af hver kommune. Det faktiske projekt begyndte i foråret 2018.	<ul style="list-style-type: none"> Norway: health system review 2020 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Kvalitet og patientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten	2013	Målet var at tilvejebringe en samlet tilgang til kvalitet og patientsikkerhed ved bl.a. at gennemføre kvalitetsforbedringsinitiativer, øge antallet af indsamlede kvalitetsindikatorer, etablere nye kvalitetsindikatorer samt afprøve kvalitetsbaseret finansiering af hospitaler (i mindre skala).	<ul style="list-style-type: none"> Norway: health system review 2020 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Samhandlings-reformen	2012	Reformen fokuserede på at forbedre koordineringen af sundhedsydelser mellem kommuner og sygehuse ved fx give kommuner det fulde ansvar for patienter, der var klar til at blive udskrevet fra sygehuse samt udvide patienternes valg. Målet er, at patienten får den rette behandling - på det rigtige sted og på det rigtige tidspunkt.	<ul style="list-style-type: none"> Norway: health system review 2020 (European Observatory on Health Systems and Policies)

Sverige | Tiltag har haft fokus på at styrke det nære sundhedsvæsen

Land	Initiativ	År	Beskrivelse	Kilde(r)
	Omställning till god och nära vård	2018 - igangværende	Det svenske sundhedsvæsen er i øjeblikket i gang med en langsigtigt omstillingsplan mhp. at styrke den primære sektor både på kommunalt- og regionalt plan, effektueret af målrettet finansiering fra staten og en årlig aftale mellem staten og den svenske forening af lokale myndigheder og regioner (Sveriges Kommuner och Regioner). Målet med overgangen er at give patienten en god, tæt og koordineret behandling, hvor primære ydelser er omdrejningspunktet som interagerer med andre leverandører af sundheds- og sociale tilbud	<ul style="list-style-type: none">• En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav (Överenskommelse Mellan staten och Sveriges kommuner och Regioner)
	Vårdvals-reformen	2010	Den nationale lovgivning gjorde det obligatorisk for alle regioner at tilbyde frit valg af vårdcentral, samtidig med at leverandørernes indtræden og konkurrence blev lettet. Regionerne bestemmer selv de nøjagtige vilkår for fx betalingsmodel og har mulighed for at indføre valg af behandlingsprogrammer, også inden for det specialiserede område	<ul style="list-style-type: none">• Införandet av vårdvalet i primärvården (Socialstyrelsen)• VEM har vårdvalet gynnat?



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58



Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
National Cabinet Statement on a better future for the federation (2023), Australian Government Department of Health and Aged Care	National Cabinet Statement on a better future for the federation Australian Government Department of Health and Aged Care	Australien
Danske Regioner hjemmeside	www.Regioner.dk	Danmark
Danskernes brug af sundhedsvæsenet (2016), Sundhedsdatastyrelsen	(Microsoft Word - Dryp - forbrug i sundhedsvæsenet - 161116) (sundhedsdatastyrelsen.dk)	Danmark
Deep End Danmark hjemmeside	https://www.deepend-denmark.dk/	Danmark
Denmark: health system review (2012), European Observatory on Health Systems and Policies	Denmark: health system review 2012 (who.int)	Danmark
Det primære sundhedsvæsen (2022), Sundhedsstyrelsen	https://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/Det-primære-sundhedsvaesen	Danmark
Dobbelt diagnose, dobbelt behandling, dobbelt problem (2020), Bedre Psykiatri	https://bedrepsykiatri.dk/dobbelt-diagnose-dobbelt-behandling-dobbelt-problem/	Danmark
Faktaark (2022), Praktiserende Lægers Organisation	https://www.laeger.dk/media/1e3cuftt/plo_faktaark_2022.pdf	Danmark
Indenrigs- og Sundhedsministeriet hjemmeside	https://sum.dk/	Danmark
Initiativkatalog - Initiativer til forbedring af kapacitetsanvendelsen (2019), BCG, MUUSMANN, Dorthe Crüger	Initiativkatalog - Initiativer til forbedring af kapacitetsanvendelsen.pdf (sum.dk)	Danmark
Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser (2013), Det Nationale Forskningscenter for Velfærd	https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2019/09/2013-integrerede-indsatser.pdf	Danmark
International Health Care System Profiles - Denmark (2020), The Commonwealth Fund	https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark	Danmark
Kronikerindsatsen internationalt - Analyse af Internationale Eksempler (2017), BCG	Kronikerindsatsen internationalt.pdf (sum.dk)	Danmark
Ledelsesresume - Analyse af kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger i Danmark (2019), BCG, MUUSMANN, Dorthe Crüger	Ledelsesresume - Analyse af kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger i Danmark.pdf	Danmark
Privathospitalernes udbudstaks: 43 pct. Af DRG-taksten (2016), CEPOS	https://www.sundheddanmark.nu/media/1142/2014-04-19_-_privathospitalernes_udbudstakst_-_43_pct_af_drg-taksten_-_version2.pdf	Danmark
Psykiatri under pres (2019), Psykiatrifonden	https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Psykiatri%20under%20pres%202019_FINAL%20%28002%29.pdf	Danmark

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Psykiatrien er presset - patienter får ikke den behandling de har behov for (2022), Dansk Psykolog Forening	https://www.dp.dk/psykiatrien-er-preset-patienter-faar-ikke-den-behandling-de-har-behov-for/	Danmark
Psykiatrifondens hjemmeside	https://psykiatrifonden.dk/	Danmark
Region Nordjyllands hjemmeside	https://rn.dk/	Danmark
Sundhedsaftalen 2019-2023: Kommissorium for Tværsektoriel strategisk styregruppe (2019), Region Hovedstaden	https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Organisering/Documents/Tv%C3%A6rsektoriel%20strategisk%20styregruppe%20Kommissorium%202020719.pdf	Danmark
Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside	https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da	Danmark
Sundhedsstyrelsens hjemmeside	www.Sundhedsstyrelsen.dk	Danmark
"Vi kan ikke løse hele problemet. Men nu gør vi noget" (2023), Ugeskrift for Læger	https://ugeskriftet.dk/nyhed/vi-kan-ikke-lose-hele-problemet-men-nu-gor-vi-noget	Danmark
A Guide to the Health and Care Act (2022), NHS Providers	https://nhsproviders.org/a-guide-to-the-health-and-care-act-2022	England
An independent review of integrated care systems (2023), The Hewitt Review	https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1148568/the-hewitt-review.pdf	England
Delegation of NHS England's direct commissioning functions to integrated care boards (2020), NHS England	https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/05/PAR1440-letter-delegation-of-nhse-direct-commissioning-functions-to-icbs.pdf	England
Get in on the Act: Health and Care Act 2022, Local Government Association	https://www.local.gov.uk/publications/get-act-health-and-care-act-2022	England
GP funding and contracts explained (2020), The King's Fund	GP funding and contracts explained The King's Fund (kingsfund.org.uk)	England
Health and Care Act 2022, UK Legislation	https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/contents/enacted	England
Health and Care Bill granted Royal Assent in milestone for healthcare recovery and reform (2022), Department of Health and Social Care	https://www.gov.uk/government/news/health-and-care-bill-granted-royal-assent-in-milestone-for-healthcare-recovery-and-reform	England
ICS Network Resources, NHS Confederation	ICS Network Resources NHS Confederation	England
Integrated Care Systems Explained: Making Sense of Systems, Places and Neighbourhoods (2022), The King's Fund	https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained	England
International Health Care System Profiles - England (2020), The Commonwealth Fund	https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england	England
Introducing Integrated Care Systems (2023), House of Commons: Committee of Public Accounts	https://committees.parliament.uk/publications/33872/documents/185310/default/	England

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes (2022), Department of Health & Social Care	https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2022/10/Integrated-Care-Systems-Funding-and-accountability-for-local-health-and-care.pdf	England
Introductory guide to NHS finance (2023), Healthcare Financial Management Association (HFMA)	https://www.hfma.org.uk/docs/default-source/publications/guides/intro-to-nhs-finance/hfma-introductory-guide-to-nhs-finance.pdf?sfvrsn=74dd76e7_20	England
NHS Confederation hjemmeside	NHS Confederation	England
NHS England hjemmeside	NHS England	England
NHS Long Term Plan hjemmeside	https://www.longtermplan.nhs.uk/	England
Place-based Partnerships Explained (2022), The King's Fund	https://www.kingsfund.org.uk/publications/place-based-partnerships-explained	England
Policy paper: A plan for digital health and social care (2022), UK Government	https://www.gov.uk/government/publications/a-plan-for-digital-health-and-social-care/a-plan-for-digital-health-and-social-care	England
Primary care networks explained (2020), The King's Fund	https://www.kingsfund.org.uk/publications/primary-care-networks-explained	England
Progress in improving mental health services in England (2023), Department of Health & Social Care	https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2023/02/Progress-in-improving-mental-health-services-CS.pdf	England
Quality and Outcomes Framework (2022), NHS Digital	https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/general-practice-data-hub/quality-outcomes-framework-qof	England
Regional economic activity by gross domestic product, UK: 1998 to 2021, Office for National Statistics	https://www.ons.gov.uk/economy/grossdomesticproductgdp/bulletins/regionaleconomicactivitybygrossdomesticproductuk/1998to2021#gross-domestic-product-by-uk-country-and-region	England
Revenue finance and contracting guidance for 2023/2024 (2023), NHS England	https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/01/PR00021ii-guidance-on-23-24-revenue-finance-and-contracts.pdf	England
Rosen, Rebecca, et al. "Is bigger better? Lessons for large-scale general practice" (2016), London Nuffield Trust	Is bigger better? Lessons for large-scale general practice Nuffield Trust	England
Smith, Judith A., et al. "Primary care networks: are they fit for the future?" (2021), British Journal of General Practice	Primary care networks: are they fit for the future? - PMC (nih.gov)	England
Statutory guidance: Formal notice of a mandate for all adult social care providers (2023), UK Government	https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-provider-information-provisions-formal-notice/formal-notice-of-a-mandate-for-all-adult-social-care-providers	England

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
The doctor exodus - with focus on the Scandinavian context (2023), British Medical Journal	https://blogs.bmj.com/bmjgh/2023/04/13/the-doctor-exodus-with-focus-on-the-Scandinavian-context/#:~:text=A%20staggering%20one%20third%20of,shortage%20of%20specialised%20medical%20doctors	England
The Act, Part 2 - Health and Social Care, NHS Providers	https://nhsproviders.org/a-guide-to-the-health-and-care-act-2022/the-act-part-2-health-and-social-care-information	England
The Health and Care Act (2022), The British Medical Association	https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/integration/the-health-and-care-act	England
The Health and Care Act 2022 - Key Points for Adult Social Care Practitioners, tri.x	https://www.trixonline.co.uk/articles/the-health-and-care-act-2022-key-points-for-adult-social-care-practitioners/	England
The Health and Care Act 2022: Our work to inform and make sense of the legislation	https://www.kingsfund.org.uk/projects/health-and-care-act-2022-make-sense-legislation	England
Trends in patient-to-staff numbers at GP practices in England (2022), Office for National Statistics	https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/trendsinpatienttostaffnumbersatgp practicesinengland/2022#:~:text=Across%20England%2C%20the%20number%20of,overall%20(1%2C800%20to%201%2C700)	England
United Kingdom: health system review (2022), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-review-2022	England
United Kingdom: health system summary (2022), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-summary	England
2023 NordDRG published in Finland, MedTech Reimbursement Consulting	https://mtrconsult.com/news/2023-norddrg-published-finland	Finland
Client Fees for Social and Health care Services at Wellbeing Services County of Southwest Finland (2023), Varsinais-Suomen hyvinvointialue	https://www.varha.fi/sites/default/files/2022-12/Varha%20asiakasmaksut%20englanti.pdf	Finland
Finances of the wellbeing services counties, Ministry of Finance Finland	https://vm.fi/en/finances-of-the-wellbeing-services-counties	Finland
Finland Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/finland-2019	Finland
Finland: Country Health Profile (2021), OECD	https://www.oecd.org/publications/finland-country-health-profile-2021-2e74e317-en.htm	Finland

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Finland: health system review (2019), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-review-2019	Finland
Finland: health system summary (2023), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary	Finland
Health and social services reform (2022), Sote-uudistus	https://soteuudistus.fi/en/health-and-social-services-reform	Finland
Occupational health care (2023), Kela	https://www.kela.fi/occupational-health-care	Finland
Sote-uudistus: Health and social services reform hjemmeside	https://soteuudistus.fi/en/frontpage	Finland
The Finnish Ministry of Social Affairs and Health hjemmeside	https://stm.fi/en/frontpage	Finland
The Missing Piece in Finnish Health Care Reform (2016), BCG	VBHC in Finnish.indd (bcg.com)	Finland
Wellbeing services counties will be responsible for organising health, social and rescue services on 1 January 2023 (2023), Finnish Ministry of Social Affairs and Health	https://stm.fi/web/stm/hyvinvointialueet	Finland
Why did Social and Healthcare Services Reform Fail in Finland? (2020), BIBU	https://bibu.fi/why-did-social-and-healthcare-services-reform-fail-in-finland/	Finland
Nissanholtz-Gannot, Rachel, et al. "The changing roles of community nurses: the case of health plan nurses in Israel" (2017), Israel Journal of Health Policy Research	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29274639/	Israel
Ældreomsorg i Norden (2015), Nordens Vælfærdscenter	https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/c3a4ldreomsorg20i20norden_webb.pdf	Norden
Primary Health Care in the Nordic Countries (2020), the Danish Center for Social Science Research	https://pure.vive.dk/ws/files/4892725/301661_Primary_Health_Care_in_the_Nordic_Countries_TG.pdf	Norden
Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (2016), Norges forskningsråd	https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf	Norge
Hagen, Terje P., and Oddvar M. Kaarbøe. "The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals." (2006), Health policy	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851005001570?via%3Dihub	Norge
Helsedirektoratets hjemmeside	https://www.helsedirektoratet.no/	Norge
Helsefellesskap - fordeler og utfordringer, Statsforvalteren i Nordland	https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/OSO/Seminar_etablering_Helsefellesskap_Helgeland_260122/Statsforvalteren_sitt_innlegg_26.1.22_Helsefellesskap.pdf	Norge
Helsefellesskap - hva er nå det? (2022), Rogaland legeforening	https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/rogaland/syd-vesten-artikler/2022/helsefellesskap-hva-er-na-det/	Norge

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
International Health Care System Profiles - Norway (2020), The Commonwealth Fund	https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway	Norge
Johannessen, Karl Arne, Sverre AC Kittelsen, and Terje P. Hagen. "Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis." (2017), Social Science & Medicine	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617300084	Norge
Kjernejournal dokumentdeling (2023), Direktoratet for e-helse	https://www.ehelse.no/nasjonal-e-helseportefolje/tiltak-i-nasjonal-e-helseportefolje/kjernejournal-dokumentdeling	Norge
Kjernejournal dokumentdeling, Helse Sør-Øst	https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-opdrag/hva-gjor-vi/digitalisering-og-e-helse/regionale-ikt-prosjekter/kjernejournal-dokumentdeling	Norge
Mental healthcare for adults in Norway (2022), The Norwegian Directorate of Health	https://www.helsenorge.no/en/psykisk-helse/mental-healthcare-for-adults-in-norway/	Norge
Monkerud, Lars C., and Trond Tjerbo. "The effects of the Norwegian Coordination Reform on the use of rehabilitation services: panel data analyses of service use, 2010 to 2013." (2016), BMC health services research	https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1564-6	Norge
Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Stating på helsefellesskap, Helsedirektoratet	https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap/nettverk-for-helsefellesskap/Nettverk%20helsefellesskap%20f%C3%B8rste%20m%C3%B8te.pdf/_/%0Battachment/inline/71b034d4-c824-4169-902e-9aeebc923c06:8a69cc313897c902050e3e1bb1bb744101cbdc6d/%0BNettverk%20helsefellesskap%20f%C3%B8rste%20m%C3%B8te.pdf	Norge
National Health and Hospital plan 2020-2023 (2019), Norwegian Ministry of Health and Care Services	https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/en-gb/pdfs/stm201920200007000engpdfs.pdf	Norge
Norges Regerings hjemmeside	https://www.regjeringen.no/en/id4/	Norge
Norway: health system review (2020), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/norway-health-system-review-20	Norge
Norway: health system summary (2022), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/norway-health-system-summary	Norge

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
NOU 2023: 8. Fellesskapets sykehus— Styring, finansiering, samhandling og ledelse, Regjeringen	https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/?ch=7	Norge
Resultatevaluering av sykehusreformen (2007), Norges Forskningsråd	https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254008919540.pdf	Norge
Samhandlingsreformen – Rett behandling - på rett sted - til rett tid (2008/2009), Norges Helse- og Omsorgsdepartementet	https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/	Norge
Sperre Saunes, Ingrid, Anna Sagan, and Marina Karanikolos. "Norway's Healthcare Communities are set up to build bridges between hospitals and primary care" (2020), Eurohealth	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332483/Eurohealth-26-1-29-33-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Norge
The Department of Hospital Ownership, The Norwegian Ministry of Health and Care Services	https://www.regjeringen.no/en/dep/hod/organisation-and-management-of-the-ministry-of-health-and-care-services/Departments/the-department-of-hospital-ownership/id1413/	Norge
Butler, Daniel, et al. "Establishing a Deep End GP group: a scoping review" (2022), BJGP Open	Establishing a Deep End GP group: a scoping review - PMC (nih.gov)	Skotland
GPs at the Deep End, University of Glasgow	https://www.gla.ac.uk/connect/publicengagement/projectsandevents/gpsatthedee/pend/	Skotland
Learning from General Practitioners at the Deep End (2020), Scottish School of Primary Care	http://www.sspc.ac.uk/media/Media_768557_smxx.pdf	Skotland
Watt, Graham, and Deep End Steering Group. "GPs at the deep end." (2011), British Journal of General Practice	https://bjgp.org/content/61/582/66	Skotland
Singapore Healthcare Spend (2020), International Trade Administration	Singapore Healthcare (trade.gov)	Singapore
White Paper on Healthier SG (2022), Singapores regering	healthiersg-whitepaper-pdf.pdf (go.gov.sg)	Singapore
Burström, Bo, et al. "Equity aspects of the primary health care choice reform in Sweden-a scoping review" (2017), International Journal for Equity in Health	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5273847/	Sverige
Ersättningsmodeller i primärvården (2021), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/download/18.1cb6251b183d12af1ed4f131/1666339014496/8047-037-7.pdf	Sverige
God och nära vård 2023: En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Sveriges Kommuner och Regioner, Regeringskansliet Socialdepartementet	https://skr.se/download/18.6a40047a185e2f0179f1e22e/1674823955025/Overensko mmelse - God_och_nara_vard-2023.pdf	Sverige

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Införandet av vårdval i primärvården (2009), Socialstyrelsen	https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2009-10-125.pdf	Sverige
Informationsdelning mellan kommuner och regioner (2023), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/download/18.14886988187eb187031827c8/1684238513636/Informationsdelning-mellan-kommuner-och-regioner.pdf	Sverige
International Health Care System Profiles - Sweden (2020), The Commonwealth Fund	https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden	Sverige
Is Swedish Healthcare Living on Borrowed Time? (2018), BCG	<i>kan rekvideres via BCG</i>	Sverige
Nära vård (2023), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html	Sverige
Ny lag underlättar informationsutbyte - med stöd av digitala tjänster, Inera	https://www.inera.se/aktuellt/nyheter/ny-lag-underlattar-informationsutbyte--med-stod-av-digitala-tjanster/	Sverige
Omställningen mot en god och nära vård (2023), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	https://www.vardanalys.se/rapporter/vem-har-vardvalet-gynnat/	Sverige
Ordnat för omställning? (2023), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	https://www.vardanalys.se/rapporter/ordnat-for-omstallning/	Sverige
Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2023, Regeringskansliet	https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2023/01/overenskommelse-mellan-s[...]ch-sveriges-kommuner-och-regioner-om-god-och-nara-var-d-2023/	Sverige
Så styrs sjukvården i Sverige (2023), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/ansvarsfordelningsjukvard.64151.html	Sverige
Så styrs Sverige (2021), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/skr/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/sastyrssverige.3054.html	Sverige
Specialiserad vård i hemmet (2022), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/download/18.2070d58a1817fca64d32a4f/1655736996658/Specialiserad-var-d-i-hemmet.pdf	Sverige
The doctor exodus - with focus on the Scandinavian context (2023), BMJ Global Health	https://blogs.bmj.com/bmjgh/2023/04/13/the-doctor-exodus-with-focus-on-the-scandinavian-context/	Sverige
Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2023 (2022), Socialstyrelsen	https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2022-12-8266.pdf	Sverige
Barber, Sarah L., et al., "Pricing long-term care for older persons." (2021), World Health Organization	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344505/9789240033771-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Holland

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Historic' healthcare agreement signed, except by GPs (2022), NL Times	https://nltimes.nl/2022/09/17/historic-healthcare-agreement-signed-except-gps	Holland
Hollands regering hjemmeside	https://www.government.nl/	Holland
International Health Care System Profiles - Netherlands (2020), The Commonwealth Fund	https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands	Holland
Karimi, Milad, et al. "Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients." (2021), Health policy	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021001020?via%3Dihub	Holland
Long-term care reform in the Netherlands: Too large to handle? (2015), Eurohealth	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332759/Eurohealth-21-3-47-50-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Holland
Outcome-based Healthcare 2018-2022, Hollands regering	https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/information-on-the-quality-of-care	Holland
'Primary care plus' is a strong alternative to hospital, Maastricht University	https://www.maastrichtuniversity.nl/research/caphri/our-research/creating-value-based-health-care/primary-care-plus-strong-alternative	Holland
Struijs, J. N., et al. "Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands." (2012), Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment	https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260013002.pdf	Holland
Struijs, J. N., J. T. Van Til, and C. A. Baan. "Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands: The first tangible effects" (2010), RIVM rapport	https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260224002.pdf	Holland
Struijs, J. N., J. T. Van Til, and C. A. Baan. "Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands: The first tangible effects." (2010), National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)	Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands (rivm.nl)	Holland
The Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport hjemmeside	https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport	Holland
The Integrated Healthcare Agreement - where do we go from here? (2022), Public Matters	https://publicmatters.nl/en/actueel/the-integrated-healthcare-agreement-where-do-we-go-from-here/	Holland

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
The market reform in Dutch health care: Results, lessons and prospects (2021), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-market-reform-in-dutch-health-care-results-lessons-and-prospects	Holland
The Netherlands: health system review (2016), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/netherlands-health-system-review-2016	Holland
van den Bogaart, Esther HA, et al. "Patients' perspectives on a new delivery model in primary care: A propensity score matched analysis of patient-reported outcomes in a Dutch cohort study" (2021), Journal of Evaluation in Clinical Practice	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.13426	Holland
Zorgverzekeraars (sundhedsforsikringerne), Zorgverzekeraars Nederland	https://www.zn.nl/zorgverzekeraars/	Holland
Annual Reports and Proxy Statements, Oak St. Health	https://investors.oakstreethealth.com/financials/Annual-Reports-and-Proxy-Statements/default.aspx	USA
Annual reports, Kaiser Permanente	https://about.kaiserpermanente.org/who-we-are/annual-reports	USA
Remote patient monitoring improves care for chronic disease (2021), Kaiser Permanente	https://about.kaiserpermanente.org/health-and-wellness/our-care/remote-patient-monitoring-improves-care-for-chronic-disease	USA
US Dept of Health & Human Services hjemmeside	https://www.hhs.gov/	USA
Wheatley, Benjamin. "Transforming care delivery through health information technology." (2013), The Permanente Journal	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3627785/	USA
Designing the Digital Health Care Systems That People Deserve (2022), BCG	The Digital Health Care Systems That People Deserve BCG	Generel
Global insights and market intelligence, Economist Intelligence	https://www.eiu.com/n/	Generel
Health Care Has a Purpose and Productivity Crisis (2022), BCG	Health Care Has a Purpose and Productivity Crisis BCG	Generel
Health Care Providers in Europe Need to Boost Digital Momentum (2021), BCG	Digital Adoption in the European Health Industry BCG	Generel
Horner. B., van Leeuwen, W., Larken, M., Baker, J., Larsson, St. Paying for Value in Health Care (2019), BCG	Paying for Value in Health Care (bcg.com)	Generel
International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) hjemmeside	ICHOM - Value Based Healthcare, Improving Patient Outcomes	Generel
Larsson, S., Clawson, J., & Howard, R. Value-Based Health Care at an Inflection Point: A Global Agenda for the Next Decade (2023), NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, 4(1).	Value-Based Health Care at an Inflection Point: A Global Agenda for the Next Decade NEJM Catalyst	Generel

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Larsson, S., Clawson, J., Kellar, J., Howard, R. "The Patient Priority: Solve Health Care's Value Crisis by Measuring and Delivering Outcomes That Matter to Patient". (2022)	<i>kan rekvireres via BCG</i>	Generel
Legatum Prosperity Index	https://www.prosperity.com/rankings	Generel
OECD Health Statistics 2022 database	https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm	Generel
Office for National Statistics (UK)	https://www.ons.gov.uk/	Generel
Porter, Michael E., Stefan Larsson, and Thomas H. Lee. "Standardizing patient outcomes measurement." (2016), New England Journal of Medicine	Standardizing Patient Outcomes Measurement NEJM	Generel
The Future of Digital Health (2023), BCG	The Future of Digital Health 2023 (bcg.com)	Generel
The Untapped Potential of Ecosystems in Health Care (2021), BCG	The Untapped Potential of Ecosystems in Health Care BCG	Generel
Value in Healthcare Laying the Foundation for Health System Transformation (2018), World Economic Forum	WEF Insight Report Value Healthcare Laying Foundation.pdf (weforum.org)	Generel
Value in Healthcare Mobilizing cooperation for health system transformation (2018), World Economic Forum	WEF Value Healthcare report 2018.pdf (weforum.org)	Generel
Value in Healthcare: Accelerating the Pace of Health System Transformation (2018), World Economic Forum	World Economic Forum (weforum.org)	Generel
World Health Organization, Global Health Expenditure Database	https://apps.who.int/nha/database	Generel



bcg.com