

Københavns Universitet

Sundhedsvæsen og Sundhedspolitik

Af Asma Bashir, stud med

www.asmabashir.com

Pensum:

Sundhedsvæsen og sundhedspolitik, 2. udgave, Munksgaard Danmark, København 2010
Noter fra forelæsninger og holdtimer

Kapitel 1: Sundhedsvæsen – centrale begreber og definitioner

Sundhedsvæsen:

Ifølge WHO's bred definition omfatter sundhedsvæsenet alle aktiviteter, hvis primære formål er at fremme, genoprette eller fastholde sundheden.

Roemers snævrere definition:

Et sundhedsvæsen karakteriseres som en kombinationen af ressourcer, organisation, finansiering og styring, der resulterer i produktionen af sundhedsydelser til befolkningen.

Sundhedsydelser, der er rettet til borgere:

- Undersøgelse
- Behandling
- Pleje
- Genoptræning
- Oplysning
- Forebyggelse af sygdomme

Aktiviteter der understøtter disse ydelser:

- Forskning
- Udvikling
- Undervisning
- Styring
- Regulering

Modeller til forståelse af sundhedsvæsenets organisering:

Trekantsmodellen med 4 aktørgrupper:

1. *Befolkningen og patienter* der modtager sundhedsydelser, og som finansierer dem gennem skatter, forsikringspræmier og brugerbetaling
2. *Sundhedsydere*, der leverer pleje, behandling og forebyggelse. De modtager penge enten direkte fra brugerne eller fra de finansielle formidlere. Sommetider er de ejet af de finansielle formidlere, det offentlige eller forsikringselskaber – en såkaldt integreret model – andre gange er yderne selvstændigt organiseret.
3. *Finansielle formidlere*, der kan få deres midler gennem skatter eller direkte bidrag – forsikringspræmier. De fordeler pengene til brugerne i form af udgiftsrefusion eller direkte til yderne i form af ydelseshonorering eller ifølge budgetter.

4. *Regulerende og kontrollerende institutioner* dvs. statslige eller professionsorganer f.eks. lægelige organisationer

Aktører som politikere, medier, industri er ikke medtaget.

De finansielle formidler tjener det formål at udjævne udgifterne til en behandling, der kan være så høje, at den enkelte patient ikke selv kan dække den hele på en gang, men er nødt til at fordele over flere år.

Sundhedssystemer:

- *Skattefinansierede, universelle systemer (Beveridge-planen)* – den er karakteriseret ved at alle borgere har adgang til sundhedsydelserne.
I nogle lande er der etableret skattefinansierede systemer til at betjene de fattigste og ældre borgere – en residual eller selektiv model f.eks. i USA (Medicaid og Medicare). Andre bruger det private system og selv betaler for forbruget direkte eller via forsikringsordninger, der ofte betales af arbejdsgiverne.
- *Sociale forsikringsystemer (Bismarck systemer)* – her er borgerne tvunget til at være betalende medlemmer. Betalingen er almindeligvis afhængig af indtægt, men alle medlemmer har normalt ret til samme ydelser. De danske sygekasser var et eksempel på en social forsikringsordning.
- *Private for profit-systemer* – de finansielle formidlere eller sundhedsyderne eller begge er organiserede som private virksomheder, hvor ejerne har profitmaksimering som mål f.eks. i USA.
- *Velgørenhedsbaserede systemer* – f.eks. religiøse institutioner ejer og driver sygehuse og klinikker og sørger på andre måder for de syge. I mange lavindkomstlande har valgørenhed stadig en stor betydning for forsyningen af sundhedsydelser. NGO'er har også gjort meget for at opbygge sundhedsvæsener.

Sundhedsvæseners opbygning

- *Primær sektor* – WHO definerer den primære sundhedstjeneste som de basale forhold, der skal sikre befolkningen en bedre sundhed, dvs. at det mere handler om ydelsernes art, end om hvem der yder dem:
 - Fremme af madforsyning og rigtig ernæring
 - Rent vand
 - Uddannelse i almindelige sundhedsproblemer og måder at forebygge dem på
 - Sundhedsydelser for mødre og børn samt familieplanlægning
 - Vaccination
 - Forebyggelse af sygdomme
 - Adækvat behandling af almindelige sygdomme og skader
 - Forsyning med basale lægemidler

Af sundhedsydere drejer det sig om:

- Almenpraktiserende læger – den del af det autoriserede sundhedsvæsen, som patienterne har adgang til uden henvisning

- Tandlæger
 - Praktiserende fysioterapeuter
 - Kiropraktorer
 - Sundheds- og hjemmesygeplejersker
 - Fodterapeuter
 - Apoteker
-
- *Sekundær sektor* – Sekundær sundhedstjeneste er i WHO's definition standardsygehusbehandling og specialistbehandling
 - *Tertiær sektor* – tertiær sundhedstjeneste er højt specialiseret behandling f.eks. på universitetssygehuse. Her omfatter også plejehjemmene.

Administrativ opdeling:

- Stat – de mest specialiserede sygehuse
- Region – det lavere specialiseringsniveau
- Lokalsamfund – klinikker eller sundhedscentre

Ejerskab, finansiering, produktion af ydelser og beslutningskompetence kan være samlet på det statslige niveau eller være fordelt på det regionale og lokale niveau.

Fordele ved centralisering og decentralisering:

- *Centralisering* – det sikrer større ensartethed mellem forskellige dele af landet f.eks. med hensyn til udbud og finansiering og at større enheder kan besidde større ekspertise.
- *Decentralisering* – man har lokalt flere relevante informationer om lokale behov og de ressourcer, der er til rådighed, så en central ansvarsplacering bedre kan sikre, at sundhedsydelse svarer til lokale behov.

Finansieringsformer

Sundhedsydelser finansieres altid af befolkningen via forskellige veje gennem skatter, sociale eller private forsikringer, direkte brugerbetaling og velgørenhed. Der er:

- Skatter
- Donorbidrag
- Skattefradrag
- Forsikringsprimær til sociale og private forsikringer
- Arbejdsgiverbetaling
- Velgørenhed, ind- og udenlandsk
- Direkte brugerbetaling, åbent eller under bordet

Forhold, der fremmer eller hæmmer adgang til sundhedsvæsenet:

- *Udbud:*

- Stigende udbud betyder øget forbrug og omvendt.
- Ulighed mellem patientgrupper, som nogle sundhedsydelser prioriteres højere end andre f.eks. kræftbehandlinger og kirurgi vs. psykiatri og diabetes
- Sociale eller kønsforskelle, der prioriteres højere end andre, og dermed øger eller formindsker sociale forskelle
- *Rettigheder:*
 - Valgfriheden f.eks. ved valg af sygehus. Dem med uden mange ressourcer eller manglende information har ikke de samme valgmuligheder og dermed ikke den samme adgang til ydelserne
- *Brugerbetaling:*
 - Hvis betalingen er for høj, kan den begrænse adgang til sundhedsvæsenet
- *Afstand:*
 - En centralisering f.eks. af sygehusene vil øge den geografiske ulighed i adgangen til sundhedsvæsenet. De største byer vil være bedst forsynede med de mere specialiserede ydelser.
- *Viden:*
 - Viden og udbud og behandlingsmuligheder kan være afhængig af patienternes uddannelse og sprogkunderskaber, og manglende viden om behandlingsmuligheder kan begrænse borgernes efterspørgsel og dermed deres adgang til ydelserne.
- *Sociale og kulturelle normer og traditioner*
 - Undersøgelser viser at mænd og kvinder med samme lidelser behandles forskelligt, idet mænd får flere og dyrere behandlinger, og at mennesker med forskellig social og etnisk baggrund og alder får søger og får forskellige behandlinger, som de er bekendt med
- *Sundhedstilstand:*
 - Visse sygdomme svækker patienternes evne til at efterspørge ydelserne, og dermed begrænse deres adgang til sundhedsydelserne. Det frie sygehusvalg i DK er af hensyn til patienterne begrænset for psykisk syge.

Kapitel 2: Sundhedspolitik

Politiske beslutninger er med at påvirke sundhedsvæsenet og forholdene for ansatte og patienter på de enkelte afdelinger og klinikker. Politikernes beslutninger afspejler det som de opfatter som vigtige problemer og gode løsninger, og deres forestillinger om hvordan samfundet fungerer og bør fungere. Der vil også være andre grunde for deres valg, f.eks. ønsket om at opnå eller beholde magten, vælgertilslutning mv.

3 politiske ideologiske retninger:

- **Liberalisme** – udvikledes som en reaktion mod de feudale samfundsformer, hvor magt og rigdom ofte arvedes, og hvor religionen spillede en stor rolle. Det var især personer i det fremvoksede borgerskab, der udviklede den liberalistiske tænkning og tog den til sig.
Klassisk liberalisme bygger på en forestilling om at det bedste samfund for alle borgere opnås, hvis det enkelte menneske selv har frihed til at vælge, hvordan det vil tilrettelægge sit liv uden

indblanding fra andre. Frihed til at vælge gælder, så længe mennesker ikke med deres handlinger begrænser andres frihed eller ligefrem skader dem.

Negativ frihed forstås som frihed for indblanding. Det indebærer f.eks. at overskridelse af hastighedsgrænser eller at man udsætter andre for passiv rygning, bør forhindres, men at politikere og andre beslutningstagere ikke skal påbyde brug af sikkerhedssele eller forbyde sundhedsskadelig adfærd, der kun påvirker den enkelte.

Indførelse af markedsmekanismer i sundhedsvæsenet i form af frit valg, brugerbetaling mv. – det der kaldes *New Public Management* – er i overensstemmelse med disse liberale ideer.

Staten bestemmer ikke, at sundhed er noget, alle bør efterstræbes. En klassisk liberal holdning er derfor ikke forenelig med en velfærdsstat hvor staten stiller ydelser til rådighed på basis af fælles forestillinger om hvad mennesker har brug for med henblik på at få et godt liv. Oplysning er en forpligtelse for staten, men den skal ikke komme med opfordringer eller gode råd om hvordan man bør opføre sig.

Liberalismen står i kontrast til *paternalisme*, dvs. at nogle mener at de kan træffe de bedste beslutninger på andres vegne. Individer er selvstændige og bestemmer over deres eget liv. Liberalisterne mener at paternalismen forhindrer det enkelte menneske i at træffe sine egne moralske valg og lære af sine fejltagelser, og at den gør det muligt for personer med ansvar at misbruge deres position.

Socialliberalismen indebærer, at staten skaber muligheder for mennesker til at handle f.eks. gennem at sikre alle eller de fattigste adgang til offentligt finansierede sundhedsydelser og skolegang. Denne tilgang er forenelig med en velfærdsstat, men ydelserne kun er for dem, der har mest brug for dem, og resten selv skal betale for deres ydelser. Der er tale om *en residual velfærdsstat*.

- **Konservatisme** – opstod som reaktion mod de store samfundsmæssige ændringer, der kom med den borgerlige revolution (liberalismen), og ud fra et ønske om at bevare nogle af de værdier i det tidligere samfund, der blev anset for at være truede. Disse værdier omfatter bl.a. familien, nationen, kulturen og traditionerne.

Mennesker vil altid ifølge konservativ tænkning være del af et samfund. Frihed indebærer at acceptere sine sociale forpligtelser og at gøre sin pligt. Autoriteter er beskyttere. De er med til at skabe tryghed og orden. Det samfundsmæssige hierarki er et gode og paternalismen udtryk for omsorg og beskyttelse.

Forebyggelsen er statens ansvar. Autoriteterne med deres større viden om, hvad der er godt for den enkelte, fortæller borgerne, hvordan de bør leve for at holde sig raske, og sætte grænser for deres handlinger i form af påbud og forbud.

- **Socialisme** – ifølge socialistiske tankegang er mennesker sociale væsener, der er afhængige af hinanden. Derfor er samarbejde snarere end konkurrence en naturlig menneskelig adfærd. Det er vigtigt at skabe et samfund, hvor mennesker ikke bliver syge, og de udvikler sig til at være ansvarlige og sociale borgere.

Ligesom konservatismen hylde socialismen bestemte værdier: lighed, ligestilling mellem kønnene og solidaritet, som staten og fællesskabet skal sørge for at fremme.

Universalisme er et mål. Herved forstås, at alle skal have adgang til sundhedsvæsenet, til folkepension, til sygedagpenge mv..

Det er statens ansvar for den enkelte borgers velfærd og sundhed.

	VALGFRIHED	LIGHED
STYRING	Marked	Politiske beslutninger
	Decentralt	Centralt
RESSOURCEFORDELING	Ydelseshonorering, pengene følger patienten	Budgetter, efter fordelingsnøgle, med udgangspunkt i determinanter for sygdom
FINANSIERING	Private, frivillige forsikringer, brugerbetaling	Progressiv beskatning, tvungne forsikringer, gratis ved brug
ORGANISATION	Private, for-profit sygehuse	Offentligt ejede og/eller finansierede sygehuse
	Privatpraktiserende læger	Sundhedscentre med lønnet personale
FOREBYGGELSESTRATEGI	Individuelt ansvar	Politisk ansvar
	Information, påvirkning af livsstil	Miljøintervention
	Frivillige, private indsatser	Skattefinansiering

Kapitel 3: Styling af sundhedsvæsenets organisationer

NPM grundkoncepter	Styringselementer i sundhedssektoren
Markeds- og konkurrenceorientering	Frit sygehusvalg Udlisitering af opgaver
Delegering af drifts- og økonomiansvar	Kontraktstyring Afdelingsbudgettering
Økonomiske incitament-systemer	Aktivitetsbaseret finansiering (DRG) Pengene følger patienten v. frit valg
Kvantitative præstationsmål	Styring via standarder og indikatorer, fx i DDKM
Fokus på effektivisering	Økonomistyring & produktivitets-analyser
Serviceorientering	Fokus på patientrettigheder og information

Koalitionsmodel:

En opdeling af sundhedsvæsenet i mindre dele for at få større forståelse af hvordan styringen af nye tiltag får konkret form på organisationsplan. Ideen er at opdele i eksterne interessenter og interne forhold og så se på virkninger af deres samspil og modspil.

Hvis vi siger at et sygehus er en organisation, så er følgende eksterne interessenter:

- Ejere – f.eks. regionsmyndigheder
- Leverandører af teknologi – f.eks. medicinalindustrien
- Interesseorganisationer – f.eks. personale organisationer, patientforeninger
- Lokalbefolkning – potentielle og faktiske patienter
- Statslige myndigheder – f.eks. Sundhedsstyrelsen

Samspillet mellem organisationens interne forhold og eksterne interessenter har indvirkning på det, som organisationen præsterer f.eks. produkt af virkninger og konsekvenser af samspillet:

- Målopnåelse (diagnosticering, helbredelse, forebyggelse, pleje af syge, dokumentation af helbredsforhold mv.)
- Konsekvenser for samfundsforhold (rehabilitering af arbejdskraft, befolkningens generelle helbredstilstand og uligheder i sygelighed mellem forskellige befolkningsgrupper, samfundets stabilitet, ressourcetræk, befolkningens sygdomsopfattelse og oplevelse af tryk mv.)
- Økonomiske fordelingsvirkninger (samfundsøkonomi samt beskæftigelse og omkostninger for forskellige befolknings- og patientgrupper mv.)
- Konsekvenser for det eksterne fysiske miljø (affald, regionsplanlægning mv.)
- Medarbejderforhold (arbejds miljø, trivsel, indtjening mv.)

Sundhedsvæsenets virkninger berører ikke blot patienterne, men også personalet, lokalsamfundet og befolkningen generelt, og får konsekvenser, der rækker langt ud over den umiddelbare sundhedsmæssige effekt af patientbehandlingen.

Rationalitet og styring:

Styring af organisationer bør være rational. Dette gøres ved at udarbejde forskellige analyseværktøjer, der sigter mod optimering af effektivitet og kvalitet.

SWOT-analysen står for *strength, weakness, opportunities and threats*. Analysen har til formål at give et overblik over organisationens interne og eksterne muligheder og trusler for fokuseret at kunne udnytte eller imødekomme dem (handlingsorienteret analyseredskab).

SWT indebærer, at man kommer frem til at sige noget om, hvad man bør gøre, hvad der er godt og skidt, og ikke kun til hvad der er sandt og falsk. Der er ikke altid en enighed om hvad der er godt og skidt, dvs. hvilke mål organisation skal efterstræbe at opnå. Hvis man ikke gør målet klart, er det vanskeligt at afgøre, om en ændring vil være rationel i forhold til at nå dette mål.

Garbage can model: beslutningsprocesser er ofte så kaotiske, at man er langt fra idealet om planlægning ud fra klare målsætninger og analyser. Her vil man betragte styring og planlægning som forholdsvis tilfældige udfald af mødet mellem mange typer af interesser, af problemer og mulige løsninger.

Denne opfattelse af organisationen er mere præget af slagmarksmetaforen.

The science of muddling through: det vil sige, at en opøvet evne til at håndtere det uforudsigelige. Charles Lindblom argumenterede for, at det er direkte dumt at prøve at planlægge sig ud af alting, bl.a. fordi stærke sider, svagheder, muligheder og trusler aldrig kendes på forhånd. I stedet skal man øge evnen til at klare det hele hen af vejen.

Institutionel teori: her lægges vægt på at den enkelte organisation formes af de mere overordnede institutioner, som organisationen er en del af. Inden for sundhedsvæsenet kan man iagttage en række organiseringsmåder, som personalet følger, fordi sådan har de altid gjort, og sådan gør man alle andre steder.

Det vigtigste er at blive klar over, at en ny ide formes undervejs i et forløb – den implementeres ikke fiks og færdig.

Styringsmetoder:

- *Love, bekendtgørelse og retningslinjer* – fungerer som en ramme, der fastsætter pligter mellem forskellige aktører f.eks. at regionale og lokale myndigheder har pligt til at sikre befolkningens adgang til sygehusbehandling.
- *Uddannelse og autorisation*
- *Overenskomster og aftaler*
- *Vidensproduktion og -formidling*
- *Etiske regler*
- *Tilsyn og overvågning* – at sikre at man lever op til gældende normer for god sundhedsfaglig praksis og ikke skader patienterne
- *Kvalitetssikring* – omfatter metoder til vurdering af kvalitet, analyser af årsager til afvigelser fra kvalitetsmål, ændringer af procedurer, der påvirker kvaliteten, og revurdering af kvaliteten og henviser til en fortløbende proces. Akkreditering er en særlig form for ekstern kvalitetssikring. En akkrediteringsmodel omfatter et godkendelsessystem, hvor sygehusene over for et nationalt eller internationalt, offentligt eller privat agentur dokumenterer, at de lever op til bestemte standarder med hensyn til hygiejne, medicineringsystemer, tilsynsprotokoller m.m..

Ressourcefordeling:

Ressourcer til sundhedsvæsenet kan fordeles af 3 forskellige veje:

1. I visse sundhedssystemer kan ressourcerne fra centrale kilder tildeles administrerende enheder som regioner, sociale forsikringsorganisationer mv., der på forskellig vis fordeler ressourcerne videre til sundhedsinstitutioner og sundhedspersoner efter en række kriterier
2. I andre systemer føres ressourcerne direkte til de enkelte institutioner fra de finansierende enheder

3. Endelig kan ressourcerne tildeles individuelle ydere.

De typiske ressourcefordelingsformer er:

- *Budgetter* – f.eks. et sygehus får et bestemt beløb for en afgrænset tidsperiode, hvorefter sygehuset selv kan beslutte fordelingen af midlerne inden for den samlede sum, eller der kan være tale om detaljerede budgetter, hvor de fleste udgiftsposter er udspecificerede og hvor de besluttende prioriterer mellem forskellige patientgrupper, specialer og ydelser.
- *Fordelingsnøgler* – ved fordeling af pengene fra et højere til et lavere administrativt eller politisk niveau, der har ansvar for at udbyde eller opkøbe ydelser. I Danmark bruges fordelingsnøgler, når der skal fordeles penge fra staten til regioner og kommuner. Her er ofte et ønske om at opnå større lighed i sundhed eller i adgang til sundhedsvæsenet.

Der er beskrevet forskellige fordelingsprincipper i bogen s. 81-82.

Det mest relevant er at man ser på determinanter for sygelighed og dødelighed og sikrer, at de områder, der har de største sundhedsproblemer, får flest ressourcer. Faktorer der påvirker forekomsten af sygelighed, kan ud over befolkningens alders- og kønsfordeling være andelen af borgere med lav indtægt eller kort uddannelse, andelen af arbejdsløse, andelen af ugifte, andelen i almennyttige boliger, befolkningens etnicitet mv. Hvis man kan identificere og vægte de faktorer, der er associeret med sygelighed, vil det kunne give en fordeling af ressourcerne, som kan medvirke til en større lighed i adgang og dermed muligvis en reduktion af uligheden i sundhed. Det forudsætter dog, at der er sikker viden om, hvilke faktorer der fører til øget dødelighed.

- *Aktivitetsbaseret finansiering* – stimulerer til produktion af et stort antal patientforløb. Det er grundlæggende produktionen af behandling, der bliver fremmet – ikke produktionen af sundhed. Kvalitet, sammenhæng, adgang til information og gennemsigtighed behøver ikke at blive påvirket af den aktivitetsbaserede finansiering. Stimuleringen af aktiviteten kan føre til en reduktion af ventetiden på behandling, hvis indikationerne er nogenlunde faste. Under forudsætning af at der er konkurrence om patienterne, kan patienttilfredsheden blive øget. Det iboende incitament til at øge aktiviteten svækker budgetoverholdelsen.

Aktiviteten måles i DRG-point. DRG står for "DiagnoseRelaterede Grupper".

På grundlag af den enkelte patients diagnose(r), alder m.v. tildeler et computerprogram (en "DRG-grupper") afdelingen et vist antal "DRG-point" for hver behandlet patient. DRG-point er altså et mål for afdelingens behandlingsaktivitet og et middel til at fastsætte en pris for behandlingen.

DRG-taksterne udtrykker sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter inden for hver DRG-gruppe.

De afholdte udgifter for det enkelte sygehus både ligge over og under taksten.

Denne difference kan blandt andet skyldes forskelle i produktiviteten, sammensætningen af patienter inden for DRG-gruppen eller metodemæssige forskelle i forbindelse med opgørelse af omkostningerne på sygehusene.

Ifølge en aftale mellem regeringen og de tidligere amter skal mindst 50 % af sygehusvæsenets ressourcer fordeles via takststyring med DRG-point som aktivitetsmål

Modellernes udformning varierer imellem regionerne. Typisk har hver afdeling et "grundbudget" på 30-50 % af det forventede totale budgets størrelse, og derudover vokser budgettet op til en bestemt grænse afhængigt af, hvor mange DRG-point afdelingen producerer

Fordele:

- Øger sygehusets/enhedens selvstyre
- Pengene følger patienten = dem, der leverer mest, belønnes
- Incitament til at levere meget

Ulemper:

- Usikkerhed om midler
- Kræver evaluering af, om opgaverne er løst
- Kræver detaljeret system til prisfastsættelse og afregning og dermed større administrationsomkostninger
- Sygehuse/enheder med elektiv aktivitet har lettere ved at styre kapacitet

Risiko for, at personalet i stedet for at fokusere på den fagligt korrekte indsats efterhånden begynder at 'tænke i DRG', fx:

Aktivitetsbaseret finansiering skærper fokus på den aktivitet, der udløser DRG-point på bekostning af f.eks. uddannelse, forskning, sekundær forebyggelse etc.

Forløbstakster styrker incitament til at *udskrive patienterne hurtigst muligt* – det kan både være udtryk for uhensigtsmæssig kassetækning eller en hensigtsmæssig overførsel af opgaver til primærsektoren

'*Cream skimming*', dvs. incitament til at *behandle de 'letteste' patienter* i DRG-gruppen

'*DRG-creep*', dvs. klinikerne lærer at *manipulere* ved at være opmærksom på, hvilke kombinationer af registreringer, der udløser særligt mange DRG-point, og den viden kan de bruge til at øge den registrerede DRG-produktion, uden at den faktiske produktion af diagnostik, behandling og pleje vokser

Problemet betydning begrænses dog af flere faktorer:

Personalets *faglighed* og det deraf følgende primære fokus på arbejdsopgaverne

Man kender ikke den faktiske udgift eller det præcise antal DRG for den enkelte patient og har derfor svært ved at udpege, hvad det er for en 'cream', der skal 'skimmes'

DRG-systemet revideres regelmæssigt. En af konsekvenserne er, at læreprocessen på afdelingerne afbrydes, så man må lære at manipulere et nyt system

Enheder med en høj elektiv patientandel har lettere ved at styre kapacitet og aktivitet end afdelinger med et højt akut indtag af patienter

Aktivitetsbaseret finansiering skærper fokus på den aktivitet, der udløser DRG-point på bekostning af f.eks. uddannelse, forskning, sekundær forebyggelse etc.

- *Kvalitetsbaseret belønning* – økonomiske belønninger for sygehuse og afdelinger, som måles til at have ydelser af høj kvalitet. Formålet er at skabe et økonomisk incitament for kvalitetsforbedringer. Det vigtigste er at man er enige om, hvad kvalitet er.

Der er også risiko for at kvaliteten på de sygehuse og afdelinger der ikke belønnes, forringes yderligere, når de får færre ressourcer. Der er også fare for, at afdelingerne fravælger de patientgrupper, hvor resultatet ikke bliver så godt.

Med udgangspunkt i patienterne, der er ressourcestærke med adgang til informationen, kan behandlede på afdelingerne med god kvalitet.

- *Kontrakter* – f.eks. kan de gælde for et specificeret antal behandlinger eller for levering af sundhedsydelser til en bestemt gruppe mennesker. Kontrakter kan være et middel for dem, der finansierer sundhedsydelserne, til at kontrollere udgiftsniveauet og til at sikre borgerne i en region eller medlemmer i et forsikringsselskab adgang til bestemte ydelser.
- *Antal indskrevne patienter* – der er et bestemt beløb per patient. Hvis det drejer sig om tunge patienter, der ikke giver højere beløb, kan det medføre at lægen undgå disse patienter.
- *Fast løn* – lønnen er afhængigt af en række forhold som udbud af arbejdskraft, arbejdsgivernes ressourcer og parternes forhandlingsevner.
Hvis man ikke kan forsørge sig med det løn, vil sundhedspersonale ofte tage supplerende job på private hospitaler eller andre jobs ved siden af.

Kapitel 4: Sundhedsøkonomisk evaluering

Main point:

- De ressourcer, der i samfundet er til rådighed til at producere goder, dvs. varer og serviceydelser, er begrænsede.
- Der er ubegrænset efterspørgsel efter de goder, der kan produceres med disse ressourcer.
- Økonomiske incitamenter: disse kan være både positive eller negative. F.eks. positive incitamenter er ydeshonorar, i overenskomsten mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, til alment praktiserende læger for at varetage opgaven i hjemmet; statslige puljer (eller forøget bloktilskud) mod kommunerne iværksætte nærmere beskrevne initiativer på området. Negative incitamenter er f.eks. reduktion af DRG-taksterne for patienter indlagt på sygehus med KOL, en særlig høj kommunal medfinansiering for KOL-patienter, evt. en særlig kommunal afgift til regionerne for patienter indlagt med KOL.

- **Beregninger af omkostninger kræver:**

- Identifikation af de forbrugte ressourcer (arbejdskraft af forskellige type, forskelligt udstyr, lokaler)
- Måling af omfanget af forbruget i fysiske enheder (arbejdsdage eller timer, udstyr, lokaler)
- Værdisætning af forbruget i kroner

Ved beregning af omkostninger må der foretages en række valg:

- Perspektiv – er det fra samfundets perspektiv eller begrænset til regionen, kommunen eller sygehuset?
- Tidshorisonten

- **Typer af undersøgelser:**

- Cost-effectiveness-analyse (CEA)

- Hvilken af to behandlingsmetoder skal man anvende for at behandle en bestemt lidelse?
- Opgørelse af udgiften per effektmål for to eller flere behandlingsmetoder
- Klassisk eksempel: sammenligning af to lægemidler til behandling af samme lidelse
- Hvad koster mindst for at opnå samme effekt (f.eks. en bestemt sænkning af lipid i blodet)
- Enkel metode – forudsat at de to metoder virkelig er ækvivalente!
- Cost-utility-analyse (CUA)
 - Hvilken behandling skal man vælge at indføre, hvis man skal vælge mellem to patientgrupper?
 - To outcome-variable: levetid og livskvalitet
 - Udgift per nytte-enhed – f.eks. "QALYs"
 - Eksempel: hvad gavner samfundet mest: En hjertetransplantation eller X alloplastikker?
 - Debatskabende. Benyttes ved afgørelse om indførelse af nye lægemidler
- Cost-benefit-analyse (CBA)
 - Hvad får hele samfundet ud af at indføre/afskaffe en behandlingsform?
 - Gevinster for hele samfundet af en intervention opgjort i kr. sættes i forhold til omkostninger af enhver art, også opgjort i kr.
 - Klassisk eksempel: MRF-vaccination blev indført bl.a. på baggrund af en cost-benefit-analyse
 - Flere forskellige praktisk-teoretiske tilgange:
 - Hvordan skal man f.eks. værdiansætte liv i kr.?

Tung kapitel, for nærmere gennemgang læs kapitel.

Kapitel 5: Reforme og reformprocesser

Sundhedsreformer forstås oftest som ændringer i sundhedssystemer, der ikke blot er en gradvis, tilfældig eller marginal forandring, men som medfører en ganske betydelig, samtidig ændring af flere indbyrdes sammenhængende forhold i sundhedsvæsenet.

WHO's definition:

Sundhedsreformer er en fastholdt proces med grundlæggende forandringer af politik og institutionelle forhold anført af regeringen, udformet med henblik på at forbedre sundhedsvæsenets funktion og resulterer og i sidste ende forbedre befolkningens sundhedsstatus.

Reformtemaer kan være:

- *Ændrede organisationsformer:*
 - Graden af *centralisering versus decentralisering*, ofte med vægt på placeringen af finansiering, planlægning og ledelse. Decentralisering medfører overflyttelse af ansvar og opgaver fra statslige myndigheder til regionale og kommunale instanser. Decentralisering

går dog hånd i hånd med centralisering, hvor centrale myndigheder får tildelt styrings- og kontrolfunktioner for at sikre kvalitet og lighed eller forhindre uønskede stigninger i ressourceforbruget pga. decentrale beslutninger. En sådan øget central kompetence er tildelt Sundhedsstyrelsen i Danmark ved strukturreformen i 2007.

- *Privatisering* kan også ses som et decentraliseringstiltag i form af en markant udlægning af opgaver væk fra den offentlige sektor.
- *Omstrukturering af sygehusvæsenet* indgår som led i reformprocesserne f.eks. i form af ændring fra små til større enheder (nedlæggelse af små sygehuse).

Der er en del ulemper ved denne omstrukturering. Der vil være lang afstand til sygehuse, risiko for kommunikationsproblemer samt manglende overblik for den enkelte medarbejder, patient eller ledelse.

Man kan forebygge disse ulemper med f.eks. en udbygget præhospital indsats med opkvalificeret ambulancepersonale, en specialisering i lægehuse, så almen praksis kan varetage flere opgaver, så færre patienter skal på det fjernere sygehus, indførelse af elektronisk patientjournal for at lette koordineringen eller lignende.

- *Patientrettigheder og befolkningsindflydelse* – omhandler medindflydelse på prioritering og planlægning, valgfrihed i forhold til sygeforsikring og brug af sundhedsydelser samt garantier for hurtig diagnostik og behandling.

Valgfriheden kan indebære retten til og muligheden for selv at vælge praktiserende læger, sygehuse m.m.

- *Omkostningskontrol* – opdeles i tiltag med henblik på efterspørgsel og tiltag, der skal kontrollere udbuddet af sundhedsydelser.
- *Kvalitetsudvikling, dokumentation og information* – omhandler forsøg på at sikre kvaliteten af det kliniske arbejde med udgangspunkt i dokumentation af kliniske procedurers effekt.

Aktører i reformprocesser:

- *Regeringer* – kan gennemføre reformer bl.a. gennem lovgivning, finansiering, prioritering og standardisering.
- *Finansierende instanser* – købere af ydelser, hvor indgåelse af kontrakter med yderne optræder som et vigtigt element. De kan medvirke til reformering af sundhedsvæsenet ved ændring i betalingsystemer og ved selv at indføre monitorerings- og kontrolsystemer, hvad angår omfang og kvalitet af ydelser.
- *Udbydere* – kan indgå i kontraktlignende forhold med købere af sundhedsydelser og her bliver indbyrdes konkurrenter.
- *Befolkning, patienter* – disse er brugere og betalere af sundhedsvæsenet. Deres forventninger og utilfredshed kan skabe grundlag for reformer, og deres muligheder for valg af forsikringsordning og valg af udbydere kan indgå som led af reformerne.

Figueras et al identificerer følgende praktiske forhold som afgørende for forløbet af reformprocesserne:

- Timing
- Økonomiske vilkår
- Politisk vilje og lederskab
- Strategiske alliancer
- Befolkningsopbakning
- Administrativ og teknisk kompetence
- Teknisk infrastruktur og kapacitet

Kapitel 6: Det danske sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet omfatter institutioner og personalegrupper, hvis formål er at undersøge, behandle og pleje syge mennesker samt forebygge sygdom.

De ikke-autoriserede eller alternative behandlere og medicinalindustrien henregnes ofte ikke til sundhedsvæsenet.

I sundhedslovens to første paragrafer defineres formålet med sundhedsvæsenet således:

§ 1. Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.

§ 2. Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for

1. Let og lige adgang til sundhedsvæsenet
2. Behandling af høj kvalitet
3. Sammenhæng mellem ydelserne
4. Valgfrihed
5. Let adgang til information
6. Et gennemsigtigt sundhedsvæsen
7. Kort ventetid på behandling

Dertil kommer yderligere formål, der er underforståede men alligevel væsentlige, især overholdelse af budgetterne, effektivitet, voksende produktivitet og høj tilfredshed blandt brugerne.

I Danmark:

- Primært offentligt sundhedsvæsen, som er decentralt styret (regioner og kommune) med en vis central regulering (Staten).
- Den private sektor (prak. læger) indgår i den offentlige sektor, fordi de finansieres af offentlige midler og visiterer patienter til offentlige sygehuse.

De offentligt finansierede dele af sundhedsvæsenet kan opdeles i:

- *Sygehuse* – ejes og styres af regionerne og finansieres af staten og kommunerne
- *Praksissektoren* – finansieres med skattemidler og omfatter en række privatpraktiserende ydere f.eks. almenpraktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer, tandlæger og fysioterapeuter. Der gives tilskud til receptbelagte lægemidler. Honoreringen sker hovedsageligt efter ydelse, og er fastlagt ved overenskomst mellem de respektive organisationer og regioner.
- *De kommunale sundhedsordninger* – sundhedspleje, hjemmesygepleje, plejehjem, skolesundhedspleje og -tandpleje. Funktionerne varetages af offentligt ansatte. Ordningerne styres og finansieres af kommunerne og bevillingerne sker efter i forvejen fastlagte budgetter.

Tredeling af politisk ansvar:

- Stat (folkevalgte + rådgivende organer)
 - Rammevilkår (fx prioritering via finansloven og specialeplanlægning) og overvågning (fx af kvalitet)
 - Rolle styrket ved Strukturreformen i 2007
- Regioner (folkevalgte)
 - Ansvar for at sikre borgerne adgang til sundheds-ydelser (hospitaller, akutberedskab, almen praksis o.a. enheder under Sygesikringen). Har ikke ansvar for finansiering, men styring af budget.
 - Rolle svækket ved Strukturreformen i 2007
- Kommuner (folkevalgte)
 - Ansvar for at sikre og finansiere borgernes adgang til forebyggelse, hjemme(syge)pleje, socialpsykiatriske tilbud.
 - Rolle styrket ved Strukturreformen i 2007

Staten:

Folketinget:

- Folketingets rolle er at lovgive og at kontrollere regeringens magtudøvelse.
- En rammelovgivning indebærer, at Folketinget udstikker generelle retningslinjer for hvordan en opgave skal varetages. Det er derefter op til f.eks. regioner og kommuner at udfylde rammerne og konkret beslutte udformningen f.eks. af sygehusbetjeningen.

Regeringen:

- Regeringen udøver indflydelse på sundhedsvæsenet ved at Sundhedsministeren fremsætter lovforslag på regeringens vegne.
- Regeringen har det øverste ansvar for gennemførelsen og implementeringen af lovene.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er det ministerium, der har størstedelen af sundhedsvæsenet under sit ressortområde.

Styrelser, faglige selskaber:

- Et organ, der har forvaltningsopgaver, der indebærer at den skal træffe afgørelser og rådgive inden for et særligt fagområde.
- *Sundhedsstyrelsen* – yder sundhedsfaglig rådgivning til ministerier, styrelser, regioner og kommuner. Den fører tilsyn med sundhedspersoner og sundhedsinstitutioner, herunder plejehjem, og den kan meddele og fratage sundhedspersoner deres autorisation.
Den overvåger sundhedstilstanden. Den indsamler data om aktiviteter, ressourceforbrug mv. i sundhedsvæsenet.
Den varetager evalueringer og udvikler modeller for kvalitetsudvikling og forebyggelse.
- *Sundhedsvæsenets Patientklagenævn* – behandler klager over sundhedspersoners faglige virke. Det kan uddele kritik af sundhedspersoner og offentliggøre sine afgørelser.
- *Statens Seruminstitut* – dets opgaver er at producere vacciner og sera, at lave laboratorieanalyser og at overvåge og kortlægge forekomsten af især smitsomme sygdomme. Institutet skal forebygge og bekæmpe smitsomme sygdomme, medfødte lidelser og biologiske trusler.
- *Det Nationale Forebyggelsesråd* – har egentlig ikke udførende opgaver, men skal rådgive og bidrage til debat om forebyggelse og sundhedsfremme.
- *Lægemiddelstyrelsen* – den godkender lægemidler med henblik på salg i Danmark. Den bestemmer hvilke lægemidler der skal have offentligt tilskud og tilskuddets omfang. Den har også tilsynsforpligtelser over for apoteker og lægemiddelindustri. Lægemiddelstyrelsen fører desuden tilsyn med kvaliteten af de forskellige former for medicinsk udstyr.
- *Fødevarestyrelsen* – har til opgave at have tilsyn med dyre-sundhed og fødevarer sikkerhed. Den sikrer at markedsføringsloven overholdes på fødevarerområdet. Styrelsen har også som opgave at fremme en sund ernæring i befolkningen.
- *Arbejdstilsynet* – har til opgave at sikre, at arbejdsmiljøet ikke er sundhedsskadeligt og det levet op til arbejdsmiljølovens krav.
- *Miljøstyrelsen og Færdselsstyrelsen* – miljøstyrelsen har bl.a. til opgave at sikre at det omgivende miljø, jord, luft og vand ikke er skadeligt for mennesker. Færdselsstyrelsen skal bl.a. sikre, at sikkerheds- og sundhedsrisici reduceres i transportmidler og på transportveje.

Uddannelse og forskning

- Videnskabsministeriet har ansvar for grunduddannelsen for læger, tandlæger, farmaceuter og folkesundhedsvidenskabskandidater samt de sundhedsfaglige kandidatuddannelser rettet mod professionsbachelorer
- Sundhedsstyrelsen har ansvar for lægernes speciallægeuddannelse
- Undervisningsministeriet har ansvar for uddannelsen af professionsbachelorer og de korte social- og sundhedsuddannelser

Regioner:

Der er 5 regioner:

- Hovedstaden
- Sjælland

- Syddanmark
- Midtjylland
- Nordjylland

De finansieres af staten og kommunerne.

De har følgende ansvar:

- At yde vederlagsfri sygehusbehandling til egne indbyggere
- Ansvar for svangeromsorg og fødselshjælp
- Borgernes adgang til ydelser i praksissektoren
- Tilskud til borgernes køb af lægemidler

Kommuner:

- Styres af en kommunalbestyrelse, der vælges for 4 år ad gangen
- De opkræver skat, men finansieres også gennem statslige tilskud
- De har ansvar for en række sundhedstilbud:
 - Sundhedsplejersker
 - Skolesundhedstjeneste
 - Hjemmesygepleje
 - Plejehjem
 - Hjemmehjælp
 - Børnetandpleje
 - Omsorgstandpleje
 - Behandling af alkohol- og stofmisbrug
- De varetager forebyggelse og sundhedsfremme bl.a. ved at skabe rammer for sund levevis og etablere særlige tilbud.
- De yder genoptræning, enten ved egne institutioner eller gennem aftaler med andre kommuner, regioner eller private udbydere.

Sundhedspolitiske aktører:

- *Politikere på forskellige niveauer:*
 - *Politiske partier* – udformer sundhedspolitiske programmer og de er med til at beslutte, hvad de folkevalgte politikere skal arbejde for i Folketinget, regionsråd og kommunalbestyrelser
 - *Kommunernes Landforening* – varetager kommunernes interesser over for staten f.eks. om skatteniveau og bloktilskuddenes størrelse, over for EU, de ansattes organisationer mv.
 - *Danske regioner* – en interesseorganisation for de fem regioner. Foreningen gennemfører forhandlinger på regionernes vegne med regeringen, f.eks. om bloktilskud og sundhedspolitiske initiativer.
- *Forvaltning og embedsmænd*
- *Patientforeninger og andre sammenslutninger*

- *Faglige organisationer*
 - Lægeforeningen
 - Dansk Sygeplejeråd (DSR)
- *Industrien og andre private selskaber*
- *Medier*

Medier kan selv sætte en dagsorden, dels kan formidle andres dagsorden. Medierne kan have politisk magt ved at definere, hvad der er sandt, muligt og ønskeligt. På den anden side har medierne en begrænset magt, fordi de ikke selv har adgang til ressourcer og dermed træffer afgørelser.

Det positive effekt ved medierne er at de synliggør valgmuligheder for befolkningen og tvinger politikere og administratorer til at optræde forsvarligt. En negativ effekt kan være at de mangler detailkendskab til sundhedsområdet, risikoen for at "stærke", elektive, kirurgiske patienter dominerer i medierne og præsenteres højest mens f.eks. psykiatriske patienter og kronikere nedprioriteres uafhængigt af deres kliniske behov etc.

- *Forskere*

Finansiering af sundhedsvæsenet:

Borgerne finansierer sundhedsvæsenet på 3 måder:

- Gennem stats- og kommuneskatter
- Gennem direkte brugerbetaling
- Gennem forsikringspræmier

Ressourcefordelingsmetoder:

- *De offentlige sygehuse* – får deres ressourcer fra regionerne efter politiske bestemte budgetter, og siden 1999 har de også fået en mindre del efter aktivitetsniveau.
Med budgetter kan politikerne dels være med til at styre, hvilke dele af sundhedsvæsenet der skal have flest ressourcer, dels sikre at udgifterne ikke stiger mere, end de ønsker.
Med aktivitetsfinansieringen ønsker man at opnå en større aktivitet og en bedre ressourceudnyttelse.
- *De kommunale sundhedsordninger og plejehjem* – består af sundhedspleje, hjemmesygepleje, skolesundhedspleje, ergoterapeuter, plejehjem mv. de får ressourcer efter politisk fastlagte budgetter, og de ansatte får fast løn efter aftale mellem deres faglige organisationer og Kommunernes Landforening.
- *Almen praktiserende læger* – får den største del af indtægten fra regionerne, ca. 75 % ved ydelseshonorering og en mindre del 25 % kommer fra en fast ydelse per person, der er tilknyttet lægens praksis. Lægerne får også betaling for visse ydelser direkte fra patienten, f.eks. i forbindelse med helbredsundersøgelser til kørekort og visse vaccinationer. Ydelseshonoreringen fra regionerne består af faste beløb for forskellige typer af konsultationer i praksis f.eks. telefonkonsultation, mailkonsultation, hjemmebesøg, receptfornyelse o.l. og særlige beløb for konsultationer i forbindelse med helbredsundersøgelser af børn og gravide, forebyggelseskonsultationer, opfølgende

hjemmebesøg. Formålet med ydelseshonoreringen er at motivere til høj aktivitet og færre viderehenvisninger til resten af sundhedsvæsenet.

- *Øvrige private sundhedsydere med overenskomst med regionerne* – honoreres udelukkende aktivitetsbaseret. Det gælder praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, psykologer, tandlæger og kiropraktorer.
- *Private sundhedsydere* – de øvrige private sundhedsydere, autoriserende og ikke-autoriserede, får honorering per ydelse og kan selv fastsætte deres pris. Det gælder læger, private klinikker og private sygehuse. Hvis de private sygehuse indgår aftaler med regionerne om behandling af deres patienter, sker honoreringen efter en aftalt pris, der kan udgå fra DRG-taksterne.

Sundhedsloven (2005):

Sundhedsvæsenet skal sikre at:

1. Let og lige adgang til sundhedsvæsenet
2. Behandling af høj kvalitet
3. Sammenhæng mellem ydelserne
4. Valgfrihed
5. Let adgang til information
6. Et gennemsigtigt sundhedsvæsen
7. Kort ventetid på behandling

Sundhedsloven stiller krav om, at regioner og kommuner skal sikre kvalitetsudvikling af deres sundhedsydelser, og Sundhedsministeren kan fastsætte regler om krav til kvalitet og it-anvendelse i sundhedsvæsenet.

Medicinske teknologivurderinger (MTV) er undersøgelser af hvordan en medicinsk teknologi virker. Ikke kun på patienternes sundhedstilstand, men også dens effekter på økonomi, organisation og personale.

Adgang til sundhedsvæsenet:

Følgende kan have betydning for adgang til sundhedsvæsenet:

- Afstanden til sundhedsydelserne
- Ventetider
- Brugerbetaling
- Lavere sociale lag

Sundhedsvæsenets opgaver:

Formålet er ifølge sundhedslovens første paragraf at: "fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte". Det sker gennem undersøgelse, behandling, pleje, genoptræning samt forebyggelse og sundhedsfremme.

Parameter	Den danske model
Adgang	Indbyggere Visitationsprincip (grp. 1 vs. grp. 2) Formelle vs. uformelle kriterier (fx afstand)
Ejerskab	Offentlig-privat mix (eks. hospitaler vs. almen praksis)
Finansierings- princip	Skattefinansieret Brugerbetaling (eks. medicin, tandlæge) Privat tilkøbsforsikring (Brugerbetaling, sundhedsforsikring)
Styringsmodel	Politisk hierarkisk model Samtidig de- og recentralisering