

FORANALYSE

Speciallægepraksis i fremtidens sundhedsvæsen

Oplæg om prioritering, styring og samspil



SPECIALLÆGERNE

Indgang fra gårdsiden



Øjenforeningen

Denne analyse er gjort mulig som følge af en donation fra Bayer A/S.
Det er dog kun Øjenforeningen, der har haft indflydelse på rapportens indhold.

Denne analyse er udarbejdet af Peter Mandrup Jensen, 'not a box', for Øjenforeningen.



Peter Mandrup Jensen, associeret partner i 'not a box', er medlem af bestyrelsen i 'Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet' og redaktør af nyhedsbrevet 'torsdag 8:30'. Tidligere medlem af direktionen på Nordsjællands Hospital og tidligere økonomidirektør i Region Hovedstaden.

Not a box tilbyder ledelsesrådgivning, konceptualisering, innovation og eksekvering inden for både byggeri og sundhedsløsninger.

Indhold

2	Indledning	
4	Resumé	
5	Behov for et styringseftersyn	
9	Tal der tæller	
19	Mål, organisering og styring	
22	En palet af styringsinstrumenter	
27	Overenskomsten om speciallægehjælp	
33	Tre konkluderende reformspørgsmål	
36	Referencer	
39	Bilag	Sundhedsstrukturkommissionens kommissorium Kort notat om rapporter om styringsinstrumenter

Indledning

Af Marijke Vittrup, direktør, Øjenforeningen



REGERINGEN HAR NEDSAT en Sundhedsstrukturkommission. Kommissionen er allerede godt i gang med arbejdet, og den skal have en færdig afrapportering klar i foråret 2024.

Dens opgave er at komme med forslag til organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen. Her vil patient- og borgerperspektivet med sikkerhed være i centrum. Hvad er det, der skal forbedres – i et på mange områder godt fungerende sundhedsvæsen? For der ér jo mange ting, der bør og kan fungere bedre.

I 2021 udgav Øjenforeningen hvidbogen 'Ingen skal miste synet, mens de venter'. I den gjorde vi blandt andet opmærksom på, at ventetiderne til en praktiserende øjenlæge kan medføre, at patienter med en akut øjensygdom får en diagnose for sent og risikerer unødigt synstab og i værste fald blindhed. Men problemet med lange ventetider til praktiserende speciallæger er ikke alene et problem for øjenpatienter. Det er et problem inden for langt de fleste af de sygdomsområder, hvor speciallæger arbejder i praksis. Praktiserende speciallæger dækker i alt 15 specialer. Så der er noget, der ikke fungerer i forholdet mellem behovet for undersøgelse og behandling og den måde, som aktivitet og kapacitet hos de praktiserende speciallæger politisk-administrativt styres på.

Når den politisk-administrative styring af området praktiserende speciallæger debatteres,

bliver det let præget af mangel på perspektiv og betydning, for mange fordomme og for få fakta. Og med tanke på, at knap 2 millioner danskere hvert år kommer til undersøgelse og behandling hos praktiserende speciallæger, kan man undre sig over, at speciallægepraksis er fraværende i reformdiskussionerne.

Vi kan se frem til, at der uddannes mange flere speciallæger de kommende år. Inden for hvilke specialer skal de arbejde, skal de arbejde på sygehus eller i praksis, og hvordan med den geografiske fordeling? For at kunne svare på de mange spørgsmål i et reformperspektiv er det blandt andet nødvendigt at se nøjere på struktur og styring af området praktiserende speciallæger. Derfor har Øjenforeningen gennemført en foranalyse, der dokumenterer behovet for, at man politisk-administrativt medtager området praktiserende speciallæger, når det hele sundhedsvæsen – og ikke bare sygehusene – skal reformeres.

Hvad er så en foranalyse i denne sammenhæng? Som ordet siger, er foranalysen en analyse, der går forud for en egentlig analyse. Her tænker vi på en foranalyse til en egentlig analyse af styringsdesignet af området praktiserende speciallæger. Men denne foranalyse er samtidig en analyse, der kan stå alene og anvendes som sådan. Set som foranalyse skal den begrunde behovet for en egentlig analyse. Set som en

selvstændig analyse kan den anvendes bredt i debatten om reformeringen af sundhedsvæsenet. Hvad bringer foranalysen så frem, vi ikke vidste i forvejen? Ja, først og fremmest det forhold, at området er overset, glemt. Dernæst en ny fokusering på tal og fakta om området praktiserende speciallæger, som giver et faktuel grundlag at diskutere på. Og endelig indeholder foranalysen forslag til, hvad det er, der skal analyseres nærmere, for eksempel som en del af Sundhedsstrukturkommissionens arbejde.

Vi håber, at foranalysen kan være med til, at området praktiserende speciallæger konstruktivt tænkes med i reformarbejdet til gavn for de millioner af danskere, der i dag og i fremtiden

har behov for undersøgelse og behandling i specialpraksis, og at det sker på en måde, som giver mest mulig sundhed for pengene.

Øjenforeningen håber derudover, at foranalysen vil blive brugt af Sundhedsstrukturkommissionen og andre til at belyse og tale om et område i sundhedsvæsenet, der ikke tales ret meget om, selvom området praktiserende speciallæger er vigtigt – og vigtigere, end de fleste måske er klar over.

De praktiserende speciallæger er en kæmpe ressource i sundhedsvæsenet og fortjener langt mere opmærksomhed. Også i den aktuelle debat om organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen.

Læsevejledning

På side 4 findes et **Resumé**, der giver et kort overblik med fremhævelse af tre hovedspørgsmål. Dernæst følger i **Behov for et styringseftersyn** (side 5) en beskrivelse af de senere års reformtanker og en dokumentation for, at der er behov for et bedre dækkende styringseftersyn.

I **Tal der tæller** (side 9) er der hovedtal for sundhedsvæsenet, praksissektoren og speciallægepraksis, som kan danne grundlag for en vurdering af særligt betydningen af speciallægepraksis.

I **Mål, organisering og styring** (side 19) gives en kort introduktion til begreber omkring sundhedsvæsenets mål, struktur og styring, og i **En palet af styringsmidler** (side 23) er der en kort oversigt over en række forskellige styringsinstrumenter.

Overenskomsten om speciallægehjælp (side 27) indeholder en gennemgang af hovedelementerne i overenskomsten om speciallægehjælp og beskriver en række forhold, der med fordel kan undersøges nærmere med henblik på at skabe bedre sammenhæng imellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Endelig er der i **Tre konkluderende reformspørgsmål** (side 33) en opsamling på analysens pointer i form af tre væsentlige spørgsmål, der foreslås belyst nærmere i regi af Sundhedsstrukturkommissionen. Analysen afsluttes med **Referencer** (side 36) og **Bilag** (side 39).

Resumé

Denne foranalyses hovedformål er at se på, hvordan specialpraksis kan spille en – endnu mere – positiv rolle i fremtidens sundhedsvæsen, herunder hvordan området kan integreres bedre i udviklingen af det samlede sundhedsvæsen.

Dette belyses gennem:

- Beskrivelse af området praktiserende speciallægers betydning for borgere og patienter som del af det samlede sundhedsvæsen
- Beskrivelse af mål, strukturer og styring i det danske sundhedsvæsen
- Undersøgelse af paletten af styringsinstrumenter
- Undersøgelse af overenskomsten for speciallægehjælp
- Konkluderende spørgsmål, der bør undersøges nærmere i relation til praktiserende speciallæger og deres rolle i fremtidens sundhedsvæsen

De tre hovedspørgsmål, som foranalysen foreslår undersøgt nærmere i regi af Sundhedsstrukturkommissionen, er følgende.

Prioritering

Hvordan skal området praktiserende speciallæger prioriteres og tilrettelægges i en fremtidig reform af sundhedsvæsenet, når en del af sygehusbehandlingen fremover skal foregå tættere på borgeren?

Styring

Hvordan skal den politisk-administrative styring designes for de praktiserende speciallæger i en sundhedsreform, så de bedre kan bidrage til at opnå de mål, som der er bred enighed om?

Samspil

Hvordan kan der skabes et bedre samspil mellem praktiserende speciallæger og de øvrige behandlere som almen praksis, sygehuse og andre?

En uddybning af de tre spørgsmål findes i **Tre konkluderende reformspørgsmål** (side 33).

Behov for et styringseftersyn

VI HAR PÅ MANGE MÅDER et godt sundhedsvæsen i Danmark. Borgere og patienter kan være trygge ved, at der tages bedst mulig hånd om udredning og behandling af langt de fleste sygdomme. Ifølge OECD (Health at a Glance, 2022) er der mange områder, hvor det danske sundhedsvæsen i international sammenligning performer blandt de bedste. Men nogle steder halter det. Det er patienter, borgere, politikere og sundhedsvæsenets medarbejdere opmærksomme på, og der er en levende og aktuel debat om, hvordan manglerne udbedres.

Derfor har regeringen nedsat Sundhedsstrukturkommissionen, der har til opgave at opstille og belyse modeller for fremtidens sundhedsvæsen, der skal underbygge et forebyggende, sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed og med mere nærhed og bæredygtighed. Der er lagt op til reformer af det danske sundhedsvæsen.

I denne foranalyse er der fokus på et underbelyst område af sundhedsvæsenet, nemlig de praktiserende speciallæger, der for mange borgere og patienter er vigtige for både undersøgelse og behandling af mange sygdomme, men som af flere grunde meget sjældent tildeles den fortjente opmærksomhed og drøftes.

Reformer og reformtanker

Den seneste store reform

Den seneste store reform af sundhedsvæsenet skete med kommunalreformen, der fra 1. januar 2007 indebar en række omfattende ændringer, hvor amterne blev nedlagt, regionerne oprettet og flere opgaver flyttet til det kommunale sundhedsvæsen. Siden 2007 er der sket justeringer, men ikke større, mere grundlæggende reformer af sundhedsvæsenet.

Ændringerne i 2007 og justeringerne siden da har på mange områder haft langt det stærkeste fokus på sygehusområdet og i meget mindre grad på det kommunale sundhedsvæsen og praksisområdet. Det er for eksempel kommet meget tydeligt til udtryk i de store planer for samling og modernisering af sygehuse og hospitaler – herunder nye sygehusbyggerier. Det har præget diskussioner og fokus inden for sundhedsvæsenets område siden kommunalreformen, og når der ses på, hvor de lægelige ressourcer er blevet prioriteret, er sygehuse gennem årene også blevet væsentligt højere prioriteret end praksissektoren.

Forandringerne siden 2007 har således i høj grad været en reform af sygehusområdet og i langt mindre grad en reform af hele sundhedsvæsenet.

Reformtanker 2016-2017

I juni 2017 igangsatte tre ministerier – Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet – et arbejde med analyser af sundhedsvæsenet og udarbejdede et kommissorium for tre analyser. Overskriften var 'Videreudvikling af styringen på sundhedsområdet – kommissorium for et styringseftersyn' (2017).

Styringseftersynet skulle omfatte tre analyser:

- Overvejelser om de fremtidige udfordringer for sundhedsområdet og de afledte krav til styring og organisering
- Analyse af de centrale elementer i den samlede statslige styring af det regionale sundhedsområde
- Analyse af den regionale styring, herunder elementer i en styrket styring af sygehusene

Den første analyse blev aldrig gennemført. Analyse nummer to blev gennemført af VIVE og handlede, som titlen beskriver, om relationen mellem stat og regioner. Analyse nummer tre blev gennemført af PwC og McKinsey og handlede udelukkende om regionernes styring af sygehusene og ikke om praksisområdet. Se bilaget 'Kort notat om rapporter om styringsinstrumenter'.

For begge de to gennemførte analyser var det altså tydeligt, at hele praksissektoren blev ignoreret eller sprunget over og ikke blev en del af analyserne – hverken almen praksis, speciallægepraksis eller den øvrige praksissektor, herunder tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer med flere.

I samme periode blev der ud over styringseftersynet også nedsat et lægedækningsudvalg, der havde særligt

fokus på problemer med at rekruttere læger i udkantsområder, og som afgav rapport i januar 2017. Fokus for udvalgets forslag var helt overvejende almen praksis – og kun i yderst begrænset omfang praktiserende speciallæger.

I 2016 nedsatte regeringen et udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som kom med en række anbefalinger i juni 2017. I rapporten tales der om sygehusene, det kommunale sundhedsvæsen og praksissektoren, men i realiteten var det alene almen praksis, der var i fokus, for så vidt angik praksisområdet, og ikke praktiserende speciallæger.

Så på trods af, at der i den nævnte periode således var politiske ambitioner om at få analyseret styringen på sundhedsområdet i sin helhed, var praksisområdet sjældent i fokus, og de praktiserende speciallæger var praktisk talt aldrig en del af undersøgelserne.

Det forekommer, at området praktiserende speciallæger enten er blevet overset eller har været vurderet som for komplekst eller ikke vigtigt nok, eller også har der manglet vilje og incitament til at se på området i et reformperspektiv.

Sundhedsreform 2022

I maj 2022 blev der indgået en bred politisk aftale med titlen 'Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen'. Det var i høj grad det nære, der var i fokus for aftalen, herunder forslag om etablering af op til 25 nærhospitaler.

I aftalens tekst ligger vægten på kommunerne – der er nævnt 31 gange i aftaleteksten – og almen praksis – der er nævnt 29 gange i aftaleteksten. Praktiserende speciallæger er nævnt én gang i aftaleteksten – og er således fortsat ikke en del af reformovervejelserne.

Sundhedsstrukturkommissionen

Kommissoriet for kommissionen blev offentliggjort i marts 2023. Kommissoriet er medtaget som bilag til denne analyse.

Kommissionens opgaver

Der er flere formål med

Sundhedsstrukturkommissionen, men et af dem er jævnfør kommissoriet at "understøtte en markant omstilling af sundhedsvæsenet, så det nære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter".

Når det nære sundhedsvæsen skal tage "et større ansvar for flere patienter", må det betyde, at de dele af sundhedsvæsenet, der er uden for hospitalerne, skal tage flere opgaver og mere ansvar. Det vil sige, at fokus ikke mindst må være på, hvordan det kommunale sundhedsvæsen og praksissektoren skal kunne løfte dette.

Når praksissektoren skal løfte flere opgaver som følge af afhospitaliseringen, burde det indebære, at både almen praksis og speciallægepraksis skal i fokus i arbejdet i Sundhedsstrukturkommissionen.

Det er dog sådan, at mens almen praksis er nævnt to gange i kommissoriet for Sundhedsstrukturkommissionen, er praktiserende speciallæger ikke nævnt.

Kommissoriets blinde pletter

Som det fremgår af navnet på Sundhedsstrukturkommissionen, er opgaven at se på strukturen i sundhedsvæsenet. Men der står meget lidt om styring i kommissoriet. Det kan der være flere grunde til. For det første vil det være rimeligt at antage, at kommissionen grundigt vil overveje modellerne

for fremtidens sundhedsvæsen ud fra en realistisk vurdering af, hvordan en ny struktur skal styres, altså sammenhængen mellem struktur og styringsdesign. For det andet er hele styringsspørgsmålet også præget af forskellige, politiske synspunkter, hvorfor diskussionen kan være reserveret til den politiske del af reformprocessen.

Trods dette er begrebet "styring" dog nævnt eksplicit ét sted i kommissoriet, hvor en af kommissionens otte opgaver beskrives som følger:

"En **organisering og styring af almen praksis**, der understøtter øget patientansvar og styrket opgavevaretagelse, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske løsninger."

Her kunne området praktiserende speciallæger også være nævnt. Ikke mindst i lyset af, at de modeller, som kommissionen skal komme med, skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed og et sundhedsvæsen, som er mere nært og bæredygtigt.

Med punktet kan det se ud, som om der er lagt op til en genoptagelse af diskussionerne efter reformen i 2007. I 2008 tog Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse initiativ til at udvikle almen praksis' rolle ved at nedsætte et udvalg (Grønnegaard Christensen-udvalget), der skulle se på almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Men tiden var åbenbart ikke moden til de store forandringer, og som sådan tilførte udvalgets rapport ikke noget nyt (Jacobsen og Larsen, 2017).

Et andet sted i kommissoriet, hvor de praktiserende speciallæger heller ikke er nævnt som væsentlige aktører i det primære sundhedsvæsen, er i punktet omkring samspil:

"Samspelet mellem det **specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene og det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis**, herunder **forpligtende** samarbejdsstrukturer samt muligheder for samlokalisering af kommunale tilbud og udgående sygehusfunktioner og skabelse af tværfaglige miljøer (læger, sygeplejersker, jordemødre, bioanalytikere, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, diætister m.v.) i form af eksempelvis nærhospitalet."

Formuleringen "forpligtende samarbejdsstrukturer" signalerer et styringstema med blandt andet en indirekte reference til punktet om organisering og styring af almen praksis. Men som nævnt er praktiserende speciallæger heller ikke nævnt her.

Med tanke på, at 1,9 millioner borgere i 2019 var i kontakt med en praktiserende speciallæge og havde 5,7 millioner kontakter, forekommer det dog relevant at medtænke området, når der tænkes tanker om reformer omkring samspelet i sundhedsvæsenet.

Behov for et dækkende styringseftersyn

Siden kommunalreformen i 2007 har fokus som beskrevet i meget høj grad været på sygehuse og hospitaler – og ikke på de øvrige dele af sundhedsvæsenet. Det ses for eksempel også i de årlige aftaler mellem regeringen og regionerne om regionernes økonomi. I de seneste 10 økonomiaftaler er de praktiserende speciallæger ikke nævnt, så heller ikke her er interessen for området stor.

Når det nære sundhedsvæsen er blevet drøftet, er det kommunerne og nogle gange almen praksis, der har været i fokus. Stort set aldrig praktiserende speciallæger.

På den baggrund forekommer det vigtigt, at der i regi af Sundhedsstrukturkommissionen gennemføres en egentlig analyse og et regulært styringseftersyn på området praktiserende speciallæger. Som vist ovenfor relaterer to af kommissionens otte opgaver sig faktisk direkte til tilrettelæggelsen af området praktiserende speciallæger.

Tal der tæller

DETTE KAPITEL indeholder en oversigt over data, der illustrerer en række udvalgte forhold i sundhedsvæsenet.

Formålet er at vise noget om størrelser og proportioner i sundhedsvæsenet og give et bidrag til et grundlag for debatten om sundhedsvæsenets forskellige sektorer baseret på fakta om størrelsesforhold. Det kan være med til at give fornemmelse af betydningen for borgere og patienter af de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Der er to afsnit i dette kapitel. Først beskrives tal og tendenser for hele sundhedsvæsenet, dernæst beskrives særligt forhold omkring de praktiserende speciallæger.

Der er tal for antal læger og speciallæger i dag og i de kommende år, tal for antal patienter, der behandles i praksis, og antallet af patienternes kontakter – og endelig tal om udviklingen i økonomien på området.

Hovedtal om sundhedsvæsenet – og hovedtendenser

Antal læger og speciallæger i Danmark

I nedenstående tabel, der indeholder data fra sundhedsdatastyrelsen, 2023, ses antal beskæftigede læger i alt og fordelt på regionerne og dernæst på side 10 antal beskæftigede speciallæger i alt og fordelt på regionerne.

Antal beskæftigede læger fordelt på regioner, 2012-2020

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Region Nordjylland	1.965	1.964	1.984	2.017	2.115	2.179	2.237	2.325	2.362
Region Midtjylland	5.111	5.177	5.215	5.331	5.440	5.574	5.726	5.894	6.100
Region Syddanmark	4.693	4.710	4.739	4.834	4.876	5.034	5.158	5.285	5.380
Region Hovedstaden	8.945	9.166	9.326	9.515	9.744	9.959	10.292	10.557	10.868
Region Sjælland	2.821	2.858	2.868	2.945	3.029	3.148	3.157	3.150	3.217
Ukendt	32	22	21	24	39	21	36	39	37
I alt	23.567	23.897	24.153	24.666	25.243	25.915	26.606	27.250	27.964

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen 2023

Over perioden 2012-2020 er antal beskæftigede læger i regionerne steget fra 23.567 til 27.964 – svarende til en stigning på knap 19 pct.

Antal beskæftigede speciallæger er steget fra 16.544 til 18.889, svarende til en stigning på 14 pct.

Sammenfattende er der over de seneste år sket en ganske væsentlig stigning i antallet af såvel læger som speciallæger.

Udviklingen de kommende år for antal speciallæger

I figuren side 11, der stammer fra Sundhedsstyrelsens lægeprognose, 2022, ses det såkaldte hovedscenarie fra 2021 frem mod 2045 for den forventede udvikling i antal speciallæger.

Ifølge hovedscenariet vil der fra 2021 til 2045 være en stigning fra 16.808 til 29.188 speciallæger. Det svarer til en stigning på knap 74 pct., hvilket igen svarer til en gennemsnitlig årlig stigning på omkring 2,3 pct. Fordelingen mellem specialerne varierer noget, men for de fleste specialer ligger udviklingen omkring gennemsnittet.

Sundhedsstyrelsen anfører følgende om udviklingen inden for nogle udvalgte specialer: "I specialerne akutmedicin, arbejdsmedicin, børne- og ungdomspsykiatri, intern medicin/geriatri, intern medicin/lungesygdomme, klinisk biokemi, klinisk farmakologi, klinisk genetik, klinisk onkologi og psykiatri forventes antallet af speciallæger i perioden 2021-2045 at blive mere end fordoblet. I almen medicin forventes en vækst på 80 pct. fra 2021 til 2045 i hovedscenariet."

Antal beskæftigede speciallæger fordelt på regioner, 2012-2020

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Region Nordjylland	1.296	1.294	1.318	1.348	1.380	1.441	1.457	1.482	1.496
Region Midtjylland	3.119	3.189	3.236	3.298	3.344	3.429	3.477	3.570	3.639
Region Syddanmark	2.982	3.051	3.111	3.192	3.210	3.288	3.334	3.405	3.417
Region Hovedstaden	5.335	5.458	5.587	5.728	5.851	5.910	6.066	6.208	6.314
Region Sjælland	1.788	1.821	1.865	1.928	1.933	1.962	1.964	1.959	1.983
Ukendt	12	13	10	11	19	10	23	22	20
I alt	16.544	16.839	17.141	17.520	17.753	18.057	18.339	18.665	18.889

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen 2023

Befolkningsudviklingen forventes også at stige over den nævnte periode, men stigningen i antal læger og speciallæger er væsentligt større, så derfor vil antallet af læger per 1.000 indbyggere forventes at stige fra 4,8 til 7,3, mens antallet af speciallæger per 1.000 indbyggere forventes at stige fra 2,9 til 4,7.

Sammenfattende vil der i de kommende år efter prognoserne ske en væsentlig vækst i antallet af læger og speciallæger.

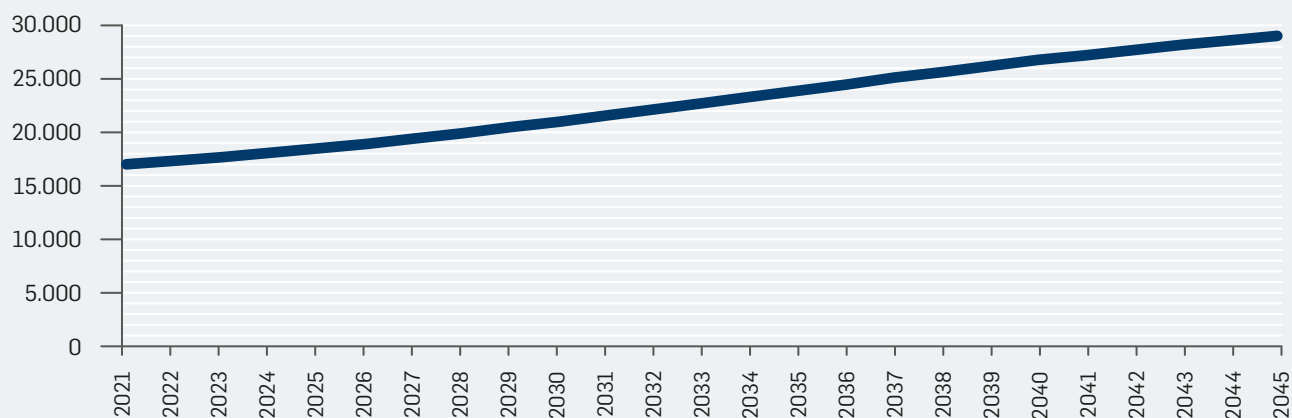
Faktorer for udbud af og efterspørgsel efter læger og speciallæger

I figuren side 12, der stammer fra Sundhedsstyrelsens lægeprognose, 2022, ses, hvilke faktorer der vurderes at påvirke balancen mellem efterspørgslen efter og udbuddet af læger.

Omkring efterspørgselssiden kan der særligt lægges mærke til, at for eksempel opgaveflytning, sundhedspolitiske tiltag og udvikling i demografi og sygdomsmønstre er af betydning. Det vil sige, at når der skal gennemføres en flytning af opgaver fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen, skal der være opmærksomhed på, at det vil påvirke balancen mellem udbud af og efterspørgsel efter læger og speciallæger.

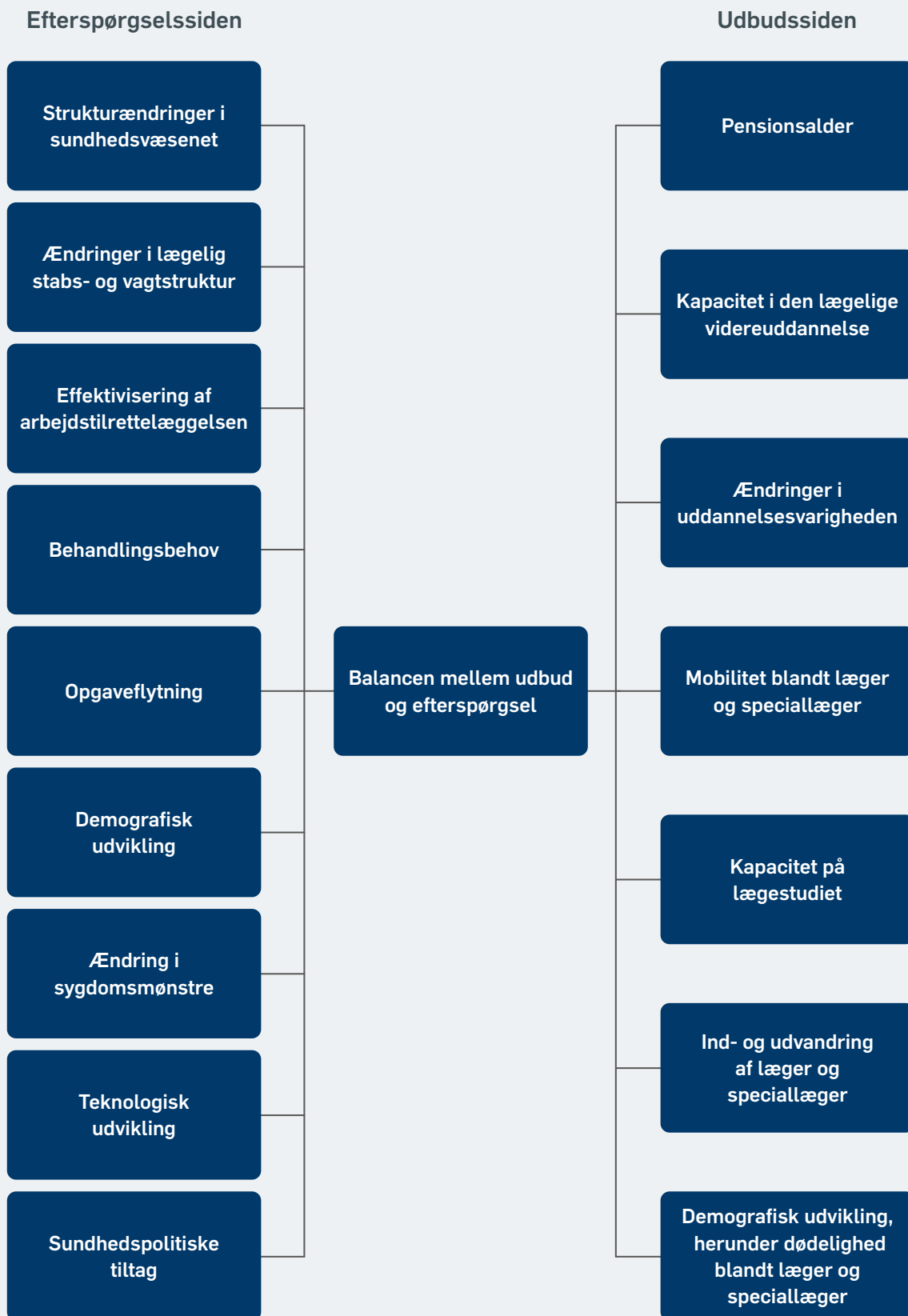
Sundhedsstyrelsen har åbenbart valgt ikke at nævne den økonomiske prioritering af sundhedsvæsenet som en (selvstændig) faktor, der er bestemmende for efterspørgslen, men økonomien ligger under alle omstændigheder som en del af eller bag en del af de faktorer, som styrelsen opremser som bestemmende for efterspørgslen.

Hovedscenarie for udvikling i antal speciallæger i arbejdsstyrken inkl. orlov, 2021-2045



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Faktorer med betydning for balancen mellem udbud af og efterspørgsel efter læger



Demografisk udvikling og behovet for sundhedsydelse

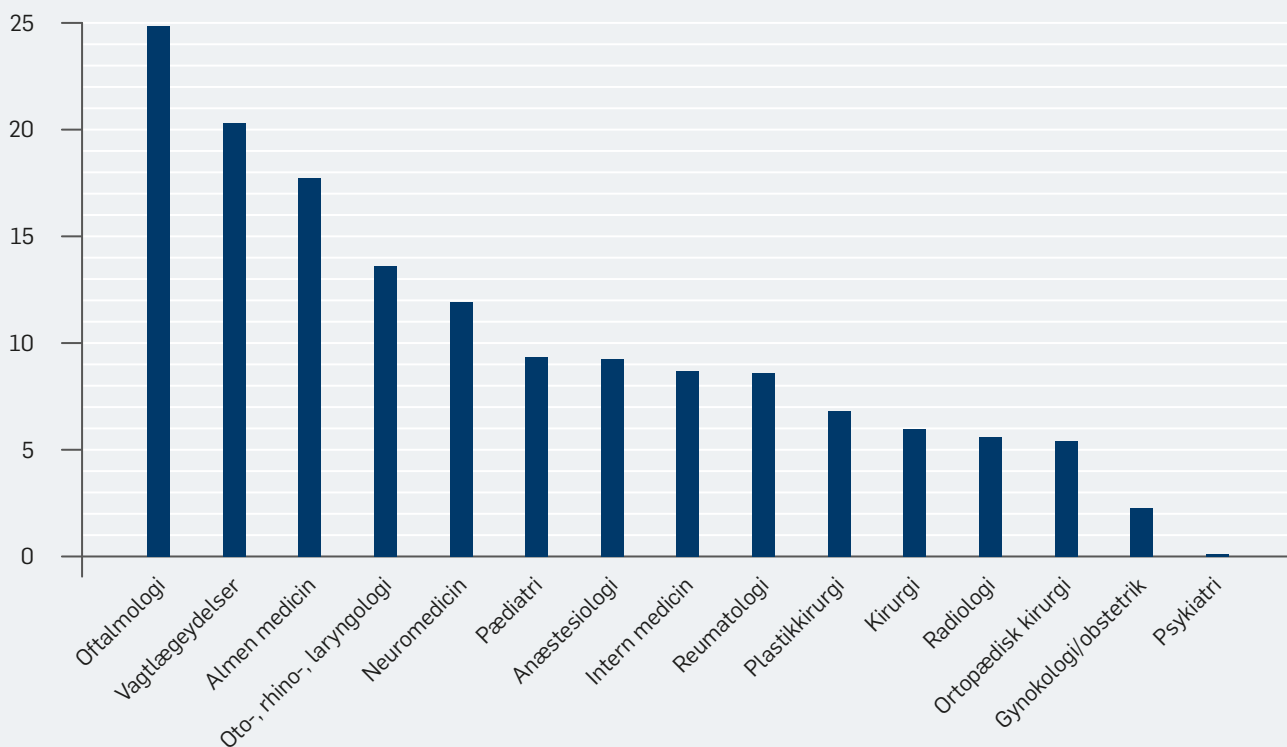
I figuren nedenfor, der stammer fra Sundhedsstyrelsens lægeprognose, 2022, ses, hvad den demografiske udvikling – altså særligt det, at andelen af ældre borgere øges – betyder for udviklingen i behandlingsbehovet og dermed økonomien inden for en række specialer og sygdomsområder.

Det ses af Sundhedsstyrelsens beregning, at den forventede udvikling i sundhedsudgifterne i almen praksis og speciallægepraksis frem mod 2045 varierer meget betydeligt mellem specialerne og sygdomsområderne.

Der forventes en stigning i sundhedsudgifterne for alle typer speciallægepraksis samt for almen praksis. Størst er stigningen for områderne oftalmologi (øjelæge), vagtlægeydelse og almen medicin samt for oto-, rhino-, laryngologi (øre, næse, hals). Stigningen er mindst for ortopædisk kirurgi, gynækologi og obstetrik.

Sammenfattende er det væsentligt at være opmærksom på, at der er stor forskel på stigningen i behandlingsbehovet mellem specialer og sygdomsområder over de kommende år.

Den demografiske betydning for udviklingen i sundhedsudgifter i almen- og speciallægepraksis, 2019-2045 (pct.)



Note: I fremskrivningen indgår beregnet udgiftsniveau (bruttohonorar fra sygesikringsregistret) som et treårigt gennemsnit per person 2016-2018 sammenholdt med den forventede demografiske udvikling. Dette er ikke udtryk for udviklingen i de samlede udgifter.

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Antal patienter og kontakter i praksissektoren

I tabellen nedenfor, der stammer fra Sundhedsdatastyrelsen, 2020, ses antal patienter og antal kontakter – i almen praksis, speciallægepraksis og øvrige praksis (tandlæger, terapeuter etc.) over perioden 2009-2019. I det følgende vil fokus være på almen praksis og speciallægepraksis.

I 2019 var godt 5,0 millioner borgere i kontakt med almen praksis, mens knap 1,9 millioner borgere var i kontakt med praktiserende speciallæger. Det vil sige, at omkring 88 pct. af befolkningen har været i kontakt med almen

praksis, mens omkring 33 pct. af befolkningen har været i kontakt med praktiserende speciallæger.

For så vidt angår antallet af kontakter, var der i 2019 41,5 millioner kontakter til almen praksis. Der var samme år 5,7 millioner kontakter til speciallægepraksis.

For så vidt angår antal kontakter per borger, var der i 2019 til almen praksis knap 7,2 kontakter per 1.000 borgere og 8,3, når der alene ses på de borgere, der var i kontakt med almen praksis. For speciallægepraksis var der knap 1,0 kontakter per 1.000 borgere og 3,0 kontakter, når der alene ses på antal borgere, der var i kontakt med speciallægepraksis.

Patienter og kontakter, praksissektoren, 2009-2019, hele landet

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Almen praksis											
"Antal patienter i kontakt med almen praksis (i tusinder)"	4.837	4.821	4.883	4.856	4.871	4.885	4.908	4.942	4.957	4.977	5.011
Antal kontakter (i tusinder)	41.132	40.814	41.628	40.800	40.080	39.952	40.181	40.492	40.922	40.997	41.544
Gns. antal kontakter for patienter i kontakt med almen praksis	8,5	8,5	8,5	8,4	8,2	8,2	8,2	8,2	8,3	8,2	8,3
Kontakter per 1.000 borgere	7.486	7.397	7.512	7.333	7.174	7.118	7.109	7.096	7.119	7.093	7.156
Speciallægepraksis											
"Antal patienter i kontakt med speciallægepraksis (i tusinder)"	1.677	1.714	1.752	1.751	1.750	1.777	1.805	1.833	1.847	1.855	1.877
Antal kontakter (i tusinder)	5.373	5.600	5.674	5.604	5.531	5.601	5.600	5.601	5.650	5.621	5.725
Gns. antal kontakter for patienter i kontakt med speciallægepraksis	3,2	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,0	3,0
Kontakter per 1.000 borgere	978	1.015	1.024	1.007	990	998	991	982	983	972	986
Øvrig praksis											
"Antal patienter i kontakt med øvrig praksis (i tusinder)"	768	787	864	898	909	937	975	1.003	1.011	1.021	1.037
Antal kontakter (i tusinder)	8.501	8.692	9.328	9.816	9.966	10.259	10.695	11.026	11.044	11.044	11.294
Gns. antal kontakter for patienter i kontakt med øvrig praksis	11,1	11,0	10,8	10,9	11,0	10,9	11,0	11,0	10,9	10,8	10,9
Kontakter per 1.000 borgere	1.547	1.575	1.683	1.764	1.784	1.828	1.892	1.932	1.921	1.911	1.945
Patienter og kontakter, i alt											
"Antal patienter i kontakt med praksissektor (i tusinder)"	4.921	4.911	4.967	4.947	4.962	4.979	5.006	5.043	5.059	5.083	5.116
Antal kontakter (i tusinder)	55.006	55.106	56.630	56.220	55.577	55.812	56.476	57.118	57.617	57.662	58.562
Gns. antal kontakter for patienter i kontakt med praksissektor	11,2	11,2	11,4	11,4	11,2	11,2	11,3	11,3	11,4	11,3	11,4
Kontakter per 1.000 borgere	10.011	9.988	10.219	10.104	9.948	9.943	9.991	10.010	10.024	9.976	10.088

Kilde: Sygesikringsregistret og CPR-registret, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkninger: Når der tælles antal patienter, er der tale om unikke patienter inden for de kategorier, der er opstillet i tabellen. Totalen er afrundet til nærmeste tusinder og kan derfor afvige fra summen af kategorierne i tabellen.

I tabellen nedenfor, der stammer fra Sundhedsdatastyrelsen, 2020, ses forskellen i antal kontakter til speciallægepraksis mellem regioner. Forskellene spænder fra det laveste antal kontakter i Region Midtjylland med omkring 800 til det højeste antal kontakter i Region Hovedstaden med omkring 1.300 kontakter per 1.000 indbyggere.

Af underliggende tal fra Sundhedsdatastyrelsen fremgår, at for så vidt angår de specialer, hvor der er forholdsvis flest speciallæger i praksis – øjenlæger og ørelæger – er der forholdsvis små forskelle mellem regionerne, mens der for de fleste øvrige specialer er noget større forskelle.

Sammenfattende for speciallægepraksis var der i 2019 1,9 millioner borgere, der var i kontakt med speciallægepraksis, og de havde 5,7 millioner kontakter – altså i gennemsnit omkring 3,0 kontakter.

Udgifter til sundhed – hele området, praksisområdet og speciallægehjælp

I tabellen side 16, der stammer fra Danmarks Statistik, Statistikbanken, ses udviklingen i udgifterne til sundhed 2009 til 2022 i alt og heraf udgifter til dels hospitaler, dels praksisområdet.

Patienter og kontakter, speciallægepraksis, 2009-19 fordelt på regioner

Bopælsregion	Antal	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Region Nordjylland	Patienter (i tusinder)	147	153	159	158	156	156	161	167	170	172	175
	Kontakter (i tusinder)	411	436	448	437	426	423	443	456	468	466	480
	Kontakter per 1.000 borgere	709	755	775	756	736	730	762	779	797	791	813
Region Midtjylland	Patienter (i tusinder)	326	334	341	343	344	352	357	360	366	368	374
	Kontakter (i tusinder)	971	1.017	1.026	1.025	1.007	1.023	1.032	1.017	1.028	1.020	1.041
	Kontakter per 1.000 borgere	781	813	816	811	794	803	805	786	788	777	788
Region Syddanmark	Patienter (i tusinder)	320	325	328	326	328	331	340	354	355	354	359
	Kontakter (i tusinder)	919	955	954	935	934	934	944	968	971	954	974
	Kontakter per 1.000 borgere	767	798	796	780	779	778	784	799	798	781	797
Region Hovedstaden	Patienter (i tusinder)	638	652	668	670	673	685	689	692	693	696	704
	Kontakter (i tusinder)	2.297	2.394	2.429	2.397	2.377	2.419	2.390	2.358	2.362	2.366	2.402
	Kontakter per 1.000 borgere	1.388	1.432	1.438	1.405	1.379	1.388	1.354	1.318	1.307	1.298	1.309
Region Sjælland	Patienter (i tusinder)	249	253	260	257	253	257	261	264	267	268	271
	Kontakter (i tusinder)	775	798	817	809	787	801	792	802	821	815	828
	Kontakter per 1.000 borgere	945	974	998	991	965	982	966	969	987	976	990
I alt	Patienter (i tusinder)	1.677	1.714	1.752	1.751	1.750	1.777	1.805	1.833	1.847	1.855	1.877
	Kontakter (i tusinder)	5.373	5.600	5.674	5.604	5.531	5.601	5.600	5.601	5.650	5.621	5.725
	Kontakter per 1.000 borgere	978	1.015	1.024	1.007	990	998	991	982	983	972	986

Kilde: Sygesikringsregistret og CPR-registret, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkninger: Når der tælles antal patienter, er der tale om unikke patienter inden for de kategorier, der er opstillet i denne tabel. Totalen er afrundet til nærmeste tusinder og kan derfor afvige fra summen af kategorierne i tabellen.

De samlede offentlige udgifter til sundhedsbehandling er steget fra 2010, hvor de var 113,9 milliarder kr., til i 2022, hvor de var 154,3 milliarder kr. – en stigning på 40,4 milliarder kr. svarende til 35 pct. – det vil sige lige omkring 3 pct. om året. Ses der på udviklingen inden for hospitalerne, har der været en stigning fra 87,3 milliarder kr. til 119,6 milliarder kr. – svarende til 37 pct., mens der for praksissektoren har været en stigning fra 11,7 milliarder kr. til 14,8 milliarder kr. – svarende til en stigning på omkring 27 pct.

I Statistikdatabanken kan praksisområdet specificeres mellem almen praksis, psykiatere og andre speciallæger. I tabellen nedenfor ses dette.

Over perioden 2010 til 2022 har udviklingen været sådan, at for almen praksis har der været en stigning fra 9,4 milliarder kr. til 10,8 milliarder kr., for psykiatere en stigning fra 254 millioner kr. til 364 millioner kr. og for øvrige speciallæger en stigning fra 3,0 milliarder kr. til 3,7 milliarder kr. Det svarer til en stigning over perioden 2010 til 2022 for almen praksis på 29 pct., for psykiatere på 43 pct. og for øvrige speciallæger på 23 pct.

Sammenfattende har der været en stigning i udgifter såvel på hospitaler som praksisområdet over de viste 12 år, men stigningen på praksisområdet har kun været knap ¼ af stigningen på hospitalsområdet.

Tal for praktiserende speciallæger

Specialer med flest praktiserende speciallæger

På de fleste sygdomsområder arbejder de fleste speciallæger på landets sygehuse og hospitaler, men der er en række områder, hvor en betydelig del af speciallægerne arbejder i praksis.

De specialer, hvor der er det største antal speciallæger i praksis i 2019, er opgjort således af Danske Regioner:

Oftalmologi – (øjenlæger)	163
Oto-, rhino-, laryngologi – (øre-, næse- halslæger)	160
Psykiatri	114
Dermatologi – (hudlæger)	101
Gynækologi	75

To områder skiller sig særligt ud fra de øvrige specialer. På øjenområdet arbejder omkring halvdelen af alle speciallæger i speciallægepraksis, og noget tilsvarende gælder inden for øre-, næse-, halsområdet.

Ventetider til ikke-akut behandling hos praktiserende speciallæger

Sundhed.dk, der er etableret af regionerne, kommunerne og staten, er en indgang til sundhedsoplysninger, hvor det for eksempel er muligt at finde en behandler. Man kan søge på

Udgifter til sundhed efter finansieringskilde, funktion, aktør og tid

millioner kr.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Finansiering i alt													
Behandling													
Sundhedsudgifter hos aktører i alt	113.936	115.298	118.785	119.808	122.197	125.589	128.335	131.463	134.398	138.416	144.321	150.316	154.259
Hospitaler	87.250	87.652	90.579	91.758	94.002	96.777	98.863	101.288	103.254	106.321	113.398	116.519	119.629
Praksissektoren	11.652	12.092	12.216	12.025	12.018	12.323	12.363	12.484	13.164	13.589	13.826	14.271	14.844

såvel behandlinger som behandlere. På sundhed.dk kan man blandt andet fremsøge den ventetid, der er til undersøgelse eller behandling hos de enkelte praktiserende speciallæger.

I dette følgende ses på ventetid hos speciallæger inden for nogle af de specialer, der har de fleste speciallæger i praksis.

For **speciallæger i øjensygdomme** var der ved opslag den 30. april 2023 157 speciallæger, der kunne søges oplysninger om ventetid på.

Ventetiden på ikke-akut undersøgelse var mellem 0 og 72 uger, og medianen, (hvor ventetiden for halvdelen af borgerne er kortere, og ventetiden for den anden halvdel af borgerne er længere)¹ var omkring 30 uger. For 30 af de 157 praktiserende øjenlæger, det vil sige for hver femte, var ventetiden over 52 uger, altså over ét år.

For **øre-, næse-, halslæger** var situationen, at af 150 speciallæger var der (den 30. april 2023) en ventetid på ikke-akutte undersøgelser på 0-33 uger, og medianen var omkring otte ugers ventetid.

Det kræver ikke henvisning at komme til en øjenlæge og en øre-, næse-, halslæge. Men lange ventetider til speciallægehjælp er ikke udelukkende til de specialer, hvor der ikke kræves

henvisning gennem praktiserende læge, men for eksempel også for undersøgelse og behandling hos praktiserende speciallæger i **psykiatri**.

For 140 speciallæger i psykiatri var der (den 30. april 2023) en ventetid til ikke-akutte undersøgelser på 0-170 uger – det vil sige op til mere end tre år og tre måneder, og medianen var omkring 70 ugers ventetid.

For 86 speciallæger inden for **gynækologi** var ventetiden (den 30. april 2023) 0-32 uger, og medianen var omkring otte ugers ventetid.

Sammenfattende er der således ganske lange ventetider til undersøgelse og behandling hos en stor del af de praktiserende speciallæger, herunder ganske særligt for speciallæger i psykiatri og speciallæger i øjensygdomme.

Konsekvenserne af den lange ventetid kan for nogle borgere eller patienter være en undersøgelse og behandling, der iværksættes så sent, at det har negative konsekvenser for helbredstilstanden – og muligheder for bedring. Øjenforeningen har særligt undersøgt forholdene omkring øjensygdommen våd AMD i hvidbogen 'Ingen skal miste synet, mens de venter', 2021.

Udgifter til sundhed efter finansieringskilde, funktion, aktør og tid

millioner kr.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Finansiering i alt													
Behandling													
Praksissektoren	11652	12092	12216	12025	12018	12323	12363	12484	13164	13589	13826	14271	14844
Almen praksis	8382	8703	8815	8629	8452	8647	8604	8800	9430	9788	10028	10274	10753
Psykiatere	254	249	248	237	229	258	287	293	306	313	330	347	364
Andre speciallæger	3017	3140	3153	3160	3337	3418	3472	3391	3428	3488	3468	3650	3727

1 Lad for eksempel 2, 4, 4, 5, 6, 7, 9 og 35 være målingerne opstillet i voksende rækkefølge. Så er medianen $5+6/2=5,5$ (eller $5\frac{1}{2}$), mens gennemsnittet er $2+4+4+5+6+7+9+35=728=9$.

Medianen er ofte et bedre mål end gennemsnittet for hovedtendensen i en målerække. (Lex.dk).

Sammenfatning

Speciallæger

I 2021 var der ifølge Sundhedsstyrelsens prognosekørsel omkring 16.800 beskæftigede speciallæger i Danmark. Frem mod 2045 prognosticeres antallet at stige til knap 29.200. Over de kommende godt 20 år forudses således en meget betydelig stigning i antal speciallæger. Blandt andet i lyset af den forventede stigning vil det være væsentligt at tage politisk stilling til fordelingen af speciallæger.

Fordelingen har flere dimensioner: For det første mellem **sygdomsområder og specialer**. Der, hvor der er den største stigning i behandlingsbehov, kommer den største forøgelse. For det andet mellem **hospitaller og praksis**, så der planlægges en sammenhængende og strategisk udvikling og prioritering inden for sundhedsvæsenet, og endelig for det tredje en hensigtsmæssig **geografisk** fordeling af læger og speciallæger.

Speciallægepraksis

I 2019 havde omkring 1,9 millioner patienter kontakt med speciallægepraksis. De 1,9 millioner patienter havde godt 5,7 millioner kontakter. Ventetid til speciallæge varierer fra speciale til speciale:

- Øjenlæger: 0-72 uger (median 30 uger)
- Ørelæger: 0-33 (median 8 uger)
- Psykiatere: 0-170 uger (median 70 uger)
- Gynækologer: 0-32 uger (median 8 uger)

Udgifterne til praktiserende speciallæger var i 2022 cirka 4,1 milliarder kr.

Det fremgår af det ovenstående, at området praktiserende speciallæger målt i omfang – patienter og patientkontakter – er af væsentlig betydning for det samlede sundhedsvæsens funktion.

Særligt omkring ventetider til ikke-akut undersøgelse og behandling er der for de belyste områder – som er de områder, hvor der er flest praktiserende speciallæger, og hvor andelen af praktiserende speciallæger i forhold til det samlede antal speciallæger inden for specialet er størst – ganske betydelige ventetider. De gælder alle de belyste specialer, men i særlig grad inden for øjensygdomme og psykiatri.

Mål, organisering og styring

I **DISKUSSIONEN OM** sundhedsvæsenet forstås organisering og styring i almindelighed som forhold, der skal understøtte nogle overordnede mål. Således også i kommissoriet for Sundhedsstrukturkommissionen, hvor opgaven med at opstille modeller for organiseringen af sundhedsvæsenet skal "understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed og, som er mere nært og bæredygtigt".

Mål

Formuleringen af de overordnede mål for sundhedsvæsenet kan variere, men indeholder typisk formuleringer om "mest mulig sundhed". Således også i rapporten fra VIVE (2018) om den statslige styring af det regionale sundhedsområde, hvor målsætningen for styringen beskrives som "at levere mest mulig sundhed for pengene, det vil sige være så effektiv som muligt".

Det skal ifølge rapporten ske gennem delmålene kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhæng. På den baggrund opstiller VIVE figuren 'Målsætning for sundhedsvæsenet'.

I kommissoriet for Sundhedsstrukturkommissionen lægges der i kommissoriets seks "sigtelinjer" tillige tydeligt vægt på to øvrige delmål, nemlig for det første styrkelse af det nære sundhedsvæsen og for det andet styrkelse af ligheden – geografisk og socialt. Disse to elementer er i særlig grad i løbet af de seneste fem år kommet langt mere i fokus i debatten om fremtidens sundhedsvæsen.

Hvis disse to yderligere delmål lægges ved siden af de af VIVE beskrevne delmål, vil det resultere i figuren 'Videreudvikling af VIVE-model'.

Ideelt set skal organisering og styringsinstrumenter altså leve op til eller understøtte alle de beskrevne mål.

Hertil skal organisering og styringsinstrumenter fungere i en virkelighed, hvor der – som også beskrevet i Sundhedsstrukturkommissionens kommissorium – skal tages højde for særligt udviklingen i efterspørgslen efter sundhedsvæsenets ydelser og for eksempel også sundhedsvæsenets personaleudfordringer.

Målsætning for sundhedsvæsenet, VIVE (2018)

Hovedmålsætning	Mest mulig sundhed for pengene (effektivitet)		
Delmål	Kvalitet	Omkostningseffektivitet	Sammenhæng

Videreudvikling af VIVE-model

Hovedmålsætning	Mest mulig sundhed for pengene (effektivitet)				
Delmål	Kvalitet	Omkostnings-effektivitet	Sammenhæng	Lighed i sundhed	Nærhed

Organisering og styring – styringsinstrumenter

Organisering og styring spiller sammen. Derfor må forslag til en reformering af sundhedsvæsenets organisering bygge på et indgående kendskab til det eksisterende styringsdesign med dets barrierer og problemer i hele sundhedsvæsenet – og ikke blot sygehusene.

I denne foranalyse er det valgt at anvende kategoriseringen direkte og indirekte styringsinstrumenter og med to typer af styringsinstrumenter i hver kategori:

Direkte styringsinstrumenter:

- Rammesættende
- Regulerende

Indirekte styringsinstrumenter:

- Kontrollerende
- Appellerende

Direkte styringsinstrumenter

De **rammesættende** styringsinstrumenter angår regler, der definerer en bestemt aktivitet og derved skaber muligheden for, at den kan finde sted. Et eksempel er delegering af kompetence, som det fremgår af sundhedsloven § 227, der omhandler nedsættelse af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, men også selve overenskomsterne på praksisområdet er et rammesættende styringsinstrument.

De **regulerende** styringsinstrumenter angår reguleringen af de aktiviteter, der er defineret gennem de rammesættende styringsinstrumenter. Et eksempel er den regulering, der finder sted, når sager på praksisområdet i henhold til overenskomsterne bliver bragt op i de regionale samarbejdsudvalg og i landssamarbejdsudvalget.

Indirekte styringsinstrumenter

De **kontrollerende** styringsinstrumenter angår kontrollen af, om aktiviteterne finder sted i overensstemmelse med de rammesættende og regulerende styringsinstrumenter. Det gælder for eksempel klagesystemer.

Nogle styringsinstrumenter er sammensat af både kontrollerende og regulerende styringsinstrumenter, hvilket er tilfældet med regionernes kontrol af ydelsesudbetalingerne, hvor regionerne kontrollerer anvendelsen af overenskomsterne og kan tage overtrædelser op i samarbejdsudvalget – og dermed kan gribe regulerende ind.

De **appellerende** styringsinstrumenter angår en appel, opfordring eller henstilling om at sikre, at de rammesatte aktiviteter udføres i overensstemmelse med standarder og normer. Det kan være professionsidealer, etiske standarder, men for eksempel også de lægevidenskabelige selskabers vejledninger.

Et specifikt styringsinstrument kan være sammensat af kontrollerende og appellerende styringsinstrumenter. Det gælder for eksempel Rigsrevisionen, som ikke har beføjelser til at kræve ændringer. Den kan ikke agere regulerende, men kun appellere. Derfor kan man sige, at Rigsrevisionen råder over et sammensat styringsinstrument bestående af et kontrollerende og appellerende instrument.

Ved at se på styringsinstrumenter ud fra de to kategorier, direkte og indirekte og med de to typer styringsinstrumenter i hver kategori, kan man vurdere balancen i sammensætningen af styringsinstrumenter. Hvis det eksisterende styringsdesign ikke understøtter hovedmål og delmål, må man se på, hvordan et styringsdesign skal balanceres i forhold til de fire typer af instrumenter, hvad indholdet skal være, og hvordan beføjelserne skal placeres i forhold til styringsinstrumenter.

Samspil og styring

Området praktiserende speciallæger udgør på den ene side et afgrænset område med sit eget styringsdesign, men indgår samtidig i et samspil med det øvrige sundhedsvæsen. For eksempel har de sammen med de praktiserende læger en funktion som gatekeeper med ansvar for at henvise alle ikke-akutte patienter til sygehuset. Samspil og styring kan illustreres som vist i nedenstående figur.

Samspil fortæller noget om væsentlige aktører, mens styring fortæller noget om væsentlige styringsinstrumenter og -logikker. Der kan være overlap mellem de to kategorier, men en skelnen mellem de to er en måde at få greb om det komplekse spørgsmål, som styring i og styring af sundhedsvæsenet er.

Samspil

Den praktiserende speciallæge har et tæt samspil med borgeren eller patienten, som søger speciallægehjælp – og nogle gange også et tæt samspil med sygehus og praktiserende læge. Endelig kan private leverandører for eksempel

privathospitaler og øvrige aktører være med i et samspil om borgeren eller patienten. Det kan for eksempel inden for øjenområdet være optikere og på øreområdet centre, der forhandler høreapparater.

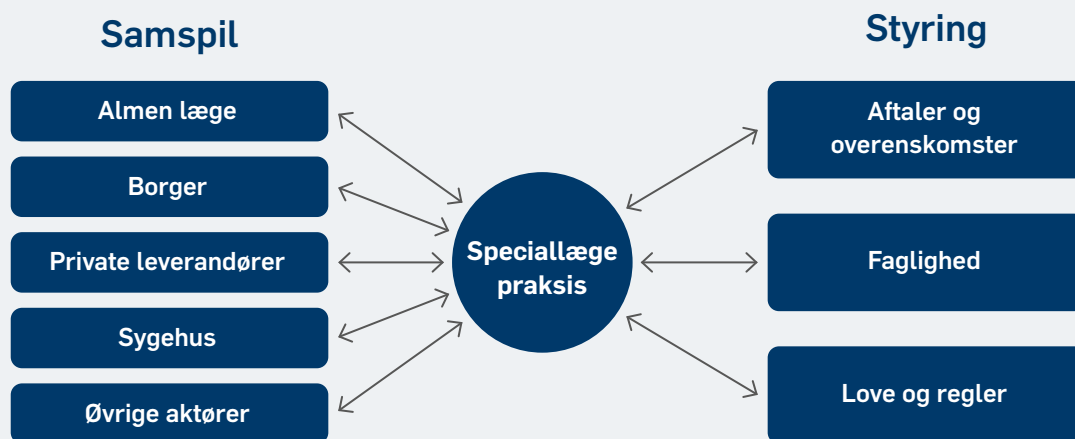
Styring

De helt overordnede, styringsmæssige rammer for at udøve lægegerning kommer gennem love og regler. Sundhedsloven er den overordnede regulering af sundhedsvæsenet i Danmark, men dertil er der et stort antal andre love og bestemmelser, der også giver styringsmæssige vilkår.

Den styring, der kommer fra faglighed, kan baseres på offentlige myndigheder, for eksempel Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for patientklager eller Styrelsen for Patientsikkerhed, men faglig styring kan også komme gennem faglige selskaber og lignende.

Endelig er der en væsentlig styringsmæssig ramme, der baseres på aftaler og overenskomster – særligt overenskomsten for speciallægehjælp, der er indgået mellem RTLN, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, og FAS, Foreningen af Speciallæger.

Analyseramme – speciallægepraksis mellem samspil og styring



En palet af styringsinstrumenter

I **FORRIGE KAPITEL** er der præsenteret en model for et hovedmål og fem delmål for sundhedsvæsenet. Disse mål og delmål kan anvendes til en vurdering af balancen mellem styringsinstrumenter i et styringsdesign.

Udgangspunktet er de fire typer af styringsinstrumenter:

Direkte styringsinstrumenter

- Rammesættende styringsinstrumenter
- Regulerende styringsinstrumenter

Indirekte styringsinstrumenter

- Kontrollerende styringsinstrumenter
- Appellerende styringsinstrumenter

I det følgende beskrives en palet af styringsinstrumenter. Det er ikke en udtømmende opremsning, men skal illustrere, at der er mange forskellige måder at sætte rammer og skabe regler for, hvordan for eksempel sundhedsvæsenet fungerer – og alle disse forskellige styringsinstrumenter har forskellige formål, funktioner og konsekvenser.

Nogle af de forskellige styringsinstrumenter falder tydeligt inden for en bestemt kategori, mens andre kan have træk af flere kategorier.

Rammesættende styringsinstrumenter

Rammesættende vil sige de måder, man på samfundsniveau fastsætter de overordnede rammer for sundhedsvæsenet, herunder praksisområdet.

Sundhedslov, bekendtgørelser med mere

De helt overordnede, styringsmæssige rammer for at udøve lægegering – og for borgerne og patienterne i forhold til at modtage lægehjælp – kommer gennem love og regler. Sundhedsloven er den overordnede regulering af sundhedsvæsenet i Danmark, men dertil er der et stort antal andre love og bestemmelser, der også giver styringsmæssige vilkår.

Sundhedsloven anviser de helt generelle retningslinjer for vores sundhedsvæsen: Hvem er berettigede, hvordan organiserer vi, hvordan finansierer vi, med mere. Afledt af sundhedsloven har vi en række myndigheder, der varetager en række opgaver. Nogle af disse beskrives nedenunder.

Særligt i forhold til praksissektoren fastsætter sundhedsloven, at aftaler om overenskomster med for eksempel de lægelige organisationer om almen lægehjælp og speciallægehjælp indgås af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, sådan at regionsrådene kan opfylde sundhedslovens forpligtelse til at "tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner".

Det er værd at bemærke, at de rettigheder og garantier, som patienterne har ved udredning og behandling i det offentlige sygehusvæsen, ikke gælder for praktiserende speciallæger. Her har patienterne ingen rettigheder og garantier.

Praksissektorens overenskomster

Praksissektorens overenskomster kan også betragtes som et rammesættende styringsinstrument. Særligt fordi aftalesystemet indeholder en omfattende beskrivelse af, hvordan praksisområdet skal tilrettelægges. Overenskomsten er et styringsinstrument, hvor flere typer af instrumenter er integreret, og er et sammensat styringsinstrument. På baggrund af overenskomstens særlige betydning beskrives den nærmere i næste kapitel 'Overenskomsten om speciallægehjælp'.

Regulerende styringsinstrumenter

Med regulerende forstås i denne sammenhæng de bestemmelser, der inden for rammerne af de rammesættende instrumenter udfylder styringen konkret på forskellige områder.

Sundhedsstyrelsens specialevejledninger

Sundhedsstyrelsen regulerer gennem specialevejledninger de enkelte specialers kerneopgaver, deres organisering og forhold, der er af væsentlig betydning for den videre udvikling af specialerne og sygdomsområderne. Sundhedsstyrelsen gør dette med baggrund i sundhedslovens bestemmelser – og er på den måde afgørende for udviklingen af sundhedsvæsenets funktion og tilrettelæggelse.

Specialevejledningerne er således også af betydning for praksissektoren og herunder praktiserende speciallæger.

Sundhedsstyrelsens planlægning af speciallægekapaцитet

Sundhedsstyrelsen udarbejder lægeprognoser, der beskriver, hvor mange læger og speciallæger der kan forventes i fremtiden. Den seneste (Lægeprognose, 2022) dækker årene 2021-2045 og beskriver, hvordan udviklingen har været på det lægelige arbejdsmarked, og hvordan udbuddet af læger og speciallæger forventes at udvikle sig.

Prognoserne ligger til grund for Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplaner, der fastsætter årlige rammer for dimensionering af uddannelsesforløb for læger og speciallæger, og er således afgørende for udviklingen i det fremtidige antal af speciallæger inden for de enkelte sygdomsområder.

Styrelsen tager ikke med dimensioneringen stilling til fordelingen af speciallæger mellem hospitaler og praksis.

Overenskomsterne på praksisområdet

Overenskomsterne på praksisområdet kan i vidt omfang også siges at være regulerende for den aktivitet, der udføres af de læger med flere, der praktiserer efter disse bestemmelser. Som nævnt belyses overenskomsten om speciallægehjælp i næste kapitel.

Kontrollerende styringsinstrumenter

Med kontrollerende forstås her de funktioner og myndigheder, der er tillagt kontrollerende opgaver i forhold til sundhedsvæsenet. Her nævnes et udpluk af kontrollerende funktioner.

Sundhedsområdet er undergivet mange forskellige former for tilsyn. Et tilsyn kan med fordel betragtes som et styringsinstrument, uanset om tilsynet kan give bindende beslutninger eller giver vejledende udtalelser.

Alene som kontrol er styringsinstrumentet indirekte. Men styringsinstrumentet kan indgå sammen med et direkte styringsinstrument, så en kontrol danner grundlag for en egentlig regulering.

Styrelsen for Patientklager

Styrelsen for Patientklager behandler klager over sundhedspersoner. De modtager omkring 8-9.000 klager om året. Heraf giver omkring 30 pct. anledning til kritik. De fleste klager er over læger, her især almenlæger, vagtlæger, ortopædkirurger, tandlæger og psykiatere.

Det er for de fleste sundhedspersoner vigtigt, hvordan patientklager falder ud, så generelt er det at undgå klager – og eventuelle sanktioner – vigtigt. På den måde er klagesystemet et vigtigt styringsinstrument – også for praksissektoren.

Styrelsen for Patientsikkerhed

Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med alle autoriserede sundhedspersoner og behandlingssteder, som har autoriserede sundhedspersoner tilknyttet. Tilsynet har til formål at bidrage til "et trygt sundhedsvæsen i Danmark – både for patienter og sundhedspersoner".

Der føres tilsyn med dels behandlingssteder, dels sundhedspersoner. Et behandlingssted er et sygehus, en lægepraksis eller andre former for praksis – tandlæger, fysioterapeuter med videre.

Vedrørende sundhedspersoner er der 320.000, som er underlagt tilsynet. Der modtages omkring 11.000 indberetninger om året, der gennemføres omkring 1.000 tilsynssager, og omkring 200 personer modtager årligt en sanktion.

Arbejdstilsynet

Arbejdstilsynet er den danske myndighed på arbejdsmiljøområdet og har som mål at fremme et sikkert og sundt arbejdsliv for alle. Det er en mindre del af Arbejdstilsynets tilsyn, der sker inden for sundhedsvæsenets område. Af 36.500 tilsyn i 2022 skete 298 på hospitaler og 224 hos læger med flere.

Afgørelser fra Arbejdstilsynet inden for sundhedsområdet udløser ofte stor opmærksomhed og er på den måde en faktor, der har betydning for styringen i institutioner og virksomheder.

Rigsrevisionen

Rigsrevisionen er den lovgivende magts kontrol over for den udøvende magt, altså regeringen.

I forhold til Rigsrevisionens kontrol på sundhedsvæsenets område er det typisk hospitalerne, der er i fokus, ikke ofte praksisområdet og meget sjældent de praktiserende speciallæger. Senest er der med revisionsberetning 17/2011 aflagt 'Beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren'. Beretningen kritiserer, "at Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne ikke har sikret en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren".

Rigsrevisionen har i 2022 foretaget en opfølgning på beretning 17/2011. Rigsrevisionen bemærker i den nye beretning 13/2022, at regionerne på nogle områder er blevet bedre til at finde fejl, men at det ikke er tilfredsstillende. Rigsrevisionen peger imidlertid også på, at regionernes kontrol begrænses af sundhedsloven.

Overenskomster på praksisområdet

Endelig bør næves, at overenskomsterne også indeholder en række bestemmelser, der er af kontrollerende karakter – og som belyses i næste kapitel: Overenskomsten om speciallægehjælp.

Appellerende styringsinstrumenter

Med appellerende forstås her ønsker om, at de aktiviteter, der er defineret gennem de rammesættende regler, udføres i overensstemmelse med visse standarder og normer – i denne sammenhæng overvejende etiske og professionsetiske normer. Selvom appellerende styringsinstrumenter er indirekte, er de på mange områder af væsentlig betydning for læger og andre sundhedsprofessionelle.

Lægeløftet

Lægeløftet er næppe et styringsinstrument som sådan, men er en vigtig institution. Lægeløftet er et personligt løfte, som den enkelte afgiver efter bestået embedseksamen. Med løftet lover den pågældende at bruge sine evner til samfundets og den enkeltes gavn. Ifølge autorisationsloven kan en lægevidenskabelig kandidat kun opnå autorisation som læge, hvis lægeløftet er aflagt.

Selvom lægeløftet ikke har nogen konkret retsvirkning, er det udtryk for en århundredelang tradition for at anerkende, at grundlæggende etiske normer er vigtige for at virke i sundhedsvæsenet og have et ansvar for andre menneskers liv.

Etiske regler og vejledninger

Lægeforeningen har vedtaget 27 etiske principper. De har til formål at beskrive de etiske forpligtigelser, læger har over for patienter, kolleger, samfundet og sig selv. Alle foreningens medlemmer er forpligtet på at handle i overensstemmelse med principperne.

De etiske regler er næppe heller et styringsinstrument som sådan, men afspejler en professions enighed om vigtigheden af at leve op til en række etiske principper.

De lægevidenskabelige selskaber

De lægevidenskabelige selskaber, der består af speciallæger inden for de enkelte selskabers område, udsteder en række retningslinjer, der er anbefalinger inden for forskellige faglige områder. Selskaberne er uafhængige faglige foreninger, og selskabernes paraplyorganisation er Lægevidenskabelige Selskaber, LVS, der arbejder for, "at det er fagligheden, der skal bestemme behandlinger i det danske sundhedsvæsen".

Selskabernes vejledninger har ikke retsvirkning som sådan, men angiver de rettesnore, de enkelte selskaber finder rigtige – og er dermed ikke uvigtige for undersøgelse og behandling.

Sammenfatning

Sammenfattende ses det ovenfor, at der er et stort antal styringsinstrumenter – som for en dels vedkommende er rettet bredt mod sundhedsvæsenet og herunder praktiserende speciallæger.

For så vidt angår praksissektoren, er overenskomsterne på de forskellige områder, herunder for de praktiserende speciallæger, af stor betydning for den måde, områderne fungerer på – og dermed hvordan der leveres undersøgelse og behandling af de borgere og patienter, der anvender sundhedsvæsenet.

Overenskomsten om speciallægehjælp

I **DETTE KAPITEL** er der en beskrivelse af hovedelementerne i overenskomsten om speciallægehjælp, da den indeholder en række bestemmelser, som er betydningsfulde for, hvordan speciallægepraksis faktisk fungerer som en – mere eller mindre integreret – del af sundhedsvæsenet.

Indledningsvis er der en kort beskrivelse af historien bag de nuværende overenskomster, og der trækkes et par særlige forhold af styringsmæssig betydning frem.

Praksisområdets overenskomster

Det styringsdesign, vi kender i dag inden for praksisområdet, er ikke en struktur, der er opstået som følge af en 'masterplan' for det hele sundhedsvæsen, men er vokset op nedefra som et foreningsinitiativ og er et resultat af 150 års udvikling (Jacobsen og Larsen, 2017).

150 års udvikling

Det startede med borgerinitierede lægekonsortier i midten af 1800-tallet og senere sygekasser, hvor medlemmer betalte kontingent. I starten forhandlede sygekasserne priser for behandling med den enkelte læge for at opnå rabat til de ubemidlede, der havde ret til sygekassehjælp. Med tiden blev sygekasserne større og bedre organiserede, mens lægerne underbød hinanden for at få en aftale med sygekasserne (Jacobsen og Larsen, 2017).

I 1892 begyndte man med start i København at forhandle en kontrakt for aftaler mellem læger og sygekasser. Nu var der åbnet for forhandlinger mellem sygekasserne på den ene side og lægerne på den anden med lægegerningen som et liberalt erhverv og med en offentlig finansiering gennem sygekasserne, der blev gradvis større (Jacobsen og Larsen, 2017).

Ordningen fungerede frem til 1973, hvor den offentlige sygesikring tog over, og sygekasserne blev afviklet. Betalingen blev dermed rent skattefinansieret. Det er den samme ordning, der principielt gælder i dag.

I tråd med denne udvikling karakteriserer Honorarstrukturrådet (2023) den eksisterende honorarstruktur for almen praksis som et resultat af "mange års tilpasninger og knopskydninger".

Særlige sundheds- og aftaleretlige forhold

Fra nogle sider peges der på visse sundhedsretlige svagheder i den måde, som praksisområdet styres på i dag, altså også området praktiserende speciallæger. Således skriver Bødker Madsen (2021: 75), at den almindelige forvaltningsret principielt ikke finder anvendelse, når sundhedsopgaver udføres af private sundhedsaktører. Videre skriver Bødker Madsen, at reglerne om aktindsigt i andet end patientjournaler ikke finder anvendelse. Det giver anledning til betænkeligheder, og betænkelighederne er særligt markante i praksissektoren (Bødker Madsen 2021: 75-76).

Det betyder for den enkelte patient, at ved behandling på sygehus eller i en af sygehusets udgående funktioner vil man være omfattet af forvaltningsloven, hvilket ikke vil være tilfældet ved behandling i speciallægepraksis. (Bødker Madsen 2021: 72).

Et andet generelt forhold ved overenskomsten inden for praksissektoren er den måde, som tvister om overenskomstforhold afgøres på (Bødker Madsen 2021: 573). På lægeområdet sker det gennem et system med regionale samarbejdsudvalg og et landssamarbejdsudvalg, men uden forligs- eller voldgiftsinstitution, som man kender det fra arbejdsmarkedet (Jacobsen og Larsen 2017: 548). Kan parterne ikke blive enige, er den eneste løsning på en ellers løbende konflikt (med de konsekvenser, det har) et lovindgreb, for eksempel som det skete i 2013.

Flere har peget på, at overenskomsten er en kollektivaftale forhandlet af en forening i lighed med arbejdsmarkedet, samtidig med at overenskomsten fungerer som en konkret aftale med den enkelte læge, der driver sin klinik som et liberalt erhverv.

Honorarstrukturrådet (2023) berører problemstillingen ved at karakterisere relationen mellem regionen og lægen som en entreprenørkontrakt om levering af almen lægehjælp til befolkningen – uden dog at forholde sig til, hvad der kan være af ulemper i den dobbelthed, at overenskomsten er både en kollektiv aftale og en entreprenørkontrakt med den enkelte læge.

Overenskomsten kunne også ses som en licenskontrakt knyttet til ydernummeret, i og med at en læge med et tildelt ydernummer får en licens på fastsatte præmisser til at få honorarer og ydelser fra regionen og derigennem opnår en monopollignende position.

Praksissektorens aftaler og overenskomster

Regionerne har jævnfør sundhedsloven ansvaret for de nære sundhedstilbud, som leveres af behandlere i praksis. De praktiserende behandlere er almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, kiropraktik, psykologhjælp, tandlægehjælp og fodterapi.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) indgår aftale med de enkelte faglige organisationer og behandlere i forhold til, hvilke sundhedsydelser de skal kunne levere til patienterne, hvilke servicekrav der stilles, samt hvilket honorar de får for det.

På speciallægeområdet er der senest i 2022 indgået overenskomst mellem RLTN og Foreningen af Speciallæger, FAS.

Styringselementer i overenskomsten om speciallægehjælp

I dette afsnit gennemgås en række væsentlige styringsmæssige instrumenter, og det drøftes, hvordan disse styringsinstrumenter kan styrke tilgængelighed til speciallægepraksis og sammenhængen mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Præambel – intentioner

Overenskomsten indeholder en præambel, der drejer sig om visioner, roller og andre generelle forhold.

I præambelen omtales blandt andet følgende:

- At speciallægepraksis er en integreret del af det offentlige sundhedsvæsen
- At speciallægepraksis skal medvirke til nære tilbud, lige tilbud til alle med behov, tilbud, der er en integreret del af sundhedsvæsenet, og tilbud, der giver mest mulig sundhed for pengene

- At speciallægepraksis skal medvirke til, at flere patienter derved får et bedre og et kortere forløb
- At speciallægepraksis skal medvirke til, at den samlede kapacitet på tværs af sygehuse og speciallægepraksis skal kunne udnyttes mest hensigtsmæssigt
- At speciallægepraksis skal indgå i et endnu tættere samarbejde med resten af sundhedsvæsenet
- At speciallægepraksis skal have fokus på ventetider og tilgængelighed

På trods af disse hensigtserklæringer forekommer det ikke sikkert, i hvor høj grad ambitionerne om det integrerede samarbejde faktisk er realiseret.

Speciallægeoverenskomstens hovedelementer – styringsinstrumenter

Efter overenskomstens præambel omhandler overenskomsten en lang række forhold, herunder:

- At regionerne fastsætter antal ydernumre
- Regler om regulering af praksis
- Regler om henvisning af patienter
- Tilgængelighed, service og konsultationer
- Honorarer og omsætning
- Regler om kontrol og kvalitet
- Regler om samarbejdet mellem overenskomstpартnerne

Planlægning – og herunder erhvervelse af ydernummer

I overenskomsten er det fastsat, at regionerne foretager en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen – altså udarbejder speciallægepraksisplaner.

Planerne skal udarbejdes med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehuse og praksissektoren.

Imidlertid foreligger de regionale praksisplaner kun med lange mellemrum og med et afgrænset indhold. På den måde har planerne en begrænset betydning for at sikre den tilstræbte integration med de øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Overenskomsten kan tiltrædes af en speciallæge i forbindelse med nynedsættelse eller i forbindelse med overtagelse af en eksisterende speciallægepraksis. Etablering af ny praksis kan ske ved opslag, og regionen kan stille krav om, at speciallægen skal etablere sin klinik i et nærmere anvist geografisk område eller for eksempel i et sundhedshus.

I praksis sker der meget få nynedsættelser, så overtagelse af praksis sker helt typisk ved køb af eksisterende praksis. Når overtagelsen af en praksis er godkendt, har speciallægen dermed et ydernummer og kan praktisere i henhold til overenskomsten.

I overenskomsten er det fastsat, at nedlæggelse af praksis kun kan ske mod udbetaling af godtgørelse fra regionen.

Ydelser

Det er i overenskomsten fastsat, at speciallæger som udgangspunkt skal levere en mængde og en bredde af ydelser for praksissektoren, der skal sikre optimal speciallægebetjening. Dette er dog reelt udtryk for en begrænset regional styring af sammensætningen af aktiviteten. Der er dog regler i overenskomsten om lokale aftaler, rammeaftaler og såkaldte råderumsaftaler, der giver mulighed for en vis fleksibilitet. Der foreligger så vidt vides ikke et samlet overblik over anvendelsen af disse aftaler. Endelig er der nogle særlige forhold omkring det, at en del speciallæger ved siden af deres praksis for regionerne efter overenskomsten

også foretager behandlinger mod privat betaling. Patienter kan som selvbetaler eller via deres sundhedsforsikring henvende sig og anmode om behandling. Her er prisen for en behandling ikke fastsat i overenskomsten. I stedet gælder en fri prisdannelse. Henvendelserne kan administreres særskilt og uafhængigt af ventelisten. Denne aktivitet er i et vist omfang reguleret i overenskomsten.

Derudover kan praktiserende speciallæger efter nærmere aftale med den region, hvor lægen praktiserer, få opgaver, som regionen vælger at flytte fra sygehuset til specialpraksis. I sådanne tilfælde afregnes der ikke efter taksterne fastsat i overenskomsten.

Henvisning af patienter

Som hovedregel kræves henvisning fra alment praktiserende læge for behandling hos praktiserende speciallæge, men for øjenlæger, øre-, næse-, halslæger og for visse behandlinger inden for gynækologi og dermatologi kræves ikke henvisning.

Honorarer og omsætning

Speciallægen honoreres efter de takster, der er fastsat i overenskomsten. Hvor alment praktiserende læger honoreres med både et basishonorar afhængigt af antal tilmeldte patienter til praksis og ydelseshonorarer, honoreres praktiserende speciallæger alene ved ydelseshonorarer. Honorarerne er fastsat fra speciale til speciale.

Overenskomsten indeholder som nævnt også regler om omsætningen i praksis. For fuldtidspraktiserende speciallæger – der er den typiske praksisform – er det fastsat, at der er en undergrænse for omsætningen, hvilket skal give regionerne en form for sikkerhed for, at der kan leveres de ydelser, der efterspørges.

Der er ikke fastsat nogen maksimal omsætning, men over en vis grænse, typisk 4-5 millioner

kr., sker der en reduktion efter et princip om stordriftsfordele. Grænsen kaldes en 'knækgrænse'.

Knækgrænsen stammer tilbage fra 1980'erne og havde som baggrund, at der var et antal praktiserende speciallæger, som kunne opnå det, der af mange blev betragtet som en helt uacceptabel omsætning på baggrund af offentlige tilskud. Knækgrænsen blev således vedtaget som en form for 'deling' af de stordriftsfordele, som visse speciallæger kunne opnå ved en særlig tilrettelæggelse af deres praksis.

Kontrol

Der udarbejdes en årlig opgørelse over speciallægenes behandlings- og ydelsesmønstre, og der kan ved store afvigelser foretages nærmere undersøgelser – og i sidste ende eventuelt gives en advarsel eller en grænse for den gennemsnitlige udgift per patient i praksis eller den gennemsnitlige udgift for en eller flere ydelser, en såkaldt højstegrænse.

Samarbejde

Samarbejdet mellem overenskomstens parter består på et regionalt plan af et nedsat samarbejdsudvalg med ligelig repræsentation af de to sider samt en kommunalt udpeget observatør. På landsplan er nedsat et landssamarbejdsudvalg, der består af ligelig repræsentation af Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger.

Det lokale (regionale) samarbejdsudvalg har en række forskellige opgaver, der rækker fra at udtale sig over at vejlede til at indgå aftaler og træffe afgørelser – og i nogle tilfælde at indstille til landssamarbejdsudvalget i visse sager. De mest indgribende beslutninger ligger hos landssamarbejdsudvalget, for eksempel fastsættelse af bod, fastsættelse af en højstegrænse og udelukkelse af en speciallæge fra praksis efter overenskomsten.

Debat om styringsinstrumenter

Flere styringsinstrumenter har været til debat, og der er mellem parterne, Danske Regioner, og FAS og FAPS (Foreningen af Praktiserende Speciallæger, der er en delforening under FAS), ikke altid enighed om værdien af de forskellige styringsinstrumenter.

Honorarstrukturen kan drøftes og bør analyseres nærmere, alene fordi honoreringen af bestemte ydelser – der enten kan vurderes som meget høj eller modsat meget lav – kan give praktiserende speciallæger incitamenter til at disponere på en måde, der ikke samlet set understøtter delmålet om omkostningseffektivitet. Et andet kritikpunkt fra nogle praktiserende speciallæger er anvendelsen af knækgrænsen, som også kan tænkes at påvirke opfyldelsen af nogle delmål negativt.

Danske Regioner og FAPS, Foreningen af Praktiserende Speciallæger, har i 2021 udarbejdet et fælles dokument med titlen 'En fælles retning – En fælles vision for speciallægepraksis', hvor der opregnes 21 forslag, som er kategoriseret under overskrifterne:

- Nære tilbud
- Lige muligheder
- Et samlet sundhedsvæsen
- Mest mulig sundhed for pengene

FAPS havde i 2020 – inden det fælles papir – udgivet publikationen 'Brug de praktiserende speciallæger til at styrke det nære sundhedsvæsen – et visions- og politikpapir'. Hovedintentionen i dette papir var at fremme, at langt flere patienter i fremtiden kan blive behandlet hos deres alment praktiserende læge i tæt samarbejde med praktiserende speciallæger, og det foreslås som det første at etablere flere speciallægepraksisser i alle egne af Danmark.

Sammenfatning

Vurdering af overenskomst i forhold til mål og delmål

Set i forhold til hovedmål og delmål for sundhedsvæsenet lever den nuværende styring af området praktiserende speciallæger, som formuleret i overenskomsten om speciallægehjælp, ikke på alle områder op til delmålene.

Hovedmålet som beskrevet ovenfor var "mest mulig sundhed", og delmålene var følgende:

- Sammenhæng
- Nærhed
- Omkostningseffektivitet
- Kvalitet
- Lighed

I denne foranalyse er der ikke foretaget en systematisk gennemgang af målopfyldelsen i forhold til alle delmål, men med en forenklet vurdering kunne man pege på følgende forhold.

For det første – om **sammenhæng**: Der er i overenskomsten en række tilkendegivelser af, at speciallægeområdet skal være et integreret område i det danske sundhedsvæsen, men som tidligere beskrevet i denne analyse er det uvist, hvor dybt denne integrering i realiteten går.

For det andet – om **nærhed**: Tidligere i analysen er det beskrevet, hvor lange ventetiderne er for at komme til ikke-akut undersøgelse og eventuelt behandling hos en praktiserende speciallæge. I lyset heraf ses det ikke, at speciallægepraksis har løst opgaven med at sikre rimelige ventetider og dermed tilgængelighed.

For det tredje – om **omkostningseffektivitet**: Det er ikke i denne rapport analyseret, hvordan man kan vurdere omkostningseffektiviteten

hos praktiserende speciallæger. Men det må med rimelighed kunne antages, at hvis eller når der er udfordringer med sammenhængen mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen, må dette kunne påvirke omkostningseffektiviteten negativt.

Ud fra et styringsmæssigt synspunkt er der i øvrigt flere elementer omkring omkostningseffektivitet, som med fordel kunne analyseres nærmere. I rapporten fra Honorarstrukturrådet, der har arbejdet med honorarstrukturen for almen praksis, er der flere forslag, der med fordel også kunne overvejes i forhold til praktiserende speciallæger.

For det fjerde – om **kvalitet**: Der er ikke umiddelbart noget, der tyder på lav kvalitet i speciallægepraksis.

For det femte – om **lighed**: Der er ovenfor peget på en betydelig geografisk ulighed i adgangen til praktiserende speciallæger, og i sammenhæng hermed kan det med rimelighed formodes, at der også er en vis social ulighed i adgang.

Særligt om "let og lige adgang"

Dertil kommer specifikt for området praktiserende speciallæger, at styringen ikke er med til at sikre, at området lever op til formålet, som fastsat i sundhedsloven, nemlig at der skal være let og lige adgang.

Borgere og patienter har, som vist tidligere i denne analyse, ikke let og lige adgang til specialiseret behandling hos praktiserende speciallæger inden for en række sygdomsområder. Det er vist, at der er såvel en geografisk ulighed som ulighed mellem sygdomsområder. Spørgsmålet om økonomisk/social ulighed er som nævnt ikke i fokus i denne rapport.

Tre konkluderende reformspørgsmål

DER ER I ANALYSEN vist noget om betydningen af praktiserende speciallæger og sat tal på, der illustrerer størrelse og proportioner. Området er stort målt på antal patienter og patientkontakter – formentlig større, end mange forestiller sig. Det er derfor væsentligt, at de praktiserende speciallæger har et samspil med det øvrige sundhedsvæsen, der sikrer en god udnyttelse af de praktiserende speciallægers kompetencer og kapacitet.

Hvis der er forhold, der ser ud til ikke at fungere tilfredsstillende, det kan for eksempel være den meget lange ventetid til ikke-akut undersøgelse og eventuelt behandling hos en række speciallæger, bør det give anledning til en egentlig analyse af, om de eksisterende rammer og styringsinstrumenter er gennemtænkte, sammenhængende og velfungerende, og om de medvirker til, at speciallægeområdet lever op til de mål, der er sat for sundhedsvæsenet.

Dette leder konkluderende frem til tre hovedspørgsmål, som foreslås undersøgt nærmere i en egentlig analyse.

Prioritering

På mange områder fungerer det danske sundhedsvæsen godt, men der er områder, hvor tilgængelighed og sammenhæng i forløbene ikke fungerer tilfredsstillende for patienter og borgere. For lang ventetid på undersøgelse og behandling er et eksempel. På en del områder udgør speciallæger i praksis en stor del af den samlede kapacitet til undersøgelse og behandling, men det er usikkert, om vi som samfund får det ud af deres ressourcer og kompetencer, som burde være muligt.

Det vil være væsentligt at få belyst, hvordan afhospitaliseringen – styrkelsen af det nære sundhedsvæsen – skal tage form. Skal det primært være gennem nærhospitalslignende konstruktioner, eller skal det være gennem en øget satsning på for eksempel praktiserende speciallæger.

Lange ventetider, og dermed manglende tilgængelighed, er kendetegnende for de praktiserende speciallægers funktion. Dette skaber usikkerhed hos borgere og patienter, der kan være utrygge ved, om de kan få undersøgelse – og eventuelt behandling – med tilstrækkelig hurtighed for at undgå sygdomsmæssig forværring eller forsinket helbredelse.

Hvordan skal området praktiserende speciallæger prioriteres og tilrettelægges i en fremtidig reform for sundhedsvæsenet, når en del af sygehusbehandlingen fremover skal foregå tættere på borgeren?

Styring

Sundhedsstrukturkommission skal arbejde med modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, der skal understøtte mere nærhed, mere lighed og mere bæredygtighed. Det taler direkte ind i behovet for også at undersøge, hvordan den fremtidige tilrettelæggelse af de praktiserende speciallægers virksomhed skal være.

Herunder bør undersøges, om styrkelsen af det nære sundhedsvæsen skal ske blandt andet gennem etablering af speciallæger i praksis inden for flere specialer, hvor praksis i dag ikke forekommer eller forekommer i meget begrænset omfang.

De praktiserende speciallæger har ikke fået særlig stor opmærksomhed fra hverken politikere eller embedsværk, og der er gennem årtier ikke sket større forandringer i forhold til områdets funktion eller vilkår. Den aftale, overenskomsten om speciallægehjælp, speciallægerne praktiserer under, er løbende revideret, men der er i høj grad tale om mindre tilpasninger. Det bør belyses, hvordan et fremtidigt styringsdesign skal se ud – altså hvordan skal sammensætningen af styringsinstrumenter være for at sikre den bedst mulige målopfyldelse.

Herunder kan undersøges, hvordan samarbejdsstrukturer, kommunikation, prioritering og incitament kan ændres, så der opnås bedre undersøgelse og behandling og bedre service.

Hvordan skal den politisk-administrative styring designes for de praktiserende speciallæger i en sundhedsreform, så de kan bidrage bedre til at opnå de mål, der er bred enighed om?

Samspil

For en række vigtige sygdomsområder udgør praktiserende speciallæger en stor del af den speciallægelige kapacitet, for eksempel inden for øjenssygdomme, øre-, næse-, halssygdomme, gynækologi, hudsygdomme og psykiatri. Inden for en række sygdomsområder og specialer er det dermed vigtigt for patienter og borgere, hvordan samspillet er mellem sygehuse og speciallægepraksis og også videre med almen praksis.

Herunder kan undersøges, om der til det formål er de rette incitament – faglige, økonomiske og andre, der tilskynder til undersøgelse og behandling med kvalitet og effektivitet. Det kan belyses, om der kan skabes forbedringer for borgere og patienter ved at fokusere mere på reformer af rammerne om de praktiserende speciallægers vigtige virke. Endelig kan belyses, om aftalesystemet kan reformeres, så der skabes bedre muligheder for i højere grad at nå de mål, der er enighed om for det samlede sundhedsvæsen.

Hvordan kan der skabes et bedre samspil mellem de praktiserende speciallæger og de øvrige behandlere så som almen praksis, sygehus og andre?

Referencer

Abbvie (2023). *Afhospitalisering – En løsning på sundhedsvæsenets udfordringer*

Bekendtgørelse om Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2006)

Danmarks Statistik. *Statistikbanken (data)*

Danske Regioner og FAPS (2021). *En fælles retning – En fælles vision for speciallægepraksis*

Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013). *Bedre incitament i sundhedsvæsenet*

FAPS (u. å.). *Brug de praktiserende speciallæger til at styrke det nære sundhedsvæsen*

Finansministeriet m.fl. (2017). *Videreudvikling af styringen på sundhedsområdet – kommissorium for et styringseftersyn*

Honorarstrukturrådet (2023). *Forenkling og faglighed med fokus på patienten – Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis*

Jacobsen, Kurt og Klaus Larsen (2. udgave 2017). *Ve og velfærd – Læger, sundhed og samfund gennem 200 år*

Lægedækningsudvalget (2017). *Lægedækning i hele Danmark. Rapport fra regeringens lægedækningsudvalg*

Lægedækningsudvalget (2018) *Lægedækning i hele Danmark. Status på lægedækningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning*

Madsen, Helle Bødker (2021). *Sundhedsret*

OECD (2022). *Health at a Glance*

Pwc og McKinsey&Company (2018). *Analyse af den regionale styring af sygehusområdet*

Regeringen (2023). *Kommissorium for sundhedsstrukturkommissionen*

Regeringen (2022) *Ansvar for Danmark – Det politiske grundlag for Danmarks regering*

Regeringen (2019). *Danmarks nye sundhedsvæsen*

Regeringen og Dansk Folkeparti (2019). *Et stærkere sundhedsvæsen – tættere på dig*

Regeringen (2017). *Af rapportering – Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*

Regeringen og Danske Regioner (2011). *Aftale om regionernes økonomi for 2012 (samt aftalerne for de efterfølgende år frem til 2022)*

Region Hovedstaden (2023). *Praksisplan for speciallægehjælp*

Region Nordjylland (2023). *Plan for speciallægehjælp*

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2022). *Aftale om overenskomst mellem RLTN og Foreningen af Speciallæger*

Rigsrevisionen (2023). *Beretning om kontrol med lægers honorarafregning*

Rigsrevisionen (2011). *Beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren*

Sundhed.dk. *Find behandler (data)*

Sundhedsministeriet (2022). *Sundhedsreform – Gør Danmark sundere*

SFI (2017). *Politiske styringsinstrumenter på beskæftigelsesområdet*

Sundhedsloven (2022).

Sundhedsstyrelsen (2013). *Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis*

Sundhedsstyrelsen (2022). *Lægeprognose 2021-2045: Udbuddet af læger og speciallæger*

Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen (2017). *Afrapportering*

VIVE (2018). *Den statslige styring af det regionale sundhedsområde – Analyse af centrale instrumenter*

Wisborg, Kirsten m.fl. (red.) (2022). *5 pejlemærker for ledelse i fremtidens sundhedsvæsen*

Øjenforeningen (2021). *Ingen skal miste synet, mens de venter*

Bilag

- 41** **Bilag 1**
Sundhedsstrukturkommissionens kommissorium
- 49** **Bilag 2**
Kort notat om rapporter om styringsinstrumenter



Kommissorium for

SUNDHEDSSTRUKTUR- KOMMISSIONEN

Marts 2023

Kommissorium for SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN

Det er en hovedprioritet for regeringen, at vi har et velfungerende sundhedsvæsen.

Gennem reformer, investeringer og moderniseringer er det danske sundhedsvæsen forbedret markant over de sidste 20 år, hvor kvaliteten i behandlingerne er løftet, og flere overlever alvorlig sygdom.

Regeringen vil samtidig insistere på, at vi ser virkeligheden i øjnene. Det danske sundhedsvæsen er presset. Stadig flere borgere får behov for pleje og behandling fra flere dele af vores sundhedsvæsen, og der mangler allerede i dag medarbejdere, mens udviklingen i arbejdsstyrken betyder, at vi ikke kan rekruttere os ud af problemstillingerne. Hvor de specialiserede sygehuse igennem en årrække er blevet udbygget og specialiseret, er indsatsen i de nære sundhedstilbud kun i varierende grad fulgt med udviklingen. Borgerne oplever derfor ofte store forskelle i sundhedstilbud på tværs af landet og der er alt for ofte ikke nogen rød tråd i deres forløb på tværs af specialer og myndighedsskel.

Mangel på medarbejdere, en utidssvarende organisation og et stigende antal patienter kræver således fundamentale forandringer. Ellers risikerer de seneste to årtiers fremskridt at blive afløst af tilbagegang.

Regeringen er klar til at tage initiativ til de nødvendige beslutninger og gennemføre grundlæggende strukturelle forandringer, som er forudsætningen for at skabe fremtidens sundhedsvæsen.

Regeringen vil derfor nedsætte en sundhedsstrukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, der 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. boks 1.*

Boks 1

Sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen

- Et **sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder** på tværs af fagligheder, sektorer og geografi, og hvor løsninger inden for fx digitalisering udvikles i fællesskab og hurtigt udbredes.
- En **opgavefordeling i sundhedsvæsnet** mellem sygehuse og det nære sundsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet.
- Et **sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet**, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt, så borgerne har lige adgang til samme høje kvalitet i hele landet og på tværs af sociale skel.
- Et sundhedsvæsen, der understøtter **frit valg og patientrettigheder**, og sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen.
- Et **nært sundhedsvæsen**, hvor borgerne har let adgang til sundhedstilbud, og langt flere borgere kan blive mødt og behandlet i eller tæt på hjemmet, hvor det nære sundhedsvæsen styrkes, og sygehusene aflastes, bl.a. ved udbredelse af teknologiske løsninger for nye behandlingsformer.
- Et **bæredygtigt sundhedsvæsen**, hvor ressourcer bruges der, hvor de giver mest sundhed for pengene, hvor flere sygehusophold forebygges gennem en mere forpligtende, datadrevet og systematisk forebyggelsesindsats af høj og ensartet kvalitet, hvor unødige brug af specialiserede funktioner reduceres, og hvor trækket på medarbejderressourcer på de enkelte opgaver bliver mindre bl.a. ved at potentialer i ny teknologi indfries.

Kommissionens opgaver

Kommissionen får til opgave at opstille forskellige modeller for organisering af sundhedsvæsenet. Modellerne skal forholde sig til udfordringer med, at der på tværs af landet er forskellige forudsætninger for at levere sundheds- og behandlingstilbud og skal samtidig understøtte en markant omstilling af sundhedsvæsenet, så det nære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter.

Kommissionen anmodes i den forbindelse om at vurdere inden for hvilke områder og målgrupper, hvor der særligt er potentiale for forbedringer i samspil og øget omstilling af opgaveløsningen, så den i højere grad løses koordineret og i eller tæt på borgerens eget hjem, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet. Vurderingen skal bl.a. omfatte de største kronikergrupper, borgere med multisygdom, herunder samtidig somatisk og psykisk sygdom samt ældre medicinske patienter.

Kommissionen skal se fordomsfrit på strukturen og organiseringen af sundhedsvæsenet og for hver af modellerne afveje fordele og ulemper med afsæt i sigtelinjerne for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen, *jf. boks 1 ovenfor*.

Kommissionen skal inddrage betydningen af kultur og ledelse i sundhedsvæsenet.

Kommissionens anbefalinger og vurderinger af fremtidens struktur skal bl.a. omfatte følgende områder:

- ▶ Den **regionale struktur**, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved en ændret forvaltningsstruktur med sigte på styrket sammenhæng og omstilling til nære sundhedstilbud og øget lighed i adgangen til behandling af høj kvalitet.
- ▶ Rammer for **den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats**, hvor opgaveløsningen i højere grad bygger på nationale kvalitetsstandarder, og som understøtter mere ensartet kvalitet på tværs af landet. Herunder en vurdering af, hvordan øget organisering af tværkommunalt samarbejde kan sikre en fagligt bæredygtig opgaveløsning.
- ▶ Samspillet mellem det **specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene og det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis**, herunder **forpligtende** samarbejdsstrukturer samt muligheder for samlokalisering af kommunale tilbud og udgående sygehusfunktioner og skabelse af tværfaglige miljøer (læger, sygeplejersker, jordemødre, bioanalytikere, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, diætister mv.) i form af eksempelvis nærhospitaler. Endvidere skal det

overvejes, hvordan det præhospitale akutberedskab bedst spiller sammen med det øvrige sundhedsvæsen.

- ▶ En **organisering og styring af almen praksis**, der understøtter øget patientansvar og styrket opgavevaretagelse, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske løsninger.
- ▶ **Finansierings- og incitamentsstrukturer, samt kultur og ledelse i sundhedsvæsenet**, der understøtter omstilling til det nære samt en bedre udnyttelse af ressourcer og kapacitet inden for og på tværs af sektorer, herunder en vurdering af løsninger baseret på økonomiske incitament og øget synlighed om resultater.
- ▶ **Koordination af kvalitetsudvikling** på sundhedsområdet med henblik på at indfri potentialer i øget nyttiggørelse af data om kvalitet samt øget udbredelse af god praksis, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved en styrket statslig rolle heri.
- ▶ En **organisering af digitale løsninger og it-infrastruktur** i sundhedsvæsenet, der understøtter udbredelsen af fælles løsninger og gnidningsfri udveksling af digitale oplysninger på tværs af sektorer, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved at styrke den nationale koordinering og samarbejde på området.
- ▶ En regulering, der understøtter **frit valg og patientrettigheder**, og som sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen.

Fokus for kommissionens forslag til organisering er hensynet til fremtidssikring af det samlede sundhedsvæsen. Kommissionen skal i den sammenhæng tillige pege på potentialer for bedre forebyggelse.

Kommissionen bør dog i sine forslag til organisering også forholde sig til samspillet med nærliggende områder, som er tæt koblet til sundhedsområdet, i det omfang det vurderes relevant for at sikre bedre samspil med sundhedsområdet. Ved modeller, som involverer ændringer i antallet af forvaltningsniveauer, skal afledte konsekvenser for andre opgaveområder også beskrives.

Kommunernes styreform og geografiske afgrænsninger indgår ikke i arbejdet i denne kommission. Samtidig lægges det til grund, at skatteudskrivningsretten ikke kan placeres på andre forvaltningsled end i dag.

Kommissionens forslag til ændret organisering forudsættes at bidrage til en bedre brug af kapacitet og ressourcer og muliggøre kvalitetsforbedringer, og være samlet set udgiftsneutrale og ikke medføre øget træk på personalekapacitet.

Eksisterende viden og igangværende analyser og udredninger inden for kommissionens opgavefelt vil kunne tilgå og indgå i kommissionens arbejde, herunder internationale erfaringer. Kommissionen kan herudover rekvirere eksterne analyser om relevante emner inden for rammerne af kommissoriets opgavebeskrivelse.

Kommissionen skal afslutte sit arbejde med én samlet afrapportering i foråret 2024, så følgelovgivning kan behandles i folketingssamlingen 2024/25.

Kommissionens medlemmer vil være eksperter og praktikere på området, som udpeges af indenrigs- og sundhedsministeren. Ved udvælgelsen af kommissionsmedlemmer lægges vægt på en sammensætning, der sikrer kompetencer inden for sundhedsøkonomi, offentlig organisering og forvaltning, sygehusdrift, den kommunale sundhedsindsats, patientperspektiv, praksissektoren, sammenhæng i sundhedssektoren, innovation samt internationale erfaringer.

Kommissionen vil bestå af:

- En formand.
- 6-8 medlemmer.

Kommissionen betjenes af et sekretariat, der varetages af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med deltagelse af Finansministeriet, Økonomiministeriet samt Social-, Bolig- og Ældreministeriet. Andre relevante ministerier inddrages efter behov, herunder i arbejdsgrupper nedsat af kommissionen.

Kommissionen skal samtidig understøtte bred offentlig debat, der involverer medarbejdere, patienter, pårørende, eksperter og andre aktører omkring sundhedsvæsenet. Det kan bl.a. ske gennem høringer og offentliggørelse af analyser, som belyser udfordringer mv. Danske Regioner og KL og andre relevante parter inddrages samtidig undervejs med henblik på at bidrage med viden og data til brug for analysearbejdet. Kommissionens medlemmer skal aktivt deltage i den offentlige debat om kommissionens arbejde med at fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Medlemmer af SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN

Sundhedsstrukturkommissionen består af følgende kommissionsmedlemmer pr. den 28. marts 2023:

- Formand: Jesper Fisker, Administrerende direktør, Kræftens Bekæmpelse, og bl.a. tidligere departementschef, tidligere Adm. direktør i Sundhedsstyrelsen og tidligere Adm. direktør for sundheds- og omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune.
- Jakob Kjellberg, Professor i sundhedsøkonomi, VIVE
- Peter Bjerre Mortensen, Professor ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet
- Dorthe Gylling Crüger, koncerndirektør, Region Hovedstaden
- Sidsel Vinge, konsulent og tidligere projektchef i Vive og tidligere sundhedschef i Gladsaxe Kommune
- Mogens Vestergaard, overlæge, seniorforsker og Professor i almen medicin, Aarhus Universitet
- Marie Paldam Folker, centerchef, Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark
- Søren Skou, tidligere administrerende direktør, A.P. Møller Mærsk
- Gunnar Bovim, formand for Helsepersonelkomisjonen og rådgiver på Norges teknisk-naturvidenskabelige Universitet

Kort notat om rapporter om styringsinstrumenter

Af Peter Mandrup Jensen

SOM NÆVNT i 'Behov for et styringseftersyn' (side 5) igangsatte regeringen i 2017 et arbejde med analyser af sundhedsvæsenet og udarbejdede et kommissorium for tre analyser. Det var særligt Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet, der deltog i arbejdet. Overskriften for arbejdet var 'Videreudvikling af styringen på sundhedsområdet – kommissorium for et styringseftersyn' (2017).

Styringseftersynet skulle omfatte tre analyser:

- Overvejelser om de fremtidige udfordringer for sundhedsområder og de afledte krav til styring og organisering
- Analyse af de centrale elementer i den samlede statslige styring af det regionale sundhedsområde
- Analyse af den regionale styring, herunder elementer i en styrket styring af sygehusene

Den første analyse blev aldrig gennemført.

Analyse nummer to blev gennemført af VIVE og handlede, som titlen beskriver, om styringsrelationen mellem stat og regioner.

Analyse nummer tre blev gennemført af PwC og McKinsey og handlede udelukkende om regionernes styring af sygehusene – og ikke om praksisområdet.

Nedenfor følger et kort resumé af dele af rapporternes metodeovervejelser.

VIVE's rapport om styringsinstrumenter

VIVE har i rapport fra 2018 analyseret fire typer af styringsinstrumenter og 11 konkrete instrumenter. VIVE's analyse fokuserer på styringen på et overordnet niveau og præsenterer fire typer af styringsinstrumenter:

- **Synlighed, resultatmåling og benchmarking:** Forstået som måling og offentliggørelse af organisationens adfærd eller resultater med det formål at skabe incitamenter for organisationen til at forbedre sig
- **Kliniske anbefalinger, retningslinjer og standarder:** Forstået som det, der har til formål at optimere den kliniske behandling, for eksempel ved at beskrive minimumskrav til behandlingen ved at definere, hvem der skal behandle specifikke sygdomme, og ved at sikre ensartede behandlingstilbud

- **Patientrettigheder og markedsafledt konkurrence:** Forstået som dels de rettigheder, som patienter i det danske sundhedsvæsen har, dels konkurrence som muligheden for at skabe konkurrere om markedet for levering af sundhedsydelser mellem offentlige og private
- **Økonomiske incitamenter:** Forstået som økonomiske tilskyndelser til at udvise en bestemt adfærd

VIVE præsenterer 11 konkrete styringsinstrumenter, som kategoriseres i forhold til fire typer.

Synlighed, resultatmåling og benchmarking:

- Nationale mål
- Patienttilfredshedsmålinger
- Årlige produktivetsopgørelser

Kliniske anbefalinger, retningslinjer og standarder:

- Specialeplanlægning
- Nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker

Patientrettigheder og markedsafledt konkurrence:

- Hurtig udredning, frit valg og udvidet frit valg
- Udbuds- og konkurrencemuligheder

Økonomiske incitamenter:

- Rammestyning (inkl. budgetlov)
- Puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger
- Den statslige aktivitetspulje
- Produktivitetskrav

VIVE har dertil en systematisk gennemgang af styringsinstrumenterne, hvor de dels beskrives mere i detaljer, dels vurderes i forhold til fordele og ulemper.

PwC/McKinsey rapport om styring af sygehusområdet

For regeringen og Danske Regioner udarbejdede PwC og McKinsey & Company i 2018 en rapport om analyse af den regionale styring af sygehusområdet.

Rapporten bygger på det, som betegnes som en 'kvalitativ og hypotesedrevet tilgang', der sammenfattende illustreres vist i nedenstående figur.

PwC og McKinsey har kortlagt et antal regioner og sygehuse på de fem dimensioner til venstre og dernæst målt dem op mod de tre overordnede målsætninger, der er beskrevet til højre i figuren, og endelig er der samlet op på forbedringsområder for styringen.

Kortlægnings- og styringsdimensioner, PwC/McKinsey & Company, 2018



Notater

Lined writing area with horizontal blue lines.

Om Øjenforeningen:

Øjenforeningen er en patientforening, der siden 1982 har lavet oplysning om alt relateret til syn og øjne. Øjenforeningen støtter dansk øjenforskning og arbejder målrettet med forebyggelse og bekæmpelse af øjensygdomme og blindhed. Øjenforeningen arbejder for at sætte danskernes øjensundhed på dagsordenen og er uvildig, evidens- og forskningsbaseret samt fri for kommercielle interesser.

Gennem forskning og oplysninger bidrager Øjenforeningen til bedre behandlinger, så flere kan se hele livet.

3 reformspørgsmål til speciallægepraksis i fremtidens sundhedsvæsen

Prioritering

Hvordan skal de praktiserende speciallæger prioriteres i en reform af sundhedsvæsenet, når en del af sygehusbehandlingen skal foregå tættere på borgeren?

Styring

Hvordan skal den politisk-administrative styring designes for de praktiserende speciallæger i en sundhedsreform, så de bedre kan bidrage til at opnå de mål, der er bred enighed om?

Samspil

Hvordan kan der skabes et bedre samspil mellem praktiserende speciallæger og de øvrige behandlere som almen praksis, sygehuse og andre?



Øjenforeningen