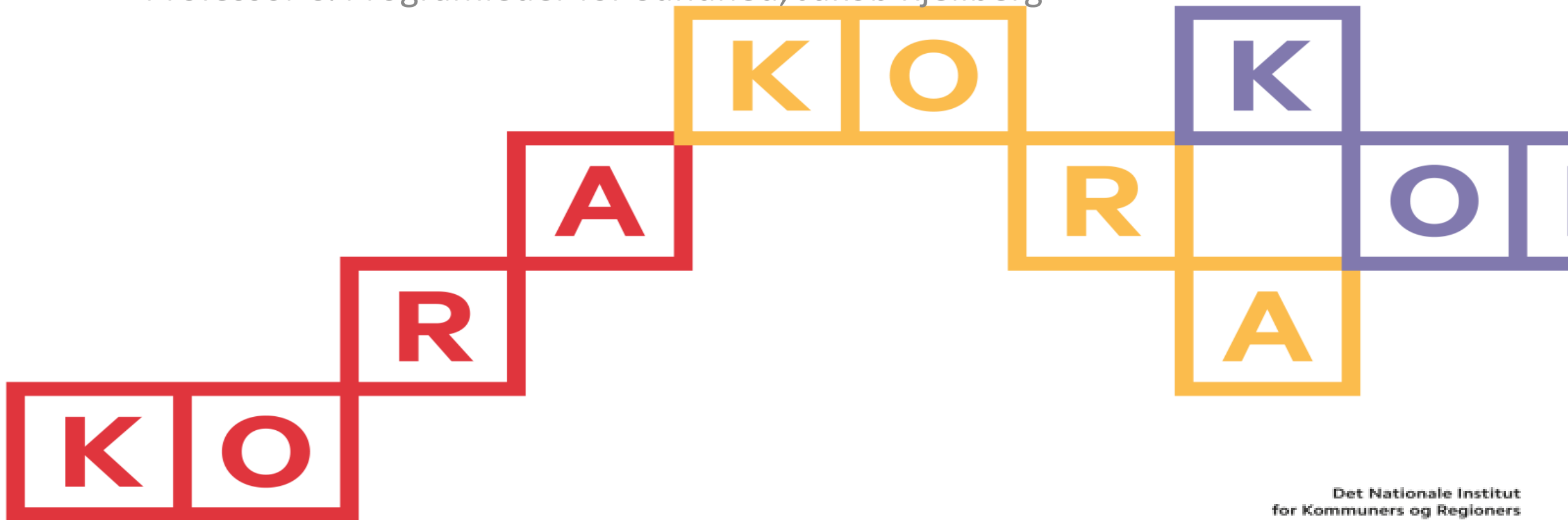


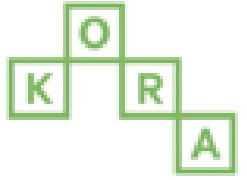
Den danske model og dens skønhedsfejl

Hvordan virker systemet, og hvordan bør det virke optimalt? Giver mange interessenter en stigning i diagnoser og behandling? Hvilke sundhedsøkonomiske konsekvenser er der?

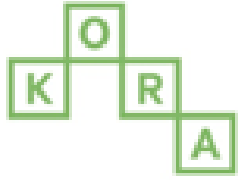
Professor & Programleder for Sundhed, Jakob Kjellberg



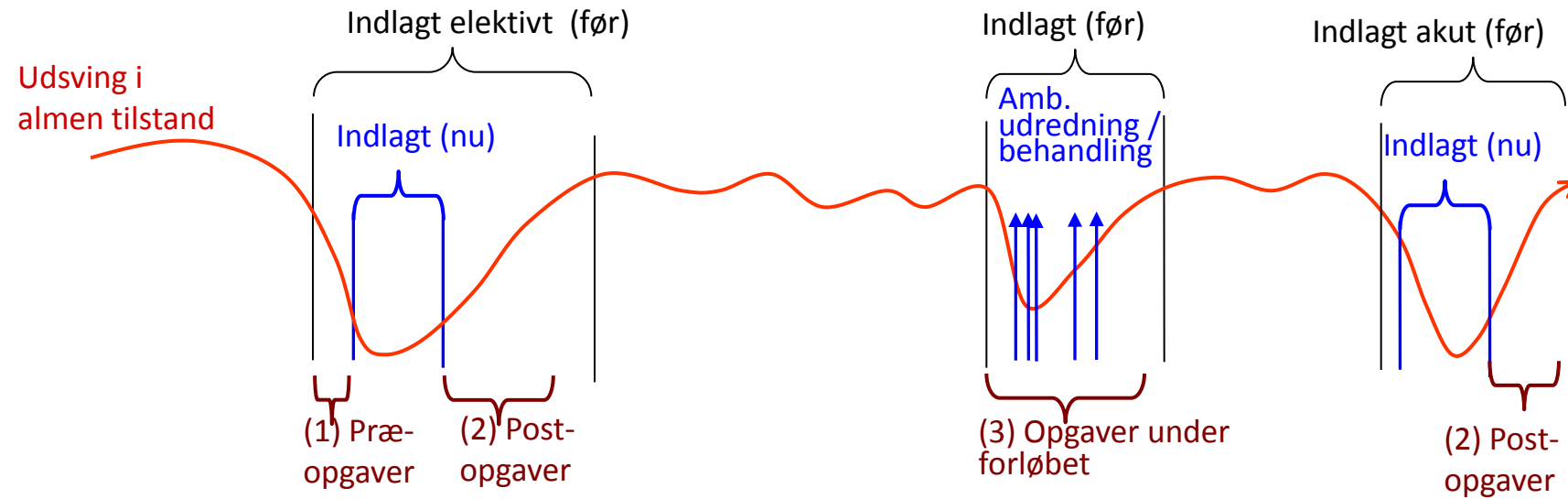
Hvad kendetegner ”den danske model”



- Mange instanser inde over, og det er jo nødvendigt– men giver udfordringer
 - Erfaringsmæssigt er det svært at skabe sammenhæng for den enkelte familie, der har kontakt først med sygehusvæsenet og senere med det sociale system. Det er vigtigt, at der tidligt i et forløb foretages overvejelser om behovet for foranstaltninger efter forløbet og at der hurtigt etableres kontakt med de relevante instanser. I det sociale system er efterbehandlingen ofte langvarig, og antallet af
- Ikke en særlig B&U problemstilling, men bare lidt mere kompleks
- Kapacitetsudfordringer
 - Vakante stillinger, ventetidsgarantier mv
 - Ikke en særlig B&U problemstilling, men bare lidt mere kompleks
- Stigende aktivitet, særlig på de lidt lettere diagnoser
 - Ikke en særlig B&U problemstilling...



Sammenhæng som klassisk fokusområde

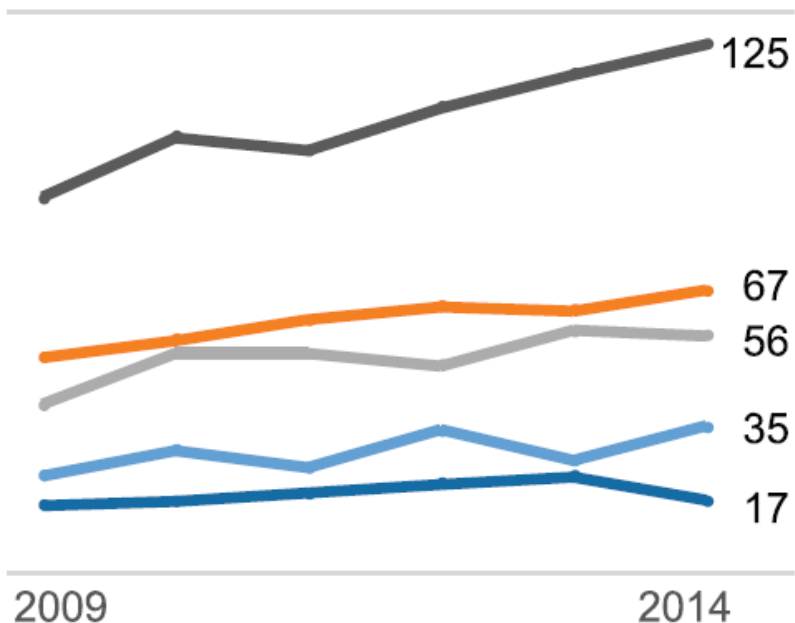


Kilde: Vinge, 2008

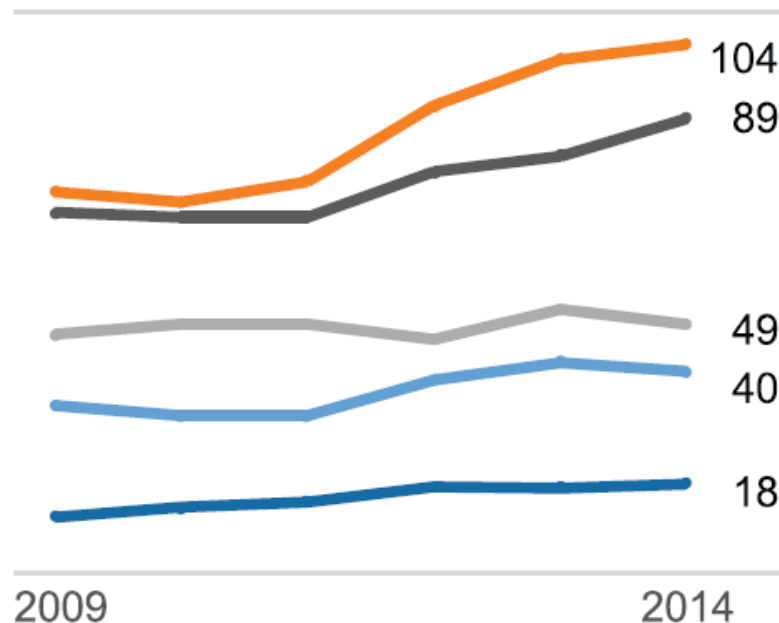
Sammenhæng vs. Aktivitetsstyring?

- Betydelig stigning i antallet af ydelser og ydere

Læger

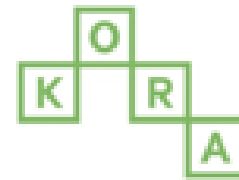


Psykologer

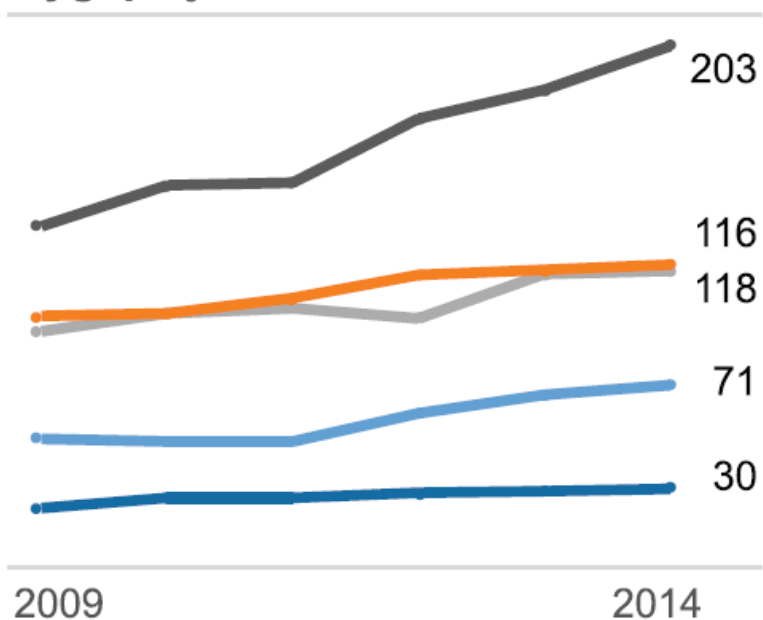


- Region Nordjylland
- Region Midtjylland
- Region Syddanmark
- Region Hovedstaden
- Region Sjælland
- Hele landet

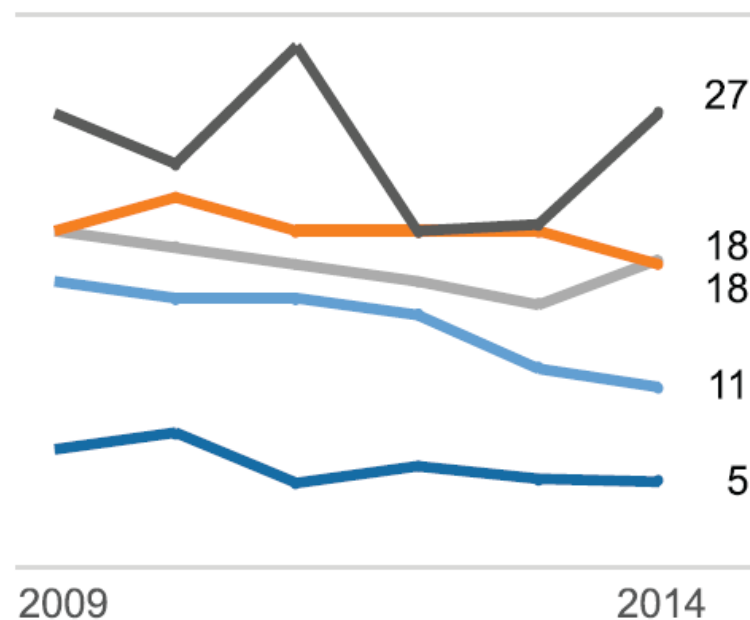
Betinget af rekrutteringsmuligheder eller behov



Sygeplejersker

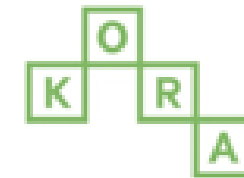


Sosu

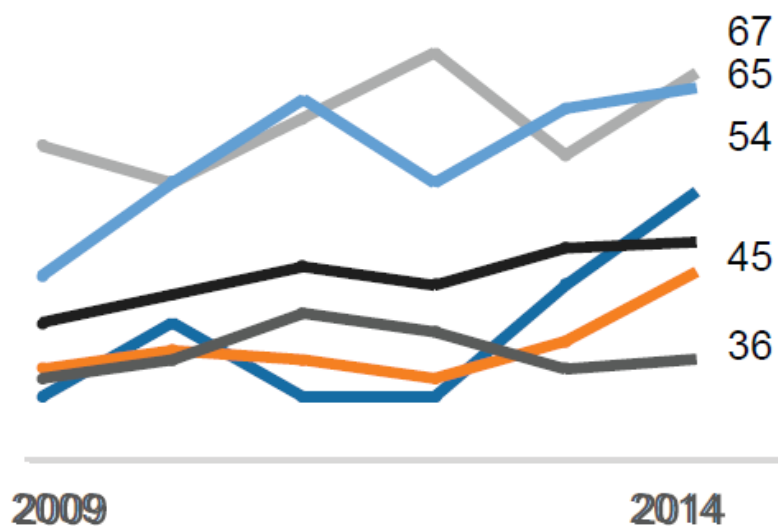


- Region Nordjylland
- Region Midtjylland
- Region Syddanmark
- Region Hovedstaden
- Region Sjælland
- Hele landet

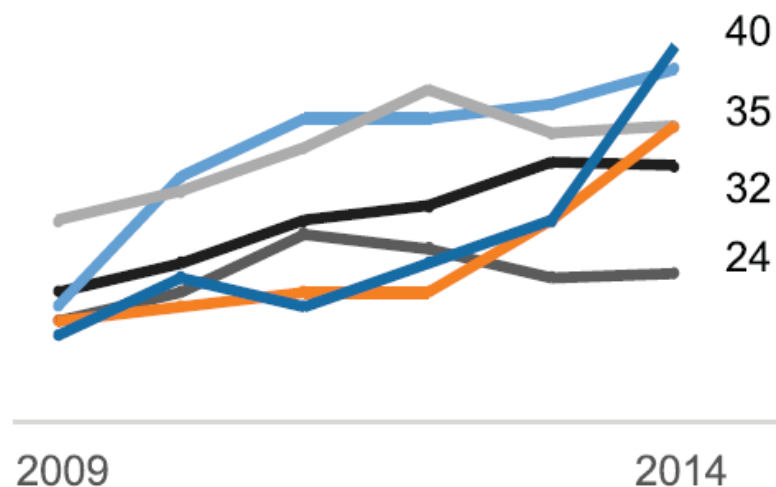
Så nu har man ikke længere travlt???



Patienter pr. læge eller psykolog

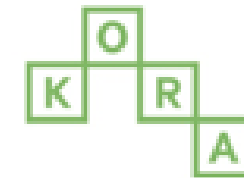


Patienter pr. rest. sundhedspers.

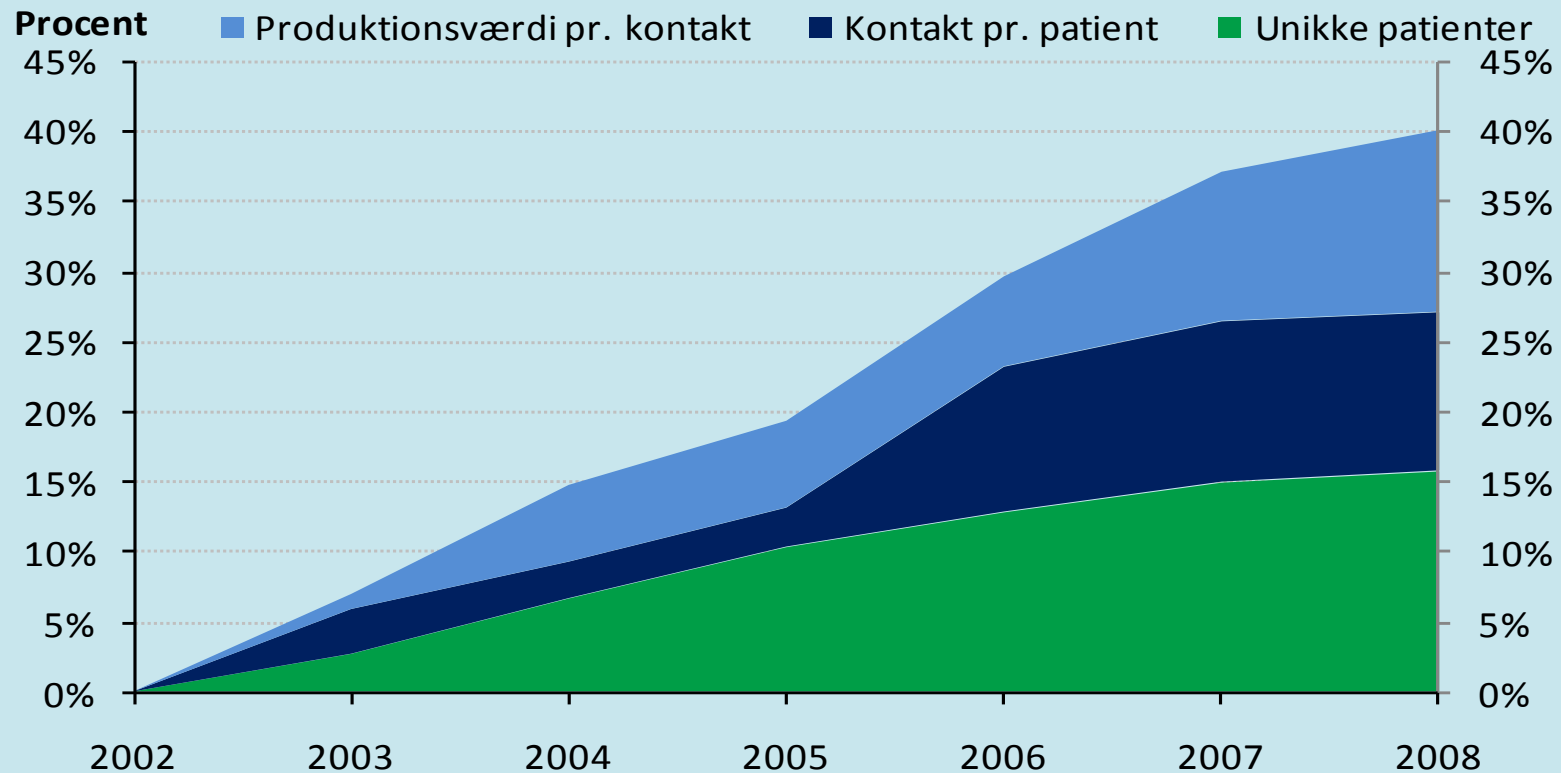


- Region Nordjylland
- Region Midtjylland
- Region Syddanmark
- Region Hovedstaden
- Region Sjælland
- Hele landet

Taksstyring og effekt?

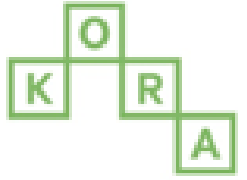


Figur 2: Udvikling i kontakter pr. patient, udvikling i produktionsværdi pr. kontakt, udvikling i unikke patienter (akkumuleret), 2002-2008



Kilde: Sundhedsstyrelsen

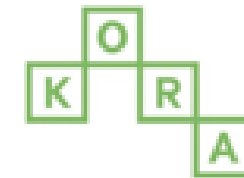
Note: Der er ikke korrigeret for loftet over stigning i produktionsværdi pr. kontakt på 1,5 pct. pr. år.



Problem med produktion

- Hvad udtrykker DRG point i forhold til nytte/sundhedsværdi?
- Hvad bør vi måle, og hvilke konsekvenser har det for afregning
 - Forløbstakster?
 - Rammestyring?
 - Pay for performance, men kan vi få det til at virke?

Udfordringer/Løsninger II



- **Kapacitet via opgaveflytning/glidning**

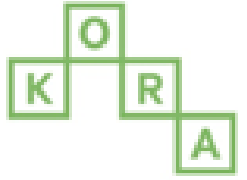
Opgavefordelingen mellem hovedfunktion, kommuner og primærsektoren vil i de kommende år blive underkastet en gennemgribende afklaring. De kommunale og de regionale behandlingstilbud bør være beskrevet og afstemt i forhold til hinanden således behandlingsopgaver entydigt er placeret. Dette forventes at ske bl.a. i forbindelse med sundhedsaftalerne.

Sundhedsstyrelsen 2008; Rapport om specialet: Børne og Ungdomspsykiatri

Der bør for de hyppigste sygdomme inden for børne- og ungdomspsykiatri foreligge retningslinjer for samarbejdet og opgavevaretagelse mellem almen praksis og sygehusvæsenet.

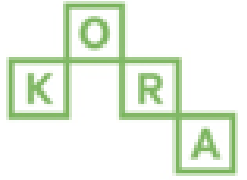
Sundhedsstyrelsen 2015; Revideret specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri

- **Samme problemstilling som for resten af sundhedsvæsenet**
 - Ofte svært i praksis pga. kasseøkonomi og magt



Styring, incitamenter og finansiering skal understøtte kvalitet for patienten

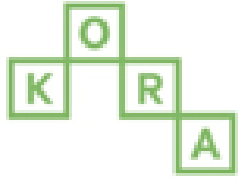
- Det hidtidige fokus på aktivitet har medvirket til at øge produktiviteten i sygehusvæsenet. Fremadrettet tænkes dette sammen med udvikling af styring og incitamenter, der ligeledes sætter fokus på kvalitet og resultater.
- Konkret igangsættes regionale forsøg på udvalgte områder med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdi-baseret styring.



Principles of Value-Based Health Care Delivery

$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes that matter to patients}}{\text{Costs of delivering the outcomes}}$$

- Value is measured for the **care of a patient's medical condition** over the full cycle of care
 - Outcomes are the **full set of health results for a patient's condition** over the care cycle
 - Costs are the **total costs of care for a patient's condition** over the care cycle



Mange forudsætninger hos Porter

- *Behandlingen skal organiseres i integrerede enheder*
- *Resultat (outcome) og omkostninger skal opgøres for hver enkel patient*
- *Samlet betaling ('bundled payments') for hele patientforløb*
- *Integreret sundhedsvæsen, hvor aktiviteten for en patientgruppe samles*
- *Udvidelse af det geografiske optageområde*
- *Opbygning af relevant IT-plattform*

Mere borger, mindre patient

Et stærkt fælles sundhedsvæsen



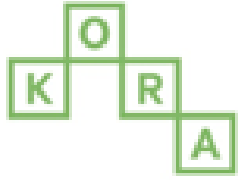
Maj 2013

Regeringen



Regeringens vision er klar. Et sundhedsvæsen, der hænger sammen for borgeren, hvor borgerens behov og egne forudsætninger er udgangspunktet for den måde, sundhedsvæsenet arbejder på, og hvor patienter og pårørende aktivt inddrages gennem hele forløbet. Fra udredning til behandling – og tilbage til hverdagen.

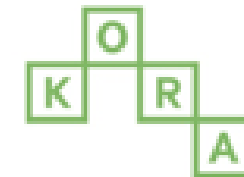
For at realisere den vision kræver det et opgør med traditionelle myndigheds- og faggrænser. Det kræver, at vi i fællesskab nedbryder barrierer for samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger, og det kræver, at vi fordomsfrit ser på, hvor og hvordan opgaven løses bedst til gavn for borgeren.



IC Care i Odense - SAD

- Fælles handleplan, fælles IT, TST Møder, Gratis psykologtilbud mv.
- SAD patienter – fokus på beskæftigelse
 - I første omgang primært studerende der blev henvist
- Meget få praktiserende brugte mulighed
 - De der fik forløbet fik
 - Mindre erhvervsdeltagelse
 - Højere sundhedsmkostninger
- Fælles mål i praksis?
 - Arbejde som et mål?

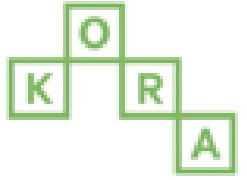
Styringsparadigme i forandring



New Public Management	New Public Governance
Offentligt ansatte er <i>egennyttemaksimerende</i>	Mixed motives: egeninteresse og <i>Public Service Motivation</i>
Problemet er det offentlige <i>monopol</i>	Problemet er den voksende <i>kompleksitet</i>
Løsningen er offentlig-privat <i>konkurrence</i> gennem privatisering og udlicitering	Løsningen er offentligt-privat <i>samarbejde</i> gennem netværk og partnerskaber
<i>Intraorganisatorisk</i> silo-ledelse med fokus på <i>input og output</i>	<i>Interorganisatorisk</i> integration med fokus på <i>proces og outcome</i>
Målet er at skabe <i>effektivitet</i> gennem <i>rationalisering</i>	Målet er at skabe <i>effektivitet og kvalitet</i> gennem <i>innovation</i>
Borgere som <i>kunder</i> i fritvalgsordninger	Borgere og frivillige som <i>medproducenter</i> af velfærd

Kilde: Jacob Torfing

Sundhedsøkonomi og den danske model



- Sundhedsøkonomi handler grundlæggende om, at effekten skal stå i et rimeligt forhold til den behandlingsmæssige værdi.
 - Fokus har i mange år været på billigere enhedsomkostninger
 - Fokus bør i højere grad være forløb, og effekten af forløbene
- Psykiatri er ofte svært at måle effekten af
 - Derfor bør man være særlig påpasselig med fx takststyring
- Jo mere samarbejde et forløb kræver, og jo mindre vi kan måle, jo mere har behov for en "dansk model"
 - Fælles mål, datadeling, og tillid.