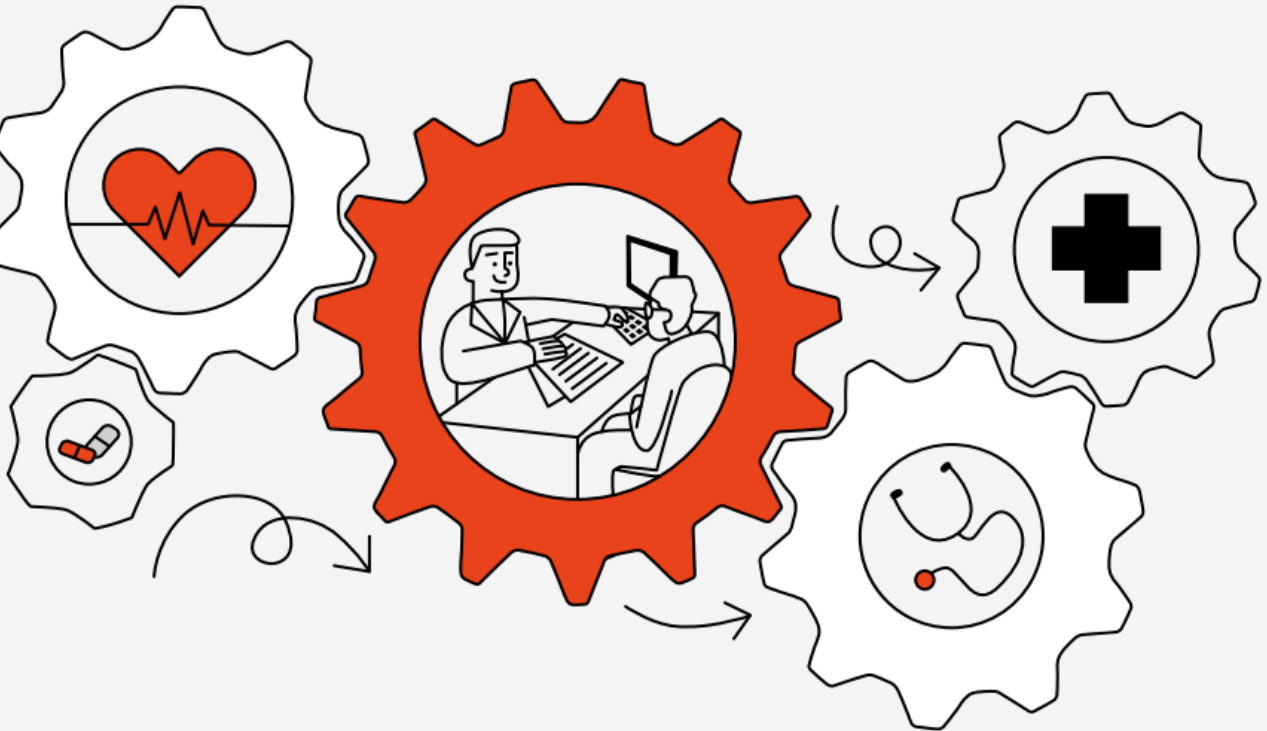
Sundhedsstruktur-kommissionens afrapportering

Tværgående modeluafhængige anbefalinger



- Almen praksis
- IT/data
- National sundhedsplan
- Psykiatri
- Praktiserende speciallæger

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

- Et helt overordnet behov for at udbygge kapacitet og kompetencer i almen praksis
- En større andel af de samlede sundhedsudgifter skal anvendes i almen praksis
- Økonomien fastsættes i en central rammeaftale
- Mulighed for alternative organisationsformer fx offentligt drevne klinikker
- Almen praksis forankres hos sygehusejerne

KL mener:

- Flere af kommissionens anbefalinger flugter med KL's ønsker
- Staten skal sikre regulering og fordeling af ydernumre
- Differentierede honorarer
- Svært at tilgodese kommunale hensyn, når AP fortsat er forankret hos sygehusejerne

Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet.

- Den nuværende organisering af digitaliserings- og dataindsats kan ikke sikre den nødvendige digitale transformation af sundhedsvæsenet.
- Behov for national beslutnings- og eksekveringskraft
- En ny organisering skal sikre fælles prioritering og retning

KL mener:

- Manglende fodslag mellem sektorerne i dag, er en udfordring
- KL's vurdering af forslaget vil i høj grad afhænge af den konkrete udformning.
- En samlet, national planlægningskompetence kan være fornuftigt, ligesom det kan være fornuftigt at lave fælles regler og it-arkitektur.

Anbefaling 3: Tilpasset ressourcefordeling - National sundhedsplan

- En national sundhedsplan skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.
- Sikre styrket prioritering af de nære sundhedsvæsen og reducere vækst på sygehusene
- Ressourcefordelingen mellem der nære og det specialiserede skal implementeres gradvist over fx 5-10 år

KL mener:

- Overordnet meget positivt, at man vil prioritere det nære sundhedsvæsen
- Svært at se koblingen mellem det faglige indhold og økonomi
- Vi har endnu til gode at se, at de nationale myndigheder reelt prioriterer det nære

Anbefaling 4: Ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet

- Kommunal socialpsykiatri fastholdes i kommunerne i alle tre modeller

<u>Kommissionen forslag:</u>

- Psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen
- Styrket tværsektorielt samarbejde om mennesker med psykiske lidelser (botilbudslæger, kvalitetsstandarder og tværsektorielle samarbejdsfora)
- Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien

KL mener:

- Positivt at socialpsykiatrien fastholdes i kommunerne
- Model 1 og 2 vil give øgede snitflader for borgere med plejebehov

Anbefaling 5: Tilpasning af de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger.

- Praktiserende speciallæger kan bidrage til en omkostningseffektiv brug af de samlede speciallægefaglige ressourcer.
- Tilpasning af organisatoriske og styringsmæssige rammer
- Potentiale til at kunne varetage og afslutte flere ambulante behandlingsforløb

KL mener:

- Relevant at se på hele den speciallægefaglige kapacitet
- Der er i dag lang ventetid ved mange speciallæger. Den omkostningseffektive udnyttelse skal være meningsfuld
- Stor geografisk ulighed i adgang og fordeling til speciallæger

Stor, mellem eller lille opgavesamling

Stor opgavesamling

Størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, inkl. plejehjem kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse.

56-67 mia. kr.

Mellem opgavesamling

Størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse.

31-38 mia. kr.

Lille opgavesamling

Dele af den kommunale sygepleje, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsindsatsen,

<10. mia. kr.

Rapporten indeholder tre modeller

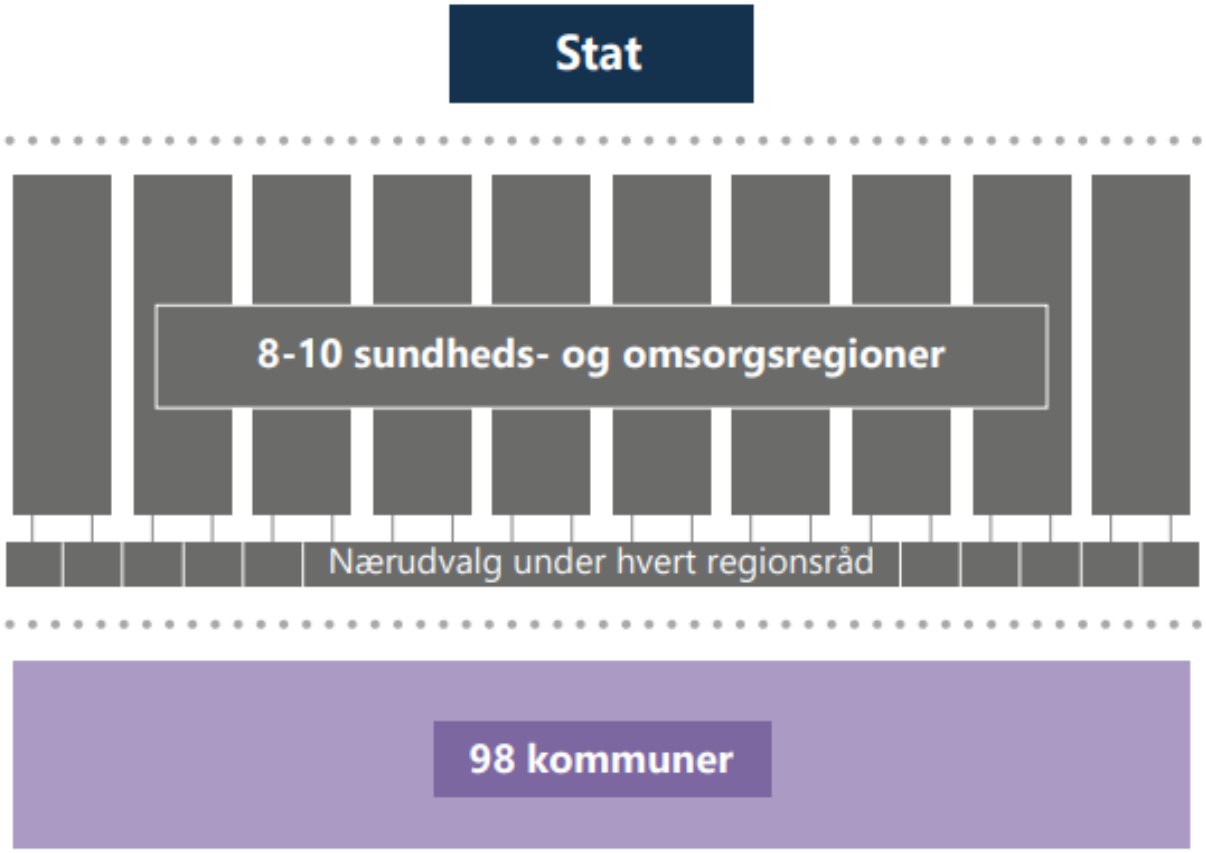
Model 1: Enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen

Model 3: Sundhedsregioner med direkte valg

Skriv hvad præsentationen handler om

Model 1: Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner



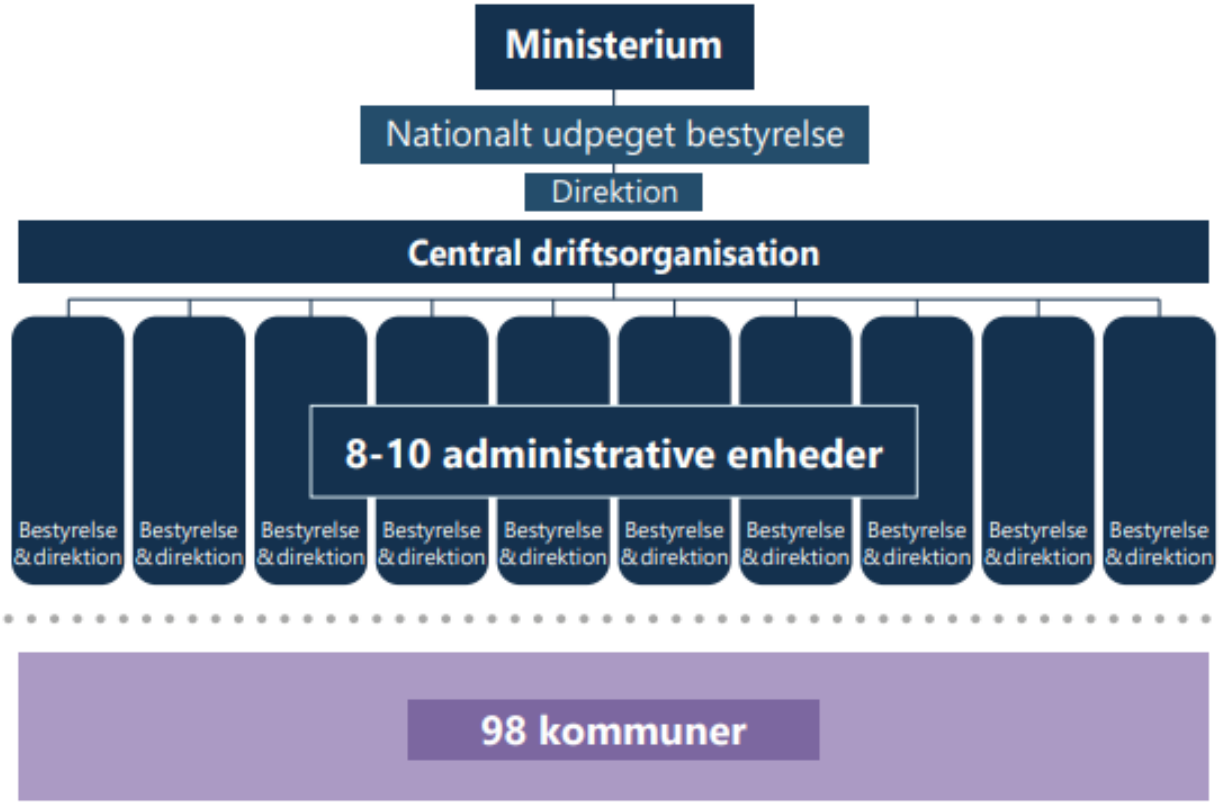
Ansvarsområde:
- Planlægning af sygehusområde
- National sundhedsplan

Ledelse:
- 21-25 direkte valgte politikere

Ansvarsområde:
- Sygehuse og psykiatri
- Almenmedicinske tilbud
- Øvrig praksissektor
- Store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde

Ansvarsområde:
- Sundhedsplejen
- Kommunale tandplejeområde
- Socialpsykiatri
- Misbrugsområdet

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen



Ledelse:

- Forankring hos ansvarlig minister
- National- og decentral bestyrelseskonstruktion

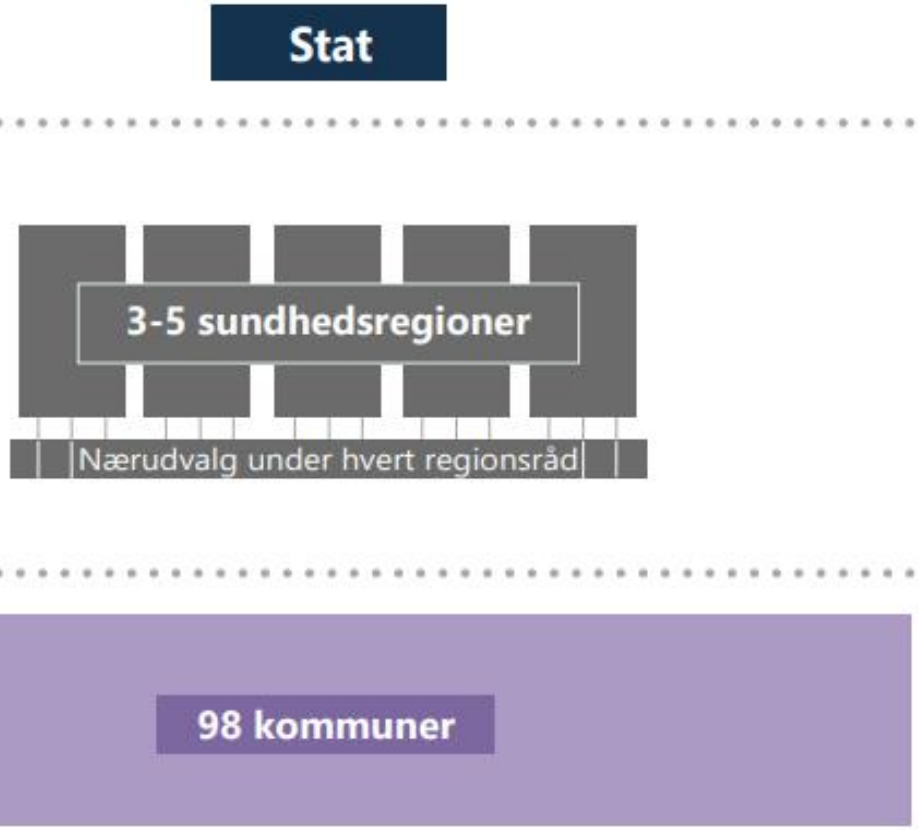
Ansvarsområde:

- Planlægning af sygehusområde
- National sundhedsplan
- Sygehuse og psykiatri
- Almenmedicinske tilbud
- Øvrig praksissektor
- Store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde

Ansvarsområde:

- Sundhedsplejen
- Kommunale tandplejeområde
- Socialpsykiatri
- Misbrugsområdet

Model 3: Sundhedsregioner



Ansvarsområde:
- Planlægning af sygehusområde
- National sundhedsplan

Ledelse:
- 31-41 direkte valgte politikere

Ansvarsområde:
- Sygehuse og psykiatri
- Almenmedicinske tilbud
- Øvrig praksissektor
- Evt. udvalgte dele af kommunale sundhedsopgaver

Ansvarsområde:
- Tilsvarende de nuværende kommunale sundheds- og ældreopgaver evt. med mindre tilpasninger

Overordnede bemærkninger

KL's tekniske høringssvar

- Kommissionens rationale og fokus på et enstrenget myndighedsansvar
- Kommissionens overvejelser om opgavesamling
- Centralisering udhuler den demokratiske legitimitet