

# DAGSORDEN:

## **Andet møde i Sundhedssektorens Prioriteringsråd: Hvilke opgaver skal det offentlige sundhedsvæsen løse og hvordan?**

Onsdag den 22. marts kl. 9.00-12.30 - Lægeforeningen, Kristianiagade 12, 2100 Kbh. Ø

1. **Velkomst og præsentation af dagens program**, v. formand for rådet, Camilla Rathcke, Lægeforeningen
  
2. **Temaoplæg ved medlemmer af Sundhedssektorens Prioriteringsråd:**
  - a. Klaus Lunding, Danske Patienter
  - b. Adam Wolf, Danske Regioner
  
3. **Første drøftelse af temaet:** Hvilke opgaver skal det offentlige sundhedsvæsen løse og hvordan?
  
4. **Temaoplæg ved medlemmer af Sundhedssektorens Prioriteringsråd:**
  - a. Jakob Kjellberg, VIVE
  - b. Katrina Feilberg Schouenborg, Dansk Erhverv
  
5. **Anden drøftelse af temaet:** Hvilke opgaver skal det offentlige sundhedsvæsen løse og hvordan?
  
6. **Afrunding og tak for i dag:** Rådets kommunikation og den videre proces

## TEMAINTRODUKTION:

### Hvilke opgaver skal det offentlige sundhedsvæsen løse og hvordan?

I kommissoriet for Sundhedssektorens Prioriteringsråd fremgår, at Sundhedssektorens Prioriteringsråd skal drøfte, hvilke opgaver det offentlige sundhedsvæsen skal udføre – og hvordan?

#### **Tema: Hvilke opgaver skal det offentlige sundhedsvæsen udføre – og hvordan?**

Flere behandlingsmuligheder og mere præcise undersøgelser er med til at øge og udvide aktiviteterne i sundhedsvæsenet.

I den forbindelse ønsker rådet at drøfte, hvilke opgaver, som det offentlige sundhedsvæsen skal tage sig af, og hvilken rolle, som private aktører kan spille.

Samtidig kræver en aldrende befolkning og flere kronisk syge en hurtig og systematisk overførsel af sundhedsopgaver fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen.

Rådet ønsker at drøfte denne omstilling, herunder hvordan sammenhængende patientforløb kan sikres, og hvordan digitalisering, teknologi og innovative løsninger fra offentligt og privat regi kan gavne patienterne og aflaste sundhedsvæsenet. Det omfatter også potentialet for at inddrage viden og ressourcer hos patienter og pårørende i behandlingen af den enkelte.

#### **Drøftelserne skal ske med sigte på et eller flere af følgende formål**

- Bidrage til at frigive arbejdskraft i sundhedsvæsenet
- Understøtte en bedre opgaveløsning i sundhedsvæsenet
- Medvirke til at reducere behovet for behandling
- Bidrage til at ressourcerne bliver brugt på de patienter, der har størst behov

*Vedlagt er diskussionsoplæg og tilhørende faktaark, der uddyber og rammesætter temaet.*

## DISKUSSIONSOPLÆG:

### Hvordan kan behandlinger flyttes fra sygehusene til tættere på patienterne?

#### Spørgsmål til drøftelse

- ❖ **Kan flytning af opgaver til et mindre specialiseret niveau bidrage til at frigive arbejdskraft i sundhedsvæsenet?** *Frigiver det arbejdskraft at flytte opgaven fra eks. sygehuse til almen praksis eller speciallæger, fra almen praksis til kommunen, fra sygehus hjem til patienten?*
- ❖ **Hvordan kan vi systematisk flytte opgaver fra et mere specialiseret niveau til et mindre specialiseret niveau for at bidrage til at frigive arbejdskraft i sundhedsvæsenet?** *Er der nogle steder, hvor det er oplagt at starte?*
- ❖ **Hvilke barrierer er der for at flytte opgaver fra et mere specialiseret niveau til et mindre specialiseret niveau i sundhedsvæsenet?** *Hvorfor gør vi det ikke allerede i dag?*

De seneste år er aktiviteten på sygehusene steget. Sygehusene behandler i dag 330.000 flere patienter årligt end for blot 10 år siden, det svarer til en stigning på 13 procent<sup>1</sup>. Foruden stigningen i antallet af unikke patienter er antallet af hospitalsophold fra 2009-2018 samlet set steget fra 10.530.000 til 13.770.000. Det svarer til en stigning på 31 procent<sup>2</sup>.

Flere borgere behandles på et mere specialiseret niveau, når der sammenlignes på tværs af primær og sekundær sektor. Man kan konkret se det ved, at færre har kontakt til praksissektoren, mens der samtidig ses en stigning i antallet af borgere med ambulante besøg på sygehuset jf. figur 1.

Det er dyrt og arbejdskraftintensivt at behandle flere og flere patienter på sygehusene. Robusthed i fremtidens sundhedsvæsen kræver, at opgaverne bliver løst på en mere effektiv måde og ofte vil det mest effektive være på det mindst specialiserede niveau også betegnet som LEON-princippet.

LEON-princippet går ud på, at opgaverne i sundhedsvæsenet skal løses på det **Lavest Effektive Omkostnings-Niveau**, hvilket vil sige; Kan en opgave blive løst i almen praksis eller speciallægepraksis, skal patienten ikke på sygehuset. Kan en opgave blive løst af en sygeplejerske eller social og sundhedsassistent i almen praksis eller hjemmeplejen, skal lægen ikke løse opgaven.

For at konkretisere omstillingsproblematikken er herunder et par korte eksempler på, hvordan opgaven kan løses på et lavere specialiseringsniveau:

<sup>1</sup>Jyllandsposten, debatindlæg februar 2023: Sundhedsvæsenet har brug for fundamentale reformer, [link](#)

<sup>2</sup>Danske Regioner, Generalforsamling 2022, [link](#)

- Flytning af opgaver, som kontrolbesøg for kronikere fra sygehusenes ambulatorier (behandlinger og undersøgelser uden indlæggelse) til speciallægepraksis eller egen læge. Eller helt undgå henvisning til sygehus i første omgang, fordi kapaciteten og kompetencerne er til stede i det nære sundhedsvæsen (praksis og kommuner).
- Sikre at lægeopgaver som kan ske på et lavere specialiseringsniveau, sker på det laveste niveau. Eks. at opsætning af spiral sker i almen praksis i stedet for ved en speciallæge eller kontrol af kroniske syge i almen praksis i stedet for i sygehusambulatorier.<sup>1</sup>
- Sikre at patienterne bliver behandlet hjemme, på plejehjemmet, ved vagtlægen eller i praksis i stedet for, at de kommer i sygehusets akutmodtagelser. Akutmodtagelser beretter om patienter, der kommer til akutmodtagelsen selvom det ikke er nødvendigt<sup>3,4</sup>.

Da sundhedsvæsenets opgaver og specialiseringsniveau hele tiden er i bevægelse, skal der løbende ske en forandring i, hvem der løser opgaverne og hvor opgaven løses for at leve op til LEON-princippet og løse opgaven på det mindst specialiserede niveau.

Nye behandlinger og teknologier betyder, at de højt specialiserede afdelinger kan lave flere behandlinger for flere patienter, og for den enkelte patient også i længere tid. Sker der ikke en løbende omstilling og udflytning af opgaver, vil opgaverne i sundhedsvæsenet vokse. Samtidig betyder samme teknologiske udvikling og stigende kompetenceniveau blandt personalet, at opgaver fortsat løbende kan og bør flyttes fra indlæggelse på de specialiserede afdelinger til sygehusets ambulatorier og dagkirurgiske afsnit, men også fra sygehusets ambulatorier ud i praksissektoren eller til patienten selv, eller fra akutmodtagelsen til kommunernes akutteams mv.<sup>5</sup>

Der er dermed en opgave i hurtigt og systematisk at få overført sundhedsopgaver fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen eller til patienten selv eller bremse udviklingen, hvor der henvises til behandling i sygehusregi uagtet, at det ikke er strengt nødvendigt. Opgaven gælder uanset, om det drejer sig om akutområdet, behandling af kronikere, planlagte eller forebyggende indsatser.

---

<sup>3</sup> Berlingske, artikel februar 2023, Sygeplejerske på akutafdeling får dagligt ikkeakutte patienter: »En kvinde ringede 112, fordi hun havde ondt i øret«, [link](#)

<sup>4</sup> Tv2Øst, artikel februar 2023, Sygeplejerske i opråb - mange patienter ender unødigt på akutafdelingen, [link](#)

<sup>5</sup> Sundheds- og ældreøkonomisk analyse, 2018, [link](#)

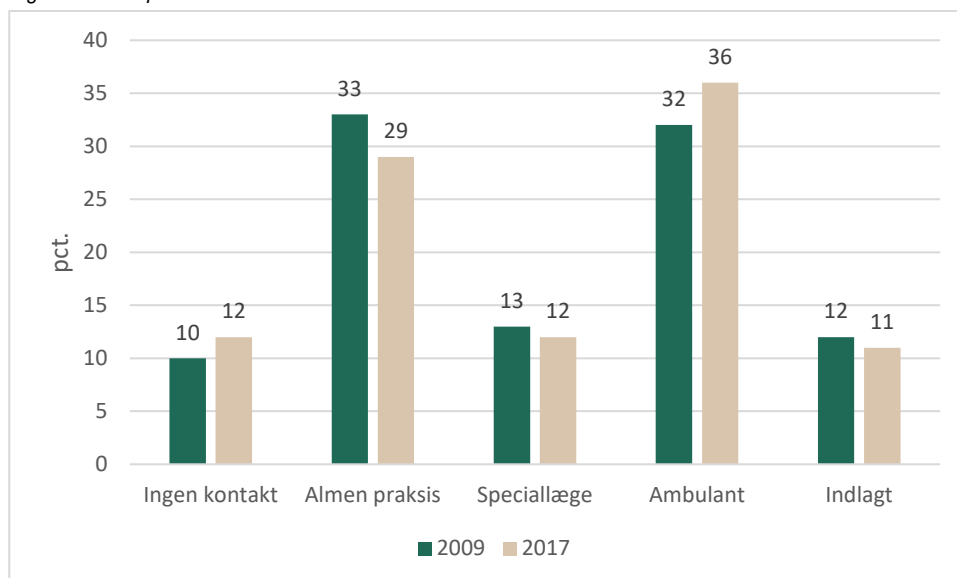
## FAKTAARK:

### Tilgængelig arbejdskraft i sundhedsvæsenet

#### FLERE BORGERE BEHANDLES PÅ HOSPITALET

En stigende andel af borgere behandles på et mere specialiseret niveau, når der sammenlignes på tværs af primær og sekundær sektor. Det udtrykkes ved, at en mindre andel af borgere har kontakt til praksissektoren, mens der samtidig ses en stigning i antallet af borgere med ambulante besøg på sygehuset jf. figur 1 nedenfor.

Figur 1. Mest specialiserede kontakt til sundhedsvæsenet 2009-2017



Anm: Kontakter på sygehusene er afgrænset til somatiske ambulante besøg og indlæggelser

Kilde: Sundheds- og ældreøkonomisk analyse, 2018.

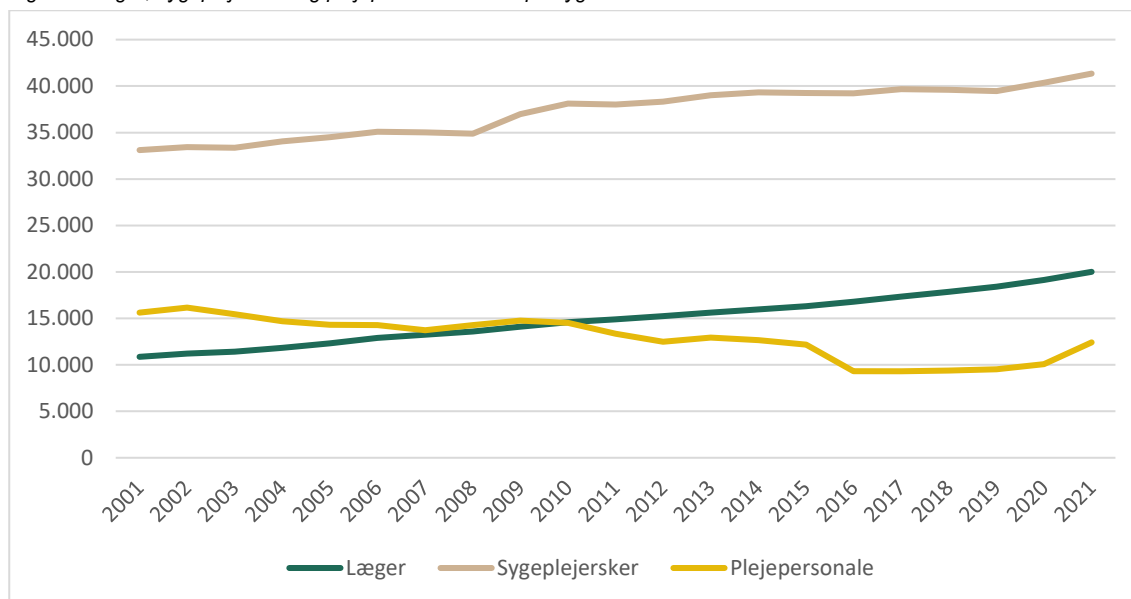
#### DER ER ANSAT MERE SUNDHEDSPERSONALE, ISÆR PÅ SYGEHUSERNE

I perioden 2007-2021 er antallet af læger på offentlige sygehuse steget fra omtrent 13.000 til 20.000, som svarer til en stigning på 51 procent. Antallet af sygeplejersker på offentlige sygehuse er også steget fra 35.000 til omtrent 41.000, som svarer til en stigning på 18 procent<sup>6</sup>.

Udviklingen er sket bevidst i takt med stigende aktivitets- og produktivitetskrav på sygehusene, herunder et ønske om speciallæger i front til hurtig afklaring af og plan for patienterne. Resultatet er blandt andet, at indlæggelsestiden er aftaget betydeligt

<sup>6</sup> Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (2004-2021). Fordelingen i personalegrupper baserer sig på overenskomster. Det betyder, at en person tæller med i den personalegruppe vedkommendes overenskomst er grupperet under. Løn- og Beskæftigelsesregisteret, Sundhedsstyrelsen (2001-2003).

Figur 2. Læger, sygeplejersker og plejepersonale ansat på sygehuse



Anm: Plejepersonale: beskæftigelsesvejledere, hjemmehjælpere, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, plejere og plejehjemsassistenter, øvrigt plejepersonale og sygehjælpere.

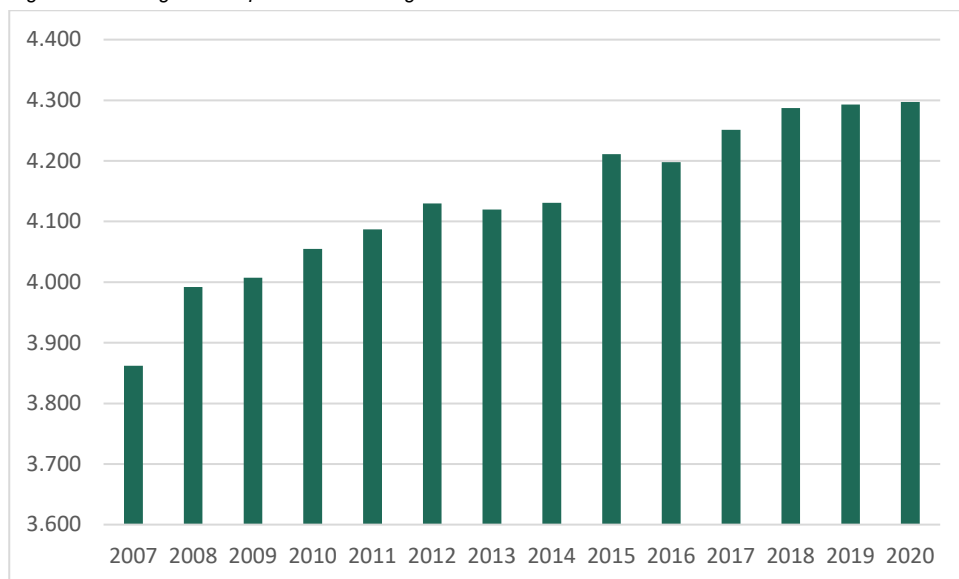
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (2004-2021). Fordelingen i personalegrupper baserer sig på overenskomster. Det betyder, at en person tæller med i den personalegruppe vedkommendes overenskomst er grupperet under. Løn- og Beskæftigelsesregisteret, Sundhedsstyrelsen (2001-2003).

### PERSONALE I ALMEN PRAKSIS

Alment praktiserende læger er steget fra ca. 3.800 til ca. 4.300 i perioden 2007-2020, som svarer til 11 procent (se figur 3). Siden 2018 er der sket en stigning i antallet af ansatte i almen praksis, og i dag er der over 5.000 årsværk, hvilket er 19 procent flere end for 4 år siden<sup>7</sup> (se figur 4).

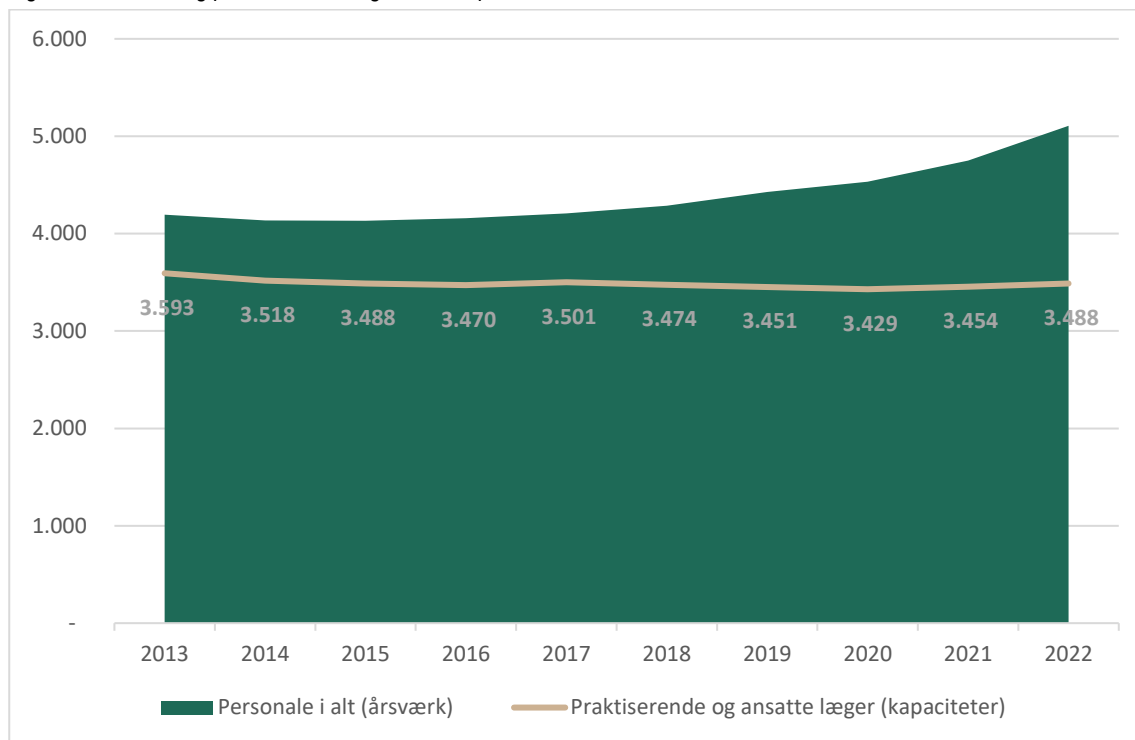
<sup>7</sup> PLO analyse, Vokseværk i almen praksis, december 2022, [link](#)

Figur 3. Udvikling i almen praktiserende læger



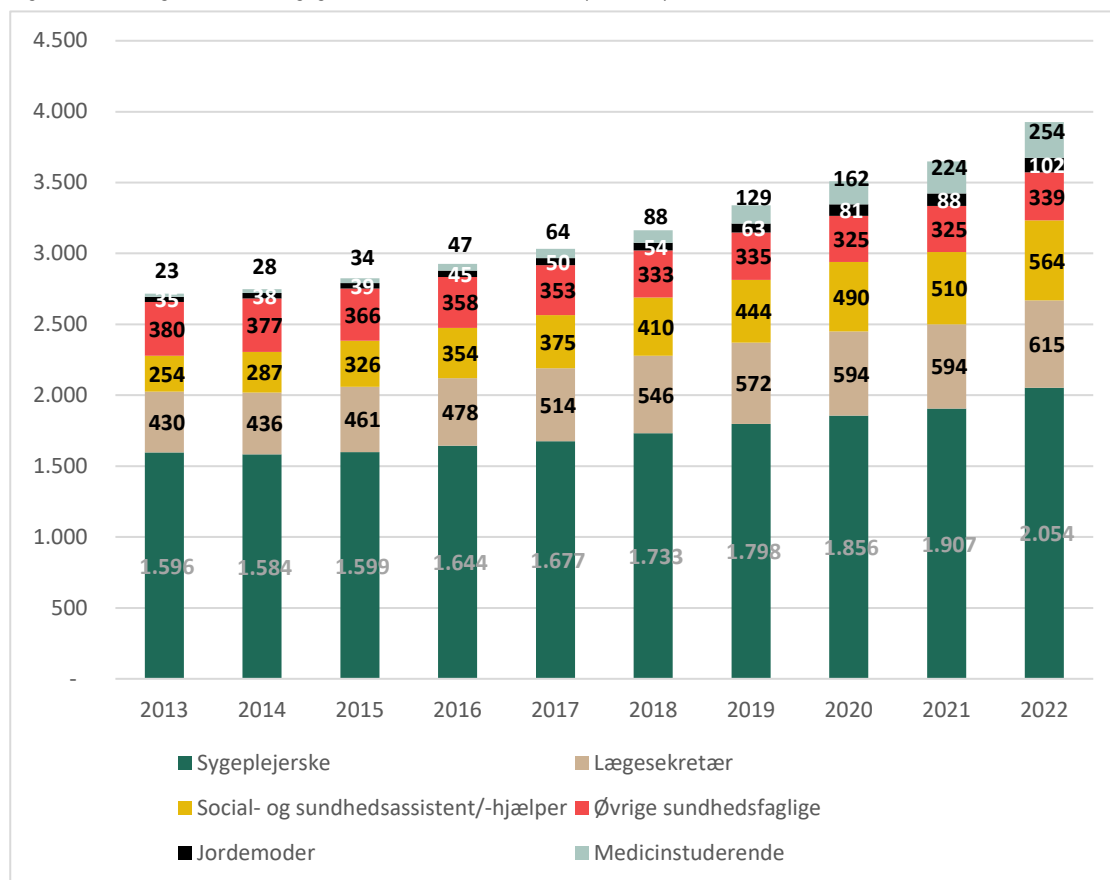
Kilde: esundhed. Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen Udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen d. 8. september 2022.

Figur 4. Personale og praktiserende læger i almen praksis



Kilde: Praktiserende Lægers Organisation, december 2022

Figur 5. Udvikling i sundhedsfagligt personale i almen praksis (årsværk)

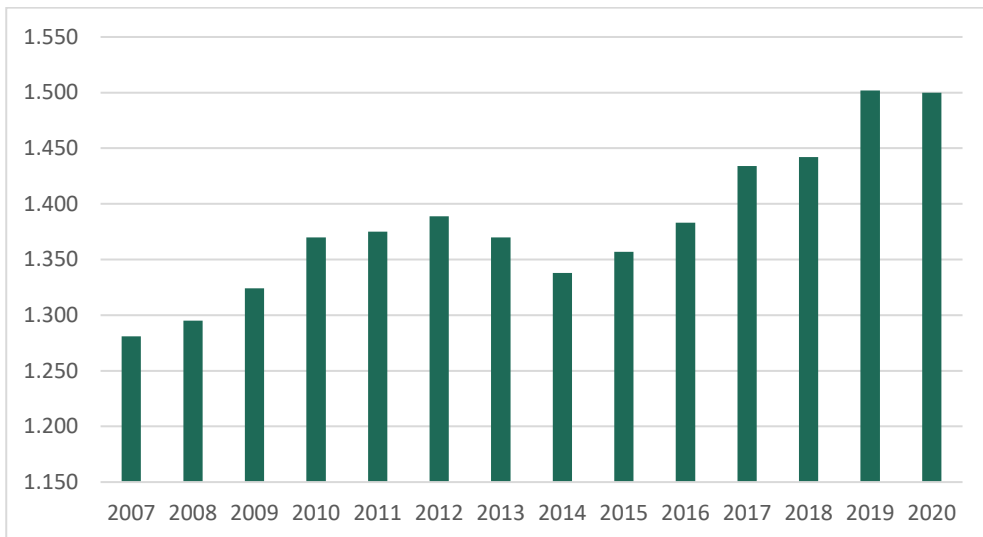


Kilde: Praktiserende Lægers Organisation, december 2022



PERSONALE I SPECIALLÆGEPRAKSIS

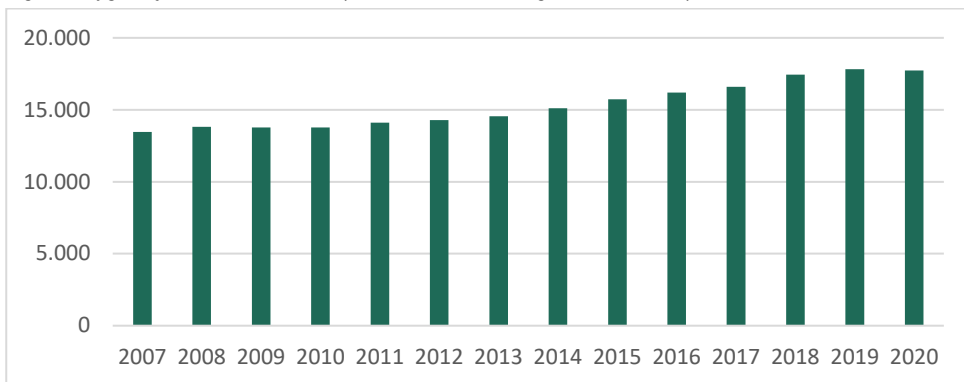
Figur 6. Læger i speciallægepraksis



Kilde: esundhed. Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen Udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen d. 8. september 2022.

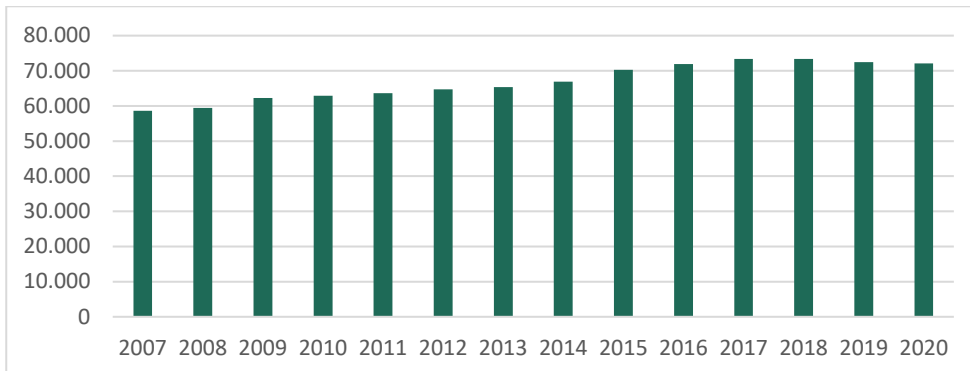
SUNDHEDSPERSONALE I KOMMUNERNE

Figur 7. Sygeplejersker i kommuner (sundhedsvæsenet og socialsektoren)



Kilde: esundhed. Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen Udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen d. 8. september 2022.

Figur 8. SOSU'er i kommuner (sundhedsvæsenet og socialektoren)

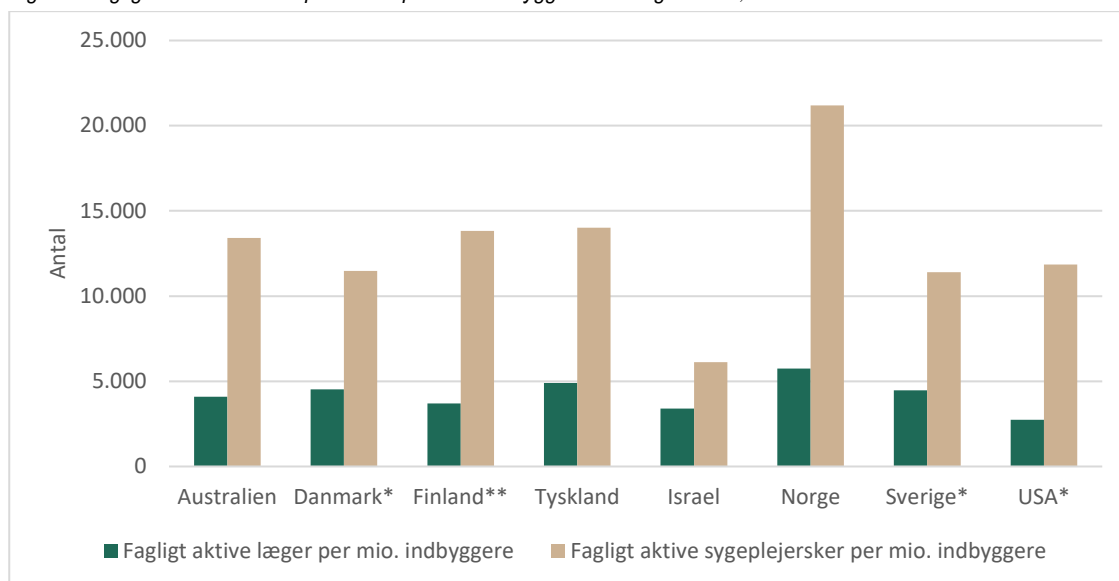


Kilde: esundhed. Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen Udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen d. 8. september 2022.

KL har lavet en analyse fra januar 2022, der viser, at kommunerne vil mangle 16.000 SOSU'ere i 2030, hvis efterspørgsel og udbud fortsætter som i dag. Samme analyse viser, at der vil være 3.000 sygeplejersker i overudbud i kommunerne på samme tidspunkt<sup>8</sup>.

#### INTERNATIONAL SAMMENLIGNING

Figur 9. Fagligt aktive sundhedspersonale per mio. indbyggere i udvalgte lande, 2020



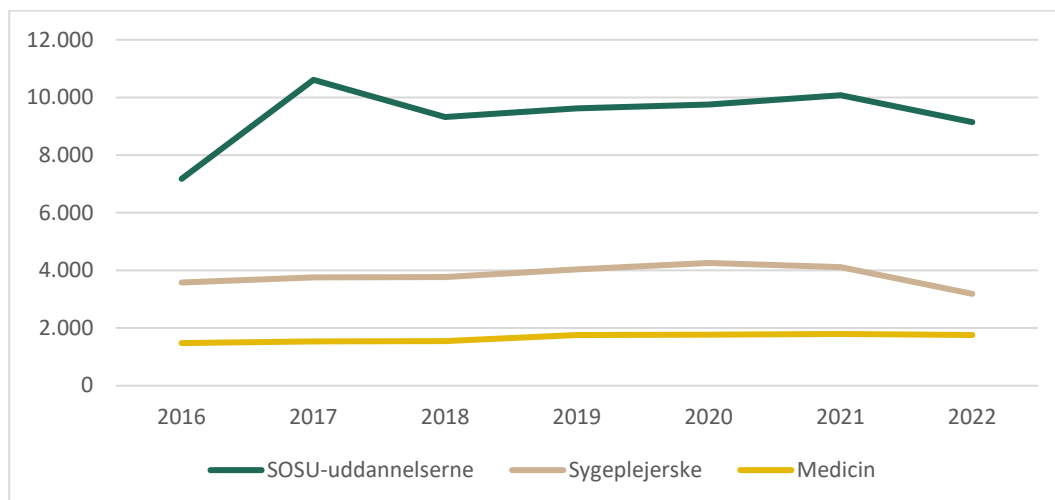
Anm: \*2019 tallene er brugt for 2020, \*\*2018 tallene er brugt for 2020.

Kilde: OECD- database. Tabeller; Health Care Resources: Physicians, Health Care Resources: Nurses og Health Care Resources: Caring personal (personal care workers), samt tabel: Demographic References: General demographics

#### OPTAG PÅ SUNDHEDSUDDANNELSER

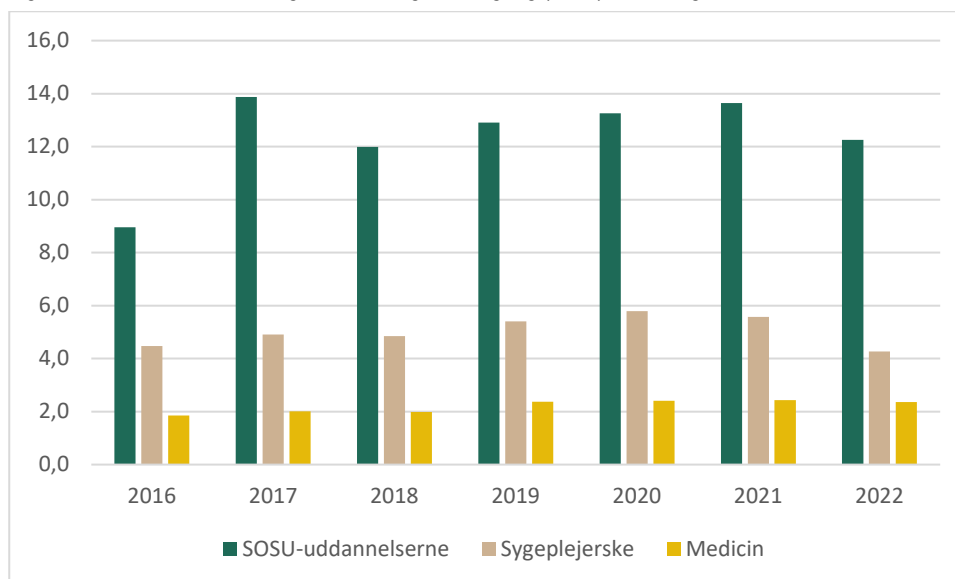
Figur 10. Antal optagne på udvalgte sundhedsuddannelser.

<sup>8</sup> KL Analysenotat Udbud og efterspørgsel efter udvalgte velfærdsuddannelser



Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus baseret på data fra Den Koordinerede Tilmelding (KOT) og Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabel UDDAKT35

Figur 11. Det procentvise optag ud af en ungdomsårgang (21 år) på udvalgte sundhedsuddannelser.



Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus baseret på data fra Den Koordinerede Tilmelding (KOT) og Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabel UDDAKT35 og tabel FOLK1A

## DISKUSSIONSOPLÆG:

### Hvordan kan øget digitalisering og innovative løsninger frigive arbejdskraft og bidrage til en bedre opgaveløsning i sundhedsvæsenet?

#### Spørgsmål til drøftelse

- ❖ **Kan digitalisering, teknologi og innovative løsninger fra offentligt og privat regi frigive arbejdskraft og dermed aflaste sundhedsvæsenet?**
- ❖ **Hvad skal der til for, at digitalisering, teknologi og innovative løsninger fra offentligt og privat regi kan gavne patienter og personale, skabe mere sammenhængende patientforløb og dermed aflaste sundhedsvæsenet? Og hvad vil det kræve af sundhedsvæsenet (fx ledelse, investeringer, kompetencer)?**
- ❖ **Hvilke barrierer er der for, at digitalisering, teknologi og innovative løsninger kan gavne patienter og aflaste sundhedsvæsenet? Hvorfor gør vi det ikke allerede i dag?**

Digitalisering og anvendelse af teknologiske løsninger kan øge arbejdskraftproduktiviteten, men risikerer også at øge opgavemængden

I dette temanotat er der fokus på digitale og teknologiske løsninger, der forbedrer den organisatoriske kvalitet ved at frigive arbejdskraft, uden at det bliver på bekostning af behandlingskvalitet (fx ny kræftbehandling) eller den kvalitet, som patienten oplever (fx lettere adgang til sundhedsvæsenet via videokonsultationer). Men samtidig er det primære formål ikke forbedret behandlingskvalitet eller forbedret patientoplevelse, da formålet her er at få frigivet arbejdskraft vha. digitalisering og teknologi.

Danmark har et af de mest digitaliserede sundhedsvæsener i verden. I hele landet er arbejdsgange på både sygehuse, hos praktiserende læger og de kommunale sundhedstilbud digitalt understøttet og både sundhedspersonalet og patienterne bruger digitale løsninger<sup>1</sup>.

Den nye teknologi giver nye muligheder for at undersøge og behandle patienterne og kan øge arbejdskraftens produktivitet i sundhedsvæsenet ved nye medicinske teknologier og ved digitalt understøttede arbejdsgange. Eksempler på medicinske teknologier, der ofte har øget kvaliteten og frigivet arbejdskraft, er fx mindre indgribende behandlingsmuligheder, som kikkertundersøgelser og målrettede indgreb fx indenfor kræft- og hjertebehandling, insulinpumper til diabetespatienter og meget mere<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Strategi for digital sundhed 2018-2022, Sundhedsdatastyrelsen

<sup>2</sup> Alexandra Institutet. Ved hjælp af kunstig intelligens finder Retinalyze tidlige tegn på øjensygdomme forårsaget af diabetes. Det hjælper sundhedspersonalet og gør øjenscanninger tilgængelige for flere mennesker – også i 3. verdenslande.

Teknologien og digitaliseringen bruges også til at understøtte arbejdsgange og til at understøtte organisationen. Der deles data og oplysninger på tværs, virtuelle opkoblinger giver mulighed for specialiseret support på tværs af fysiske afstande, fx understøttes Bornholms Hospital af andre speciallæger i Region Hovedstaden, der befinder sig på andre matrikler. Øget digitalisering og telemedicin kan understøtte en bedre opgaveløsning i sundhedsvæsenet ved at behandling, monitorering og pleje flyttes ud i eget hjem og foretages af patienten selv eller med hjælp fra hjemmesygeplejersker<sup>3</sup>.

Digital transformation, hvor arbejdsgangene bliver ændret som følge af den nye teknologi, er nødvendigt, hvis der reelt skal frigives arbejdskraft. Det stiller krav til ledelse af forandringer, og implementeringskraft, så digitaliseringen ikke blot giver strøm til papir eller ender med at være en ekstra digital arbejdsgang. Skal der reelt frigives arbejdskraft fra fx lægesekretæren, lægen, assistenten eller sygeplejersken skal der gøres op med gamle vaner og metoder.

### Danskerne er klar til digitale løsninger og ønsker mere digital kontakt

Danskerne tager godt imod den digitale udvikling. Det er cirka hver fjerde dansker, der indenfor 6 måneder har haft digital kontakt med sundhedsvæsenet, og mere end hver anden dansker ønsker, at kontakten med sundhedsvæsenet i højere grad sker digitalt jf. tabel 1 i vedlagte faktaark. Der er derfor også et potentiale i at øget digitalisering i sundhedsvæsenet kan være med til at højne den patientoplevede kvalitet ved at gøre det nemmere at være patient i sundhedsvæsenet.

Under corona-epidemien blev digitale løsninger taget i brug i stort omfang, især steg antallet af virtuelle kontakter (telefon- og videokonsultationer) med sundhedsvæsenet. Fra uge 9 i 2020 til uge 11 i 2020 steg antallet af virtuelle kontakter eksplosivt fra 47.000 til 108.000 kontakter på sygehusene. I sensommeren 2021 var niveauet for virtuelle kontakter godt 50.000, og dermed knap 10 procent højere end før corona<sup>4</sup>.

En bekymring fra sundhedspersonale er, at kvaliteten i behandlingen daler ved virtuelle kontakter. En gennemgang af 509 studier fra den telemedicinske database fra CIMT på Odense Universitetshospital<sup>5</sup> viser, at der ikke er grund til denne bekymring, hvis telemedicinen bruges rigtigt, da 50 procent af studierne viser statistisk signifikant forbedring i det primære kliniske effektmål, 48 procent af studierne viser ingen statistisk signifikant forskel og 2 procent af studierne viser en statistisk signifikant forværring<sup>6</sup>.

### Digitaliseringen kan være med til at skabe sammenhæng for patienterne og styrke kommunikation på tværs af sektorer

Der er sket en tiltagende specialisering i sundhedsvæsenet og patienter har en stigende medicinsk kompleksitet, som betyder, at der skal koordineres endnu mere på tværs af specialer og sektorer<sup>7</sup>.

I alt lever fire ud af ti danskere med to eller flere kroniske sygdomme, og 240.000 mennesker lever med flere end fire samtidige kroniske sygdomme og har derfor kompleks multisygdom<sup>8</sup>. Andelen af multisyge vil stige med 25 procent frem til 2050<sup>9</sup>.

<sup>3</sup> Det nære sundhedsvæsen, KL, 2012 [link](#)

<sup>4</sup> E-sundhed, Monitorering af genåbningen af sundhedsvæsenet

<sup>5</sup> Database on Evidence Based Telemedicine, [link](#)

<sup>6</sup> Kristian Kidholm, RØST-konference, Danske Regioner, januar 2023

<sup>7</sup> Artikel, dssnet, Sammenhængende patientforløb i praksis, [link](#)

<sup>8</sup> Faktaark, multisyge, Danske regioner, november 2019, [link](#)

<sup>9</sup> DR februar 2023: Flere multisyge vil presse sundhedsvæsenet i fremtiden, [link](#)

Denne øgede specialisering og kompleksitet i sygdomme kræver ekstra fokus på sammenhængende patientforløb. Et sammenhængende patientforløb kan især hjælpe de patienter, som er i risiko for at blive tabt i forebyggelsesprogrammer, behandlings- og rehabiliteringsforløb, og kan sikre, at ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges på den bedste måde og de patienter, der har størst behov.

Sundhedsdatastyrelsen opgav i 2017 en rapport om brugen af sundhedsvæsenet for borgere med kronisk sygdom, hvor antallet af besøg i sundhedsvæsenet blev opgjort på antallet af kroniske sygdomme<sup>10</sup>, se figur 4 i vedlagte faktaark. Både besøg hos egen læge og de ambulante besøg stiger med antallet af kroniske sygdomme.

Det er især i overgangene i sundhedsvæsenet, at der opleves udfordringer med sammenhæng. Hver femte akut eller planlagt indlagte patient oplever i ringe grad eller slet ikke, at afdelingen og kommunen samarbejder om udskrivelsen<sup>11</sup>. Tilsvarende viser en undersøgelse fra Danske Patienter, at seks ud af ti patienter oplever, at de selv skal koordinere deres behandlinger og forløb i sundhedsvæsenet. Og blot hver tredje patient oplever, at der er god koordination mellem de forskellige behandlere i sundhedsvæsenet<sup>12</sup>.

Der eksisterer dermed en åbenlys udfordring med at sikre sammenhæng på trods af, at der eksisterer flere løsninger, hvor kommunikation understøttes digitalt og der deles data om patienten på tværs af sektorer.

Det kan lyde enkelt at dele data på tværs af sektorer, men der er en række udfordringer, som der løbende bliver arbejdet på. For det første, hvilke data er relevante for sundhedspersoner andre steder i sundhedsvæsenet. Datamængderne er store og det er vigtigt, at relevant information hurtigt er tilgængeligt og overskuelige. For det andet, hvor hurtigt skal informationerne deles, og for det tredje hvem må få adgang til patientens sundhedsoplysninger, som kan være følsomme oplysninger.

En undersøgelse fra Mandag Morgen (2019) viser, at hver femte dansker ikke oplever, at der bliver udvekslet tilstrækkeligt information mellem almen praksis og hhv. det kommunale sundhedsvæsen og sygehuset. Og omtrent 4 ud af 10 danskere synes, at det ofte er uklart, hvem som har ansvaret, når en patient overgår fra behandling på sygehus til genoptræning eller pleje i kommunen<sup>13</sup>.

Blandt personer med langvarig sygdom, viser en undersøgelse af Danske Patienter (2021), at 43 procent svarede, at det påvirkede deres trivsel negativt, at de bliver nødt til at sikre, at viden om dem selv og deres forløb kommer til de rette fagpersoner, og 33 procent svarede, at det påvirkede deres trivsel negativt, at de selv skulle opsøge svar på undersøgelser, viden om behandling mv. for at få dem<sup>14</sup>.

Undersøgelserne taler deres tydelige sprog. Det halter med sammenhængen i det danske sundhedsvæsen på trods af, at data og informationer i tiltagene grad deles i sundhedsvæsenet, og der bliver udviklet nye systemer og adgange for patienter og sundhedsprofessionelle. Spørgsmålet er, om denne udvikling er tilstrækkelig, og hvad der skal til for at komme i mål med den kommunikation om og med patienten, der kan sikre mere sammenhængende patientforløb.

---

<sup>10</sup> Sundhedsdatastyrelsen: Brugen af sundhedsvæsenet for borgere med kronisk sygdom, december 2019, [link](#)

<sup>11</sup> LUP Somatik 2018 – national rapport, Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden, marts 2019, [link](#)

<sup>12</sup> Danske Patienter: Helhedsorienteret behandling, 2018, [link](#)

<sup>13</sup> Mandag Morgen: Sammenhæng i sundhedsvæsenet – det mener danskerne, 2019, [link](#)

<sup>14</sup> Danske patienter: Tættere på trivsel, 2021, [link](#)

## FAKTAARK:

### Sammenhæng og digitalisering i sundhedsvæsenet

I 2020 havde 27 procent af danskerne haft digital kontakt med sundhedsvæsenet, og hele 55 procent udviste interesse for at kontakten med sundhedsvæsenet i højere grad sker digitalt. Denne interesse for mere digital kontakt var særlig rettet mod praktiserende læger, hvor 48 procent svarede at de var interesserede i mere digital kontakt med deres praktiserende læge. Sammenlignet var det 20 procent som havde en interesse for mere digital kontakt med sundhedsvæsenet<sup>15</sup>.

Patientens egen indsamling af data og monitorering af eget forløb bruges flere steder i sundhedsvæsenet til at vurdere om patienten skal til kontrolbesøg i sundhedsvæsenet at jf. tabel 1 og tabel 2.

Tabel 1. Hver fjerde har haft digital kontakt med sundhedsvæsenet, og hver anden ønsker mere digital kontakt

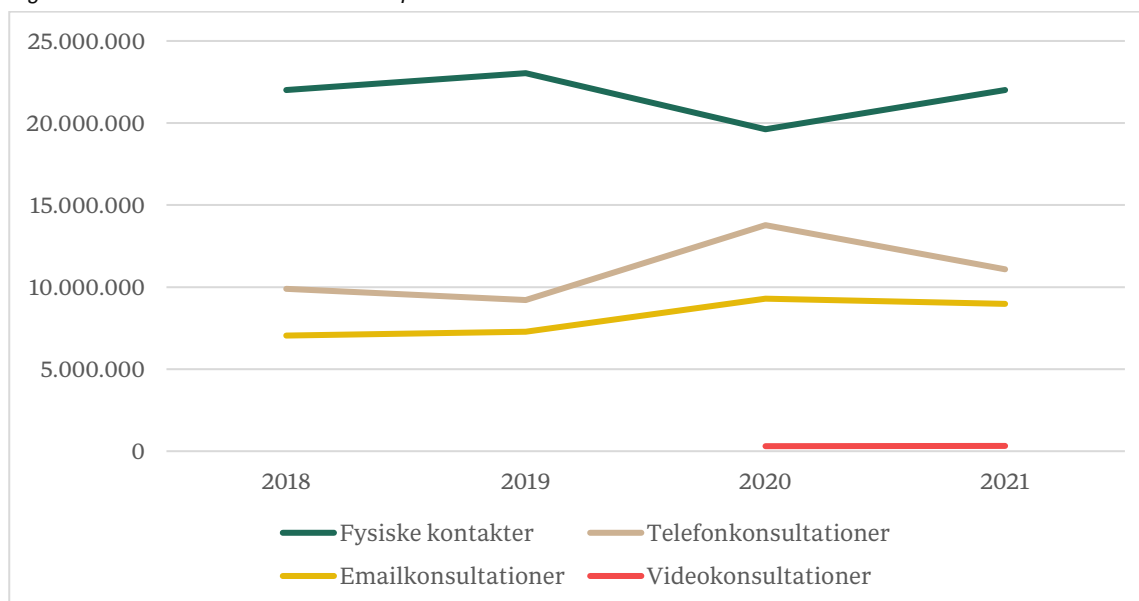
	Ja	nej
Har haft digital kontakt med sundhedsvæsenet inden for de seneste seks måneder	27%	73%
Er interesseret i at kontakten med sundhedsvæsenet i højere grad sker digitalt	55%	45%

Kilde: Danske Patienter, Digital kontakt med sundhedsvæsenet, hvad oplever patienterne, Maj 2020

### Brug af virtuelle konsultationer

Under corona-epidemien blev digitale løsninger taget i brug i stort omfang jf. figur 1.

Figur 1. Virtuelle konsultationer i almen praksis



Kilde: esundhed. Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

<sup>15</sup> Danske Patienter: Digital kontakt med sundhedsvæsenet – hvad oplever patienterne?, 2020, [link](#)

CIMT på Odense Universitetshospital har samlet en database<sup>16</sup> med analyse af mere end 500 videnskabelige artikler om telemedicin, apps mm. Her vurderes, hvilken evidens der er for, at løsningerne forbedrer behandlingen på forskellige parametre: klinisk effekt, patientoplevelse og økonomiske effekter, se nedenstående grafik fra databasen.





Title	Country	Diagnosis	Intervention	Technology	Clinical Effect	Patient Experience	Economic Effect	Implementation	
The Effect of an App for Day-to-Day Postoperative Care Education on Patients With Total Knee Replacement: Randomized Controlled Trial.	Netherlands	Patients scheduled for elective, primary, unilateral TKR	Interactive app with timely, day-to-day information tailored to the patient. Possible to upload a photo of the wound in case of fever and an increase in pain or wound leakage					C+D+E	<a href="#">Read more</a>

Table 2. Europæiske apps der kan aflaste sundhedsvæsenets ansatte

Patientgruppe	Land	Indsats	Effekt – brug af sundhedsvæsen
HIV patienter (1)	Spanien	App til kommunikation mellem patient og læge	Færre ambulante besøg
Knæopererede postoperativt (2)	Holland	App med daglige opdateringer til patienten og mulighed for at uploade fotos til behandler	Færre kontakter til hospital
Allergi, høfeber og astmapatienter (3), (4)	Tyrkiet	App til kommunikation mellem behandler og patient	Færre ad-hoc kontrolbesøg Uændret antal planlagte kontrolbesøg
Kvinder med forøget risiko for præeklampsi (5)	Holland	App der kan sende målte blodtryk og alarm der varskor personalet, når værdien er høj	Færre besøg før fødslen
Hjemme telemedicinsk løsning til ældre KOL-patienter (6)	Italien	App der sender data via armbånd, der måler på patientens vitale parametre	Færre indlæggelser pga. Exacerbation (forværring af lungesygdom)
Nyfødte børn, som udskrives fra neonatalafdeling til hjemmeplejen (7)	Sverige	App med daglige spørgsmål om barnets sundhed og ernæring samt dialog med sygeplejerske	Færre akutbesøg på hospitalet
Hjemme telemedicinsk løsning til patienter med svær KOL (8)	Spanien	Daglig måling af blodtryk, iltmætning, puls samt patientens evne til at indånde luft. Data overføres via app	Færre skadestuebesøg samt indlæggelser Opholdets længde på hospital er reduceret Behovet for ikke-invasiv ventilation er reduceret Akutte forværringer af KOL stiger

Kilde: CIMT<sup>3</sup>, titel på (1) – (8) i fodnote<sup>17</sup>

<sup>16</sup> Database on Evidence Based Telemedicine, telemedicine.cimt.dk

<sup>17</sup> Titler på artikler

- (1) A Specific Mobile Health Application for Older HIV-Infected Patients: Usability and Patient's Satisfaction
- (2) The Effect of an App for Day-to-Day Postoperative Care Education on Patients With Total Knee Replacement: Randomized Controlled Trial.
- (3) The "physician on call patient engagement trial" (POPET): measuring the impact of a mobile patient engagement application on health outcomes and quality of life in allergic rhinitis and asthma patients.
- (4) The "physician on call patient engagement trial" (POPET): measuring the impact of a mobile patient engagement application on health outcomes and quality of life in allergic rhinitis and asthma patients.
- (5) SAFE@HOME: Digital health platform facilitating a new care path for women at increased risk of preeclampsia – A case-control study.
- (6) Efficacy of multiparametric telemonitoring on respiratory outcomes in elderly people with COPD: a randomized controlled trial.
- (7) Using telemedicine in the care of newborn infants after discharge from a neonatal intensive care unit reduced the need of hospital visits
- (8) A home telehealth program for patients with severe COPD: the PROMETE study.



Table 3. Europæiske telemedicinske hjemmemonitorering løsninger der kan aflaste sundhedsvæsenet

Patientgruppe	Land	Indsats	Effekt – brug af sundhedsvæsen
Type 1 diabetes (9)	Spanien	Telemedicinsk løsning, hvor patienter selv tager blodprøver 3 gange dagligt og uploader til diabetesteamet	Kortere kontakter til diabetes-teamet
Ældre med hjertesvigt (10)	Italien	Patienter måler kliniske data: vægt, blodtryk mv. og uploader til behandlende læge, der kontakter patienten ved behov	Færre indlæggelser
Hjertesvigt (11)	Italien, Frankrig, Spanien, Schweiz	Telemedicinsk transmission af hjertepatienters data. Sygeplejerske og kardiolog kontakter patienten ved behov	Færre ambulante besøg Uændret antal indlæggelser
Hjertesvigt (12)	Italien	Telemedicinsk overvågning gennem patientens ICD. Sygeplejerske og kardiolog kontakter patienten ved behov	Færre planlagte ambulante besøg Flere ikke-planlagte ambulante besøg Lavere tidsforbrug for læger Uændret tidsforbrug for sygeplejersker
Hjertesvigt (13)	Tyskland	Telemedicinsk overvågning (EKG, blodtryk mv.) Overvågning hele døgnet af læger	Færre hospitalsindlæggelser Uændret mortalitet
Hjertesvigt (14)	Østrig	Telemedicinsk overvågning gennem patientens ICD og daglig transmission af data	Færre kontrolbesøg Lavere omkostninger 95% af alle ikke-planlagte ambulante besøg var indicerede 55% af de planlagte besøg var indicerede
Ældre med KOL (15)	Italien	Telemedicinsk overvågning gennem et armbånd, hvor data transmitteres via mobiltelefon	Færre indlæggelser pga. forværring
KOL (16)	Spanien	Daglige målinger af blodtryk, puls mv. Data transmitteres via en app	Færre akutte indlæggelser Færre indlæggelser Kortere indlæggelser Færre har brug for ilt-terapi Længere tid før første alvorlige episode
Nyligt udskrevne med KOL (17)	Danmark	Data om puls, lungefunktion mv. transmitteres og videokonsultation med afdelingens sygeplejerske ca. ugentligt	Færre genindlæggelser
Nyresvigt / peritonealdialyse (18)	Italien	Måleudstyr i peritonealdialyseudstyret transmitterer data til dialyseenheden	Færre ambulante besøg pr. patient pr. år
Gravide med risiko for svangerskabsforgiftning (19)	Holland	Blodtryksmåling og upload af data via app	Færre ambulante besøg før fødslen

Kilde: CIMT<sup>3</sup>, titel på (9) – (19) se fodnote<sup>18</sup>

(9) <sup>18</sup>The efficiency of telemedicine to optimize metabolic control in patients with type 1 diabetes mellitus: Telemed stud  
(10) Home-based telerehabilitation in older patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure: a randomised controlled trial  
(11) The MONitoring Resynchronization dEVICES and CARDiac patiEnts (MORE-CARE) randomized controlled trial: phase 1 results on dynamics of early intervention with remote monitoring  
(12) Economic impact of remote monitoring on ordinary follow-up of implantable cardioverter defibrillators as compared with conventional in-hospital visits. A single-center prospective and randomized study  
(13) Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial  
(14) Socio-economic effects and cost saving potential of remote patient monitoring (SAVE-HM trial)  
(15) Efficacy of multiparametric telemonitoring on respiratory outcomes in elderly people with COPD: a randomized controlled trial.  
(16) A home telehealth program for patients with severe COPD: the PROMETE study.  
(17) Nurse tele-consultations with discharged COPD patients reduce early readmissions—an interventional study.  
(18) Longitudinal Experience with Remote Monitoring for Automated Peritoneal Dialysis Patients.  
(19) SAFE@HOME: Digital health platform facilitating a new care path for women at increased risk of preeclampsia – A case-control study.

## Personalets oplevelser af brug af egne digitale kompetencer

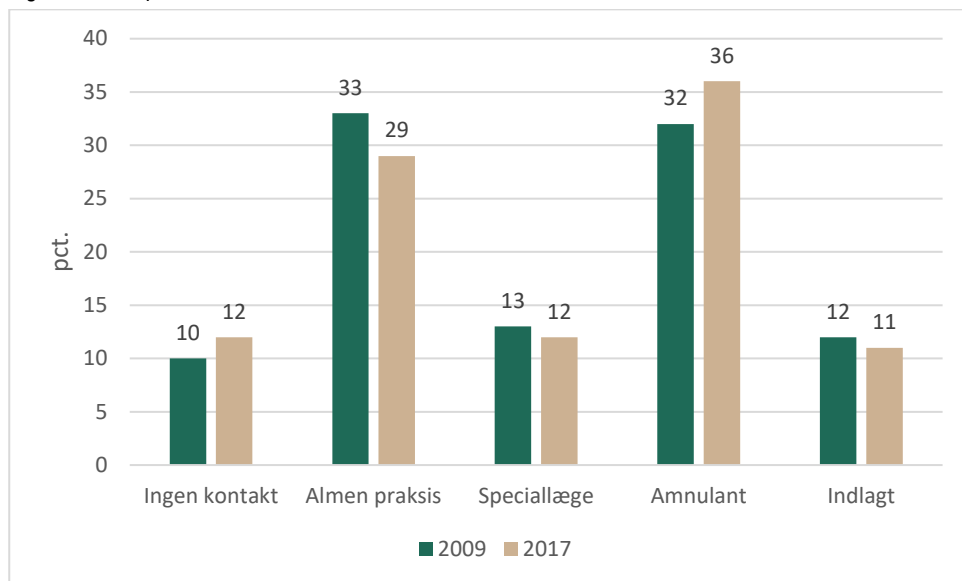
VIVE og KPMG, rapport beskriver bl.a. personalets digitale kompetencer<sup>19</sup>. De mange teknologier, personalet anvender, illustrerer de mange teknologier, der er i brug i sundhedsvæsenet – og hvilke faggrupper, der bruger hvilke. Knap 50% af lægerne i regionerne og mere end 50% af sygeplejerskerne i kommunerne bruger telemedicin.

## Voksende opgaver i sygehusvæsenet

Hospitalet behandler i dag 330.000 flere patienter om året end for 10 år siden<sup>20</sup>. I perioden fra 2009 til 2018 steg antallet af patienter, der havde været akut indlagt på en medicinsk afdeling en eller flere gange i løbet af året, fra 2.510.000 til 2.840.000 personer, svarende til en stigning på 13 procent. Samlet set er antallet af hospitalsophold steget fra 10.530.000 til 13.770.000 i perioden fra 2009 til 2018, svarende til en stigning på 31 procent.<sup>21</sup>

En stigende andel af patienterne behandles på hospitaler med specialiserede funktioner uden overnatning, når der sammenlignes på tværs af sundhedsvæsenet, mens en faldende andel af patienterne har kontakt til de praktiserende speciallæger i det nære sundhedsvæsen, jf. figur 2.

Figur 2: Mest specialiserede kontakt til sundhedsvæsenet 2009-17



Anm: Kontakter på sygehusene er afgrænset til somatiske ambulante besøg og indlæggelser

Kilde: Sundheds- og ældreøkonomisk analyse, 2018.

## ANTAL KONTAKTER I SYGEHUSVÆSENET OG PRAKSISSEKTOREN

Der har været en stigning i ambulante besøg på 50 procent fra 2007-2020<sup>22</sup>. Det gennemsnitlige antal kontakter pr. patient i praksissektoren har været ret stabilt i perioden 2009-2021. For det gennemsnitlige antal kontakter pr. patient i sygehusvæsenet var der en lille stigning frem mod 2017, hvorefter antallet af kontakter faldt jf. figur 3.

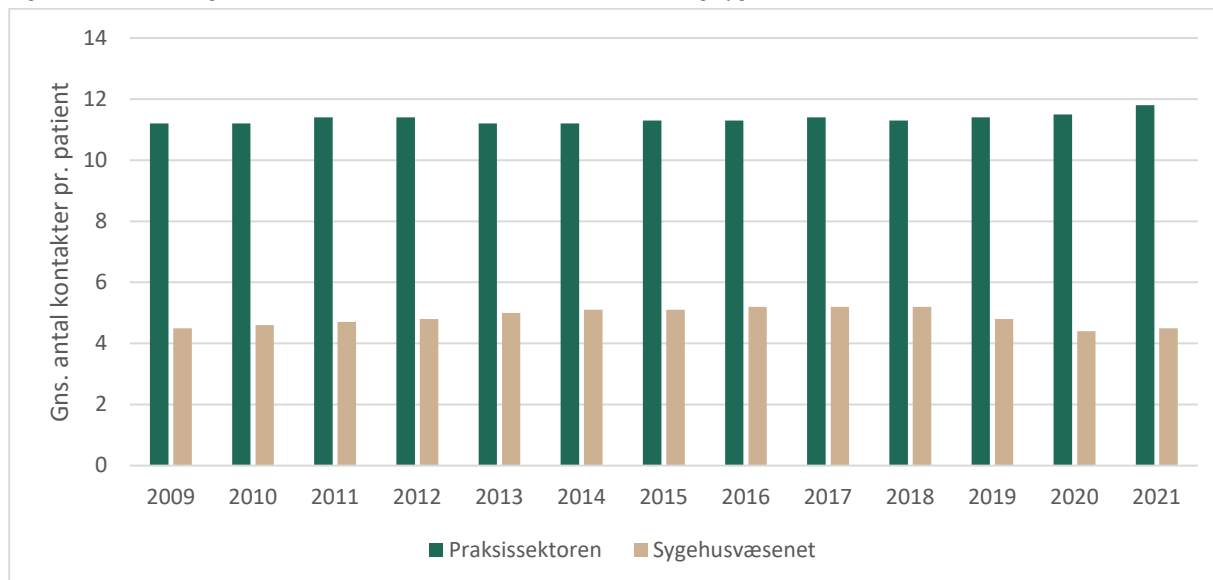
<sup>19</sup> VIVE og KPMG: Styrkelse af digitale kompetencer inden for datadrevne teknologier til brug for automatisering, prædiktions og beslutningsstøtte hos sundhedspersoner, februar 2022, [link](#)

<sup>20</sup> Jyllandsposten, debatindlæg februar 2023: Sundhedsvæsenet har brug for fundamentale reformer, [link](#)

<sup>21</sup> Danske Regioner, Generalforsamling 2022, [link](#)

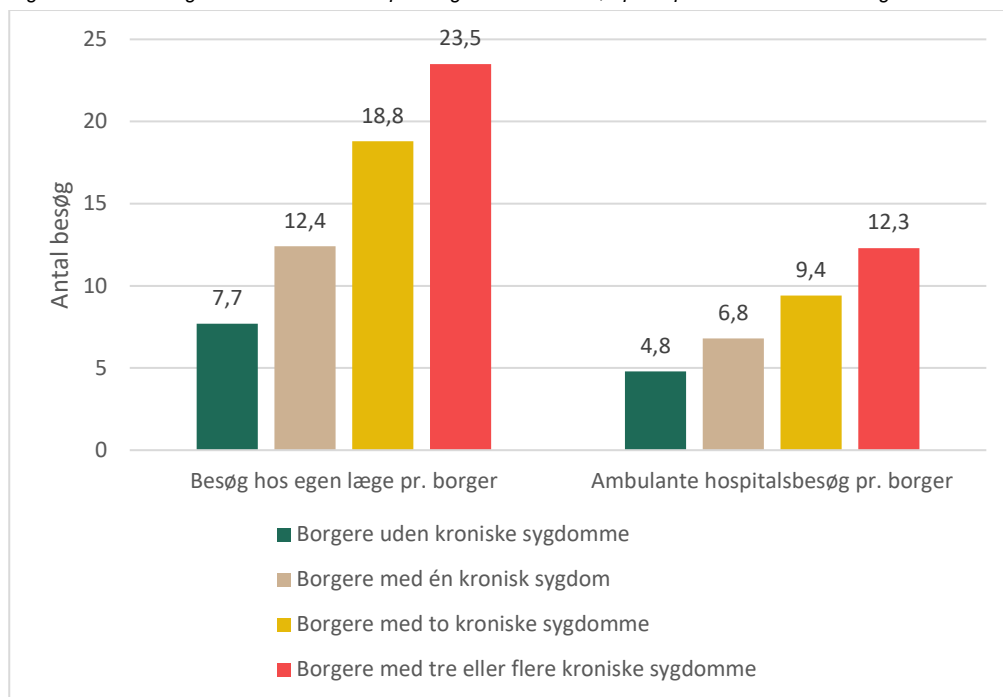
<sup>22</sup> Sundhedsministeriet 2018: Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle, [link](#)

Figur 3. Gennemsnitlig, antal kontakter pr. patient i både praksissektoren og sygehusvæsenet i perioden 2009-2021



Kilde: esundhed. Landspatientregistreret version 30. marts 2021 for LPR2 og 10. marts 2022 for LPR3, CPR-registreret og Sygesikringsregistreret. Sundhedsdatastyrelsen

Figur 4. Antal besøg i sundhedsvæsenet pr. borger med kontakt, opdelt på antallet af de udvalgte kroniske sygdomme, 2017



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Brugen af sundhedsvæsenets for borgere med kronisk sygdom, 2019

## DISKUSSIONSOPLÆG:

### Differentieret behandling skal sikre bedre brug af sundhedsvæsenets ressourcer

#### Spørgsmål til drøftelse

- ❖ Kan differentieret behandling bidrage til at frigive arbejdskraft ved, at vi i højere grad gør forskel på de tilbud, som patienterne får?
- ❖ Hvordan kan differentieret behandling bidrage til at frigive arbejdskraft ved at reducere behandlingstilbuddene til de patienter, der kan selv? Kan nogen selv, kan nogen vente, kan nogen helt undvære? Eller skal alle altid tilbydes det samme?
- ❖ Hvilke barrierer er der for, at differentieret behandling kan bidrage til at frigive arbejdskraft ved at reducere behandlingstilbuddene til de patienter, der kan selv? Kan vi tilpasse den behandling man tilbydes, uden at skabe ulighed eller gå på kompromis med patientsikkerheden?

Differentieret behandling har været et af sundhedsvæsenets mantraer i en årrække, og det betyder kort sagt, at der i højere grad skal gøres forskel på de tilbud, som patienter får, så udbyttet af sundhed bliver mere lige, og arbejdskraften i sundhedsvæsenet dermed bruges mest effektivt.

Baggrunden er, som Dansk Selskab for Patientsikkerhed<sup>1</sup> skriver:

*"Sårbare grupper overses i sundhedsvæsenet. De har ikke samme adgang til de rette sundhedsydelser som befolkningen generelt og måske er de også i højere grad udsat for dårlig kvalitet og utilsigtede hændelser. Der sker i sundhedsvæsenet en systematisk, strukturel diskrimination af de fattige, de dårligt uddannede, de psykisk syge og alle andre, der er lidt skæve i forhold til normen som LGBT+ (3), indvandrere og etniske grupper.*

*Hvis vi ønsker at reducere ulighed i sundhed, er det nødvendigt at styrke patientsikkerheden for de udsatte grupper. Det er ikke nok med formel lighed (equality) i sundhedsvæsenet, der skal også være reel lighed (equity), og det kræver særlige indsatser for dem, der har behov."*

Differentieret behandling eller forskellig behandling er nødvendig, hvis ressourcerne skal bruges mest effektivt. Udgangspunktet har ofte været, at patienter med få sundhedskompetencer har brug for mere støtte, både når det handler om forebyggelse, behandling og opfølgende indsatser. Omvendt kan patienter med mange sundhedskompetencer og et stærkt netværk varetage en større del af behandlingsforløbet selv, og der kan frigives ressourcer fra patienter, der ikke har behov for alle de nuværende tilbud.

Der kan differentieres ift. den enkelte patient eller til patientgrupper

Differentieret behandling kan overordnet anskues ud fra to perspektiver. Et er differentiering af et konkret patientforløb ud fra patientens kompetencer og livssituation. Det kan fx være færre ambulante kontrolbesøg til patienter, der efter en forventningsafstemning med sundhedspersonalet formår at holde øje med fx blodprøvesvar selv vs. ekstra støtte til sårbare gravide, særlig støtte til enlige ældre og

<sup>1</sup> Lighed i sundhed kræver lighed i patientsikkerhed. Blogindlæg Dansk selskab for Patientsikkerhed juni 2022

lignende.

En anden differentiering er af behandlingsregimer, herunder forebyggende undersøgelser ud fra en risikovurdering af en patientgruppe, eller opfølgning og evaluering på generelle befolkningsrettede sundhedstilbud, som i stedet tilpasses/afgrænses efter sundhedseffekt.

Til at differentiere er det muligt at bruge teknologi som kunstig intelligens. Fx bruger øre, næse, halslægerne på Aalborg Universitetssygehus kunstig intelligens i stedet for en speciallæge til at opdele patientgrupperne ift. risikogruppe og behandling for døvhed<sup>2</sup>.

Den differentierede eller tilpassede behandling står i nogle træk i kontrast til de strømlinede forløb og retningslinjer, der er blevet indført bredt set i sundhedsvæsenet.

Det er vigtigt med en drøftelse af, hvordan differentiering af behandling reelt kan frigive arbejdskraft og bidrage til, at ressourcerne bruges bedre ved at fjerne tilbud i konkrete patientforløb eller til patientgrupper. Ellers er der risiko for, at tilpassede forløb blot bliver et udvidet tilbud til de patienter, der har brug for dette.

Drøftelsen bør også omfatte, hvad der skal til for, at behandlingen reelt bliver differentieret fx ift. styring, afregning mv., så det ikke igen er de, der har mindst behov for sundhedsvæsenets ydelser, der bruger dem.

#### Folkelig og politisk opbakning til differentiering er vigtig

I denne drøftelse er det også vigtigt at få talt om, hvad det kræver af politikere, befolkning og patienter, hvis en reel differentiering skal kunne ske i sundhedsvæsenet.

Hvis differentieret behandling skal være et element i at frigive arbejdskraft og anvende ressourcerne bedre, skal der være opbakning til, at alle ikke skal have samme omfang af sundhedsydelser tilbudt som i dag. På mange måder vil det være en ændret tilgang til det, der tilbydes fra sundhedsvæsenets side i dag. Forandring vil derfor kræve politisk opbakning og folkelig forståelse, hvis det reelt skal være muligt at implementere de ønskede ændringer.

---

<sup>2</sup> [www.inhear.dk](http://www.inhear.dk)

## DISKUSSIONSOPLÆG:

### Hvad er kerneopgaven for et offentligt sundhedsvæsen og hvordan bør samspillet være med private hospitaler og sundhedsklinikker?

#### Spørgsmål til drøftelse

- ❖ **Hvad er kerneopgaven for et offentligt sundhedsvæsen?** *Og er der omvendt opgaver, som ikke er eller bør være kerneopgaven for et offentligt sundhedsvæsen?*
- ❖ **Kan private hospitaler og sundhedsklinikker løse nogle af kerneopgaverne på en måde, hvor de frigiver arbejdskraft i det samlede sundhedsvæsen?** *Og hvilke barrierer er der for, at private hospitaler og sundhedsklinikker kan bidrage til at frigive arbejdskraft i det samlede sundhedsvæsen?*
- ❖ **Hvordan kan private hospitaler og sundhedsklinikker frigive arbejdskraft i det samlede sundhedsvæsen og dermed øge den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet?** *Er der områder, som det offentlige sundhedsvæsen med fordel kan overlade til private hospitaler og sundhedsklinikker, der frigiver arbejdskraft?*

Flere behandlingsmuligheder og mere præcise undersøgelser er med til at øge patienternes efterspørgsel på sundhedsydelser og udvide aktiviteterne i sundhedsvæsenet. Denne udvikling vil fortsætte samtidig med, at den danske befolkning bliver ældre og får et øget behov for sundhedsydelser jf. Danmarks statistiks befolkningspyramide<sup>1</sup>, der viser den forventede køns- og aldersfordeling i 2060 sammenlignet med 2023.

Et spørgsmål, der trænger sig på, når behandlingsmulighederne stiger og efterspørgslen vokser, er, hvordan arbejdsdelingen mellem de offentlige og de private aktører skal være. Hvilken arbejdsdeling kan bidrage mest til at frigive hænder i det samlede sundhedsvæsen, kan understøtte den bedste opgaveløsning og bidrage til, at ressourcerne bliver brugt på de patienter, der har størst behov?

Drøftelsen skal ikke mindst ses i lyset af, at der i akuttaftalen om sundhedsvæsenet fra februar 2023 fremgår, at der forventes et særligt højt privat aktivitetsniveau i 2023 og 2024 svarende til det rekordhøje niveau som i 2022, se figur 3 og 4 i vedlagte faktaark.

Udviklingen med en stigende privat aktivitet giver anledning til at drøfte, hvorvidt arbejdsdelingen mellem de offentlige og private sygehuse kan være med til at øge den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet og dermed understøtte en bedre opgaveløsning i sundhedsvæsenet og frigive arbejdskraft.

<sup>1</sup> Danmarks Statistik, befolkningspyramide, [link](#)

## FAKTAARK:

### Levering af danske sundhedsydelser, herunder private

Hovedtræk i indretningen af det danske sundhedsvæsen er:

- Det danske sundhedsvæsen er overvejende offentligt finansieret. Ud af de samlede sundhedsudgifter på 271 mia. kr. i 2021 var 231 mia. kr. offentligt finansieret og 39 mia. kr. privat finansieret, jf. tabel 1.
- Andelen af husholdningernes egenbetaling er faldet siden 2010, jf. tabel 2. Egenbetalingen er danskernes direkte udgifter til sundhed fx køb af medicin, fysioterapi, tandlæge mv.
- I Danmark leveres sundhedsydelserne af offentlige udbydere, private udbydere og selvejende institutioner. I forhold til sammenlignelige lande er andelen af offentlig finansiering relativt høj, kun overgået af Norge og Sverige, der ligger et procentpoint højere end Danmark, jf. tabel 3.

Tabel 1. Fordeling af udgifter til det danske sundhedsvæsen på betalere

#### Udgifter til sundhed, løbende priser

Enhed: mio. kr.

Sundhedsudgifter i alt	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Finansiering i alt</b>	216.084	221.451	227.532	234.618	245.260	270.794
<b>1. Offentlige sundhedsordninger og obligatoriske sundhedsforsikrings-ordninger</b>	181.903	185.923	190.557	196.398	208.122	231.298
<b>2. Frivillige sundhedsforsikrings-ordninger</b>	4.963	5.203	5.520	5.856	5.673	5.969
<b>3. Husholdningernes egenbetaling</b>	29.218	30.325	31.454	32.364	31.466	33.526

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabel SHA1

Tabel 2. Husholdningernes andel af udgifterne til det danske sundhedsvæsen

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Husholdningernes egenbetaling</b>	14%	14%	14%	13%	13%	13%	14%	14%	14%	14%	13%	12%
<b>Husholdningernes egenbetaling inkl. sundhedsforsikringer</b>	16%	16%	16%	16%	16%	16%	16%	16%	16%	16%	15%	15%

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabel SHA1

Tabel 3. De samlede sundhedsudgifter, opdelt på betaler i udvalgte lande

Andel af de samlede sundhedsudgifter 2020, udvalgte lande											
Andel (i procent)	Australien	Danmark	Estland	Finland	Tyskland	Israel	Holland	Norge	Sverige	England	USA
<b>Offentlige</b>											
sundhedsudgifter	72	85	77	79	85	71	85	86	86	83	85
<b>Frivillige</b>											
sundhedsudgifter	0	2	1	5	2	11	6	0	1	5	5
<b>Husholdningernes</b>											
egenbetaling	0	13	21	16	12	17	9	14	13	13	10
<b>Ukendt finansieringskilde</b>											
	28	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
<b>I alt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Kilde: OECD- database. Tabel; health expenditure and financing

### Udviklingen i private sundhedsforsikringer:

Fra næsten ingen forsikrede i starten af nullerne, er antallet af danskere med sundhedsforsikring vokset markant, til i dag 2,3 mio. danskere, jf. figur 1. I dette tal indgår ikke forsikrede gennem Sygeforsikring Danmark<sup>2</sup>.

Størstedelen af sundhedsforsikringerne er arbejdsgiverbetalte, men andelen af de individuelt tegnede forsikringer har de seneste år haft den største vækst. I 2021 havde 180.000 danskere en individuel forsikring, jf. figur 2.

Både antallet og andelen af individuelle tegnede forsikringsordninger er vokset, og de udgjorde 6 procent i 2021 i forhold til 3 procent i 2019 af de private sundhedsforsikringer, jf. figur 2 og tabel 4. Størstedelen af befolkningen har dog stadig forsikringer via deres pensionselskab og arbejdsplads, jf. tabel 4.

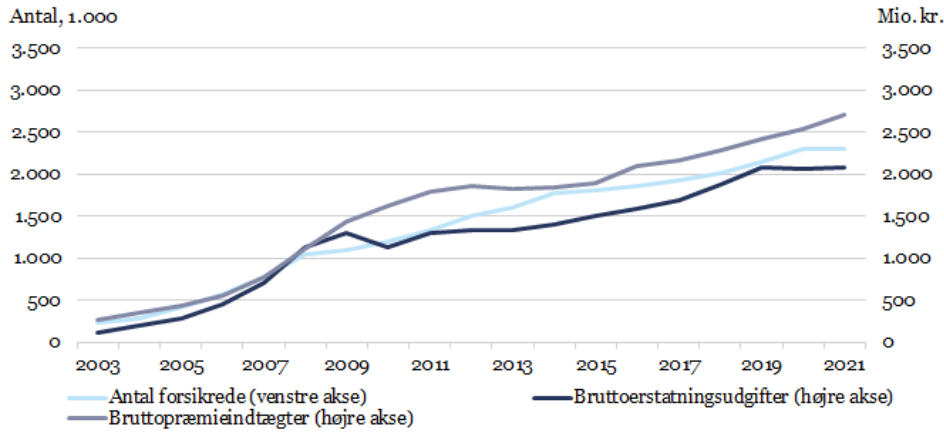
<sup>2</sup> Fakta om Sygeforsikring Danmark

Sygeforsikring Danmark havde 2,7 millioner medlemmer i 2021 og medlemstallet er steget løbende med cirka to procent årligt. Flest medlemmer har basisforsikringen i gruppe 5, mens 74.200 personer har tilvalgt almindelige operationer og 28.200 har tilvalgt udvidede operationer. De samlede erstatningsudgifter udgjorde 3,4 mia. kr. i 2021. Cirka 25 procent af bruttoerstatningen går til tandlægeudgifter, mens godt 15 procent af bruttoerstatningen går til medicinudgifter. De resterende bruttoerstatninger fordeler sig efter størrelse på kategorierne optiker, læge, fysioterapi, kiropraktor, fodterapi, zoneterapi og akupunktur.



Figur 1. Antal danskere med en sundhedsforsikring

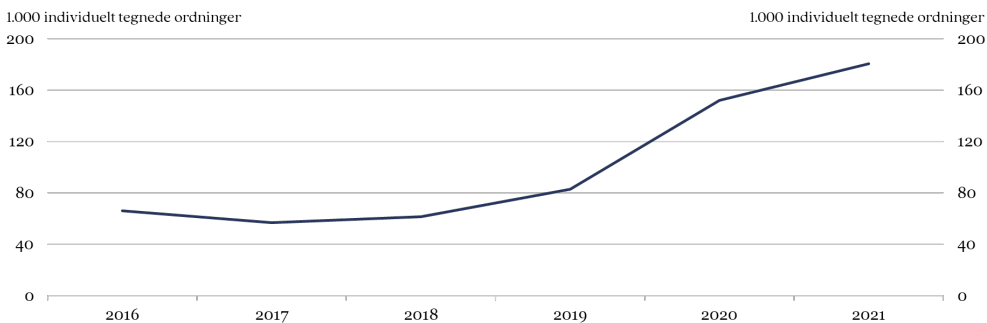
Statistikken viser antal forsikrede, præmier og erstatninger for sundhedsforsikringer og ordninger for årene 2003-2021.



Anm.: Databrud i 2016, antal forsikrede i 2003-2016 er ikke direkte sammenlignelig med antallet fra og med 2016.

Kilde: F&Ps sundhedsforsikringsstatistik

Figur 2. Udviklingen i individuelt tegnede ordninger



Kilde: F&Ps sundhedsforsikringsstatistik

Table 4. Fordeling af antal ordninger på forsikringer

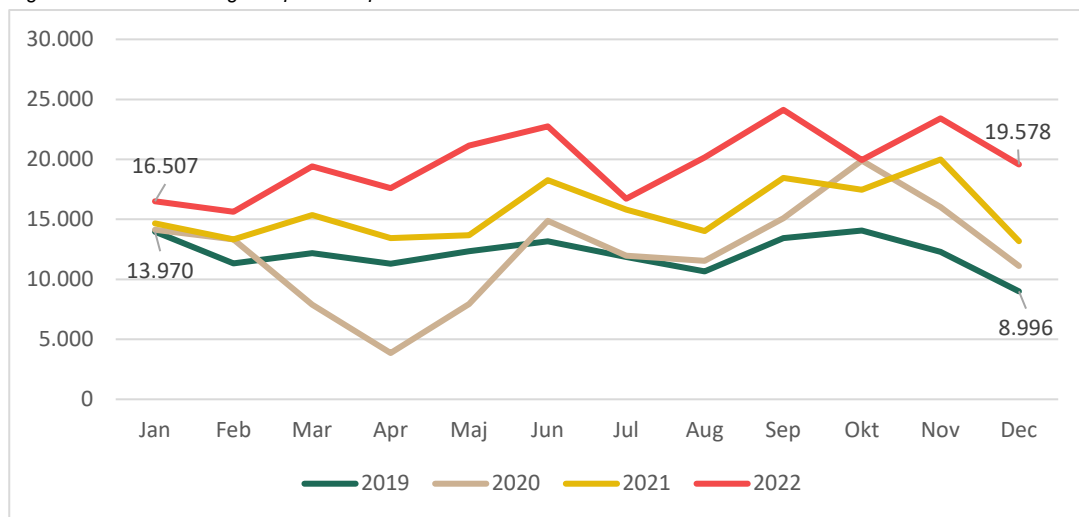
Fordeling af antal ordninger på forsikrede (pct.)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Arbejdsgiverbetalte ordninger, primært forsikrede	79	76	81	80	80	79	76	77
Arbejdsgiverbetalte ordninger, medforsikrede ægtefæller/samlevende og børn	18	22	17	18	17	18	19	17
Individuelt tegnede ordninger	2	2	3	2	3	3	5	6

Kilde: F&P: Sundhedsforsikringer - hovedtal 2003-2021.

### Udviklingen i antal patienter sendt til privathospitaler

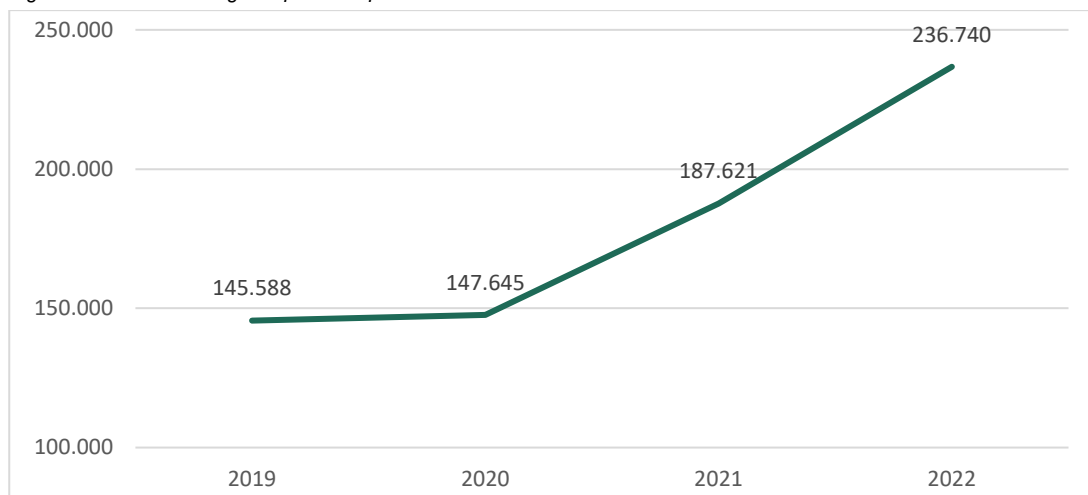
Tal fra Danske Regioner viser, at antallet af patienter henvist til privathospitaler er steget siden indførslen af det udvidede frie sygehusvalg i 2007 jf. figur 5. Figuren viser også, hvordan antallet af henvisninger er steget på grund af behandlingspuklen. I 2019 var der omkring 145.000 henvisninger sammenlignet med 236.000 henvisninger i december 2022 jf. figur 4. Det svarer til en stigning på 63 procent sammenlignet med 2019.

Figur 3. Antal henvisninger til privathospitaler



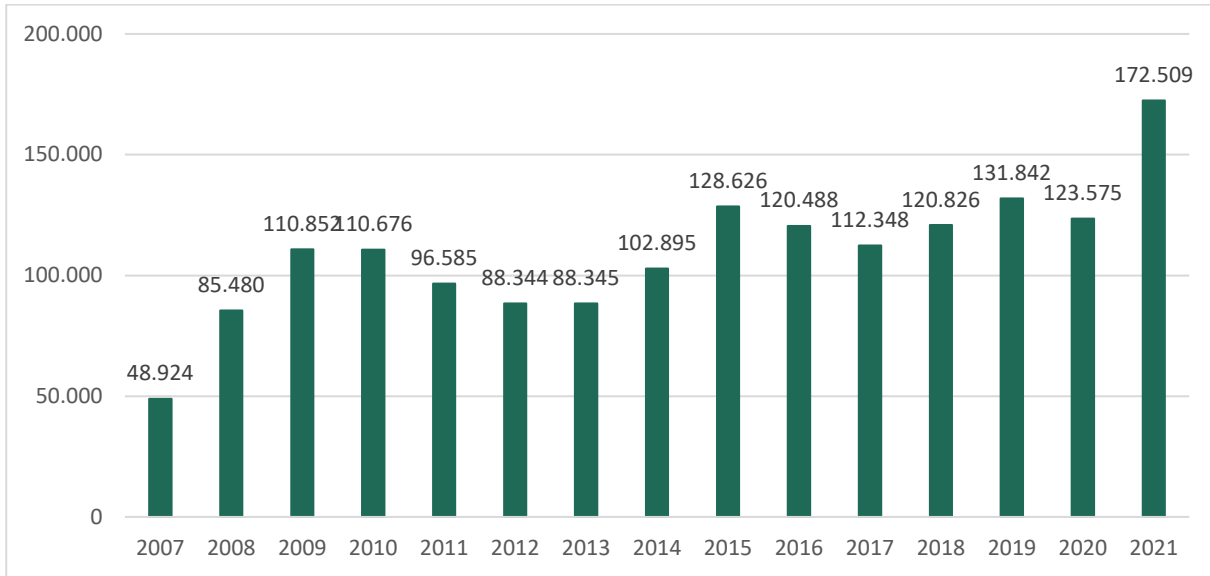
Kilde: Danske Regioner

Figur 4. Antal henvisninger til privathospitaler



Kilde: Danske Regioner

Figur 5. Antal patienter sendt til privathospitaler



Kilde: Danske Regioner