

Regeringen

Sundhed tæt på dig

Del 2



SEPTEMBER 2024

Henvendelse om publikationen kan ske til:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K

Tlf. 72 26 90 00

ISBN-13 978-87-94224-77-2 (digital version)

ISBN-13 978-87-94224-76-5 (trykt version)

Design BGRAPHIC

Fotos RODE IMAGES / Joachim Rode,
Valdemar Ren og
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Tryk Stibo Complete

Publikationen kan hentes på
Indenrigs- og Sundhedsministeriets
hjemmeside:
www.ism.dk

Indhold

Indledning	5
Reformens indhold.....	7
Sundhedsstrukturkommissionen	8
Tendenser og udfordringer i det danske sundhedsvæsen	10
Overblik over reformens initiativer	16
Tema 1: Ny organisering af sundhedsvæsenet	20
Tema 2: Flere læger og bedre fordeling	40
Tema 3: Sundhedsvæsenet skal styrkes dér, hvor behovet er størst	48
Tema 4: Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom	54
Tema 5: Frit valg og styrkede patientrettigheder	60
Tema 6: Moderne sygehuse, bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser og digitale løsninger	66
Tema 7: Mere behandling i eller tæt på eget hjem	70
Tema 8: Lige muligheder for et sundere liv	74
Tema 9: Økonomi og implementering	78



Indledning

Danmark har et godt og stærkt sundhedsvæsen. Siden årtusindeskiftet har massive investeringer og reformer, medicinske og teknologiske fremskridt og en kæmpe arbejdsindsats af dygtige og dedikerede sundhedsmedarbejdere medført, at Danmark i dag har et stærkt sygehusvæsen. Behandlingen er løftet til en højere og mere ensartet kvalitet, og flere overlever i dag alvorlig sygdom. Fundamentet er solidt og godt.

Men sundhedsvæsenet er under et stigende pres. Stadig flere borgere får behov for pleje og behandling fra flere dele af vores sundhedsvæsen, og der mangler allerede i dag medarbejdere. Den udfordring vil kun stige. Grundlæggende forandringer er forudsætningen for at skabe fremtidens sundhedsvæsen. Ellers risikerer de seneste to årtiers fremskridt at blive afløst af tilbagegang. Hvor de specialiserede sygehuse gennem en årrække er blevet udbygget og specialiseret, er det ikke i tilstrækkelig grad lykkedes at styrke den del af sundhedsvæsenet, som er tættere på borgeren, og som burde være stærkt.

Vi er ikke i tilstrækkelig grad lykkedes med at finde den rigtige balance mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen. Det gælder det almenmedicinske tilbud hos egen læge og sundhedstilbuddene uden for sygehusene, bl.a. i kommunerne, som ikke er rustede til det stigende antal borgere med komplekse behandlings- og plejebehov. Borgerne oplever for store forskelle i adgangen til og kvaliteten af sundhedstilbud på tværs af landet, og der mangler ofte en rød tråd i deres forløb, når det går på tværs af sektorer.

Derfor nedsatte regeringen Sundhedsstrukturkommissionen. Kommissionen fik til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, for at sikre et sundhedsvæsen, som er mere lige, sammenhængende og bæredygtigt. I juni 2024 fremlagde

kommissionen sin analyse af sundhedsvæsenets mest centrale udfordringer og præsenterede seks tværgående anbefalinger samt tre bud på modeller for en ny forvaltningsmæssig indretning af sundhedsvæsenet.

Efterfølgende har kommissionens rapport været i en bred offentlig høring. Der blev afgivet 207 høringssvar, der alle kan læses på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside (www.ism.dk).

Regeringen er klar til at foretage de nødvendige ændringer og investeringer for at ruste sundhedsvæsenet til fremtidens udfordringer. Borgerne skal have et stærkt og fremtidssikret sundhedsvæsen, der tager sig af dem. Og sygeplejersker, læger, bioanalytikere, fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og de mange, mange andre dygtige medarbejdere i sundhedsvæsenet skal have et godt sundhedsvæsen at gå på arbejde i.

Regeringen deler kommissionens analyse af de mest centrale tendenser og udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for. Vi er klar til at tage de nødvendige skridt for at sikre, at vi i fremtiden har et stærkt, samlet sundhedsvæsen i bedre balance – i hele landet. Vi skal forandre for at forbedre. Det vil kræve grundlæggende forandringer mange steder i sundhedsvæsenet og i den måde, vi tænker sundhedstilbud på. For hvem der har ansvar for hvad. Og hvem der får klart ansvar for at levere hvad.

Regeringen lægger op til at følge mange af kommissionens anbefalinger og forslag, ligesom mange nye er kommet til. Regeringens udspil til en omfattende sundhedsreform står derfor på et stærkt og solidt grundlag. Regeringen fremlægger i alt 46 initiativer. Samtidigt prioriterer regeringen 3,6 mia. kr. årligt til sundhed (2030-niveau) og målretter yderligere 2,7 mia. kr. i årligt niveau fra demografiløftet i de kommende år. I alt 6,4 mia. kr. årligt fra 2030.



Reformens indhold

Regeringen foreslår én samlet reform, som skal sikre en omstilling til et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen.

Der er brug for en reform af sundhedsvæsenets politiske og økonomiske struktur og en ny opgavefordeling mellem myndighederne. Der skal tages et større fælles ansvar for borgernes samlede pleje- og behandlingsforløb. Der er også brug for, at ressourcerne fordeles bedre på tværs af landet. Og flere penge investeres i at styrke egen læge og sundhedstilbuddene uden for sygehusene, så langt mere behandling og pleje kan foregå i eller tæt på borgerens hjem (se tema 1).

En ny samlet og forbedret struktur indebærer også en reform af det almenmedicinske tilbud. Det almenmedicinske tilbud skal udbygges og i højere grad integreres i det samlede sundhedsvæsen, så egen læge kan varetage flere opgaver og bidrage til mere sammenhængende patientforløb. Kapaciteten i det almenmedicinske tilbud styrkes med flere læger, og lægerne skal fordeles bedre på tværs af landet (se tema 2). En ny fremtidssikret struktur kræver også en langt bedre fordeling og brug af speciallægekapaciteten. Adgangen til lægefaglige specialistkompetencer skal fordeles bedre i forhold til behovet i hele landet og på tværs af det almene og specialiserede sundhedsvæsen (se tema 3).

En ny organisering af sundhedsvæsenet løser ikke udfordringerne alene. En ny struktur er således ikke målet med regeringens sundhedsreform. Det er et middel – et afgørende middel – til at styrke og ruste sundhedsvæsenet til fremtiden.

Den demografiske udvikling kalder samtidigt på flere indsatser målrettet det stigende antal borgere med kroniske sygdomme. Der er behov for at sikre mere sammenhæng i disse borgeres behandlingsforløb. Nogen har behov for en tydelig tovholder og tidligere hjælp og støtte, så forværring af sygdom forebygges. Derfor indføres kronikerpakker, der skal sikre sammenhængende forløb med afsæt i den enkeltes behov (se tema 4). Samtidigt skal nye patientrettigheder og mere frit valg sikre borgerne hurtig og fleksibel adgang til sundhedstilbud, når de har brug for dem, og på en måde, der passer til dem (se tema 5).

Sundhedsvæsenet skal omstilles, så flere opgaver og mere behandling foregår hos egen læge og uden for sygehusene. Stærke sygehuse og sundhedshuse skal sikre, at alle borgere har adgang til både specialiserede og almene sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet (se tema 6). Samtidig skal sygehusene have en langt mere udadvendt rolle og understøtte, at mere behandling kan foregå hos egen læge og uden for sygehusene, så flere borgere har mulighed for at blive behandlet i eller tæt på eget hjem (se tema 7). Borgerne skal have mulighed for at leve et godt og sundt liv. Det skal bl.a. ske gennem styrket forebyggelse i kommunerne (se tema 8). Regeringen vil med sundhedsreformen investere markant i sundhedsvæsenet. Samtidigt omfatter reformen en stor og vigtig implementeringsopgave, der omfatter hele sundhedsvæsenet (se tema 9).

Sundhedsstrukturkommissionen

Sundhedsstrukturkommissionen blev nedsat af regeringen i marts 2023 med henblik på at opstille og belyse forskellige modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Modellerne skulle forholde sig til udfordringerne med, at der på tværs af landet er forskellige forudsætninger for at levere sundheds- og behandlingstilbud.

De skulle samtidig understøtte en markant omstilling af sundhedsvæsenet, så det nære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter. Kommissionens forslag til en ændret organisering skulle samlet set være udgiftsneutrale og ikke medføre øget træk på personalekapacitet. Kommunernes styreform og geografiske afgrænsninger indgik ikke i kommissionens arbejde.

Kommissionens medlemmer

Kommissionen bestod af eksperter og praktikere udpeget af indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde (V). De ni medlemmer var:

- Jesper Fisker, administrerende direktør i Kræftens Bekæmpelse, tidligere departementschef, tidligere administrerende direktør i Sundhedsstyrelsen og tidligere direktør for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i København Kommune (formand)
- Jakob Kjellberg, professor i sundhedsøkonomi, VIVE
- Peter Bjerre Mortensen, professor ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet
- Dorthe Gylling Crüger, tidligere koncerndirektør, Region Hovedstaden
- Sidsel Vinge, konsulent, tidligere projektchef i VIVE, tidligere sundhedschef i Gladsaxe Kommune
- Mogens Vestergaard, praktiserende læge ved Lægefællesskabet Grenå, seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus og professor ved Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitet
- Marie Paldam Folker, centerchef, Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark
- Søren Skou, tidligere administrerende direktør, A.P. Møller Mærsk
- Gunnar Bovim, tidligere formand for Helsepersonelkommissionen og rådgiver på Norges teknisknaturvidenskabelige Universitet

Sundhedsstrukturkommissionens seks tværgående anbefalinger

Anbefaling 1: Ny organisering af det almenmedicinske tilbud

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

Anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Anbefaling 5: Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger

Anbefaling 6: Reformsekretariat, der følger og understøtter implementeringen

Læs mere om kommissionens seks tværgående anbefalinger [her](#)

Sundhedsstrukturkommissionens bud på forvaltningsmodeller

Model 1: Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen

Model 3: Sundhedsregioner

Læs mere om kommissionens bud på forvaltningsmodeller [her](#)



Jesper Fisker giver indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde (V) kommissionsrapporten.

Tendenser og udfordringer i det danske sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen er under forandring. I sin rapport gennemgår Sundhedsstrukturkommissionen de centrale tendenser og udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for.

Tre tendenser, der ændrer forudsætningerne for sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen peger på tre tendenser, der ændrer forudsætningerne for, hvordan opgaverne skal løses i fremtidens sundhedsvæsen. For at fremtidssikre sundhedsvæsenet skal der tænkes i løsninger, som tager højde for udviklingen.

Det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede

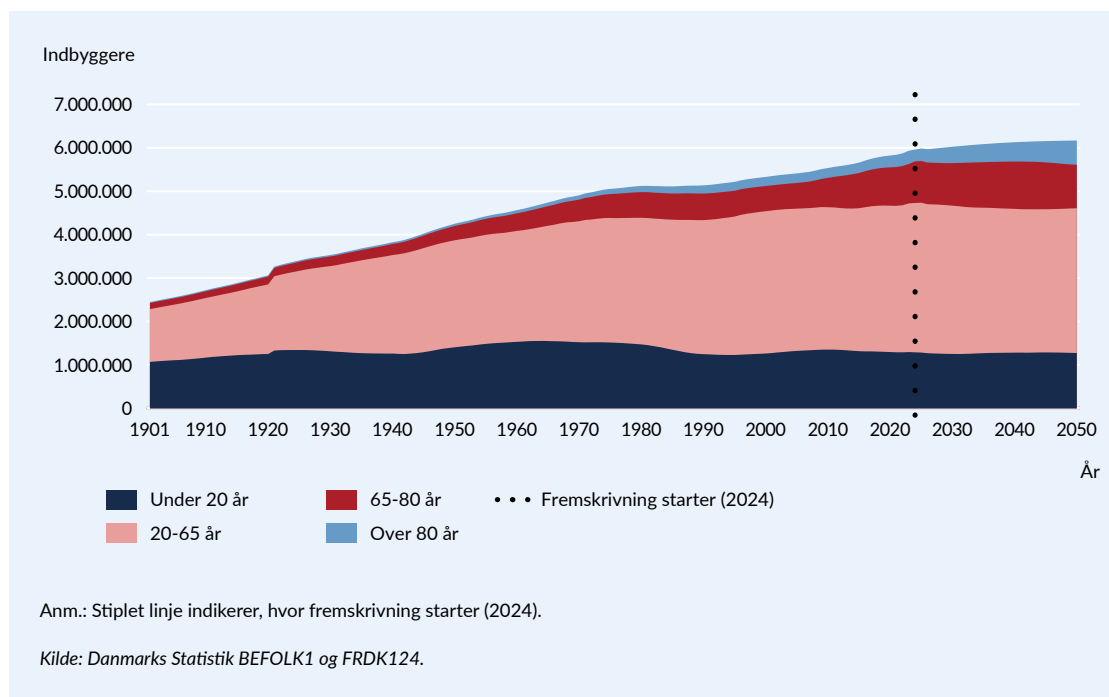
I de kommende årtier vokser den ældre befolkning markant. I 2050 forventes der at være ca. 340.000

flere ældre over 65 år end i dag, samtidig med at antallet af borgere med én eller flere kroniske sygdomme vokser. Antallet af borgere med psykisk sygdom, særligt blandt børn og unge, er også steget gennem de seneste år. Dermed vokser behovet for at modtage hjælp og støtte fra sundhedsvæsenet. I nogle områder vil det vokse markant mere end andre steder i landet.



Figur 1

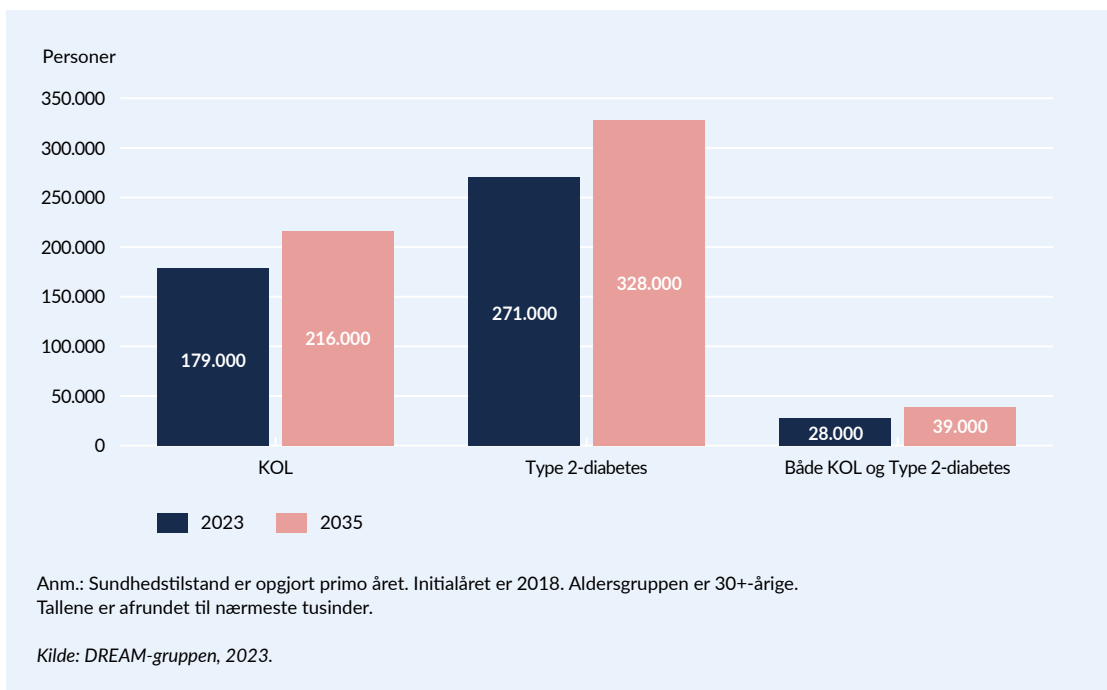
Befolkningen fordelt på aldersgrupper, 1901-2050





Figur 2

Fremskrivning af borgere med KOL og type 2-diabetes, 2023 og 2035



Mangel på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere

Sammenlignet med i dag kan der i fremtiden (2035) mangle mere end 10.000 social- og sundhedshjælpere og mere end 3.000 social- og sundhedsassistenter. Selvom der kommer flere læger og sygeplejersker i de kommende år, vil de ikke være jævnt fordelt på tværs af landet, hvis der ikke sættes ind for at sikre en mere geografisk lige fordeling af personalet.

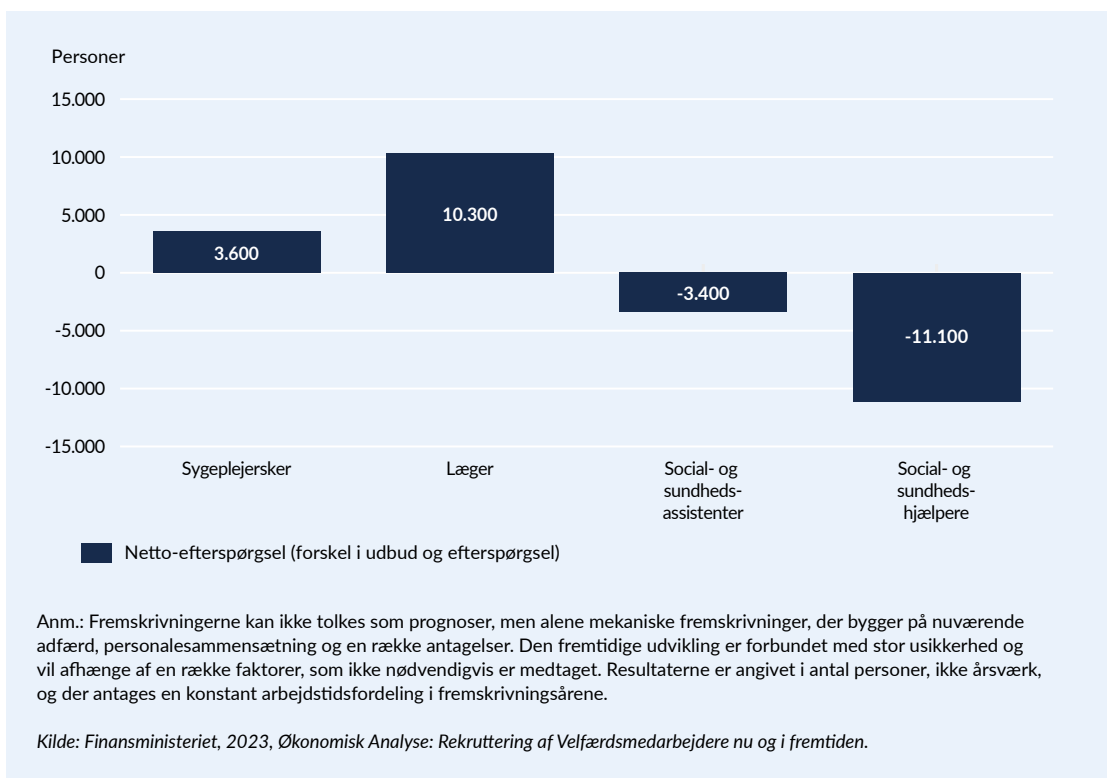
Befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet stiger

I takt med at velstanden i et samfund stiger, stiger borgernes forventninger til sundhedsvæsenet også. Det skyldes bl.a. generelt øget velstand og et stigende behov for sundhedsydelser pga. den demografiske udvikling. Kombineret med et stigende antal ældre øger det presset på sundhedsvæsenet.



Figur 3

Fremskrivning af udbud og efterspørgsel efter udvalgte grupper af sundheds-personale



Tre væsentlige udfordringer for sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen identificerer tre udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for, og som sundhedsreformen skal give svaret på.

Usammenhængende patientforløb

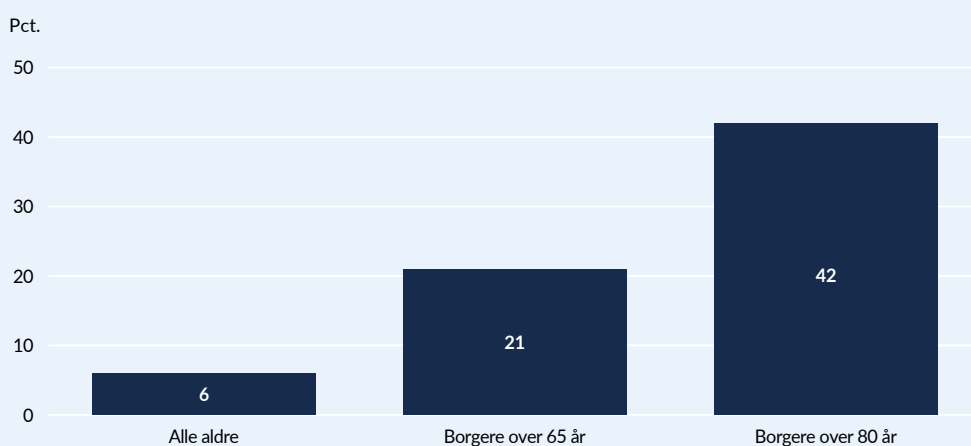
Et stigende antal borgere har forløb, der går på tværs af sygehus, almen praksis og kommunal pleje og behandlingstilbud. Mange borgere oplever, at de selv må koordinere deres forløb, fordi de

forskellige dele af sundhedsvæsenet ikke arbejder tilstrækkeligt sammen. Samtidig er der problemer med datadeling på tværs af sektorerne, hvilket yderligere vanskeliggør koordinering og vidensdeling. Det er især sårbare, ældre borgere med multisygdom og borgere med både psykiske og somatiske sygdomme, som oplever fragmenterede patientforløb.



Figur 4

Andel borgere med kontakt til både sygehus, egen læge og kommunale sundheds- og plejeydelser, fordelt på aldersgrupper



Anm.: Figuren viser andelen af borgere med kontakt til de tre sektorer i sundhedsvæsenet (alment praktiserende læger, kommune og sygehus) i 2022.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Plejehjemsdata, Elektroniske omsorgsjournaler og Det Centrale Personregister).

Ubalancen mellem sygehusene og det almene sundhedsvæsen

Danmark har i mere end 20 år investeret massivt i den specialiserede sygehuskapacitet og fået et stærkt sygehusvæsen. Udgifterne til sygehusbehandling er samtidig vokset mere end udgifterne til resten af sundhedsvæsenet. Sideløbende har kommunerne og det almenmedicinske tilbud fået flere komplekse opgaver som følge af en udvikling mod kortere indlæggelse og borgere, som udskrives med fortsat pleje- og behandlingsbehov. Det lægger pres på det primære sundhedsvæsen, ligesom sygehusene i dag skal håndtere borgere, som bliver indlagt for tilstande, der med fordel kunne være håndteret tættere på eget hjem.

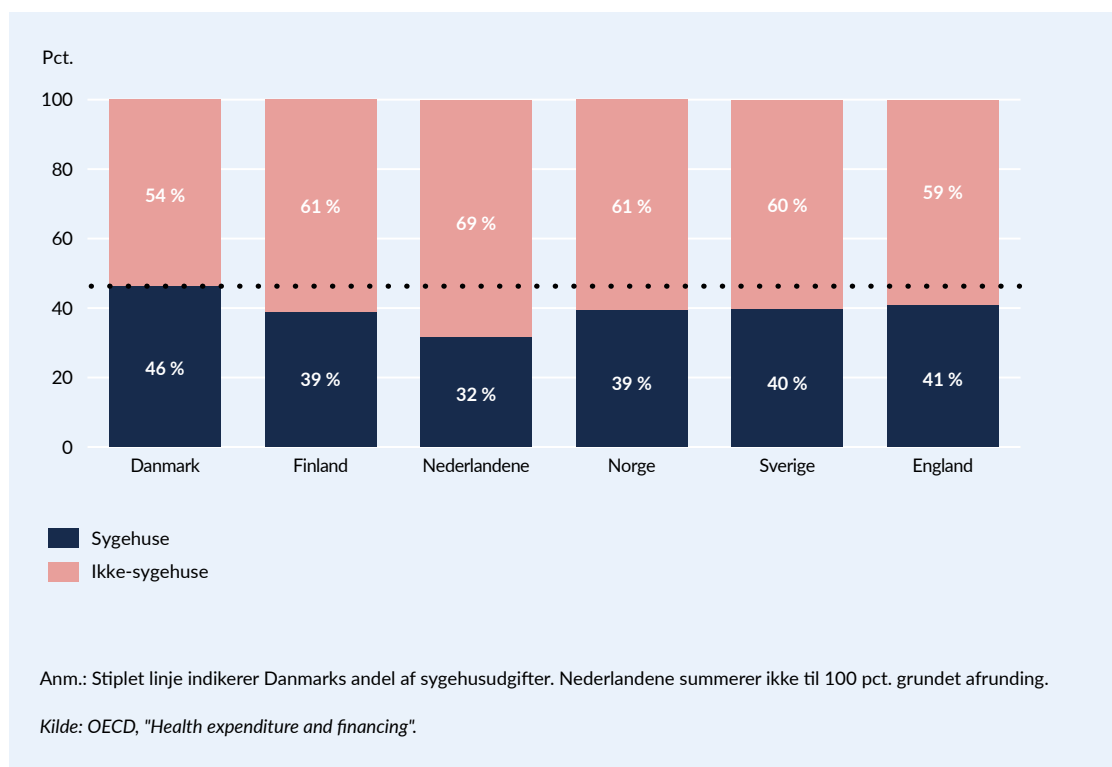
Geografisk og social ulighed i sundhed

Der er væsentlige forskelle i sundhedsbehov og adgang til sundhedstilbud på tværs af landet. De geografiske forskelle betyder, at mange områder oplever lægemangel samtidigt med, at der også er langt til nærmeste sygehus. Derudover er der færrest sundhedstilbud i de dele af landet, hvor der bor flest syge og ældre borgere. Dårlig adgang til relevante sundhedstilbud øger risikoen for komplekse og usammenhængende patientforløb.



Figur 5

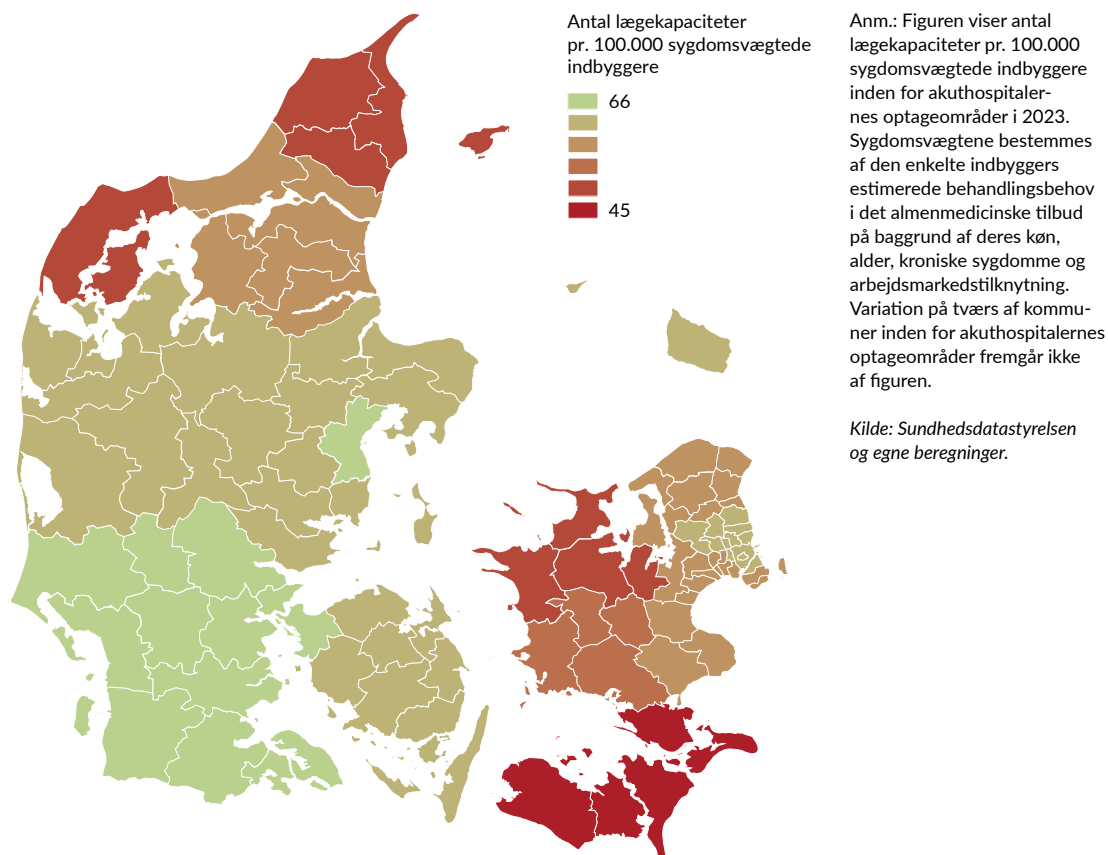
Offentlige sundhedsudgifter for Danmark og sammenlignelige lande, fordelt på sygehuse og ikke-sygehuse





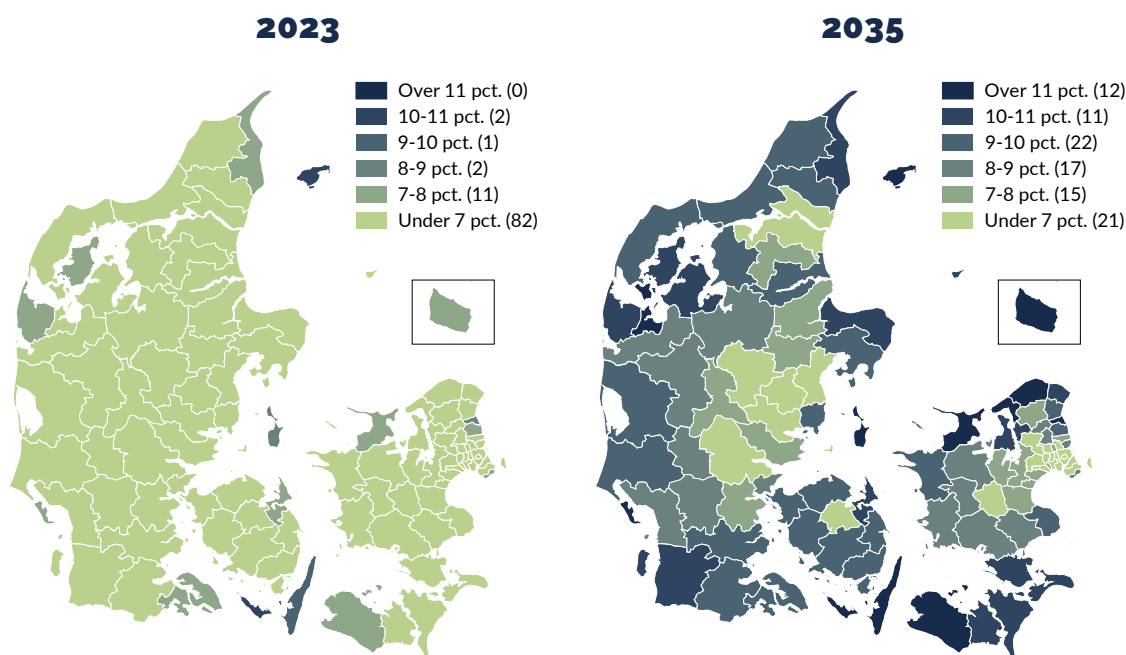
Figur 6

Nuværende lægedækning ift. behandlings- behov



Figur 7

Andel borgere over 80 år pr. kommune



Anm.: Antal kommuner i hver kategori i parentes.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik (FRKM123).

Overblik over reformens initiativer



1. Ny organisering af sundhedsvæsenet

- 1.1 Fire nye regioner
- 1.2 Etablering af 17 nye sundhedsråd med kommunal deltagelse
- 1.3 Regioner etableres med forpligtelser
- 1.4 Ny investeringsmotor for nære indsatser i sundhedsrådene
- 1.5 Fordeling af statens generelle tilskud (bloktilskuddet) til regionerne
- 1.6 En række sundhedsopgaver flyttes til regionerne fra kommunerne
- 1.7 Bedre kvalitet på regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling
- 1.8 Bedre sammenhæng mellem psykiatri og somatik
- 1.9 Etablering af et nationalt prioriteringsråd
- 1.10 Et stærkt digitalt sundhedsvæsen og Digital Sundhed Danmark
- 1.11 Nyt Nationalt Center for Sundhedsinnovation
- 1.12 Regionernes øvrige opgaver



2. Flere læger og bedre fordeling

- 2.1 Mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud
- 2.2 Styrket kapacitet og flere læger i det almenmedicinske tilbud
- 2.3 Økonomisk støtte til områder med svag lægedækning
- 2.4 Flere og nye klinikformer
- 2.5 Flere læger i det almenmedicinske tilbud i yderområderne
- 2.6 Mere tid og hjælp til de mest sårbare patienter
- 2.7 Ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger
- 2.8 Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almen medicin
- 2.9 Ny aftalemodel for alment praktiserende læger
- 2.10 Styrket grundlag for samarbejde og udvikling af det almenmedicinske tilbud
- 2.11 Begrænsning af antal ydernumre ejet af én læge



3. Sundhedsvæsenet skal styrkes dér, hvor behovet er størst

- 3.1 National sundhedsplan med strategisk retning for udviklingen af sundhedsvæsenet
- 3.2 Bedre fordeling af og adgang til praktiserende speciallæger
- 3.3 National aftale om lofter for antal speciallægestillinger på landets universitetshospitaler
- 3.4 Flere karriereveje for lægerne
- 3.5 Flere medicinuddannelsespladser uden for de største byer, oprettelse af en bacheloruddannelse i medicin i Esbjerg og forankring af lægeuddannelsen på hele Sjælland
- 3.6 Flere speciallæger inden for almen medicin, børn- og ungdomspsykiatri og geriatri samt tilpasning af den lægelige videreuddannelse til fremtidens behov
- 3.7 Flere af ph.d.-forløbene målrettes det primære sundhedsvæsen og flere faggrupper end læger



4. Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom

- 4.1 Kronikerpakker – en ny tilgang til behandling og forløb for mennesker med kronisk sygdom
- 4.2 Klart ansvar for behandlingsredskaber og hjælpemidler
- 4.3 Sammenhængende patientforløb med en patientansvarlig læge
- 4.4 Eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven



5. Frit valg og styrkede patientrettigheder

- 5.1 Ret til hurtig behandling hos praktiserende speciallæge
- 5.2 Frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser
- 5.3 Mere frit valg og sammenhæng mellem sygepleje og helhedspleje
- 5.4 Ret til digitale sundhedstilbud
- 5.5 Vision om digital fordør



6. Moderne sygehuse, bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser og digitale løsninger

- 6.1 Sundhedsfonden og innovationsramme: Vedligeholdelse og modernisering af sygehuse samt styrket udbredelse af nye digitale løsninger
- 6.2 Bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser



7. Mere behandling i eller tæt på hjemmet

-
- 7.1 Hjemmebehandlingsteams
i hele landet**
 - 7.2 Sygehuse skal have behandlingsansvar
96 timer efter udskrivning**
 - 7.3 Fasttilknyttet læge på botilbud**
 - 7.4 Styrket udbredelse af brugen af digitale
løsninger i psykiatrien**



8. Lige muligheder for et sundere liv

-
- 8.1 Indførelse af en folkesundhedslov**



Tema 1:

Ny organisering af sundheds- væsenet

Danmark har på mange måder et velfungerende sundhedsvæsen med dygtige læger, sygeplejersker og mange andre sundhedspersoner, som leverer indsatser af høj kvalitet til patienterne hver dag. Sundhedsvæsenet er de seneste par årtier blevet meget stærkere. Det gælder især sygehusene. Ventetiden til behandling er blevet markant kortere. Og flere danskere overlever alvorlige sygdomme, fx kræft, bl.a. på grund af behandlingsrettigheder og udviklingen af kræftpakker. Det er en positiv udvikling, som skal fastholdes.

Samtidig står sundhedsvæsenet over for nye udfordringer. I de kommende år vil mange flere ældre og mange flere patienter med kroniske lidelser få brug for sammenhængende indsatser i særligt det nære sundhedsvæsen. Men sundhedsvæsenet har ikke den rette struktur og robusthed til at hjælpe de patienter, som der kommer mange af. Sundhedsvæsenet er ikke stærkt nok dér, hvor borgerne i fremtiden har mest behov for hjælp. Allerede i dag skal for mange patienter unødigt på sygehuset, og for mange oplever, at deres forløb ikke hænger godt nok sammen.

Derfor skal de seneste årtiers opbygning af et stærkt sygehusvæsen nu følges op af næste etape med en markant udbygning af et mere lige, nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

I dag har de fem regioner mærkbart forskellige vilkår, bl.a. for at tiltrække læger til sygehusene. Det rammer særligt borgere, der bor øst for Storebælt i Region Sjælland. En ny struktur med bæredygtige enheder, der kan løfte deres ansvar og samarbejde, skal fremtidssikre sundhedsvæsenet og skabe et stærkt sundhedsvæsen tæt på borgerne med en bedre og mere sammenhængende behandling for den enkelte. Strukturen skal også bygge videre på de seneste årtiers fremskridt på sygehusene og sikre, at sygehusene fortsat kan levere specialiserede behandlinger af høj kvalitet, når der er brug for det.

Regeringen vil ændre den politiske og administrative organisering af sundhedsvæsenet. Der er behov for et bedre samarbejde mellem de ansvarlige myndigheder og et klart, fælles ansvar for at opbygge og styrke sundhedsvæsenet tæt på borgerne. Der er behov for en bedre opgavefordeling mellem de ansvarlige myndigheder, hvor både kvalitet i opgaveløsningen og sammenhæng for borgerne er centrale faktorer. Der er også behov for en mere balanceret fordeling af ressourcer, der bedre tager højde for de steder, hvor behovet for sundhed er størst. Der skal være et bedre samarbejde mellem psykiatri og somatik og stærkere nationale kompetencer til at understøtte sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet. Der skal også

være et styrket nationalt samarbejde om digitalisering og sundhedsinnovation i sundhedsvæsenet, så gode løsninger hurtigere kan komme borgerne til gavn i hele patientforløbet.

En bedre struktur og fordeling af ressourcerne bliver også styrket gennem bedre adgang til almenmedicinske sundhedstilbud (læs mere i tema 2) og bedre fordeling af specialiserede ressourcer, uddannelse og forskning (læs mere i tema 3).

Et stærkere sundhedslandkort – robust organisering og større ansvar til regionerne helt ud i borgernes hjem

Det er en forudsætning for den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet, at de enkelte regioner er robuste nok til at kunne tilbyde deres befolkning den nødvendige behandling og pleje. Det betyder, at den enkelte region skal have adgang til ressourcer, der afspejler deres borgers behov for sundhedstilbud.

Der er særligt udfordringer med fordelingen af ressourcer på Sjælland, der ikke løses inden for de nuværende regionale grænser. Region Sjælland har væsentlige udfordringer med bemandingen af bl.a. læger, sygeplejersker og andre sundhedspersoner sammenlignet med Region Hovedstaden. Region Sjælland har godt 20 speciallæger pr. 10.000 indbyggere mod godt 30 speciallæger i Region Hovedstaden. Tilsvarende har Region Sjælland godt 100 sygeplejersker pr. 10.000 indbyggere mod godt 130 sygeplejersker i Region Hovedstaden. Og Region Hovedstaden har mere end dobbelt så mange radiologer pr. indbygger som Region Sjælland. Samtidig bor der i Region Sjælland mange ældre og sårbare borgere, der generelt set har et større behandlingsbehov. Der er med andre ord en for stor ubalance mellem de ressourcer, som Region Sjælland har til rådighed, og den efterspørgsel efter sundhedstilbud, som regionens borgere har en berettiget forventning om at modtage.

Hidtidige forsøg på at sikre en mere ligelig fordeling af fx læger på tværs af Region Hovedstaden og Region Sjælland har ikke båret tilstrækkelig frugt. Det går ud over patienterne, hvad angår kvalitet og ventetid.

Derfor oprettes fire nye regioner, der erstatter de nuværende fem regioner. Region Hovedstaden og Region Sjælland slås sammen til én Region Østdanmark. Formålet er at skabe en mere bæredygtig og robust region, hvor ressourcerne fordeles bedre, og hvor patienter på hele Sjælland kan få hurtig adgang til behandling og pleje af høj kvalitet. Én region med ét samlet arbejdsgiver- og ledelsesansvar vil give langt bedre muligheder for, at de stærkere sygehuse i hovedstadsområdet får ansvar

for og bidrager til lægedækning og udvikling af attraktive uddannelses- og karriereveje på de mere udfordrede sygehuse i Holbæk, Slagelse eller Nykøbing-Falster.

De øvrige nuværende regioner – Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland – fastholdes. Det er regioner, hvor der ikke på samme måde som på Sjælland er behov for at tegne nye regionsgrænser for at sikre en bedre fordeling af ressourcer. Det betyder ikke, at der ikke er udfordringer med fordelingen af ressourcer i de tre regioner, fx fordelingen af læger. Men det er udfordringer, som kan løses med en række andre tiltag i reformen end nye regionsgrænser, fx øgede nationale kompetencer, lofter for speciallæger på universitetssygehuse og målretning af midler til nære indsatser til områder med størst behov.

De nye regioner skal have ansvaret for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksis-sektor, fx praktiserende speciallæger, fysioterapeuter m.fl. Derudover overtager de fire regioner en række sundhedsopgaver, som i dag varetages af kommunerne. Endelig skal regionerne fortsat varetage en række øvrige opgaver.

De nye regioner skal ledes af direkte valgte politikere i regionsrådet, som også gælder i dag. Antallet af folkevalgte medlemmer i hver af de fire regionsråd vil afhænge af regionens størrelse. Region Østdanmark vil som den største region have 41 medlemmer, mens Region Nordjylland som den mindste region vil have 25 medlemmer. I Region Midtjylland og Region Syddanmark vil der være 31 medlemmer i hvert regionsråd.

De nye regioner etableres med en række forpligtelser, som fastlægges af staten. De skal sikre, at der opretholdes og udvikles sundhedstilbud af høj kvalitet i hele regionen og have særligt fokus på landets yderområder. Regionerne forpligtes bl.a. til at række ud og understøtte kommunerne med lægehjælp og sikre behandling helt ud i borgerens eget hjem. Derfor er det vigtigt, at den enkelte region har adgang til de nødvendige ressourcer for at kunne løse opgaven. Det sikres dels ved at lave en mere bæredygtig forvaltningsstruktur, dels ved bl.a. at give staten en række kompetencer til at fordele ressourcerne bedre på tværs af landet (læs mere i tema 3).

Kommunerne skal fortsat varetage de opgaver, der med fordel kan løses tæt på borgeren og med tilstrækkelig høj kvalitet. Kommunerne skal samtidig have nogle bedre muligheder for at løse deres sundheds- og plejeopgaver. Det handler især om, at kommunerne skal have bedre adgang til lægehjælp til deres borgere, fx den ældre borger på et plejehjem eller en beboer på et botilbud, for at forebygge forværring af sygdom og undgå unødige sygehusindlæggelser. Kommunerne får desuden en markant styrket indflydelse på hele sundhedsområdet med repræsentation og stemmeret i nye sundhedsråd under regionen.

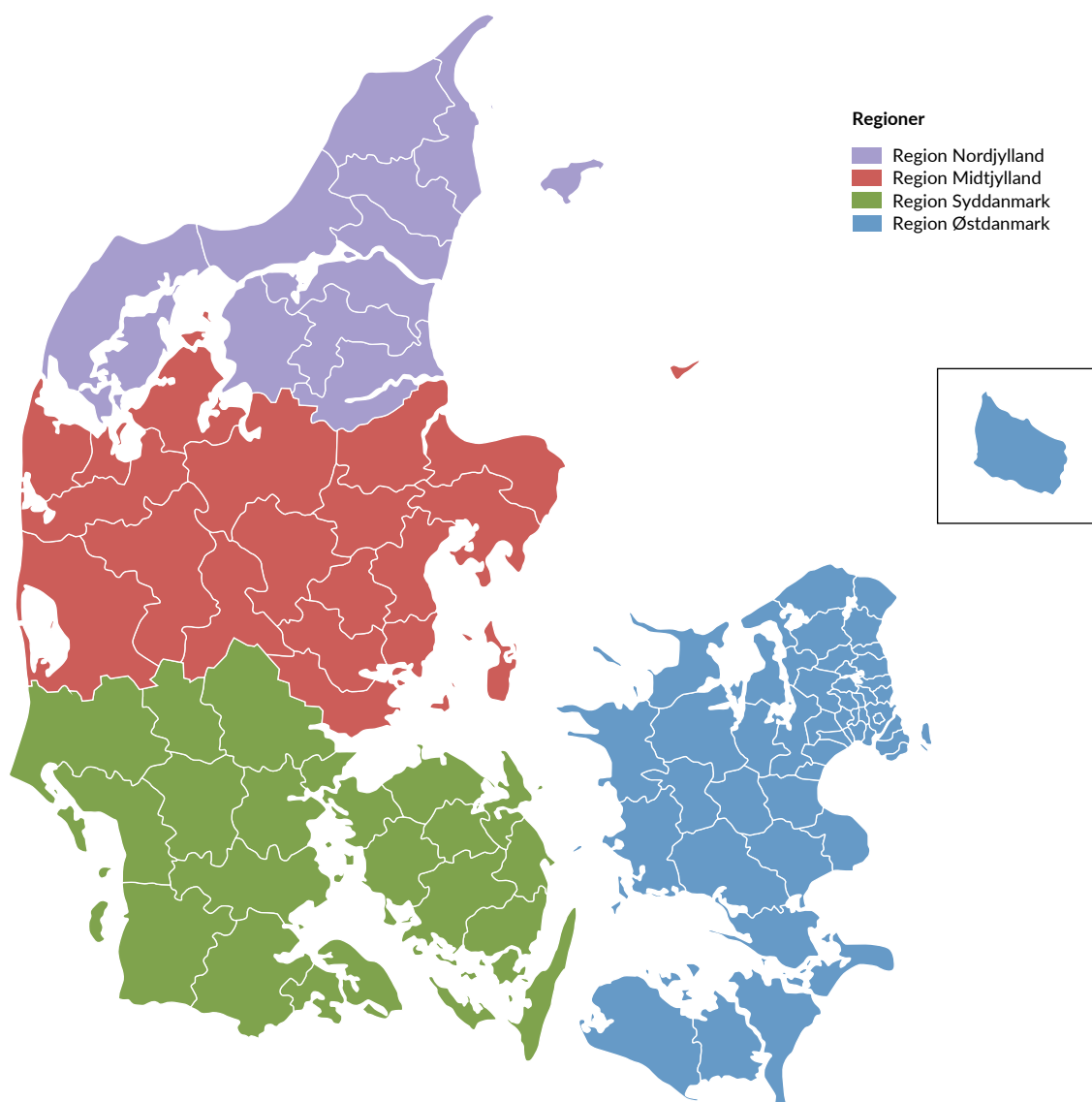
Der flyttes en række sundhedsopgaver fra kommunerne til regionerne for at løfte den faglige kvalitet og sikre bedre sammenhæng for patienterne. Opgaveflytningen skal også reducere den kassetænkning, der på nogle områder præger sundhedsvæsenet, og som kan være en barriere for, at regioner og kommuner prioriterer indsatser, der fx kan forebygge sygehusindlæggelser til gavn for patienterne. Det betyder bl.a., at ansvaret for akutsygepleje og midlertidige ophold til en gruppe af borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats flyttes fra kommuner til regioner. Det samme gør ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau og dele af avanceret genoptræning. Derudover flyttes ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Der er dog opgaver inden for områderne, som nogle kommuner vil kunne varetage driften af på vegne af regionen (læs mere under initiativ 1.2). Desuden har regionerne et klart ansvar for den lægefaglige behandling i hjemmet. Det lægefaglige ansvar påhviler således regionen, uanset om patienten fx er hjemme, hos egen læge eller opholder sig på en midlertidig sengeplads eller sygehuset. De nye opgaver for regionerne skal bidrage til, at regionerne tager et større og mere samlet ansvar for behandlingen af borgerne, og regionerne styrker de udgående funktioner til borgernes hjem og sikrer mere behandling, omsorg og pleje uden for sygehusene (læs mere under initiativ 1.6).

Den helt præcise afgrænsning for de enkelte opgaveflytninger skal nærmere afklares med afsæt i en faglig vurdering fra Sundhedsstyrelsen og i dialog med kommuner og regioner.



Figur 8

Fire regioner



Nye regioner	Antal indbyggere (mio.)	Andel indbyggere (pct.)	Antal regionsråds-medlemmer
Region Nordjylland	0,6	10 pct.	25
Region Midtjylland	1,3	23 pct.	31
Region Syddanmark	1,2	21 pct.	31
Region Østjylland	2,8	46 pct.	41

17 nye sundhedsråd

– sammenhæng og samarbejde

I dag oplever for mange patienter, at deres forløb i sundhedsvæsenet ikke hænger godt nok sammen. Eller at de bliver indlagt på et sygehus, selvom det kunne være undgået. Der er derfor brug for en ny politisk organisering, hvor regioner og kommuner i langt højere grad samarbejder og forpligtes til i fællesskab at udvikle et sundhedsvæsen, der hænger sammen, er nært og er til stede dér, hvor patienterne har brug for det.

Derfor etableres i alt 17 nye sundhedsråd i regionerne, som vil bestå af politisk valgte repræsentanter fra regionsrådet i regionen og af udvalgsformænd fra de kommuner, der ligger i sundhedsrådets geografiske område. Sundhedsrådene er faste udvalg i regionerne og skal varetage den umiddelbare forvaltning af regionens opgaver inden for et afgrænset geografisk område. De geografiske inddelinger tager afsæt i strukturen for de 21 akutsygehuse, og der ligger som minimum ét akutsygehus inden for hvert sundhedsråds område.

Sundhedsrådene får en række vigtige opgaver med at opbygge og styrke kapaciteten i de nære sundhedstilbud og "vende sygehusene udad" for at understøtte det nære sundhedsvæsen. Sundhedsrådene skal være centrale drivkræfter i at skabe bedre sammenhæng mellem behandlingen på sygehusene, eget hjem og indsatser i kommunerne. I sundhedsrådene vil man kunne indgå aftaler med kommunerne om, at de varetager opgaver tæt på borgerne på vegne af regionen. Det gælder især i større kommuner, hvor grundlaget for den tilstrækkelige kvalitet i højere grad er til stede.

Sundhedsrådene får også ansvaret for den lokale planlægning af det almenmedicinske tilbud og praksissektoren, og sundhedsrådene skal sikre tæt samarbejde mellem den almene kommunale sygepleje og nye hjemmebehandlingsteams i sundhedsregionerne, så borgerne får mere sammenhæng og tidligere indsatser. Sundhedsrådene får desuden til opgave at udmønte målrettede midler til opbygning af sundhedsvæsenet tæt på patienten og særligt til de områder, hvor borgerne har størst behov.

Sundhedsrådene skal udarbejde og vedtage en nærsundhedsplan, som med afsæt i både nationale og regionale planer skal være en fast ramme for sundhedsrådenes arbejde.

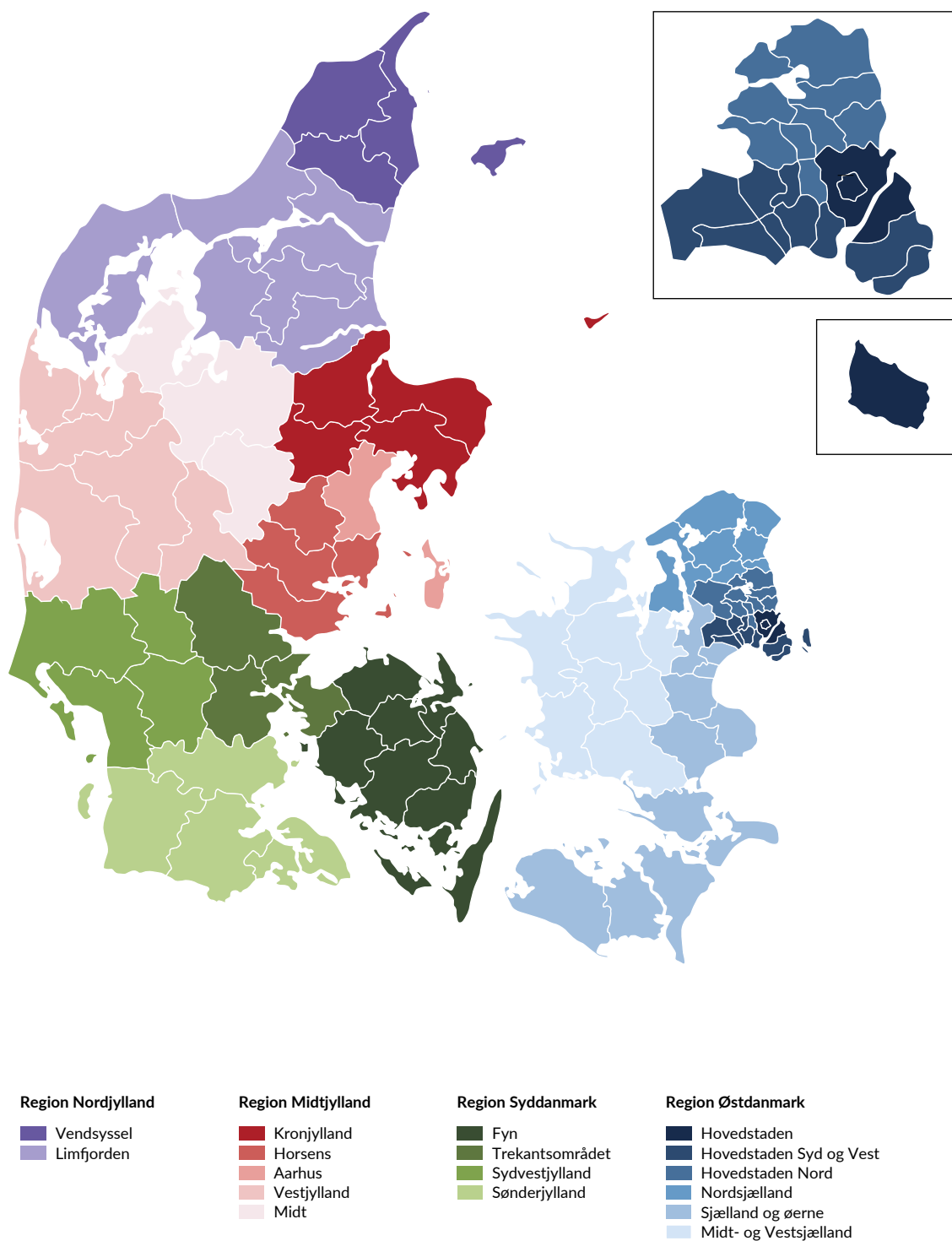
Sundhedsrådene skal både varetage opgaverne i forhold til fysiske sygdomme og psykiske sygdomme, så der sikres større sammenhæng i organiseringen og tilbuddene til borgerne. Samtidigt skal regionerne lave en plan for at integrere psykiatrien organisatorisk med det samlede sundhedsvæsen, så borgerne oplever en bedre sammenhæng i behandlingen af fysisk og psykisk sygdom.

Patienters og pårørendes viden og perspektiver er centrale for udviklingen af sundhedsvæsenet. Der vil derfor være et patientinddragelsesudvalg i hver region, som systematisk skal inddrages og høres, bl.a. i forbindelse med større politiske planer.

Som følge af de nye sundhedsråd nedlægges de nuværende sundhedsklynger, og sundheds-samarbejdsudvalget og arbejdet med sundheds-aftaler ophører i dets nuværende form.



Figur 9

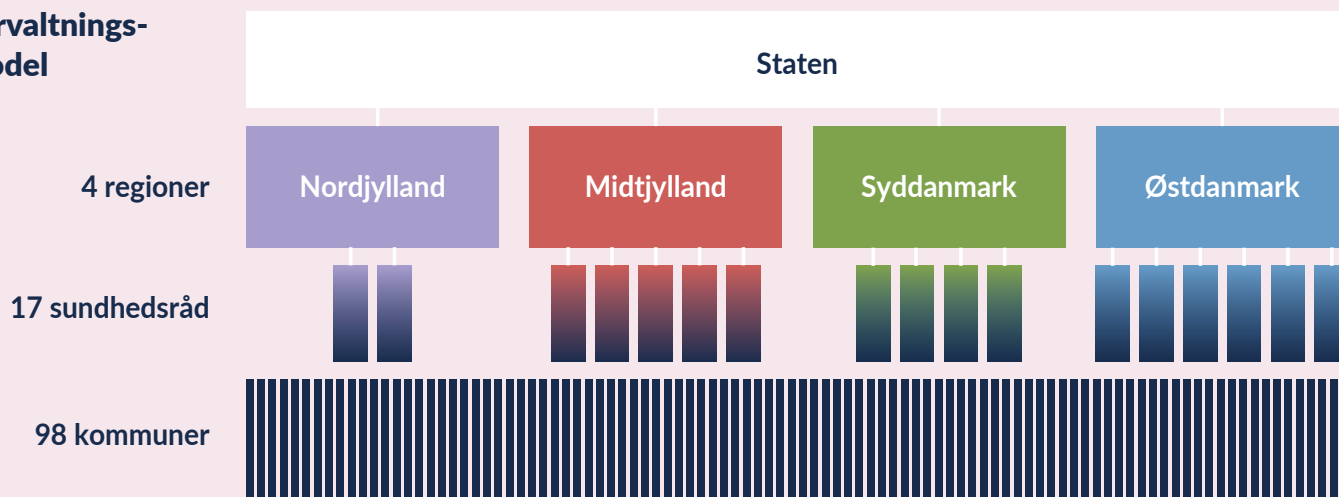
17 sundhedsråd

	Sundhedsråd	Kommuner	Indbyggertal (i 1.000)	Antal råds- medlemmer
Nordjylland	Vendsyssel	Hjørring, Brønderslev, Læsø og Frederikshavn	160	9
	Limfjorden	Aalborg, Vesthimmerland, Jammerbugt, Morsø, Rebild, Thisted, Mariagerfjord	432	16
Midtjylland	Kronjylland	Randers, Favrskov, Norddjurs, Syddjurs	230	10
	Horsens	Horsens, Hedensted, Odder, Skanderborg	235	10
	Aarhus	Aarhus, Samsø	372	6
	Vestjylland	Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Struer	287	14
	Midt	Viborg, Skive, Silkeborg	244	9
Syddanmark	Fyn	Odense, Assens, Faaborg-Midtfyn, Nordfyn, Kerteminde, Ærø, Langeland, Nyborg, Svendborg	466	20
	Trekantsområdet	Kolding, Fredericia, Middelfart, Vejle	310	11
	Sydvestjylland	Esbjerg, Fanø, Varde, Vejen, Billund	238	12
	Sønderjylland	Sønderborg, Tønder, Haderslev, Aabenraa	225	9
Østdanmark	Hovedstaden	København, Frederiksberg, Bornholm	806	9
	Hovedstaden Syd og Vest	Hvidovre, Dragør, Tårnby, Albertslund, Brøndby, Glostrup, Høje-Taastrup, Ishøj, Vallensbæk	304	19
	Hovedstaden Nord	Herlev, Ballerup, Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Egedal, Furesø, Rudersdal	477	19
	Nordsjælland	Hillerød, Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hørsholm	332	17
	Østsjælland og øerne	Køge, Solrød, Greve, Roskilde, Stevns, Faxe, Vordingborg, Guldborgssund, Lolland	437	20
	Midt- og Vestsjælland	Slagelse, Holbæk, Næstved, Ringsted, Sorø, Odsherred, Kalundborg, Lejre	416	19



Figur 10

Forvaltningsmodel



Initiativ 1.1



Fire nye regioner

Regeringen ønsker en ny organisering af det regionale sundhedsvæsen. Regeringen vil etablere fire regioner med et folkevalgt regionsråd, der erstatter de nuværende fem regioner. Det indebærer, at der etableres en ny region, der dækker den nuværende Region Sjælland og den nuværende Region Hovedstaden. Regionen hedder Østdanmark. Den nye Region Østdanmark vil få ca. 2,8 mio. indbyggere og blive politisk ledet af et regionsråd med 41 medlemmer. Regionens hovedsæde vil komme til at ligge i Sorø, hvor hovedsædet for Region Sjælland ligger i dag. Det nuværende hovedsæde for Region Hovedstaden i Hillerød vil fortsat kunne danne rammen om en række regionale opgaver.

Det er helt centralt, at borgere fra hele det østlige Danmark er repræsenteret politisk i det nye regionsråd. En gennemgang af de nuværende regionsrådsmedlemmer tyder generelt ikke på en underrepræsentation af de tyndere befolkede områder i regionsrådene – snarere tværtimod. Derfor lægges der ikke op til ændringer af valgmodellen. Regeringen vil dog følge udviklingen tæt og samle op efter det første valg til regionsrådet og vurdere behovet for eventuelle justeringer af valgmodellen.

De øvrige regioner svarer til de nuværende Region Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland. Region Syddanmark bliver ledet af et regionsråd med 31 regionsrådsmedlemmer, Region Midtjylland bliver

ledet af et regionsråd med 31 medlemmer, og Region Nordjylland bliver ledet af et regionsråd med 25 medlemmer.

Målet med at gå fra fem til fire regioner er at etablere fire bæredygtige regioner med et bedre forhold mellem befolkningens behov og adgangen til ressourcer i den enkelte region. Særligt borgere, der bor øst for Storebælt, oplever, at ressourcerne i sundhedsvæsenet er fordelt alt for skævt.

Med etablering af Region Østdanmark bliver der mulighed for at skabe bedre balance i sundhedstilbuddene på hele Sjælland og ørerne. Med ét samlet arbejdsgiveransvar kan ressourcerne i hovedstaden i højere grad bidrage til at dække behovet i den samlede region. Det vil dermed give mere lige adgang til læger og sundhedstilbud af høj kvalitet i alle dele af det østlige Danmark, hvor der i dag er stor forskel.

Regionerne får på sundhedsområdet ansvaret for sygehusbehandling, almenmedicinske tilbud, det præhospitale område og praksissektoren med praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, fodterapeuter m.fl. Regionerne får ansvaret for en række nye opgaver, som overtages fra kommunerne (læs mere under initiativ 1.6 og 1.7). Regionerne skal desuden fortsat varetage en række øvrige opgaver uden for sundhedsområdet (læs mere under initiativ 1.12).

➤ **Initiativ 1.2** **Etablering af 17 nye sundhedsråd** **med kommunal deltagelse**

De nye regioner får en ny politisk organisering inden for sundhedsområdet. Formålet er opbygge stærke sundhedsindsatser tættere på borgerne og sikre bedre sammenhæng på tværs af sygehuse og det nære sundhedsvæsen. Organiseringen skal sikre en større lokal, politisk beslutningskraft, hvor flere sundhedsbeslutninger træffes tættere på danskerne, så tilbuddene i højere grad indrettes efter lokale behov.

Hver region skal som i dag ledes af et regionsråd. Regionsrådet er det øverste, folkevalgte organ i regionen med det samlede budget- og bevillingsansvar samt ansvar for styring af regionens opgaver, processer og indhold. Regionsrådet har det overordnede ansvar for budgetlægning og fordeling af ressourcer inden for regionen. Det er derfor i høj grad regionsrådet, som fx skal sikre bedre geografisk fordeling af speciallæger på tværs af stærke og udfordrede sygehuse. Regionsrådet har også ansvaret for den samlede sundhedsplanlægning. Et centralt fokus bliver at omstille mere behandling til det nære sundhedsvæsen. Regionsrådet har ansvar for den samlede sygehusplanlægning og ansvar for, at behandlingen på alle regionens sygehuse har en tilstrækkelig høj kvalitet. Det indebærer også et ansvar for, at patienterne sikres deres lovfastede rettigheder, fx deres rettigheder inden for kræftområdet og rettigheder til frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg og hurtig udredning og behandling.

Regionsrådet får derudover kompetence til at kunne pålægge de enkelte lokale sundhedsråd at samarbejde med andre sundhedsråd om varetagelse af konkrete sygehusopgaver. Det kan fx være i en situation, hvor et sygehus oplever ekstraordinære kapacitetsudfordringer, som kræver, at sygehuse i andre sundhedsråd træder til og midlertidigt hjælper det pågældende sygehus.

Der etableres som i dag også et forretningsudvalg, som har det umiddelbare ansvar for de økonomiske og administrative forhold i regionen. Det sker bl.a. gennem udarbejdelsen af et forslag til et samlet årsbudget for hele regionen. Forretningsudvalgets erklæring skal indhentes om enhver sag, der vedrører regionens økonomiske og almindelige administrative forhold. Tilsvarende skal erklæring indhentes i enhver sag, der forelægges regionsrådet. Forretningsudvalget har desuden en forberedende rolle i forhold til regionsrådets opgaver. Forretningsudvalget får driftsansvaret for udvalgte koncernfunktioner, fx byggeri og anlæg, HR, overenskomstområdet mv.

Der etableres i alt 17 sundhedsråd i regionerne bestående af politisk valgte repræsentanter fra regionsrådet i regionen og af repræsentanter fra de kommuner, der indgår i sundhedsrådets geografiske område. Regeringens forslag til inddeling af sundhedsråd betyder, at der i de 17 sundhedsråd vil være mellem to og ni kommuner repræsenteret i hver.



Sundhedsrådene varetager den **umiddelbare forvaltning** af regionens opgaver inden for et **afgrænset geografisk område**. Sundhedsrådene får det umiddelbare ansvar for:

Sygehuse

Sundhedsrådene skal varetage driften af sygehuse. Sundhedsrådets sygehusopgaver vil være klart defineret inden for de rammer, som er fastlagt i regionsrådet, og som følger af national regulering. Et centralt fokus for sundhedsrådet bliver at omlægge ambulant sygehusaktivitet og opbygge ny kapacitet i de nære tilbud. Sundhedsrådene skal rapportere til regionsrådet, hvis der lokalt opstår kapacitetsudfordringer, som kræver samarbejde på tværs af sygehuse og sundhedsråd.

Nærsundhedsplan

Sundhedsrådene skal udarbejde og vedtage en nærsundhedsplan, som med afsæt i både en national sundhedsplan og regionsrådets sundhedsplanlægning skal danne rammen for sundhedsrådets arbejde. Planen skal især beskrive implementeringen af omstillingen fra sygehuse og et styrket sundhedsvæsen tæt på borgerne, herunder den lokale implementering af det almenmedicinske sundhedstilbud.

Sundhedsrådene som motor for forandring

Sundhedsrådene skal være en motor, der skal drive omstillingen af sundhedsvæsenet og bringe det tættere på borgeren. Der afsættes en økonomisk ramme til de nye sundhedsråd til udbygning af det nære sundhedsvæsen, bl.a. til flere læger, herunder med fokus på de områder, hvor behovet er størst. Sundhedsrådene bliver derfor en motor, der skal drive omstillingen af sundhedsvæsenet og bringe det tættere på borgeren (se også initiativ 1.4). En central opgave for sundhedsrådene er derfor udmøntningen af nye midler og omprioriteringer til indsatser, der understøtter udbygningen af det nære sundhedsvæsen og samtidigt sikrer en modsvarende aflastning af sygehuse.

Lokal planlægning af almenmedicinske tilbud og praksissektor

Sundhedsrådene skal planlægge og implementere det udbyggede almenmedicinske tilbud og bl.a. omsætte de nye kompetencer på området, som fx valg af klinikformer. Sundhedsrådene skal stå for den lokale planlægning af praksissektoren, som bl.a. omfatter praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, fodterapeuter m.fl.

Vende sygehuse udad

Sundhedsrådene skal understøtte, at sygehuse i højere grad stiller kompetencer til rådighed for de nære tilbud og tager et ansvar før og efter sygehusophold i sammenhæng med, at sygehuse får udvidet behandlingsansvar på 96 timer.

Planlægning af akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, hjemmebehandlingsteams mv.

Sundhedsrådene skal tilrettelægge og planlægge de opgaver, som overtages fra kommunerne. Det omfatter bl.a. akutsygepleje, nye sundheds- og omsorgspladser (for de nuværende kommunale akutpladser og hovedparten af alle øvrige midlertidige pladser), specialiseret rehabilitering og dele af avanceret genoptræning samt patientrettet forebyggelse. Nogle kommuner vil kunne varetage driftsopgaverne på vegne af sundhedsrådet, men sundhedsrådet kan også oprette egne tilbud. Sundhedsrådene skal også opbygge nye hjemmebehandlingsteams, som kan sikre behandling og monitorering af borgere tæt på eller i eget hjem. Opgaven skal tilrettelægges i samarbejde med sygehuset, særligt det præhospitalt område, og kommuner.

Aftaler om sammenhængende forløb

Sundhedsrådene vil danne rammen for aftaler mellem regionen og kommunerne i lokalområdet om sammenhængende patientforløb, bl.a. for ældre patienter og borgere med kroniske lidelser, som bor inden for sundhedsrådets område.

Lokalt samarbejde med kommuner om rekruttering

Sundhedsrådene vil danne rammen for samarbejde med kommunerne i området om at skabe attraktive rammer for, at læger, sygeplejersker og andre sundhedspersoner vil besætte sig i områder med rekrutteringsudfordringer.

Tværasektorielle fora

Som følge af de nye sundhedsråd nedlægges de nuværende sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg, og arbejdet med sundhedsaftaler ophører i dets nuværende form. Regioner og kommuner skal fortsat sikre gode tværasektorielle forløb, som kan aftales i regi af sundhedsrådene og i andre lokale samarbejdsfora, der kan organiseres lokalt efter behov.

Fastlæggelse af sundhedsrådets geografiske afgrænsning og navngivning

Den geografiske inddeling og navngivning af de 17 sundhedsråd fastsættes centralt. Kommuner og regioner vil få mulighed for at komme med indsigelser. Der udpeges en opmand, som får til opgave at lytte til lokale indsigelser om geografisk inddeling og navngivning, og som derpå udarbejder et vejledende oplæg med henblik på endelig stillingtagen fra centralt hold.

Kommunernes stemmeret i sundhedsråd

Alle kommuner i sundhedsrådets geografiske område bliver repræsenteret i sundhedsrådet med en udvalgsformand, der har ansvaret for sundhed og omsorg i kommunen. Kommunerne får stemmeret. Det er kommunestørrelsen, der afgør, om den enkelte kommune har en eller to stemmer. Kommuner med under 80.000 indbygger tildes én stemme, og kommuner over 80.000 indbyggere tildes to stemmer. De regionale repræsentanter får en stemme. I alle sundhedsråd udgør medlemmer fra regionen et flertal, både i forhold til antal deltagere og antal vægtede stemmer. Der gives desuden mulighed for, at en kommune kan deltage som observatør i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen er omfattet af, hvis særlige hensyn taler for det.

Det vil afhænge af en lokal stillingtagen og skal besluttes i det sundhedsråd, som en kommune ønsker at deltage i som observatør.

Standsningsret i sundhedsrådene

Ethvert af regionsrådets medlemmer i sundhedsrådet kan udøve en såkaldt standsningsret, som betyder, at regionsrådets medlemmer kan indbringe en sag fra sundhedsrådet til behandling i regionsrådet. Der gælder tilsvarende standsningsret i de faste kommunale udvalg i dag.

Ny model for vederlag i regionerne.

Der indføres en ny model for vederlag i regionerne, hvor medlemmer af regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsråd modtager et fast vederlag, som fastlægges centralt inden for den nuværende ramme til vederlag i regionerne. Regionsrådsformanden og regionsrådsmedlemmerne vil få et vederlag svarende til niveauet i dag. Der fastlægges et vederlag for sundhedsrådenes formænd, som størrelsesmæssigt svarer til niveauet for de vederlag, som kommunale udvalgsformænd modtager i mellemstore kommuner. De øvrige udvalg får en vederlagspulje, som regionsrådet kan disponere over.

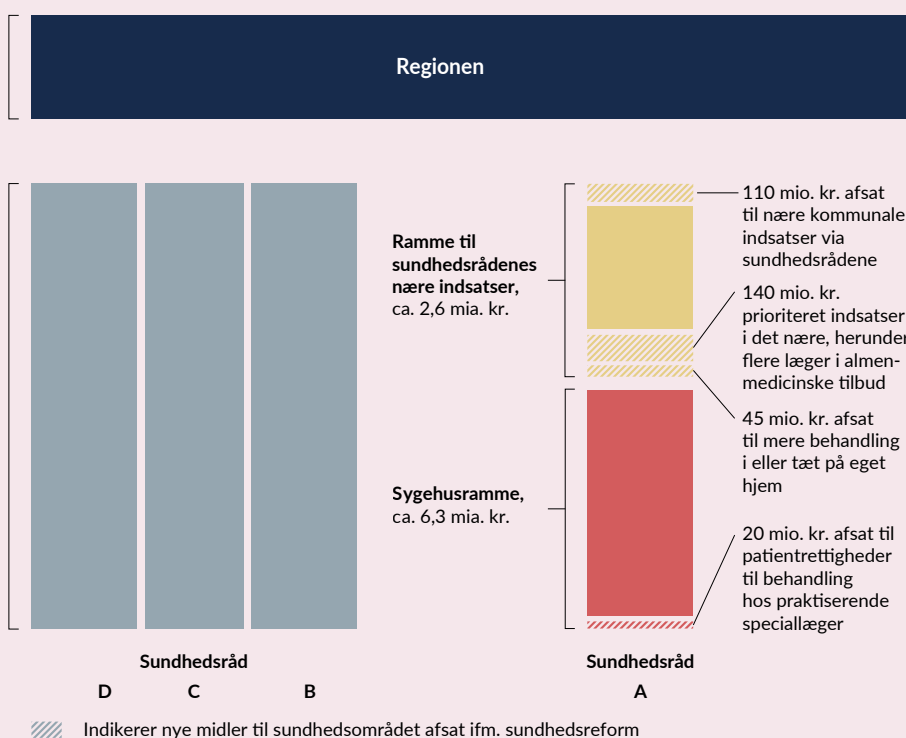


Figur 11 a

Illustration af sundhedsrådenes økonomiske delrammer og opgaver

Forretningsudvalget har udgifter for ca. 2 mia. kr. til regionale fællesfunktioner

Hvert sundhedsråd har udgifter for ca. 8,9 mia. kr.



Anm.: Beløbende i figuren er illustrative og svarer til et gennemsnitligt sundhedsråd.



Initiativ 1.3

Regioner etableres med forpligtelser

Regeringen vil etablere de nye regioner med en række forpligtelser for at sikre sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet. Forpligtelserne fastlægges af staten. Regionerne skal:

Udvikle og robustgøre sygehusene i hele landet

Regionerne skal som led i reformen udvikle sygehusene i hele landet. Den bedre fordeling af ressourcer og styrkelse af sundhedsvæsenet generelt skal bidrage til, at regionerne kan styrke og robustgøre akutsygehusene.

Sikre lægedækning i hele regionen

Regionerne forpligtes til at sikre god lægedækning i hele regionens geografiske område. Det skal ske i overensstemmelse med en ny national model for geografisk fordeling af læger, så der kommer flere læger i de områder, hvor de mest syge borgere bor. Der lægges samtidig op til forhandlinger med Danske Regioner på kort sigt, som skal sikre et stop for yderligere ydernumre i områder med relativt høj kapacitet frem mod 1. juli 2025, hvor den nye fordeling træder i kraft.

Understøtte de kommunale tilbud inden for regionens geografiske område

Regionerne skal sikre fastilknyttet almenmedicinsk lægehjælp på plejehjem og botilbud, som ligger inden for regionens geografiske område. Rammer og krav bliver fastlagt i en national opgavebeskrivelse om det almenmedicinske tilbud, som regionerne er forpligtet til at følge (læs mere i tema 2).

Sikre lægedækning på de mindre sygehuse

Regionen skal vedtage konkrete mål og planer for, hvordan stærke sygehuse kompetence- og ledelsesmæssigt understøtter udfordrede sygehuse med speciallægedækning og etablering af attraktive uddannelses- og karriereveje. Det understøttes af individuelt fastsatte lofter for læger på universitets-

sygehusene, som aftales mellem staten og regionerne (læs mere i tema 3).

Understøtte kvalitetsarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet

Regionerne skal understøtte en tværgående og systematisk læring og forbedring af den faglige kvalitet i sundhedstilbuddene.

Prioritere bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser

Regionerne forpligtes til at prioritere midler via sundhedsrådene til bedre fysiske rammer for nye, lokale sundhedsindsatser i områder, hvor der er størst behov (læs mere i tema 6).

Udbygge hjemmebehandling

Regionerne forpligtes til at udbygge og understøtte hjemmebehandling, bl.a. til borgere med kroniske sygdomme og udsatte og sårbare ældre, i hele regionens geografiske område i forlængelse af indgåede aftaler og kvalitetsstandarder (læs mere i tema 7).

Klare mål for den akutte sundhedsindsats

Som led i en national sundhedsplan aftales nogle få, klare mål for den akutte sundhedsindsats. Formålet er at sikre, at patienter oplever ensartet kvalitet i tilbuddene på tværs af landet

Indhente statslig godkendelse af praksisplaner

Der indføres en ny lovbestemmelse, der giver Sundhedsstyrelsen kompetence til at godkende regionernes praksisplaner for privatpraktiserende speciallæger. Det understøtter en mere ensartet fordeling og adgang til praktiserende speciallæger på tværs af landet (læs mere i tema 3).



Initiativ 1.4

Ny investeringsmotor for nære indsatser i sundhedsrådene

Et hovedfokus i reformen er at sikre en ny og stærk investeringsmotor for den nødvendige oprustning af det nære sundhedsvæsen gennem sundhedsrådene. Sundhedsrådene skal have økonomi og beslutningskompetence til at skabe flere tilbud tæt på borgerne.

Regeringen vil derfor foretage en massiv prioritering på samlet 4,3 mia. kr. årligt (i 2030-niveau), som via de nye sundhedsråd skal sikre en bedre balance i sundhedsvæsenet. Dele af investeringen kommer fra en målretning af dele af de ekstra økonomiske rammer, der afsættes til kommuner og regioner i takt med, at der bl.a. kommer flere ældre. Det er det såkaldte demografiløft (læs mere i tema 9).

Sundhedsrådene skal bidrage til, at de nære sundhedstilbud prioriteres på tværs af kommune og region, herunder understøtte målsætning om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

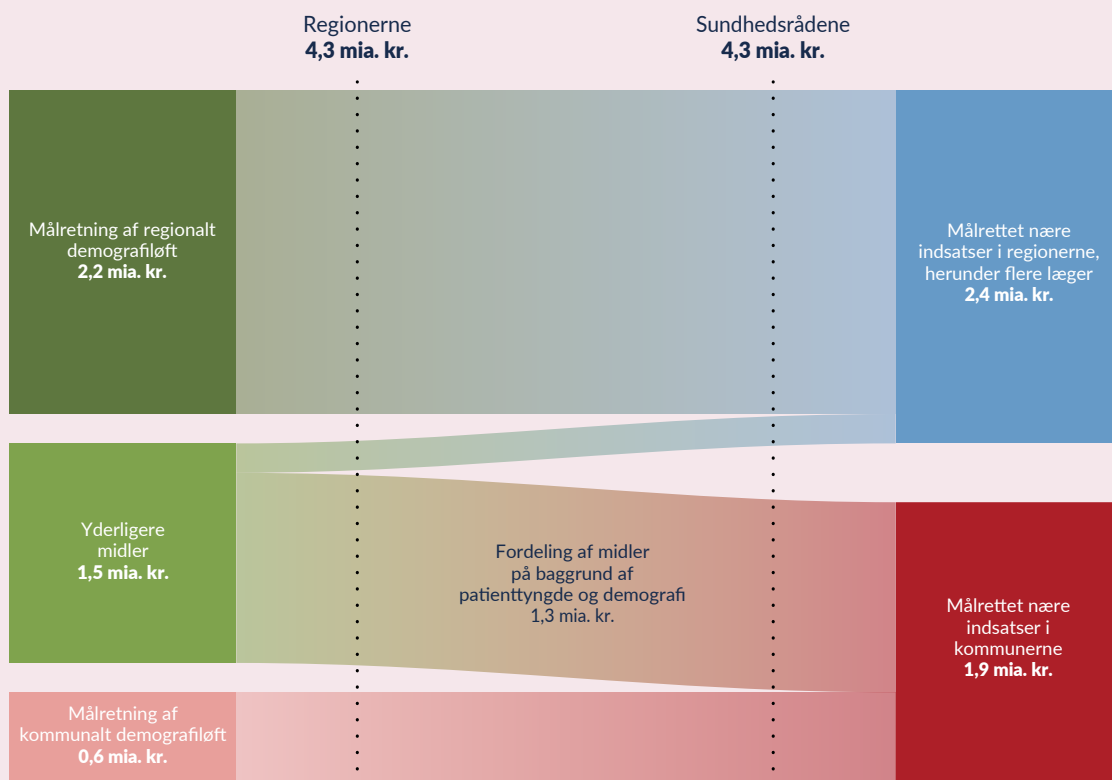
Det skal sikre mere sammenhængende tilbud, hvor borgerens forløb kommer i centrum, og hvor der er koordination på tværs. Der skal udvikles tilbud og indsatser, hvor der ikke skal forhandles om, hvem der betaler, men hvor fokus er på, hvad er godt for patienternes rejse gennem sundhedsvæsenet.

Midlerne udmøntes lokalt af de 17 sundhedsråd. Disse midler kommer oven i de generelle budgetrammer til drift af sygehuse, det almenmedicinske tilbud mv., illustreret i figur 11 b.



Figur 11 b

Ny investeringsmotor for nære indsatser i sundhedsrådene



Anm.: Beløbene i figuren illustrerer 2030-niveauet. Det demografiske træk opdateres løbende. Det faktiske tal kan derfor ændres.

En del af investeringen (1,9 mia. kr. i 2030-niveau) målrettes den kommunale sundhedsindsats, hvor der er særligt behov. Sundhedsrådene kan bruge midlerne til at medfinansiere kommunale sundhedsopgaver. Indsatserne kan gælde bredt inden for de kommunale sundhedsindsatser og dækker desuden den samlede indsats, som bl.a. kan styrke kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien. Hvor der er ønske fra kommunerne herom, kan der også være tale om indsatser, hvor regionen bidrager til den kommunale indsats. Sundhedsrådene kan betinge udmøntningen ved at opstille konkrete implementeringskrav for kommunernes sundhedsindsats. En del af midlerne anvendes til at omsætte nationale tværgående kvalitetsstandarder for den kommunale sundhedsindsats til lokale behov. Fordelingen af investeringsrammen til kommunale indsatser mellem sundhedsråd fastlægges statsligt med henblik på at tage højde for forskelle i demografi og patienttyngde.

Resten af investeringen (2,4 mia. kr. i 2030-niveau) målrettes nære indsatser i regionerne. Det skal bl.a. understøtte målsætning om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

Regionerne er ansvarlige for at sikre en prioritering og fordeling af økonomi inden for regionen og mellem sundhedsrådene. De skal bl.a. tage højde

for, at der fra statslig side vil være fastlagt klare bindinger på, hvordan bl.a. almenmedicinske læger skal fordeles, og at der således lokalt er økonomi til at finansiere de flere læger.

Samtidigt ønsker regeringen, at en større andel af den fremtidige vækst på sundhedsområdet i kommende år målrettes det nære sundhedsvæsen. Der fastsættes derfor lofter for de maksimale udgifter til sygehusområdet. Regionerne kan omprioritere midler fra sygehusrammen til det nære, men ikke omvendt. Det skal understøtte omstillingen, hvor langt flere opgaver løses uden for sygehusene tæt på borgerne.

I den omstilling, hvor sygehusene skal vokse mindre og det nære sundhedsvæsen mere, vil regeringen have et stærkt øje på, at der ikke er sundhedspersonale, der kommer i klemme. Der vil skulle løses færre opgaver på sygehusene, men mange flere i det nære sundhedsvæsen. Der er hermed ikke tale om, at der bliver behov for færre medarbejdere på sundhedsområdet de kommende år. Men der bliver en ny fordeling af væksten mellem sygehusene og det nære sundhedsvæsen.



Initiativ 1.5

Fordeling af statens generelle tilskud (bloktilskuddet) til regionerne

Regionerne er finansieret af statsligt bloktilskud, som fordeles til hver region efter et opgjort udgiftsbehov, der skal afspejle forskelle i opgavebyrden. Med sundhedsreformen foreslås sammenlægning af to regioner, og der foreslås ændringer i opgaverne for at sikre bedre sammenhæng mellem ressourcer og bl.a. socioøkonomisk betingede forskelle. Regionernes fremtidige finansieringsmodel skal kunne understøtte disse ændringer.

En ny finansieringsmodel for de fire regioner baseres på en videreførelse af den gældende finansieringsmodel og tilpasses ændringer i forvaltningsstruktur og opgavefordeling. Med afsæt i en analyse, hvor de eksisterende fordelingskriterier gennemgås og revideres, og evt. nye kriterier analyseres, udarbejdes oplæg til en ny finansieringsmodel med henblik på, at der kan lovgives herom forud for tilskudsudmeldingen i foråret 2026.

Grundtilskuddet

Som et element i en ny finansieringsmodel øges grundtilskuddet på sundhedsområdet til den enkelte region til fordel for mindre regioner.

Finansieringsordninger

Finansieringsordninger med resultatafhængigt tilskud til regionernes sundhedsvæsen (nærhedsfinansiering) og kommunal medfinansiering (KMF) foreslås samtidig nedlagt.



Initiativ 1.6

En række sundhedsopgaver flyttes til regionerne fra kommunerne

Regeringen ønsker at styrke behandling tæt på eller i borgernes hjem. Samtidigt er der en række opgaver, hvor mange kommuner i dag har udfordringer med at sikre borgerne tilbud af tilstrækkelig høj kvalitet. Fx kan der være udfordringer inden for de områder, hvor der er behov for et døgn-dækkende tilbud eller medarbejdere med de rette faglige kompetencer. Derfor ønsker regeringen at flytte en række opgaver til regionerne, som i dag løses i kommunerne.

Den akutte, specialiserede sygepleje, der i dag er en del af den kommunale sygepleje

En flytning af dele af sygeplejen vil give regionerne mulighed for at flytte specialiserede kompetencer tættere på borgerne og udvikle det samlede akuttilbud, fx døgn-dækkede udgående teams, som kan behandle og monitorere borgere tæt på eller i eget hjem. Det vil også medføre, at den specialiserede sygepleje kan planlægges og koordineres i tæt sammenhæng til den præhospitale indsats, fx lægevagt og paramedicinere. Regionerne får dermed en bedre mulighed for at prioritere og styrke indsatsen i borgerens eget hjem, som kan forebygge sygehusindlæggelser.

Der er i dag udfordringer med den faglige bæredygtighed i den kommunale akutsygepleje i forhold til at sikre døgn-dækkede tilbud. Derfor vil opgaveflytningen samtidig understøtte bæredygtigheden i opgaveløsningen. Opgaveflyttet forudsætter, at regionerne får en klar forpligtelse til at sparre med og understøtte den almene kommunale sygepleje for ældre borgere. Det skal føre til, at flere borgere får den rette indsats og dermed færre forebyggelige og unødige indlæggelser.

Tilbud om midlertidige ophold til den gruppe borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som i dag varetages på kommunale midlertidige pladser (regionale sundheds- og omsorgspladser)

Regionerne overtager ansvaret for at tilbyde midlertidige ophold til en større gruppe borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som i dag varetages på kommunale midlertidige pladser. Dermed skal regionerne råde over og tilbyde vederlagsfrit ophold på sundheds- og omsorgspladser til borgere, som fx er udskrevet fra sygehuset, men har behov for en fortsat sundhedsfaglig indsats, og hvor borgeren ikke hensigtsmæssigt kan modtage indsatsen i eget hjem.

Det ændrede opgaveansvar svarer til, at ansvaret for de kommunale akutpladser og hovedparten af alle øvrige midlertidige pladser flyttes til regionerne. Kommunerne vil fortsat i medfør af serviceloven kunne anvende midlertidige ophold, fx i forbindelse med aflastningsophold, som ikke er sundhedsfagligt begrundet.

Den specialiserede rehabilitering og dele af genoptræning på avanceret niveau

Rehabilitering på specialiseret niveau vedrører mindre patientgrupper med komplekse behov, som kræver en særlig og specialiseret indsats med de rette faglige kompetencer hos medarbejderne. Det kan fx være borgere med hjerneskade efter blodprop, trafikuheld, tumorer, iltmangel m.fl. Derudover kan der være særlige genoptræningsbehov hos borgere med sjældne kræftdiagnoser og kroniske sygdomme i centralnervesystemet og hos børn og unge.

De særlige genoptræningsindsatser er kendetegnet ved en opgaveløsning, der kræver et patientgrundlag, der overstiger størrelsen på de fleste kommuner, for at sikre en bæredygtig opgaveløsning. Der skal i den sammenhæng også ses på behovet for at flytte de mest specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau. Opgaveflyttet skal således styrke kvaliteten for de patienter, der har behov for mere specialiserede indsats. Derudover flyttes finansieringsansvaret for specialiseret genoptræning fra kommuner til regionerne. Denne opgave løses allerede i dag af sygehusene, men finansieres af kommuner.

Patientrettet forebyggelse

Patientrettet forebyggelse handler om forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for borgere, der lever med én eller flere kroniske sygdomme. Det kan være borgere med kroniske sygdomme, der skal have hjælp til at leve med deres sygdomme i hverdagen for så vidt muligt at være selvhjulpne og reducere behovet for varig hjælp og fx mere specialiseret behandling på sygehuset. Det kan være i form af træningsindsatser, kostvejledning, kurser i sygdomsmestring og andre typer af tiltag, der skal forebygge forværring af sygdom og udvikling af følgesygdomme mv.

Flytningen af denne opgave sker for at opnå en større faglig og økonomisk bæredygtighed i forebyggelsestilbuddene til mennesker med kronisk sygdom. Den patientrettede forebyggelse har sammenhæng til sygehus- og praksissektoren, fordi den rette indsats til borgerne kan reducere behovet for sygehusindsats for den store gruppe af borgere med kronisk sygdom, der vil vokse.

i de kommende år. Det er derfor et vigtigt element i omstillingen af sundhedsvæsenet og skal bidrage til at forhindre de såkaldte "høste-så" problematikker på området.

Det svarer til en samlet opgaveflytning fra kommuner til regioner på op til 5 mia. kr.



Initiativ 1.7

Bedre kvalitet på regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling

Regeringen ønsker, at regionerne overtager ansvaret for at tilbyde midlertidigt ophold til en større gruppe af borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver sygehusindlæggelse, men ikke hensigtsmæssigt kan tilbydes i eget hjem.

Samtidigt ønsker regeringen af styrke kvaliteten på disse pladser.

Mange patienter – særligt ældre – oplever i forbindelse med at blive udskrevet fra sygehuset at få tildelt et midlertidigt ophold på en kommunal midlertidig plads. Variationen i kommunernes tilbud i form af kapacitet og kompetencer er imidlertid stor. Det kan betyde, at nogle borgere er indlagt på sygehuset længere tid end nødvendigt. Samtidig er der udfordringer med at sikre god nok lægedækning på de midlertidige pladser.

I fremtiden skal sundhedsrådene derfor have ansvaret for at tilbyde ophold på sundheds- og omsorgspladser til en større gruppe af de borgere, hvor ansvaret i dag er kommunernes. Opgaveflytningen omfatter ansvaret for de kommunale akutpladser og hovedparten af alle øvrige midlertidige pladser. Det er patienter, som ikke har behov for at være indlagt på sygehuset, men som har brug for en sundhedsindsats, som ikke hensigtsmæssigt kan tilbydes i eget hjem. Kommunerne skal fortsat kunne tilbyde fx et ophold til en borger med demens, hvor formålet er at aflaste den pårørende.

Regionernes sundheds- og omsorgspladser skal omfattes af krav til kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold for en nærmere fastsat målgruppe. I forlængelse heraf kan der etableres en særskilt finansieringsordning, som skal understøtte kommunernes sideløbende ansvar for den gruppe af borgere, der midlertidigt har ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Sundheds- og omsorgspladser skal bl.a. understøtte overgangene for borgere, der udskrives fra sygehuset med fortsat behov for intensiv pleje eller behandling. Målet er at sikre, at alle borgere får den indsats, hjælp og

pleje, de har brug for, og oplever sammenhæng og trykthed i deres forløb og ophold.

Borgerne kan i dag i nogle tilfælde opkræves betaling for ophold på midlertidige pladser i kommunerne, men reglerne er uklare, og borgernes retsstilling skal forbedres. Sundheds- og omsorgspladser skal være uden egenbetaling og skal derudover omfattes af frit valg (læs mere i tema 5). Som borger skal det være muligt at vælge, om man ønsker en plads placeret i en anden region og tættere på familie eller venner eller foretrækker en plads tæt på eget hjem. Det skal skabe større trykthed i en ellers meget sårbar livssituation.

Det betyder også, at kommunerne fremadrettet skal opleve, at en styrket indsats og kapacitet i det regionale sundhedsvæsen skaber et bedre grundlag for en succesfuld overgang fra sygehuset til eget hjem for kommunens borgere. Kommunerne vil fortsat i medfør af serviceloven kunne anvende midlertidige ophold, fx i forbindelse med aflastningsophold, som ikke er sundhedsfagligt begrundet.

Etableringen af sundheds- og omsorgspladser skal også ses i sammenhæng med, at regeringen foreslår at flytte ansvaret for den akutte, specialiserede del af den kommunale sygepleje til regionerne samt oprettelse af nye hjemmebehandlingsteams. På den måde har regionerne det sundhedsfaglige ansvar for mennesker, der har behov for behandling – uanset om de opholder sig på sygehuset, på en sengeplads tæt på hjemmet eller derhjemme. Den nærmere målgruppe og krav til kompetencer, udstyr og kapacitet i regionernes tilbud skal nærmere beskrives i et fagligt arbejde i regi af Sundhedsstyrelsen.

Initiativ 1.8



Bedre sammenhæng mellem psykiatri og somatik

Regeringen vil sikre, at psykiatrien og somatikken hænger organisatorisk bedre sammen, så borgerne får en bedre og sammenhængende behandling. Mennesker med samtidig psykisk og somatisk sygdom har nemlig ofte komplicerede forløb, hvor der er behov for forskellige og samtidige indsatser fra både psykiatrien og somatikken. Initiativet skal også sikre, at somatisk sygdom opdages og behandles mere effektivt hos borgere med psykiske lidelser, end tilfældet er i dag. Mennesker med psykiske lidelser har i gennemsnit en øget forekomst af somatisk sygdom og også en overdødelighed som følge af somatisk sygdom.

Med regeringens initiativ vil der ske en organisatorisk sammenlægning, der skal skabe større

sammenhæng i behandlingen. Denne sammenlægning skal ske gennem en aftale med regionerne.

Samtidigt får sundhedsrådene ansvar for behandlingstilbuddene for både fysisk og psykisk sygdom i deres område. Det betyder også bedre betingelser for, at der kan samarbejdes på tværs af regioner og kommuner om tilbuddene i et geografisk område.

Den organisatoriske integration af psykiatrien og somatikken skal ske gradvist i forlængelse af en aftale med regionerne. Initiativet skal ses i sammenhæng med regeringens prioritering af 3,2 mia. kr. til et løft af psykiatrien frem mod 2030. Således vil der fra 2020 til 2030 samlet set blive afsat 4,3 mia. kr. yderligere årligt til psykiatriområdet.

Initiativ 1.9



Etablering af et nationalt prioriteringsråd

Regeringen vil etablere et nationalt prioriteringsråd. Det nationale prioriteringsråd skal være et overordnet organ, som fremmer en tværgående, transparent og systematisk prioritering i hele sundhedsvæsenet i såvel det nære som specialiserede sundhedsvæsen. Rådet skal således sikre mest mulig sundhed for pengene og frigøre ressourcer, der kan anvendes til at fremtidssikre sundhedsvæsenet, bl.a. ved at forholde sig til reduktion i unødige sygehusaktiviteter som led i en omstilling af sundhedsvæsenet.

Selvom regeringen tilfører midler og investerer i sundhedsvæsenet, skal der træffes svære prioriteringer i sundhedsvæsenet hver dag. Formålet med et nationalt prioriteringsråd er at sikre mest mulig sundhed for pengene, men også at de svære beslutninger, som skal træffes, afspejler fælles ambitioner og værdier for sundhedsvæsenet.

Prioriteringsrådet skal arbejde ud fra politisk besluttede principper for prioritering, der afspejler politiske værdier for sundhedsvæsenet. Det er desuden afgørende, at rådet sikrer en høj grad af patientinddragelse for at understøtte patienternes perspektiver inddrages i udviklingen af sundhedsvæsenet. Etableringen af prioriteringsrådet

skal bidrage til en styrket sammenhæng mellem de eksisterende prioriteringsindsatser med henblik på at sikre en tydeligere styring, faglig gennemsigthed og fælles prioritering. Et nyt nationalt prioriteringsråd kan derfor forudsætte tilpasninger af de nuværende prioriteringsorganer.

Et nationalt prioriteringsråd skal sikre en styret og sammenhængende prioriteringsindsats på tværs af hele sundhedsvæsenet samt udarbejdelse af et større antal vurderinger af såvel eksisterende som nye behandlingsindsatser for at opnå mest mulig sundhed for pengene.

Regeringen vil fremlægge et forslag til etablering af et Nationalt Prioriteringsråd. Indenrigs- og Sundhedsministeriet igangsætter i efteråret 2024 et inddragende arbejde med at definere opgaver og en model for et nationalt prioriteringsråd samt præcisering af økonomiske implikationer forbundet med den konkrete model. Herefter vil regeringen invitere Folketingets partier til fortsat drøftelse om etableringen af rådet og dets sammensætning og opgaver.

Initiativ 1.10



Et stærkt digitalt sundhedsvæsen og Digital Sundhed Danmark

Regeringen vil sikre, at sundhedsvæsenet giver borgere og medarbejdere i alle dele af landet de bedste digitale muligheder i kontakten med sundhedsvæsenet og i samarbejdet på tværs af sektorer. Derfor er der behov for bedre koordinering og prioritering på tværs af sundhedsvæsenet og behov for at styrke de nationale kompetencer. Sundhedsaktørerne skal arbejde i fællesskab på en række områder inden for digitalisering og brugen af ny teknologi. Fx skal borgere med KOL i hele landet i fremtiden kunne modtage samme gode behandling i vante omgivelser i eget hjem og være trygge ved forvisning om, at sundhedspersonalet følger deres sygdom ved hjælp af hjemmemonitorerings-teknologi.

Derfor oprettes Digital Sundhed Danmark som en ny national drifts- og udviklingsorganisation, som ejes af kommuner, regioner og staten i fællesskab. Digital Sundhed Danmark skal samle en række af de fælles digitale løsninger og infrastrukturer, som binder sundhedsvæsenet sammen, men hvor ansvaret i dag er spredt på mange aktører. Det gælder bl.a. opgaver, som i dag løses i sundhed.dk, MedCom, Sundhedsdatastyrelsen m.fl., og fælles nationale opgaver, som i dag løses af regionerne. Der lægges op til, at organisationen over tid kan udbygges med andre opgaver, og der igangsættes derfor en køreplan for at afklare og analysere forudsætningerne for udvidelser af Digital Sundhed Danmark med yderligere opgaver i tæt samarbejde med kommuner og regioner.

Med Digital Sundhed Danmark og målrettede investeringer skabes en stærkere infrastruktur til datadeling, som skal give både borgere og medarbejdere let adgang til relevante sundhedsoplysninger. Det skal bl.a. gøre det lettere for sundhedspersonalet at samarbejde om borgerne i sammenhængende behandlingsforløb, og det skal gøre det mere trygt for den enkelte borger, der ikke skal bære rundt på egen data og genfortælle sin sygehistorie til nye medarbejdere eller unødigt have foretaget prøver igen. Samtidig skal infrastrukturen skabe bedre forudsætninger for forskning og udvikling af nye behandlingsformer. Digitaliserings- og dataområdet bliver desuden omfattet af national strategi for området og en national planlægningskompetence, så udviklingen og mulighederne bliver bedre udnyttet og mere ensartede.

Regeringen foreslår også, at der arbejdes hen i mod en fælles dataplatform for hele sundhedsvæsenet, så lægen og sygeplejersken kan få adgang til relevante oplysninger om borgerne i forbindelse med behandling. Det skal gøre det nemmere for sundhedsmedarbejderne at samarbejde om den enkeltes behandlingsforløb. Finansieringen afsættes som en del af en ny innovationsramme på 2 mia. kr. til bl.a. teknologi og digitalisering (læs mere i tema 6).

Initiativ 1.11



Nyt Nationalt Center for Sundhedsinnovation

Regeringen vil etablere et nationalt center for sundhedsinnovation, der skal styrke udvikling og skalering af innovative sundhedsløsninger og understøtte lokale innovationsindsatser på tværs af sundhedsvæsenet. Med det nationale innovations- og kompetencecenter vil regeringen styrke sundhedsvæsenets forudsætninger for at udbrede velafprøvede løsninger, som kan forbedre patientbehandlingen og frigøre arbejdskraft til bedre indsatser for patienterne.

Med centret skal sundhedsorganisationer og virksomheder opleve sammenhæng og understøttelse af innovationskraften i sundhedsvæsenet. Centret får til opgave at skabe overblik, følge og udbrede strategiske innovationsindsatser på tværs af området. Det nationale innovationscenter skal rådgive og understøtte den innovation, der sker lokalt for at møde brugernes konkrete behov. Hertil skal

centret også vurdere og vise effektive, innovative løsninger og rådgive om implementering, så gode løsninger kan blive udbredt i sundhedsvæsenet. Udbredelsen af effektive nye løsninger vil evt. i nogle tilfælde kunne understøttes af en styrket statslig planlægningskompetence. Centrets rolle skal derudover tænkes sammen med det etablerede Nævn for Sundhedsapps. Centret skal også understøtte sundhedsorganisationer og virksomheder i deres arbejde med at udvikle og afprøve innovative løsninger og igangsætte strategiske innovationsindsatser på tværs af sundhedsområdet. Innovationscentret etableres som et selvstændigt center, forankret i Digital Sundhed Danmark, for at sikre eksekveringskraft og sammenhæng mellem implementeringen af innovative sundhedsløsninger og digitaliserings- og it-udviklingen (læs mere om finansieringen i tema 6).

Initiativ 1.12

➤ Regionernes øvrige opgaver

Regionerne varetager i dag også andre opgaver end sundhedsområdet. Det skal de også fremover. Det er opgaver inden for kollektiv trafik, ungdomsuddannelser, kultur og miljø samt driftsansvaret for en række tilbud på det specialiserede socialområde og på området for specialundervisning. Størstedelen af opgaverne løses bedst på det regionale niveau.

Regeringen foreslår dog, at opgaver vedrørende kultur og grænseoverskridende samarbejder flyttes til kommunalt niveau. Derudover foreslår

regeringen, at en række opgaver knyttet til regionernes regionale udviklingsstrategier og aktiviteter knyttet hertil bortfalder. Bortfaldet skal ses i lyset af regeringens opmærksomhed på, at ressourcerne fokuseres mest hensigtsmæssigt og effektivt. Bortfaldet bidrager til at finansiere den samlede reform og et styrket sundhedsvæsen. Placering af regionernes opgaver vedr. kollektiv trafik afventer anbefalingerne fra Ekspertudvalg om kollektiv mobilitet i hele Danmark.





Figur 12

Ansvar for udvalgte opgaver på sundheds- og omsorgsområdet

Myndighed	Udvalgte opgaver på sundheds- og omsorgsområdet
Staten	- Fastlæggelse af overordnede rammer for sundhedsvæsenet via lovgivning, økonomi mv., herunder patientrettigheder. - Specialeplan for specialiseret sygehusbehandling - Nationale kvalitetsstandarder og retningslinjer <i>Opgaver, hvor den statslige kompetence styrkes:</i> - National sundhedsplan og styrkede statslige kompetencer til øget omstilling og bedre geografisk fordeling af ressourcer, herunder fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud og praktiserende speciallæger - Styrket national planlægning og koordinering ift. data og digitalisering
Regioner	- Sygehuse, herunder psykiatri og akutberedskab - Almenmedicinske tilbud og praksissektoren, fx praktiserende speciallæger, fysio- og ergoterapeuter mm. <i>Opgaver med styrkede krav til regionen:</i> - Behandling helt ud i borgeres eget hjem med hjemmebehandlingsteams - Styrket ansvar for udvikling og samarbejde med det almenmedicinske tilbud og opfølgning på efterlevelse af nationale krav - Understøttelse af kommunale sundhedstilbud med specialiserede kompetencer og lægehjælp <i>Udvalgte opgaver, som overtages fra kommunerne:</i> - Sundheds- og omsorgspladser (tidligere kommunale midlertidige pladser) - Akutsygepleje - Patientrettet forebyggelse - Dele af genoptræning (rehabilitering på specialiseret niveau samt dele af genoptræning på avanceret niveau)
Kommuner	- Ældreplejen, herunder bl.a. helhedspleje, plejehjem, plejeboliger mv. - Almen kommunal sygepleje - Dele af genoptræning - Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme - Sundhedspleje - Børne- og ungetandpleje samt omsorgstandpleje, specialtandpleje og socialtandpleje - Let tilgængeligt tilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel mv. - Vederlagsfri fysioterapi



Figur 13

Opgaveansvar på det øvrige regionale opgaveområde

Myndighed	Øvrige regionale opgaver
Regioner	- Drift af tilbud og institutioner på det specialiserede socialområde og på specialundervisningsområdet - Opgaver relateret til kollektiv trafik - Miljøopgaver, herunder opgaven med jordforurening, samt råstofindvinding på land - Opgaver på uddannelsesområdet - Indstillingsret til 20 pct. af socialfondsmidlerne i programperioden 2021-2027 - Åbenhed om privat partistøtte for folketingskandidater og kredsorganisationer
Kommuner	- Kulturområdet - Grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-programmer
Bortfalder	<i>En række opgaver relateret til regionernes udviklingsopgaver, herunder:</i> - Regionale udviklingsstrategier - Udviklingsaktiviteter i relation til de regionale udviklingsstrategier - Indstillingsret til bestyrelsesposter på erhvervsfremmeområdet - Udpegning af medlemmer til overvågningsudvalgene for strukturfondene og Fonden for Retfærdig Omstilling - Ret til at fremsætte forslag til landsplanlægning



Tema 2:

Flere læger og bedre fordeling

Regeringen vil foretage de grundlæggende forandringer, der skal til for at styrke det almenmedicinske tilbud.

Borgernes egen læge er en grundsten i det danske sundhedsvæsen, og de alment praktiserende læger løfter i dag en stor og vigtig opgave i sundhedsvæsenet. Det er hos egen læge eller lægeklinik, man som borger først henvender sig, når man har et helbredsproblem eller en bekymring. Egen læge behandler de mest almindelige sygdomme og udreder og afklarer, om borgeren eksempelvis har behov for behandling på et sygehus. På den måde fungerer almen praksis som en indgang og "gatekeeper" til store dele af sundhedsvæsenet. Blandt borgerne er der generelt meget stor tilfredshed med de praktiserende læger.

I de kommende år kommer der mange flere ældre og sårbare patienter og patienter med én eller flere kroniske sygdomme. Det er patienter, som i dag typisk er i kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet, og som i mange tilfælde vil have gavn af, at behandlingen samles og forankres i et almenmedicinsk tilbud.

Udviklingen i patientsammensætningen udfordrer allerede i dag det almenmedicinske tilbud. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende måde at organisere det almenmedicinske tilbud på ikke er tilstrækkelig til at sikre den nødvendige udvikling og tilpasning, hvis det almenmedicinske tilbud fortsat skal spille en nøglerolle i sundhedsvæsenet. I visse områder af landet er der også problemer med mangel på læger i det almenmedicinske tilbud.

I fremtidens sundhedsvæsen skal det almenmedicinske lægetilbud spille en endnu større rolle og bidrage med mere sammenhæng og kvalitet for den enkelte. Det skal i højere grad være indgangen til et nyt og mere nært sundhedsvæsen, som løfter flere opgaver tæt på borgeren. Det almenmedicinske tilbud skal derfor styrkes, udvikles og varetage flere af de opgaver, der i dag løses på sygehusene. Og en større andel af de samlede sundhedsudgifter skal investeres i det almenmedicinske tilbud.

Målet er at omstille sundhedsvæsenet, så langt mere behandling og pleje kommer til at foregå hos egen læge og tættere på eller i eget hjem. I dag er det også sådan, at der er færrest læger og generelt dårligere adgang til sundhedstilbud i de områder af landet, hvor befolkningens behov for behandling og pleje er størst. Det skal ændres. Der skal være en bedre og mere retfærdig fordeling af læger. Målet er derfor også at sikre, at borgerne får let og lige adgang til almenmedicinske tilbud af høj kvalitet. Det gælder uanset, hvor man bor i landet.

Det almenmedicinske tilbud skal have ansvar for en langt større del af borgernes sygdomsforløb, så undersøgelse, udredning, kontrol og løbende opfølgning i højere grad samlet ét sted tæt på hjemmet og hverdagen. Lægen skal herunder have en styrket tovholderrolle for de borgere, som har mest brug for ekstra støtte og hjælp.

Borgere, der har behov for det, skal også være garanteret en særlig hjælp og støtte af egen læge. For nogle vil det også omfatte almenmedicinsk lægehjælp i eget hjem, på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser, midlertidige pladser eller botilbud.

Forandringen kommer ikke af sig selv. Der er brug for at ændre den måde, vi styrer og udvikler det almenmedicinske tilbud på. Derfor vil regeringen tage en række initiativer, som skaber forudsætninger for den nødvendige opgaveudvikling i det tilstrækkelige tempo. Regionerne skal have bedre forudsætninger for at lede udviklingen og fx benytte andre klinikformer. Fra national side skal der stilles krav til basale funktioner i alle lægetilbud, så der sikres let tilgængelighed, høj kvalitet og faglig udvikling af lægetilbuddene til gavn for borgerne. Og overenskomstmodellen skal nytænkes, så nye opgaver og ændrede krav kan indoptages mere smidigt.

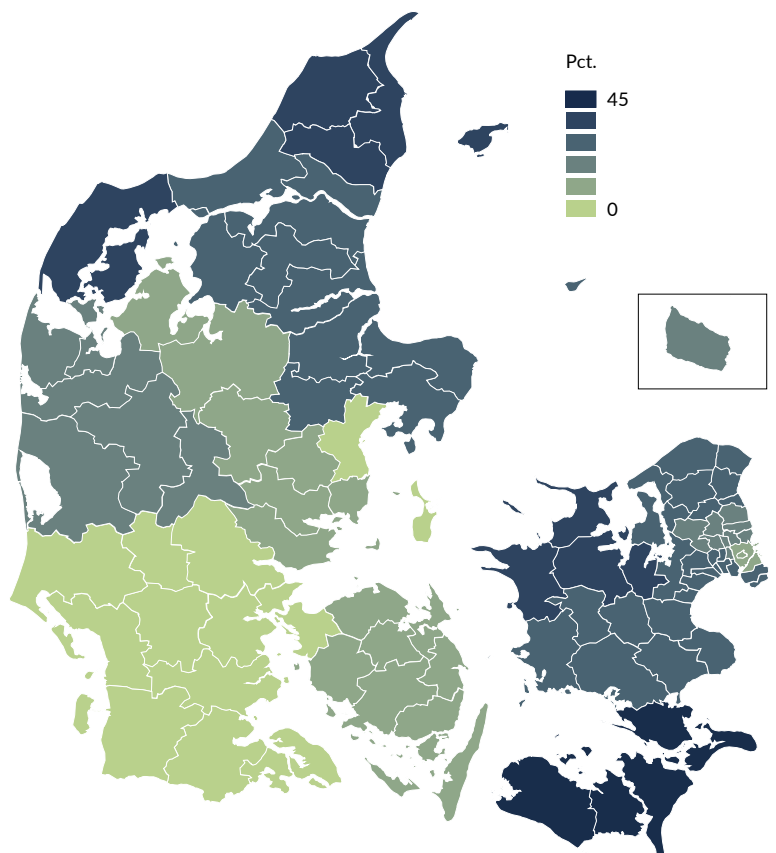
Forbedringer kræver samtidig grundlæggende, at der kommer flere læger til det almenmedicinske tilbud, og det bliver mere attraktivt at være læge i de områder, hvor befolkningen har mere brug for sundhedsvæsenet. Derfor er det regeringens ambition, at der skal være mindst 5.000 læger, der arbejder i det almenmedicinske tilbud i 2035. Det skal ske ved at uddanne flere læger i almen medicin og skabe gode og attraktive forhold for læger i almen medicin i hele landet. Det skal være attraktivt at være i faget, så flere har lyst til at arbejde i det almenmedicinske tilbud og forlænge deres arbejdsliv.

Antallet og fordelingen af læger i det almenmedicinske tilbud skal fastsættes nationalt, så der tages højde for patienttyngde og patienternes behandlingsbehov. Allerede fra 2025 skal der lukkes for flere læger i områder med god lægedækning, så nye læger etableres i yderområderne. Og fremadrettet skal der være en mere rimelig aflønning i forhold til de opgaver, der løftes af den enkelte læge. Honorarerne skal differentieres, så læger med en høj patienttyngde kan have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening.



Figur 14

Fremskrivning af udviklingen i læger i almenmedicinske tilbud i 2030



Anm.: Figuren viser, hvordan den forventede kapacitetsudvidelse i det almenmedicinske tilbud (opgjort i antal lægekapaciteter) forventes at skulle fordeles pr. indbygger inden for akuthospitalernes optageområder, hvis der skal opnås en lige lægefordeling i forhold til befolkningens behandlingsbehov frem mod 2030. Behandlingsbehovet estimeres på baggrund af den enkelte indbyggers køn, alder, kroniske sygdomme og arbejdsmarkedstilknytning og fremskrives på baggrund af DST's befolkningsfremskrivning. Tallene baseres på en foreløbig fordelingsmodel, hvorfor den endelige fordeling kan afvige fra figuren. Variation på tværs af kommuner inden for akuthospitalernes optageområder fremgår ikke af figuren.

Kilde: Lægeprognosen 2019, Sundhedsdatastyrelsen, DST's befolkningsfremskrivning og egne beregninger



Initiativ 2.1



Mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud

Regeringen vil sikre en mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud på tværs af landet. Hensigten er, at alle borgere skal have let og lige adgang til et almenmedicinsk tilbud, uanset hvor i landet man bor. I dag er det sådan, at der er færrest læger der, hvor folk er mest syge.

Samtidig skal det almenmedicinske tilbud i langt højere grad prioritere indsatsen for de mest sårbare og syge borgere. Derfor skal fordelingen af lægekapaciteter ske nationalt, så patienttallet i den enkelte praksis bliver tilpasset sammensætningen af patienter og patienternes behandlingsbehov. Klinikker i områder med mange borgere med stort behandlingsbehov skal have færre patienter, mens klinikker med mange raske og ressourcestærke borgere skal have flere.

Det fastlægges i sundhedsloven, at den overordnede fordeling af ydernumre og lægekapaciteter sker statsligt ud fra en national model, der tager udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov. Det skal sikre en mere lige fordeling af læger, mere tid til patienter med størst behov og en mere lige fordeling af opgaverne i det almenmedicinske tilbud. Målet er bl.a., at der i 2030 skal være ca. 45 pct. flere læger, der arbejder i det almenmedicinske tilbud på tværs af Lolland, Guldborgsund og Vordingborg kommuner. Modellen skal evalueres i 2028 for at sikre, at der er sket den ønskede fordeling af læger med udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov.

Initiativ 2.2



Styrket kapacitet og flere læger i det almenmedicinske tilbud

Regeringen vil udbygge kapaciteten og kompetencerne i det almenmedicinske tilbud. I fremtiden skal mere behandling foregå i det almenmedicinske tilbud, og derfor skal kapaciteten og kompetencerne også følge med udviklingen. Det almenmedicinske tilbud skal være klædt på til opgaven, og ressourcerne skal udnyttes bedst muligt.

I dag er der svarende til ca. 3.500 fuldtidslæger i det almenmedicinske tilbud. Det er regeringens mål, at der på tværs af landet skal være mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035. Det vil medføre en stigning på 1.500 læger sammenlignet med i dag. Af den årsag skal en større andel af de samlede sundhedsudgifter bruges i det almenmedicinske tilbud. Det bliver en central opgave for sundhedsrådene at udvikle de nære sundhedstilbud og realisere ambitionen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud 2035. Med sundhedsudspillet tager regeringen en række konkrete initiativer, der skal understøtte sundhedsrådenes arbejde med at udvikle og styrke de nære tilbud, herunder i det almenmedicinske tilbud. Regeringen vil samtidig sikre de økonomiske rammer for at realisere ambitionen om mindst

5.000 læger i det almenmedicinske tilbud 2035. Regeringen vil bl.a. prioritere 2,4 mia. kr. årligt indfaset frem mod 2030 til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud.

Antallet skal stige i takt med, at opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud, og flere læger kommer til, bl.a. fordi der uddannes flere speciallæger i almen medicin. Der vil i den kommende dimensioneringsplan blive taget højde for, at der er den tilstrækkelige dimensionering af speciallægeuddannelsen i almen medicin, således at antallet hæves for at understøtte målet om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

Regeringen vil følge udviklingen i antallet af læger i det almenmedicinske tilbud tæt for at sikre at målsætningen indfries. De flere læger i det almenmedicinske tilbud vil også betyde, at borgere, som i dag bor i områder med lægemangel og mange læger med lukket for nye patienter, får bedre mulighed for frit at vælge deres egen læge.

Initiativ 2.3



Økonomisk støtte til områder med svag lægedækning

Regeringen vil på kort sigt tilgodese de områder, hvor der er udfordringer med lægemangel og flere syge borgere med større behandlingsbehov, så der kommer forbedringer allerede i de kommende år. Derfor skal det være mere attraktivt at være læge i områderne. Regeringen afsætter derfor midler til regionerne i 2025 og 2026, som skal kunne understøtte almenmedicinske tilbud i yderområder, som varetager mange patienter med stort behandlingsbehov.

Formålet er i overgangsperioden 2025 og 2026 at understøtte prioritering af det almenmedicinske tilbud og flere lægekapaciteter i områder med

lægemangel og med mange behandlingskrævende patienter. Midlerne skal understøtte, at kapaciteten udvides enten med regionsklinikker, udbudsklinikker eller praktiserende læger i områder med lægemangel samtidig med, at eksisterende tilbud fastholdes. Midlerne afsættes midlertidigt frem til, at en ny honorarstruktur træder i kraft i 2027, der indebærer en omfordeling af honorarer til fordel for læger/klinikker med mange behandlingskrævende patienter.

Initiativ 2.4



Flere og nye klinikformer

Regeringen vil gøre det muligt for regionerne at sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale forhold og behov ved at benytte forskellige klinikformer og leverandører. Regeringen skaber hermed også bedre mulighed for at udvikle klinikformer, hvor tilbuddene er tilpasset særlige patientgrupper og giver lettere adgang til et almenmedicinsk tilbud og flere valgmuligheder for borgerne. Det skal samtidig styrke myndighedens mulighed for sikre lægedækning i områder, hvor det er svært at tiltrække speciallæger i almen medicin i traditionelle klinikformer. Det styrker også rekrutterings-

mulighederne og giver mulighed for flere ansættelsesformer for læger i det almenmedicinske tilbud, som ikke ønsker at eje en klinik selv.

Med muligheden fjernes de nuværende lovgivningsmæssige barrierer for at bruge andre permanente klinikformer end de alment praktiserende læger. Det betyder en ophævelse af de praktiserende lægers nuværende de facto monopol på at levere almenmedicinske ydelser.

Initiativ 2.5



Flere læger i det almenmedicinske tilbud i yderområderne

Regeringen vil sikre flere læger i det almenmedicinske tilbud til yderområderne, også på kort sigt. Af den årsag vil regeringen gøre det mere attraktivt at være uddannelseslæge i områder med lægemangel. Uddannelseslæger udgør en væsentlig kapacitet i det almenmedicinske tilbud, og derfor kan flere uddannelseslæger i yderområderne være med til at afhjælpe udfordringerne med lægedækning. Gennem konkrete, økonomiske incitamenter vil regeringen fremme, at lægerne vælger uddannelsesstillinger i almenmedicinske tilbud i områder med lægemangel.

Regeringen vil også gøre det mere attraktivt for læger, der er på vej på pension, at blive længere i det almenmedicinske tilbud. Her skal ansættelsesformerne eksempelvis være mere fleksible, særligt i yderområder.

Speciallæger i almen medicin er en eftertragtet ressource i hele sundhedsvæsenet. Derfor vil regeringen aftale med regionerne, at sygehusene ikke optager en uforholdsmæssigt stor andel af speciallægerne i 2025 og 2026. Formålet er at sikre, at de kommende års mange læger med speciale i almen medicin får ansættelse i almenmedicinske tilbud.

Initiativ 2.6



Mere tid og hjælp til de mest sårbare patienter

Regeringen vil sikre, at ældre medicinske patienter og borgere med langvarige psykiske og/eller fysiske sygdomme får let adgang til almenmedicinsk lægehjælp, når borgerne har brug for det. Derfor skal det almenmedicinske tilbud varetage behandling og fungere som tovholder for patienterne i eller tæt på eget hjem for at skabe mere sammenhængende behandling og forebygge indlæggelser. Særligt sårbare borgere skal have den nødvendige hjælp og støtte, så de ikke genindlægges i de tilfælde, hvor det kunne være undgået. Regionerne skal derfor sikre fasttilknyttet almenmedicinsk lægehjælp på plejehjem, regionale sundheds- og omsorgspladser og botilbud i tæt sammenhæng med øvrige sundheds- eller plejeindsatser. På den måde vil der være lægehjælp at hente de steder,

hvor borgerens egen læge ikke alene kan dække borgerens behov for sygebesøg. Det skal samtidig styrke kvaliteten, at personalet løbende kan få råd og sparring.

Regeringen vil også sikre, at det almenmedicinske lægetilbud – som en del af basiskravene til det almenmedicinske tilbud – varetager en særlig tovholderfunktion i forhold til de mest sårbare borgere, så de oplever den nødvendige tætte opfølgning og indsats, både hos deres egen læge og de øvrige indsatser, som lægen koordinerer med. Det skal gøre en forskel for patienter, der enten generelt eller i en periode har behov for hjælp og støtte.

Initiativ 2.7



Ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger

Regeringen vil skabe sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes sundhedstilstand og behandlingsbehov. Læger, der behandler de mest syge borgere, skal have færre patienter og mere i honorar pr. patient end de læger, der behandler de mindst syge. Der skal være en mere ligelig fordeling af opgaver blandt de alment praktiserende læger. Samtidig vil regeringen styrke det tværfaglige samarbejde og samarbejdet mellem det

almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen. Der skal derfor udvikles en ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger, som skal træde i kraft i 2027. En forenklet honorarstruktur skal også sikre, at ændrede eller nye opgaver ikke forsinkes af detaljerede forhandlinger om økonomi, og at forbedret produktivitet gennem udvikling i sektoren kommer hele sundhedsvæsenet til gavn.

Initiativ 2.8



Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almen medicin

Regeringen vil sikre, at det almenmedicinske tilbud afspejler de aktuelle behov i sundhedsvæsenet og sikre ensartet, høj kvalitet i tilbuddet. Fremtidige opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud skal derfor fastlægges af en national sundhedsmyndighed og hvile på et fagligt grundlag med inddragelse af relevante faglige selskaber og aktører. Ambitionen er at gøre det klart, hvad det samlede almenmedicinske tilbud skal levere ved at fastlægge en faglig beskrivelse af funktioner, opgaver, kompetencer samt længere åbningstider og tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud og af samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Som en del af

opgavebeskrivelsen vil der blive fastlagt en basisfunktion med beskrivelse af funktioner, opgaver, kompetencer, tilgængelighed og samarbejde, som alle almenmedicinske klinikker som udgangspunkt skal leve op til. Opgavebeskrivelsen skal samtidig fastlægge og gøre det tydeligt, hvordan sygehuse og specialister skal understøtte det almenmedicinske tilbud. Der skal tilstræbes en balance mellem kravene og det almenmedicinske tilbuds kapacitet, ressourcer og kompetencer, når den nationale myndighed fx vil flytte en opgave fra sygehus til det almenmedicinske tilbud.

Initiativ 2.9



Ny aftalemodel for alment praktiserende læger

Regeringen tager initiativ til, at en mindre central rammeaftale skal erstatte Overenskomsten om almen praksis og fastsætte de økonomiske vilkår for de alment praktiserende læger med afsæt i den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse.

Aftalesystemet skal være mere smidigt og styrbart. Samtidig skal et aftalebaseret grundlag, som fastlægger vilkårene for de praktiserende læger, bevares.

Initiativ 2.10



Styrket grundlag for samarbejde og udvikling af det almenmedicinske tilbud

Regeringen vil give regionerne en styrket kompetence til at lede og samarbejde om den faglige udvikling af det almenmedicinske tilbud. Samtidigt skal regionens politiske og ledelsesmæssige opmærksomhed i højere grad rettes mod udvikling af det almenmedicinske tilbud. Regionerne skal have et styrket lovmæssigt grundlag for at kunne stille krav til samarbejdet med det almenmedicinske tilbud og planlægge og tilrettelægge tilbuddet. Det skal bl.a. ske i regi af sundhedsrådene, som skal kunne sætte retning, lede og understøtte det almenmedicinske tilbud i den faglige udvikling og i samspil med det øvrige sundhedsvæsen.

Regionen skal endvidere have bedre mulighed for at følge op på det almenmedicinske tilbuds efterlevelse af nationalt fastlagte krav og sanktionere de klinikker, der ikke overholder disse krav.

Der skal etableres et nyt tvistløsningssystem, hvis der er uenighed mellem myndigheden og en klinik om en sanktion.

Regeringen vil også i højere grad sikre grundlaget for løbende videns- og erfaringsopsamling og kvalitetsudvikling i det almenmedicinske tilbud. Der skal være indsigt i og adgang til data og information om aktiviteten og kvaliteten i det almenmedicinske tilbud – også for regionen med ansvar for tilbuddet. Det skal samtidig skabe et endnu bedre grundlag for at udvikle og følge opgaveløsningen i det almenmedicinske tilbud. Det betyder bl.a., at igangværende tiltag om kvalitetsarbejde vil blive udbredt og gælde alle lægeklinikker, uanset organisationsform.

Initiativ 2.11



Begrænsning af antal ydernumre ejet af én læge

Regeringen vil begrænse antallet af ydernumre, som kan ejes af én læge i det almenmedicinske tilbud, fra de nuværende seks til tre, så sundhedskoncerner ikke overtager kontrollen med ydernumre.

Derudover vil regeringen give regionerne styrket kontrol med salg af ydernumre. Det gøres ved at indføre krav om, at en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer forhåndsgodkendes

af sundhedsmyndigheden ud fra en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen vil efterleve gældende krav og regler, fx krav om at have praksisdrift som hovedbeskæftigelse.





Tema 3:
**Sundhedsvæsenet
skal styrkes dér,
hvor behovet er
størst**

Regeringen vil sikre, at ressourcerne i sundhedsvæsenet bliver bedre fordelt. Målet er at gøre det attraktivt for læger, sygeplejersker, bioanalytikere, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og alle andre centrale faggrupper at arbejde i sundhedsvæsenet i hele landet. Det gælder både på sygehuse og i de nære sundhedstilbud.

Der skal skabes en bedre fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet på tværs af landet og på tværs af det almene og specialiserede sundhedsvæsen. Det kræver en prioritering af de områder og de landsdele, hvor behovet for medarbejdere, viden og uddannelse vokser i fremtiden.

Centrale nye redskaber er en national sundhedsplan og nationale retningslinjer, der skal understøttes af individuelt fastsatte lofter på antallet af speciallæger på landets universitetshospitaler, så de faglige miljøer og bæredygtigheden på de mindre sygehuse kan vokse. Stærke faglige miljøer er afgørende for at kunne tiltrække personale på de mindre sygehuse. Det kan blandt andet opbygges gennem tætte og forpligtende samarbejder mellem store og mindre sygehuse fx i form af partnerhospitaler og fælles ledelse. Målet er at skabe mere attraktive arbejdspladser og fagligt attraktive karriereveje for sundhedspersonalet. Det skal også ses i sammenhæng med opfølgningen på Robusthedskommissionens anbefalinger om tilstrækkeligt sundheds- og plejepersonale.

Dygtige sundhedsmedarbejdere er helt afgørende for et velfungerende sundhedsvæsen. Regeringen vil derfor uddanne flere læger i de dele af landet, hvor behovet for læger er størst. Det starter allerede på medicinuddannelsen, hvor der fremadrettet skal uddannes flere læger i Aalborg, Køge og Esbjerg – i alt øges medicinstudiet med 140 pladser fordelt med hhv. 70 pladser i Aalborg, 50 pladser i Esbjerg og 20 pladser i Køge. Regeringen vil også sikre, at der uddannes flere speciallæger i bl.a. almen medicin. Ligeledes skal en større del af uddannelsesforløbene på den lægelige videreuddannelse placeres udenfor de større byer. Kompetencer skal også følge med behovet og udviklingen – fremtidens læger skal have tilstrækkelig faglig bredde og generalistkompetencer.

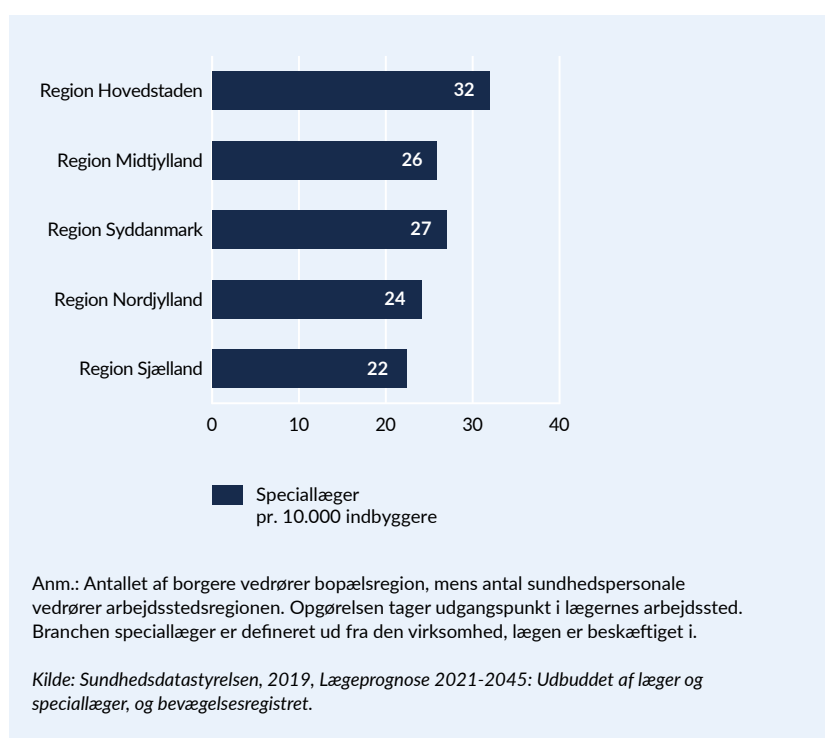
Sundhedsfaglig forskning er med til at forbedre vores sundhedsvæsen og kan bidrage til et stærkt og nært sundhedsvæsen. Det er derfor regeringens ambition, at forskning i det almene sundhedsvæsen skal styrkes eksempelvis ved, at flere Ph.d.-forløb fokuserer på det nære sundhedsvæsen og almenmedicinske problemstillinger.

En bedre fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet sker også med styrkelsen af det almenmedicinske tilbud i hele landet (læs mere i tema 2) og med en ny fordeling af de økonomiske ressourcer i sundhedsvæsenet, der tager mere højde for behandlingsbehovet i befolkningen og udviklingen af sundhedsvæsenet tæt på patienten (læs mere i tema 1).



Figur 15

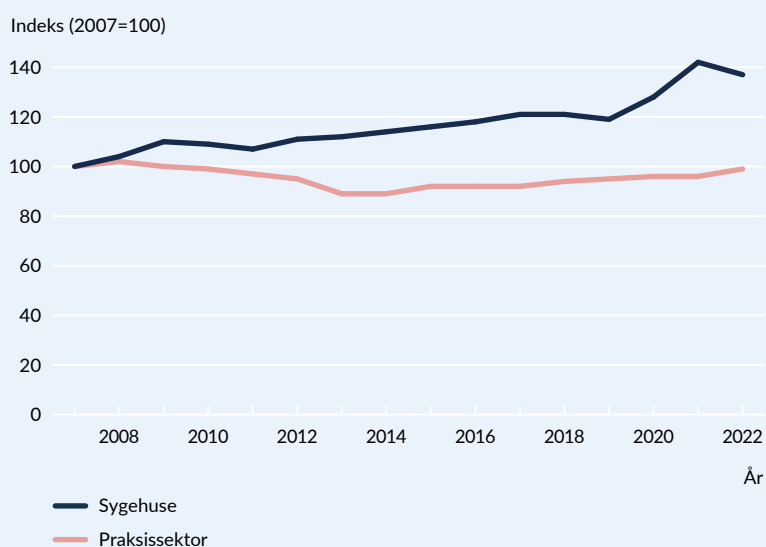
Speciallæger pr. indbygger, fordelt på region





Figur 16

Udvikling i udgifter til sygehuse og praksissektoren



Anm.: Udgifter til sygehuse findes på følgende funktioner i regionernes kontoplan: 1.10.01, 1.10.02, 1.20.16-1.20.25, 1.20.30, 1.60.40, 1.50.33-1.50.35. Udgifter til praksissektor findes på følgende funktioner i regionernes kontoplan: 1.20.10-1.20.15.

Kilde: Danmarks Statistik (REGR31).



Initiativ 3.1



National sundhedsplan med strategisk retning for udviklingen af sundhedsvæsenet

Regeringen vil udarbejde en national sundhedsplan, der sætter strategisk retning for sundhedsvæsenet i hele landet for en kommende længere årrække. Planen skal give en klar opgavefordeling, tydeliggøre krav til sundhedsvæsenets aktører og understøtte en bedre fordeling af ressourcer og styrket kvalitet på tværs af sundhedsvæsenet.

Den nationale sundhedsplan består af to dele:

- Én med fokus på sundheden i hele landet eksempelvis bedre geografisk fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet.
- Én med fokus på at styrke det almene sundhedsvæsen og omstilling af aktivitet fra sygehusene til sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

Sundhedsstyrelsens planlægning af de specialiserede sygehusfunktioner (den såkaldte speciale-

planlægning) er fortsat et centralt planlægningsværktøj. Den strategiske retning i den nationale sundhedsplan skal samtidig sætte retningen for regeringens allerede igangsatte revision af den nationale specialeplan.

Sundhedsstyrelsen udarbejder et fagligt oplæg til en national sundhedsplan. Planen aftales herefter mellem stat, regioner og kommuner, så der sikres en fælles retning for udvikling af sundhedsvæsenet. Det forudsættes, at en national sundhedsplan skal sætte den overordnede retning for sundhedsvæsenets udvikling og gælde for en 8 til 10-årig periode med fast opdatering fx hvert fjerde år.

Den nationale sundhedsplan skal omsættes til lokale løsninger for et stærkere sundhedsvæsen tæt på borgerne. Det skal ske gennem nærsundhedsplaner i sundhedsrådene (læs mere i tema 1).

Initiativ 3.2



Bedre fordeling af og adgang til praktiserende speciallæger

Regeringen vil indføre nationale retningslinjer for regionernes planlægning af praktiserende speciallægehjælp. Det skal afhjælpe den ulige fordeling af praktiserende speciallæger på tværs af landet og give mere ensartet adgang til praktiserende speciallæger på tværs af landet og en samlet bedre kapacitetsudnyttelse.

Sundhedsstyrelsen udarbejder retningslinjer for regionernes planlægning af speciallægehjælp. Retningslinjerne skal blandt andet forholde sig til, om en behandling løses bedst af en praktiserende speciallæge eller i det almenmedicinske tilbud med støtte fra en specialist. Retningslinjerne skal også beskrive, hvor mange praktiserende speciallæger der forventes at være behov for

i et geografisk område, og hvornår alternativer til fuldtidsydernumre, som bl.a. satellitpraksis og ydernumre på licens, er mest relevant.

Sundhedsstyrelsen får en ny kompetence til at godkende regionernes praksisplaner for praktiserende speciallæger.

Initiativet vil tage en årrække at udvikle og implementere fuldt ud. Initiativet skal ses i sammenhæng med indførelse af en ny patientrettighed, så borgere, der har modtaget en henvisning til en speciallægepraksis, får ret til hurtig adgang til praktiserende speciallæge, uanset hvor man bor (læs mere i tema 5).

Initiativ 3.3



National aftale om lofter for antal speciallægestillinger på landets universitetshospitaler

Regeringen vil tage initiativ til, at der laves en national aftale om lofter for antallet af speciallægestillinger på landets universitetshospitaler. Lofter skal understøtte, at universitetssygehusene ikke optager en uforholdsmæssig stor andel af lægerne, og at flere sygehuslæger søger mod de sygehuse, hvor det i dag er svært at rekruttere læger, og hvor behovet for læger er størst. Det skal være attraktivt at være læge på sygehusene i hele landet.

Loftet for antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne skal være individuelt fastsat pr. hospital, så der kan tages hensyn til en balanceret og holdbar omfordeling af ressourcerne ift. lokale behov. Samtidig skal loftet understøtte en bedre fordeling af speciallæger på tværs af landet. Fx var der i 2019 3,2 speciallæger pr 1.000 personer i Region Hovedstaden, mens der i Region Sjælland var 2,2 speciallæger pr. 1.000 personer.

Initiativ 3.4

➤ Flere karriereveje for lægerne

Regeringen ønsker at skabe nye karriereveje for lægerne, hvor almene kompetencer og nærhed til patienterne fylder mere i uddannelsesforløbet og gennem karrieren, så flere læger vælger stillinger i de nære sundhedstilbud og uden for de store byer.

Karriereveje skal ses i sammenhæng med de øvrige initiativer vedrørende bl.a. lægeuddannelsen og lofter over antallet af speciallæger på landets universitetshospitaler. Udviklingen af disse karriereveje skal ske i samarbejde mellem relevante parter nationalt, regionalt og fagligt.

Initiativ 3.5

➤ Flere medicinuddannelsespladser uden for de største byer, oprettelse af en bacheloruddannelse i medicin i Esbjerg og forankring af lægeuddannelsen på hele Sjælland

Læger er centrale for et velfungerende sundhedsvæsen, der kan imødekomme befolkningens behov nu og i fremtiden. For at understøtte et stærkt og nært sundhedsvæsen vil regeringen derfor sikre, at der uddannes flere læger i de dele af landet, hvor behovet for læger er størst. Målet er på lang sigt at reducere de geografiske forskelle i adgang til almenmedicinske tilbud og løse udfordringerne med at sikre lægedækning uden for de store byer.

Når læger skal finde arbejde, sker det ofte, at lægerne finder arbejde tæt på det universitet, hvor de blev uddannet. Der vurderes at være et potentiale i at uddanne læger tæt på de områder, hvor lægebehovet er størst. Regeringen vil derfor øge antallet af bachelorpladser på medicinuddannelsen uden for de største byer med 140 pladser samt dertilhørende kandidatuddannelsespladser. Konkret vil regeringen øge antallet af bacheloruddannelsespladser i Aalborg med 70. For at sikre, at fremtidens læger kan tage hele deres medicinuddannelse i Esbjerg, oprettes en bacheloruddannelse i medicin i Esbjerg med 50 pladser. Derudover vil regeringen øge antallet af pladser på medicinuddannelsen i Køge med 20 bachelorpladser samt igangsætte initiativer til yderligere at styrke den regionale

forankring af medicinuddannelsen på Sjælland. Medicinuddannelsen i Køge skal understøtte, at flere læger på sigt arbejder i hele Østdanmark. Det gøres bl.a. ved at skabe en bred forankring af uddannelsen, og at de øvrige sygehuse på Sjælland, for eksempel i Nykøbing Falster, Slagelse og Holbæk, tænkes med i udviklingen af den samlede uddannelse.

Med de nye medicinuddannelsespladser øges bachelorpladser på medicinuddannelsen samlet set med i alt ca. 8 pct. For Aalborg betyder det, at antallet af bachelorpladser forøges med 39 pct., og for Køge øges antallet af bachelorpladser med 15 pct. Med den nye bacheloruddannelse i Esbjerg øges det samlede antal bachelorpladser på medicinuddannelsen i Region Syddanmark med 15 pct.

De generelle almenmedicinske kompetencer og nærhed til patienterne skal tælle med større tyngde på vejen gennem hele karrieren. Derfor vil regeringen afsøge med universiteterne, om medicinuddannelsen kan tilpasses, så der på uddannelsen er et større fokus på de almenmedicinske kompetencer.

Initiativ 3.6

➤ Flere speciallæger inden for almen medicin, børne- og ungdomspsykiatri og geriatri samt tilpasning af den lægelige videreuddannelse til fremtidens behov

Dygtige speciallæger er helt afgørende for et velfungerende sundhedsvæsen. Regeringen vil derfor skabe rammerne for, at der kan uddannes flere speciallæger, som kan understøtte et stærkt og nært sundhedsvæsen i fremtiden.

Konkret ønsker regeringen at øge antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin, psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri samt geriatri i forbindelse med Sundhedsstyrelsens kommende

dimensioneringsplan, som skal gælde fra 2026. Der vil i forbindelse med dimensioneringsplanen blive kigget på balancerne i den samlede dimensionering med henblik på at sikre, at dimensioneringen af speciallæger svarer til fremtidens behov.

Parallelt sættes der gang i et arbejde med at udvikle en model til at estimere efterspørgslen efter sundhedspersonale. Modellen skal bl.a. bruges i forbindelse med kommende dimensionering af den

lægelige videreuddannelse og skal ses som tillæg til den nuværende prognose, som primært fremskriver antallet af læger og speciallæger. Den nye model vil på sigt også kunne anvendes i forbindelse med dimensionering af uddannelsen til andre vigtige faggrupper i sundhedsvæsenet fx sygeplejersker, tandlæger og tandplejere. Hvilke områder, der står først for, afhænger af, hvad der kan lade sig gøre modelteknisk.

Regeringen ønsker, med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til revisionen af den lægefaglige videreuddannelse, at tage næste skridt ved at give anbefalingerne konkret form og realisere dem i sundhedsvæsenet. Dermed får speciallægerne gennem deres uddannelse i højere grad almenmedicinske kompetencer, der kan modsvare fremtidens behov i sundhedsvæsenet.

For at understøtte at de lægefaglige ressourcer er dér, hvor befolkningen har det største behov, skal en større del af uddannelsesforløbene i den lægelige videreuddannelse placeres uden for de større byer fx på et mindre sygehus. Den geografiske placering af videreuddannelsen har nemlig betydning for efterfølgende arbejdssted. Og flere uddannelsesforløb på fx mindre sygehuse kan være med til at skabe nye karriereveje for lægerne.

Sammen med initiativ 3.5 skal initiativerne samlet set give de rette lægefaglige kompetencer til at understøtte et stærkt og nært sundhedsvæsen i fremtiden, hvor læger uddannes og dermed i højere grad kan rekrutteres uden for de største universitetsbyer.



Initiativ 3.7

Flere af Ph.d.-forløbene målrettes det primære sundhedsvæsen og flere faggrupper end læger

For at styrke det almene sundhedsvæsen vil regeringen sikre mere forskning i det almene sundhedsvæsen, og at andre faggrupper end læger i højere grad deltager i forskningen. Formålet er at styrke forskningen på de områder, hvor det danske sundhedsvæsen er udfordret, og hvor der er behov for mere viden og nye, bedre løsninger.

I dag forskes væsentligt mere på sygehusområdet end i det almene sundhedsvæsen, og Ph.d.-forløbene foregår ofte på universitetshospitalerne. Ca. 30 pct. af de færdiguddannede læger påbegynder en Ph.d.-uddannelse, og Ph.d.-forløbene må ses som en væsentlig del af den nuværende magnet, der tiltrækker medarbejdere til de store universitetshospitaler, herunder fordi en Ph.d. i praksis er blevet en nødvendig adgangsbetingelse for at komme ind på de mest attraktive lægefaglige hoveduddannelser. Den nuværende forskning i det almene sundhedsvæsen er spredt ud på en række forskellige forskningsmiljøer, og kredsen af forskningsaktører må betegnes som lille sammenlignet med gruppen af aktører, der forsker i det specialiserede sundhedsvæsen. En ændring i prioriteringen af sundhedsforskning kan bidrage til omstillingen af sundhedsvæsenet gennem ny viden og styrke attraktive karriereveje i det almene sundhedsvæsen.

Regeringen ønsker derfor at indføre måltal for:

- andelen af Ph.d.-stillinger, som er målrettet det almene sundhedsvæsen, så der tilskyndes til mere forskning på området.
- andel af Ph.d.-forløbene på sygehusene, som besættes af andre faggrupper end læger, så den samlede forskningsaktivitet på sygehusene fortsat er høj og fordelt ud over flere vigtige faggrupper.
- andelen af hoveduddannelsesstillinger, der besættes af læger uden en Ph.d.-grad. Det skal modvirke, at en Ph.d. er en nødvendig forudsætning for at blive ansat i en hoveduddannelsesstilling. Specialerne psykiatri og almen medicin undtages for at understøtte mere forskning på områderne.

Regeringen vil desuden iværksætte en revision af Sundhedsstyrelsens syv lægeroller, som definerer de roller og kompetencer, alle læger skal mestre. Revisionen skal understøtte at fx forskerrollen ikke får en uforholdsmæssig stor vægt ift. andre centrale lægeroller.



Tema 4:

Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom

Mindst én ud af fem danskere lever med én eller flere kroniske sygdomme, hvor livslang behandling er en uundgåelig del af hverdagen. Det er fx KOL, diabetes, hjertesygdom og slidgigt. I takt med at vi bliver flere ældre og lever længere, vil livet med kronisk sygdom blive en livsbetingelse for stadig flere danskere.

Mennesker, der har en kronisk sygdom, har meget forskellige sygdomsbilleder og har derfor også forskellige behov for indsatser og behandling. De fleste kan heldigvis leve et langt og godt liv, hvis deres kroniske sygdom er velbehandlet, og hvor sygdommen lægger få begrænsninger på hverdagslivet. Andre vil i højere grad være påvirket af deres sygdom og have svært ved at leve det liv, de ønsker.

For mennesker med kroniske sygdomme gælder det, at en tilpasset og rettidig indsats, som fx kan vedrøre kostvejledning, træning og sygdomsforståelse, også har stor betydning for, hvordan sygdommen udvikler sig på længere sigt. Det er mere end den medicinske behandling, der har betydning for borgerens sygdom og liv med sygdom.

Sundhedsvæsenet skal understøtte borgere med kroniske sygdomme med de tilbud, som er relevante for dem. Nogle vil have brug for et mere håndholdt og intensivt forløb og regelmæssig opfølgning hos eksempelvis egen læge, fysioterapeuter eller sygeplejersker, mens andre kan klare mere selv og skal understøttes i at forvalte deres egen sundhed og sygdom via fx digitale tilbud og behovsbestemt opfølgning. Men uanset om man har brug for meget eller lidt hjælp, så gælder det, at man skal vide, hvad man har ret til, og hvor man skal gå hen for at få den nødvendige hjælp og behandling.

Regeringen foreslår derfor, at der indføres en ret til en samlet indsats for personer med kronisk sygdom. Med den nye rettighed vil personer med kronisk sygdom inden for en given tidsfrist få ret til en personlig behandlingsplan, der skal sikre sammenhængende behandling af høj kvalitet, så sygdommen ikke forværres. Over en årrække indføres disse såkaldte kronikerpakker, med en ret til en personlig behandlingsplan, for de største patientgrupper. Det skal løfte kvaliteten og indsatserne på tværs af sundhedsvæsenet.

Samtidig er der for store forskelle i den behandling og de sundhedsindsatser, de tilbydes på tværs af landet. Det kan ofte være svært at navigere i sundhedsvæsenet, og man kan føle sig tabt mellem sygehuse, kommune og egen læge. Derfor skal sundhedsvæsenet indrettes til i højere grad at tilgodese sundhedsbehovene for denne voksende gruppe af borgere. De skal i langt højere grad modtage en sammenhængende behandling og opfølgende indsatser, så de undgår, at deres sygdom forværres, og så følgesygdomme forebygges.

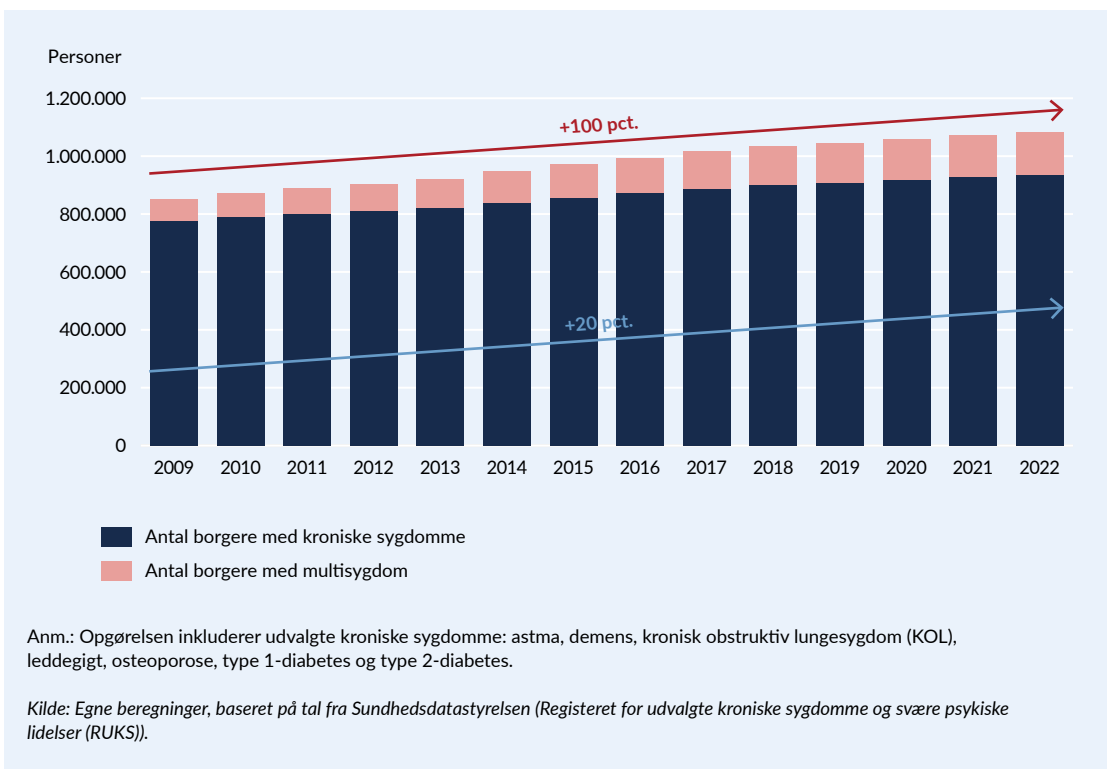
Regeringen foreslår også at revidere regelsættet for udlevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler. I dag oplever mange desværre, at det er uklart, om regionen eller kommunen har ansvaret for at udlevere produkter, som patienten har brug for, for at kunne leve med sin sygdom.

Desuden vil regeringen udvide og forbedre ordningen med patientansvarlig læge og igangsætte et eftersyn af reglerne om befordring.



Figur 17

Udvikling i borgere med kronisk sygdom og multisygdom





Initiativ 4.1

Kronikerpakker – en ny tilgang til behandling og forløb for mennesker med kronisk sygdom

Regeringen vil indføre sygdomsspecifikke kronikerpakker til mennesker med kronisk sygdom. Kronikerpakker skal udgøre en systematisk ramme for den behandling, som en borger med kroniske sygdomme modtager på tværs af sundhedsvæsenet.

Det konkrete forløb og de konkrete indsatser skal være tilpasset den enkeltes behov, og der skal stilles forpligtende krav til de indsatser, der er relevante for den enkelte. For en borger, der fx er nydiagnosticeret med KOL, vil det bl.a. betyde, at der bliver fastlagt krav til, hvornår man bliver indkaldt til opfølgende undersøgelser, og at regionen tilvejebringer et relevant tilbud om rygestopkurser eller andre relevante indsatser.

Med kronikerpakkerne får borgere som noget nyt ret til:

- En personlig behandlingsplan, der tilrettelægges af egen læge inden for en given tidsfrist i forlængelse af, at borgeren har fået en diagnose.
- Opstart af behandling og relevante patientrettede tilbud inden for en given tidsfrist.

Ved opstart af et pakkeforløb vurderer egen læge borgernes sundhedstilstand og livssituation, og på den baggrund beslutter læge og patient i fællesskab, hvilke konkrete behandlingsindsatser og øvrige indsatser, som den enkelte skal modtage fremadrettet.

Med de nye kronikerpakker skal borgeren have én indgang for behandlingsforløbet. Ansvar for behandling og patientens samlede forløb forankres hos egen læge. Kronikerpakker skal dog samtidig indeholde krav til indsatser i form af kostvejledning, træning, sygdomsmestring, rygestop mv. samt relevante undersøgelser hos fx praktiserende speciallæger og andre aktører i praksissektoren. Indsatserne vil være gradueret efter behov med opdeling af patienter i rød, gul og grøn gruppe – fra dem, der har brug for omfattende og kompleks hjælp, til dem, der har den bedste hverdag alene med egenomsorg og evt. digitale tilbud.

Hvis man skal modtage en omfattende behandling fx en større operation, kan det være vigtigt, at man er fysisk klar til indgrebet. Det er bl.a. borgere med kronisk sygdom, der kan have særlig gavn af såkaldt præ-habilitering og det kan således være relevant, at overveje disse behov i udviklingen af kronikerpakkerne. Det kan også bidrage til at udskyde behovet for mere specialiseret behandling eller operation på sygehuset, fx gennem træning.

Regeringen foreslår, at der udarbejdes fem sygdomsspecifikke kronikerpakker, der indføres over en årrække startende med KOL i 2027, som er det tidspunkt, hvor den nye forvaltningsstruktur og opgaveinddeling i sundhedsvæsenet træder i kraft.

Rækkefølgen for pakker for kronisk sygdom:

- KOL
- Type 2-diabetes
- Hjertesygdomme
- Kroniske lænderyg-smerter
- Komplex multisygdom

Parallelt med udrulningen af de planlagte kronikerpakker tages stilling til nye målgrupper, eksempelvis patientgrupper med visse kræftformer eller psykiske lidelser.

For de enkelte pakker vil der ligeledes blive tale om en gradvis indfasning, hvor ny diagnosticerede bliver vurderet i forbindelse med diagnosen, mens øvrige patienter, der tidligere har fået en diagnose, vurderes løbende ved kontakt med egen læge.

Den faglige ramme for pakkerne skal udvikles med bred inddragelse af eksperter, patientorganisationer m.fl.

Regeringen ønsker at følge op på effekten og efterlevelsen af de rettigheder, som er indeholdt i kronikerpakkerne. Derfor udvikles en særskilt monitorering af indsatserne i det almenmedicinske tilbud og de patientrettede forebyggelsestilbud.

Initiativ 4.2



Klart ansvar for behandlingsredskaber og hjælpemidler

Regeringen ønsker, at det skal være let og hurtigt for borgerne at få behandlingsredskaber, som led i behandling, eller hjælpemidler, der bl.a. afhjælper følgerne af en varigt nedsat funktionsevne, som de har ret til.

Ansvar for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler opleves dog i praksis ofte som uklare, og borgeren kan komme i klemme mellem myndigheder.

Kompressionsprodukter har i de seneste år været et eksempel på et område, hvor der har været uenighed mellem kommuner og regioner, da de kan have både et behandlingsformål og et forebyggende/afhjælpende formål. Myndighederne

har derfor været i tvivl om, hvem der i konkrete situationer har haft ansvar for at udlevere og finansiere produkterne.

Sundhedsstrukturkommissionen peger på, at der kan være et potentiale i at fastlægge en national procedure for, at der inden for udvalgte sygdoms-områder eller i forhold til specifikke produkter kan fastsættes et entydigt myndighedsansvar.

Regeringen vil med dette afsæt iværksætte et arbejde med henblik på at omsætte kommissionens overvejelser til en konkret udgiftsneutral model, der kan skabe mere klarhed for borgeren og tydelighed om, hvilken myndighed der er ansvarlig for at udlevere og finansiere produkterne.

Initiativ 4.3



Sammenhængende patientforløb med en patientansvarlig læge

Regeringen vil udvikle og forbedre ordningen med patientansvarlig læge på sygehusene, som oprindeligt blev indført i 2016. Ordningen bidrager til sammenhæng, kvalitet og tryghed. Derfor skal patienterne have en patientansvarlig læge i de forløb, hvor det giver mening.

Regeringen ønsker at sætte fornyet fokus på ordningen og vil derfor invitere de relevante parter til at indgå i et samarbejde om at styrke og udvikle ordningen. Konkret vil regeringen bl.a. styrke koordineringen mellem den patientansvarlige læge

på sygehusene og tovholderfunktionen i det almenmedicinske tilbud. Det kan også være relevant at undersøge mulighederne for at differentiere ordningen mere på baggrund af patienternes behov.

Derudover kan der peges på en række indsatsområder, herunder 1) at skabe tydelighed om funktionen som patientansvarlig læge, 2) at opnå mere viden om, hvilke patienter der i dag ikke oplever at have en patientansvarlig læge, samt 3) at der på sygehusene sættes organisatorisk og ledelsesmæssigt fokus på ordningen.

Initiativ 4.4



Eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven

Regeringen vil gennemføre et eftersyn af reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse i sundhedsloven. Det skal sikre, at reglerne er mere gennemskuelige og er til gavn for borgere med størst muligt behov for hjælp til befordring i forbindelse med sundhedsydelser.

I dag oplever for mange borgere, at det er uigenemskskeligt, om de har ret til befordring eller godtgørelse. Samtidig bruger regioner og kommuner alt for meget tid på at administrere reglerne. Befordringsreglerne skal sikre, at det ikke er befordringen, der hindrer, at sårbare borgere får den rette hjælp og behandling i sundhedsvæsenet.





Tema 5:

Frit valg og styrkede patientrettigheder

Regeringen vil udbygge borgernes patientrettigheder og det frie valg i sundhedsvæsenet. Patientrettigheder og det frie valg giver borgerne hurtig og fleksibel adgang til de nødvendige sundhedstilbud dér, hvor man ønsker det.

I dag er det sådan, at hvis man henvises til udredning og behandling i sygehusvæsenet, så er man omfattet af retten til hurtig udredning og det udvidede frie sygehusvalg. Men hvis man henvises til udredning og behandling hos praktiserende speciallæger fx gynækolog eller psykiater, så er man ikke omfattet af den samme ret til, at det skal gå hurtigt. Regeringen ønsker at stille patienterne mere ens uanset, om de kommer på sygehus eller til praktiserende speciallæge for at få deres udredning og behandling.

Med reformen skal regionerne i fremtiden have ansvar for regionale sundheds- og omsorgspladser. Det er sengepladser, som man kan blive henvist til, hvis man fortsat har brug for sundhedsfaglige indsatser, men ikke har brug for at være indlagt på et sygehus (se også tema 1). Ofte vil der være tale om svækkede og sårbare borgere. Regeringen vil indføre frit valg til de regionale sundheds- og omsorgspladser, så borgere kan vælge en plads tæt på familien i en tid, hvor man er særlig sårbar.

Regeringen vil sikre mere sammenhæng på tværs af sygehus, sundheds- og omsorgspladser, egen læge og kommune, og sygehusene skal have en langt mere udadvendt rolle. Sygehusenes behandlingsansvar skal udvides til 96 timer, og flere patientgrupper skal omfattes (læs mere i tema 7). Det foreslås også, at den almene sygepleje integreres i helhedsplejen, så borgerne oplever mere sammenhæng, kontinuitet og tryghed i deres forløb. Flere af initiativerne skal også ses i sammenhæng med initiativet om kronikerpakker, hvor der indføres nye patientrettigheder.

I dag er der store forskelle på, om borgerne har mulighed for at vælge et digitalt tilbud frem for et fysisk tilbud. Fremover skal man i højere grad kunne blive behandlet hjemme. Det kan fx være, at man gerne vil deltage i genoptræning virtuelt eller undgå en fysisk kontrol hos lægen. Regeringen ønsker, at man fremadrettet skal have mulighed for at vælge et digitalt tilbud, når det er fagligt relevant og giver mening for borgeren. Behandlingen kan dermed tilpasses den enkeltes præmisser. Det vil også gøre adgangen til sundhedsvæsenet mere fleksibel.

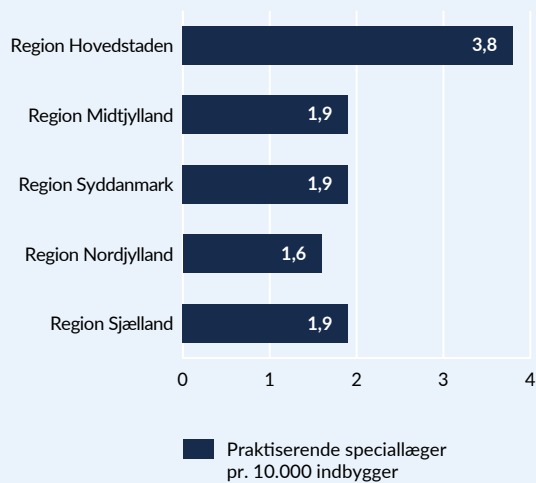
For at understøtte borgerens ret til digitale sundhedstilbud og borgernes andre digitale muligheder i sundhedsvæsenet er det regeringens vision, at der skal være en digital fordør, som skal være borgerens digitale indgang til sundhedsvæsenet. Borgeren skal let, fleksibelt og overskueligt kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt for hurtigt at kunne få afklaring og blive ledt videre til det rette tilbud. Regeringen vil afklare, hvordan det er muligt at lave en samlet digital fordør for alle borgere.

Det frie valg styrkes også med andre dele af reformen. Det gælder særligt styrkelsen af det almenmedicinske tilbud. I dag har mange praktiserende læger lukket for adgang. Det betyder, at der i nogle områder af landet reelt ikke er mulighed for, at den enkelte borger kan vælge sin egen læge. I fremtiden vil bl.a. det øgede antal læger i det almenmedicinske tilbud give bedre mulighed for, at man kan vælge den læge, som man ønsker.



Figur 18

Praktiserende speciallæger pr. indbygger, fordelt på region



Anm.: Antallet af borgere vedrører bopælsregion, mens antal sundhedspersonale vedrører arbejdsstedsregionen. Opgørelsen tager udgangspunkt i lægernes arbejdssted. Røntgen- og fertilitets-klinikker samt alkoholambulatorier er også omfattet af branchen praktiserende speciallæger.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, 2019, Lægeprognose 2021-2045: Udbuddet af læger og speciallæger, og bevægelsesregistret.

Der er dobbelt så mange praktiserende speciallæger pr. borger i Region Hovedstaden sammenlignet med de resterende regioner.





Figur 19

**Borgernes
ønsker til
og brug af
digitale sund-
hedstilbud**

78%

**af befolkningen
har tillid til offentlige
digitale løsninger
i 2023.**

65%

**bruger offentlige,
digitale løsninger
min. én gang om ugen
i 2023.**

2,9

**millioner borgere
har logget ind
på Sundhed.dk
i 2023.**

95%

**af danskerne
over 15 år, kender
Sundhed.dk
i 2023.**

6,3

**millioner
downloads af
MinSundhed app
i alt i 2023.**

2,5%

**millioner
aktive brugere
af MinLæge app
i 2023.**

2,3

**millioner unikke
digitale sundhedskort
er oprettet på
Sundhedskort app i 2023.**

Kilder:

Danmarks Statistik, IT-anvendelse i befolkningen (2023)

Sundhed.dk, Årsrapport 2023

Minlaegeapp.dk

Digitaliseringsstyrelsen, Tal og statistik

Initiativ 5.1



Ret til hurtig behandling hos praktiserende speciallæge

De praktiserende speciallæger spiller en vigtig rolle i sundhedsvæsenet. I mange tilfælde er de den specialiserede indgang til sundhedsvæsenet, frem for en henvisning til sygehuset. De praktiserende speciallæger er for mange borgere et nært og specialiseret sundhedstilbud. Flere steder i landet og inden for nogle specialer er der dog lang ventetid til behandling hos praktiserende speciallæger. Patienter henvist til speciallægepraksis er heller ikke omfattet af de samme patientrettigheder som patienter henvist til sygehusbehandling.

Regeringen vil sikre, at patienter, som er henvist til praktiserende speciallæge, omfattes af en lovfastsat ny patientrettighed, så borgere der

har modtaget en henvisning til en praktiserende speciallæge, får egentlige rettigheder til udredning og behandling. Den nærmere model for rettigheden skal afklares med inddragelse af relevante parter. Det skal bl.a. afklares, i hvilket omfang adgangen kan forbedres i yderområder, uden det sker på bekostning af opretholdelsen af funktioner på mindre sygehuse, ligesom retten skal ses i sammenhæng med tiltaget om bedre fordeling og udnyttelse af kapaciteten hos de praktiserende speciallæger.

Initiativ 5.2



Frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser

Hvert år bliver mange patienter visiteret til en akutplads eller midlertidig plads i kommunerne. Fremover vil regionerne overtage ansvaret for at stille sundheds- og omsorgspladser til rådighed for borgere med relevant behov (læs mere i tema 1). Det vil ske inden for rammerne af sundhedsloven.

Regeringen vil give patienter ret til frit at vælge, hvor i landet de ønsker at benytte en regional sundheds- og omsorgsplads, når de er visiteret hertil. Det skal give mulighed for, at borgerne frit kan vælge ophold tæt på fx familie og venner

fremfor i bopælskommunen, hvor det skal være i dag. Initiativet skal betrygge borgere, typisk ældre, der i forvejen befinder sig i en sårbar livssituation. Den nye fritvalsrettighed skal ses i sammenhæng med, at regionerne i forvejen forvalter borgernes rettigheder til frit sygehusvalg. De overtager nu også ansvaret for at tilbyde midlertidige ophold til en nærmere fastsat gruppe af borgere, som er udskrevet fra sygehuset, men har sundhedsfaglige problemstillinger, som gør, at de ikke kan opholde sig i eget hjem.

Initiativ 5.3



Mere frit valg og sammenhæng mellem sygepleje og helhedspleje

Regeringen vil integrere den almene sygepleje i den kommende helhedspleje for ældre borgere, som implementeres i forbindelse med ældreloven. Målet er at sikre mere sammenhæng og mere kontinuitet i indsatsen på tværs af ældreplejen og sygeplejen.

Mange borgere over folkepensionsalderen vil både modtage ydelser efter den kommende ældrelov og kommunal sygepleje efter sundhedsloven. Regeringen foreslår at samle dette i helhedsplejen. I mange kommuner løftes de sygeplejefaglige opgaver allerede af medarbejdere, som også udfører opgaver på ældreområdet fx i form af personlig pleje. Ved at integrere sygeplejen for ældre borgere

i helhedsplejen sikres det, at sygeplejeindsatser i højere grad løftes af de faste, tværfaglige teams fra starten af et forløb, i stedet for at være adskilte.

Dermed vil borgerens frie valg ikke kun omhandle helhedsplejen efter ældreloven men også favne sygeplejeydelser. Det betyder, at private leverandører af helhedsplejen også skal kunne løfte de almene sygeplejeopgaver. Den konkrete model og ramme herfor skal udvikles i tæt sammenhæng med de øvrige initiativer til at styrke hjemmebehandlingen (læs mere i tema 7).

Initiativ 5.4



Ret til digitale sundhedstilbud

Regeringen vil indføre en ny digital patientrettighed, der skal give de borgere, som kan og vil, ret til at vælge, om kontakten med sundhedsvæsenet skal være digital frem for fysisk. Eksempelvis skal borgere have ret til selv at vælge, om konsultationen med egen læge og sygehuset skal ske fysisk eller virtuelt. Retten skal indføres til tilbud, hvor det giver fagligt mening, og hvor det kan være hensigtsmæssigt for borgeren, at tilbuddet er digitalt. Initiativet skal ses i lyset af, at flere danskere allerede benytter digitale sundhedstilbud i dag. Flere både ønsker og forventer også, at kontakten med sundhedsvæsenet i langt flere situationer kan foregå digitalt fremover. I dag er det ofte den enkelte behandler eller enhed, der afgør, om borgeren skal have et digitalt tilbud eller ej.

Med den nye digitale patientrettighed skal det i stedet være op til borgeren selv at vælge, om vedkommende ønsker en digital frem for en fysisk

kontakt, uanset hvor i landet borgeren bor. Det vil gøre adgangen til sundhedsvæsenet mere fleksibel. Borgeren skal også have ret til, at pårørende kan deltage digitalt i konsultationer i forbindelse med familiemedlemmers eller andre nære relationers sygdom, selvfølgelig kun med samtykke fra patienten.

Rettigheden skal fastsættes ved lov og sikre, at borgeren selv får mulighed for at bestemme, hvornår et digitalt tilbud fra sundhedsvæsenet er den rette løsning. Den vil i første omgang omfatte videokonsultationer med det almenmedicinske tilbud, digital genoptræning, skærmbesøg fra den kommunale sygepleje, udvalgte virtuelle kontroller og opfølgninger på hospitalet og hjemmebehandlingstilbud inden for en række kronikerområder. Rettigheden skal løbende udbredes til andre områder i takt med den teknologiske udvikling.

Initiativ 5.5



Vision om digital fordør

Regeringen vil afklare, hvordan det danske sundhedsvæsen kan få en digital fordør, som skal være borgerens digitale indgang til sundhedsvæsenet. Formålet med en digital fordør er, at borgeren let, fleksibelt og overskueligt skal kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt for hurtigt at kunne få afklaring og blive ledt videre til det rette tilbud. På den måde skal fordøren altså understøtte rettigheden til digitale tilbud og borgernes øvrige digitale muligheder i sundhedsvæsenet.

I dag oplever borgere, at der er mange forskellige digitale indgange til sundhedsvæsenet. Det er derfor svært at gennemskue, hvilke muligheder der er, og hvilken indgang der skal bruges til hvad. Derudover varierer de digitale indgange til sundhedsvæsenet på tværs af landet. En digital fordør vil altså gøre det nemmere for borgerne at få adgang til virtuel eller fysisk konsultation,

information og digitale værktøjer til selvhjælp i sundhedsvæsenet. Ved at understøtte borgernes mulighed for selvhjælp bidrager fordøren også til at lette presset på sundhedspersonalet. Der vil dog fortsat være ikke-digitale alternativer, så borgeren kan have fysisk kontakt med sundhedsvæsenet.

Det er regeringens vision, at borgeren kan få let digital adgang til egne sundhedsoplysninger, søge information om sundhed og sygdom, navigere rundt i sundhedsvæsenet og få anbefalinger om apps og digitale løsninger, som kan bruges i borgerens behandlingsforløb. Det er også regeringens vision, at fordøren kan udvides i takt med den teknologiske udvikling fx indledende digital kontakt med borgere og symptomvurdering.



Tema 6:

**Moderne sygehuse,
bedre fysiske
rammer for nye
lokale sundheds-
indsatser og
digitale løsninger**

Regeringen vil investere i renovering og modernisering af sygehuse og etablere flere og bedre fysiske rammer for sundhedsindsatser lokalt fx sundhedshuse. De fysiske rammer for behandlingstilbud i nærmiljøet skal være af høj kvalitet, så alle borgere har adgang til specialiserede og almene sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet. Det kræver større investeringer i både bygningsmasse og indkøb af relevant udstyr og teknologi.

Der er allerede investeret massivt i nybyggeri og moderniseringer af en række sygehuse. Det gælder ikke mindst de såkaldte supersygehuse. En del sygehuse er dog præget af manglende vedligeholdelse, og derfor er der brug for investeringer. Regeringen vil derfor etablere en sundhedsfond på 22 mia. kr., som skal investeres i vedligeholdelse og modernisering af de sygehuse, der trænger mest, og sikre et strategisk kvalitetsløft af bygninger og apparatur på sygehuse i hele landet. Det skal bidrage til, at alle borgere også i fremtiden har adgang til sygehusbehandling af høj kvalitet i

moderne bygninger med ny teknologi, og samtidig gøre det nemmere for sundhedspersonalet at bruge deres tid på det, der er vigtigt. Regeringen afsætter samtidig 2 mia. kr. til en teknologiramme, der skal sikre styrket udbredelse af nye digitale løsninger og en etablering af en national dataplatform for sundhedsdata.

Samtidig vil regeringen med 3,5 mia. kr. til bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser sikre, at flere borgere har et sammenhængende og trygt behandlings- og rehabiliteringstilbud tæt på, hvor de bor. Sundhedshuse kan fungere som samlingspunkt for et bredt udvalg af særligt almene sundhedstilbud og tilbud på tværs af sundhedsvæsenet og civilsamfundet. De fysiske rammer skal ikke være ens. Hvilke sundhedstilbud der skal være lokalt, skal afhænge af de lokale behov og ønsker.

Samlet investeres dermed 27,5 mia. kr. over de kommende ti år.



Initiativ 6.1



Sundhedsfonden og innovationsramme: Vedligeholdelse og modernisering af sygehuse samt styrket udbredelse af nye digitale løsninger

Alle borgere skal også i fremtiden have adgang til sygehusbehandling af høj kvalitet i moderne bygninger med ny teknologi. Derfor vil regeringen etablere en ny sundhedsfond på i alt 22 mia. kr.

Med en investering på 22 mia. kr. i perioden 2026-2035 vil regeringen sætte ekstra skub i vedligeholdelse og modernisering af sygehuse i hele landet. Investeringerne vil ligge ud over det normale regionale anlægsniveau, der aftales i økonomiaftalerne med regionerne.

Regeringen foreslår, at der etableres et ekspertpanel, der kan rådgive regeringen om, hvordan investeringen kan gøre mest muligt gavn. Ekspertpanelet kan også komme med forslag til, hvordan regionerne kan blive endnu bedre til at organisere arbejdet med at bygge og vedligeholde sygehuse.

Med afsæt i ekspertpanelets anbefalinger skal regionerne forpligtes på en fælles, national

planlægning og koordination af anlægsområdet. Den fælles planlægning skal sikre, at investeringerne flugter med de overordnede sigtelinjer for sundhedsvæsenet, fx ønsket om mere behandling i eller tæt på hjemmet. Samtidig skal investeringen målrettes de sygehuse, der trænger mest.

Sundhedsvæsenet skal også være mere digitalt tilgængeligt, og der skal være bedre muligheder for deling af sundhedsdata fx mellem sygehuset og egen læge. Det er afgørende for at kunne skabe mere sammenhængende forløb for den enkelte borger, så både borgere og sundhedspersonale kan bruge deres tid på det, der er vigtigt. Regeringen foreslår derfor at investere yderligere 2 mia. kr. i 2026-2035 i styrket udbredelse af nye digitale løsninger og etablering af en national dataplatform for sundhedsdata, jf. initiativ 1.10 om et stærkt digitalt sundhedsvæsen. Midlerne kan udmøntes gennem Digital Sundhed Danmark og Nationalt Center for Sundhedsinnovation.

Initiativ 6.2



Bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser

Regeringen vil etablere bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser rundt om i hele landet. Målet er at samle og rykke sundhedstilbud tættere på borgerne, sikre sammenhæng i behandlingsforløb, og at flere forløb starter og afsluttes i det almene sundhedsvæsen tæt på borgerne og ikke på sygehusene.

Det kan eksempelvis være nye rammer for det styrkede almenmedicinske tilbud og fremskudte sygehusfunktioner fx røntgen og blodprøver eller andre sundheds- og plejeindsatser fx genoptræning eller patientrettet forebyggelse.

Der kan både være tale om nærhospitaler/sundhedshuse, der samler flere funktioner på én eller flere adresser. Og det kan være både kommunale og regionale tilbud.

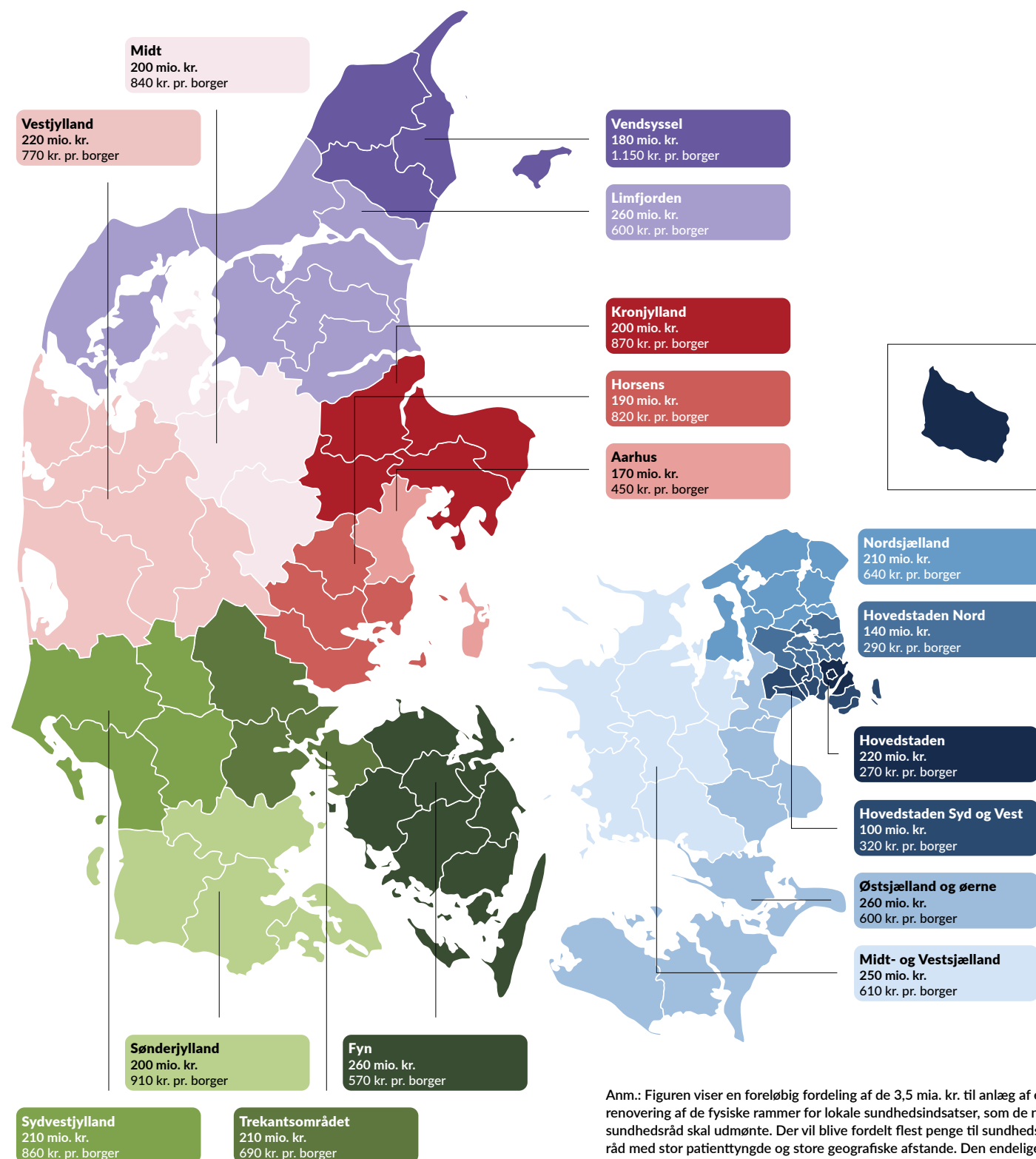
Den konkrete sammensætning af tilbud i sundhedshusene skal være fleksibel og kunne tilpasses ud fra lokale ønsker og behov. Det betyder, at de fysiske rammer tænkes sammen med øvrige sociale-, sundheds- eller civilsamfundsindsatser i lokalområdet. De kan desuden både bestå af en fysisk matrikel eller som "murstensløse tilbud" med fx digitale tilbud eller udgående funktioner. Sundhedshusene skal sætte rammerne for gode og innovative løsninger og danne ramme for attraktive arbejdspladser for sundhedspersonale.

Der er afsat 3,5 mia. kr. i 2027-2031 til anlæg af eller renovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser, som de nye sundhedsråd skal udmønte. Der vil blive fordelt flest penge til sundhedsråd med stor patienttyngde og store geografiske afstande.



Figur 20

Foreløbig fordeling af midler til bedre lokale fysiske rammer, fordelt på sundhedsråd



Anm.: Figuren viser en foreløbig fordeling af de 3,5 mia. kr. til anlæg af eller renovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser, som de nye sundhedsråd skal udmønte. Der vil blive fordelt flest penge til sundhedsråd med stor patienttyngde og store geografiske afstande. Den endelige fordeling afventer udvikling af en ny model for beregning af patienttyngde. Tallene er afrundet.



Tema 7:

Mere behandling i eller tæt på eget hjem

Regeringen vil flytte sundhedsvæsenet tættere på borgerne og sikre, at langt mere behandling kan foregå i eller tæt på eget hjem. Flere skal fremover kunne få behandling i vante rammer i hjemmet tæt på venner og familie. De nye sundhedsråd skal være med til at sikre, at det sker.

De fleste mennesker ønsker ikke at komme på sygehuset, hvis det kan undgås. Samtidig oplever flere at blive indlagt for sygdomme og tilstande, der kunne være behandlet eller ligefrem forebygget i eller tæt på eget hjem.

Målet med at flytte mere behandling, omsorg og pleje tættere på borgerne er, at flere borgere skal opleve trygge og sammenhængende behandlingsforløb og undgå at blive unødigt indlagt på sygehusene. Allerede i 2035 vil der være 250.000 flere ældre borgere over 65 år, og det er særligt de ældre borgere, der vil have gavn af ikke at skulle på sygehuset for at få behandling, da unødige indlæggelser kan svække deres sundhedstilstand yderligere. Også borgere med kronisk sygdom og borgere med psykisk lidelse, vil have gavn af mere behandling i eller tæt på eget hjem, så deres hverdag påvirkes mindst muligt af sygdommen. Det kræver, at sygehusene får en mere udadvendt rolle og understøtter egen læge og kommunerne i behandlingen og plejen af borgerne.

I fremtiden skal mere behandling derfor foregå i eller tæt på borgerens eget hjem. Det kan ske både ved fysiske hjemmebesøg og ved brug af digitale løsninger. Det vil muliggøre, at udskrivelse fra

sygehus forløber mere sikkert med mindre risiko for genindlæggelse. Det vil samtidig give borgeren større mulighed for at tage aktiv del i sit behandlingsforløb i trygge rammer og frigive tid hos sundhedspersonalet på sygehusene.

Regeringen ønsker bedre kvalitet i den sundhedsfaglige indsats i kommunerne. Det skal ske som led i det samlede løft af den kommunale sundhedsindsats via sundhedsrådene. Målet er at tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen blandt sundhedsvæsenets aktører og løfte og ensarte kvaliteten i de sundhedsfaglige indsatser, som i dag er for forskellig (læs mere i tema 1).

Regeringen ønsker bedre kvalitet i den sundhedsfaglige indsats for borgerne i socialpsykiatrien. En stærkere forebyggende og behandlende indsats for beboere på botilbud skal sikre, at både psykisk og somatisk sygdom opdages og behandles mere effektivt end i dag. Der er behov for fokus på borgerens behov for sammenhæng og koordination mellem eksempelvis botilbud, det almenmedicinske tilbud og behandlingspsykiatrien.

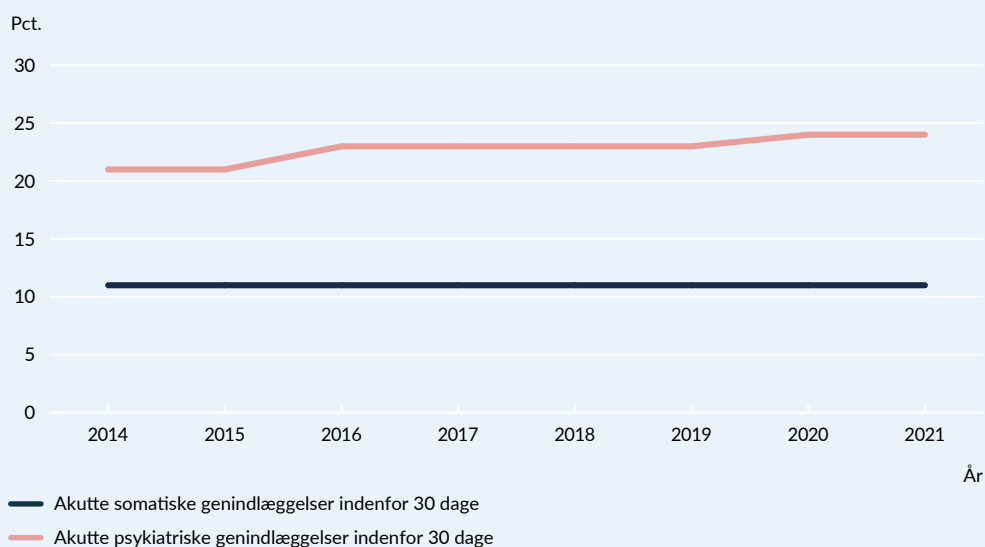
Det skal ske gennem det samlede løft af den kommunale sundhedsindsats via sundhedsrådene.





Figur 21

Udvikling i somatiske og psykiatriske genindlæggelser



Anm.: Genindlæggelsesfrekvensen er beregnet som andelen af indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage. Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal før og efter 2019 skal foretages med ekstra varsomhed. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.



Initiativ 7.1



Hjemmebehandlingsteams i hele landet

Regeringen vil investere i, at langt mere behandling kan foregå i borgerens eget hjem. Målet er, at flere borgere modtager en rettidig indsats i eget hjem inden borgerens tilstand bliver så kritisk, at der er behov for indlæggelse på sygehus.

Regionerne skal med nye hjemmebehandlings-teams udbygge og understøtte døgndækkende hjemmebehandling med flere sundhedsfaglige medarbejdere, som fx kan monitorere borgerens tilstand digitalt og køre ud i borgerens hjem og assistere med behandling og tidlige indsatser. Det skal konkret aftales i sundhedsrådene. Opgaverne vil efter aftale også kunne løses af de kommunale

medarbejdere fx sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som i forvejen er i borgerens hjem fx som led i helhedsplejen på ældreområdet, med relevant sparring og oplæring fra de nye hjemmebehandlingsteams. De nye teams kan samtidig kobles til relevante dele af den nuværende opgaveløsning på det præhospitale område. Det skal ses i forlængelse af, at akutsygeplejen flyttes fra kommunerne til sundhedsregionerne, der således kan planlægge indsatserne i eget hjem i sammenhæng.

Det kan være relevant med offentligt/privat samarbejde om løsninger.

Initiativ 7.2



Sygehuse skal have behandlingsansvar 96 timer efter udskrivning

Regeringen vil udvide ordningen om 72 timers behandlingsansvar. Det skal ske som led i det samlede løft af den regionale sundhedsindsats via sundhedsrådene. Målet er at skabe tryggere overgange mellem hospitaler og det nære sundhedsvæsen, reducere genindlæggelser og understøtte sammenhængende patientforløb og kommunikation mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer. Det skal ske som led i det samlede løft af den regionale sundhedsindsats via sundhedsrådene.

Sygehuse skal have et større ansvar for borgerne efter udskrivelse og understøtte det almenmedicinske tilbud og sundhedspersonalet i kommunerne og borgerens hjem. Ordningen skal udvides til 96 timer og omfatte en større gruppe patienter. Det skal aftales nærmere mellem relevante parter, hvilke konkrete patientgrupper ordningen skal udvides til. Regeringen lægger op til, at ordningen udvides til at omfatte ældre patienter på akutmodtagelser og psykiatriske patienter.

Initiativ 7.3



Fasttilknyttet læge på botilbud

Regeringen vil sikre, at beboere på botilbud får tilbud om at vælge en læge, som er fasttilknyttet botilbuddet. Målet er at sikre en stærkere forebyggende og behandlende indsats for beboere på botilbud, så både psykisk og somatisk sygdom opdages og behandles mere effektivt end tidligere.

Med initiativet vil regionen blive forpligtet til at sikre fasttilknyttet almenmedicinsk lægehjælp som en del af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud. Hvilke botilbud, der skal være omfattet af ordningen, bl.a. om der er tale om midlertidige eller længerevarende tilbud, fastlægges nærmere.

Initiativ 7.4



Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien

Regeringen vil styrke udbredelsen af digitale løsninger i psykiatrien ved at bygge oven på indsatsen fra Aftale om en bedre psykiatri fra 2023. Målet er at sikre øget tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp samt afhjælpe det aktuelle kapacitetspres, som psykiatrien står over for. Konkret skal udbredelsen af digitale løsninger bl.a. medvirke til, at mistrivsel eller lettere psykiske lidelser ikke forværres og kræver yderligere specialiseret behandling.

Med Aftale om en bedre psykiatri blev Internetpsykiatrien, som varetages af Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark, styrket. Med dette initiativ kan der bygges oven på indsatsen ved bedre brug af digitale løsninger i psykiatrien. Det kan eksempelvis ske ved yderligere at øge behandlingskapaciteten i Internetpsykiatrien varetaget af Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark.



Tema 8:

Lige muligheder for et sundere liv

Der er flere borgere med kroniske sygdomme end nogensinde før, og den sociale ulighed i sundhed er stigende. Målet er derfor i langt højere grad at forebygge de sygdomme, der kan forebygges, så flest mulig kan leve det liv, de ønsker, med et aktivt familie-, uddannelses- og arbejdsliv.

Et stigende antal danskere får sygdomme som kræft, KOL og diabetes, som kunne have været forebygget. Samtidig rammer sygdom og dødelighed i højere grad mennesker med lavere indkomst og kortere uddannelse. Fra 2015 til 2023 er antallet af personer med KOL steget med 14 pct., og antallet af personer med type 2 diabetes er steget med 24 pct. Det er samtidig dokumenteret, at 40 pct. af alle kræfttilfælde kan forebygges.

Der er brug for et tværgående fokus på at styrke danskernes sundhed og mindske uligheden i sundhed. Det skal ske ved at indføre en folkesundhedslov, som styrker kommunernes arbejde med forebyggelse på tværs af sektorer med fokus på sunde rammer for danskernes hverdag med henblik på mere effektiv og målrettet forebyggelse.

Det kræver ressourcer at træffe sunde valg. De ressourcer kan være svære at finde, særligt hvis man er i en mindre privilegeret social eller økonomisk position. Strukturel forebyggelse handler om at skabe samfundsmæssige rammer og vilkår, der fremmer et godt helbred. Det kan være byrum, der understøtter bevægelse fx gode cykelstier og legepladser, eller det kan være sund kost i daginstitutioner eller noget helt tredje. Det står kommunerne frit for at målrette indsatserne til netop de behov og udfordringer, der er lokalt. Sundhedsstyrelsen vil revidere de eksisterende forebyggelsespakker, så det bliver enklere for kommunerne at prioritere indsatserne og arbejde målrettet og effektivt med borgernes sundhed.

Sunde rammer gavner bredt, men kommer i særdeleshed dem med få ressourcer til gavn ved at gøre det lettere at træffe sunde valg.



Figur 22

Udvikling i borgere med KOL og type 2 diabetes

+14%

**Antallet af personer med KOL er steget
med 14 pct. fra 2015 til 2023.**

+24%

**Antallet af personer med type 2 diabetes er steget
med 24 pct. fra 2015 til 2023.**

Anm.: Opgørelsen viser estimerede antal personer med KOL og type 2 diabetes. Opgørelsen estimeres på baggrund af medicinforbrug og kontakter med sundhedsvæsenet.

Kilde: Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.



Initiativ 8.1

Indførelse af en folkesundhedslov

Regeringen vil indføre en folkesundhedslov, som styrker kommunernes arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme på tværs af velfærdsområder. Målet er at sikre alle borgere gode forudsætninger for at leve et sundt og langt liv.

Folkesundhedsloven vil forpligte kommunerne til at arbejde systematisk med at styrke folkesundheden og mindske ulighed i sundhed, uden at det indebærer øget administration for kommunerne. Folkesundhedsloven vil udgøres af en ændring af §119 i Sundhedsloven.

For at komme bedst muligt i mål lægges der op til, at kommunerne arbejder systematisk med forebyggelsen med frihed til at iværksætte netop de indsatser, der har effekt i forhold til de udfordringer, der identificeres lokalt – på tværs af forvaltningsområder og med inddragelse af civilsamfundet, almene boligorganisationer, lokale virksomheder m.fl.



Tema 9: **Økonomi og implementering**

Regeringen vil med sundhedsreformen investere markant i sundhedsvæsenet. Samlet etableres en årlig ramme på 6,4 mia. kr. frem mod 2030 – 2,7 mia. kr. gennem delvis målretning af demografi-løft til regioner og kommuner og en prioritering på yderligere 3,6 mia. kr. oven i. Det nære sundhedsvæsen skal udbygges, hvor der er mest behov. Det betyder blandt andet, at der skal være flere læger i det alment medicinske tilbud, og at kvaliteten skal styrkes gennem tværgående kvalitetsstandarder. De nye sundhedsråd får en nøglerolle i forhold til at prioritere og udmønte investeringerne ud fra lokalt kendskab til behovet.

Regeringen vil følge implementeringen af reformen tæt efter indgåelsen af en politisk aftale. Det er regeringens holdning, at reformen først er endeligt i mål, når den er forankret på de enkelte sygehusafdelinger, hjemmebehandlingsteams, i kommunale og regionale nære sundhedsindsatser og i praksissektoren. Det vil sige, når borgerne mærker et løft af kvaliteten.

Samlede investeringer i sundhed i 2030

Med den samlede sundhedsreform foreslår regeringen at investere markant i sundhedsvæsenet.

Med udspillet etableres en samlet økonomisk ramme på 6,4 mia. kr. årligt (2030-niveau). For det første vil regeringen prioritere 3,6 mia. kr. årligt til sundhed ved fuld indfasning i 2030. For det andet vil regeringen målrette yderligere samlet 2,7 mia. kr. årligt til nære sundhedsindsatser fra de midler, der afsættes til kommuner og regioner, i takt med at der bl.a. kommer flere ældre. På den måde sættes en større del af investeringerne dér, hvor de gør størst gavn.

Et hovedfokus i reformen er at sikre en stærk investeringsmotor for den nødvendige oprustning af det nære sundhedsvæsen gennem sundhedsrådene. Ud af rammen vil regeringen foretage en massiv målretning på 4,3 mia. kr. i 2030, som via de nye sundhedsråd skal sikre en bedre balance i vores sundhedsvæsen. De resterende 2,1 mia. kr. årligt (2030-niveau) prioriteres til konkrete indsatsområder. Dette uddybes nedenfor.

Ny investeringsmotor for nære indsatser i sundhedsvæsenet

Sundhedsrådene får økonomi og beslutningskompetence til at skabe flere tilbud tæt på borgerne (se også *initiativ 1.4 Ny investeringsmotor for nære indsatser i sundhedsrådene*). En massiv samlet økonomisk ramme til investeringer på 4,3 mia. kr. skal gøre det muligt for sundhedsrådene at udbygge det nære sundhedsvæsen, understøtte målsætning om mindst 5.000 læger i det alment medicinske tilbud i 2035 samt omsætte nationale tværgående kvalitetsstandarder til lokale behov. Af den samlede investering målrettes 2,4 mia. kr. til indsatser i det nære regionale sundhedsvæsen, mens 1,9 mia. kr. målrettes tiltag i den kommunale sundhedsindsats.



Målretning til det nære regionale sundhedsvæsen på 2,4 mia. kr. i 2030

Der målrettes 2,4 mia. kr. årligt i 2030 til investering i udbygning af det nære regionale sundhedsvæsen. Heraf tilvejebringes 2,2 mia. kr. gennem en målretning af en andel på 75 pct. af det løft, der hvert år afsættes til regionerne til at dække udgifterne til, at der kommer flere ældre. Målretningen afspejler, at regionerne skal have et styrket fokus på at prioritere det nære sundhedsvæsen, herunder udbygningen af det almenmedicinske tilbud. Gevinsten ved omstillingen af sundheds-

væsenet kan ikke forventes fuldt realiseret fra dag ét, og målretningen indføres derfor med 65 pct. i 2027 og 75 pct. i 2028 og frem for at bidrage til, at sygehusene i omstillingsfasen har tilstrækkelig kapacitet til at håndtere patienter, indtil flere kan behandles i det nære sundhedsvæsen. Der fastsættes årligt lofter for de maksimale sygehusudgifter, mens der omvendt ikke fastsættes et årligt loft for de nære sundhedsindsatser.



Målretning til det kommunale sundhedsvæsen på 1,9 mia. kr. i 2030

Der målrettes 1,9 mia. kr. årligt i 2030 til investering i udbygning af de nære tilbud i kommunerne, heraf 0,5 mia. kr. til udmøntning af nationale tværgående kvalitetsstandarder. Fordelingen af rammen fastlægges statsligt og vil bl.a. tage højde for forskelle i patienttyngde og demografi.

En andel på 0,6 mia. kr. tilvejebringes som medfinansiering gennem en målretning af en del af det løft, der hvert år afsættes til kommunerne til

at dække udgifterne ved, at der kommer bl.a. flere ældre.

Målretningen af demografiløftet indføres med 5 pct. i 2027, 7 pct. i 2028, 8 pct. i 2029 og 10 pct. i 2030. Målretningen skal styrke de kommunale sundhedsindsatser og prioriteres på tværs af kommunerne efter behov med en hensigt om, at de skal komme alle kommuner til gavn, som det også gælder i dag.

Udover de afsatte midler til sundhedsrådene prioriteres der 2,1 mia. kr. (2030-niveau) til en række konkrete indsatsområder:

Ny organisering: Implementering af digitalisering, Center for Sundhedsinnovation og etablering af prioriteringsråd

15 mio. kr. i 2025, 50 mio. kr. årligt fra 2026 til 2028 og 45 mio. kr. årligt fra 2029 til bl.a. implementering af Digital Sundhed Danmark, Nyt Nationalt Prioriteringsråd, Nationalt Center for Sundhedsinnovation og styrket infrastruktur til datadeling.

Flere læger og bedre fordeling samt styrkelse af sundhedsvæsenet, hvor behovet er størst

180 mio. kr. i 2025, 220 mio. kr. i 2026 og 40 mio. kr. årligt fra 2027 til økonomisk støtte til områder med svag lægedækning og flere pladser på medicinuddannelsen uden for de største byer, herunder styrket regional forankring på Sjælland.

Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom

130 mio. kr. i 2027 stigende til 550 mio. kr. i 2031 og 390 mio. kr. årligt fra 2034 og frem til kronikerpakker.

Frit valg og styrkede patientrettigheder

5 mio. kr. i 2026, 180 mio. kr. i 2027, 275 mio. kr. i 2028, 360 mio. kr. i 2029 og 365 mio. kr. årligt fra 2030 til frit valg på sundheds- og omsorgspladser, ret til hurtig behandling hos praktiserende speciallæge, sammenhæng mellem sygepleje og helhedspleje og foranalyse vedr. digital fordør.

Mere behandling i eller tæt på eget hjem

2 mio. kr. i 2026, 745 mio. kr. i 2027 og 780 mio. kr. årligt fra 2028 og frem til bl.a. hjemmebehandlingsteams, bedre kvalitet på regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling, fasttilknyttet læge på botilbud og styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien.

Lige muligheder for et sundere liv

250 mio. kr. årligt fra 2027 og frem til at styrke kommunernes arbejde med forebyggelse på tværs af sektorer med fokus på sunde rammer for danskernes hverdag i forbindelse en ny folkesundhedslov.

Den samlede reformøkonomi er afspejlet i tabel 1.



Tabel 1

Oversigt over den samlede økonomi i sundhedsudspillet

Mio. kr. 2025-PL	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Investeringer i de nye sundhedsråd	-	-	1.065	2.050	3.065	4.265
Ramme til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene	-	-	575	1.000	1.255	1.890
Udmøntning af nationale tværgående kvalitetsstandarder	-	-	250	500	500	500
Målretning af midler til kommunal demografi ¹	-	-	75	200	360	560
Udbygning af det regionale nære sundhedsvæsen og flere læger i det almenmedicinske tilbud	-	-	490	1.050	1.815	2.375
Målretning af midler til regional demografi ¹	-	-	490	1.050	1.615	2.175
Konkrete indsatsområder	195	300	1.400	1.705	1.925	2.090
Ny organisering: Implementering af digitalisering, Center for Sundhedsinnovation og etablering af prioriteringsråd	15	50	50	50	45	45
Flere læger og bedre fordeling samt styrkelse af sundhedsvæsenet, hvor behovet er størst	180	220	40	40	40	40
Økonomisk støtte til områder med svag lægedækning, herunder til uddannelseslæger	95	185	20	20	20	20
Flere pladser på medicinuddannelsen uden for de største byer, herunder styrket regional forankring på Sjælland	85	35	20	20	20	20
Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom	-	-	130	300	450	460
Bedre tilbud til mennesker med kronisk sygdom i det nære sundhedsvæsen ²	-	-	130	300	450	460
Frit valg og styrkede patientrettigheder	-	5	180	275	360	365
Frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser og ret til hurtig behandling hos praktiserende speciallæge	-	-	180	260	345	350
Mere frit valg og sammenhæng mellem sygepleje og helhedspleje	-	-	-	15	15	15
Vision om digital fordør	-	5	2	-	-	-
Mere behandling i eller tæt på eget hjem	-	2	745	780	780	780
Fasttilknyttet læge på botilbud og styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien	-	2	2	30	30	30
Hjemmebehandlingsteams i hele landet	-	-	200	200	200	200
Bedre kvalitet på regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling	-	-	545	550	550	550
Lige muligheder for et sundere liv	-	-	250	250	250	250
Indførelse af en folkesundhedslov	-	-	250	250	250	250
Reserve	-	20	1	5	-	150
Driftsudgifter i alt	195	300	2.465	3.750	4.995	6.355
Finansiering	195	300	2.465	3.750	4.995	6.355
FFL25 ³	195	185	175	180	400	400
Bortfald af opgaver inden for regional udvikling	-	110	225	225	225	225
Råderum til at målrette andel af det demografiske træk ¹	-	-	565	1.250	1.970	2.735
Råderum til udgifter ekskl. det demografiske træk	-	-	1.500	2.100	2.400	3.000
Anlægsrammer	27,5 mia. kr. i alt for perioden 2026-2035					
Ramme til investeringer i moderne sygehuse	22 mia. kr. i 2026-2035					
Ramme til investeringer i udbredelse af nye digitale løsninger i regi af Digital Sundhed Danmark og Nationalt Center for sundhedsinnovation	2 mia. kr. i 2026-2035					
Investeringer i bedre fysiske rammer for lokale sundhedshuse (sundhedsråd – skævnedeles) ⁴	3½ mia. kr. i 2027-2031					

Anm.: Afrundet til nærmeste 5 mio. kr. Såfremt udgiften er lavere end 2,5 mio. kr. vises det præcise tal i mio. kr.¹⁾ Det demografiske træk opdateres løbende forud for ØA-processen og vil blive udmøntet årligt med ØA-aftalerne. Det faktiske tal kan derfor ændres.
²⁾ Kronikkerpakkerne medfører udgifter stigende til 550 mio. kr. i 2031 og 390 mio. kr. årligt fra 2034 og frem. ³⁾ Rammen fra FFL25 til sundhed er teknisk videreført i 2029-2030. ⁴⁾ Der er tale om prioritering af tidligere afsatte midler som led i aftale om sundhedsreform af maj 2022.

Kilde: Egne beregninger

Samtidig afsættes der samlet 27,5 mia. kr. til bedre fysiske og teknologiske rammer i sundhedsvæsenet over de næste 10 år, heraf 22 mia. kr. til en sundhedsfond til ekstraordinære investeringer i moderne sygehuse og apparatur, 2 mia. kr. til udrulning af nye innovative løsninger i sundhedsvæsenet og 3,5 mia. kr. til investeringer i bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser. Sundhedsrådene står for at udmønte pengene til de lokale sundhedsindsatser, og flest penge tildeles sundhedsråd med stor sygdomsbyrde og store geografiske afstande.

Reformen vil samlet set medføre et fald i administrationen på tværs af forvaltningsniveauer og -organisationer. Dette skyldes bl.a. administrative tilpasninger som følge af opgavebortfald i regionerne vedrørende regionale udviklingsopgaver.

Der vil også være administrative besparelser ved sammenlægningen af Region Sjælland og Region Hovedstaden, som regeringen lægger op til skal komme patienterne til gavn i regionen.

Senere på året præsenterer regeringen et samlet udspil til en 10-årsplan for psykiatrien, der samlet løfter området med 3,2 mia. kr. i 2030. Dermed er psykiatrien løftet med mere end 4,3 mia. kroner i årligt niveau siden 2019.

Finansiering

Driftsudgifterne til reformen finansieres af afsatte midler på finansloven for 2025, som er teknisk videreført på 0,4 mia. kr. i 2030, besparelser ifm. opgaveflytning og -bortfald inden for det regionale udviklingsområde på 0,2 mia. kr. i 2030 samt et samlet råderumstræk på 5,7 mia. kr. i 2030, heraf 2,7 mia. kr. til at dække målretning af andel af demografisk træk samt 3,0 mia. kr. til driftsudgifter ekskl. demografisk træk. Råderumstrækket håndteres inden for de udgiftsmæssige rammer frem mod 2030 (finanspolitisk råderum).

Rammerne til anlægsinvesteringer finansieres af den samlede afsatte ramme til offentlige investeringer frem mod 2030 samt af de midler, der vi blive afsat til investeringer i en kommende økonomisk plan i årene efter 2030.

Økonomi vedr. opgaveflytning

På tværs af sundhedsreformen er der opgaveflytninger fra kommunerne til regionerne for op til 5 mia. kr. Det gælder flytning af ansvar for akut-sygepleje, hovedparten af de midlertidige pladser, patientrettet forebyggelse, specialiseret rehabilitering og dele af den avancerede genoptræning. Der vil blive igangsat et fagligt arbejde med henblik på at fastlægge det nærmere omfang af ansvaret for opgaver, der skal overdrages til regionerne, og deraf følgende ændringer i finansieringen. Der flyttes også opgaver fra regioner til kommuner vedrørende grænseoverskridende samarbejder samt på kulturområdet.

Derudover foreslår regeringen, at en række opgaver knyttet til regionernes regionale udviklingsstrategier og aktiviteter knyttet hertil bortfalder. Penge fra opgavebortfald bliver på sundhedsområdet til at finansiere den samlede reform.

Finansieringsudvalgsarbejde vedr. den kommunale finansiering og udligning

Regeringen vil i forlængelse af sundhedsreformen igangsætte et arbejde under Indenrigs- og Sundhedsministeriets Finansieringsudvalg med henblik på at forberede ændringer i udligningssystemet, hvor der vil kunne inddrages seneste reformer mv. med betydning for kommunernes fremtidige udgifter og skatteindtægter. Kommissorium for Finansieringsudvalget vil foreligge medio 2025 med henblik på afrapportering senest ultimo 2027. Der vil i en overgangsperiode blive etableret en likviditetsneutral overgangsordning med henblik på at håndtere byrdefordelingsmæssige konsekvenser af opgaveflytningen og bortfald af den kommunale medfinansieringsordning, hvilket indebærer et bortfald af kommunernes løbende betalinger til regionerne for årligt ca. 26 mia. kr.

Finansieringsmodel for de fire nye regioner

Regionerne er finansieret af statsligt bloktilskud, som fordeles til hver region efter et opgjort udgiftsbehov, der skal afspejle forskelle i opgavebyrden. Med sundhedsreformen foreslås sammenlægning af to regioner, og der foreslås ændringer i opgaverne med henblik på at sikre bedre sammenhæng mellem ressourcer og bl.a. socioøkonomisk betingede forskelle. Regionernes fremtidige finansieringsmodel skal kunne understøtte disse ændringer.

En ny finansieringsmodel for de fire regioner baseres på en videreførelse af den gældende finansieringsmodel og tilpasset ændringer i forvaltningsstruktur og opgavefordeling. Med afsæt i en analyse, hvor de eksisterende fordelingskriterier gennemgås og revideres, og evt. nye kriterier analyseres, udarbejdes et oplæg til en ny finansieringsmodel, med henblik på at der kan lovgives herom forud for tilskudsudmeldingen i foråret 2026.

Som et element i en ny finansieringsmodel øges grundtilskuddet på sundhedsområdet til den enkelte region til fordel for mindre regioner.

Implementering af sundhedsreformen

Sundhedsreformen omfatter en stor og vigtig opgave med implementering. Det grundige arbejde og store engagement fra personer i og omkring sundhedsvæsenet, der danner grundlaget for en reform, skal i sidste ende også føre til de ønskede forandringer i sundhedsvæsenet til gavn for borgere og patienter.

Implementeringen hviler på, at dygtige ledere og medarbejdere på sygehuse, i kommuner og praksissektor bidrager med indsatser og viden. Regeringen vil blandt andet understøtte og bidrage til dette arbejde gennem en række målrettede initiativer, der skal skabe de bedst mulige forudsætninger for en vellykket implementering og opfølgning.

Samtidig er det urealistisk at tro, at der ikke vil opstå udfordringer eller spørgsmål undervejs. Det handler i stedet om at bringe disse hurtigst muligt frem i lyset, så de kan løses i tæt samarbejde og dialog.

Regeringen lægger op til en inddragende proces for implementering. Der skal nedsættes et partnerskab mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand), Danske Regioner, KL, regioner og et repræsentativt udsnit af kommunerne. Samtidig skal der også nedsættes en følgegruppe med væsentlige interessenter på sundhedsområdet. Formålet er at understøtte implementeringsprocessen, drive omstillingen fremad og at sikre løbende status og videndeling på tværs af sundhedsvæsenet.

I overensstemmelse med sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger etableres der også et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren til blandt andet at betjene de to samarbejdsfora og sikre et overblik og en plan, som gør, at der er fokus på alle de enkelte dele af reformen.

Implementering af den udvalgte, centrale initiativer

Den nye forvaltningsmodel indebærer, at Region Sjælland og Region Hovedstaden lægges sammen til en ny Region Østdanmark, at de øvrige tre regioner beholder deres nuværende geografiske grænser, at der etableres 17 sundhedsråd, samt at der bl.a. sker en flytning af opgaver fra kommuner til de nye regioner samt mindre opgaver fra de nuværende regioner til kommunerne.

De nye myndigheder overtager opgaverne pr. 1. januar 2027, og 2026 vil derfor være et overgangsår. Der er valg til de nye regionsråd i november 2025.

I Region Sjælland og Region Hovedstaden vil de eksisterende regionsråd blive videreført et ekstra år for at varetage driften frem til 2027. Det nyvalgte regionsråd for den kommende Region Østdanmark vil i 2026 fungere som et forberedende udvalg, som skal forberede opgaveændringerne med reformen. For Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland vil de nyvalgte regionsråd i 2026 både varetage driften i regionen samt fungere som forberedende udvalg. Nedenfor fremgår en tabel med tidspunkter for, hvornår udvalgte, centrale initiativer i sundhedsreformen skal træde i kraft.



Tabel 2

Tidspunkter for ikræfttrædelse af udvalgte, centrale initiativer

Initiativer	2025	2026	2027
Forvaltningsmodel	Lovgivning om bl.a. nye myndigheder med effekt fra 1. januar 2027 samt overgangssår og forlængelse af periode for eksisterende regionsråd i Østdanmark i 2026 forventes fremsat forår 2025 mhp. vedtagelse juni 2025. Valg til nye regionsråd tirsdag den 18. november 2025.	De nuværende regionsråd for Hovedstaden og Sjælland fortsætter indtil ultimo 2026, hvor de vil varetage driftsopgaver. Det nyvalgte regionsråd for Østdanmark fungerer som forberedelsesudvalg for den nye region (regionsråd, sundhedsråd, forvaltning m.v.) i 2026. De nyvalgte regionsråd i øvrige regioner varetager både driftsopgaver samt fungerer som forberedelsesudvalg for reformen i 2026.	De nye sundhedsråd virker fra 1. januar 2027. Det nye regionsråd for Østdanmark fungerer som regionsråd for den nye region fra 1. januar 2027. De nye regionsråd for øvrige regioner fungerer som regionsråd for de nye regioner fra 1. januar 2027.
Flytning af dele af regionernes øvrige opgaver	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.	Opgaveoverdragelse forventes at træde i kraft den 1. januar 2026.	
Flytning af opgaver fra kommuner til regioner (akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræning m.v.)	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.	Opgaveoverdragelse forventes at træde i kraft den 1. januar 2026.	
Styrket almen medicin	Lovforslaget om styrket kapacitet, bedre fordeling af læger samt flere og nye klinikformer forventes fremsat marts 2025. Initiativerne forventes at træde i kraft den 1. juli 2025.		Ny honorarstruktur, aftalemodel og nationalt fastsat opgavebeskrivelse og styrket kompetence til regionerne til at lede og følge op på nationale krav træder i kraft.
Kronikerpakker			Den første kronikerpakke forventes implementeret fra 2027.
National drifts- og udviklingsorganisation for digitalisering og data (Digital Sundhed Danmark) og Nationalt Center for Sundhedsinnovation	Lovforslag forventes fremsat 2. halvår 2025.	Lovgivningen forventes at træde i kraft den 1. januar 2026. Organisationen etableres i løbet af 2026. Derefter kan organisationen udbygges trinvis med flere opgaver.	
National sundhedsplan	Sundhedsstyrelsen udarbejder udkast til national sundhedsplan.	Aftalen indgås mellem regeringen og relevante myndigheder i 2026.	National sundhedsplan forventes at gælde fra 2027.
Indførelse af folkesundhedslov	Lovforslag forventes fremsat i oktober 2025.		Lovgivningen forventes at træde i kraft den 1. januar 2027.





