

Regeringen

Sundhed tæt på dig

Del 1



SEPTEMBER 2024

Henvendelse om publikationen kan ske til:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K

Tlf. 72 26 90 00

ISBN-13 978-87-94224-75-8 (digital version)

ISBN-13 978-87-94224-74-1 (trykt version)

Design BGRAPHIC

Foto 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

| | |
|--|----|
| Sundhed tæt på dig | 5 |
| Overblik over reformens initiativer | 10 |
| Lægereform | 13 |
| Kronikerpakker og nye patientrettigheder | 21 |
| Behandling tættere på | 25 |
| Ny struktur i sundhedsvæsenet | 33 |
| Reformøkonomi | 45 |



Sundhed tæt på dig

Knap 50.000 danskere forventes i år at få at vide, at de desværre har kræft.

For bare 20 år siden var det for mange en dødsdom. Dengang måtte man vente; først på at få diagnosen, så på at blive behandlet. Danmark var det land i Norden, hvor færrest overlevede en kræftsygdom.

Sådan er det ikke længere. Rammes man af kræft, får man i de allerfleste tilfælde en hurtig og professionel behandling med det resultat, at langt flere overlever.

Siden årtusindeskiftet har vi været igennem det, vi kan kalde den første etape af sundhedsvæsenets udvikling. Der er indført patientrettigheder, frit valg, kræftpakker, behandlingen er blevet yderligere specialiseret, der er bygget supersygehuse og investeret hundredvis af millioner i moderne udstyr. Og så har vi kompetent og veluddannet personale.

Nu er der behov for en anden etape. En udvikling af sundhedsvæsenet, der styrker egen læge og de nære tilbud, som er den del af indsatsen, der ligger uden for sygehusene. Det kan illustreres med ét eksempel.

Hver dag dør i gennemsnit ti danskere, fordi de har fået lungesygdommen KOL. Sygdommen gør det svært at trække vejret, man har åndenød og daglige hosteanfald.

Mange med KOL oplever, at de først behandles hos lægen, så på sygehuset, og så hjemme – og de oplever, at ingen tager ansvar for at sikre en sammenhængende indsats.

Selvom KOL ikke kan helbredes, så kan man med den rette hjælp og støtte i mange tilfælde bremse og leve med sygdommen. Men i dag er der for mange, som ikke får den hjælp, de har brug for i hverdagen. Resultatet er ofte, at deres sygdom forværres, og de havner alt for ofte i en hospitals-seng.

Situationen for mennesker med KOL er desværre ikke enestående. Hver femte dansker lever med én eller flere kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme – som også omfatter for eksempel diabetes, hjertesygdom, demens og leddegigt – er netop kroniske, fordi man typisk skal leve med sygdommen resten af livet. De påvirker ens liv og betyder, at mange har brug for sundhedsvæsenet resten af livet.

Nogle af problemerne inden for kronikerområdet er de samme, som de var inden for kræftområdet for 20 år siden. At sygdommen opdages for sent. Og at man i høj grad er overladt til selv at finde rundt i sundhedsvæsenet; mellem egen læge, kommune og sygehus.

Men hvor den specialiserede behandling på sygehusene stod helt centralt for at nedbringe dødeligheden af kræft, så er svaret et andet end den specialiserede behandling på sygehusene, når det gælder kroniske sygdomme. Dertil kommer forholdet, at vi bliver flere ældre, der får behov for hjælp – uden at der er flere til at hjælpe dem.

Og som det er nu, er sundhedsvæsenet ikke gearret til at tackle den udfordring.

Et nært sundhedsvæsen, der er tilstede tæt på borgerne

Regeringens sundhedsreform udstikker den overordnede retning for den næste store udvikling af sundhedsvæsenet.

Antallet af borgere med psykiske lidelser er steget i løbet af de seneste år. I 2035 vil vi være ca. 160.000 flere ældre over 80 år. Flere vil leve med én eller flere kroniske sygdomme.

Samtidig vil der være flere ældre, der stopper på arbejdsmarkedet, end der kommer unge ind på arbejdsmarkedet. Det vil vi også kunne mærke i sundhedsvæsenet.

Der vil især mangle social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter.

Vores forventninger til, hvad sundhedsvæsenet skal kunne, vil stige.

Og gør vi ikke noget. Så vil de steder i Danmark, hvor flest af os er syge – i endnu højere grad end i dag – være de samme steder, hvor der er færrest læger.

Alt det forstærker en ulighed, der allerede er udtalt i sundhedsvæsenet. Geografisk og socialt. Hvor dem, der bor langt fra de større byer eller har levet et hårdere liv, har adgang til en dårligere behandling end andre.

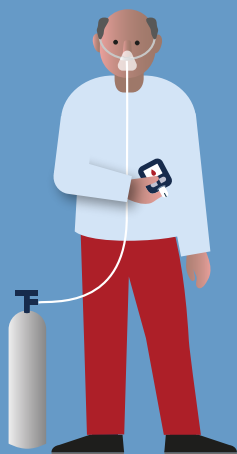
Den struktur, vi har nu, har gjort sygehusene til en magnet, der tiltrækker økonomi, kvalitet og personale. Det har været godt og nødvendigt.

Men samtidig er der ikke en ligeså stærk magnet i de nære sundhedstilbud uden for sygehusene for de patienter med problemer og sygdomme, der kunne få bedre og hurtigere hjælp uden at blive indlagt. Enten hos ens egen læge, i et lokalt sundhedstilbud tæt på ens bopæl eller sågar i ens eget hjem.

Derfor er der nu behov for at skabe den nye magnet, der trækker økonomi, kompetencer og personale tættere på danskerne. Og som gør, at vi finder nye måder at tilbyde borgere og patienter behandling, pleje og omsorg.

Det er netop målet med regeringens sundhedsreform: At udvikle et nært sundhedsvæsen, der er til stede dér, hvor borgerne bor. Hvor man i langt højere grad får sammenhængende pleje, behandling og omsorg. Hvor egen læge skal varetage flere opgaver og være en naturlig indgang for mange flere. Hjælpen skal passe til den enkeltes behov, og der skal sættes tidligere ind. Det må ikke være en kamp at skulle navigere gennem systemet, når man står i en sårbar situation.

Centrale udfordringer og tendenser



20% af befolkningen har én eller flere kroniske sygdomme.



Frem mod 2035 vil der komme 50% flere ældre over 80 år.



Der kan mangle 15.000 flere social- og sundhedshjælpere og -assistenter i 2035 sammenlignet med i dag.



Borgernes forventninger til sundhedsvæsenet vokser i takt med, at vi bliver rigere som samfund.

Sundhedsreformens tre centrale elementer

Hvis det skal lykkes at udvikle et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, skal vi dreje på mange tandhjul. Det afspejler reformens mange initiativer. Tre elementer er imidlertid helt centrale:

- 1 En **lægereform** skal give alle adgang til en læge tæt på, hvor man bor, og sikre, at der er speciallæger nok – også på de mindre sygehuse rundt omkring i landet.
- 2 Med nye **kronikerpakker** indføres nye rettigheder til en individuelt tilpasset indsats for mennesker med kronisk sygdom. Den enkelte vil få en sygdomsspecifik, individuel behandling af høj kvalitet, præget af sammenhæng.
- 3 Flere **nære sundhedstilbud** skal sikre, at behandling rykkes tættere på borgerne, så alle har adgang til lokale og attraktive sundhedstilbud, uden at man er nødt til at køre langt.

Et mere nært sundhedsvæsen skal gå hånd i hånd med, at patienterne får flere rettigheder og et øget frit valg.

Sundhedstilbuddene skal tilpasses efter den enkelte borger – ikke omvendt.

Derfor skal man for eksempel have mulighed for at vælge at få behandling gennem et digitalt tilbud, i stedet for at skulle møde fysisk op hos egen læge eller på andre lokale sundhedstilbud.

Man skal have ret til hurtig behandling, når man har brug for en praktiserende speciallæge. Og mulighed for frit at vælge en lokation tæt på pårørende, hvis man for eksempel efter endt sygehusindlæggelse ikke kan fortsætte behandlingen i eget hjem, men har brug for et midlertidigt ophold på en sengeplads med ekstra pleje og sundhedsfaglig hjælp.

Nye sundhedsråd som motor for forandring

Sundhedsvæsenet skal indrettes på en måde, så det er muligt at trække det i den ønskede retning.

Derfor foreslår regeringen, at den nationale rolle i sundhedsvæsenet styrkes, og der etableres fire regioner og herunder 17 nye sundhedsråd i alt.

Regionerne får det primære ansvar for sundhedsvæsenet i regionen og for den tværgående planlægning og prioritering. Regionerne skal sikre sygehuse, der fortsat leverer behandling af høj kvalitet, og de skal sikre, at ressourcerne fordeles sådan, at der er læger nok til stede i de områder, hvor borgerne har det største behandlingsbehov. De får også ansvar for en samlet økonomi, der skal målrettes de steder, hvor behovet er størst.

Sundhedsrådene, der etableres i regionerne, og hvor der vil være medlemmer fra både regioner og kommuner, får et fælles ansvar og midler til at udvikle nære sundhedstilbud i det område, de dækker, herunder behandling i eget hjem. De sundhedsråd, der dækker områder med de største sundhedsproblemer og har mange ældre borgere, vil få flere midler til at løse deres opgaver, end de sundhedsråd, der dækker områder, hvor borgerne er mere raske.

På nationalt plan skal det sikres, at de samlede ressourcer – økonomi og sundhedspersonale – fordeles bedre på tværs af landsdelene. Der skal være en langsigtet, national sundhedsplan, som blandt andet sætter retning for brugen og fordelingen af ressourcer på tværs af landet. Så der bliver mulighed for at levere høj og ensartet kvalitet på tværs af landet.

Nationalt skal der også skubbes på innovation og implementering af digitale løsninger gennem et bedre og mere systematisk samarbejde om brugen af ny teknologi. Den digitale del af sundhedsvæsenet skal hænge bedre sammen, og digitale løsninger og velfærdsteknologi skal fremover udvikles og udbredes meget mere ensartet i hele landet. Derfor etableres der en ny national drifts- og udviklingsorganisation – Digital Sundhed Danmark – og et nyt Nationalt Center for Sundhedsinnovation, der skal bidrage til mere sammenhængende patientforløb og bedre behandling.

Alt det skal gøre sundhedsvæsenet mere digitalt og tilgængeligt for den enkelte.

Kan man udvikle sundhedsvæsenet i løbet af de næste årtier med den struktur, vi har i dag?

Måske. Men det vil gå for langsomt. Og incitamenterne er ikke stærke nok.

Særligt med oprettelsen af 17 nye sundhedsråd i regionerne etableres nu en motor, der skal drive udviklingen af et mere nært sundhedsvæsen.

I sundhedsrådene vil alle medlemmer have stemmeret. Med sundhedsrådene er formålet at samle folkevalgte fra både regioner og kommuner, der har indsigt i, hvor sundhedsbehovene er størst. Samtidig får sundhedsrådene økonomi og beslutningskompetence til at skabe flere tilbud tæt på borgerne.

Det muliggøres blandt andet af, at der for eksempel sættes loft over stigningen i antallet af speciallæger på universitetshospitalerne, og en andel af økonomien målrettes initiativer uden for sygehusene.

Regionerne og sundhedsrådene overtager en række sundhedsopgaver fra kommunerne, såsom midlertidige pladser med sundhedsfaglige indsatser og akutsygepleje til eksempelvis ustabile patienter, hvor mange kommuner i dag har svært ved at tilbyde borgerne et tilstrækkeligt tilbud døgnet rundt. Opgaveflytningen giver regionen og sundhedsrådene et større og mere sammenhængende ansvar for behandlingen – helt ud i borgerens eget hjem.

Ved for eksempel at etablere et regionsråd for hele Østdanmark bliver det muligt, at læger på Rigshospitalet fremover også kan få opgaver på sygehuset i Nykøbing Falster.

Det vil bidrage til at fastholde og udvikle sygehuse og sundhedstilbud i de dele af landet, hvor der i dag er mangel på læger.

Og ved for eksempel at målrette en betydelig del af økonomien til investeringer i lokale sundhedstilbud. Så er det med til at skabe den nødvendige forandring, hvor flere opgaver løses uden for sygehusene til gavn for borgerne.

En ny struktur er derfor ikke målet med regeringens sundhedsreform.

Det er et middel – et afgørende middel – til det, dét egentlig handler om: At endnu flere borgere – uanset sygdom – får en bedre og hurtigere behandling i det danske sundhedsvæsen.

Endnu flere skal overleve og leve et godt liv med kræft og sygdomme, der kræver specialiseret behandling. Derfor har regeringen også varslet en Kræftplan V.

Samtidig med, at endnu flere skal kunne leve et bedre liv på trods af kroniske sygdomme, og endnu flere får en hurtigere og bedre behandling af alt det, der ikke kræver en sygehusindlæggelse.

Regeringens sundhedsreform er baseret på det grundige arbejde fra Sundhedsstrukturkommissionen og de mange efterfølgende høringssvar fra mange interessenter.

Det er vores bud på, hvordan vi igangsætter anden etape – en udvikling af sundhedsvæsenet for de næste mange år i tæt samarbejde med sundhedsvæsenets mange aktører og dygtige medarbejdere.

Nu ser vi frem til de politiske forhandlinger med Folketingets partier.

Regeringen, september 2024

Overblik over reformens initiativer



Lægereform

Alle skal have et stærkt sundhedstilbud tæt på. Det kræver en bedre fordeling af læger på tværs af landet. Samtidig skal det almenmedicinske tilbud styrkes, så mere kan løses hos egen læge.

Udvalgte centrale initiativer:

- Reform af det almenmedicinske tilbud
- Bedre fordeling af speciallæger
- Flere uddannelsespladser på medicinstudiet i Aalborg, Esbjerg og Køge



Kronikerpakker og nye patientrettigheder

Det skal være nemmere at få den hjælp, man har brug for, hvis man er syg. Det kræver mere faste rammer for tilbuddene til borgere med kronisk sygdom. Nye rettigheder i det nære sundhedsvæsen skal sikre frit valg og hurtig behandling.

Udvalgte centrale initiativer:

- Kronikerpakker – ret til samlet pakke med sundhedsindsatser
- Ret til hurtig adgang til praktiserende speciallæger
- Ret til digitale sundhedstilbud



Behandling tættere på

Sundhedsvæsenet skal tættere på borgerne, og mere behandling skal foregå i borgernes eget hjem. Der skal investeres mere i den del af sundhedsvæsenet, som ligger uden for sygehusene.

Udvalgte centrale initiativer:

- Hjemmebehandlingsteams
- Regionale sundheds- og omsorgs-pladser uden egenbetaling
- Sundhedsfond til bedre fysiske rammer og digital infrastruktur



Ny struktur for sundhedsvæsenet

Der er brug for en ny organisering, som kan sikre bedre sammenhæng og et stærkere nært sundhedsvæsen. Det betyder en reform af sundhedsvæsenets strukturer og en ny opgavefordeling mellem myndighederne.

Udvalgte centrale initiativer:

- Én samlet Region Østjylland
- 17 nye sundhedsråd
- Én national plan for udviklingen af sundhedsvæsenet
- Nationalt Center for Sundhedsinnovation

Læs mere om den samlede reform og alle initiativerne i **Sundhed tæt på dig, del 2**.



Lægereform

Alle borgere skal have adgang til en læge tæt på, uanset hvor man bor.

Egen læge udgør en grundsten i sundhedsvæsenet, og de alment praktiserende læger løfter i dag en stor og vigtig opgave i sundhedsvæsenet. Mange af vores helbredsproblemer løses her, hos en læge vi kender, og som kender os. I fremtidens sundhedsvæsen skal egen læge spille en endnu større rolle og bidrage med mere sammenhæng og kvalitet for den enkelte. Egen læge skal i højere grad være indgangen til et nyt og mere nært sundhedsvæsen, som løfter flere opgaver tæt på borgerne.

Derfor skal det almenmedicinske tilbud være stærke, og det skal være attraktivt at arbejde som læge i hele landet.

Der skal være en bedre og mere retfærdig fordeling af læger.

I dag er der stor forskel i fordelingen af læger på tværs af landet. Det gælder særligt i forhold til de almenmedicinske læger – det vil sige borgernes egen læge – men der er også en skæv fordeling af både sygehuslæger og praktiserende speciallæger.

Samtidig er der stor forskel på, hvor syge borgerne er i forskellige dele af landet. Der er i dag færrest læger og generelt dårligere adgang til sundhedstilbud i de områder af landet, hvor befolkningen har det største behov.

Regeringen vil gennemføre en lægereform i to hovedspor:

- Ét spor, der styrker egen læge.
- Og ét spor, der skal skabe mere lige adgang til sygehuslæger og praktiserende speciallæger.

Regeringen foreslår både initiativer, der vil virke de kommende år, og initiativer, der kræver længere tid for at slå igennem. Desværre kommer omstillingen ikke fra den ene dag til den anden.

Bedre lægedækning og flere og bedre nære sundhedstilbud kræver først og fremmest, at der kommer flere læger tæt på borgerne. Derfor er det regeringens ambition, at der skal være mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035. Det skal ske ved, at uddanne flere læger i almen medicin, skabe gode og attraktive forhold for læger i det almenmedicinske tilbud i hele landet, og skabe en bedre balance i fordelingen af lægerne mellem sygehusene og de nære tilbud.



Mindst 5.000 læger
i det almenmedicinske
tilbud i 2035.

Bjarne får egen læge tæt på



Før reformen

Bjarne er 62 år og bor på Lolland. Han har KOL og gigt. Bjarne er i dag ikke rådgivet godt nok om sine sygdomme, og hvordan han bedst håndterer dem i dagligdagen. Bjarne har brug for sygehusbehandling på flere afdelinger og behandling hos egen læge. I mange år var det svært, da der ikke var nok praktiserende læger i hans lokalområde, og turen til sygehuset var lang.

Efter reformen

Bjarne har fået sin egen læge tættere på sit hjem. Bjarne kender lægen godt og er tryk ved hende. Bjarne får desuden god rådgivning fra sygehuset. Og det betyder, at Bjarne nu er velbehandlet, og at flere ting bliver taget i opløbet. Så behøver Bjarne ikke at tage turen til sygehuset for sine kontroller og medicinregulering. Samtidig har Bjarne mulighed for at blive tilset og monitoreret digitalt derhjemme, så han helt undgår nogle af de fysiske kontroller.

Lægen hjælper ham også med at holde overblik over og koordinere hans forløb på tværs af sygehuset, kommunen og hos lægen selv. Der er blandt andet åbnet et nyt sundhedshus i hans kommune, hvor der både er lægeklinik, træning, kostvejledning og rygestopkurser, mulighed for blodprøvetagning og sociale aktiviteter arrangeret af lokale frivillige foreninger.



Bedre adgang til egen læge

I fremtiden skal langt mere behandling og pleje foregå væk fra sygehuset og tættere på borgeren. Derfor skal egen læge fremover have en større rolle og være den naturlige indgang til mødet med sundhedsvæsenet.

Kapaciteten i det almenmedicinske tilbud skal øges og fordeles mere ligeligt – så der i højere grad bliver taget højde for, at der er forskel på, hvor syge patienterne er rundt omkring i landet.

I områder med mange borgere med stort behandlingsbehov skal læger have færre patienter, mens læger i områder, hvor borgerne har en bedre sundhedstilstand, skal have et højere patienttal. En bedre og mere rimelig sammenhæng mellem tyngden i lægens patientgruppe og lægens honorering vil på den måde understøtte den nye fordeling af læger på tværs af landet.

Særligt i de områder, hvor behovet er størst og lægedækningen dårligst, skal der gøres noget med det samme, så vi inden for få år har flere læger til de områder, hvor lægedækning i dag er dårligst.



45% flere læger i det almenmedicinske tilbud på tværs af Lolland, Guldborgsund og Vordingborg kommuner i 2030.

Bedre fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud:

Regeringen foreslår, at antallet og fordelingen af læger i det almenmedicinske tilbud (konkret gennem fordelingen af ydernumre) skal fastsættes nationalt, så der tages højde for patienttyngde og patienternes behandlingsbehov.

Mere rimelig aflønning af egen læge:

Regeringen foreslår, at alment praktiserende læger aflønnes mere rimeligt i forhold til de opgaver, der løftes af den enkelte læge. Det skal ske gennem en differentiering af honorarerne.

Egen læge som tydelig tovholder:

Regeringen foreslår, at for de borgere, som har mest brug for ekstra støtte og hjælp, skal lægen have en styrket tovholderrolle. Så den enkelte får hjælp til at holde overblik over behandlingsforløb, som for eksempel både involverer kommune, sygehus og egen læge.

Nationale krav til lægetilbud:

Regeringen foreslår, at der nationalt fastsættes krav og opgavebeskrivelser til lægetilbud på tværs af landet, så der sikres let tilgængelighed, høj kvalitet og faglig udvikling af lægetilbuddene til gavn for borgerne

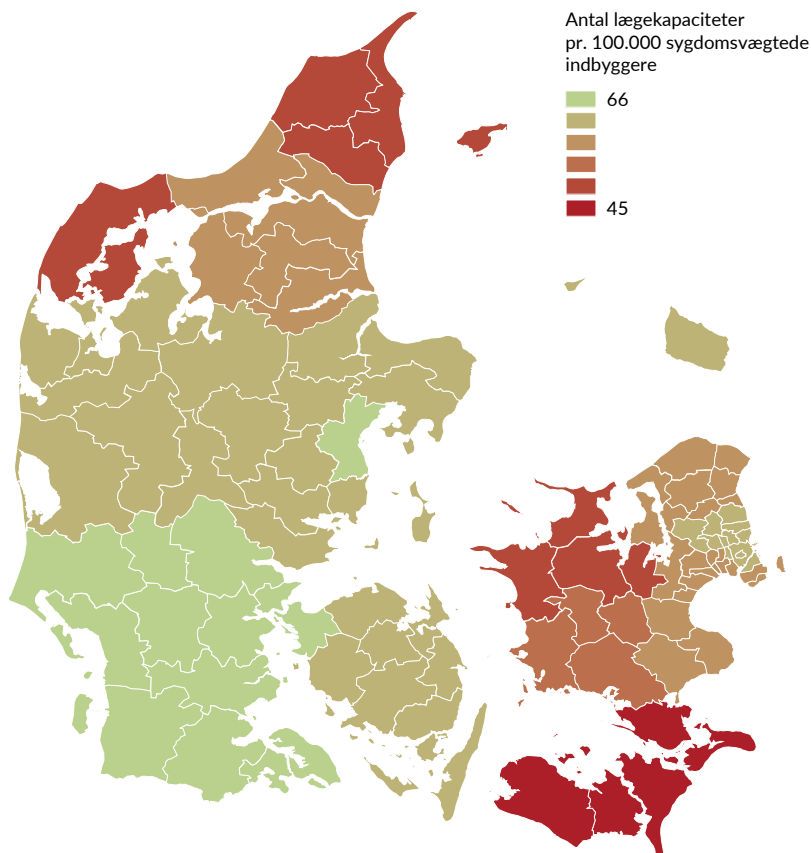
Stop for nye lægeklinikker i områder med god lægedækning:

Regeringen foreslår, at der allerede i 2025 skal lukkes for at etablere nye lægeklinikker i områder med i forvejen høj lægedækning. Samtidig foreslår regeringen, at der i en overgangsperiode for at styrke lægedækningen nu og her gives en særlig økonomisk støtte til læger med mange syge patienter i områder med svag lægedækning. Derudover foreslås det at lave nye og mere fleksible ansættelsesformer for læger på vej på pension i 2025 og 2026.



Figur 1

Nuværende lægedækning ift. behandlingsbehov



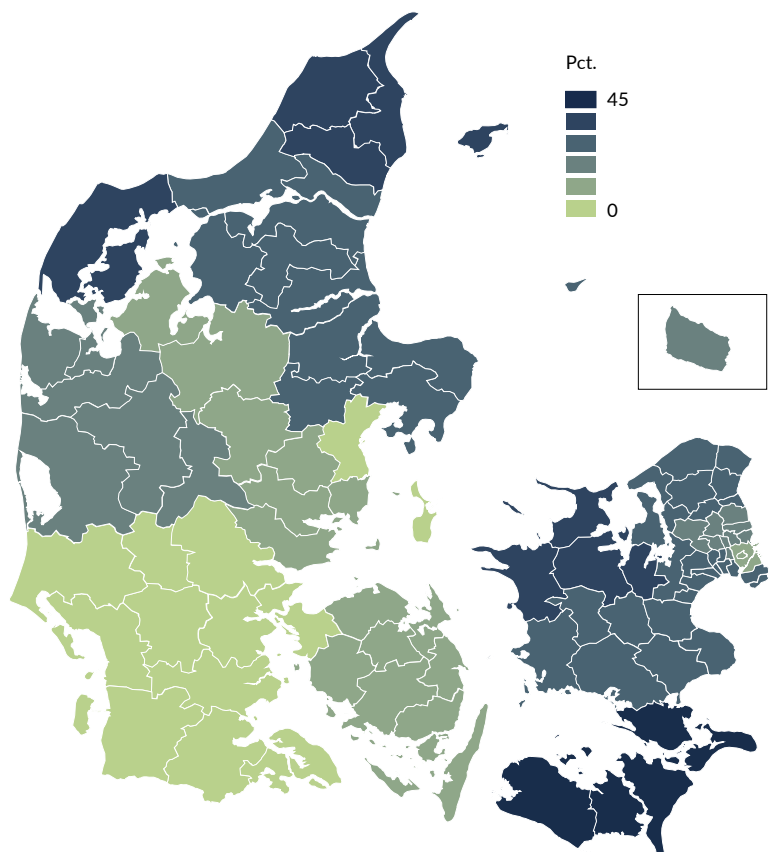
Anm.: Figuren viser antal lægekcapaciteter pr. 100.000 sygdomsvægtede indbyggere inden for akuthospitalernes optageområder i 2023. Sygdomsvægtene bestemmes af den enkelte indbygers estimerede behandlingsbehov i det almenmedicinske tilbud på baggrund af deres køn, alder, kroniske sygdomme og arbejdsmarkedstilknytning. Variation på tværs af kommuner inden for akuthospitalernes optageområder fremgår ikke af figuren.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



Figur 2

Fremskrivning af udviklingen i læger i det almenmedicinske tilbud i 2030



Anm.: Figuren viser, hvordan den forventede kapacitetsudvidelse i det almenmedicinske tilbud (opgjort i antal lægekcapaciteter) 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 indbygers køn, alder, kroniske sygdomme og arbejdsmarkedstilknytning og fremskrives på baggrund af DST's befolkningsfremskrivning. Tallene baseres på en foreløbig fordelingsmodel, og den endelige fordeling kan derfor 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.

Nye klinikformer og nye ansættelsesformer for egen læge

Alt for mange borgere oplever, at lægedækningen, der hvor de bor, er for dårlig. Der er behov for at tiltrække flere læger til områderne uden for de store byer.

Det kan blandt andet ske ved, at vi skaber flere muligheder for at organisere hvordan en lægeklinik drives. Konkret kan det betyde, at egen læge i fremtiden både kan være privatpraktiserende, ansat i en offentlig drevet klinik eller i en klinik drevet af en privat virksomhed. Det vil være et initiativ, der kan give bedre lægedækning allerede i de kommende år.

Samtidig er der behov for nye og mere fleksible ansættelsesformer for lægerne. Det kan for eksempel være ansættelsesformer, hvor læger slipper for den administration, der følger med at være selvstændig klinikejer, og derudover tilbydes et kollegialt miljø med flere læger frem for at eje sin egen klinik.

Nye klinikformer: Regeringen foreslår, at der fra 2025 gives mulighed for at etablere nye permanente klinikformer, eksempelvis permanente offentligt drevne lægeklinikker.

Nye ansættelsesformer for egen læge: Regeringen foreslår, at der laves nye og mere fleksible ansættelsesformer for læger i det almenmedicinske tilbud.



Flere pladser på medicinstudiet uden for de største byer

Der skal uddannes flere læger for at understøtte et stærkt og nært sundhedsvæsen i fremtiden. Samtidig er der et potentiale i at uddanne flere læger tættere på de områder, hvor lægemanglen er størst. For når læger skal finde arbejde, sker det ofte, at lægerne finder arbejde tæt på det universitet, hvor de blev uddannede.

Samtidig skal der være fokus på at ændre de velkendte karriereveje for lægerne. Hvor mange læger i dag oplever at skulle specialisere sig på universitetshospitalerne for at få de mest attraktive stillinger, så skal vi have skabt nye karriereveje, hvor almene kompetencer og nærhed til patienterne tæller med større tyngde på vejen gennem karrieren. Det kan for eksempel være mere sammenhængende uddannelsesforløb eller stillinger, hvor man både er tilknyttet et specialiseret sygehus i en af de store byer og et mindre sygehus.

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

Flere uddannelsespladser på medicinstudiet uden for de største byer:

Regeringen foreslår at oprette flere uddannelsespladser på medicinstudiet uden for de tre største byer. De nye uddannelsespladser på medicinuuddannelsen oprettes i Esbjerg, Aalborg og Køge, så det samlede antal uddannelsespladser på tværs af landet opjusteres.

Bacheloruddannelse i medicin i Esbjerg:

Regeringen foreslår samtidig, at der oprettes en bacheloruddannelse i medicin i Esbjerg, hvor der i dag kun er en kandidatuddannelse. Det er allerede besluttet, at der i 2027 oprettes en kandidatuddannelse i medicin i Køge.

Flere karriereveje for lægerne: Regeringen foreslår 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.

Flere speciallæger i udvalgte specialer:

Regeringen foreslår også at uddanne flere speciallæger i almen medicin, psykiatri, børne- og ungepsykiatri og geriatri ved at hæve dimensioneringen.



Loft over speciallæger på universitetshospitalerne

Det skal være attraktivt at være læge på sygehuse i hele landet. Der er brug for, at flere sygehuslæger søger mod sygehuse, hvor det i dag er svært at rekruttere læger, for eksempel på de mindre sygehuse uden for de større byer.

På nogle sygehuse uden for de største byer kan det i dag være svært at opretholde de nødvendige tilbud til patienterne. Det skyldes, at sygehusene oplever mangel på læger inden for udvalgte specialer. De større universitetshospitaler har en stærk tiltrækningskraft på sygehuslægerne på bekostning af andre sygehuse og sundhedstilbud. Det betyder blandt andet, at nogle patienter skal rejse langt for at få en behandling, selvom den ikke er meget specialiseret.

Loft over speciallæger på universitetshospitalerne: Regeringen foreslår individuelt fastsatte lofter over antallet af speciallæger på landets universitetshospitaler. Forslaget skal ses i sammenhæng med den nationale sundhedsplan, der skal sætte retning for en bedre overordnet fordeling af sundhedsvæsenets samlede ressourcer.

Bedre adgang til praktiserende speciallæger

I dag er der områder i landet, hvor det er svært at finde eller få tid hos en praktiserende speciallæge. Det er for eksempel relevant, når du har fået en henvisning fra din egen læge til en praktiserende psykiater, eller du skal i kontakt med en praktiserende øjenlæge.

Bedre adgang til praktiserende speciallæger:

Regeringen foreslår en mere lige fordeling af og adgang til praktiserende speciallæger på tværs af landet.

Konkret vil regeringen indføre fastere rammer for regionernes praksisplanlægning, så der kommer en bedre geografisk og en mere ensartet og effektiv brug af praktiserende speciallæger på tværs af landet.



Kronikerpakker og nye patientrettigheder

Det skal være nemmere at få den hjælp, man har brug for, hvis man er syg. Det gælder ikke mindst for den gruppe af borgere, hvor sygdom fylder en stor del af hverdagen.

I dag lever mindst én ud af fem borgere med én eller flere kroniske sygdomme, hvor livslang behandling er en uundgåelig del af hverdagen. Det er for eksempel sygdomme som KOL, diabetes, hjertesygdom og slidgigt. I fremtiden forventes det at blive en livsbetingelse for endnu flere borgere, i takt med at vi lever længere og bliver flere ældre.

Som borger skal man vide, hvad man kan regne med. Og man skal kunne vælge frit, når det sundhedsfagligt giver mening. Derfor skal patientrettighederne i det nære sundhedsvæsen udbygges. Alle – uanset hvor tit man er i kontakt med sundhedsvæsenet – skal i højere grad tilbydes indsatser og behandling, der passer til dem.

Og for dem, hvor sygdom fylder meget i hverdagen, er der behov for en endnu mere systematisk og sammenhængende indsats.

Mennesker, der har en kronisk sygdom, har meget forskellige sygdomsbilleder og dermed også forskellige behov for indsatser og behandling. Heldigvis er der mange med en kronisk lidelse, som lever et liv, hvor sygdommen ikke fylder i hverdagen. For andre er det en hel anden oplevelse.

Mange med kronisk sygdom har forløb på både sygehus, i kommunale tilbud og hos egen læge. Forløb der alt for ofte ender med ikke at hænge sammen. Det skaber utryghed og risikerer at forværre sygdommen for mennesker i en allerede sårbar situation.

Derfor skal indsatsen løftes. Så flere får den hjælp og støtte, de har brug for, for at kunne mestre egen sygdom og leve et godt liv.



I dag lever hver femte dansker med én eller flere kroniske sygdomme.

Kronikerpakker

Regeringen vil – inspireret af succesen med kræftpakkerne – indføre nye behandlingspakker for borgere med kronisk sygdom.

Nye kronikerpakker skal give mennesker med kronisk sygdom en fast ramme for deres behandling, så de oplever ét samlet forløb hos de forskellige aktører og tilbud i sundhedsvæsenet. Det konkrete forløb og indsatserne skal være tilpasset den enkeltes behov. Det kan være indsatser målrettet kostvejledning, træning, sygdomsmestring og rygestop, men for eksempel også relevante undersøgelser hos praktiserende speciallæger og andre aktører i praksissektoren.

Kronikerpakkerne skal skabe sammenhæng i borgernes forløb og understøtte en klar arbejdsdeling og organisering af de mange indsatser. Planen kan også indeholde tilbud, der ligger uden for sundhedsvæsenet, og som kan gavne patientens behandling og livskvalitet i dagligdagen.

Kronikerpakker – ret til samlet pakke med sundhedsindsatser:

Regeringen foreslår at indføre kronikerpakker, så borgere med kronisk sygdom får en pakke af sundhedsindsatser samlet i en klar individualiseret behandlingsplan.

Med de nye kronikerpakker skal borgeren have én indgang til behandlingsforløbet. Egen læge vil være ansvarlig for den konkrete plan og være tovholder for det samlede forløb.

Klare frister for opstart af kronikerpakker:

Regeringen foreslår, at kronikerpakkerne skal indeholde frister for opstart af den individuelle plan og indsatser i planen. Det betyder, at borgeren har krav på, at en samlet og overskuelig behandlingsplan rulles ud inden for en given frist fra det tidspunkt, hvor borgerens diagnose er stillet.

Borgere med behov vil have ret til at få rehabiliteringstilbud inden for fristerne. Det skal sikre en rettidig indsats, som kan bidrage til at forhindre forværring af sygdommen og forbedre livskvaliteten for de mennesker, der har en kronisk sygdom med sig gennem livet.

Der udarbejdes sygdomsspecifikke pakker for en række kroniske sygdomme, som borgerens egen læge tilpasser og målretter efter den enkeltes behov i dialog med borgeren selv.

Kronikerpakkerne skal ses i sammenhæng med en række andre initiativer, som også bidrager til at forbedre forløb for mennesker med kronisk sygdom. Det gælder eksempelvis etablering af lokale sundhedsindsatser, hjemmebehandlings-teams, udbredelse af digitale løsninger til hjemmebehandling, styrket forebyggelse og en styrket national sundhedsplanlægning, som skal understøtte, at det samlede sundhedsvæsen kan levere netop den hjælp, den enkelte har brug for.

Kronikerpakkerne udvikles i prioriteret rækkefølge startende med:

- Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL

Herefter følger kronikerpakker for:

- Type 2-diabetes
- Hjertesygdomme
- Kroniske lænderygsmærter
- Komplex multisygdom

Alle patientgrupperne kan have brug for netop den ekstra hjælp, der skal til for, at de kan leve et godt og langt liv med kronisk sygdom.

Ret til hurtig behandling hos praktiserende speciallæge

I dag har man ret til hurtig behandling på sygehuset, men ikke hos praktiserende speciallæger. Derudover er der alt for stor forskel på, hvor lang ventetid der er til speciallægen rundt omkring i landet. Det gælder for eksempel psykiatere, hudlæger og gynækologer.

Ret til hurtig behandling ved praktiserende speciallæge:

Regeringen foreslår at indføre en lovfæstet rettighed, så borgere, der har modtaget en henvisning til en praktiserende speciallæge, får egentlige rettigheder til udredning og behandling.

Louise får en kronikerpakke



Før reformen

Louise er 63 år og har slidgigt i knæet. Efter hun har været ved lægen, fordi hun undrer sig over, at hun har hyppig vandledning og er meget tørstig, har hun også fået konstateret diabetes. Hun har tidligere haft svært ved at fastholde et arbejde, fordi hun har mange smerter på grund af sin slidgigt, og det påvirker hendes overskud til at håndtere, at hun nu også har diabetes.

Efter reformen

Louises egen læge har igangsat en kronikerpakke og udarbejdet en personlig behandlingsplan. Planen er skræddersyet til Louises behov, hvor hun har brug for særlig støtte til at leve med diabetes. Louise har blandt andet fået den rette medicin og er startet på kurser i egenomsorg og kostvejledning som led i et madlavningsforløb med andre fra lokalområdet, der også har diabetes.

Derudover er Louise også hjulpet videre i et træningstilbud hos en fysioterapeut, som har mindsket hendes smerter i knæet.

Louise er løbende ved lægen, som følger op på hendes diabetes, og hvordan hun har det. Det giver mere overskud i hverdagen, at hun får hjælp til at planlægge sit sygdomsforløb og få de rette behandlinger. Louise oplever, at lægen har bedre tid til at hjælpe med at være tovholder for hendes behandling i hele sundhedsvæsenet.





Behandling tættere på

En strukturel ændring af sundhedsvæsenet skal flytte sundhedsvæsenet tættere på borgerne, og langt mere behandling skal foregå væk fra sygehuset og tættere på borgerens eget hjem. Flere skal fremover kunne få behandling i vante rammer i hjemmet tæt på venner og familie.

Mange ønsker ikke at komme på sygehuset, hvis det kan undgås. Samtidig oplever for mange at blive indlagt for sygdomme og tilstande, der kunne være behandlet eller forebygget i eller tæt på eget hjem. Det er en udvikling, regeringen ønsker at vende.

Derfor skal der tilføres flere penge til det nære sundhedsvæsen - til udbyggede nære indsatser og flere læger og styrkede lokale pleje- og behandlingstilbud. Der skal skabes bedre fysiske rammer med nye og udbyggede sundhedsindsatser, og flere behandlingsopgaver skal flyttes ud fra sygehusene og løses lokalt.

“

Hvert år bliver 70.000 ældre indlagt på sygehuset med en diagnose, som kunne være forebygget.

Grethe bliver behandlet i eget hjem



Før reformen

Grethe er 83 år og er både fysisk og kognitivt svækket som følge af flere kroniske sygdomme. Hun har derfor behov for hjælp til at komme igennem hverdagen, og er ofte indlagt. Hun er dog glad for at kunne bo i eget hjem med hjælp fra kommunen, blandt andet til personlig pleje.

Efter reformen

Grethe har for nyligt være indlagt på sygehuset med en akut lungebetændelse. Grethe kom hurtigt hjem fra sygehuset, selvom hun fortsat havde brug for intravenøs behandling med antibiotika. Behandlingen varetages af en sygeplejerske fra de nye regionale hjemmebehandlingsteams, der kommer hjem til Grethe og tjekker op på behandlingen i dialog med Grethes egen læge.

Grethe er meget glad for at undgå en lang indlæggelse. Hun er bange for at skulle dø alene på et sygehus og synes, at det er rart, at hun kan behandles hjemme i trygge rammer, hvor familie og venner er tæt på og kan komme og besøge hende.



Hjemmebehandlingsteams

Sundhedsfaglige medarbejdere skal kunne køre ud til borgere med særligt komplicerede sygdomsforløb, for eksempel hos ældre og sårbare borgere og borgere, der lever med én eller flere kroniske sygdomme, hvor de bor, uanset om det er i eget hjem, på et botilbud, plejehjem eller midlertidigt på en regional sundheds- og omsorgsplads.

Samtidig vil hjemmebesøg gøre det nemmere for sundhedspersonalet tidligt at opdage, om borgere har fået det dårligere og har brug for en ekstra indsats. På den måde kan borgerne få den fornødne behandling, der skal til, inden tilstanden bliver så dårlig, at der er behov for sygehusbehandling eller -indlæggelse.

Hjemmebehandlingsteams: Regeringen foreslår, at der etableres regionale hjemmebehandlingsteams med sundhedsmedarbejdere, der kan køre ud til borgeren med særlige behov og eksempelvis hjælpe, hvis hjemmemonitoreringsapparatet fortæller, at borgerens sundhedstilstand er forværret.

Etableringen af hjemmebehandlingsteams bliver et af de tiltag, som de nye sundhedsråd skal implementere lokalt som en del af udbygningen af de nære tilbud.

Målrettede midler til nære sundhedstilbud

Når det nære sundhedsvæsen skal styrkes, skal pengene følge med. Flere penge til lokalt at udbygge de nære sundhedstilbud, herunder ansætte flere læger og mere sundhedspersonale i nære pleje- og behandlingstilbud.

Nye målrettede midler skal hjælpe med at omstille sundhedsvæsenet og bringe det tættere på borgeren. De målrettede midler til nære indsatser udmøntes lokalt af de 17 sundhedsråd.

Målrettede penge til nærindsats: Regeringen foreslår, at en markant del af de kommende års økonomiske løft af sundhedsvæsenet målrettes det nære sundhedsvæsen, blandt andet til flere læger. De målrettede midler til nære sundhedstilbud vil skulle udmøntes af sundhedsrådene. I 2030 vil sundhedsrådene samlet kunne investere for 4,3 mia. kr. årligt i nære sundhedstilbud.

Det vil betyde, at sundhedsrådene kan skabe en omstilling, hvor en større del af midlerne til sundhed i fremtiden vil blive brugt på at styrke egen læge og sundhedstilbud tæt på hjemmet – mens midlerne til sygehuse vil vokse langsommere. Det handler om at dreje indsatserne i vores sundhedsvæsen, så vi investerer mere i, at der behandles nært og tidligt, og flere dermed undgår at blive så syge, at de skal indlægges på sygehuset.

3,5 mia. kr. til bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser

Der skal være bedre fysiske rammer for, at flere indsatser kan varetages i det nære sundhedsvæsen. Det kan eksempelvis være nye rammer for det styrkede almenmedicinske tilbud og fremskudte sygehusfunktioner, såsom røntgen og blodprøver eller andre sundheds- og plejeindsatser, for eksempel genoptræning og patientrettet forebyggelse.

For mange patienter oplever i dag at skulle både rejse langt og flytte sig rundt mellem mange forskellige adresser som en del af et behandlingsforløb.

Hvert sundhedsråd skal stå for at sikre de fysiske rammer for stærke lokale sundhedsindsatser. Og regeringen afsætter 3,5 mia. kr. til opgaven. Sundhedsrådene skal stå for at udmønte pengene og vælge, hvordan pengene bedst anvendes i netop deres lokalområde. Og flest penge skal tildeles sundhedsråd med stor patienttyngde og store geografiske afstande. Der kan både være tale om sundhedshuse/nærhospitaler, der samler flere funktioner på én eller flere adresser. Og det kan være både kommunale og regionale tilbud. Den konkrete sammensætning vil afhænge af de lokale forhold, behov og ønsker. Der kan være fokus på pleje og behandling så vel som sociale fællesskaber og involvering af civilsamfundet.

3,5 mia. kr. til bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser: Regeringen foreslår, at sundhedsrådene får 3,5 mia. kr. over perioden 2027-2031 til at etablere bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser, så borgerne kan få træning, pleje og behandling, tæt på hvor de bor.

Mere moderne sygehuse i hele landet

Som borger skal man kunne få specialiseret behandling af høj kvalitet i moderne omgivelser og med det nyeste hospitalsudstyr, når man har brug for det, uanset hvor i landet man bor. Det kræver investeringer i bygninger og udstyr til de sygehuse, hvor der er behov for modernisering. De fysiske rammer for behandlingstilbud i nærmiljøet skal være af høj kvalitet.

24 mia. kr. til mere moderne sygehuse og et mere sammenhængende sundhedsvæsen:

Regeringen foreslår at etablere en sundhedsfond på 22 mia. kr. over de næste 10 år til en ekstraordinær investering i og modernisering af sygehuse og 2 mia. kr. til teknologi og digitalisering.

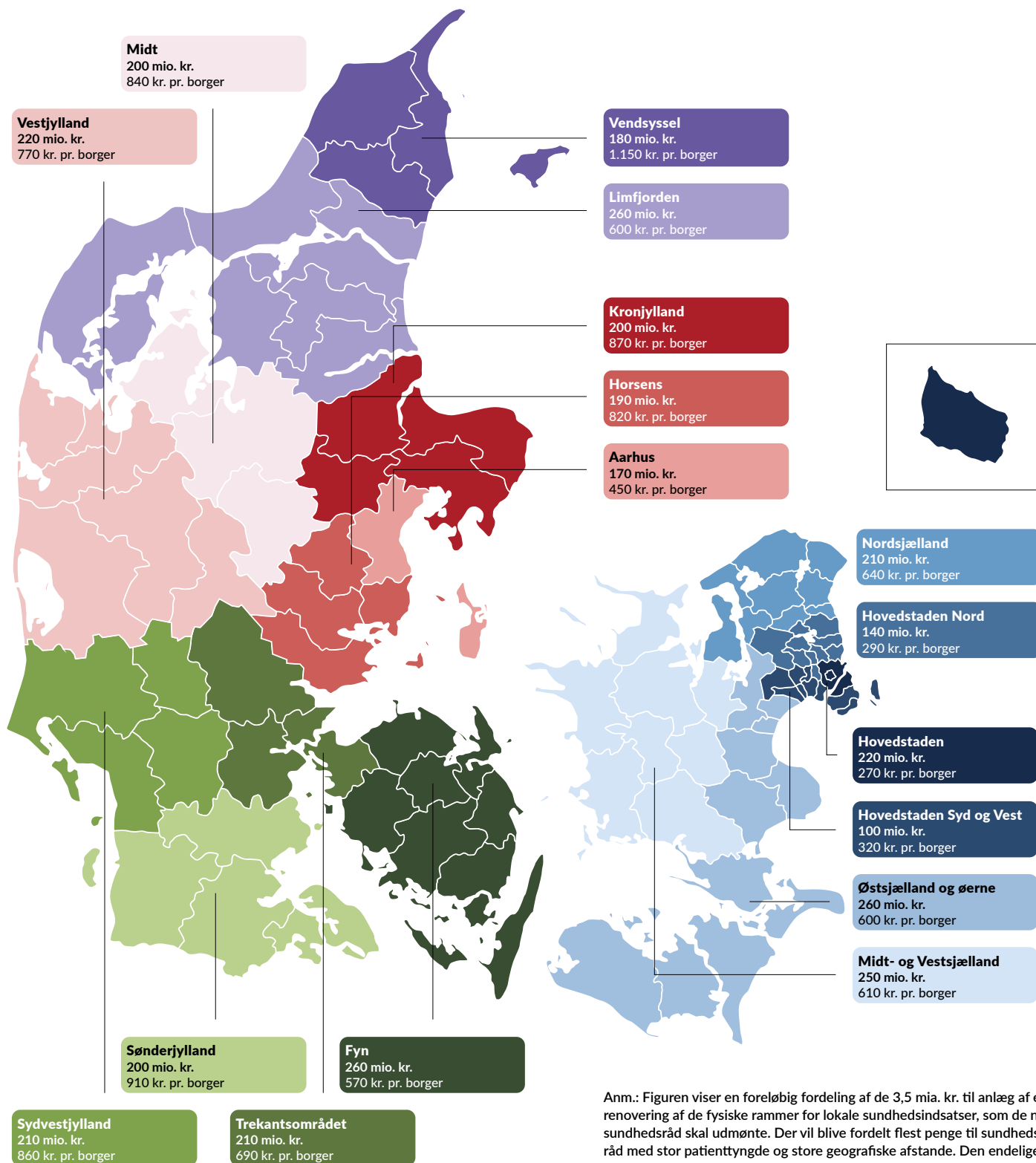
Sundhedsfonden kommer oveni de 3,5 mia. kr. afsat til at etablere bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser. Dermed vil regeringen samlet set investere yderligere 27,5 mia. kr. i bedre fysiske og teknologiske rammer i sundhedsvæsenet over de næste 10 år.

Der vil blive fordelt flest penge til sundhedsråd med stor sygdomsbyrde og store geografiske forskelle.



22 mia. kr. går til modernisering af sygehuse over de næste 10 år.

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.

Ret til digitalt sundhedstilbud

For mange borgere kan det give bedre mening at blive derhjemme frem for at skulle flytte sig derhen, hvor sundhedspersonalet er. Det kan digitale sundhedstilbud understøtte, men behandlingen skal altid tilpasses den enkeltes præmisser, og personalet skal kunne hjælpe med at betjene de forskellige digitale løsninger i borgerens eget hjem.

Ret til digitalt tilbud: Regeringen foreslår, at borgere, der kan og vil, skal have ret til at vælge et digitalt tilbud frem for et fysisk, når det giver mening i forhold til den konkrete behandling.

Regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling

Mange patienter - særligt ældre - oplever at få tildelt et ophold på en midlertidig plads i forbindelse med at blive udskrevet fra sygehuset. Variationen i kommunernes tilbud, både i form af kapacitet og kompetencer, er imidlertid stor. Det kan betyde, at nogle borgere er indlagt på sygehuset i 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 kan tilbydes hensigtsmæssigt i eget hjem. Kommunerne skal for eksempel fortsat kunne tilbyde et ophold til en borger med demens, hvor formålet er at aflaste den pårørende. De nye pladser bliver omfattet af nationale krav, så borgerne er sikre på at få den indsats, hjælp og pleje, de har brug for.

I dag kan borgerne 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.

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 tryghed i en ellers meget sårbar livssituation.

Sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling:

Regeringen foreslår, at regioner overtager ansvaret fra kommunerne for at tilbyde ophold på en sundheds- og omsorgsplads til borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som ikke kan tilbydes hensigtsmæssigt i eget hjem. Opholdet skal være uden egenbetaling.

Sundheds- og omsorgspladser omfattes af frit valg:

Regeringen foreslår også, at sundheds- og omsorgspladser bliver omfattet af en ret til frit valg, så den enkelte kan vælge, hvilket sted i landet der passer bedst.

96 timers behandlingsansvar

Når behandlingen afsluttes på sygehuset, har mange stadig brug for behandling eller pleje. I de situationer er det afgørende, at der er et tæt samarbejde mellem sygehus, egen læge og de nære sundhedstilbud, så borgerne oplever, at deres behandlingsforløb hænger sammen i ét fælles sundhedsvæsen.

Derfor skal sygehusene fremover have en mere udadvendt rolle og i højere grad støtte sundhedspersonalet i kommunen, på sundheds- og omsorgspladserne og hos egen læge.

96 timers behandlingsansvar: Regeringen foreslår at udvide sygehusets behandlingsansvar til 96 timer, efter borgeren er udskrevet.

Det betyder konkret, at sygehuset stadig har et ansvar for patienten i op til fire dage efter, at patienten er blevet udskrevet. Og hvis egen læge eller sundhedspersonalet i borgerens eget hjem bliver i tvivl om noget, skal speciallægen på sygehuset kunne hjælpe. Muligheden skal i fremtiden også gælde flere patientgrupper. Det kan for eksempel være psykiatriske patienter eller ældre patienter, der også har været på en akutmodtagelse på et sygehus.

Mere sundhed i social-psykiatrien og flere digitale løsninger i psykiatrien

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. Det skal ske gennem det samlede løft af den kommunale sundhedsindsats via sundhedsrådene. Derfor stiller regeringen blandt andet krav om, at beboere på botilbud får tilbud om at vælge en læge, som er fasttilknyttet botilbuddet.

Derudover vil regeringen sørge for, at borgere, der mistrives eller har lettere psykiske lidelser, får bedre adgang til digital hjælp og støtte. Flere digitale løsninger skal øge tilgængeligheden i psykiatrien og styrke samarbejdet på tværs af det samlede sundhedsvæsen.

Fasttilknyttet læge på botilbud: Regeringen foreslår også, at beboere på botilbud får tilbud om at vælge en læge, som er fasttilknyttet botilbuddet.

Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien: Regeringen foreslår, at digitale løsninger udbredes i psykiatrien.

Mere lige muligheder for at leve et sundere liv

Mange sygdomme kan undgås. Også mange kroniske sygdomme.

Vi skal derfor blive bedre til at fremme danskernes sundhed. Og forebygge sygdom. Danskernes sundhed bliver ikke kun påvirket af sundhedsvæsenet. Sundhed eksisterer på arbejdspladsen, i hjemmet, i skoler, dagtilbud og den lokale håndboldklub. Der, hvor vi lever vores liv.

Regeringen vil skabe mere lige muligheder for at leve et langt og godt liv. Det skal ske gennem et større og målrettet fokus på at fremme sundhed. For alle og på tværs af velfærdsområder. Det kræver en fælles indsats. For at styrke folkesundheden og mindske uligheden i sundheden.

Ny folkesundhedslov: Regeringen foreslår en ny folkesundhedslov, der 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 skal foregå i et tæt samarbejde med de almene boligorganisationer, lokale virksomheder, civilsamfundet m.fl.



Ny struktur i sundhedsvæsenet

Det danske sundhedsvæsen er på mange områder velfungerende og af høj kvalitet. Men hvis det også i fremtiden skal være lige så velfungerende, er der behov for en ny organisering, så vi sikrer, at der kan blive taget hånd om et stigende antal ældre og syge. Det skal ske uden at sætte årtiers fremskridt over styr. Derfor skal de seneste årtiers opbygning af et stærkt sundhedsvæsen nu følges op af endnu en historisk udbygning. Næste etape handler om sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

Den nye struktur skal sikre bedre sammenhæng for den enkelte borger. Vi skal fastholde og videreudvikle avanceret behandling i verdensklasse på de specialiserede sygehuse – men samtidig gennemføre en historisk satsning på at opbygge det nære sundhedsvæsen. Det er en hovedprioritet at få nedbragt uligheden i sundhedsvæsenet. Derfor skal adgangen til sundhedstilbud af høj kvalitet bliver mere lige – både geografisk og socialt.

Det kræver, at vi får skabt en ny struktur, der kan være drivende for den store og enormt udfordrende omstilling, som vores sundhedsvæsen skal igennem for, at vi kan skabe et sundhedsvæsen, der i højere grad end i dag samarbejder på tværs og er mere nært.

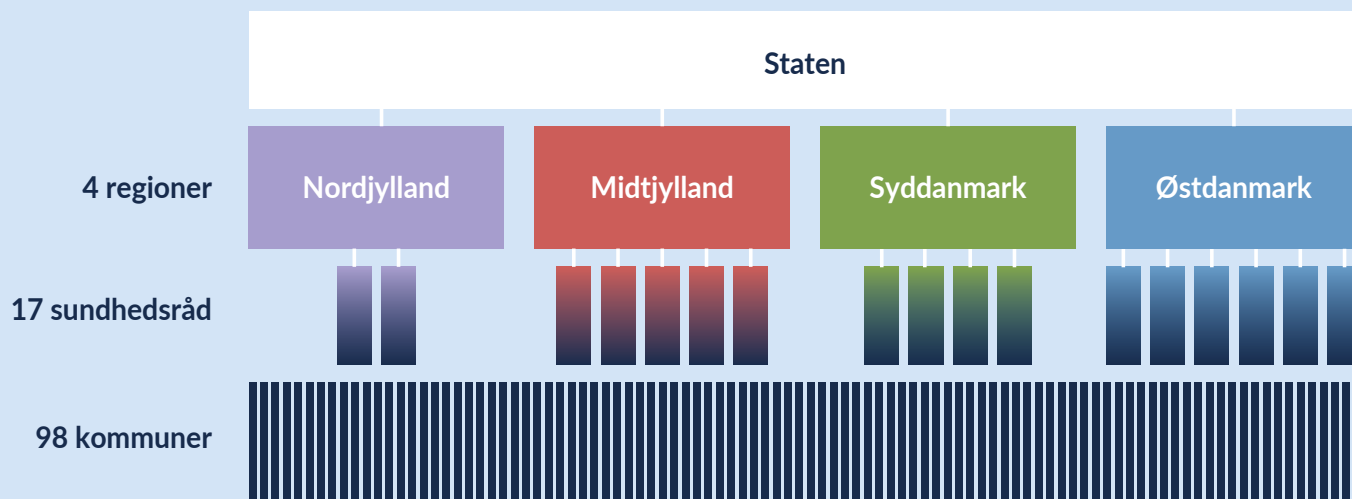
I dag har de fem regioner mærkbart forskellige vilkår, blandt andet i forhold til at tiltrække læger til sygehusene. Det rammer særligt borgere, der bor øst for Storebælt. Derfor vil regeringen etablere én samlet Region Østdanmark, så der i fremtiden

bliver fire regioner. Det skal bidrage til en mere bæredygtig geografisk fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer med mere lige adgang til læger i alle dele af Danmark.

Med den nye organisering skal beslutningerne træffes tættere på danskerne. Derfor vil regeringen oprette 17 nye sundhedsråd i regionerne, som skal varetage den umiddelbare forvaltning af sundhedsopgaverne i et afgrænset geografisk område. De nye sundhedsråd får egne ressourcer, og med deltagelse fra både det regionale og kommunale niveau skal de være drivende i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Samtidig skal nogle beslutninger træffes nationalt og regionalt – fordi der skal være en sikkerhed for ensartet høj kvalitet i den specialiserede behandling i alle dele af landet. Der er desuden behov for et styrket samarbejde om digitalisering og udbredelse af innovative løsninger i sundhedsvæsenet. Det skal ske gennem en ny organisering af den digitale del af sundhedsvæsenet i Digital Sundhed Danmark og oprettelsen af et nyt Nationalt Center for Sundhedsinnovation. Det kræver, at vi på nationalt plan fastsætter og hæver ambitionsniveauet. Det skal kombineres med stort lokalt ansvar for at finde lokale løsninger, der passer til de lokale udfordringer.

Oversigt over de nye myndigheder og deres opgaver



| Opgaver | | |
|------------------|------------------------|--|
| Nationalt | Stat | <ul style="list-style-type: none"> - National sundhedsplan - Specialeplan - Krav til det almenmedicinske tilbud - Rammer for brug af praktiserende speciallæger - Nationale kvalitetsstandarder - Patientrettigheder - National koordinering i forhold til data og digitalisering |
| | Fællesoffentlig | <ul style="list-style-type: none"> - Digital Sundhed Danmark - Nationalt Center for Sundhedsinnovation |
| Regioner | | <ul style="list-style-type: none"> - Sygehuse, blandt andet psykiatri og akutberedskab - Det almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor, for eksempel speciallægehjælp, fysioterapi og psykolog - Udvalgte sundhedsopgaver overtaget fra kommuner, for eksempel akutsygepleje, patientrettet forebyggelse og sengepladser med sundhedsfaglige indsatser |
| | Regionsråd | <ul style="list-style-type: none"> - Overordnet ansvar for alle regionens opgaver - Sygehus- og sundhedsplanlægning - Budget og fordeling af ressourcer - Overholdelse af patientrettigheder mv. |
| | Sundhedsråd | <ul style="list-style-type: none"> - Udarbejde nærsundhedsplan - Udmønte de økonomiske rammer for nye og udbyggede indsatser i det nære sundhedsvæsen - Vende sygehusene udad og styrke nære indsatser - Planlægning af det almenmedicinske tilbud og praksissektor - Aftaler med kommuner, blandt andet om rekruttering og sammenhængende forløb |
| Kommuner | | <ul style="list-style-type: none"> - Ældreplejen, blandt andet helhedspleje, plejehjem, plejeboliger mv. - Almen kommunal sygepleje - Genoptræning på alment niveau - Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme - Sundhedspleje - Børne- og ungdomstandpleje og omsorgstandpleje mv. - Lettilgængeligt tilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel mv. - Vederlagsfri fysioterapi |

17 nye sundhedsråd i regionerne

Sundhedsvæsenet skal være nært. Derfor skal en større del af sundhedsbeslutningerne også træffes tættere på danskerne. Der er behov for et mere lokalt forankret politisk udvalg med et større kendskab til lokale forhold.

Regeringen vil oprette 17 nye sundhedsråd i regionerne, som er geografisk afgrænsede i forhold til deres lokalområde.

Sundhedsrådene får til opgave at "vende sygehusene udad" og skabe sammenhæng i de nære sundhedstilbud. Derfor skal sundhedsrådene have ansvaret for den umiddelbare forvaltning af sundhedsopgaverne i et afgrænset geografisk område – inden for nationalt og regionalt fastsatte rammer.

De nye sundhedsråd etableres i regionerne og vil bestå af politisk valgte repræsentanter for både regionsrådet og byrådene i de kommuner, der indgår i sundhedsrådets geografiske område. Det samlede antal medlemmer i sundhedsrådene vil spænde fra seks til 20. Repræsentanterne for regionsrådet vil altid udgøre flertallet af medlemmer i sundhedsrådet.

Deltagelse af kommunale repræsentanter med øget kendskab til lokale forhold og kommunale sundhedstilbud vil bidrage til at binde planlægningen af sundhedsvæsenet på tværs af regioner og kommuner bedre sammen.

Både de regionale og kommunale repræsentanter vil have stemmeret i sundhedsrådet.

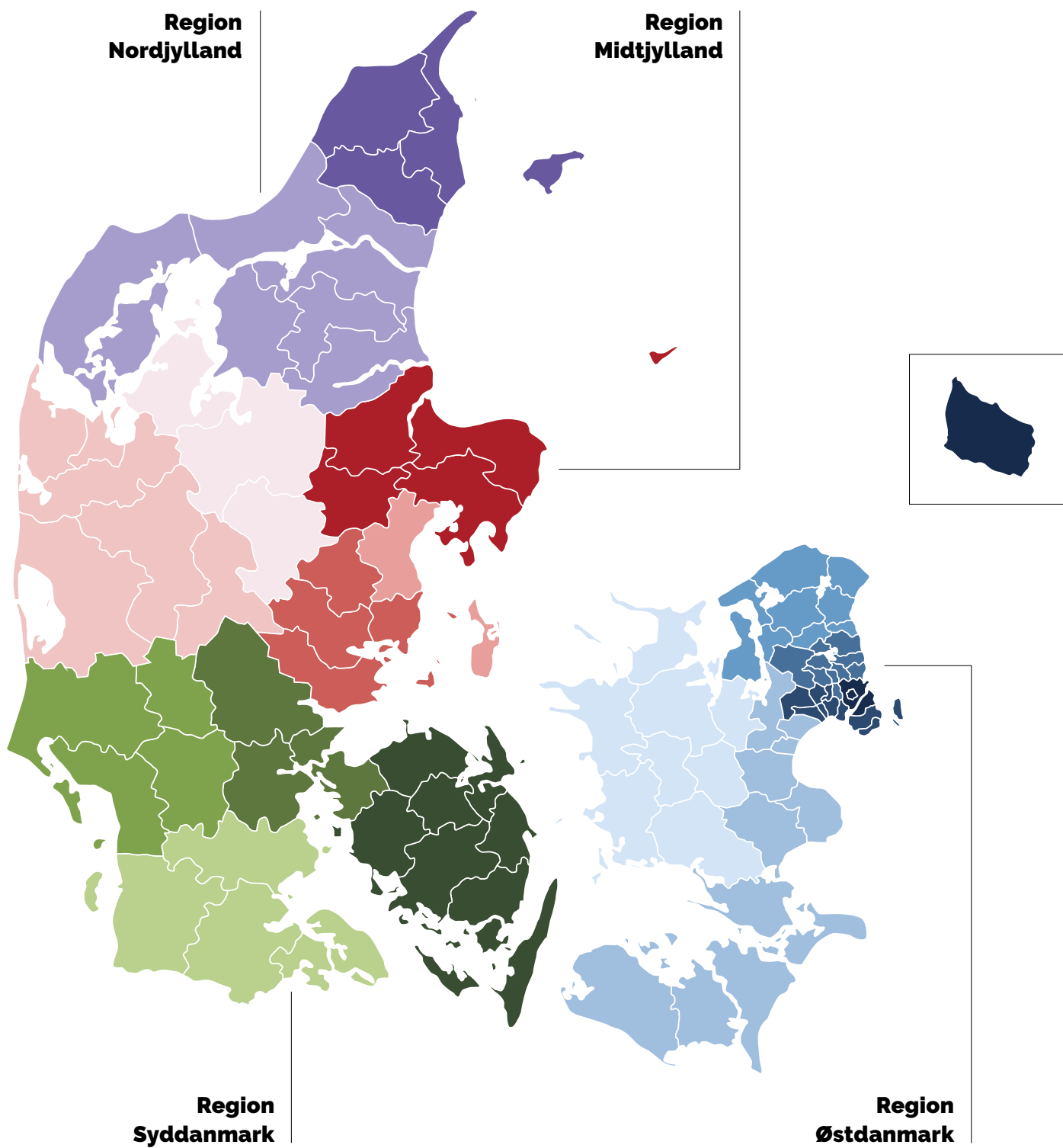
Hvert sundhedsråd får egen økonomi, der blandt andet skal finansiere en udbygning og styrkelse af de nære sundhedstilbud. Dermed får udvalgene en selvstændig økonomisk kompetence til at drive omstillingen af sundhedsvæsenet og bringe det tættere på borgerne.

Sundhedsrådet vil ikke kunne træffe beslutninger, der strider mod sundheds- og sygehusplaner, som er fastlagt i regionsrådet. Det betyder for eksempel, at sundhedsrådet ikke kan beslutte at flytte eller nedlægge funktioner på sygehusene, da opgaven med den tværgående sygehusstyring ligger i regionsrådet. På den måde sikres det, at kvalitet og balancer på tværs af landet fastholdes og løftes, samtidig med at der er rum til lokale løsninger.

Herudover vil sundhedsrådene være en central drivkraft i at skabe bedre sammenhæng mellem behandlingen på sygehusene, eget hjem og på regionale og kommunale sengepladser. 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 store kommuner, hvor det er muligt at levere den tilstrækkelige kvalitet.

Regionerne og kommunerne vil have mulighed for at påvirke den geografiske inddeling og navngivningen af sundhedsrådene gennem en opmand.

17 sundhedsråd i fire regioner



**Region
Nordjylland****Vendsyssel**

Hjørring, Brønderslev, Læsø og Frederikshavn
160.000 indbyggere · 9 rådsmedlemmer

Limfjorden

Aalborg, Vesthimmerland, Jammerbugt,
Morsø, Rebild, Thisted, Mariagerfjord
432.000 indbyggere · 16 rådsmedlemmer

**Region
Midtjylland****Kronjylland**

Randers, Favrskov, Norddjurs, Syddjurs
230.000 indbyggere · 10 rådsmedlemmer

Horsens

Horsens, Hedensted, Odder, Skanderborg
235.000 indbyggere · 10 rådsmedlemmer

Aarhus

Aarhus, Samsø
372.000 indbyggere · 6 rådsmedlemmer

Vestjylland

Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig,
Ringkøbing-Skjern, Struer
287.000 indbyggere · 14 rådsmedlemmer

Midt

Viborg, Skive, Silkeborg
244.000 indbyggere · 9 rådsmedlemmer

**Region
Syddanmark****Fyn**

Odense, Assens, Faaborg-Midtfyn,
Nordfyn, Kerteminde, Ærø, Langeland,
Nyborg, Svendborg
466.000 indbyggere · 20 rådsmedlemmer

Trekantsområdet

Kolding, Fredericia, Middelfart, Vejle
310.000 indbyggere · 11 rådsmedlemmer

Sydvestjylland

Esbjerg, Fanø, Varde, Vejen, Billund
238.000 indbyggere · 12 rådsmedlemmer

Sønderjylland

Sønderborg, Tønder, Haderslev, Aabenraa
225.000 indbyggere · 9 rådsmedlemmer

**Region
Østdanmark****Hovedstaden**

København, Frederiksberg, Bornholm
806.000 indbyggere · 9 rådsmedlemmer

Hovedstaden Syd og Vest

Hvidovre, Dragør, Tårnby, Albertslund, Brønd-
by, Glostrup, Høje-Taastrup, Ishøj, Vallensbæk
304.000 indbyggere · 19 rådsmedlemmer

Hovedstaden Nord

Herlev, Ballerup, Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-
Taarbæk, Rødovre, Egedal, Furesø, Rudersdal
477.000 indbyggere · 19 rådsmedlemmer

Nordsjælland

Hillerød, Allerød, Fredensborg, Frederikssund,
Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hørsholm
332.000 indbyggere · 17 rådsmedlemmer

Østsjælland og øerne

Køge, Solrød, Greve, Roskilde, Stevns, Faxe,
Vordingborg, Guldborgssund, Lolland
437.000 indbyggere · 20 rådsmedlemmer

Midt- og Vestsjælland

Slagelse, Holbæk, Næstved, Ringsted, Sorø,
Odsherred, Kalundborg, Lejre
416.000 indbyggere · 19 rådsmedlemmer

Ny samlet Region Østdanmark

Særligt borgere, der bor øst for Storebælt, oplever, at ressourcerne i sundhedsvæsenet er fordelt alt for skævt. Region Sjælland har i dag sværere ved at tiltrække læger og sygehuspersonale sammenlignet med områder tæt på de større universitetsbyer.

Eksempelvis er der i Region Sjælland godt 20 speciallæger pr. 10.000 borgere mod godt 30 speciallæger i Region Hovedstaden. Samtidig bor der i Region Sjælland relativt mange ældre og sårbare borgere, der generelt set har et større behandlingsbehov, sammenlignet med Region Hovedstaden. Det går ikke i et land, hvor sundhedsvæsenet hviler på fri og lige adgang. Borgerne på tværs af Danmark skal have adgang til et sundhedsvæsen af samme beskaffenhed – og det er ikke tilfældet på Sjælland.

Etableringen af en ny Region Østdanmark vil bidrage til at skabe et mere bæredygtigt sundhedsvæsen med lige adgang til læger og sundhedstilbud af høj kvalitet i alle dele af det østlige Danmark, hvor der i dag er stor forskel.

Regeringens sundhedsreform baserer sig på den nuværende sygehusstruktur med 21 akutsygehuse. Derfor planlægger regeringen ikke sygehuslukninger. Når regeringen foreslår en ny Region Østdanmark, er det netop for at styrke de sygehuse, som i dag oplever udfordringer, og sådan at de stærkere sygehuse i hovedstadsområdet får ansvar for at sikre lægedækning på de mere udfordrede sygehuse.

Sundhedsreformen ændrer altså ikke på, at der fortsat skal være et lokalt sygehus i eksempelvis Nykøbing Falster, Slagelse og Holbæk. De er netop en del af grundlaget for at bringe sundhedsvæsenet og de samlede sundhedstilbud tættere på, hvor borgerne bor. På samme måde er sundhedsrådene bygget op omkring sygehusene i lokalområdet og har til opgave at udvikle sundhedsvæsenet lokalt og nært.

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 danne rammen om en række regionale opgaver.

Det er meget vigtigt for regeringen, at borgere fra hele det østlige Danmark er repræsenteret politisk i det nye regionsråd. Derfor vil regeringen følge udviklingen tæt og samle op efter det første valg til regionsrådet og vurdere behovet for eventuelle justeringer af valgmodellen.

Den geografiske afgrænsning af Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark ændres ikke. Antallet af regionsrådsmedlemmer nedjusteres.

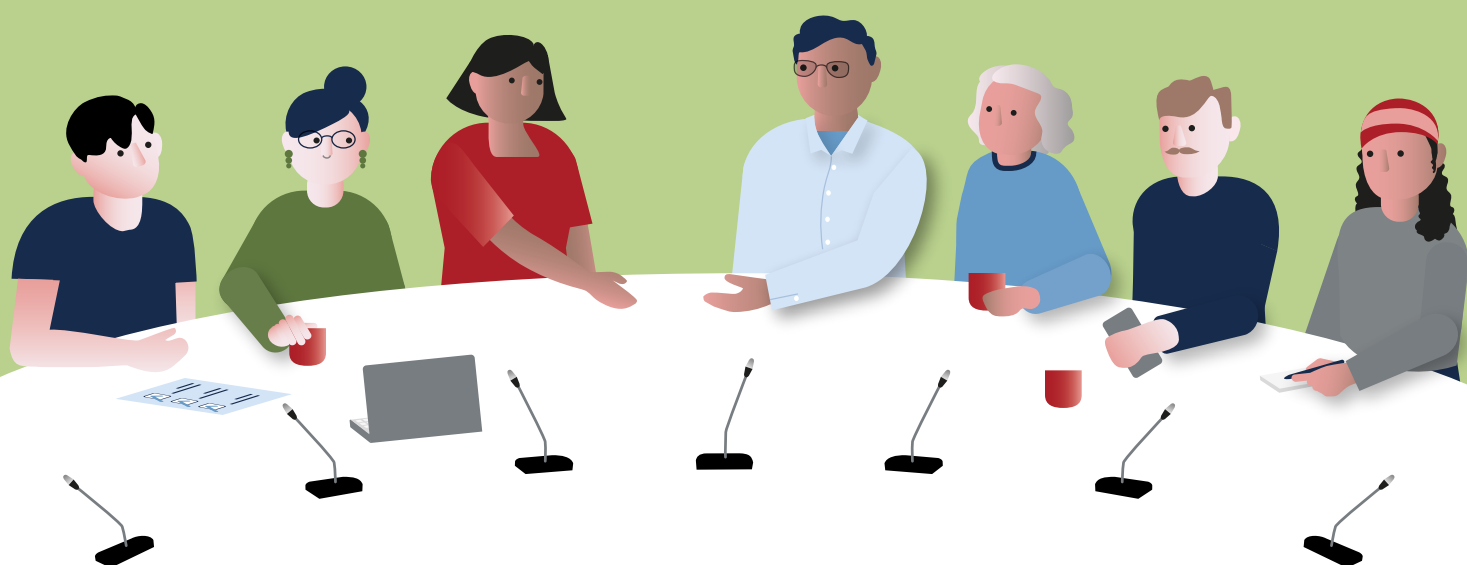
17 nye lokale sundhedsråd: Regeringen foreslår at oprette 17 nye sundhedsråd i regionerne, som er geografisk afgrænsede i forhold til deres lokalområde. Der vil både være repræsentanter for regionen og kommunerne i sundhedsrådene.

En samlet Region Østdanmark: Regeringen foreslår at etablere en ny samlet Region Østdanmark ved at sammenlægge Region Sjælland og Region Hovedstaden.



For hver 1.000 borgere er der to speciallæger i Region Sjælland, mens der er tre i Region Hovedstaden.

Sundhedsrådets sammensætning



**Der vil både være repræsentanter
for regionen og kommunerne
i sundhedsrådene.**

National sundhedsplan og nærsundhedsplaner

For at nå i mål med en vellykket omstilling af sundhedsvæsenet er der brug for en styrket national rolle i sundhedsvæsenet og et bedre nationalt samarbejde om en række områder. Det gælder for eksempel fordelingen af ressourcerne på tværs af landet og understøttelse af, at nye teknologiske løsninger, der gør det nemmere at være patient, tages i brug i hele sundhedsvæsenet.

Derfor lægger regeringen op til, at staten inden for rammerne af en national sundhedsplan skal have en række nye kompetencer til at udvikle og styrke det almenmedicinske tilbud og sikre en bedre fordeling af læger på tværs af landet og en bedre brug af data og digitalisering i sundhedsvæsenet.

Staten sætter med den nationale sundhedsplan de overordnede rammer, som det derefter er regionerne og sundhedsrådenes opgave at omsætte til konkrete forandringer til gavn for borgerne. Sundhedsrådene skal derfor udarbejde en nærsundhedsplan, der udmønter dele af den nationale sundhedsplan. Planen skal især beskrive implementeringen af omstillingen af sygehusene og et styrket sundhedsvæsen tæt på borgerne, blandt andet gennem øgede krav til de kommunale opgaver.

National sundhedsplan: Regeringen foreslår, at der laves en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for udviklingen af sundhedsvæsenet og understøtte, at ressourcerne fordeles bedre på tværs af landet.

Den nationale sundhedsplan skal have fokus på at opbygge de nære indsatser, fortsat udvikling af det specialiserede sundhedsvæsen, understøtte en fordeling af ressourcer og tydeliggøre krav til de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Nærsundhedsplaner: Regeringen foreslår, at sundhedsrådene får til opgave at omsætte den nationale sundhedsplan til konkrete forandringer for borgerne. Det skal ske gennem lokale nærsundhedsplaner, der skal implementere omstillingen af sygehusene og udbygningen af det nære sundhedsvæsen.

Nationalt prioriteringsråd: Regeringen foreslår at nedsætte et tværgående nationalt prioriteringsråd, som arbejder ud fra politisk besluttede principper og med høj inddragelse af patienter. Det nationale prioriteringsråd skal sikre mest sundhed for pengene, eksempelvis ved at reducere overbehandling og øge patientinddragelsen i behandlingsvalg.



Psykiatrien skal integreres bedre i resten af sundhedsvæsenet

Patienter med både fysiske og psykiske lidelser har brug for, at sundhedsvæsenet har blik for begge dele og samarbejder bedre om deres samlede behov.

For at skabe en bedre sammenhængende behandling skal sundhedsrådene både varetage opgaverne inden for de fysiske sygdomme og de psykiske sygdomme. Mange borgere med både en psykisk og fysisk sygdom oplever, at deres forløb ikke hænger sammen, og at de forskellige læger ikke er gode nok til at tale sammen. Det skyldes blandt andet, at psykiatrien i dag har sin egen organisering adskilt fra de øvrige sygehuse og sundhedstilbud i regionen.

Derudover vil regeringen i efteråret præsentere en fuldt finansieret 10-årsplan for psykiatrien, som indebærer et samlet løft på 3,2 mia. kr. frem mod 2030. Dermed er psykiatrien løftet med mere end 4,3 mia. kr. siden 2019.

Integration af psykiatrien og somatikken:

Regeringen foreslår, at psykiatrien i højere grad skal integreres i det øvrige sundhedsvæsen. Det skal ske ved en organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken.



Fire ud af fem vil i løbet af deres liv komme i behandling for en psykisk sygdom.

Investeringer i et mere digitalt og innovativt sundhedsvæsen

Mange borgere såvel som sundhedspersonale oplever i dag, at de digitale systemer ikke taler sammen. Samtidig er der for stor variation i, hvilke digitale løsninger borgerne har adgang til.

Vi er kort sagt ikke gode nok til at dele og bruge data i sundhedsvæsenet. Og udbredelsen af digitale løsninger går for langsomt og i forskellige hastigheder på tværs af landet.

Regeringen vil sikre, at sundhedsvæsenet giver borgere og sundhedspersonale i alle dele af landet de bedste digitale muligheder i kontakten med sundhedsvæsenet. Derfor prioriterer regeringen 2 mia. kr. i udbredelse af nye digitale løsninger. Samtidig vil regeringen lave en ny organisering af den digitale del af sundhedsvæsenet i en ny national drifts- og udviklingsorganisation Digital Sundhed Danmark, som skal binde den digitale del af sundhedsvæsenet bedre sammen.

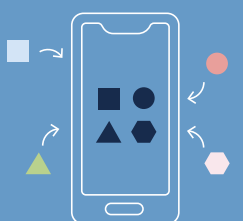
Digital Sundhed Danmark: Regeringen foreslår, at dele af den digitale udvikling i sundhedsvæsenet organiseres i en ny national drifts- og udviklingsorganisation.

Fælles dataplatform: Regeringen foreslår, at der arbejdes hen imod en fælles dataplatform for hele sundhedsvæsenet, så lægen og sygeplejersken kan få adgang til relevante oplysninger om borgere i forbindelse med behandling. Det skal gøre det nemmere for sundhedsmedarbejderne at samarbejde om den enkeltes behandlingsforløb.

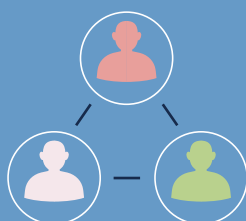
Investeringer i digitale løsninger: Regeringen foreslår at afsætte 2 mia. kr. over de næste 10 år til investeringer i udbredelse af nye digitale løsninger i regi af Digital Sundhed Danmark og Nationalt Center for Sundhedsinnovation.

Digital Sundhed Danmark

Digital Sundhed Danmark



Fælles digitale løsninger til borgere og personale



Infrastruktur



Fælles dataplatform



Nationalt Center for Sundhedsinnovation

Nyt Nationalt Center for Sundhedsinnovation

Regeringen vil etablere et selvstændigt Nationalt Center for Sundhedsinnovation, der skal styrke udviklingen og udbredelsen af innovative sundhedsløsninger. Det skal bidrage til at forbedre behandling og frigive tid hos sundhedspersonalet. Centret skal også understøtte sundhedsorganisationer og virksomheder i deres arbejde med at udvikle og afprøve innovative løsninger og igangsætte strategiske innovationsindsatser på tværs af området.

Nationalt Center for Sundhedsinnovation:

Regeringen foreslår at etablere et Nationalt Center for Sundhedsinnovation. Det skal styrke udvikling og skalering af innovative sundhedsløsninger.

En række kommunale sundhedsopgaver flyttes til regionerne

Kommunerne varetager i dag en række sundhedsopgaver, hvor det er svært for mange kommuner at give borgerne et tilstrækkeligt tilbud, fordi de er for små. Formålet er at skabe bedre kvalitet, sammenhæng og større kapacitet i opgaveløsningen ved at samle opgaverne på et regionalt niveau.

Kommunerne har fortsat en helt central rolle i det danske sundhedsvæsen. Omstillingen til et mere nært sundhedsvæsen stiller høje krav til kommuner – og især at kommuner og regioner arbejder tæt og godt sammen. Her vil de nye sundhedsråd få en helt afgørende rolle i omstillingen og samarbejdet.

En række kommunale sundhedsopgaver flyttes til regionerne:

Regeringen foreslår, at regionerne overtager ansvaret for en række sundhedsopgaver, der i dag ligger i kommunerne. Det omfatter blandt andet kommunale sengepladser med sundhedsfaglige indsatser, akutsygepleje, nogle genoptræningstilbud og patienttrettet forebyggelse. Det svarer til opgaveflytning fra kommunerne til regionerne for op til 5 mia. kr.

Tilpasning af regionernes øvrige regionale opgaver

Regionerne har i dag en række opgaver, der ikke vedrører sundhedsområdet. Det er opgaver inden for kollektiv trafik, ungdomsuddannelser, kultur og miljø og driftsansvaret for en række tilbud på det specialiserede socialområde og på området for specialundervisning. Størstedelen af opgaverne løses bedst på det regionale niveau.

Der er dog enkelte opgaver, hvor det vil give mening at overføre opgaverne til kommunalt niveau og dermed samle kræfterne ét sted. Det gælder for eksempel kulturområdet. Desuden er der en række øvrige opgaver, som regionerne varetager i dag, der vurderes at kunne bortfalde. Det drejer sig om regionernes udviklingsstrategier og udviklingsaktiviteter knyttet hertil. Bortfaldet skal ses i lyset af regeringens opmærksomhed på, at ressourcerne anvendes mest hensigtsmæssigt og effektivt.

Tilpasning af de øvrige regionale

opgaver: Regeringen foreslår en tilpasning af regionernes øvrige opgaver, der ikke vedrører sundhedsområdet.

Pengene fra opgavebortfald bliver på sundhedsområdet og bidrager til at finansiere den samlede sundhedsreform.

Beslutningen om den fremtidige varetagelse af ansvaret for den regionale kollektive trafik afventer anbefalingerne fra Ekspertudvalg om kollektiv mobilitet i hele Danmark.



Reformøkonomi

Gennem de sidste to årtier er der investeret i at forbedre den specialiserede behandling på sygehusene. Det har løftet kvaliteten markant. Men samtidig er sygehusene også blevet til en magnet, der tiltrækker økonomi, kompetencer og personale.

I de kommende år skal der investeres markant i de nære sundhedstilbud for at få en bedre balance i sundhedsvæsenet.

Samlede investeringer i sundhed i 2030

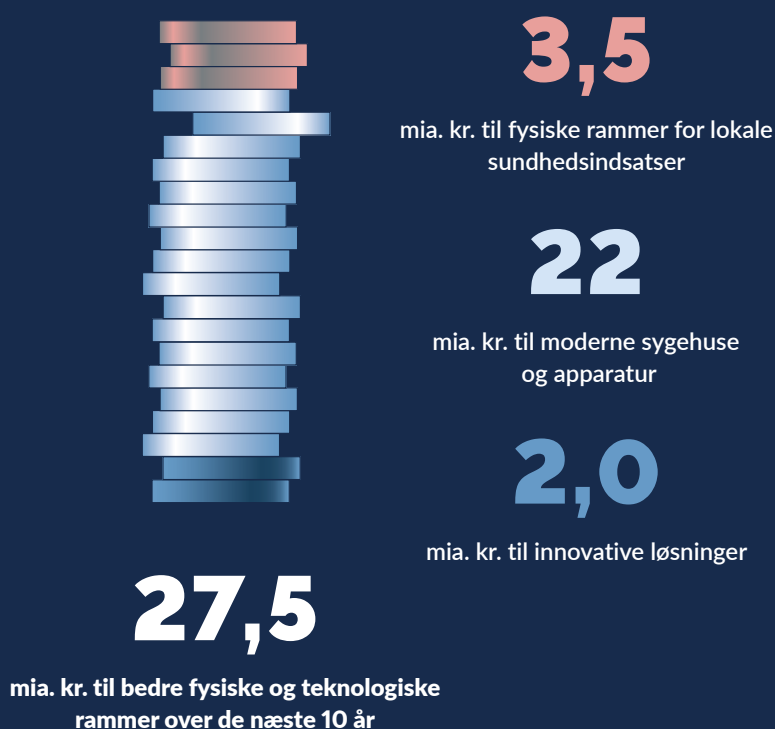
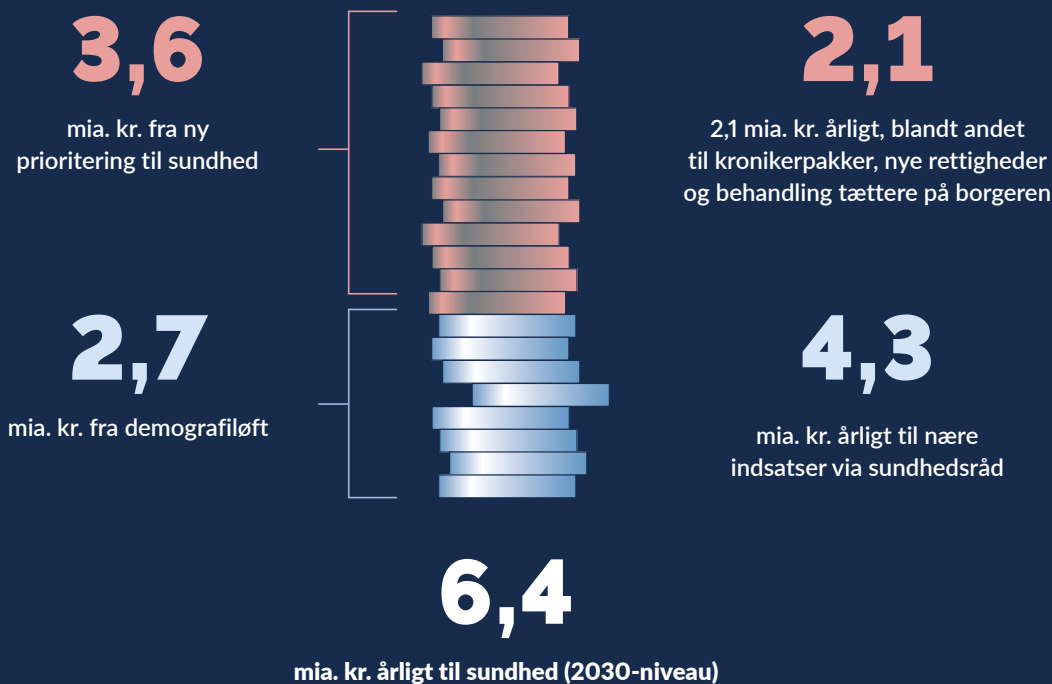
Med den samlede sundhedsreform foreslår regeringen at investere markant i sundhedsvæsenet. Regeringen vil investere på to måder.

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 blandt andet kommer flere ældre. På den måde sættes en større del af investeringerne dér, hvor de gør størst gavn. Samlet set giver det en ramme på 6,4 mia. kr. i årligt samlet udgiftsniveau fra 2030.

Et hovedfokus i reformen er at sikre en 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. Ud af rammen vil regeringen foretage en massiv investering på 4,3 mia. kr. i 2030, som via de nye sundhedsråd skal sikre en bedre balance i vores sundhedsvæsen. Det skal ske ved, at sundhedsrådene investerer i at udbygge det nære sundhedsvæsen, flere almenmedicinske læger og i fællesskab omsætte nationale tværgående kvalitetsstandarder til lokale behov. Alt sammen for at bringe sundhedsvæsenet tættere på borgeren og opruste dér, hvor behovet er størst. Af rammen øremærkes 2,4 mia. kr. indsatser i det nære regionale sundhedsvæsen, mens 1,9 mia. kr. øremærkes tiltag i den kommunale sundhedsindsats, heraf 0,5 mia. kr. til udmøntning af tværgående kvalitetsstandarder.

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. Så der er ikke tale om, at vi får brug for færre hænder på sundhedsområdet i de kommende år.

Nye indsatser og investeringer



Anm.: 0,2 mia. kr. af de nye midler er finansieret ved opgavebortfald.

| Investeringer i de nye sundhedsråd | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|--|------------|------------|------------|------------|
| Mia. kr. 2025-PL | | | | |
| Ramme til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene | 0,6 | 1,0 | 1,3 | 1,9 |
| – heraf til udmøntning af nationale tværgående kvalitetsstandarder | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Udbygning af det regionale nære sundhedsvæsen og flere læger | 0,5 | 1,1 | 1,8 | 2,4 |
| Samlet investeringsniveau | 1,1 | 2,0 | 3,1 | 4,3 |
| – heraf via målretning af midler til demografiløft | 0,6 | 1,2 | 2,0 | 2,7 |

Anm.: Der forekommer afrundingsdifferencer. Det demografiske træk opdateres løbende forud for ØA-processen og vil blive udmøntet årligt med ØA-aftalerne. Det faktiske tal kan derfor ændres.

De resterende 2,1 mia. kr. i årligt niveau fra 2030 prioriteres til konkrete indsatsområder, bl.a.:

- **Kronikerpakker:** 130 mio. kr. i 2027 stigende til 550 mio. kr. i 2031 og 390 mio. kr. årligt fra 2034 og frem.
- **Frit valg og nye patientrettigheder:** 5 mio. kr. i 2026 stigende til 360 mio. kr. årligt fra 2029.
- **Behandling tættere på:** 995 mio. kr. i 2027 og 1.030 mio. kr. årligt fra 2028 til blandt andet hjemmebehandlingsteams og regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling.

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 ny 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 indsatser, og flest penge tildeles sundhedsråd med stor sygdomsbyrde og store geografiske afstande.

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.

Samlet set vil udgifter til administration blive mindre som følge af reformen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Tlf. 72 26 90 00